

2 Vorwort und Danksagung

Im Jahr 2009 wählte die Bundesdrogenbeauftragte das „internetbasierte Suchtverhalten“ zum Schwerpunkt ihrer Arbeit und zum Thema ihrer Jahrestagung. Auf dieser Tagung wurden die Ergebnisse einer bundesweiten Erfassung von „Beratungs- und Behandlungsangeboten zu pathologischem Internetgebrauch“ (Petersen & Thomasius 2010) vorgestellt, die 2008 mit Unterstützung aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgt war. 2016 war das internetbasierte Suchtverhalten abermals im Fokus der Bundesdrogenbeauftragten.

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit durch dessen finanzielle Unterstützung die Angebots- und Behandlungssituation bezüglich dieser Problematik in Deutschland im Vergleich mit der Vorgängerstudie 2008 erneut untersucht und die Entwicklung der Problemhäufigkeit und der Behandlungsangebote bewertet werden konnte.

Wir danken dem BMG für diese Unterstützung, wollen aber außerdem ausdrücklich den Vertreterinnen und Vertretern von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, von suchtbbezogenen Fachgesellschaften und dem administrativen Bereich sowie den Personen aus der ICD-Entwicklung, die unsere Fragebögen beantwortet haben, unseren Dank aussprechen. Ebenso danken wir den Behandelnden und den Betroffenen, die an unseren qualitativen Telefoninterviews teilgenommen haben. Die engagierte Unterstützung vieler hat unsere Studie ermöglicht!

Bemerkenswert ist die engagierte und qualifizierte Arbeit der Beratenden und Behandelnden im Bereich des internetbasierten Suchtverhaltens, die nicht nur die Betroffenen hilfreich unterstützen, sondern auch die Thematik immer wieder in das Bewusstsein der Öffentlichkeit rufen!

Zuletzt danken wir auch unseren wissenschaftlichen Hilfskräften Julia Hagenlocher, Natalia Radionova und Tanja Saite, die mit ihrer Arbeit zum Erfolg der Studie beigetragen.

3 Zusammenfassung

Einleitung. Seit etwa zwanzig Jahren wird internetbasiertes Suchtverhalten wissenschaftlich untersucht und mittlerweile weltweit als behandlungsbedürftige Störung wahrgenommen, obwohl bislang weder eine Einigung auf diagnostische Kriterien noch auf wenigstens eine einheitliche Bezeichnung der seelischen Störung gelungen ist. Internetbasiertes Suchtverhalten ist durch eine den substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen vergleichbare Symptomatik gekennzeichnet, die sich auf die Nutzung von Internetanwendungen bezieht. 2008 wurden die Beratungs- und Behandlungsangebote zu internetbasiertem Suchtverhalten erstmals deutschlandweit in einer Onlinebefragung untersucht. Die Studie „Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten“ (AbiS) aktualisiert diese Bestandsaufnahme auf den Stand vom November/Dezember 2015.

Methoden. Die AbiS-Studie hat vier Onlinebefragungen an (1.) 253 Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungen mit Beratungs- und Behandlungsangeboten zum internetbasierten Suchtverhalten und mindestens einer/einem Betroffenen in 2015, an (2.) 43 Personen aus dem damit zusammenhängenden administrativen Bereich, an (3.) sechs Personen aus suchtbbezogenen Fachgesellschaften und an (4.) zehn internationalen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus der ICD-11-Entwicklung durchgeführt. Darüber hinaus wurden qualitative Interviews mit fünf Betroffenen und sechs Beratenden/Behandelnden geführt und ausgewertet.

Ergebnisse. Seit 2008 haben sich die Beratungs- und Behandlungsangebote zum internetbasierten Suchtverhalten in Deutschland schätzungsweise vervierfacht. Mittlerweile sind in allen Bundesländern spezialisierte Angebote identifizierbar. Die Diagnostik hat sich seit 2008 stärker vereinheitlicht und, während 2008 keine deutschsprachigen Fragebögen für internetbasiertes Suchtverhalten existierten, wurden im Jahr 2015 qualitativ hochwertige, wenn auch noch weiterentwicklungsfähige Instrumente in bereits beträchtlichem Ausmaß genutzt. Unzureichende Angebote werden insbesondere in der Beratung und Behandlung von Migranten gesehen. Das zentrale Ergebnis dieser Studie ist der Befund von nur 9% Frauen unter den Betroffenen in den befragten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, der das Ergebnis von 2008 exakt wiederholt. Die epidemiologischen Studien berichten nicht von auch nur annähernd vergleichbar ausgeprägten Geschlechtsunterschieden der Prävalenz internetbasierten Suchtverhaltens. Eine Diagnose für internetbasiertes Suchtverhalten im ICD-11 wurde von den befragten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern mehrheitlich abgelehnt.

Diskussion. Es bedarf dringend weiterer Erkenntnisse dazu, warum weibliche Jugendliche und Erwachsene bei vergleichbarer Symptomatik des internetbasierten Suchtverhaltens offenbar deutlich seltener Beratung oder Behandlung nachfragen als männliche. Des Weiteren wird die Entwicklung und Evaluation insbesondere von Maßnahmen der Frühintervention sowie ein Konsensprozess zur Einigung auf einen Störungsbegriff angeregt.

4 Einleitung

4.1 Einführung in die Thematik internetbasierten Suchtverhaltens: Der Begriff

Die Problematik internetbasierten Suchtverhaltens beginnt bereits beim Versuch, dem pathologischen Zustand einen Namen zu geben (vgl. Tabelle 1). Der historisch wohl erste und zugleich der international am weitesten verbreitete Begriff „Internetsucht“ („internet addiction“) und seine Nachfolger „Internetabhängigkeit“ und „Medienabhängigkeit“ (eher von Pädagogen als Psychiatern/Psychologen gebraucht) implizieren das „Internet“ oder „Medien“ als Suchtmittel. Kein Mensch mit internetbasiertem Suchtverhalten jedoch ist bedeutend zufriedener, wenn allein das Smartphone in der Hosentasche online ist, oder wenn der Computer, das Tablet oder die Spielkonsole mit dem Internet verbunden sind. Das internetbasierte Suchtverhalten bezieht sich nicht auf das Internet sondern auf eine oder mehrere Internetanwendungen, und es ist diese Beziehung, die es ausmacht.

Der Begriff „Onlinesucht“ wäre schon näher dran, wenn es in der deutschen Sprache akzeptabel wäre, den Begriff „Sucht“ mit einem Adjektiv zu verbinden. „Problematischer Internetgebrauch“ ist dagegen ein Euphemismus. Wer internetbasiertes Suchtverhalten als die zuweilen dringend behandlungsbedürftige seelische Symptomatik ansieht, als die die mittlerweile umfängliche wissenschaftliche Literatur sie beschreibt, der sollte das auch in seiner Begrifflichkeit zum Ausdruck bringen. „Problematischer Internetgebrauch“ bestreitet im Streben nach Entdramatisierung den Krankheitswert und stellt damit eine unangemessene Bagatellisierung dar, wenn er als Störungsbegriff gebraucht wird und nicht etwa nur Verhaltensexzesse im Vorfeld beschreibt.

Tabelle 1: Zu den Begriffen für internetbasiertes Suchtverhalten

Spezifizierung der Problematik	Thema der Problematik	Problematik
Pathologische(r)	Internet-	-gebrauch
Problematische(r)	Computer-	-nutzung
Exzessive(r)	PC-	-abhängigkeit
Zwanghafte(r)	Medien-	-sucht
Obsessiv-leidenschaftliche(r)	Online-	Störung
...	Computerspiel-	Probleme
...	Computerspiel- und Internet-	Abhängigkeitssyndrom
...	Internetbezogene(s)	Suchtverhalten
...	Internetbasierte(s)	Suchtsyndrom
...	Onlinebasiertes(s)	...

Eine zu starke Dramatisierung dagegen wäre zweifellos, internetbasiertes Suchtverhalten als „Morbus Young-Griffith“ oder „Morbus Goldberg“ zu bezeichnen, womit die Personen, die das Störungsbild erstmals wissenschaftlich beschrieben haben, mit dem Namen verknüpft wären (Petersen & Thomasius, 2010). Etwas besser geeignet wäre „pathologischer Internetgebrauch“ (Zimmerl, Panosch und Masser, 1998). Eine Hamburger Werbeagentur hatte allerdings 2008 im Auftrag des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters diesen Begriff an Passanten überprüft und herausgefunden, dass der Begriff deutlich mit Tod und Sterben assoziiert werden würde. Zudem ist „pathologischer Internetgebrauch“ zu lang, um nicht gelegentlich einer Abkürzung zu bedürfen und ist die Abkürzung „PIG“ nur mäßig erfreulich. Petersen & Thomasius (2010) hatten dennoch diesen Begriff zur Verbreitung vorgeschlagen, er fand jedoch in Deutschland nur sehr begrenzte Aufnahme. Möglicherweise war der Begriff „pathologischer Internetgebrauch“ Vertretern eines an den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen orientierten Suchtmodells des internetbasierten Suchtverhaltens nicht in diese Richtung entschieden genug, so dass sie trotz der oben beschriebenen Unzulänglichkeiten Begriffe mit „Internet“ und „Abhängigkeit“ bevorzugten (vgl. „Internet- und Computerspielabhängigkeit“, Petersen & te Wildt, 2016). Andere dagegen bevorzugten eine Variante „Pathologischer PC- und Internetgebrauch“ (vgl. Schuhler et al., 2013), möglicherweise um sich vom Suchtmodell des internetbasierten Suchtverhaltens zu distanzieren. Die sprachliche Problematik des diagnostischen Begriffs für internetbasiertes Suchtverhalten ist nicht auf Deutschland beschränkt: Obwohl der Begriff „internet addiction“ der in der internationalen Forschung bei Weitem gebräuchlichste ist, sind ebenso in der Literatur „problematic internet use“, „pathological internet use“ und „compulsive internet use“ zu finden (wie eine Internetrecherche auf www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed zeigte (12.03.2016)). Wer gehofft hatte, die neue Version des Diagnostikmanuals DSM (APA, 2013) würde eine entscheidende begriffliche Orientierung geben, wurde enttäuscht. Noch im Mai 2012 war ein Vorschlag „Internet Use Disorder“ mit diagnostischen Kriterien auf den DSM-Internetseiten zu finden. Diese Kriterien wurden geringfügig modifiziert, zu „Internet Gaming Disorder“ umbenannt und als Forschungsdiagnose (und somit nicht als offizielle Diagnose) aufgenommen. Zurzeit tut sich auch die Weltgesundheitsorganisation, die das Diagnostikmanual ICD-11 entwickelt, mit der Begrifflichkeit schwer und schreibt: „Behavioural addictions associated with excessive use of the Internet, computers, smartphones and similar electronic devices“ (WHO, 2015) (abgekürzt dann wohl: „BAAWEUICSSD“). Bemerkenswert ist die folgende Stellungnahme: „„Behavioural addictions associated with excessive use of the Internet, computers, smartphones and similar electronic devices“ is an umbrella term that covers a broad range of conditions which need to be defined and named in a more succinct manner in the future. Notably, the term “behavioural addictions” is not part of the official nomenclature used by the WHO and was used at the meeting and in this report only for convenience.“ (WHO, 2015, S.11f.).

Nun ist es bei der Bezeichnung von seelischen Störungen ebenso wie von Kindern wenig ratsam, die Namensgebung aufzuschieben, bis man das Bezeichnete etwas besser kennengelernt hat, insbesondere dann nicht, wenn dieser Kennlernprozess nun schon zwei Jahrzehnte dauert. Für den gleichen Sachverhalt mehrere Begriffe zu nutzen, die das Gleiche bezeichnen sollen, ist seriöser Wissenschaft eher abträglich.

Ein Vorschlag dazu wäre, einen der ersten Begriffe „internet addiction disorder“ aufzunehmen und somit die Übersetzung „internetbezogene Suchtstörung“ (IBSS) zu nutzen. Es ist dabei nicht ratsam, den umstrittenen Begriffsanteil „Sucht“ auszulassen und von „internetbe-

zogener Störung“ zu sprechen, da dies wie eine technische Störung des Internets klingen könnte, die ein Telefonanbieter zu beheben hätte. Ebenso ist davon abzuraten, den Begriff der „Abhängigkeit“ statt der „Sucht“ einzuführen, damit nicht nur die Gemeinsamkeiten mit der Substanzabhängigkeit betont werden, sondern gleichzeitig die Aufmerksamkeit für die Unterschiede erhalten bleibt.

Ein alternativer Vorschlag wäre „Istomanie“ (von neugriechisch: „ιστομανία“, <http://de.pons.com>). Diese griechische Übersetzung des international ersten und am häufigsten gebrauchten Begriffs für internetbasiertes Suchtverhalten „internet addiction“ klingt nach einem angemessen seriösen psychiatrischen Begriff, ist allerdings für die Mehrheit der Menschen in Deutschland noch ohne jegliche Bedeutung und bietet damit die Chance für einen Neuanfang des Begrifflichen und des Begreifens.

Abschließend ist zu betonen, dass jeder konsensfähige Begriff besser als die Vielfalt der Begriffe ist. Idealerweise fände ein methodisch sorgfältiges Konsensverfahren in einem repräsentativen Kreis von Expertinnen und Experten aus der Psychiatrie und ärztlichen sowie psychologischen Psychotherapie statt. Die, die die Diagnose stellen dürfen, sollten den diagnostischen Begriff selbst wählen und definieren dürfen.

4.2 Einführung: Prävalenz und Diagnostik des internetbasierten Suchtverhaltens

Im Jahr 2015, zum Zeitpunkt der Datenerhebung der vorliegenden Studie und 25 Jahre nach Veröffentlichung der ersten Webseite „Info.cern.ch“, ist das Internet in Deutschland ein signifikanter Wirtschaftsfaktor und für die weit überwiegende Mehrheit der Menschen trägt es bedeutsam sowohl zum Erfolg im Beruf als auch zur Freizeitgestaltung bei.

Zwanzig Jahre zuvor, am 8. März 1995 wurde in der „New York Times“ von Molly O’Neill erstmals das Aufkommen von Behandlungsnachfrage aufgrund von „Internet addiction“ thematisiert (vgl. Shek, Sun, & Yu, 2013, S.2776), in der Folge wurden von Ivan Goldberg auf psycom.net die ersten „Kriterien“ der „internet addiction disorder“ online veröffentlicht und zu einem unbekannten Zeitpunkt in diesem Jahr 1995 startete Kimberly Young ihre berühmte Studie, aus deren Erkenntnissen später der weltweite Bestseller „Caught in the net“ (1998) werden sollte (Petersen & Thomasius 2010).

Die Revision des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ DSM-5 (APA, 2013) veröffentlichte diagnostische Forschungskriterien für „Internet Gaming Disorder“ als dem wohl am besten untersuchten Teilbereich des internetbasierten Suchtverhaltens (vgl. Tabelle 2). Weitere und insbesondere umfassendere international akzeptierte diagnostische Kriterien existieren bislang nicht.

Diesbezüglich ließ die 2013 erschienene Revision des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 auch eine Aufnahme in die Revision 11 des für das deutsche Gesundheitssystem maßgeblichere „International Classification of Diseases“ (ICD) erhoffen. Es wurde gar eine Kategorie „Weitere Verhaltenssüchte“ erwartet (Mann et al., 2013), neuere Informationen aus dem Kreis der ICD11-Beteiligten dämpften allerdings diese Hoffnungen (Grant et al., 2014).

Die Entwicklung diagnostischer Fragebögen ist daher noch deutlich durch die möglicherweise parallelen Entwicklungen von 1995 geprägt, als sowohl Kimberly Young als auch Ivan

Tabelle 2: Forschungskriterien des DSM-V für „Internet Gaming Disorder“ (zitiert nach Petersen & te Wildt, 2016, S.433)

Diagnostische Kriterien für „Internet Gaming Disorder“ im Appendix des DSM-5 (APA, 2013, Deutsche Version: Falkai & Wittchen, 2015)
Andauernder und wiederholter Gebrauch des Internets zum Zweck des Online-Spielens, häufig gemeinsam mit anderen Spielern, der zu einer klinisch signifikanten Behinderung oder zu Einschränkungen führt, gekennzeichnet durch fünf (oder mehr) der folgenden Symptome über eine Periode von 12 Monaten: • Andauernde Beschäftigung mit Internet- bzw. Online-Spielen. (Der Betroffene denkt über frühere Online-Spiele nach oder beschäftigt sich gedanklich mit zukünftigen Spielen. Die Online-Spiele werden zur dominierenden Aktivität des alltäglichen Lebens.) • Entzugssymptome, wenn das Online-Spielen nicht zur Verfügung steht. (Diese Entzugssymptome werden typischerweise beschrieben als Gereiztheit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit. Körperliche Symptome im Sinne eines Medikamentenentzugs werden nicht beschrieben.) • Toleranzentwicklung mit dem Bedürfnis, zunehmend Zeit für Online-Spiele aufzubringen. • Erfolglose Versuche, die Teilnahme an Online-Spielen zu beenden. • Verlust des Interesses an früheren Hobbies oder Aktivitäten als Folge des Online-Spielens. • Andauerndes exzessives Online-Spielen trotz des Wissens um die psychosozialen Probleme. • Täuschen von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen Personen in Bezug auf das wirkliche Ausmaß des Online-Spielens. • Gebrauch der Online-Spiele, um aus negativen Emotionen (wie z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld oder Ängstlichkeit) herauszukommen oder um diese zu lindern. • Gefährdung oder Verlust von wichtigen Bekanntschaften, Beruf, Ausbildung oder Karriere-Möglichkeiten wegen des Online-Spielens. Zu beachten ist dabei, dass sich die Internet Gaming Disorder von der Internet-Glücksspielsucht unterscheidet, die im DSM-5 im Kapitel „Gambling Disorders (Pathologisches Spielen)“ aufgeführt wird.

Goldberg die damals neu erschienen Kriterien für „Pathologisches Spielen“ im DSM-IV auf internetbasiertes Suchtverhalten bezogen und Umformulierungen der Kriterien als neue diagnostische Kriterien vorschlugen.

Der „Diagnostical Questionnaire“ von Young (1998^a) (YDQ) besteht im Wesentlichen aus diesen DSM-IV-Kriterien für „Pathologisches Spielen“, die für „internet addiction“ umformuliert worden sind. Mittlerweile existiert eine deutschsprachige Version zur Elterneinschätzung PYDQ (Wartberg et al. 2016). Zur Zeit der Zeitschriftenpublikation (Young 1998^a) hatte Young (1998^b) aus dem YDQ bereits für „Caught in the net“ den um Items erweiterten „Internet Addiction Test“ (IAT) entwickelt. Für die deutschsprachige Version des IAT existiert eine Validierungsstudie (Barke, Nyenhuis & Kröner-Herwig, 2012). Die Skala „Assessment of internet and computer game addiction“ AICA-S (Wölfling et al., 2013) wurde in Deutschland aus der Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S, Wölfling, Müller & Beutel, 2011) entwickelt und existiert als Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren. Die „Compulsive Internet Use Scale“ von Meerkerk et al. (2009) wurde auch in der deutschsprachigen Version mehrfach hinsichtlich der Gütekriterien untersucht (Peukert et al., 2012; Wartberg et al., 2014). Die Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS) wurde von Rehbein und anderen aus der „Internetsuchtskala“ von Hahn & Jerusalem (2001) durch sprachliche Übertragung auf Computerspieler erarbeitet.

Nach den Varianten KFN-CSAS und KFN-CSAS-II wurde das Instrument in den letzten Jahren für die Diagnostik der „Internet Gaming Disorder“ weiterentwickelt, an repräsentativen Stichproben Jugendlicher psychometrisch geprüft und standardisiert und im Hogrefe-Verlag publiziert (Rehbein et al., 2015^{a,b}).

Die genannten Fragebögen wurden bereits in Deutschland genutzt, um die Prävalenz von internetbasiertem Suchtverhalten in der Bevölkerung oder in Alterskohorten der Bevölkerung zu schätzen, vgl. Tabelle 3.

Nach den Ergebnissen der deutschen Prävalenzstudien an repräsentativen Studien zeigte sich, dass die Bevölkerungsprävalenz zwischen 1% und 4% je nach eingesetzter Methode der Schätzung liegen dürfte, bei Jugendlichen bis 5%. Während sich bei „Internet Gaming Disorder“ ein Verhältnis von etwa 8 männlichen zu einer weiblichen Jugendlichen zeigte, finden die meisten Studien zum kompletten Spektrum des internetbasierten Suchtverhaltens keine vergleichbar erhöhte Prävalenz der Männer oder männlichen Jugendlichen.

Es bleibt unklar, wie genau die erhobenen Prävalenzwerte die Zahl der Personen beschreiben, die in Deutschland wegen internetbasiertem Suchtverhalten behandlungsberechtigt bzw. bereits Behandlung suchend sind. Im Folgenden werden einige Befunde thematisiert, die aus Untersuchungen an Behandlung Suchenden stammen.

Ein systematisches Review von Kuss & Lopez-Fernandez (2016) schloss auch die systematische Analyse von Charakteristika der wegen internetbasiertem Suchtverhalten Behandlung Suchenden ein. Komorbide Störungen (insbesondere depressive und Angststörungen) scheinen bei Behandlungssuchenden eher der Normalfall als die Ausnahme zu sein (Kuss & Lopez-

Tabelle 3: Studien an deutschen repräsentativen Stichproben zur Prävalenz internetbasierten Suchtverhaltens

Studie	Prävalenz (gesamt, weiblich, männlich)	Alter	Instrument
BZgA, 2013	2.5%, w=2.6%, m=2.4%	12-25 Jahre	CIUS (>=30)
BZgA, 2013	3.2%, w=3.3%, m=3.0%	12-17 Jahre	CIUS (>=30)
Durkee, 2012	4.8%, w=4.8%, m=4.8%	M (Alter) = 14.9 Jahre	YDQ
Müller, 2014	3.7%, w=2.5%, m=5.2%	14-94 Jahre	AICA-S (> 7)
Rehbein, 2015 ¹	1.16%, w=0.26%, m=2.02%	13-18 Jahre	CSAS (>=5 IGD-Kriterien)
Rumpf et al., 2014	1.0%, w=0.8%, m=1.2%	14-64 Jahre	CIUS (>=28)
Rumpf et al., 2014	2.4%, w=2.4%, m=2.5%	14-24 Jahre	CIUS (>=28)
Rumpf et al., 2014	4.0%, w=4.9%, m=3.1%	14-16 Jahre	CIUS (>=28)
Tsitsika et al., 2014 ²	1.2%, w=0.9%, m=1.6%	14-17 Jahre	IAT (>=70)
Wartberg et al., 2015	3.2% w=2.8%, m=3.7%	14-17 Jahre	CIUS
Wartberg et al., 2016 ³	4.7% w=3.9%, m=5.9%	12-17 Jahre	PYDQ

Anmerkungen: ¹Rehbein (2015^b) berichtet Prävalenzen der „Internet Gaming Disorder“. ²Tsitsika (2014) berichtet gemeinsame Prävalenzen für Deutschland, Griechenland, Spanien, Polen, Rumänien, die Niederlande und Island. ³Wartberg et al. berichten Einschätzungen einer repräsentativen Stichprobe von Eltern über ihre Kinder mit der neuen Elternversion von Young's Diagnostical Questionnaire.

Fernandez, 2016, S.167). Die starke Prävalenz komorbider Störungen zu internetbasiertem Suchtverhalten hatte bereits zu Annahmen geführt, internetbasiertes Suchtverhalten sei vorwiegend eine sekundäre Symptomatik, z.B. als selbst zum Problem entwickelte Methode, die Stimmung zu regulieren und/oder Problemen zu entkommen (S.167).

In den USA wurden 1441 klinische Fallberichte von Psychotherapeutinnen/-therapeuten untersucht, die in den vergangenen fünf Jahren mindestens einen Patienten mit einer Problematik im Zusammenhang mit dem Internetgebrauch behandelt hatten (Mitchell & Wells, 2007). Exzessive Internetnutzung wurde sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen signifikant eher als primäre Problematik denn als Folge einer zugrunde liegenden anderen Störung behandelt. Die Autoren forderten, das Internetverhalten im Rahmen der klinischen Eingangsdiagnostik routinemäßig zu erfragen.

Eine qualitative Studie von Acier & Kern (2011) untersuchte vier Fokusgruppen mit 21 Beratenden/Behandelnden in Suchtrehabilitationszentren in der Provinz Québec/ Kanada. Diese Beratenden waren jeweils in ihren Einrichtungen für die Bearbeitung der Nachfrage wegen internetbasiertem Suchtverhalten spezialisiert, die sich seit 2003 entwickelt hatte. Als abgegrenzte Hauptproblembereiche wurde das Onlinespiel (insbesondere Rollenspiele) und internetbezogene Beziehungspflege geschildert. Onlineglückspiel- und Onlinpornographie-nutzung wurde eher als nicht spezifisch internetbezogenes Suchtverhalten angesehen sondern das Internet als hier lediglich das Problemverhalten erleichterndes Medium. Daher würden davon Betroffene an spezialisierte Personen/Einrichtungen für Pathologisches Spielen bzw. Hypersexualität weitervermittelt. Obwohl die Beratenden die Kriterien der Abhängigkeitserkrankungen in der geschilderten Symptomatik feststellen konnten, bestanden starke Vorbehalte gegenüber einer Auffassung als Abhängigkeitserkrankung. Anpassungsprobleme an das neue Phänomen des Internets und seine Möglichkeiten würden dadurch vorschnell pathologisiert.

Kuss & Griffith (2015) befragten vier Psychotherapeutinnen und 16 Psychotherapeuten aus sechs Staaten (allein 10 aus Deutschland) mit besonderer Expertise in der Behandlung von Personen mit internetbasiertem Suchtverhalten. Die Qualitativen Interviews fanden zwischen September 2011 und September 2012 vorwiegend telefonisch statt und dauerten zwischen 60 und 90 Minuten. Die Interviews wurden mittels QSR NVivo computergestützt ausgewertet und mittels interpretativer phänomenologischer Analyse (IPA) qualitativ analysiert (Kuss & Griffith, 2015, S.12). Die Interviews ergaben die beiden Themenfelder der Risiken für internetbasiertes Suchtverhalten und der Symptome und Diagnostik. Unter den individuellen Risikofaktoren wurden Alter, Geschlecht und Persönlichkeitsmerkmale genannt. Jüngere Klientinnen und Klienten hätten im Zusammenhang mit ihrer frühen Mediensozialisation (das Internet als Babysitter und zur Stimmungsregulierung) eine geringere Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, während Ältere reflektierter in Bezug auf das internetbasierte Suchtverhalten wären. Die deutliche Mehrheit im Klientel wären Männer. Dies wurde durch die interviewten Behandelnden unterschiedlich zu erklären versucht. So würden männliche Kinder und Jugendliche durch die „...Feminisierung des Schulsystems...“ (S.21) benachteiligt und daher motiviert, sich Erfolgserlebnisse im Computerspiel zu suchen. Frauen wären dagegen mehr interessiert an den Dingen des „Hier und Jetzt“, die das Internet ihnen nicht geben könnte (S.22). Während einige der Behandelnden Frauen so in geringerem Risiko für internetbasiertes Suchtverhalten sahen, wurde auch vermutet, dass möglicherweise eine nur scheinbar bessere Funktionalität der weiblichen Jugendlichen vorliegen könnte. Weibliche Jugend-

liche würden eher in sozialen Netzwerken als in Onlinespielen exzessiv aktiv sein (S.23), würden aber ihre Problematik sehr viel besser verbergen als die männlichen und ihre sozialen Verpflichtungen erfüllen, so dass sie für die Eltern weiterhin unauffällig wären. Sowohl weibliche als auch männliche Jugendliche wären in Bezug auf ihre Problematik uneinsichtig, das alarmierte soziale Umfeld der männlichen Jugendlichen würde jedoch die erhöhte Behandlungsnachfrage erklären. Auf weitere Risikomerkmale kann hier nicht im Detail eingegangen werden.

Kuss & Griffith (2015) demonstrierten an Interviewbeispielen eindrucksvoll, dass die charakteristischen Merkmale und insbesondere die Leitsymptome von Abhängigkeitserkrankungen durch die Behandelnden detailliert beschrieben worden waren. Es wäre allerdings angesichts häufiger gleichzeitig auftretender Störungen nicht immer leicht, die primäre Störung festzustellen (S.85). Es wurde bedauert, dass in Deutschland aus Kostengründen mit der günstigeren Behandlung des internetbasierten Suchtverhaltens auch in den Fällen begonnen würde, wo zunächst eine Behandlung der komorbiden Störung sinnvoll wäre (S.87).

4.3 Beratungs- und Behandlungsangebote bei internetbasiertem Suchtverhalten

Im Jahr 2008 begann am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) in Hamburg im Auftrag und mit Unterstützung aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit eine explorative Erhebung der Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch, die im Frühjahr 2010 vorgelegt wurde (Petersen & Thomasius, 2010). Von 138 über eine Internetrecherche identifizierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen konnten 100 erreicht und dazu motiviert werden, einen Onlinefragebogen zu bearbeiten. Von diesen wurden 73 Einrichtungen eingeschlossen, die im vergangenen Jahr mindestens eine Person mit internetbasiertem Suchtverhalten beraten oder behandelt hatten. Die Stichprobe umfasste 16 Kliniken (v. a. Suchtkliniken für Erwachsene, seltener spezifisch für Kinder und Jugendliche, z. T. psychosomatische Abteilungen), 54 Beratungsstellen (v. a. Suchtberatungsstellen) sowie drei universitäre Ambulanzen für pathologisches Spielen und/oder pathologischen Internetgebrauch (Petersen & Thomasius, 2010, S.197). Nach Einschätzung der Einrichtungen waren 2008 91% der Klientinnen/ Klienten bzw. Patientinnen/ Patienten männlich. Der größte Geschlechtsunterschied der Prävalenz bestand in der Altersgruppe der 15-19-Jährigen. Bei den insgesamt selteneren Personen über 24 Jahre gaben dagegen die Einrichtungen sogar ein Überwiegen der Frauen an. Die große Mehrzahl der Einrichtungen beriet oder behandelte zwischen einem und fünf Personen pro Quartal. Einige wenige Einrichtungen, hier insbesondere die Spezialambulanzen, berichteten von bis zu 8-fach erhöhten Personenzahlen. Als Diagnosen wurden überwiegend ICD F 63.0 (Pathologisches Spielen) und F 63.8 (Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) eingesetzt. Nur 11% der Einrichtungen setzten Fragebögen ein, darunter keine, die speziell für internetbasiertes Suchtverhalten entwickelt worden waren. In den untersuchten Kliniken und Ambulanzen dominierten Gruppenbehandlungen und eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung. Die Breitenbefragung aus Petersen & Thomasius (2010) wird im Diskussteil der Onlinehauptbefragung zentral herangezogen, da im Rahmen des AbiS-Projekts eine Aktualisierung der Studienergebnisse ein wesentliches Untersuchungsziel war.

Mittlerweile beschäftigen sich vier systematische Reviews mit der Behandlung von internet-basiertem Suchtverhalten (King et al., 2011; Liu et al., 2012; Winkler et al., 2013; Kuss & Lopez-Fernandez, 2016) bzw. eines mit „Internet Gaming Disorder“ (King, 2014).

Chand, Kandasamy & Murthy (2016) legten auf der Basis des Forschungsstands für die Indian Psychiatric Society eine Behandlungsleitlinie vor. Ihre Schlüsselempfehlungen werden in Tabelle 4 zitiert:

Tabelle 4: Schlüsselempfehlungen zur Behandlung internetbasierten Suchtverhaltens der Indian Psychiatric Society (Chand, Kandasamy & Murthy, 2016, S.232)

Psychological

- Cognitive Behaviour Therapy for Internet Addiction is useful in reducing time spent online, recovery from depression (A)
- Other psychological therapies that include individual CBT along with family therapy or group therapy etc. are also effective (B)
- Individual therapy is better in the initial part of intervention compared to group therapy (C)
- The short term gains achieved in the therapy are maintained over long period (almost upto a Year (B)

Pharmacological (based on three studies)

- Preliminary evidence shows that Pharmacological treatments alone (Escitalopram, Bupropion, Methylphenidate) are effective in short term (C)
- Lack of robust and methodologically sound studies focusing on IA.

Others

- Combination of these two therapies may be recommended presently as the most effective intervention approach
- In view of high comorbidity, effective therapy requires individual approach and must be adjusted according to the patient's needs

Die Deutsche Rentenversicherung (2013, S.16f.) berichtete, dass sie sich bereits seit 2006 kontinuierlich mit der „Computerspiel- und Internetsucht“ befasst und beschloss hätte, „diesen Symptomkomplex vorläufig als „Verhaltensstörung durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet“ zu bezeichnen und als Persönlichkeits- und Verhaltensstörung oder als Impulskontrollstörung einzuordnen.“ Sie führt, „...Rehabilitationen für Menschen mit „Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet“ in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen durch. Diese Einrichtungen müssen Erfahrung im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen, pathologischem Glücksspiel und psychosomatischen Krankheitsbildern haben. Die Zuweisung erfolgt an Einrichtungen, die eine ausreichende Anzahl entsprechender Rehabilitanden behandeln und speziell auf sie ausgerichtete Gruppenangebote vorhalten. Die Behandlungsdauer beträgt 8-12 Wochen. Im Anschluss an die stationäre Rehabilitation ist eine Nachsorge in entsprechend qualifizierten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe möglich und in der Regel auch sinnvoll und notwendig.“ (Deutsche Rentenversicherung (2013, S.17).

Im Folgenden werden in Deutschland entwickelte und evaluierte Interventionen bei internetbasiertem Suchtverhalten vorgestellt:

Wölfling et al. (2012) entwickelten und publizierten an der Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual für internetbasiertes Suchtverhalten, das nach einer Pilotstudie mit erfolgsversprechenden Ergebnissen (Wölfling et al., 2014) im Rahmen des von der DFG und dem BMBF geförderten Projekts **STICA** (Short-term Treatment of Internet and Computer game Addiction) multizentrisch (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Anton Proksch Institut Wien) randomisiert-kontrolliert evaluiert wird. Die Behandlung besteht aus 15 Gruppensitzungen (wöchentlich, jeweils 100 Minuten), und acht Einzelsitzungen (14tägig, jeweils 50 Minuten). Wölfling et al. (2012) teilen ihre verhaltenstherapeutische Gruppenintervention in drei Phasen auf: 1) Psychoedukation und Motivation (Sitzung 1-3), 2) Intervention (Sitzung 4-11) und 3) Transfer und Stabilisierungsphase (Sitzung 12-15). Die Behandlung enthält klassische verhaltenstherapeutische Elemente wie das Unterzeichnen eines Therapievertrages und das schriftliche Fixieren von Therapiezielen, die Arbeit mit Wochenprotokollen, eine Verhaltensanalyse und eine Reizkonfrontationsbehandlung. Da STICA eine Stichprobe von männlichen Jugendlichen und Erwachsenen ab einem Alter von 17 Jahren in die Evaluation einbezieht, bleibt die Eignung für andere Betroffenengruppen zu untersuchen. Bei einem erfolgreichen Abschluss und überzeugenden Ergebnissen dürfte STICA zu den international bedeutsamsten Behandlungsevaluationen gehören und wesentlich für die Empfehlungen zukünftiger deutscher Behandlungsleitlinien für internetbasiertes Suchtverhalten bei Jugendlichen und Erwachsenen sein. In dieser Arbeitsgruppe wird zurzeit die Evaluation eines bislang unpublizierten manualisierten Frühinterventionsprogramms **„Medientraining für Kinder und Jugendliche mit exzessiver Computerspiel- und Internetnutzung“** vorbereitet.

Das verhaltenstherapeutische Programm **„Lebenslust statt Onlineflucht!“** wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) seit 2006 durch die Diplompsychologin Bettina Moll und den Kinder- und Jugendpsychiater Prof. Dr. Rainer Thomasius und andere entwickelt und 2012 am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters von Wartberg et al. (2014) im Rahmen einer unkontrollierten naturalistischen Pilotstudie an Jugendlichen im mittleren Alter von 15 Jahren erfolgreich evaluiert. Eine randomisiert-kontrollierte Evaluationsstudie ist geplant. „Lebenslust statt Onlineflucht!“ wird seit 2007 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt und umfasst acht Module, die in wöchentliche Sitzungen von 90 Minuten Dauer mit für 5-12 Teilnehmer/innen ambulant bearbeitet werden. Die zentralen Ziele des Programms sind:

- A. Motivation: Die Teilnehmer/innen werden motiviert und angeleitet, ihren pathologischen Internetgebrauch kritisch zu hinterfragen.
- B. Kontrolle: Die Teilnehmer/innen sollen ihren Internetgebrauch reduzieren sowie einen angemessenen und kontrollierten Umgang damit erlernen.
- C. Stabilisierung: Die Teilnehmer/innen erlernen durch vorbeugenden Umgang mit Rückfällen, das Erreichte dauerhaft zu stabilisieren und erhalten Nachsorge.

Das Programm „Lebenslust statt Onlineflucht!“ bezieht seine theoretische Fundierung vor allem aus der Literatur zur kognitiven Verhaltenstherapie sowie zur Psychoedukation. Neben etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (z.B. Erarbeitung situationaler Kontrolle, Aufbau alternativer Aktivitäten, Rollenspiele, Rückfallprävention, Stimmungsbarome-

ter, PC-Tagebuch) werden zusätzlich Elemente aus der motivierenden Gesprächsführung (Vierfelderschema, Lebenszielanalyse, etc.) und der Psychoedukation (z.B. „Teufelskreis-Modell“) dabei eingesetzt.

Aus der Suchtbehandlung von Jugendlichen (an Cannabiskonsumierenden evaluiert) entwickelt, wird an der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn seit 2009 das Behandlungsmodul „**Compass**“ als Element eines stationären und zunehmend auch ambulanten Behandlungsangebots für internetbasiertes Suchtverhalten (Dau, Hoffmann & Banger, 2015) angeboten. Im stationären Setting besteht die Compass-Intervention aus einem zusätzlichen täglichen maximal fünfminütigen Kontakt mit dem oder der Behandelnden. Durch die Patientin/ den Patienten wird jeweils ein Tagesziel formuliert sowie die Bewältigung des Vortagszieles auf einer Skala von 0 bis 100 bewertet. Das positiv formulierte Ziel muss innerhalb eines Tages erreichbar und die Zielerreichung feststellbar sein. Der oder die Behandelnde wählt das Ziel nicht aus, aber unterstützt und verstärkt die Festlegung und Formulierung. Das Ziel wird schriftlich fixiert. Die Autoren nennen vier Kernelemente der Compass-Intervention: Selbstbeobachtung, Aufteilung von Aufgaben in kleinere Teilaufgaben, Formulierung positiver Ziele, Training selbstbelohnenden Verhaltens (Dau, Hoffmann & Banger, 2015, S.206). Eine Evaluation ist geplant.

Bischof et al. (2014) entwickelten mit Unterstützung aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit ein Kurzbehandlungsprogramm zur zielgruppenspezifischen Frühintervention bei internetbasiertem Suchtverhalten von Arbeitssuchenden: „**iPin- intervenieren bei Problematischer Internetnutzung**“. 36 Betroffene wurden mittels eines Screenings an Jobcentern und Arbeitsagenturen identifiziert und in eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie aufgenommen. Für die Evaluationsstudie soll diese Zahl auf 364 Untersuchungspersonen erhöht werden. iPin beginnt mit einem diagnostischen Vorgespräch, in dem eine auf unterschiedliches Internetverhalten bezogene Variation der DSM-5-Kriterien „Internet Gaming Disorder“ auf die Situation des potenziell Betroffenen bezogen wird. Nach einer Woche folgt ein 30-minütiges Beratungsgespräch im persönlichen Kontakt. Im Verlauf folgen drei 15-minütige Telefonkontakte, die Intervention soll acht Wochen nach der Diagnostiksituation abgeschlossen sein (Bischof et al., 2014, S.47). Als Ziele der Intervention ist entweder eine Reduktion eine Abstinenz bezüglich der problematischen Internetanwendungen vorgesehen, ggf. kann aber auch die Inanspruchnahme weiterer ambulanter oder stationärer Hilfen ein Ziel sein. Die Intervention basiert auf der Motivierenden Gesprächsführung, nutzt aber auch verhaltensbezogene Strategien zur Reduktion problematischer Internetnutzung in Anlehnung an Wölfling et al. (2012). Das Behandlungsmanual wurde der Onlinepublikation von Bischof et al. (2014) als Anhang beigefügt.

Die AHG Klinik **Münchwies** führt bereits seit 1998 (Schuhler, 2014, S.176) stationäre Psychotherapie im Indikationsgebiet Psychosomatik mit erwachsenen Patientinnen/Patienten mit internetbasiertem Suchtverhalten durch. Die Behandlung „...basiert auf emotionsfokussierenden und metakognitiven Ansätzen der Verhaltenstherapie, bindungstheoretischen Arbeiten und solchen, die zum Ziel haben, die Mentalisierungsfähigkeit zu unterstützen.“ (Schuhler 2014, S.177). Es wurde ein Behandlungsmanual veröffentlicht (Schuhler & Vogelgesang, 2012) und mit Unterstützung aus Mitteln der Deutschen Rentenversicherung die Studie „Pathologi-

scher PC-/ Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation“ durchgeführt (Schuhler et al., 2012). Eine randomisiert kontrollierte Behandlungsevaluation liegt bisher nicht vor. Schuhler (2014) beschreibt die Einheiten der 8-12-wöchigen stationären Behandlung wie folgt: „Erste Therapieeinheit: Aufbau von Krankheitseinsicht, Veränderungsmotivation und emotionaler Aktivierung in realen Bezügen. Zweite Therapieeinheit: Adäquate Selbstwertregulierung und Handlungsmotivierung im realen Kontext. Dritte Therapiephase: Soziale Interaktionskompetenz in realen Kontakten. Vierte Therapieeinheit: Stärkung des affektiven Realitätsbezugs. Fünfte Therapieeinheit: Einbezug des Arbeitskontexts und Sicherung der Therapiefortschritte in der realen Welt.“ (Schuhler 2014, S.181).

Die familienorientierte Intervention **ESCapade** wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Drogenhilfe Köln entwickelt und zwischen 2010 und 2012 im Rahmen eines Bundesmodellprojekts mit Unterstützung aus Mitteln des Bundesministerium für Gesundheit multizentrisch (Köln, Schwerin, Freising, Berlin und Lörrach) evaluiert (Drogenhilfe Köln, 2012). In die Evaluation wurden 69 Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren (im Mittel 15 Jahre) mit einem problematischen Computernutzungsverhalten einbezogen, darunter allerdings nur zwei weibliche Jugendliche. ESCapade bezieht die Eltern der Betroffenen ein arbeitet an der familiären Lösungskompetenz für die Problematik der Jugendlichen. Dazu werden psychoedukative und erlebnispädagogische Elemente eingesetzt mit einem besonderen Schwerpunkt der Stärkung der familiären Kommunikation. Nach einem familiären Erstgespräch (Diagnostik, Zieldefinition) folgt ein Familienseminartag, an dem das Zuhören, die familiäre Kooperation und das Führen von Konfliktgesprächen geübt werden. In der Folge wird in zwei individuellen Familiengesprächen der Transfer des erworbenen Wissens auf den familiären Alltag gefördert sowie werden „...adäquate und konkrete Handlungsstrategien...“ (Drogenhilfe Köln, 2012, S.7) vereinbart. Nach vier Wochen findet ein Abschlussgespräch mit einer Überprüfung der Strategien und einem Resümee statt.

Dr. Detlef Scholz führt am „Kompetenzzentrum und Beratungsstelle für exzessiven Mediengebrauch und Medienabhängigkeit“ der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg in Schwerin seit 2006 familientherapeutische Interventionen bei internetbasiertem Suchtverhalten durch. Sein therapeutisches Vorgehen hat er in einem praktischen Arbeitsbuch beschrieben (Scholz, 2014).

Mittlerweile existiert eine große Vielfalt an praxisbezogener Ratgeberliteratur und Fortbildungsangeboten, deren Bezug zu psychotherapeutischen Schulen und Evidenzbasierung nicht leicht einzuschätzen ist. Dies gilt z.B. für das verbreitete Medienkonsumreduktionsprogramm „The Quest“ (Ziel „kontrollierter Konsum“), adaptiert von den stoffgebundenen Süchten und entwickelt von der Firma GK Quest Heidelberg (vgl. Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V., o.J.), über das nur sehr wenig Informationen frei im Internet oder über den Buchhandel verfügbar sind.

Über die Vielfalt an Beratungs- und Behandlungsangeboten, insbesondere auch über online und offline verfügbare Materialien und Internetangebote, informiert noch recht aktuell die sehr empfehlenswerte umfangreiche Übersicht, die das Referat „Gesundheit, Rehabilitation, Sucht“ des Deutschen Caritasverbandes e.V. erarbeitet hat und online kostenlos zur Verfügung stellt (vgl.: DCV, 2013).

Welche Empfehlungen geben unterschiedliche deutsche Fachverbände zur Zukunft der Beratung und Behandlung des internetbasierten Suchtverhaltens in Deutschland? Derartige Positionspapiere liegen vom Fachverband Medienabhängigkeit (FVM, Teske et al., 2012), von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, Mann et al., 2013 sowie Mann et al., 2016) und von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht, Rumpf et al., 2015) vor.

Der **Fachverband Medienabhängigkeit** begründet in sechs Hypothesen die Annahme der Zugehörigkeit des internetbasierten Suchtverhaltens (hier: „Medienabhängigkeit“) zu den Abhängigkeitserkrankungen und verortet die Beratung und Behandlung daher im deutschen Suchthilfesystem und sieht dort „...derzeit...die bestmögliche Versorgungsstruktur...“ (Teske et al., 2012, S.16). Zur Verbesserung der Zugangswege wird eine bundesweite Onlineberatung, eine telefonische Hotline sowie aufsuchende Arbeit empfohlen (S.18). Des Weiteren empfehlen sie zur Frühintervention eine bundesweite Vernetzung verschiedener Anlaufstellen und eine standardisierte Exploration des Medienkonsums im Rahmen stationärer Aufnahmen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (S.19). Zur Qualitätssicherung und Effektivitätsprüfung wird ein bundesweit einheitlich gestaltetes Beratungsangebot empfohlen (das „Eins-Plus Fünf- Modell“, Erstgespräch + fünf weitere Gesprächstermine, Teske et al., S.20). Gefordert werden die Etablierung und Finanzierung von spezifischen ambulanten Motivationsgruppen in den beratenden Einrichtungen (S.21f.) sowie langfristig die Etablierung spezieller Kompetenzzentren (Beratungsstellen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen) (S.23). Für die ambulante Gruppentherapie wird ein Phasenmodell empfohlen, in dem zu Beginn der Behandlung vermehrt gemeinsame (erlebnispädagogisch orientierte) Gruppenaktivitäten organisiert werden (S.24) sowie eine Hochsetzung der finanzierten Gruppentherapiestunden von 40 auf 50 Stunden. Neben einem zusätzlichen Behandlungsmodul „Medienkompetenztraining“ werden Familiengespräche und ein psychoedukatives Angehörigenseminar als Teil des ambulanten Behandlungsangebotes gefordert (S.25). Die der ambulanten Behandlung nachgeordnete stationäre Behandlung soll in Suchtrehabilitationskliniken, Kliniken und anderen stationären Therapieeinrichtungen, ebenfalls im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen verortet sein (S.25) und auch ambulante und stationäre Nachsorgebehandlung umfassen (S.26). Die Autoren sprechen sich insbesondere im stationären Kinder- und Jugendbereich für die Etablierung spezialisierter Kompetenzzentren mit entsprechend geschultem Personal aus (S.28).

Die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde** (DGPPN, Mann et al., 2013) ordnet internetbasiertes Suchtverhalten unter die „Verhaltenssüchte“ und befasst sich zum Teil allgemein mit den Verhaltenssüchten aber auch spezifisch mit „Computer- und Internetsucht“ (S.7f.). Die Kernthesen zur Behandlung von Verhaltenssüchten sind: „Das Suchtmodell bietet gute Ansatzpunkte für eine effiziente und nachhaltige Prävention und Therapie auch von Verhaltenssüchten, wozu die Entwicklung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen und die Nutzung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren gehören. Analog zum Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV), der eine flächendeckende, qualifizierte Beratungs- und Behandlungsstruktur schuf und mit einem bemerkenswerten Innovationsschub in Forschung und Praxis einherging, ist die verstärkte fachliche Beschäftigung mit weiteren Verhaltenssüchten bzw. ihrer Klassifikation, Diagnostik

und Behandlung auf der Basis öffentlicher Förderung gefordert.“ (Mann et al., 2013, S.2) „Nicht jede Leidenschaft bedeutet Abhängigkeit. Kernkriterien der Diagnostik sollten deshalb neben dem subjektiven Leidensdruck den Verlust eigener Handlungsmöglichkeiten und die Verengung der Verhaltensvielfalt auf die suchtbewogenen Tätigkeiten trotz schädlicher Folgen umfassen. Eine Pathologisierung individueller Verhaltensweisen auf Grund ihrer sozialen „Unerwünschtheit“ muss vermieden werden.“ (Mann et al., 2013, S.3). Zur Behandlung internetbasierten Suchtverhaltens werden kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze empfohlen. „Die Förderung einer intrinsischen Veränderungsmotivation, die Wiederaufnahme alternativer Verhaltensweisen und die Fokussierung auf das Wiedererlangen von Kontrolle über das eigene Konsumverhalten stellen dabei wichtige Therapieelemente dar. Auch die Aufnahme realer sozialer Kontakte, verbunden mit der Vermittlung sozialer Kompetenzen ist bisherigen Erfahrungen nach ein zentraler Therapiebaustein. Zur Förderung des Letztgenannten scheinen sich insbesondere therapeutische Gruppensettings anzubieten.“ (Mann et al., 2013, S.9). Die Warnungen des Verhaltenstherapeuten Prof. Dr. Iver Hand, die sich auf Pathologisches Glücksspiel bezogen, könnten hier mitgedacht werden: „Die therapeutisch erfahrenen Autoren plädieren für KVT als Behandlungsform der Wahl. Implizit definieren sie Sucht damit anders als das existierende Sucht-Versorgungssystem. In der Versorgungsrealität wird den meisten Betroffenen aufgrund der Glücksspiel-„Sucht“-Diagnose empfohlen, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen aufzusuchen – mit oft fraglichen Effekten ... Der Zugang zur ambulanten Richtlinien-VT wird durch die Sucht-Diagnose erheblich erschwert ... Ergo: Verhaltenssexzesse waren und bleiben vielschichtiges Symptomverhalten sehr heterogener Ätiologie“ – und sind überwiegend im Rahmen eines Neurosenmodells versteh- und behandelbar! Möge dies zum Wohle der Betroffenen so bleiben!“ (Hand 2014, S.1437).

Das **DGPPN**-Positionspapier vom **16.03.2016** „Verhaltenssuchte und ihre Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie“ (Mann et al. 2016) strafft im Wesentlichen den Text von 2013 (z.B. durch Streichung des Fallbeispiels eines „World of Warcraft“-Spielers), aktualisiert den Forschungsstand und verbessert den Quellenbezug. Neue oder modifizierte Forderungen sind bezüglich des Umgangs mit internetbasiertem Suchtverhalten nicht festzustellen.

Die **Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie** (DG Sucht, Rumpf et al., 2015) ordnet wie die anderen beiden Fachverbände das internetbasierte Suchtverhalten den Suchterkrankungen zu und fordert eine flächendeckende qualifizierte Versorgung. Für die Versorgung und Behandlung von internetbasiertem Suchtverhalten wird gefordert:

- „Einheitliche valide und reliable Diagnostik der Störung“
- „Schaffung der Evidenz für wirksame Methoden der Behandlung“
- „Entwicklung einer Leitlinie als mittel- bis langfristiges Ziel“
- „Bereitstellung einer angemessenen personellen Ausstattung in Therapieeinrichtungen“
- „Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Therapieeinrichtungen“
- „Bereitstellung und Implementation von niedrigschwelligen Angeboten für die Betroffenen und ihre Angehörigen (z. B. Eltern von betroffenen Jugendlichen)“
- „Entwicklung wirksamer Prävention und Frühintervention und ihre Implementation“

Bemerkenswert ist, dass die Mehrzahl der „Praxisziele“ zur Versorgung und Behandlung eigentlich Forschungsziele sind, obwohl in annähernd gleicher Zahl auch noch separate Forschungsziele formuliert werden. Die einheitliche, reliable und valide Diagnostik ist nicht nur

erstes Praxisziel sondern darüber hinaus auch Thema der Forschungsziele 1 und 2 und somit offenbar diesem Positionspapier ein besonderes Anliegen. Die weiteren Forschungsziele sind neben der Grundlagenforschung die Entwicklung, Evaluation und Publikation jeglicher Art von Interventionsverfahren für internetbasiertes Suchtverhalten. Insbesondere hinsichtlich der Evidenz für die Wirksamkeit bestehender Interventionsmethoden äußern sich die DG Sucht-Autoren im Vergleich zu den anderen Positionspapieren deutlich vorsichtiger und kritischer bezüglich methodischer Mängel in Evaluationsstudien. Unter den politischen Zielen ist neben der Forschungsförderung und der Stärkung von niedrigschwelligen Maßnahmen und Frühinterventionen die Gewährleistung der Kostenübernahme der Behandlung von Internetabhängigkeit als Regelleistung der Krankenkassen und der Rentenversicherung von zentraler Bedeutung.

4.4 Zur Prävention von internetbasiertem Suchtverhalten in Deutschland

Bitzer, Bleckmann & Mößle (2014) legten eine deutschlandweite Befragung von 127 Einrichtungen der Erziehungs- und Familienberatung (n=44), Sucht- und Jugendberatung (n=39), (Sucht)-Prävention und Gesundheitsförderung (n=24), Verhaltenssuchtberatung (n=10) und sonstiger Beratungseinrichtungen (n=10) zur Prävention einer „problematischen Nutzung von Bildschirmmedien“ vor, die sie mit einer Expertenbefragung von 28 Experten verbanden. Aufgrund der Zielgröße „problematische Nutzung von Bildschirmmedien“ scheint keine deutliche Abgrenzung der Prävention von internetbasiertem Suchtverhalten und von exzessivem Fernsehkonsum vollzogen worden sein. Etwa drei Viertel der Einrichtungen waren im Bereich der universellen Prävention aktiv, etwa die Hälfte im Bereich der selektiven und etwa ein Drittel im Bereich der indizierten Prävention (Bitzer, Bleckmann & Mößle, 2014, S.39). In nur 38% der Einrichtungen war eine spezielle Ansprechperson mit „problematischer Nutzung von Bildschirmmedien“ befasst. Bemerkenswert ist, dass 56% der Einrichtungen der Sucht- und Jugendberatung ihr Angebot erst seit 2010 vorhielten. Diesbezüglich wäre eine Rückmeldung ohne Einbeziehung der Fernsehthematik interessant gewesen. Nur 31% der Einrichtungen nutzen Konzepte oder Manuale für ihre präventiven Interventionen, nur 4% evaluieren die Intervention. Bitzer, Bleckmann & Mößle (2014, S.95ff.) formulieren zentrale Ziele der „problematischen Nutzung von Bildschirmmedien“. So solle die reale Bildschirmzeit der Kinder und Jugendlichen gesenkt werden, da sie mit zunehmendem Alter zunehmend deutlicher über den Werten liege, die Praktiker und Experten als zuträglich empfehlen würden (Maximalzeit der Experten: 33 Minuten im Alter von 4-6 Jahren, 64-154 Minuten im Alter von 7-12 Jahren). Weiter solle das Einstiegsalter in die Nutzung von Bildschirmmedien erhöht werden. Für die Praxis wird weiter empfohlen:

„Ausbau der Angebote für Zielgruppen unterhalb des Schulalters. Für junge Zielgruppen mehr indirekte Interventionen über die Eltern oder pädagogische Fachkräfte an Bildungsinstitutionen. Bei Mediensuchtprävention, die sich direkt an junge Zielgruppen richtet: Kein Einsatz von Bildschirmmedien, Fokus auf Freizeitalternativen. Berücksichtigung der Ausstattungsquote (Keine Bildschirmgeräte in Kinderzimmer) und der funktionalen Problemdimension (Kein Einsatz als Strafe und Belohnung). Weniger Angebote direkt für Kinder und Jugendliche mit reinem Aufklärungs- und Abschreckungscharakter. Einbeziehung von medien(sucht)-

präventiven Bausteinen in U-Untersuchungen, Elterngespräche an Bildungseinrichtungen, universelle Präventionsprogramme. Bewusstsein für zweischneidige Rolle der technischen Sicherungsmöglichkeiten (s.u. politische Forderungen). Pädagogische statt technische Lösungen an Eltern herantragen.“ (S.102) Neben der Forderung verstärkter Präventionsforschung insbesondere im Bereich langfristiger Evaluationen stellen die Autoren auch rechtliche und politische Forderungen: „Berücksichtigung des Abhängigkeitspotenzials von Computerspielen im Jugendmedienschutz. Rechtliche Einschränkung der Möglichkeiten für direkte public private partnerships in der Mediensuchtprävention zur Vermeidung von Interessenkonflikten. Verbot der Bewerbung von Kindermedienprodukten für die Altersgruppe 0-3 Jahre als entwicklungsförderlich. Umbenennung der FSK/USK-Einstufungen „ab 0“ in „ab 3 Jahren“, hilfsweise zumindest „ab 2 Jahren“. Verlagerung des Schwerpunktes der Mediensuchtprävention: zur selektiven und indizierten Prävention sollte mehr universelle hinzukommen; weniger Schwerpunkt auf technische und aufklärerische Ansätze, weniger reine Online-Angebote und mehr face-to-face, ressourcenorientierte Angebote auch für Eltern junger Kinder. Vermeidung von kontraproduktiven Botschaften bzgl. der Ziele der Mediensuchtprävention in Kampagnen und Maßnahmen der Medienkompetenzförderung und der Vermittlung einer mündigen Nutzung des Internet. Finanzierung der Forschung zu und Implementierung der Mediensuchtprävention in Deutschland inhaltlich vollständig unabhängig von der Medienindustrie. Zugleich Mitfinanzierung dieser Bereiche über eine Abgabe, die nach dem Abhängigkeitspotenzial der Angebote gestaffelt sein könnte. Einbeziehung der Erfordernisse der Medien(sucht)prävention in die Bildungspolitik. Allzu frühen Einsatz von Bildschirmgeräten in Bildungseinrichtungen kritisch überdenken, und High Tech Strategien nur gekoppelt mit mediensuchtpräventiver Elternarbeit implementieren.“ (S.103f.).

Einige deutsche Fachgesellschaften haben in ihren Positionspapieren explizit zur Prävention internetbasierten Suchtverhaltens Forderungen aufgestellt:

Die **Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie** (DG Sucht, Rumpf et al., 2015) hat für die Prävention internetbasierten Suchtverhaltens „...Maßnahmen vorgeschlagen, welche die allgemeinen Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken. Hinzuzurechnen sind Maßnahmen, welche darauf abzielen, die Medienkompetenz zu stärken. Wissenschaftliche Evidenz liegt hierzu noch nicht vor. Weitere Möglichkeiten bieten sich durch steuernde politische Maßnahmen, die sich im Sinne der Verhältnisprävention um Jugendschutz bemühen, Beschränkungen durch ein Mindestalter und technische Begrenzungen einführen (z.B. max. Spielzeit). Weitere mögliche Ansätze bestehen u.a. in Produktgestaltung und Werbebeschränkungen.“

Die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde** gibt im Positionspapier vom 16.03.2016 „Verhaltenssüchte und ihre Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie“ (Mann et al. 2016) Empfehlungen zur Prävention internetbasierten Suchtverhaltens: „Wenngleich noch keine flächendeckende Bestandsaufnahme zu den bislang bestehenden Präventionskonzepten und deren Wirksamkeit vorliegt, gibt es doch einige Anhaltspunkte dafür, dass viele bisher realisierte Konzepte und Initiativen diesem Anspruch nicht genügen. Viele Konzepte sind bislang nicht gesundheitspsychologisch fundiert, sondern fokussieren stattdessen auf eine Vermittlung von Medienkompetenz im enge-

ren Sinne – also auf technische Schutzmöglichkeiten und Informationsvermittlung. Die große Mehrheit der Konzepte sind nicht in randomisierten Kontrollgruppenstudien untersucht worden. Eine stärkere Evidenzbasierung erscheint dringend geboten. Einige Bereiche können benannt werden, in denen Prävention besonders sinnvoll erscheint. Dies ist im Bereich der Verhältnisprävention der Jugendmedienschutz: So erscheint es denkbar, Spiele mit möglichem Suchtpotential mit Hilfe einer entsprechenden Alterseinstufung nur erwachsenen Spielern zugänglich zu machen. Bislang ist dies nicht der Fall: Spiele erhalten nur dann eine höhere Altersfreigabe, wenn in ihnen gewaltbezogene oder in anderer Weise entwicklungsbeeinträchtigende Darstellungen enthalten sind. Das Onlinerollenspiel „World of Warcraft“ wurde so z. B. trotz seines erhöhten Gefährdungspotentials in Deutschland ab 12 Jahren freigegeben (Rehbein et al. 2010b). Ansätze der Verhaltensprävention greifen auch bei anderen Internetangeboten, die junge Menschen gefährden, wie beispielsweise pornographische Inhalte und Glücksspielangebote. Ein weiterer Bereich ist die Realisierung geeigneter präventiver Konzepte im Schulunterricht...“ Mann et al. 2016, S.9f.

4.5 Untersuchungsziele und Zielerreichungsindikatoren

Seit der letzten bundesweiten Erhebung 2008 (Petersen & Thomasius, 2010) hat die Thematik des internetbasierten Suchtverhaltens in Deutschland im Bund und in den Ländern einiges an Aufmerksamkeit erhalten. Es wurden zahlreiche private und staatliche Anstrengungen unternommen, um vorbeugend intervenieren zu können und um die Situation Betroffener zu verbessern. Während auf der Ebene der Öffentlichkeit große Fachtagungen, die Gründung und die Aktivitäten des Fachverbands Medienabhängigkeit und themenbezogene Stellungnahmen psychiatrischer (DGPPN) und suchtbezogener (DG Sucht) Fachverbände Impulse zu Weiterentwicklung der Thematik setzten, wurden auf Länderebene Präventionsaktivitäten entfaltet und wurden Netzwerke kooperierender Einrichtungen gebildet (vgl. „Netz mit Webfehlern“ in Hessen und Hamburg, „Bündnis Mediensucht-Paderborn“, etc.). Zudem haben Beratungsstellen, Ambulanzen und Kliniken neue Angebote entwickelt. Es ist daher sinnvoll, eine erneute bundesweite Bestandsaufnahme der Beratungs- und Behandlungsangebote durchzuführen und die Kenntnis über die bestehenden Bedarfe auf der Ebene der Einrichtungen, der Fachgesellschaften und der Verwaltung zu aktualisieren. Da die psychiatrische Klassifikation im Rahmen der „International Classification of Diseases“ (ICD) für die Kostenübernahme in Deutschland von großer Bedeutung ist, werden hohe Erwartungen an die zurzeit in der Entwicklung befindliche ICD-11 gesetzt. Obwohl diese Frage erst voraussichtlich 2018 entschieden sein wird, soll eine Befragung von an der ICD-11-Entwicklung beteiligter Personen eine vorsichtige Prognose ermöglichen, ob internetbasiertes Suchtverhalten voraussichtlich einer spezifischen Diagnose zugeordnet werden wird. Tabelle 5 zeigt die Ziele und Zielindikatoren der Studie „Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten“ (AbiS), wie sie 2015 für den Forschungsantrag dieser Studie formuliert worden sind.

Tabelle 5: Ziele und Zielindikatoren

Ziel(e)	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
1. Bundesweite Beschreibung von Beratungs- und Behandlungsangeboten für internetbasiertes Suchtverhalten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.	Die Onlinebefragung erreicht eine hinreichend repräsentative Stichprobe an Einrichtungen mit entsprechenden Angeboten: Mindestens 100 verwertbare Antworten liegen als Datensatz vor
2. Der Bedarf an zusätzlichen Angeboten oder an der Modifikation von Angeboten wird erhoben.	Der Onlinebefragung und den Interviewantworten wurden hinreichend aussagekräftige relevante Informationen entnommen. Dies ergibt sich aus dem Erreichen beider Teilziele 2.1 und 2.2.
Teilziel 2.1 Falls die im Onlinefragebogen befragten Einrichtungen nach ihrer Einschätzung Bedarfe sehen und beschreiben, werden diese Vorschläge nach der Häufigkeit des Vorkommens gewichtet präsentiert.	Die auf die Bedarfe abzielenden geschlossenen und offenen Fragen im Onlinefragebogen wurden angemessen (quantitativ und qualitativ) ausgewertet und sachgerecht dargestellt.
Teilziel 2.1 5-10 Vertreterinnen/ Vertreter der administrativen Ebene, der Betroffenen, der Behandler und der Fachgesellschaften wurden zu ihrer Wahrnehmung der Bedarfe befragt und die Ergebnisse wurden präsentiert.	Die auf die Bedarfe abzielenden Antworten innerhalb der Interviews wurden mit angemessener qualitativer Methodik ausgewertet und mit Blick auf ableitbare Erfordernisse in der Angebotsoptimierung sachgerecht dargestellt.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Studiendesign

Die Studie sollte ein mehrstufiges multimodales Vorgehen realisieren und fünf in die Problemanalyse einbezogene repräsentative Ebenen erfassen:

- die Präventionsebene (Schulen, Jugendberatung)
- die administrative Ebene (Regionale und überregionale Träger von Suchteinrichtungen, Landesstellen gegen die Suchtgefahren, Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung, Suchtbeauftragte der Bundesländer)
- die fachliche Ebene (Experten und Vertreter von Fachgesellschaften, an der ICD-11-Entwicklung beteiligte Personen)
- die operative Ebene (Kliniken, Beratungsstellen und Fachambulanzen),
- die Betroffenenebene (Inanspruchnehmer/-innen von Beratungs- oder Behandlungsleistungen)

Da der Präventionsbereich jedoch aktuell gut untersucht ist, wie in Abschnitt 4 beschrieben wurde, wurde die Präventionsebene bereits in der im Studienantrag beschriebenen Planung der Untersuchung gegenüber den anderen Untersuchungsebenen geringer priorisiert.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die im Rahmen des Projekts „Angebote bei internet-basiertem Suchtverhalten – eine Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung an Schulen, Beratungsstellen und Kliniken (AbiS)“ realisierten Untersuchungen und ihren Bezug zu den Untersuchungsebenen.

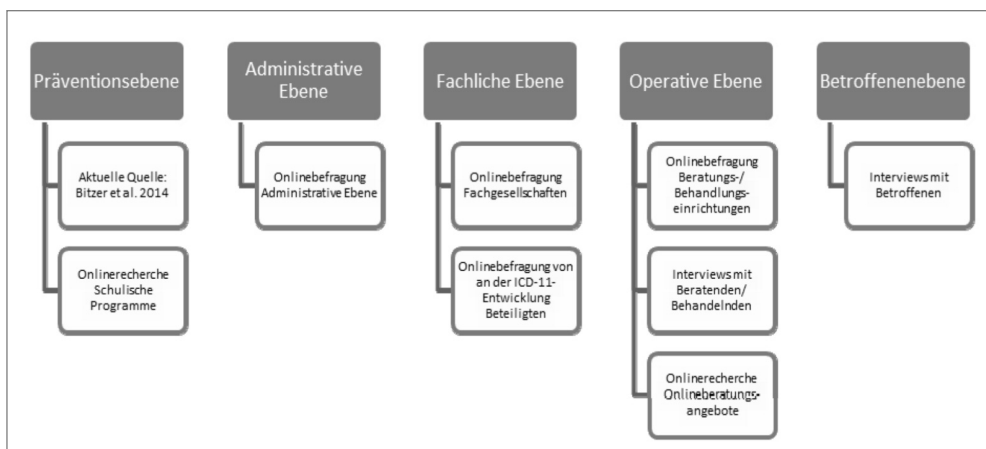


Abbildung 1: AbiS-Projektdesign

5.2 Methodik der Onlinebefragungen

5.2.1 Onlinefragebögen

Als Onlinefragebogen-Plattform wurde ein für nicht-kommerzielle Zwecke kostenfreies System (SoSci Survey, Leiner 2014) genutzt. Mittels dieser Software wurden vier separate Onlinefragebögen (Hauptfragebogen für Beratungs-/Behandlungseinrichtungen, Fragebogen für administrativ Tätige, Fragebogen für suchtbetogene Fachgesellschaften, Fragebogen für Personen der ICD-Entwicklung, vgl. Abschnitt 5.1) realisiert und den Teilnehmenden auf www.soscisurvey.de zur Verfügung gestellt. Der Zugang erfolgte jeweils über einen per E-Mail zugesendeten personalisierten Link über das Programm Sosci Survey. So war es auch möglich, Einrichtungen und Personen, die einen Monat nach der Kontakt-E-Mail den jeweiligen Fragebogen noch nicht aufgerufen hatten, erneut anzufragen. Die Befragungen begannen im November 2015, der Zugang wurde in der zweiten Januarwoche 2016 geschlossen, so dass mit den Auswertungen begonnen werden konnte. Die Daten wurden anschließend gesichert und mit dem Statistik-Paket IBM SPSS Statistics Version 23 ausgewertet.

5.2.2 Adressrecherchen

5.2.2.1 Adressrecherche Hauptfragebogen für Beratungs-/Behandlungseinrichtungen

Die einzelnen Schritte der Adressrecherche für den Hauptfragebogen und deren Abfolge gibt Tabelle 6 wieder:

5.2.2.2 Weitere Adressrecherchen

Der „Fragebogen für administrativ Tätige“ richtete sich an regionale und überregionale Träger von Suchteinrichtungen, an die Landesstellen gegen die Suchtgefahren, an Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung und Suchtbeauftragte der Bundesländer. Die Recherche geeigneter Personen wurde über das Internet vorgenommen.

Der Link zum „Fragebogen für suchtbetogene Fachgesellschaften“ wurde einer ausgewählten Liste von Vorstandsmitgliedern, jeweils einer Person pro Fachgesellschaft, zugesendet. Für diese Fragebögen wurden die Adressaten auch angeregt, die Beantwortung zu delegieren, falls das zweckmäßig erschien.

Der „Fragebogen für Personen der ICD-Entwicklung“ wurde in deutscher und englischer Sprache erstellt. Zur Identifikation an der ICD-Entwicklung beteiligter Personen wurden drei Quellen genutzt. Zunächst waren Prof. Dr. Karl Mann und PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf als deutsche Vertreter im ICD-11-Entwicklungsprozess bekannt. Grant et al. (2014) stellte den Stand der ICD-11-Entwicklung aus Sicht der „ICD-11 Working Group on Obsessive Compulsive and Related Disorders“ dar. Die Autorenliste des Artikels umfasste zwölf Personen, deren E-Mail-Adressen mittels einer Internetrecherche ermittelt werden konnten. Vom 27.-29. August 2014 tagte eine Expertengruppe der WHO in Tokio, die internetbasiertes Suchtverhalten eher dem

Tabelle 6: Dokumentation des Rechercheablaufs der Adressrecherche zu Beratungs-/Behandlungseinrichtungen

Ab- folge	Quelle	Einordnung	Herausgeber	Vorgehensweise
1	http://www.ins-netz-gehen.de/lass-dir-helfen/hilfs-und-beratungs-angebote-vor-ort	Datenbank ausschließlich für Hilfsangebote bei problematischer/süchtiger Medien-/Internetnutzung	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	• Alle Kontakte in der Datenbank in eine Excelliste übernehmen (mit Ausnahme von Therapeuten/Beratern in eigener Praxis) • Sortierung nach Bundesländern
2	http://www.fv-medienabhaengigkeit.de/91.html#c398	Datenbank ausschließlich für Hilfsangebote bei problematischer/süchtiger Medien-/Internetnutzung	Fachverband Medienabhängigkeit	• Steht der jeweilige Kontakt schon in der Exceltable? Falls nein, Ergänzung der Excelliste beim betreffenden Bundesland. • Bei widersprüchlichen Infos (z.B. in der Liste vom Fachverband sind andere Ansprechpartner, Adresse o.ä. angegeben sind als in der Exceltable), Recherche auf der aktuellen Website der Institution zur Übernahme der korrekten Info. • Übernahme aller Einträge der FV-Datenbank, die zuvor noch nicht in der Exceltable waren.
3	http://www.computer-suchthilfe.info	Datenbank ausschließlich für Hilfsangebote bei problematischer/süchtiger Medien-/Internetnutzung	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)	• Abgleich der Datenbank (sowohl Sparte Jugendliche als auch Erwachsene) mit der aktuellen Exceltable • Ablauf wie bei FV Medienabhängigkeit (s.o.) Es wurde deutlich, dass die bisherigen Datenbanken lückenhaft sind. Zur Sicherheit daher Suche nach weiteren Datenbanken mit Hilfsangeboten bzgl. Internet-/Medienproblematik



Ab- folge	Quelle	Einordnung	Herausgeber	Vorgehensweise
4	http://www.ahg.de/AHG/Indikationen/Abhaengigkeits-erkrankungen/PC/#anke-rIDM001	Website zum Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch (Computersucht, Onlinesucht, Internetsucht)	AHG-Kliniken	Abgleich und Ergänzung der Exceltabelle mit Adressen unter „Ihre Therapiestandorte“ (rechts oben)
5	http://www.aktiv-gegen-mediensucht.de/foren/	Forum mit Rubrik ausschließlich mit Hilfsangeboten bei problematischer/süchtiger Medien-/Internetnutzung	Aktiv gegen Mediensucht e.V.	Abgleich und Ergänzung der Exceltabelle mit Adressen unter „Netzwerk für Ratsuchende“[®] Sucht- und andere Beratungsstellen, Kliniken, Ambulanzen
6	http://www.stiftung-medienundonlinesucht.de/index.php/netzwerk/adress-liste	Adressliste ausschließlich mit Hilfsangeboten bei problematischer/süchtiger Medien-/Internetnutzung	Stiftung Medien- und Onlinesucht e.V.	Abgleich und Ergänzung der Exceltabelle mit Einträgen in der Adressliste
7	https://www.lmz-bw.de/beratungsstellen-mediensucht.html	Adressliste zu „Beratungsstellen für Mediensucht“	Landesmedienzentrum Baden-Württemberg	Abgleich und Ergänzung der Exceltabelle mit Einträgen in der Adressliste
8	Individuelle Google-Suche bei Regionen, zu denen in den Datenbanken bisher vergleichsweise wenig gefunden wurde		Google	- Betraf zunächst: Berlin, Hamburg, Thüringen, Bremen, Saarland - Zusätzlich Gegoogeltes wurde in der Exceltabelle ergänzt Dabei fiel weiterhin auf, dass die bisherigen Quellen bundeslandübergreifend immer noch sehr lückenhaft sind. Aus diesem Grund wurde nachfolgende deutlich umfassendere Recherchewelle beschlossen.



Ab- folge	Quelle	Einordnung	Herausgeber	Vorgehensweise
9	www.suchtfraagen.de www.kbs-bayern.de www.landesstelle-berlin.de www.blsev.de www.brels.de www.sucht-hamburg.de www.hls-online.org www.lsmv.de www.nls-online.de www.landesstellesucht-nrw.de www.diakonie-pfalz.de www.landesstelle-sucht-saarland.de www.slsev.de www.liga-fw-lsa.de www.lssh.de www.tls-suchtfraagen.de	Websites der Landesstellen für Suchtfraagen	Landesstelle für Suchtfraagen in Baden-Württemberg, Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)	Abgleich und Ergänzung der bisherigen Ergebnisse anhand der offiziellen Überblick-Website zu den Suchthilfeeinrichtungen pro Bundesland
10	http://www.dhs.de/einrichtungssuche/online-suche.html	Website der Deutschen Hauptstelle für Suchtfraagen e.V. (dhs)		Abgleich und Ergänzung der bisherigen Ergebnisse mit der dhs-Online-Einrichtungssuche. Filter: „Problematiker Medienkonsum“
11	www.rehakliniken.de	Datenbank für Rehakliniken bundesweit	Medizinische Medien Informations GmbH	Es wurden Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und welche mit Suchtbezug aufgenommen, auch wenn diese nicht explizit Internetsucht behandeln. Pro Bundesland Abgleich und Ergänzung der Exceltabelle mit Einträgen in der Adressliste.

Konzept der Verhaltenssuchte zuordnen dürfte. In ihrem umfangreichen Tagungsband wird als Anhang B eine Teilnehmerliste von 16 Personen (und ihren E-Mail-Adressen) präsentiert (WHO 2015, S.25). Diesen Personen wurde eine E-Mail mit einem motivierenden Anschreiben und dem Link zur Befragung gesendet.

5.3 Methodik der Qualitativen Interviews

5.3.1 Methodik der Qualitativen Interviews mit Beratenden/Behandelnden

Das Sampling wurde nach dem Prinzip der bewusst kontrastierenden Fallauswahl zusammengestellt. Idealerweise sollte das Sample die Heterogenität des Untersuchungsfeldes repräsentieren (vgl. Kruse, 2014, S.58). Die Absicht war, eine möglichst breite Auswahl an Beratenden und Behandelnden in verschiedenen Versorgungsbereichen und mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen im Bereich des internetbasierten Suchtverhaltens (vgl. Tabelle 7) zu interviewen. Die Beratenden/Behandelnden werden mit ihrem Einverständnis hier namentlich aufgeführt, Zitate aus ihren Qualitativen Interviews werden allerdings im Folgenden durch einen Zahlencode pseudonymisiert.

Die Qualitativen Interviews (vgl. Tabelle 8) wurden im Zeitraum von Anfang bis Mitte Dezember 2015 telefonisch und persönlich geführt, mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und von einem Schreibdienst transkribiert. Die Qualitativen Interviews dauerten zwischen 20 und 60 Minuten. Um die Vergleichbarkeit der Gespräche zu gewährleisten, wurde vorab im Team und in mehreren Überarbeitungsschleifen ein Interviewleitfaden erstellt. Er stellte eine Orientierung dar, die Fragen wurden jedoch nicht strikt in der vorgegebenen Reihenfolge abgefragt, um die Offenheit der Qualitativen Interviews (als zentrales Prinzip in der qualitativen Forschung) nicht zu gefährden.

Zur Auswertung der sechs qualitativen Interviews mit Beratenden und Behandelnden wurde eine Qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Variante) nach Mayring durchgeführt (vgl. Mayring 2010a und b; Ramsenthaler 2013; Kuckartz 2012; Schreier 2012). Um die kommunikative Validierung zu gewährleisten, wurde zur Auswertung der sechs Interviews mit Betrof-

Tabelle 7: Stichprobe der Interviews mit Beratenden/Behandelnden

Person	Tätigkeit
Dr. med. Gottfried Barth	Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik des Universitätsklinikums Tübingen
Susann Brendler	Suchtberatung AWO Halle-Merseburg
Dipl.-Psych. Kai Müller	Sabine-M.-Grüsser-Sinopoli-Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz
Prof. Dr. med. Iver Hand	Verhaltenstherapie Falkenried, Hamburg
Dr. phil. Jörg Petry	AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, Düsseldorf
Arnhild Zorr-Werner	Stiftung Medien- und Online Sucht, Lüneburg

Tabelle 8: Interviewleitfaden Beratende/Behandelnde

Einleitung: Ziel dieses Forschungsprojekts ist es, die Versorgungssituation bei internetbasiertem Suchtverhalten in Deutschland zu erfassen. Deshalb interessiert uns besonders, welche Hilfsangebote Sie in Ihrer Einrichtung speziell bei internetbasiertem Suchtverhalten anbieten, aber auch Ihre Beurteilung der allgemeinen Versorgungssituation bei dieser Problematik.
Zu Beginn würden wir Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrem Hilfsangebot bei internetbasiertem Suchtverhalten stellen
Beschreibung des Hilfsangebots Szenario1: Falls nicht zuvor per Recherche herauszufinden: • Welches Beratungs-/Behandlungsangebot bieten Sie für Betroffene mit internetbasiertem Suchtverhalten (Definition?) an? Szenario2: Falls zuvor Art des Angebots schon per Website recherchierbar: • Sie bieten ja einiges an für Betroffene mit internetbasiertem Suchtverhalten, das konnten wir Ihrer Website entnehmen; vielleicht können Sie dennoch kurz Ihr Beratungs-/Behandlungsangebot für Betroffene mit internetbasiertem Suchtverhalten in eigenen Worten beschreiben. Dann Anschlussfragen für beide Szenarien: • Wie kommt es zu dieser Kombination aus Angeboten? - Wie wird entschieden, ob ein Pat. im Gruppen oder Einzelsetting betreut/behandelt wird? - Wie kam es zu diesem spezifischen Angebot? (Gruppe, Einzel, Angehörige, Beratung, Behandlung, Infoveranstaltung, [...]), war das eher aufgrund Ihrer Überlegungen als Behandelnde oder durch Nachfrage seitens der Patienten, oder beides? • Bei den einzelnen Angeboten konkreter nachhaken: Wie läuft das genau ab, wie kann ich mir das vorstellen? Wie ist Ihre typische Vorgehensweise - bei einem Einzelgespräch, Gruppe...? Gehen Sie nach einem Manual vor, gibt es Gruppenmaterialien, wie sehen diese ungefähr aus? • Für wie viele Personen ist ihr Angebot ausgelegt? Wie viele Betroffene mit Internetbasiertem Suchtverhalten können Sie im Jahr / Monat aufnehmen / behandeln / beraten? • Was ist das Ziel (Erfolgskriterium) Ihres Angebots? (z.B. Aufklärung, Einordnung der Problematik, Abstinenz der Betroffenen, Weitervermittlung der Betroffenen...) • Welche Begrifflichkeit (für internetbasiertes Suchtverhalten) verwenden Sie in Ihrer Arbeit? Warum genau diesen Begriff? • Wird ihr Angebot über die Krankenkassen abgerechnet? Welche Diagnosen verwenden Sie üblicherweise zur Behandlung oder ggf. Überweisung von Patienten mit internetbasiertem Suchtverhalten? Inanspruchnahme des Angebots • Wie sieht die Inanspruchnahme Ihres Angebots von Seiten der Betroffenen aus? • (Ggf konkretisieren: Wie viele Pat. mit internetbasiertem Suchtverhalten behandeln Sie insgesamt in Ihrer Einrichtung? Wie viele Pat. pro Gruppe, wie viele Gruppen/ Einzel im Monat?) Zugang zum Angebot • Wie finden Betroffene mit internetbasiertem Suchtverhalten zu Ihnen? Was ist der typische Zugangsweg? - Ggf. konkretisieren: Also, rufen die an, oder schreiben die eine Mail?

- Kommen Betroffene durch eigene Motivation oder eher durch äußere Umstände oder wie schätzen Sie dies ein? (z. B. Angehörige, Arbeitsstelle, Ämter...) – ODER alternative Formulierung: Was ist denn typischerweise der Anlass, warum Betroffene zu Ihnen kommen? Was ist vorher passiert, dass dieser Schritt gemacht wurde?
- Wie und wo informieren Sie über Ihr Angebot? (Flyer, Präventionsveranstaltungen, Website)? Ggf. nachhaken: Wie formulieren Sie das darin dann?
- Ggf. konkretisieren: Also, sprechen Sie z.B. darin explizit von „Sucht“ oder wie drücken Sie das aus?

Betroffenencharakteristika

- Wie erleben Sie die Betroffenen, die sich vorstellen? (Geschlecht, Alter, Komorbidität... sonstige Merkmale)
 - Sehen Sie Schwerpunkte in bestimmten Internetaktivitäten/Anwendungen?
- Gibt es aus Ihrer Sicht Besonderheiten in der Arbeit mit Betroffenen von internetbasiertem Suchtverhalten? Also, so z.B. im Vergleich mit anderen Problematiken, z.B. Drogen, Alkohol, Cannabis...

Umgang mit Rückfällen

- Haben Sie Daten zur Höhe der Rückfallquote bei Ihrem Angebot?
- Worin sehen Sie mögliche Gründe oder Gefahren für Rückfälle?
- Wie gehen Sie in Ihrem Angebot mit Rückfällen um?

Abbruch des Angebots

- Wie hoch ist die Abbruchrate Ihres Angebots?
- Was sind die Gründe für Abbrüche?

Allgemeine Bewertung des Angebots

- Wie bewerten Sie denn ganz allgemein Ihr Angebot für Betroffene von internetbasiertem Suchtverhalten?
 - Was sind denn so die Aspekte oder Bereiche, wo Sie sagen, da läuft es schon ganz gut?
 - Was sind die Aspekte oder Bereiche, wo Sie sagen, da braucht es noch was anderes oder mehr von etwas?
- Was für eine Resonanz von Seiten der Klienten erleben Sie denn da? (Zufriedenheit/Unzufriedenheit/Nachbesserungsbedarf?)
- Evtl.: Zumeist ist so ein Angebot ja mit der Zeit gewachsen; wenn Sie ausgehend von der heutigen Erfahrung und des aktuellen Bedarfs ein Angebot entwickeln würden, wie sähe dies konkret aus, was wäre anders?

Akzeptanz des Angebots

- Welche Rückmeldungen erhalten Sie im Beratungs-/Behandlungsverlauf zu Ihrem Angebot?
- Wird Ihr Angebot gut angenommen? Wie erfassen Sie dies, standardmäßige Evaluation durch Teilnehmer, Rückmeldungen, etc.?

Förderliche und hinderliche Aspekte

- Welche Aspekte der Behandlung sind aus Ihrer Erfahrung günstig / förderlich für eine Besserung des internetbasierten Suchtverhaltens? Wie sind Ihre Erfahrungen?
- Gibt es aus Ihrer Erfahrung auch Bedingungen, die nachteilig für den Behandlungserfolg und eine Besserung des Internetbasierten Suchtverhaltens sind?

Im Folgenden werde ich Ihnen einige Fragen eher zur **allgemeinen Versorgungssituation bei Internetbasiertem Suchtverhalten** stellen

Bedarf an Angebote bei Internetbasiertem Suchtverhalten

- Wie schätzen Sie den Bedarf an Beratungs-/Behandlungsangeboten für internetbasiertes Suchtverhalten generell ein? (Hintergrund: evtl. auch Lage in Deutschland bzw. spezifisch je Bundesland unterscheiden?)

Beurteilung der Versorgungssituation

- Wie beurteilen Sie die aktuelle Versorgungssituation für Internetbasiertes Suchtverhalten?
- Wie zugänglich sind aus ihrer Sicht Beratungs-/Behandlungsangebote für Betroffene?
- Welche Vielfalt an Angeboten besteht?
- Was ist aus Ihrer Sicht für den Behandlungserfolg und eine Besserung von Internetbasiertem Suchtverhalten wesentlich? Was muss man an Hilfsangeboten bieten?

Stärken – Angebote bei internetbasierten Suchtverhalten

- Worin sehen Sie die Stärken der bestehenden Versorgungssituation bei Internetbasiertem Suchtverhalten?

Schwächen – Angebote bei internetbasierten Suchtverhalten

- Sehen Sie auch Schwächen in der bestehenden Versorgungssituation?

Änderungswünsche/ -vorschläge

- Welche Veränderungen wünschen Sie sich noch in der Beratung/Behandlung von internetbasiertem Suchtverhalten?

fenen ein Tandem aus zwei Auswertenden gebildet. Die Analyse erfolgte im Zeitraum vom Dezember 2015 bis Januar 2016. Sie wurde abgeschlossen mit einer Queranalyse, bei der das gesamte AbiS-Team zusammenkam, um tandemübergreifend und in Rückkopplung zum Projektziel die Ergebnisse zu diskutieren.

Der erste Schritt war die systematische Erstellung eines Kategoriensystems als zentrales Untersuchungsinstrument, das die zentralen Analysekriterien abbildet (vgl. Tabelle 9). Die Kategorien wurden sowohl deduktiv anhand der theoretisch geleiteten Forschungsfragen erstellt als auch induktiv in direkter Orientierung am Material. Das Kategoriensystem wurde in mehreren Schleifen in Orientierung am Datenmaterial überarbeitet, um trotz unterschiedlicher Gesprächsinhalte eine interviewübergreifende Nähe zu den Daten zu gewährleisten und ein künstliches „Aufzwingen“ der Kategorien von Seiten der Projektmitarbeiterinnen zu vermeiden. Auf Basis des Kategoriensystems wurde dann mittels Textinterpretation das gesamte Datenmaterial in Analyseeinheiten zerlegt und mittels Textinterpretation kodiert. Jeder Schritt wurde im Tandem durchgeführt und diskutiert.

5.3.2 Methodik der Qualitativen Interviews mit Betroffenen

Auch für diese Stichprobe wurde das Sampling nach dem Prinzip der bewusst kontrastierenden Fallauswahl zusammengestellt (vgl. Abschnitt 5.3.1). Dieses Prinzip wurde vor dem Hintergrund enger zeitlicher Gegebenheiten bestmöglich ausgeschöpft. Es liegen ausreichende

Tabelle 9: Kategoriensystem zur Qualitativen Inhaltsanalyse der Beratenden/Behandelnden-Interviews

Beschreibung des Hilfsangebots bezüglich internetbasiertem Suchtverhalten

- Umgang mit Rückfällen
- Abbrüche des Angebots
- Art der Informierung über das Angebot
- Zugänge zum Angebot
- Typische Abläufe und Vorgehensweise innerhalb von Angeboten
- Art der Abrechnung
- Kapazität / Inanspruchnahme
- Arten der Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten
- Gründe für die spezifische Angebotszusammenstellung
- Ziel des Angebots

Begrifflichkeit / Definitionen bzgl. internetbasiertem Suchtverhalten

- Verwendeter Begriff, Begründung
- Verwendete Diagnosen

Bewertung des eigenen Hilfsangebots für Betroffene von internetbasiertem Suchtverhalten

- Evaluation
- Was berichten Pat., was besonders hilfreich ist
- Verbesserungsideen von Patienten
- Verbesserungsideen des eigenen Angebots

Beschreibung Klientel allgemein

- Geschlechterunterschiede
- Verschiedene Internetaktivitäten
- Verhaltensebene Klientel
- Umgang mit Patienten

Bewertung/Einschätzung allgemeine Versorgungssituation bei internetbasiertem Suchtverhalten

- Verbesserungsideen bzgl. allgemeine Versorgungssituation bei internetbasiertem Suchtverhalten
- Probleme/Defizite der aktuellen Versorgungssituation

Kontraste in mehreren Bereichen vor: Insgesamt wurden fünf Betroffene mit internetbasiertem Suchtverhalten interviewt, darunter zwei Frauen und drei Männer im Alter von Anfang/Mitte 20 bis Ende 40. Eine weibliche Person empfand ihre Internetnutzung nicht als problematisch und hatte daher auch keine Erfahrungen mit Hilfsangeboten für Internetbasiertes Suchtverhalten. Die übrigen vier Befragten nahmen eine Behandlung war, wobei diese bei den drei männlichen Probanden im Rahmen eines Gruppenangebots und bei der weiblichen Probandin in Form von Einzelgesprächen erfolgte. Eine Person konnte überregional rekrutiert werden, die übrigen Probanden stammen aus der näheren Region. Drei der vier Personen mit Hilferfahrung hatten zum Interviewzeitpunkt ihre Behandlung bereits abgeschlossen und berichteten retrospektiv. Die andere der Person dagegen hatte zum Interviewzeitpunkt nur ein erstes Beratungsgespräch erlebt, d.h. der Zugang zum Angebot war erst kürzlich