

Medizinische Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
Leiter: Prof. Dr. med. M. Linden

**Internetbasierte Selbsthilfegruppe mit und ohne Anleitung
in der Anschlussbetreuung
nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades
Doctor rerum medicarum
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Carolin Pirsich (geb. Ubben)
aus Frankfurt am Main

Referent: Prof. Dr. med. M. Linden

Korreferent: Prof. Dr. med. H.-Chr. Deter

Gedruckt mit Genehmigung der Charité –
Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Promoviert am: 04.02.2011

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Michael Linden, Frau Manuela Grobe und weiteren Verantwortlichen des Rehabilitationszentrums Seehof für die Bereitstellung ihrer Ressourcen bedanken, durch die diese Arbeit erst möglich wurde.

Auch möchte ich Herrn Prof. Dr. Michael Linden für seinen fachkundigen Rat und seine Hilfestellungen in den vergangenen Jahren meinen Dank aussprechen.

Mein Dank gilt weiterhin Dipl.-Psych. Gabriela Fernandes für ihre zur Verfügung gestellte Kompetenz bei der technischen Programmierung und Implementierung der Internet-Foren und Datenbanken sowie Dr. Dipl.-Psych. Heike Schaumburg für die hilfreichen, fachlichen Diskussionen und Anregungen zu diesem Forschungsprojekt.

Ebenfalls möchte ich Dipl.-Sozpäd. Sandra Dieling danken, die als inhaltliche Diskussionsleitung des moderierten Internet-Forums mit ihrem fachlichen Können und Engagement maßgeblich zu dessen Erfolg beigetragen hat.

Den Zweitgutachtern danke ich dafür, dass sie sich die Zeit nehmen, sich mit der vorliegenden Arbeit zu beschäftigen.

Insbesondere möchte ich Frank und meinen Eltern für ihr Interesse und ihren Glauben an dieses Internetprojekt danken.

Inhaltsverzeichnis:

1.	Einleitung – Das „Internet-Forum Seehof“	9
2.	Ziele und Aufgaben medizinischer Rehabilitation	10
2.1	Psychosomatische Rehabilitation	12
2.2	Notwendigkeit einer Verstetigung von Behandlungsergebnissen	15
2.3	Rehabilitative Nachsorge in Form gesundheitsbezogener Selbsthilfe	17
2.3.1	Gesundheitsbezogene Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen	18
2.3.2	Potenziale und Risiken von Selbsthilfegruppen	20
2.3.3	Gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren in Selbsthilfegruppen	22
2.3.4	Vorsorgungsstrukturelle Situation	23
2.4	Perspektive internetbasierte Selbsthilfe	24
2.4.1	Internetbasierte Selbsthilfegruppen	25
2.4.2	Potenziale und Risiken internetbasierter Selbsthilfe	29
2.4.3	Qualitätskriterien klinisch-psychologischer Internetangebote	33
2.5	Internet bzw. Computer vermittelte Kommunikation (CvK)	34
2.5.1	Das medienökologische Rahmenmodell	36
3.	Untersuchungsziel und Forschungsfragen	38
4.	Methodik	42
4.1	Konzeption internetbasierter Selbsthilfe für die Klinik Seehof	42
4.1.1	Charakteristika der Patienten	44
4.1.2	Zugang zum Internet-Forum Seehof	44
4.1.3	Struktur und Rahmenbedingungen des Internet-Forums Seehof	45
4.1.4	Moderatorverhalten	47
4.1.5	Sicherheit und Datenschutz	50
4.2	Inhaltsanalyse	51
4.2.1	Gesundheitsförderliche Gesprächsthemen	52
4.2.2	Gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren	55
4.2.3	Medienspezifische Nutzungsmerkmale	58
4.2.4	Indikatoren	60
4.2.5	Codierregeln	61
4.2.6	Intercoder-Reliabilität	70
4.3	Statistische Analyseverfahren	72

4.4	Soziodemografie und Diagnostik	74
5.	Ergebnisse	75
5.1	Inanspruchnahme der Internet-Foren	75
5.1.1	Teilnehmerzahlen	75
5.1.2	Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen der Foren-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer	76
5.1.3	Charakteristika- Unterschiede zwischen Foren-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern	79
5.1.4	Charakteristika- Unterschiede zwischen Teilnehmern im selbstbestimmten und moderierten Forum	82
5.1.5	Aktive Foren-Teilnehmer	84
5.1.6	Beitragszahlen	85
5.1.7	Beitragsstarke Foren-Teilnehmer	86
5.1.8	Individuelle Nutzungszeiträume der Foren-Teilnehmer	88
5.2	Gesprächsinhalte der Internet-Foren	89
5.3	Kommunikationsformen in den Internet-Foren	93
5.3.1	Anonymität der Foren-Teilnehmer	93
5.3.2	Interaktivität	94
5.3.3	Stimmungsqualität der Patienten-Äußerungen	95
5.3.4	Emoticons	97
5.3.5	Kommunikationszeiten	98
5.3.6	Asynchronizität	99
5.3.7	Lurking	100
5.4	Gruppenwirkfaktoren in den Internet-Foren	101
5.4.1	Arten gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren	101
5.4.2	Inanspruchnahme oder Bereitstellung gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren	103
5.5	Moderatorverhalten	104
6.	Diskussion und Ausblick	106
6.1	Diskussion der Ergebnisse	106
6.1.1	Patienten-Charakteristika und Foren-Inanspruchnahme	106
6.1.2	Gesundheitsförderliche Foren-Gesprächsinhalte	109
6.1.3	Kommunikationsformen und medienspezifische Aspekte	109
6.1.4	Gesundheitsförderliche Foren-Gruppenwirkfaktoren	112
6.1.5	Konzeptionelle Unterschiede bzw. Einfluss der Moderation	112
6.2	Diskussion der Methodik	115

6.3	Perspektiven	116
7.	Zusammenfassung	121
8.	Literatur	123
9.	Anhang	131
9.1	Patienten-Instruktion zum Internet-Forum Seehof	131
9.2	Verteilung der Patienten-Äußerungen in beiden Internet-Foren	134
9.3	Erklärung	140
9.4	Lebenslauf	141

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1	Monatliche Themenvorschläge der Forum-2-Moderatorin	49
Tabelle 2	Hauptkategorien und Indikatoren des Kategoriensystems	63-69
Tabelle 3	Teilnehmerzahlen der internetbasierten Selbsthilfe-Foren nach jeweils 12 Monaten Laufzeit	75
Tabelle 4	Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen der Forum-Nutzer und Nicht-Nutzer	78-79
Tabelle 5	Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen der angemeldeten und aktiven Nutzer je Forum	82-83
Tabelle 6	Beitragszahlen der internetbasierten Selbsthilfe-Foren nach jeweils 12 Monaten Laufzeit	85
Tabelle 7	Beitragsmengen der aktiven Foren-Teilnehmer	86
Tabelle 8	Nutzungszeiträume der aktiven Foren-Teilnehmer	88
Tabelle 9	Anzahl gesundheitsförderlicher und Small-Talk-Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer	89
Tabelle 10	Anzahl der Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer zu gesundheitsförderlichen Themen	91
Tabelle 11	Anzahl der Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer zu den Themen <i>Symptomatik</i> und <i>Coping</i>	92
Tabelle 12	Anteile thematischer Äußerungen der Foren-Teilnehmer an ihrer Äußerungen-Gesamtzahl	93
Tabelle 13	Anzahl neuer Beiträge und Antwort-Beiträge der aktiven Foren-Teilnehmer	94
Tabelle 14	Qualitäten der Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer	95
Tabelle 15	Anteile qualitativer Äußerungen der Foren-Teilnehmer an ihrer Äußerungen-Gesamtzahl	96
Tabelle 16	Anzahl genutzter Emoticons der Foren-Teilnehmer	97
Tabelle 17	Zeitabschnitte aktiver Beteiligung	98
Tabelle 18	Anzahl der Thread-Aufrufe der Foren-Teilnehmer	100

Tabelle 19	Anzahl gesundheitsförderlicher Wirkfaktoren-Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer	101
Tabelle 20	Anteil der Wirkfaktoren-Äußerungen der Foren-Teilnehmer an ihrer Äußerungen-Gesamtzahl	102
Tabelle 21	Anzahl der bereitgestellten (<i>provide</i>) und gewünschten (<i>request</i>) Wirkfaktoren-Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer	103
Tabelle 22	Äußerungen der Moderatorin des angeleiteten Forums	105
Tabelle 23	Wirkfaktoren-Äußerungen der Moderatorin und der Patienten des moderierten Forums	105

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1	Stufenplan der medizinischen Rehabilitation (Linden, 2003)	15
Abbildung 2	Das medienökologische Rahmenmodell (Döring, 2003)	37
Abbildung 3	Verteilung der Patienten-Beiträge im selbstbestimmten Forum 1 und im moderierten Forum 2	85
Abbildung 4	Verteilung thematischer Patienten-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1 und im moderierten Forum 2	134
Abbildung 5	Verteilung qualitativer Patienten-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1	135
Abbildung 6	Verteilung qualitativer Patienten-Äußerungen im moderierten Forum 2	136
Abbildung 7	Verteilung gesundheitsförderlicher Wirkfaktoren-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1	137
Abbildung 8	Verteilung gesundheitsförderlicher Wirkfaktoren-Äußerungen im moderierten Forum 2	138
Abbildung 9	Verteilung der bereitgestellten (<i>provide</i>) und gewünschten (<i>request</i>) Wirkfaktoren-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1 und im moderierten Forum 2	139

1. Einleitung – Das „Internet-Forum Seehof“

Das *Internet-Forum Seehof* ist ein Projekt, das für das Rehabilitationszentrum Seehof (DRV, Deutsche Rentenversicherung Bund) bzw. die Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik (Leitung: Prof. Dr. M. Linden) konzipiert wurde und chronisch psychisch kranken Patienten bei Entlassung eine Nachsorge in Form einer zeit- und ortsunabhängigen Internet-Selbsthilfe anbietet. Im Internet basierten Forum Seehof können ehemalige Patienten ortsunabhängig, zeitversetzt als auch bei entsprechender Verabredung zeitlich synchron und auf schriftlichem Weg Fragen, Antworten, Erlebnisberichte, Internetlinks austauschen, gemeinsame Erfahrungen rekapitulieren, Themen zur Diskussion stellen (z.B. zur Reintegration in den Alltag) und den Kontakt zueinander über den Klinikaufenthalt hinaus halten. Zunächst wurde für die entlassenen Patienten der o.g. Abteilung ein **selbstbestimmtes, unmoderiertes Internet-Forum Seehof** als reines Selbsthilfeangebot konzipiert und installiert. Nach einem Jahr Durchführungs- und Untersuchungszeitraum wurde ein zweites, identisches, Internet basiertes Selbsthilfeangebot, jedoch erweitert um eine inhaltliche Moderatorin/Diskussionsleiterin (Diplom-Sozialarbeiterin der Klinik) für ebenfalls ein Jahr mit einer neuen, vergleichbaren Patientengruppe durchgeführt und wissenschaftlich untersucht (**moderiertes Internet-Forum Seehof**).

Eine anschließende (u.a. inhaltsanalytische) Auswertung der textbasierten Patientenbeiträge und des Nutzungsverhaltens aus den Internet-Selbsthilfeforen gibt Auskunft darüber, ob derartige internetbasierte Selbsthilfekonzepte eine verstärkte Eigeninitiative von Patienten bei einem gesundheitsförderlichen Umgang mit ihren Krankheiten realisieren können. Letztlich soll die Frage beantwortet werden, ob es sinnvoll ist, derlei internetbasierte Selbsthilfe- bzw. Nachsorgekonzepte (und ggf. welches Konzept bevorzugt) von Seiten der Klinik Seehof oder anderer Rehabilitationskliniken zu unterstützen.

Die Relevanz der empirischen Untersuchung, der Forschungsfragen, der zu erhebenden Daten und Konstrukte leitet sich ab von Erkenntnissen der medizinischen Rehabilitationsforschung zu chronischen psychischen Erkrankungen, der Selbsthilfe- und Unterstützungsforschung sowie von gesundheitspolitischen Forderungen zu verstärkter Patienten-Eigeninitiative bei ihrer Krankheitsbewältigung.

2. Ziele und Aufgaben medizinischer Rehabilitation

Der Begriff „Rehabilitation“ leitet sich von dem lateinischen „rehabilitare“ ab und kann als „wieder fähig machen“ verstanden werden (Wahrig-Burfeind, 2002).

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich von Rehabilitation (§ 26 ff. SGB IX) und hat das Ziel und die Aufgabe, chronische Krankheiten als solche oder deren Verschlimmerung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen. Dabei wird einerseits die Krankheit selbst beeinflusst (Kurativmedizin), andererseits werden ebenso die körperlichen, geistig-seelischen, sozialen Krankheitsfolgen sowie Kontextfaktoren, Krankheitsrisiken und persönlichen Ressourcen in der Behandlung berücksichtigt. So wird angestrebt, einen Rehabilitationserfolg im Sinne einer angemessenen Krankheitsbehandlung, -bewältigung und -kompensation sowie eine Teilhabe an Familie, Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen (vgl. Rehabilitationsrichtlinien des SGB V & IX - Fassung 2004; Linden, 2005).

Hierbei kommen Leistungen aus dem edukativen Bereich (z.B. Aufklärung, Schulung), aus dem somatischen Bereich (z.B. medizinische Interventionen), aus dem psychologischen Bereich (z. B. Psychotherapie) und aus dem sozialmedizinischen Bereich (z.B. berufliche und soziale Wiedereingliederung) zum Einsatz. Um nach diesen erbrachten Rehabilitationsleistungen eine weitergehende Förderung, Verstetigung und Verbesserung von erworbenen Bewältigungs- und Kompensations-strategien sowie deren Transfer in den Alltag zu gewährleisten, werden Leistungen der Rehabilitationsnachsorge wie z.B. Nachsorgegruppen (Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) empfohlen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006).

Nach dem „Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ (VDR, 2006) sind die Rehabilitationsziele folgendermaßen zusammenzufassen: Diagnostik, Aufstellung eines individuellen Therapieplans, Durchführung medizinischer, physikalischer, psychologischer oder weiterer Therapiemaßnahmen, Etablierung eines förderlichen Umgangs mit der Erkrankung, Verhaltensmodifikation, sozialmedizinische Beurteilung, Beratung des Patienten und seiner Angehörigen sowie Planung weiterer (u.a. Nachsorge-)Maßnahmen.

Die aktuelle medizinische Rehabilitation in der deutschen, gesetzlichen Rentenversicherung geht demzufolge über die symptombezogene Behandlung von Krankheit hinaus und orientiert sich an der ‚Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)‘ und dem funktionalen Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001). Damit basiert sie auf einem biopsychosozialen Modell der Komponenten von Krankheit/Behinderung bzw. Gesundheit (vgl. auch SGB IX). Diesem zufolge werden Gesundheit und Krankheit/Behinderung auf einem Kontinuum betrachtet, auf dem Menschen körperlich, psychisch und sozial mehr oder weniger belastet sind und sich z.B. hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Teilhabe in Leistungs- und anderen Lebensbereichen unterscheiden. Ziel aktueller Gesundheitsförderung ist es, Patienten dazu zu befähigen, akute oder chronische Belastungen so zu handhaben, dass sie keine oder eine möglichst geringe Ausprägung einer Erkrankung entwickeln und trotz möglicherweise nicht reversibler Beschwerden und Einschränkungen (z.B. aufgrund einer chronische Erkrankung) ein gewisses Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität erleben können (vgl. Renneberg & Hammelstein, 2006).

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können in ambulanter, teilstationärer oder in vollstationärer Form erbracht werden (Linden, 2005). Bei einer stationären medizinischen Rehabilitation werden in der Regel drei Wochen Rehabilitation durch den Kostenträger genehmigt (§ 15 SGB VI). Ausnahmen bilden Rehabilitationsmaßnahmen bei besonderer medizinischer Indikation (z.B. bei onkologischen oder psychischen Erkrankungen, insbesondere Suchterkrankungen), bei denen die Maßnahme verlängert oder verkürzt werden kann. So dauern stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in der Psychosomatik typischerweise zwischen vier und sechs Wochen. Die gesetzliche Begrenzung der Rehabilitationsdauer auf wenige Wochen kann kritisch gesehen werden, da sie eine individualisierte Therapieplanung und eine längerfristige Verhaltensänderung bzw. Verstetigung der Behandlungsergebnisse erschwert.

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht gibt am Ende der stationären Behandlung den Inhalt, Ablauf und das Ergebnis der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wieder und ist Grundlage des in dieser Arbeit entwickelten Kategoriensystems (vgl. Abschnitt 4.2). Der Bericht hat zum einen die Funktion, als Arztbrief den klinischen Verlauf und das Behandlungsergebnis wiederzugeben. Zum anderen kann er jedoch auch als

sozial-medizinisches Gutachten dienen, das für Entscheidungen bezüglich zu erbringender Sozialleistungen (z.B. berufliche Rehabilitation, Minderung der Erwerbsfähigkeit) herangezogen werden kann. Der Bericht enthält folgende Informationen: a) die Basisdokumentation, in der standardisiert Auskunft über die Erkrankungen des Patienten, Aufnahme, Entlassung und Nachsorgeempfehlungen gegeben wird, b) die sozial-medizinische Leistungsbeurteilung mit Angaben zur derzeitigen Berufstätigkeit und der Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Patienten, c) die therapeutischen Leistungsdaten, die über Art und Umfang des therapeutischen Rehabilitationsgeschehens Auskunft geben und d) der ärztliche Bericht in freier Form, der Informationen zur Anamnese, Lebenssituation, Motivation und zum Rehabilitationsverlauf wiedergibt (vgl. DRV: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht - Fassung 2007).

Die benannten Rehabilitationsmaßnahmen finden in Einrichtungen statt, die auf die Behandlung von Patienten eines oder mehrerer Indikationsbereiche spezialisiert sind (z.B. Psychosomatik, Orthopädie, Kardiologie).

2.1 Psychosomatische Rehabilitation

Psychosomatische Rehabilitationskliniken sind Teil der rehabilitativen Versorgung und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Haupt & Dehlbrück, 1998).

Der Begriff „Psychosomatik“ wird kontextabhängig sehr unterschiedlich gebraucht, so dass mehrere Definitionen bestehen. Grundsätzlich betont dieser Begriff die bei Krankheit und Gesundheit als wesentlich zu beachtenden bio-psycho-sozialen Wirkzusammenhänge, also dass körperliche, psychische und soziale Prozesse stets miteinander in Beziehung stehen (vgl. z.B. Häcker & Stapf, 1998).

Linden (2005) hat wesentliche Definitionen zusammengetragen und nach ihren Aufgabenstellungen gruppiert, die von der „Berücksichtigung von psychischen Aspekten bei körperlichen Erkrankungen“ über „Behandlung psychischer Erkrankungen mit vorrangig somatischem Syndrom“, „Behandlung körperlicher Erkrankungen mittels psychotherapeutischer Interventionen“, „Behandlung psychischer Erkrankungen mit psychotherapeutischer Fachkompetenz“ bis hin zur „Behandlung im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation“ reichen. Letzteres meint die multimodale

Behandlung von allen psychisch und körperlich Kranken (entsprechend des fachlichen Standards im Einzelfall), die durch die Sozialversicherungsträger eine psychosomatische Rehabilitation bewilligt bekommen. Diese Definition gibt am ehesten den Sachverhalt in psychosomatischen Rehabilitationskliniken wieder (Linden, 2005), in denen Patienten behandelt werden, die unter psychischen Störungen jeglicher Art leiden und selbst- oder auch fremdmotiviert (z.B. aufgrund von Verpflichtung zur Rehabilitation infolge langer Krankschreibung) in Behandlung kommen. Patienten mit primär körperlichen Erkrankungen werden vornehmlich aber erst dann in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik überwiesen, wenn eine psychische Komorbidität (z.B. Somatisierungsstörung) vorliegt. Linden (2005) fasst zusammen: „Die Tatsache, dass psychosomatische Rehabilitationskliniken als solche bezeichnet werden, ist weniger durch die Diagnoseverteilung zu erklären als vielmehr durch den Behandlungsschwerpunkt i.S. von psychotherapeutischen Fachkliniken.“

Die Behandlungskonzepte psychosomatischer Rehabilitationskliniken sind zum einen die *Krankheitsbehandlung*. Chronische Erkrankungen erfordern ein fachlich auf die Besonderheiten des Einzelfalls orientiertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen, das die Sonderbedingungen der Krankheitsentwicklung berücksichtigt. Zum Einsatz kommen eine Intensivierung oder Optimierung bisheriger Therapien des Patienten, die Hinzunahme neuer Behandlungen (z.B. zur Behandlung von Zusatzerkrankungen) sowie die Entwicklung von Behandlungskombinationen aus den Bereichen der Pharmakotherapie, Somatotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie.

Zum anderen wird dem Behandlungsschwerpunkt der *Krankheitsverarbeitung* nachgegangen. Hierbei wird die Mitarbeit des Patienten bei der Langzeitbehandlung und -bewältigung seiner Erkrankung unterstützt, indem beispielsweise eine gute Compliance geschaffen wird, eine Anpassung von Selbstbild und/oder Lebensumständen an eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit gefördert wird, um auch hierüber z.B. eine Wiederaufnahme von Freizeitaktivitäten, eine Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit und ggf. eine selbständige Finanzierung des Lebensunterhalts positiv zu begünstigen.

Des Weiteren ist die Förderung einer *Krankheitskompensation* ein Behandlungsschwerpunkt, bei dem im Sinne einer ressourcenorientierten Therapie auf die

Förderung von Stärken und verbliebener oder verfügbarer Kapazitäten fokussiert wird und diese gezielt trainiert und weiterentwickelt werden. So ist beispielsweise wichtig, soziale Kontakte (zu z.B. Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten, Kollegen) zu erhalten und so zu gestalten, dass sie als Unterstützungsquelle einer Verbesserung des Krankheitszustandes dienlich sein können. Ebenso ist in diesem Sinne die konstruktive Nutzung hilfreicher gegenwärtiger oder vergangener Erfahrungen (z.B. aus der Biografie) oder des eigenen Persönlichkeits- oder Bewältigungsstils zu nennen, die einen Einfluss auf die Ergebnisse verschiedener therapeutischer Interventionen haben.

Die verschiedenen Behandlungsschwerpunkte chronifizierender und chronischer (u.a. psychosomatischer) Erkrankungen und die damit verbundenen langfristig und episodisch angelegten Interventionen können konzeptionell in einem „Stufenplan der medizinischen Rehabilitation“ (Linden, 2003) dargestellt werden (vgl. Abb. 1).

Als erste Stufe der Rehabilitation ist die Aktivierung zu Selbsthilfeaktivitäten zu erkennen, die verdeutlicht, dass die Langzeitbewältigung chronischer Erkrankungen auch durch die Betroffenen selbst unterstützt werden muss. Hierzu zählen -wie oben ausführlich beschrieben- die Lebensstilanpassung an die Krankheit, die persönliche Krankheitsbewältigung, die soziale (Re-)Integration, die Entwicklung von beruflichen und privaten Zukunftsperspektiven etc.. Selbsthilfemaßnahmen sollte begleitend zu allen weiteren Langzeit- und episodischen Interventionen nachgegangen werden. Sie dienen der Verstetigung und dem Alltagstransfer erworbener Bewältigungsstrategien und erzielter Behandlungsergebnisse.

Stufenplan der medizinischen Rehabilitation	
<p>Langzeitinterventionen:</p> <p>Selbsthilfe und vorprofessionelle Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebensstil ändern (Schlaf, Aktivitäten) ▪ Beratung und soziale Unterstützung ▪ Angemessene Selbstmedikation ▪ Selbsthilfe-/Nachsorgegruppe <p>Primärmedizinische Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostische Abklärung ▪ Beratung und Patientenführung ▪ Angemessene Medikation und Dosierung <p>Fach-Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostische Überprüfung ▪ Optimierung von Medikation und Dosis ▪ Hilfe bei der Belastungsbewältigung 	<p>Episodische Interventionen:</p> <p>Strukturierte Psychotherapie</p> <p>Z.B. Bearbeitung von dysfunktionalen Kognitionen, Verbesserung der Belastungsbewältigung, Aktivitätsaufbau</p> <p>Stationäre Behandlung</p> <p>Z.B. Intensivierte Diagnostik, komplexe Behandlungspläne, Milieuthherapie</p>

Abbildung 1: Stufenplan der medizinischen Rehabilitation (angelehnt an Linden, 2003)

2.2 Notwendigkeit einer Verstetigung von Behandlungsergebnissen

Da chronische psychische Erkrankungen eines Patienten Jahre bis Jahrzehnte andauern können, ergibt sich die Notwendigkeit einer Langzeitbewältigung dieser Erkrankungen inklusive einer Lebensstilanpassung an die Krankheit, einer persönlichen Krankheitsbewältigung, einer sozialen (Re-)Integration sowie einer Entwicklung von beruflichen und privaten Zukunftsperspektiven durch den Betroffenen (Linden, 2005). Infolge eines Rehabilitationsklinikaufenthalts ist von Wichtigkeit, dass Behandlungsergebnisse wie z.B. Verhaltensänderungen und Kompensationsstrategien verstetigt werden, um eine Teilhabe an beruflichen und sozialen Lebensbereichen zu ermöglichen, zu stabilisieren und fortzuentwickeln.

Die Rehabilitationsmedizin stellt für die Behandlung chronifizierender und chronischer Erkrankungen eine Reihe unterschiedlicher Interventionsmaßnahmen zur Veränderung der Krankheitsentwicklung und des Krankheitsverlaufs bereit (vgl. Abschnitt 2.1). Sie betont dabei den frühzeitigen Beginn von Selbsthilfeaktivitäten im Rehabilitationsprozess und sieht es als nützlich an, Selbsthilfemaßnahmen begleitend zu allen weiteren episodischen Behandlungen und Langzeitinterventionen im Rehabilitationsprozess zu fördern (vgl. Stufenmodell der medizinischen Rehabilitation in Linden, 2003). Erfolgreiche Rehabilitationsergebnisse können so verstetigt werden und Behandlungserfolge gehen nach der meist stationären, wohnortfernen Rehabilitations-

phase nicht wieder bzw. weniger verloren (Linden et al., 2005b). Die wohnortferne Rehabilitation wird weitaus häufiger durchgeführt als die wohnortnahe Rehabilitation und hat die Funktion, Patienten außerhalb ihrer alltäglichen Umgebung eine von gewohnten Einflüssen weitgehend unabhängige Behandlung zu ermöglichen, die in einem geschützten, professionellen und individuell auf den Patienten abgestimmten Setting stattfindet (Linden et al., 2005b). In der wohnortfernen Rehabilitation ist jedoch die Einbeziehung der alltäglichen Anforderungen im privaten und beruflichen Umfeld sehr reduziert. Nach Beendigung einer stationären, wohnortfernen Rehabilitation ist demzufolge der Transfer neu erworbener krankheitsbewältigender Verhaltens-, Denk- und Erlebensweisen in das gewohnte Lebensumfeld des Patienten erschwert. Damit dieser Transfer gelingt, können von den Patienten und ihrem sozialen Umfeld *selbstverantwortlich* Nachsorgeaktivitäten unternommen werden, um erlangte Erkenntnisse und Verhaltensweisen langfristig zu sichern und die gesundheitliche Situation sowie damit verknüpfte berufliche und soziale Wiedereingliederung zu stabilisieren. In der Psychosomatik gibt es daher die Möglichkeit der Durchführung einer „intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA)“ bzw. des „Curriculum Hannover“ (Kobelt et al., 1998) und von Selbsthilfegruppen.

Die intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund (ehemals BfA) als ambulantes Nachsorgeangebot in verschiedenen Indikationsgebieten wie u.a. der Psychosomatik eingeführt und trägt dort die Bezeichnung „Curriculum Hannover“. IRENA ist ein Nachsorgeprogramm, das mit mehrwöchiger Dauer und einer Frequenz von meist wöchentlichen Terminen im Anschluss an eine (meist stationäre) Rehabilitationsmaßnahme stattfindet, in der Regel als Gruppenleistung (z.B. störungsunspezifische oder störungsspezifische verhaltenstherapeutische Psychotherapiegruppen) in von der Deutschen Rentenversicherung Bund zugelassenen ist und ambulant in wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen (für maximal 1 Jahr und 24-27 Termine von 90-120 min Dauer) angeboten wird. Die IRENA-Gruppeninhalte dienen der Stabilisierung von erzielten Rehabilitationsergebnissen (wie z.B. Lebensstiländerungen), zur weiteren Verbesserung eingeschränkter Fähigkeiten (z.B. sozialer Kompetenzen) sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Gelerntem in den Alltag.

Auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist ein wesentlicher Bestandteil von Rehabilitationsnachsorge. Den Rehabilitationskliniken kommt die Aufgabe zu, Selbsthilfegruppen in die Planung der Nachsorge für den Rehabilitanden einzu- beziehen und entsprechend intensiv mit Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten.

Vermeehrt Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Betroffenen u.a. im Rahmen von Nachsorgeaktivitäten (beispielsweise in Selbsthilfegruppen) zu initiieren und zu fördern, wird ebenfalls ausdrücklich gefordert von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2003), dem Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch IX (in Kraft seit 2001 – vgl. z.B. § 29 „Förderung der Selbsthilfe“), der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation - VDR, 2006) sowie der Deutschen Rentenversicherung und ihren Rehabilitationskliniken (Korsukéwitz, 2003). Auch die Patienten wünschen sich ihrerseits mehr Nachsorge in Form von vermehrten Informationen und psychosozialer Unterstützung, um ihre Kompetenzen in der Bewertung und Umsetzung patientenrelevanter Maßnahmen auszubauen und, um den Transfer neu erworbener, krankheitsbewältigender Verhaltens-, Denk- und Erlebensweisen in das gewohnte Lebensumfeld besser zu bewältigen (Korsukéwitz, 2003).

2.3 Rehabilitative Nachsorge in Form gesundheitsbezogener Selbsthilfe

Der Begriff „gesundheitsbezogene Selbsthilfe“ wird in dieser Arbeit im Sinne der Definition von Borgetto (2002) wie folgt verstanden:

„Gesundheitsbezogene Selbsthilfe umfasst individuelle und gemeinschaftliche Handlungsformen und bezieht sich idealtypisch auf die Beseitigung eines gesundheitlichen Mangels oder die Lösung eines gesundheitlichen, gesundheitlich verursachten [Ergänzung der Autorin dieser Arbeit: oder eines die Gesundheit beeinträchtigenden] Problems durch die jeweils Betroffenen unter Ausschluss der Fremdhilfe, d.h. formal organisierter professioneller Hilfe und der Hilfe nicht betroffener Laien.“. Somit befasst sich gesundheitsbezogene Selbsthilfe mit der Behandlung, Verarbeitung und Kompensation der Krankheiten selbst sowie mit den mit ihnen in Zusammenhang stehenden Problemen wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, soziale Konflikte usw.

Eine Form gesundheitsbezogener Selbsthilfe ist die gemeinschaftliche Selbsthilfe in „Selbsthilfegruppen, d.h. sozialen Gebilden, die eigens zum Zweck der Selbsthilfe geschaffen wurden.“ (Borgetto, 2002).

2.3.1 Gesundheitsbezogene Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen

Als die zentralen Merkmale gesundheitsbezogener **Selbsthilfegruppen** gelten (vgl. z.B. Borgetto, 2002; SGB V, Fassung 2006):

- gemeinsame Betroffenheit der Teilnehmer von einem gesundheitlichen Problem,
- gemeinsame Ziele: Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen, Selbst- und/oder soziale Veränderung, Verbesserung der persönlichen Lebensqualität und die Überwindung der mit vielen chronischen Krankheiten und Behinderungen einhergehenden Probleme wie soziale Isolation und gesellschaftliche Ausgrenzung,

durch

- wechselseitige Hilfe, Unterstützung und Erfahrungsaustausch,
- Selbstverantwortung der Teilnehmer,
- gleichberechtigte Zusammenarbeit,
- regelmäßige Teilnahme,
- freiwillige/r Mitgliedschaft/Zusammenschluss,
- keine Beteiligung von professionellen Helfern,
- keine Gewinnorientierung.

Mit **Unterstützungsgruppen** sind ambulante Gruppen gemeint, die die gleichen Merkmale wie gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen besitzen, mit der Ausnahme, dass sie von nicht betroffenen, professionellen Fachkräften geleitet werden (Borgetto, 2002).

Die Finanzierung von gesundheitsbezogenen Selbsthilfe- oder Unterstützungsgruppen erfolgt in Deutschland durch entweder private Mittel, Mitgliedsbeiträge, Selbsthilfeorganisationen/-verbände, durch die gesetzlichen Krankenkassen und Träger der Rehabilitation oder durch Mittel des Bundes, der Länder und Gemeinden. Im Sozialgesetzbuch IX sind die Träger der Rehabilitation und damit auch Rehabilitationskliniken verpflichtet worden, Selbsthilfe zu fördern.

Diesen Definitionen zufolge werden in dieser Arbeit eine internetbasierte Selbsthilfegruppe und eine professionell moderierte Unterstützungsgruppe untersucht und miteinander verglichen.

Die Inhalte gesundheitsbezogener Selbsthilfe- oder Unterstützungsgruppen hängen von deren Arbeits- und Kommunikationsweisen und thematischen Fokussierung ab. So gibt es einerseits allgemeine Gesprächsselbsthilfegruppen, andererseits Gruppen für Behinderte, chronisch Kranke, Angehörige als auch diagnosespezifische Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen (beispielsweise für Alkoholabhängigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, AIDS, Diabetes, Krebs, Tinnitus). Gesprächsselbsthilfegruppen zeichnen sich durch ein non-direktives, solidarisches Gruppenklima aus, indem durch Selbstöffnung, Gefühlsmitteilungen und die gemeinsame Suche nach Erklärungen für Erleben und Verhalten an den psychischen Problemen und Veränderungswünschen (meist in Richtung von verbessertem Selbstverständnis oder vermehrter Selbstsicherheit) der Teilnehmer gearbeitet wird (Borgetto, 2002). Diagnosespezifische Gruppen thematisieren demzufolge vermehrt Themen, die mit der Diagnose einhergehen (z.B. Bewältigungsstrategien zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit).

Die empirischen Untersuchungen im Bereich der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zeichnen sich durch eine große Unterschiedlichkeit und geringe Vergleichbarkeit aus, da sie beispielsweise unterschiedliche Datenerhebungsverfahren nutzen und/oder verschiedene begriffliche Konzeptionen zugrunde legen.

Borgetto (2002, 2004) hat die wesentlichen, deutschen Studien zu Selbsthilfegruppen zusammengetragen und stellt folgende Aussagen zu u.a. Teilnahmemotiven, Zielen und Aktivitäten der Teilnehmer zusammen (zu den Wirkungen von Selbsthilfegruppen wird in Abschnitt 2.3.3 Stellung genommen): Als Motive für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen können die Möglichkeiten, sich mit anderen auszusprechen und ihnen zu helfen, die Belastung durch Krankheit und ihren Folgen sowie der Erwerb von Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung genannt werden. Typische Ziele und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen sind: Wissenserwerb und Erfahrungsaustausch über den praktischen Umgang mit einem Problem/einer Krankheit, Gespräche über persönliche Gefühle, gemeinsame Freizeit-Unternehmungen, praktische Hilfen (z.B. Besuche von Institutionen, Ämtern), Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit.

2.3.2 Potenziale und Risiken von Selbsthilfegruppen

In Wirksamkeitsstudien konnten für Selbsthilfegruppen wesentliche subjektive und objektive Effekte belegt werden, die als gesundheitsförderlich gelten können und Selbsthilfegruppen damit aus medizinischen, psychologischen, patientenseitigen und politischen Gründen als Nachsorgekonzepte empfehlenswert machen:

- positive Veränderungen hinsichtlich der Fähigkeiten, die eigene Krankheit zu bewältigen bzw. die physische und psychische Befindlichkeit zu verbessern (Kompetenzerweiterung),
- Ausbau der Fähigkeiten, soziale Beziehungen und professionelle Dienste sinnvoll zu nutzen,
- Besserung der Hauptsymptome und der Krankheitsprognose,
- Erhöhung von körperlichen und Freizeit-Aktivitäten,
- Verbesserung der Compliance,
- Wiederaufbau der Zuversichtlichkeit in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten, die persönliche Zukunft (inkl. Partnerbeziehung) und die Krankheitsbewältigung,
- Subjektives Gefühl von gesteigertem Wohlbefinden und vom Rückgang der Beschwerden,
- Wechselseitige soziale Unterstützung, Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie Informationsgewinn durch Betroffene bzw. Gruppenmitglieder,
- Erleben von Geborgenheit in der Gruppe sowie der Aufhebung von Isolation,
- Ökonomische Vorteile durch die Möglichkeit einer kosteneffektiven Finanzierung.

(vgl. z. B. Borgetto, 2002 & 2004, Wendt, 2003, Wituk et al., 2002, Stewart et al., 2001, Janig, 2001, Hildingh et al., 1995, Hildingh et al., 1994, Moeller, 1984).

Ziele „größerer Reichweite“ wie nachhaltige Einstellungsänderungen im sozialen Umfeld, der Öffentlichkeit oder bei Professionellen werden laut Teilnehmerbefragungen als „teilweise erreicht“ eingeschätzt (Borgetto, 2002).

Untersuchungen und Thematisierungen von Belastungen, Risiken und nicht hilfreichen oder gar destruktiven Problemkonstellationen in Selbsthilfegruppen sind kaum zu finden, wohingegen diese Aspekte bei internetbasierten Selbsthilfegruppen wiederholt empirisch beleuchtet wurden (vgl. Abschnitt 2.4.2). Vogel (1990) benennt unsystematisch und deskriptiv aufgrund von Praxiserfahrungen folgende Risiken von Selbsthilfegruppen, die ein verschlechtertes Befinden und ggf. Aussteigen von Selbsthilfegruppenteilnehmern zur Folge haben können: Eine zu große Divergenz von Lebens- und Erfahrungshintergründen der Teilnehmer, dem individuell nicht passenden Entwicklungszeitpunkt für die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, ein zu hoher Leidensdruck und Schweregrad der Erkrankung von Selbsthilfegruppen-Teilnehmern. Moeller (1984, 1996) hingegen benennt als mögliche Gründe für das Austreten einzelner Selbsthilfegruppenteilnehmer einen zu geringen oder „verleugneten Leidensdruck“, der eine Selbsthilfegruppe belasten könnte. Als mögliche negative Veränderungen von Selbsthilfegruppenteilnehmern findet Moeller (1984) Belege für eine subjektiv erlebte, vermehrte Anspannung, Unsicherheit und Pessimismus. Schön (2005) hat eine umfassende Literaturrecherche zu diesem Thema unternommen und keine weiteren aussagekräftigen empirischen Befunde zu negativen, schädlichen Effekten oder Risikofaktoren von Face-to-Face-Selbsthilfegruppen im deutschsprachigen Raum gefunden. Schön (2005) führte seinerseits eine explorative Studie mit vier qualitativen Experteninterviews mit „aktiven Experten der Selbsthilfegruppenarbeit“ (drei Mitarbeiter von Selbsthilfekontaktstellen und ein Selbsthilfe erfahrener Arzt vom Gesundheitsamt) durch, der zufolge folgende Risiken und Begrenzungen von Selbsthilfegruppen zu nennen sind: Selbsthilfegruppen-Teilnehmer erleben sich als belastet, überfordert und verlassen ggf. die Gruppe, wenn sie sich selbst zu viele Aufgaben und Verantwortung aufbürden (und z.B. 24 Stunden am Tag telefonische Beratung für Betroffene anbieten), wenn Einzelne nur einseitig ‚konsumieren‘, ohne sich selbst zu engagieren, wenn die Einsicht Einzelner in die (z.B. psychische) Erkrankung fehlt (z.B. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen) oder Gruppenteilnehmer zu schwer oder akut krank sind (diese bräuchten zunächst professionelle, therapeutische Hilfe), wenn Gruppenmitglieder unrealistische Vorstellungen und Erwartungen an die

Selbsthilfegruppe haben und wenn mangelnde Gruppenkohäsion bzw. Arbeitskooperation besteht.

2.3.3 Gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren in Selbsthilfegruppen

„Gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren“ sind wesentliche Gruppenbedingungen (konstruktive, gruppensdynamische Voraussetzungen bzw. gesundheitsförderliche Wirkfaktoren wie z.B. kohäsiver Gruppenzusammenhalt oder wechselseitige Unterstützung) für einen individuellen wie gruppenbezogenen, gesundheitsförderlichen Lernprozess. Diese Wirkfaktoren vermitteln als Prozessvariablen zwischen Ausgangs- und Endzustand einer Intervention (hier Selbsthilfegruppe), indem sie aus dem Prozess der Intervention heraus Veränderungen schaffen, die am Ende der Intervention mit „Verbesserungs- oder Erfolgskriterien“ in kausalem Zusammenhang stehen (angelehnt an Tschuschke, 1993). Beispielsweise kann positiv erlebte soziale Unterstützung als protektiver Faktor die Bewältigung von psychischen oder somatischen Belastungen und Krankheiten erleichtern (vgl. z.B. Angermeyer & Klusmann, 1989, Leppin & Schwarzer, 1997). Eine empirischen Studien zufolge plausible Einteilung von Revenstorf (1992) grenzt die zu den ‚instrumentellen Gruppenwirkfaktoren‘ (sensu Grawe, 1980) zugehörigen gesundheitsförderlichen Faktoren ‚Gruppenkohäsion‘, ‚Offenheit‘ (auf der Grundlage von ‚Vertrauen‘) und ‚Arbeitshaltung‘ von ‚spezifischen Gruppenwirkfaktoren‘ wie z.B. ‚soziale Unterstützung‘ oder ‚Modelllernen‘ als auch von ‚allgemeinen Gruppenwirkfaktoren‘ wie z.B. ‚Entwicklung von Hoffnung‘ ab. ‚Instrumentelle Gruppenwirkfaktoren‘ sind den Untersuchungen von Grawe (1980) zufolge unerlässliche Voraussetzungen dafür, dass sich überhaupt eine konstruktive Gruppenatmosphäre entwickeln und eine Gruppe therapeutisch wirksam sein kann. Diese sollten daher von Gruppenleitern und Gruppenmitgliedern hergestellt und erhalten werden. ‚Spezifische Gruppenwirkfaktoren‘ kommen je nach Charakteristik einer Gruppe unterschiedlich stark vor. So werden in Verhaltenstherapiegruppen vermehrt spezifische Wirkfaktoren wie z.B. ‚Modelllernen‘ oder ‚Rollenspiele‘ gefördert, die wirksam für therapeutische Veränderungen und Erfolge sind. Als ‚allgemeine Gruppenwirkfaktoren‘ werden unspezifische Wirkungen in Gruppen bezeichnet wie z.B. ‚Universalität des Leidens‘, was die Erkenntnis von Gruppenteilnehmern, mit ihrem Leiden nicht allein dazustehen, meint.

Die in dieser Arbeit untersuchten Gruppenwirkfaktoren (z.B. ‚Gruppenkohäsion‘, ‚Offenheit‘, ‚soziale Unterstützung‘) werden im Methodenteil (vgl. Abschnitt 4.2.2) ausführlich definiert.

Wie für Psychotherapiegruppen in der Gruppentherapieforschung bereits mehrfach belegt, konnten auch in Selbsthilfegruppen gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren nachgewiesen werden, die als hilfreiche Prozessvariablen wirksam werden. Beispielsweise hat Hatzidimitriadou (2002) Teilnehmer aus 14 Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke aus London und Südengland mittels des ‚Helping Processes Questionnaire‘ (Wollert, 1986) befragt und das Vorkommen u.a. der Wirkfaktoren Selbstöffnung und Selbstreflexion einzelner Teilnehmer, gegenseitige soziale Unterstützung (u.a. wechselseitige Rückmeldungen und Empathie-Bekundungen) und Gruppenkohäsion (u.a. Entwicklung eines Gemeinschaftserlebens, von Gruppennormen und -zielen) belegt (zu Gruppenwirkfaktoren in Psychotherapiegruppen vgl. z.B. Yalom, 2007, Fiedler, 1999). Toro (1987) verglich 33 amerikanische Selbsthilfegruppen psychisch Kranker mit 25 psychodynamischen Psychotherapiegruppen hinsichtlich ihres sozialen Klimas bzw. hinsichtlich vorhandener Prozessvariablen i.S. der o.g. Gruppenwirkfaktoren, deren Vorkommen mittels eines standardisierten Fragebogens erfasst wurde. Berechnungen zufolge schätzten die Selbsthilfegruppen-Teilnehmer ihre Gruppe als u.a. signifikant kohäsiver, unabhängiger/freier hinsichtlich persönlicher Äußerungen und aufgabenorientierter (jeweils $p < .05$) ein als die Therapiegruppenteilnehmer.

2.3.4 Versorgungstrukturelle Situation

Statistischen Schätzungen zufolge existieren in Deutschland insgesamt ca. 60.000 Selbsthilfegruppen, davon ca. 2/3 im Gesundheitsbereich. Dabei kommt ca. eine Selbsthilfegruppe auf 1100 Einwohner (Borgetto, 2002, 2004). Bei einer 1998 von der Deutschen Angestellten Krankenkasse durchgeführten repräsentativen Befragung gaben 76 % -und damit die überwiegende Zahl der Befragten- die Bereitschaft an, an Selbsthilfegruppen teilzunehmen (DAK, 1998). Für psychiatrisch oder psychosomatisch Kranke (u.a. als poststationäre Versorgung bzw. Nachsorge) existieren in Deutschland mehr als 5000, vor allem störungsspezifische Selbsthilfegruppen (für Depressionen, Essstörungen etc.), denen im Rahmen einer „Empowerment orientierten Psychiatrie

und Psychosomatik“ eine große Bedeutung beigemessen wird (Meyer et al., 2008). Laut einer Untersuchung von Höflich et al. (2007) nehmen jedoch nur knapp 8 % der ehemals stationär behandelten Psychatriepatienten (N = 2933 Patienten aus vier psychosomatischen Fachkliniken) poststationäre Selbsthilfegruppen in Anspruch.

Neben einer allgemein bestehenden Unterversorgung ist außerdem problematisch, dass eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe in Gebieten mit schwacher Versorgungsstruktur oftmals nicht realisierbar ist. Die in den letzten Jahren erfolgten Anpassungen der gesetzlichen Regelungen im Sozialgesetzbuch V und IX beinhalten daher folgende Empfehlungen bezüglich einer weiter zu entwickelnden Patientenselbsthilfe (aus Korsukéwitz, 2003):

- Entwicklung neuer Zugangswege zu Betroffenenengruppen, die bisher nicht in der Selbsthilfe aktiv waren.
- Erarbeitung neuer Kommunikations- und Informationswege.
- Motivierung von Betroffenen und Angehörigen, sich in der Selbsthilfe zu organisieren.
- Verbesserung der strukturellen Versorgung und Entwicklung von Möglichkeiten der aktiven Krankheitsbewältigung.

2.4 Perspektive internetbasierte Selbsthilfe

Eine Perspektive stellt eine internetbasierte Selbsthilfe dar, die durch ihre medientechnischen Besonderheiten zeitlich flexible (z.B. an Arbeitszeiten angepasste) und ortsunabhängige, niederschwellige (da -falls gewünscht- anonyme) und kostengünstige Zugangs- bzw. Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten realisieren kann. Hierdurch können schwer zugängliche Zielgruppen (z.B. körperlich behinderte Patienten, Patienten mit schwerer Agoraphobie oder Patienten in Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur) erreicht werden, können Patienten einer Rehabilitationsklinik den Kontakt zu einander und damit eine Quelle möglicher sozialer Unterstützung aufrecht erhalten und ggf. Kooperationen zwischen Internet-Selbsthilfegruppen und Rehabilitationskliniken erleichtert werden.

Die wachsende Bedeutung internetbasierter, klinisch-psychologischer Interventionen spiegelt sich in zunehmenden wissenschaftlichen Untersuchungen und Publikationen

(international und national) wider, die sich mit den Potenzialen und Risiken klinisch-psychologischer, internetbasierter Informationen und Interventionen beschäftigen. Die klinisch-psychologischen Internetangebote umfassen sowohl psychotherapeutische Interventionsmethoden als auch andere Bereiche der klinisch-psychologischen Intervention. Hierzu zählen internetbasierte Maßnahmen im Bereich der Prävention, der Krisenintervention, der Rehabilitation, der Beratung und zur Etablierung von Selbsthilfe. In diesen Bereichen sind sowohl reine Informationsangebote wie ebenso Möglichkeiten des fachlichen, beratenden, therapeutischen oder selbsthilfebezogenen Austausches zu finden (vgl. z.B. Tanis, 2009, Bauer & Kordy, 2008, Barak, 2008, King & Moreggi, 2007, Norris, 2006, Knaevelsrud et al., 2004, Taylor & Luce, 2003, Eichenberg & Ott, 2003, Döring, 2003 & 2000, Burgmer & Spielberg, 2000, Finfgeld, 2000, Spielberg & Ott, 1999). Mehrere Wissenschaftler gehen derzeit davon aus, dass das Internet als Informations- und Kommunikationsmedium mancherorts durchaus hilfreich ergänzend und unterstützend im klinisch-psychologischen Interventionsprozess wirken kann (vgl. z.B. Bauer & Kordy, 2008, Knaevelsrud et al., 2004, Eichenberg, 2003, Döring, 2000).

Auch die Europäische Kommission betont die wachsende Verbreitung gesundheitsbezogener Websites (Commission of the European Communities, 2002). Das Pew Research Center (2005) hat Daten zur Nutzung und zum Einfluss gesundheitsbezogener Informationen erhoben: 93 mio Amerikaner haben im Internet bereits medizinische oder gesundheitsbezogene Informationen gesucht. 28 mio Amerikaner wurden Mitglieder von ‚Online support groups for a medical condition or personal problem‘. Die ARD/ZDF-Online-Studie 2006 veröffentlicht: 20% der deutschen Internetnutzer nehmen an Internetforen teil oder chatten.

2.4.1 Internetbasierte Selbsthilfegruppen

Die Forschung auf dem Gebiet der internetbasierten Selbsthilfe entwickelt sich zunehmend. Die bisherigen untersuchten selbsthilfebezogenen bzw. klinisch-psychologischen Internetangebote weichen jedoch stark voneinander ab und sind daher in ihrer Wirkung schwer miteinander zu vergleichen. Uneinheitliche Konzepte, unterschiedliche Zielgruppen (v.a. störungsspezifische Angebote) oder Behandlungsformen (Gruppentherapie statt Selbsthilfe) und Variationen der Umsetzung (z.B. unterschiedliche Internetdienste) sind hier vorzufinden.

Materialien zur Selbsthilfe im Internet und internetbasierte Selbsthilfegruppen haben ebenso wie konventionelle Selbsthilfe zum Ziel, über Probleme und Krankheiten zu informieren, Ratschläge zu erteilen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, zu neuen Denk- und Verhaltensweisen anzuregen sowie Zuversichtlichkeit und das Gefühl des Gestütztseins zu vermitteln (vgl. z.B. Barak et al., 2008, Döring, 2000). Maßnahmen der internetbasierten Selbsthilfe können der Prävention ebenso dienen wie der Begleitung und Nachbearbeitung von Beratung, Therapie oder Rehabilitation. Das Bedürfnis eines Austausches unter Betroffenen zeigt sich bereits deutlich im Internet, in dem viele (vor allem störungsspezifische) Selbsthilfegruppen existieren. Für einen internetbasierten selbsthilfebezogenen Austausch werden meistens die Internetdienste Internet-Foren und Mailinglisten, seltener Chats genutzt (Eichenberg, 2003). In der überwiegenden Zahl der Internet-Selbsthilfegruppen kommunizieren ausschließlich Betroffene miteinander, vereinzelt gibt es Moderatoren, die Fragen beantworten, Themenschwerpunkte setzen, Themen vorschlagen, zum höflichen Umgang miteinander aufrufen etc..

Das anonyme Mitlesen von Postings (sog. *Lurking*) ist ebenfalls ein typisches Phänomen (vgl. z.B. Preece et al., 2004, Eichenberg, 2003). Preece et al. (2004) trägt recherchierte Studienergebnisse zusammen, die belegen, dass zwischen 45,5 % bis zu 90 % der Nutzer in „Health Support Communities“ sogenannte „Lurker“ sind. Preece (2004), die eine Nutzerbefragung von 219 „Lurkern“ (deren soziodemographische Charakteristika mit denen typischer Internet-Nutzer vergleichbar sind) durchführte, berichtet von folgenden Gründen, zu „lurken“: 54 % der Lurker erleben das Lesen von Beiträgen als ausreichend hilfreich. Als weitere Gründe wurden u.a. genannt, dass Lurker die Gruppensituation noch weiter beobachten und einschätzen möchten, sich als schüchtern erleben, nicht das Bedürfnis haben, zu schreiben sowie meinen, andere Teilnehmer hätten sich bereits zum Thema geäußert oder sie selbst hätten „nothing to offer“.

Im Bereich der chronischen Erkrankungen wurden insbesondere Selbsthilfeangebote für Krebs-, Diabetis-, Parkinson-, HIV- oder Schmerz-Patienten untersucht (vgl. z.B. Mo & Coulson, 2008, Ginossar, 2008, Beaudoin, 2007, Polomano et al., 2007, Lieberman et al., 2005, Broom, 2005, Bull et al., 2005, Alpers et al., 2005 & 2003, Barrera, et al., 2002, Shaw, 2000, Fogel, 1998).

Im Bereich der psychischen Erkrankungen existieren vornehmlich Selbsthilfe-Projekte und Studien zu Depressionen, Essstörungen, Sucht- und Angsterkrankungen sowie Suizidalität (vgl. z.B. Bewick et al., 2008, Botella et al., 2008, Feigelman et al., 2008, Hausner et al., 2008, Schielein et al., 2008, Barak, 2007, Burri, et al., 2006, Nevoenen et al., 2006, Carlbring et al., 2005, Houston et al., 2002, Celio et al., 2002, Johnsen et al., 2002, Klaw et al., 2000, Winzelberg et al., 1997 & 2000, Salem et al., 1997). Störungsübergreifende Selbsthilfeangebote sind kaum zu finden (vgl. z.B. Kordy et al., 2006, Kogler et al., 2005).

Die Art und Weise der Kommunikation in einer internetbasierten Selbsthilfegruppe hängt u.a. von der Wahl des Internetdienstes ab. Je nach Gestalt der Internetdienste entstehen verschiedene Kommunikationsszenarien, die unterschiedliche Potenziale und Restriktionen für kommunikatives und soziales Handeln mit sich bringen. So erlaubt z.B. eine Videokonferenz das Übermitteln von nonverbalen und paraverbalen Zeichen (der Gestik, Mimik oder Betonung des Gesprochenen) zwischen einer eher geringen Menge an Teilnehmern, währenddessen Foren, Mailinglisten und Chats einen textbasierten Austausch ermöglichen, in dem emotionale und nonverbale Inhalte verschriftlicht werden müssen. In Foren werden die Beiträge/Postings nach Themen bzw. in Kategorien sortiert, während die Postings in Mailinglisten und Chats thematisch unsortiert in der Reihenfolge der versandten Nachrichten in der Mailbox bzw. im Chat eintreffen. Da in Chats üblicherweise eine hohe Kommunikationsgeschwindigkeit vorzufinden ist, die nach Cskizentmihalyi (1990) bei den Usern einen Eindruck von Lebendigkeit hinterlässt, ist dort die Fähigkeit eines zügigen Benutzens der Tastatur bzw. Tippens vorteilhaft. Ebenso sind hier ähnliche zeitliche Freiräume der Teilnehmer Voraussetzung für die synchrone Kommunikation im Chat. In Chats interagiert üblicherweise eine kleinere Personenzahl von etwa 5 bis 30 Personen sinnvoll miteinander (Döring, 2000b). Bei allen Formen der Online-Selbsthilfe können mehrere Themen gleichzeitig behandelt und mehrere Zielsetzungen verfolgt werden. Selbsthilfegruppen außerhalb des Internets müssen sich vermutlich aufgrund der kleineren Teilnehmerzahl und der begrenzten Zeit des Zusammenseins auf weniger Themen und Ziele beschränken. Beides kann Vor- und Nachteile haben.

Zusammengefasst sind die Medienmerkmale vom Internetdienst **Internet-Forum**, welcher auch für die Internet-Selbsthilfe der Rehabilitationsklinik Seehof genutzt wurde, folgende: Asynchrone (bei Bedarf nahezu-synchrone), schriftliche Kommunikation zwischen mehreren 100 Teilnehmern, damit Zeit- & Orts-unabhängigkeit, bei Bedarf anonyme Teilnahme, keine Notwendigkeit einer hohen Kommunikationsgeschwindigkeit („Schreib-Tempo“) während des Austausches, die Möglichkeit einer auf die Zielgruppe abgestimmten, bedienfreundlichen Benutzeroberfläche, die Möglichkeit einer thematischen Ordnung der Beiträge, die datengeschützte Archivierung der geschriebenen Beiträge und damit Nachhaltigkeit der Kommunikationsinhalte, die Möglichkeit einer Moderation durch professionelle Begleiter sowie eine relative kostengünstige Implementierung und Nutzung. Insgesamt sind beim Internetdienst Forum somit keine umfassenden Internet-Nutzungskompetenzen der Teilnehmer Voraussetzung für dessen Nutzung.

Beispiele für internetbasierte Selbsthilfegruppen [Stand Juli 2008] sind: das Forum „www.patient-zu-patient.de“ zu psychischen und körperlichen Problemen, die Mailingliste „www.selbsthilfe-grenzenlos.de“ für behinderte und chronisch Kranke oder der Chat „<http://psycho-chat.mainchat.de>“ für Patienten mit Angststörungen.

Ein jüngeres deutsches Beispiel einer poststationären, internetbasierten Nachsorge ist ein Projekt für ehemals stationäre Psychosomatik-Patienten der Panorama-Fachklinik für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin (Scheidegg) in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse und der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart: Als poststationäre Nachsorge wurde eine personenbegrenzte (8-10 Patienten), von Gruppentherapeuten geleitete, wöchentlich 90 min stattfindende internetbasierte Gruppentherapie für 12-15 Wochen via Internetdienst Chat durchgeführt (Es handelt sich also um Internet-Gruppentherapie und nicht um eine Internet-Selbsthilfegruppe im engeren Sinn, vgl. Abschnitt 2.3.1). Diese Internet-Gruppentherapie wurde hinsichtlich ihrer Nutzung und Wirkung untersucht. Den Ergebnissen zufolge zeigen die Chatteilnehmer (n=114) eine hohe Anwesenheitsquote von 85-90 % sowie entsprechend einer Befragung hohe Zufriedenheit und damit eine hohe Akzeptanz des Nachsorgeangebotes während des genannten Durchführungszeitraumes.

Katamnestische Ergebnisse nach 12 Monaten zeigen auf, dass die Chatteilnehmer die während der stationären Behandlung erreichten gesundheitlichen Besserungen stabiler erhalten haben als Patienten einer Vergleichs-/Kontrollgruppe, die diese Nachsorge nicht erhielten und signifikant größere Verschlechterungen im Gesundheitszustand aufwiesen [z.B. hinsichtlich des GSI-Wertes der SCL-90-R (GSI der Chatteilnehmer (n=114): M: 0,68 (SD: 0,51) & GSI der Kontrollgruppe (n=114): M: 0,86 (SD: 0,68). Gruppenunterschied: $t(93) = 2,3; p < 0.05$)] (Wolf, 2008, Golkaramnay, 2007).

Ein noch laufendes Forschungsprojekt ist die „Live-Online-Nachsorge geschulter Rehabilitanden durch E-Learning“, das durch den Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg durchgeführt wird (Laufzeit 01/08 bis 12/2010). Kooperationspartner ist das Unternehmen „liveonline coaching“. Das Forschungsprojekt wird durch das Bundesministerium für Forschung und Bildung und die Deutsche Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunktes „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ gefördert. Orthopädie-Patienten können nach ihrer Entlassung vor dem Hintergrund einer in der Klinik durchlaufenen Schmerzbewältigungsschulung über ein halbes Jahr von zu Hause aus und im Rahmen von monatlichen Online-Gruppensitzungen eine internetbasierte Reflexion und Übung von Schmerzbewältigungsstrategien unternehmen. Sie werden dabei von Therapeuten der Klinik angeleitet. Im Internet zu finden unter:

http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_16.html

Beide Beispiele geben die jüngsten Bemühungen poststationärer, internetbasierter Nachsorge wieder, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Konzeption und der Mediendienste deutlich vom hier durchgeführten Projekt der Klinik Seehof.

2.4.2 Potenziale und Risiken internetbasierter Selbsthilfe

Die Wirksamkeit internetbasierter Selbsthilfegruppen wurde bislang wenig wissenschaftlich untersucht. Veröffentlichte Untersuchungsergebnisse beziehen sich überwiegend auf störungsspezifische Selbsthilfegruppen in Foren oder Chats sowie standardisierte Selbsthilfe-Programme, die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen ähneln. Vereinzelt werden diese Selbsthilfeangebote von Moderatoren begleitet und sind sowohl für Patienten- als auch für Angehörigengruppen zu finden.

Bisherige empirische Befunde und Erfahrungsberichte zu internetbasierten Selbsthilfeangeboten belegen hohe Nutzungsquoten und überwiegend gesundheitsförderliche Effekte wie z.B. soziale Unterstützung, Aufbau von Hoffnung, Symptomreduktion, Befähigung zur Problembewältigung (vgl. oben aufgeführte Studien). Die von Borgetto (2002 & 2004) zusammengetragenen und bereits 1984 von Halves et al. empirisch erörterten gesundheitsförderlichen Aktivitäten konventioneller Selbsthilfegruppen können ebenso für internetbasierte Selbsthilfegruppen belegt werden (vgl. z.B. Salem et al., 1997, Döring 2000): sich öffnen, von sich berichten, einander zuhören, Mut und Trost spenden, Informationen/Ratschläge weitergeben usw. (vgl. auch Abschnitt 2.3.3 zu gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren). Beispielsweise belegen Salem et al. in einer bereits 1997 publizierten, empirischen Studie, bei der sich 533 Teilnehmer in einer Internet-Selbsthilfegruppe bzw. in einem Internet-Forum für Depressive austauschten, dass sich diese in ihren Textbeiträgen öffnen, von sich berichten, sich gegenseitig, emotional wie auch mit Informationen unterstützen. Von insgesamt 1863 Textbeiträgen beinhalteten über 50 % Selbstöffnungen und 64 % Varianten sozialer Unterstützung. Auch Winzelberg (1997) und Klaw et al. (2000) berichten ähnliche Ergebnisse zur gesundheitsförderlichen Ausrichtung der Textbeiträge in Internet-Selbsthilfegruppen für Essstörungen und Alkoholprobleme. Eine aktuellere Studie von Schielein et al. (2008) zeigt ebenso hohe Beteiligungsraten: 135 Teilnehmer an zwei Internet-Foren für Patienten mit bipolar affektiven Störungen, die 1200 Textbeiträge verfassten, die wiederum am häufigsten Selbstöffnungen sowie empathische und unterstützende Äußerungen beinhalteten. Weiterhin von Salem et al. (1997) vorgenommene Vergleiche mit Studienergebnissen aus Face-to-Face-Selbsthilfegruppen lassen schlussfolgern, dass in Online- wie ebenso in Offline-Selbsthilfegruppen sozio-emotionale Unterstützung, Erfahrungs- und informeller Austausch möglich sind.

Knaevelsrud et al. (2004) hat einen systematischen Überblick über (v.a. kognitiv-behaviorale) Internet-Interventionen bzw. derzeit in diesem Forschungsbereich noch wenig durchgeführte, randomisierte Studien erarbeitet. Darin aufgeführt sind u.a. internetbasierte, kognitiv-behaviorale Selbsthilfeprogramme z.B. für Patienten mit Panikstörungen. Ein Großteil der in diesem Überblick zusammengetragenen Studien zeigt signifikante Symptomreduktionen (z.B. von Paniksymptomen und Depressivität durch die o.g. durchgeführten kognitiv-behavioralen Selbsthilfeprogramme) sowie eine

(zum Teil signifikante) Überlegenheit von Internet-Interventionen gegenüber Kontrollgruppen (mit zum Teil mittleren bis hohen Effektstärken: Cohens $d > 0,5$). Houston et al. (2002) berichten von Symptomreduktionen chronisch depressiver Patienten ($n=71$, etwa 78 % Frauen, Durchschnittsalter 40 Jahre), die sich in einer Internet-Support-Group austauschten und gegenseitig unterstützten. Die Symptomreduktionen wurden mittels der standardisierten CES-D-Skala (Radloff, 1977) erfasst, die die Ausprägung depressiver Symptome abbildet und zufrieden stellende Gütekriterien besitzt. CES-D-Scores wurden als baseline, als follow-up nach 6 und 12 Monaten Durchführungszeit erhoben. Unter den vermehrt (mind. 2,5 Stunden pro Woche) teilnehmenden Patienten (18 von 42) konnte – im Vergleich zu der Gruppe der wenig Teilnehmenden (6 von 29) – nach 6 Monaten follow-up ein signifikant verstärkter Rückgang der depressiven Symptome festgestellt werden ($\chi^2=3,78$, $df=1$, $p=0.05$).

Wolf et al. (2008) berichtet Ergebnisse einer Patientenbefragung, die belegen, dass sich Psychosomatik-Patienten nach einem Reha-Klinikaufenthalt im Rahmen eines auf 8-10 Personen begrenzten, von Gruppentherapeuten geleiteten (und damit Gruppentherapie und keine Selbsthilfegruppe im engeren Sinn), wöchentlich 90 min stattfindenden internet-basierten Austausches via Internetdienst Chat durch den Therapeuten und die Gruppe unterstützt und angenommen gefühlt haben, so dass sie in der Internetgruppe offen von sich berichten mochten. Die Patienten ($n=114$) beurteilten die Internet-Nachsorge via Chat (in einem weiteren Projekt auch via Email, vgl. Wolf, 2006) als Schnittstelle zwischen stationärer Therapie und post-stationärer Alltags-/Problembewältigung als hilfreich im Sinne eines „Anschluss-Findens zum Alltag“ und einer Bewältigung von Alltagsbelastungen mithilfe neu erworbener, gesundheitsförderlicher Coping-Strategien. Das Patienten-Interesse bildet sich auch in einer hohen Nutzungsquote von etwa 90 % ab.

Die bislang wenigen Untersuchungen, die die Beteiligung von Moderatoren und Diskussionsleitern in Internet-Selbsthilfegruppen näher betrachten, können erste Hinweise auf einen konstruktiven Einfluss auf das Gruppengeschehen geben (vgl. z.B. Lieberman, 2008, Andersson et al., 2005, Alpers et al., 2003, Johnsen et al., 2002, Humphreys et al., 2000). Das Verhalten der Online-Moderatoren und deren genaue professionelle Qualifikation (meist als geschultes Fachpersonal aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung beschrieben) wird in diesen Studien nicht immer klar expliziert.

Den wenigen auffindbaren Beschreibungen zufolge ist das Verhalten der Online-Moderatoren als konstruktiv einzuordnen (i.S.v. Informationen und Diskussionsthemen bereitstellen, Konflikte lösen, an Gruppenregeln erinnern, zum Gespräch anregen etc.). Beispielsweise untersuchte Lieberman (2008) den gesundheitsbezogenen Austausch in 10 Internet-Selbsthilfegruppen für Krebs- als auch Parkinson-Patienten (Internet-Chat), die von „professionals“ geleitet wurden, und verglich diese mit 7 Selbsthilfegruppen für Krebs- als auch Parkinson-Patienten ohne professionelle Betreuung. Textanalysen zufolge haben die professionell betreuten Gruppen (zum Teil signifikant) vermehrt gesundheitsförderliches Verhalten gezeigt (hier: Mitteilung/schriftlicher Ausdruck positiver und negativer Emotionen, die im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen stehen, sowie hilfreicher Gedanken/ Einstellungen). Johnsen et al. (2002) untersuchte die Qualität der Patientenäußerungen (konstruktiv, destruktiv) in drei Internetforen für psychisch Kranke sowie deren Umgang mit teilnehmenden, professionellen Online-Moderatoren (Psychiater, Allgemeinmediziner). Seinen Studienergebnissen zufolge baten die Forenteilnehmer die Moderatoren aktiv um gesundheitsbezogene Informationen oder ließen den Gesprächsverlauf durch diese in ihrer Funktion als Diskussionsleiter begleiten und lenken. Insbesondere für Patienten mit Essstörungen wird der Bedarf an Unterstützung durch professionelle Online-Moderatoren beschrieben, um negative Affekte und dysfunktionale Gedanken zu besprechen, zu disputieren bzw. zu regulieren. Ergänzend (und für die weitere Untersuchung von Beziehungen und Kooperationen zwischen „professionals“ und Selbsthilfegruppen-Teilnehmern interessant) können erste empirische Hinweise zur Qualität therapeutischer Beziehungen in Online-Therapien genannt werden. Die von Knaevelsrud et al. (2004) zu diesem Thema zusammengestellten Studien, die u.a. die subjektive Einschätzung des therapeutischen Kontakts in kognitiv-behavioralen Internet-Interventionen abbilden, belegen, dass die über das Internet aufgebauten Arbeitsbeziehungen zu ihren Therapeuten von Patienten als hilfreich und vertrauensvoll erlebt werden können.

Allerdings sind auch Risiken, negative Effekte und destruktives Verhalten in sowohl Internet-Selbsthilfe- wie ebenso anderen Internetangeboten zu beobachten. Beispielsweise sind mitunter die Phänomene des sogenannten „Flamings“ und „Cyberbullying“ zu belegen. Hiermit sind destruktive, aggressive, polemische Kommunikationsweisen unter Internet-Besuchern gemeint (vgl. z.B. Crowell, 2007, Alonzo & Aiken, 2004, Aiken,

2000, Kayany, 1998). Auch wird diskutiert, inwiefern vermehrte Internet-Kontakte einen Rückzug von Alltagskontakten und damit möglicherweise soziale Isolation fördern können (Sanders et al., 2000). Auch existieren im Internet Suizidforen, in denen sich die Teilnehmer über Suizidphantasien und -praktiken austauschen, ihren eigenen Suizid ankündigen oder Abschiedsbriefe veröffentlichen (z.B. Alao et al., 2006, Becker, 2004, Janson, 2001). Ebenso tauschen sich zunehmend sogenannte „Pro-Ana-Anhänger“ über das Internet selbstschädigend darüber aus, wie sie ein extremes Schlankeitsideal und ihre Anorexia Nervosa u.a. mit radikalen Maßnahmen vorantreiben können. Die Zahl der Pro-Ana-Seiten im deutschsprachigen Raum wird auf mehrere hundert geschätzt (z.B. Brähler, 2007, Bardone-Cone & Cass, 2006, Lipczinska, 2007). Weitere negative Phänomene des Internet sind u.a. die Förderung pädophiler und krimineller Neigungen (z.B. Mitchell & Wells, 2007, Frei, et al., 2005). Außerdem wird diskutiert, ob exzessive Internetnutzung in Suchtverhalten münden kann, als solches klassifiziert und wie es gegebenenfalls behandelt werden kann (Shaw et al., 2008, Chou et al., 2005).

2.4.3 Qualitätskriterien klinisch-psychologischer Internetangebote

Die Europäische Kommission (Commission of the European Communities, 2002), die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Funke et al., 2003) und der Berufsverband Deutscher Psychologen (2001) empfehlen im Zuge der wachsenden Verbreitung klinisch-psychologischer Internetangebote eine umfassende Qualitätssicherung, Qualitätskriterien sowie ein Internet-Qualitätssiegel zur seriösen Aufbereitung und Nutzung von derlei Internetangeboten sowie zur leichteren Unterscheidbarkeit von unseriösen Angeboten. Diese Qualitätskriterien umfassen im Wesentlichen Empfehlungen für eine seriöse inhaltliche Aufbereitung und optimierte grafische Präsentation von psychologischen und medizinischen Beratungen oder Informationen im Internet. Die Kriterien reichen von Transparenz über Bekanntgabe des Ziels der Website, des Autors und der dahinter stehenden Organisation, der Verpflichtung zur kurzfristigen Beantwortung im Internet gestellter Patientenfragen, der Stützung angegebener Informationen durch (wissenschaftliche) Quellen, der Aktualität des Angebots über die nachzuweisende Qualifikation der Berater bis hin zur Sicherstellung der Schweigepflicht und des Datenschutzes inklusive technischer Sicherheit als auch der einfachen Benutzbarkeit des Webangebots. Der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) verleiht seit 2001 ein (als technisch nicht kopierbar und nicht

verfälschbar ausgewiesenes) Internet-Qualitätssiegel an psychologische Internet-Berater mit geprüfter Qualifikation bzw. an qualitativ gesicherte Internetangebote. Unklar ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt wie bekannt diese Qualität sichernden Kriterien sind und wie sehr sich Internetanbieter klinisch-psychologischer Informationen und Behandlungen daran orientieren. Die in dieser Arbeit angestrebte Konzeption einer internetbasierten Selbsthilfe wird die genannten Qualitätskriterien mit berücksichtigen.

2.5 Internet bzw. Computer vermittelte Kommunikation (CvK)

Die unter 2.4.2 genannten Befunde können unterschiedlichen Aspekten und Annahmen der Theorien zur Internet bzw. Computer vermittelten Kommunikation (CvK) zugeordnet werden, welche die Determinanten, Effekte und damit Potenziale und Risiken dieser Art von kommunikativem Austausch beleuchten (vgl. Döring, 2003). Beispielsweise bezweifeln Vertreter der Kanalreduktionstheorie (z.B. Mettler von Meibom, 1994), ob der überwiegend textbasierte Austausch im Internet, jemals einer Face-to-Face-Kommunikation (FTF) ähneln kann, in der doch alle Sinnesmodalitäten und verbale genauso wie nonverbale Botschaften wesentliche Informationen für ein gegenseitiges Verstehen übermittelt werden. Interaktive Medien können zwar räumliche Distanzen überwinden und auch synchronen Austausch ermöglichen (wie z.B. beim Chatten), bleiben jedoch dieser Theorie zufolge um wesentliche Informationen reduziert. Dieser Auffassung entsprechend erzeugt CvK negative Effekte wie defizitäre Kommunikation, emotionale Verarmung des Austausches und Entfremdung. Laborexperimente können die Reduktion emotionaler Kommunikation belegen (z. B. Connolly, Jessup, Valacich, 1990). Zu überlegen ist, ob ein Laborsetting Einfluss auf den Effekt mangelnder Emotionalität haben kann, denn andere (u.a. Feld-) Studien können durchaus einen emotionalen Austausch und Kompensationen mangelnder sinnesspezifischer Ausdrucksmöglichkeiten in der Schriftsprache abbilden (z.B. Winzelberg et al., 2000, Alpers et al, 2003). Gemäß dem Modell der sozialen Informationsverarbeitung (Walther, 1992) werden beim textbasierten Austausch Gefühle, Stimmungen, Persönliches etc. verbalisiert und verschriftlicht, was nach Alpers et al. (2003) sogar einem therapeutisch angestrebten Fördern eines Verbalisierens von Emotionen dienen kann. Nonverbale, auditive und visuelle Informationen können dabei durch Substitute, Sound- und Aktionswörter oder Emoticons übermittelt werden. Vertreter des Filter-Modells (Kiesler et al., 1984) heben anhand empirischer Befunde die positiven Effekte der

eingeschränkten Sinnesmodalitäten hervor. So kann die oftmals ausschließlich textbasierte computervermittelte Kommunikation sogar bestimmte Vorzüge gegenüber der natürlichen Face-to-Face-Kommunikation haben: Hierbei können soziale Zusatzinformationen wie Ethnizität, Geschlecht, Alter, sozialer Status, Krankheiten usw. aus der Interaktion herausgefiltert werden, indem diese Informationen entweder durch Anonymisierung nicht preisgegeben oder gar verfälscht werden. Die positiven Konsequenzen hieraus können Gleichstellung, Selbstoffenbarung und Enthemmung sein (vgl. z. B. Befunde zu ausgeprägter Self-Disclosure bei Winzelberg et al., 2000), wenngleich als negative Konsequenzen auch dissoziale Verhaltensweisen und Aggressivität auftreten können (z. B. Alonzo & Aiken, 2004). Zudem konnten Belege dafür gefunden werden, dass sich durchaus netzinterne soziale Hierarchien und Rollen ausbilden können, so dass von der Egalitätsthese nicht immer auszugehen ist (Stegbauer, 2000). Kann diesen Umständen zufolge dann ein Austausch über klinisch-psychologische Themen im Internet - beispielsweise im Rahmen einer Selbsthilfegruppe - überhaupt fruchtbar und vertretbar sein? Döring (2003) betont, es sollte in der Diskussion um FTF und CvK nicht darum gehen, die eine oder andere Form zu befürworten bzw. abzulehnen, sondern die jeweiligen Potenziale zu erörtern und zu nutzen. Welche Unterschiede sich zwischen Kommunikationsformen im Internet und bisheriger Kommunikation (FTF) ergeben, hängt nicht nur von der Beschaffenheit des gewählten Mediums (persönliches Gespräch oder verschiedene Internetdienste) ab. Ebenso bestimmen weitere, z.B. personenbezogene und interpersonale Einflussfaktoren wie Kommunikation erlebt wird. Grundsätzlich können zufrieden stellende soziale Beziehungen auch durch textbasierte Kommunikation im Internet entstehen (vgl. auch Abschnitt 2.4), die mit solchen aus einer Face-to-Face-Kommunikation vergleichbar sind (Döring, 2000b). Häufig nutzen Menschen das Internet sogar insbesondere, um sozio-emotionale Gratifikationen zu erhalten, also sich zuzuhören, Trost zu spenden, Mut zu machen usw.. Damit diese Form des vertrauensvollen Austausches entstehen kann, sollte einerseits eine benutzerfreundliche und funktionstüchtige technische Umsetzungen von Internetangeboten vorhanden sein. Andererseits müssen die Kommunizierenden u.a. genügend Motivation, medienspezifische und soziale Kompetenzen, positive Einstellungen zum Medium und genügend Zeit mitbringen als auch als hilfreich etablierte Kommunikationsregeln berücksichtigen (Döring, 2003).

2.5.1 Das medienökologische Rahmenmodell

Das medienökologische Rahmenmodell von Döring (2003) integriert die bestehenden, zunächst gegensätzlich erscheinenden Theorien zur Internet und Computer vermittelten Kommunikation und fasst deren vielfältige Determinanten und Randbedingungen zusammen. Dieses integrative Modell bietet damit eine umfassende Betrachtung von *sozialer Kommunikation in medialen Kontexten* an. Die in den dargestellten Theorien zur Internet-/Computer vermittelten Kommunikation auftauchenden „Entweder-Oder“-Kontroversen (meist im Sinne eines Vergleichs von CvK zur FTF-Kommunikation) sollen damit aufgelöst und in ein einander ergänzendes Verhältnis gebracht werden. Technische Restriktionen geben demzufolge einen Rahmen vor, in dem Medienwirkungen präsent sind und medienspezifische Kommunikation stattfindet, der schließlich aber im Sinne eines aktiven (kompetenten) Nutzungsverhaltens aktiv ausgestaltet werden kann. Möchte man einen nutzbringenden zwischenmenschlichen Austausch im Internet erfolgreich anregen und umsetzen, müssen also folgende Aspekte beachtet und entsprechend dem konkreten Vorhaben passend zusammengestellt werden:

- **Medienwahlprozesse** (Medien werden entsprechend z.B. der Kommunikationsanlässe und Nutzerpräferenzen an Stelle anderer bevorzugt),
- **Medienmerkmale** (verschiedene medientechnische Optionen und Restriktionen der Internetdienste wie Forum, Chat, Email etc.)),
- **Nutzermerkmale** (Interessen, Erwartungen und Ziele der Nutzer, soziale und mediale Kompetenz, genügend Zeit und Motivation der Nutzer etc.)
- **Nutzungssituation** (Nutzungskontext (z.B. beruflich versus privat), Kommunikationsverhalten, Nutzung von Anonymität, Offenbarung oder Konstruktion von Identitäten, Gruppenklima, soziale Gruppennormen, Entwicklung einer medien-spezifischen Sprachkultur, Ausgestaltung der Kommunikation durch Austausch-Regeln (sog. Netiquette) usw.).

Das heißt, CvK-Effekte (in diesem Fall einer internetbasierten Selbsthilfegruppe) umfassen Technikeffekte ebenso wie psychische und soziale Effekte und werden demzufolge durch mehrere Determinanten und Randbedingungen bestimmt, wie diese Grafik schematisch visualisiert:

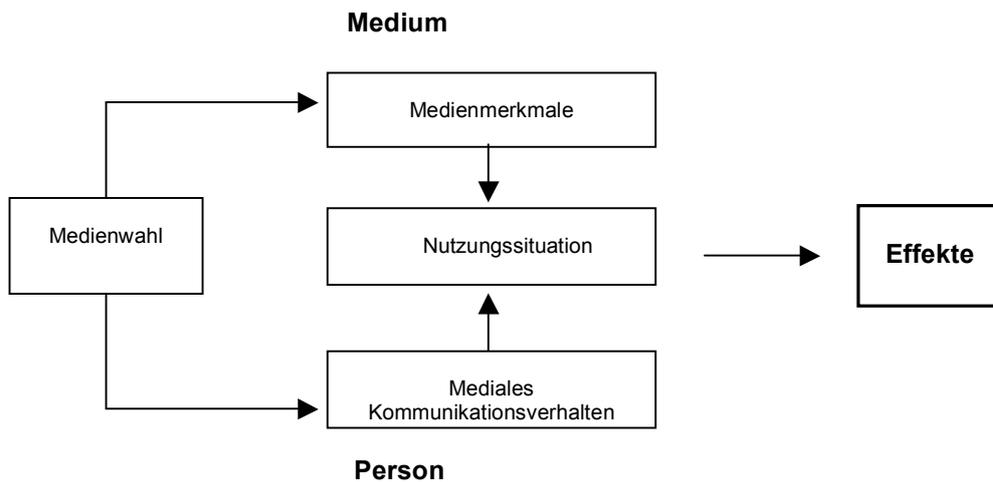


Abbildung 2: Das medienökologische Rahmenmodell (Döring, 2003).

Vergleicht man die o.g. Studien hinsichtlich der kritischen Variablen für ein Ge- oder Misslingen von konventionellen wie ebenso internetbasierten Selbsthilfegruppen können einige übereinstimmende kritische Variablen zusammengestellt und gruppiert werden:

- Passung zwischen Kommunikationsaufgabe und Kommunikationsweise bzw. Kommunikationsmedium (z.B. passender Komplexitätsgrad, Funktionalität);
- Medienkompetenz und soziale Kompetenz der Teilnehmer (z.B. Konstruktive Kommunikationsstile der Teilnehmer, konstruktives Gruppenklima, Motivation zu kompensatorischer Informationsverarbeitung);
- Soziale und juristische Regeln (z.B. Anonymität, digitale Dokumentation, Schweigepflicht, Datenschutz);
- Verfügbare Zeit und gemeinsamer Nutzungszeitraum;
- Passung zwischen Kommunikationsaufgabe und Teilnehmerzahl/Gruppengröße;
- Führungsqualität in der Gruppe bzw. Qualität professioneller Betreuung oder Moderation;
- Unterstützungsmaßnahmen von außen (z.B. Bereitstellung technischer Mittel).

Als mögliche positive Effekte bei Beachtung der o.g. kritischen Variablen wurden empirisch belegt bzw. können erwartet werden: Nützlichkeit, Ökonomie, Nachhaltigkeit, (u.a. wissenschaftliche) Auswertungs-/Analysemöglichkeiten. Bezüglich der Teilnehmer kann beispielsweise ermöglicht werden: Die Entwicklung gruppen- und mediumspezifischer Ausdrucksformen, der Aufbau gegenseitigen Verständnisses, Informationsaustausch, Lernen, Beziehungsaufbau und -erhalt, Selbstöffnung, prosoziales Verhalten, Egalität, Kontrollgewinn, Überblick, Entlastung.

Als mögliche negative Effekte bei Nichtbeachtung der o.g. kritischen Variablen wurden empirisch belegt bzw. sind zu erwarten: Mangelnde Nützlichkeit, mangelnde Ökonomie, mangelnder, missverständlicher oder destruktiver Austausch zwischen den Teilnehmern, dissoziales Verhalten, Kontrollverluste, Missbrauch persönlicher Daten.

3. Untersuchungsziel und Forschungsfragen

Ziele der Untersuchung sind eine Nutzungsanalyse sowie der Vergleich zweier Varianten internetbasierter Selbsthilfe für chronisch psychisch Kranke hinsichtlich ihres Potenzials, über einen Rehabilitationsklinik-Aufenthalt hinaus an konstruktive Behandlungsergebnisse anzuknüpfen und gesundheitsförderliche Inhalte und Prozesse aufrecht zu erhalten. Untersucht wurden:

A) ein zugangs- und datengeschütztes, selbstbestimmtes Internet-Forum, in dem sich ehemalige, chronisch psychisch kranke Patienten der Rehabilitationsklinik Seehof im Sinne einer Selbsthilfegruppe ungestört und ohne externe Leitung austauschen und ihre Textbeiträge speichern können.

B) ein entsprechend Punkt A identisches zugangs-/datengeschütztes Internet-Forum, erweitert um eine professionelle Anleitung bzw. Moderation seitens der Klinik Seehof. Hier können sich ehemalige, chronisch psychisch kranke Patienten (neue, vergleichbare Untersuchungsgruppe) untereinander austauschen und Beiträge speichern, wobei eine Moderatorin (Dipl.-Soz Arb.) ausgewählte Diskussionsthemen wie z.B. „Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung“ bereitstellt als auch zu konstruktiven Patienten-Beiträgen anregt.

Die empirische Untersuchung soll Daten bzw. Aussagen über die Art und Weise der Benutzung, die Determinanten und die Effekte der Nutzungssituation der hier untersuchten, internetbasierten Selbsthilfekonzepte (selbstbestimmtes vs. moderiertes Internet-Forum Seehof) liefern und beantworten,

- a) ob, inwiefern und von welchen Patienten internetbasierte Selbsthilfe nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt genutzt wird.
- b) ob die u.a. aufgrund durchgeführter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erzielten gesundheitsförderlichen Behandlungsergebnisse (z.B. Verhaltensänderungen, Coping-Strategien) mit Hilfe von Internet-Selbsthilfe in den Alltag

transferiert und weiterhin gefördert werden können. D.h., ob z.B. Interventionen (nach-)besprochen werden, sich ein Informationsaustausch und klärende Gespräche hierzu zeigen (=„*gesundheitsförderliche Gesprächsthemen*“) sowie gegenseitige Versicherungen oder Motivierung zum weiteren Durchführen gelernter Fertigkeiten und Maßnahmen bzw. gegenseitige soziale Unterstützung stattfinden (= „*gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren*“).

- c) ob sich die hier untersuchten, internetbasierten Selbsthilfe-Konzepte (selbstbestimmtes vs. moderiertes Internet-Forum) hinsichtlich der o.g. Aspekte unterscheiden.

Entsprechend der Problemstellung und den hierzu vorliegenden theoretischen und empirischen Erkenntnissen (vgl. Abschnitt 2) wurden folgende prüfbare Forschungsfragen formuliert:

Forschungsfragen:

A) Inanspruchnahme:

Zunächst interessiert, ob und inwiefern chronisch psychisch kranke Patienten die internetbasierten Selbsthilfe-Foren nach ihrem Rehabilitationsklinikaufenthalt in Anspruch nehmen. Demzufolge soll beantwortet werden, wie viele der chronisch psychisch Kranken nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt für ein internetbasiertes, selbstbestimmtes oder moderiertes Selbsthilfe-Forum rekrutiert werden können und teilnehmen (**Frage 1.1**).

Weiterhin wird untersucht, welche soziodemografischen Charakteristika und ICD-10-Diagnosen die Foren-Teilnehmer und welche die Nicht-Teilnehmer haben (**Frage 1.2**) sowie, ob sich die Forum-Teilnehmer von den Nicht-Teilnehmern hinsichtlich soziodemografischer Charakteristika und ICD-10-Diagnosen unterscheiden (**Frage 1.3**).

Auch soll beantwortet werden, welche soziodemografischen Charakteristika und ICD-10-Diagnosen die Teilnehmer im selbstbestimmten Forum und welche die Teilnehmer im moderierten Forum haben (**Frage 1.4**) bzw. welche Unterschiede sich zwischen den Teilnehmern im selbstbestimmten Forum zu denen im moderierten Forum ergeben (**Frage 1.5**).

Bezüglich der Foren-Teilnehmer soll beantwortet werden, wie viele von ihnen aktiv Beiträge verfassen (**Frage 1.6**) und, ob sich Unterschiede hinsichtlich der Menge aktiver Forum-Teilnehmer zwischen dem selbstbestimmten und dem moderierten Forum zeigen (**Frage 1.7**).

Außerdem interessiert, wie groß dann die Beitragsmenge der aktiven Foren-Teilnehmer ist (**Frage 1.8**) und, ob sich Unterschiede in den Beitragsmengen zwischen dem selbstbestimmten und moderierten Forum ergeben (**Frage 1.9**). Haben beitragsstärkere Foren-Teilnehmer dann typische Charakteristika (**Frage 1.10**), unterscheiden sich die Internet-Foren hinsichtlich ihrer Menge an beitragsstarken Teilnehmern (**Frage 1.11**)?

Ebenso wird untersucht, wie groß die individuellen Foren-Nutzungszeiträume der Patienten sind (**Frage 1.12**) und, ob sich das selbstbestimmte und das moderierte Forum hinsichtlich der Nutzungszeiträume unterscheiden (**Frage 1.13**)?

B) Themen und Inhalte:

Bezüglich des inhaltlichen Austauschs interessiert, ob in den Internetforen „*gesundheitsförderliche Gesprächsthemen*“ besprochen werden oder eher Small-Talk betrieben wird (**Frage 2.1**) und, ob sich diesbezüglich Unterschiede zwischen den Foren-Konzepten zeigen (**Frage 2.2**).

C) Kommunikationsformen:

Auch die Kommunikationsformen in den Internetforen werden analysiert. Aufgrund der vorliegenden Daten soll beantwortet werden, ob die Patienten anonym kommunizieren und sich hinsichtlich der Anonymität Unterschiede zwischen den Internetforen zeigen (**Frage 3.1**).

Weiterhin wird untersucht, ob die Patienten mit ihren Textbeiträgen aufeinander Bezug nehmen und, ob sich hinsichtlich des Interaktionsverhaltens Foren-Unterschiede ergeben (**Frage 3.2**).

Außerdem interessiert, ob in den Internetforen eher eine konstruktive oder eine destruktive Stimmung besteht und, ob sich diesbezüglich Foren-Unterschiede zeigen (**Frage 3.3**).

Ebenso wird den Daten entnommen, ob die Patienten im Sinne kompensatorischer Kommunikation Emoticons nutzen und, ob sich hinsichtlich der Emoticon-Nutzung Foren-Unterschiede aufzeigen lassen (**Frage 3.4**).

Hinsichtlich der Nutzungszeiten interessiert, wann die Patienten vornehmlich kommunizieren und, ob sich bezüglich der Nutzungszeiten Foren-Unterschiede ergeben (**Frage 3.5**). Kommunizieren die Patienten dann vornehmlich asynchron oder (nahezu) synchron und ergeben sich diesbezüglich Foren-Unterschiede (**Frage 3.6**)?

Außerdem wird untersucht, ob es neben einer aktiven Teilnahme auch ein indirektes Partizipieren/Mitlesen (sog. *Lurking*) in den Internetforen gibt und, ob sich hinsichtlich des Lurking Unterschiede zwischen den Internetforen zeigen (**Frage 3.7**).

D) Gruppenwirkfaktoren:

Bei der Analyse des Interaktionsverhaltens der Patienten in den Internetforen soll beantwortet werden, ob sich „*gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren*“ abbilden (wie z.B. soziale Unterstützung) und, ob sich die Foren-Konzepte hinsichtlich des Vorkommens der „*gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren*“ unterscheiden (**Frage 4.1** und **Frage 4.2**).

Weiterhin wird untersucht, ob die Patienten in Eigeninitiative gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren produzieren bzw. in den Foren bereitstellen oder, ob sie diese vermehrt in Anspruch nehmen bzw. von Mitpatienten einfordern (**Frage 4.3**). Außerdem soll die Frage beantwortet werden, ob sich Foren-Unterschiede hinsichtlich der Bereitstellung oder Inanspruchnahme von Gruppenwirkfaktoren ergeben (**Frage 4.4**).

E) Moderatorverhalten:

Bezüglich des intendierten und vorab trainierten Moderatorverhaltens im angeleiteten Forum, das der Förderung eines gesundheitsförderlichen Austauschs zwischen den Patienten dient (vgl. Abschnitt 4.1.4), soll beantwortet werden, wie das tatsächliche Verhalten der Moderatorin im Durchführungszeitraum war (**Frage 5.1**).

4. Methodik

Im Rahmen einer Utilisation-Studie sollen die unter Punkt 3 gestellten Forschungsfragen beantwortet werden. Hierzu werden die Nutzungsweise, Determinanten und Effekte sowie diesbezügliche Unterschiede der o.g. internetbasierten Selbsthilfekonzepte sowohl mit inhaltsanalytischer Methodik als auch mit den gängigen statistischen Rechenverfahren ermittelt. Zunächst wird die Konzeption internetbasierter Selbsthilfe für die Klinik Seehof dargelegt.

4.1 Konzeption internetbasierter Selbsthilfe für die Klinik Seehof

Für diese Arbeit stellte sich die Frage, wie medienbezogene, personenbezogene und interpersonale Einflussfaktoren bzw. die in Abschnitt 2.5.1 aufgeführten kritischen Variablen, gemäß dem medienökologischen Rahmenmodell gemeinsam beachtet werden sollten, um eine internetbasierte Selbsthilfe als Nachsorge nach einem Reha-Klinik-Aufenthalt und zur weiteren Gesundheitsförderung erfolgreich aufzubauen.

Die Konzeption der internetbasierten Selbsthilfe für die psychisch chronisch kranken Patienten der Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik (Leitung: Prof. Dr. M. Linden) des Rehabilitationszentrums Seehof (Deutsche Rentenversicherung) erfolgte daher mithilfe des medienökologischen Rahmenmodells (Döring, 2003) und bezieht sich auf die theoretischen und empirischen Erkenntnisse aus den Bereichen der Selbsthilfe- und Unterstützungsforschung, die in Abschnitt 2.4.2 aufgeführten empirischen Befunde zu Internet-Selbsthilfeangeboten bzw. einzelnen Internetdiensten sowie auf Aspekte der Qualitätssicherung (Abschnitt 2.4.3). Den aktuellen Recherchen in einschlägigen Datenbanken und Internet-Suchmaschinen zufolge, existieren keine publizierten Untersuchungsergebnisse zu internetbasierten *Selbsthilfegruppen* für chronisch psychisch Kranke, die einer Gesundheitsförderung dienen und explizit als Nachsorgeangebote für Patienten von Rehabilitationskliniken konzipiert wurden.

Ergebnis der Konzeption:

Zielgruppe/Nutzermerkmale (vgl. Abschnitt 4.1.1): insgesamt mehrere 100 chronisch psychisch Kranke nach Reha-Klinik-Aufenthalt, Durchschnittsalter 47 Jahre, mit (laut Emnid 2006) voraussichtlich geringerer Internetnutzung und damit geringeren Internet-Nutzungskompetenzen als jüngere Altersgruppen. Nutzerpräferenzen für spezifische Internetdienste sind unbekannt. Das Vorhandensein sozialer Kompetenzen ist aufgrund von Trainings während des Reha-Klinik-Aufenthalts zu vermuten.

Anlass/Kommunikationsaufgabe (vgl. Abschnitt 2.2 & 2.3): kostengünstige, nutzerfreundliche zeit- und ortsunabhängige Möglichkeit einer weiteren Gesundheitsförderung nach einem Reha-Klinik-Aufenthalt (im Sinne von z.B. Krankheitsbewältigung und -kompensation, Erhalt sozialer Klinik-Kontakte) im Rahmen einer offenen Selbsthilfe-Gruppensituation.

Medienwahl/-merkmale (vgl. Abschnitt 2.4.1 & 2.4.3): Der Internetdienst Internet-Forum [Variante a) unmoderiert vs. Variante b) moderiert] wird entsprechend der Kommunikationsaufgabe (rekapitulierender und weiterführender Informations-austausch zur Gesundheitsförderung; Beziehungsaufbau/-erhalt), der Zielgruppe und o.g. empirischer Befunde zu gesundheitsförderlichen Wirkungen als adäquat eingeschätzt und entsprechend den geforderten Qualitätskriterien erstellt.

Gewünschte Effekte der Nutzungssituation: Teilnahme und Eigeninitiative der Patienten, konstruktive und kompensatorische Kommunikation, gesundheitsförderliche Gesprächsthemen (z.B. über Coping), gesundheitsförderliche Gruppenwirkungen (z.B. soziale Unterstützung).

Die Nutzungssituation und Effekte von zwei hinsichtlich eines konzeptionellen Merkmals (Moderation) unterscheidbarer Internet-Foren sollen untersucht werden.

4.1.1 Charakteristika der Patienten

Wie in Abschnitt 2.1 beschrieben, werden in psychosomatischen Rehabilitationskliniken Patienten behandelt, die unter psychischen Störungen jeglicher Art leiden (Linden, 2005).

Die in diese Untersuchung bzw. Internet-Foren einbezogenen Patienten (Gesamterhebung in einem 1-Jahres-Zeitraum bei jedem der zwei Forum-Konzepte) stammen aus der Rehabilitationsklinik Seehof bzw. der dortigen Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik (Leitung: Prof. Dr. M. Linden) und haben dort stationäre oder teilstationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen. Die Patienten decken typische Merkmale von vergleichbaren Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund ab. Dieses sind chronifizierende oder chronische psychische Erkrankungen aus den Bereichen der Affektiven Störungen (vornehmlich depressive Störungen), der Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (vornehmlich phobische Störungen und andere Angststörungen sowie Anpassungsstörungen), Persönlichkeitsstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen (meist Alkoholabhängigkeit/-missbrauch) sowie außerdem typische soziodemographische Patientenmerkmale wie: 80 % der Rehabilitanden sind älter als 40 Jahre. Das Durchschnittsalter ist 47 Jahre. 76% der Rehabilitanden sind Frauen und 24% sind Männer, 86% sind Angestellte (vornehmlich einfache und mittlere Angestellte/Beamte). Laut Entlassungsberichtsdatei sind 58 % der Rehabilitanden ganztags und 19 % teilzeit beschäftigt, 17% sind arbeitslos. 86% der zugewiesenen Patienten sind bei Aufnahme jedoch arbeitsunfähig, etwa 40% sind länger als ein halbes Jahr nicht mehr berufstätig (vgl. z.B. DRV (2005): Informationsbroschüre zum Reha-Zentrum Seehof).

4.1.2 Zugang zum Internet-Forum Seehof

Alle Patienten der Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik (Leitung: Prof. Dr. M. Linden) wurden ab September 2004 bei Entlassung aus der Rehabilitationsklinik Seehof (DRV) mittels eines Informationsbriefs für die Teilnahme am *selbstbestimmten Internet-Selbsthilfeforum* rekrutiert als auch weitere ehemalige Patienten aus den Jahren 2003 und 2004 per Post angeschrieben. Ab September 2005 wurden die Patienten bei ihrer Entlassung über die Möglichkeit der Teilnahme am *moderierten Internet-Selbsthilfeforum* informiert. Jeder Informationsbrief beinhaltete ein Anschreiben

mit einer Erläuterung der Ziele des jeweiligen Internet-Selbsthilfeforums, der Nennung der Internet-Adresse und einer „Bedienungsanleitung“ zur Nutzung des internet-basierten Selbsthilfe-Angebots als auch die Vergabe einer persönlichen Teilnehmer-Nummer pro Patient, um den Zugang zum Internet-Forum auf die genannte Zielgruppe zu beschränken und gegenüber einem Zugriff von außen zu sichern. Somit konnten nur die teilnahmeberechtigten Patienten am Internet-Forum teilnehmen, Externen wurde der Zugang verwehrt. Voraussetzung für den Besuch des Forums war lediglich ein Computer mit Internetzugang, über den eine Internetverbindung hergestellt und über einen Internet-Browser bzw. durch die Eingabe der Internetadresse das Forum Seehof aufgerufen werden konnte. Zum Schutz der Patienten erfolgte zunächst eine einmalige Anmeldung und Freischaltung (innerhalb von 24 Stunden) seitens der Klinik. Hierzu gab jeder Patient einen Benutzernamen seiner Wahl [z.B. anonymes Pseudonym (sog. *Nickname*) oder seinen vollen Namen], ein selbst gewähltes Passwort, seine Email-Adresse sowie eine persönliche Teilnehmer-Nummer an. Letztere wurde jedem Patienten bei Entlassung persönlich zugewiesen, damit er als ehemaliger Patient bei der Anmeldung identifiziert und für die Forum-Nutzung frei geschaltet werden konnte sowie dennoch die Möglichkeit hatte, vor den Mitpatienten im Forum anonym bzw. unter einem Nickname zu schreiben. Jeder Patient wurde darauf aufmerksam gemacht, dass er diese Daten bitte ausschließlich persönlich benutzen bzw. demzufolge an keine weiteren Personen vergeben möge. Den Patienten war bekannt, dass das Rehabilitationszentrum Seehof die Berechtigung hat, Patientendaten zu Forschungszwecken anonymisiert auszuwerten und zu nutzen (in diesem Fall u. a. die anonymisierten Patientenbeiträge im Internet-Forum).

4.1.3 Struktur und Rahmenbedingungen des Internet-Forums Seehof

Über eine jeweilige *Internet-Eingangsseite* mit wichtigen Informationen zu Zielen des entsprechenden Forums (im moderierten Forum inklusive Nennung des Namens der Moderatorin), kurzem Impressum und Email-Kontakt zum Webmaster gelangen die Patienten über einen Weblink auf die *Forum-Startseite*. Dort finden sie nutzerfreundliche Begriffe (z.B. statt „FAQ“ Verwendung des Begriffs „Infos“), eine übersichtliche, selbsterklärende Bedienung, aktuelle Angaben darüber, welcher der Teilnehmer momentan online ist, wie viele Beiträge aktuell im Forum geschrieben sind, wann die letzte Antwort oder der neuste Beitrag geschrieben wurde. Des Weiteren gibt es eine einfache Suchfunktion und eine Mitgliederliste der Forum-Teilnehmer, in der die

Benutzernamen (also je nach Wahl des Patienten ein Pseudonym oder sein Name) zu sehen sind. Die Mitgliederliste ist auch vor der Anmeldung einsehbar, um einen motivierenden Eindruck zu geben, wie viele Teilnehmer bereits im Forum mitwirken. Um nach der einmaligen Freischaltung seitens der Klinik ins Forum zu gelangen, geben die Patienten auf der Forum-Startseite lediglich ihren Benutzernamen und ihr Passwort an, loggen sich somit ein und können infolge die Übersicht über die Diskussions-themen, die im Forum besprochen werden (im späteren moderierten Forum auch Themenvorschläge von der Moderatorin), einsehen, Beiträge von Mitpatienten lesen, beantworten, eigene Beiträge und Themen publizieren, ihren Texten mit Smileys (sog. *Emoticons*) zusätzlichen emotionalen Ausdruck verleihen. Die im jeweiligen Forum verfassten Texte bleiben erhalten, können lediglich von der Moderatorin oder dem technischen Administrator editiert bzw. ggf. gelöscht werden, sollten sie destruktiven Inhalts sein. So besteht - im Vergleich etwa zu einem Internet-Chat - auch nach längerer Zeit die Möglichkeit, Texte wiederholt aufzurufen, sich an ihren Inhalt zu erinnern und erneut daran anzuknüpfen. Auch muss aufgrund dieses Konzepts die Teilnehmerzahl nicht auf eine kleine Gruppe von Teilnehmern begrenzt sein (z.B. im Vergleich zum Chat, in dem sich nur ca. 5-30 Personen auf sinnvolle Weise gleichzeitig austauschen können). Im Sinne einer offenen Gruppe können weitere Patienten hinzukommen, andere Teilnehmer können pausieren, passiv mitlesen (sog. *Lurking*) oder sich abmelden.

Für den Fall, dass technische Benutzungsfragen auftauchen, können die Patienten eine Email an einen technischen Administrator versenden. Beim nicht-moderierten Forum steht eine weitere Email-Adresse zur Verfügung, über die im Krisenfall Kontakt zur Klinik aufgenommen werden kann. Beim späteren moderierten Forum können sich die Patienten bei inhaltlichen, therapeutischen Fragen an die Moderatorin wenden, die ihrerseits Kontakt zu den ehemaligen Therapeuten der Patienten aufnehmen sowie auf nützliche Gruppenregeln bzw. Art und Weise der Forum-Kommunikation verweisen kann. Im Fall eines nicht veränderlichen, destruktiven Verhaltens könnte einzelnen Forum-Teilnehmern auch ihre Zugangsberechtigung entzogen und der Zutritt zum Forum durch entsprechende Maßnahmen eines technischen Forum-Administrators verwehrt werden.

Die Forum-Teilnahme ist in Form einer offenen Gruppe konzipiert, zu der zu jeder Zeit neue Teilnehmer hinzukommen und aus der ebenso zeitlich flexibel Teilnehmer austreten können. Von Seiten der Klinik wurde keine Selektion der Patienten vorgenommen. Eine gewisse Selbstselektion der Patienten aufgrund z.B. mangelnder Internet-Erfahrung mit entsprechend geringer Internet-Self-Efficacy oder erschwerter Computer-Zugangsmöglichkeiten ist jedoch anzunehmen.

4.1.4 Moderatorverhalten

Im angeleiteten Forum stellte die **Moderation** monatlich, entsprechend Tabelle 1 vorab festgelegte Diskussionsthemen ins Forum (u.a. zu Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung) und regte regelmäßig z.B. durch Nachfragen und Interessebekundungen zu derlei Beiträgen von Forum-Teilnehmern an. Insgesamt wendete die Moderatorin dafür wöchentlich durchschnittlich 30 - 60 Minuten Zeit auf.

Die Diskussionsthemenvorschläge der Moderatorin (vgl. Tabelle 1) wurden entsprechend der Ziele und Aufgaben psychosomatischer Rehabilitation sowie entsprechend der Definition ‚gesundheitsförderlicher Selbsthilfe‘ (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.3 als auch 4.2) als gesundheitsförderliche Gesprächsthemen nach einem Reha-Klinik-Aufenthalt konzipiert. Sie umfassen zum einen störungsspezifische und -übergreifende Themenbereiche (beispielsweise gesundheitsförderliche Bewältigungs- oder Kompensationsstrategien von Symptomen, soziale und berufliche (Re-) Integration), die auf u.a. durch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen erreichte Aspekte der Gesundheitsförderung abzielen und wiederum durch Eigeninitiative in einem Forum-Austausch stabilisiert und weiterentwickelt werden sollen. Damit verfolgt der gemeinsame Austausch über derlei Inhalte auch die Ziele der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation (vgl. Linden, 2005). Die Diskussionsthemen sollten darüber hinaus der Entwicklung und dem Erhalt gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren im Internet-Forum dienen, wie z.B. „Selbstöffnung“, „emotionale Unterstützung“, „Gruppenkohäsion“, die später im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung der Forum-Textinhalte abgebildet werden sollen (vgl. Abschnitt 4.2).

In diesem Sinne offerierte Themenvorschläge von Seiten der Patienten waren im selbstbestimmten wie ebenso im moderierten Forum erwünscht, da sie die Eigenverantwortung/-initiative im Umgang mit der eigenen Erkrankung, mit der Reintegration in den Alltag und mit den Anforderungen nach dem gemeinsamen Klinik-Aufenthalt als auch die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Gespräche fördern.

Die Moderatorin förderte die Entwicklung gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren, indem sie Forum-Beiträge von Patienten, die die Gruppenwirkfaktoren unterstützen, als hilfreich und wünschenswert kommentierte (z.B. durch Lob) sowie zu dieser Art von Beiträgen angeregt (durch z.B. Fragen, „Aufrufe“ oder modellhaftes Vormachen). Darüber hinaus war die Moderatorin darauf vorbereitet, destruktive Äußerungen von Patienten zu regulieren (durch z.B. Ansprechen, Diskutieren, Klären und diese Beiträge im Extremfall löschen), was jedoch im 1-Jahres-Untersuchungszeitraum nicht erforderlich war.

Ein vorheriges „Training des Moderatorenverhaltens im Forum“ anhand von anonymisierten Patienten-Beiträgen (aus dem ersten, selbstbestimmten Forum) half, einen gemäß den o.g. Vorgaben hilfreichen Antwort- und Frage-Stil zu entwickeln und zu üben, bevor die Moderatorin im moderierten Internet-Forum aktiv teilnahm.

Beispielsweise schrieb ein Forum-Teilnehmer: *„Nun, mein Zustand ist gegenwärtig stabil mit Stimmungsschwankungen. Doch da gibt es Tage, da falle ich in dieses Loch - ich nenne es Schwermut.“*. Hierauf antwortete die Moderatorin, um Offenheit, das Erinnern von Bewältigungsmöglichkeiten und gegenseitige Unterstützung zu fördern (Auszug aus dem Antworttext der Moderatorin): *„Kennen andere Forumbesucher diesen Zustand, in ein „schwarzes Loch zu fallen“ auch? Wie gehen Sie damit um? Was machen Sie, um sich aus dem „schwarzen Loch“ wieder rauszuholen?“*.

Monatliche Themenvorschläge von Seiten der Klinik bzw. der Moderatorin des Forums:
<p>1. Ich stelle mich vor Liebe/r ehemalige/r Seehofer/in, stellen Sie sich hier doch einmal vor (je nachdem wie Sie mögen, können Sie auch anonym bleiben, Ihre Vorstellung kurz halten oder länger ausführen). Wann war ich in der Klinik? Weswegen war ich in der Klinik? Mit wem würde ich gern wieder Kontakt aufnehmen?</p>
<p>2. Welche psychischen & körperlichen Zustände begleiten mich? Welche psychischen und körperlichen Zustände begleiten mich derzeit (z.B. Ängste, depressive Stimmung, Unsicherheit, Selbstzweifel, Müdigkeit, Schlafprobleme, Verärgerung, Zuversicht)?</p>
<p>3. Veränderungen in Bezug auf meine psychische Belastung/Symptomatik Kann ich seit dem Reha-Aufenthalt (positive oder negative) Veränderungen in Bezug auf meine psychische Belastung/Symptomatik beobachten? Wie haben sich meine Einstellungen/Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen oder meine körperliche Verfassung in Bezug auf die psychische Belastung verändert? Was hat mir in der Reha gut getan, welche Wünsche blieben offen?</p>
<p>4. Umgang mit meiner psychischen Belastung/Symptomatik Wie gehe ich im Alltag mit meiner psychischen Belastung/Symptomatik um? Was hat sich seit dem Reha-Aufenthalt verändert? Welche Strategien helfen mir (und welche nicht), wenn es mir mal nicht gut geht? Welche davon habe ich in der Reha gelernt? Nutze ich diese hilfreichen Strategien oder Übungen regelmäßig? Bin ich in weiterer Behandlung? Habe ich mir einen Therapeuten vor Ort oder eine Selbsthilfegruppe gesucht?</p>
<p>5. Stress & meine psychische Belastung/Symptomatik Was bereitet mir Stress (z.B. Konflikte am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft, in der Familie, mit Ämtern etc.) Wie reagiere ich darauf bzw. wie gehe ich damit um? Wie erreiche ich wieder persönliches Wohlbefinden? Was bessert meine psychische Befindlichkeit/Symptomatik? Was kann ich genießen? Welchen Freizeitaktivitäten gehe ich nach? Was tut mir gut, was lenkt mich ab?</p>
<p>6. Medikamente & meine psychische Belastung/Symptomatik Welche Medikamente nehme ich ein? Nehme ich diese seit dem Reha-Aufenthalt ein? Und nehme ich sie regelmäßig/unregelmäßig ein? Wie komme ich mit meinen Medikamenten zurecht? Gibt es Nebenwirkungen?</p>
<p>7. Vergangenheit und Gegenwart Welche Themen aus meiner Vergangenheit/Lebensgeschichte bringe ich in Zusammenhang mit meiner psychischen Belastung/Symptomatik? Wie verarbeite ich diese Erfahrungen?</p>
<p>8. Familie/Partnerschaft & meine psychische Belastung/Symptomatik Kann ich seit dem Reha-Aufenthalt (positive oder negative) Veränderungen in Bezug auf mein Privatleben beobachten? Wie geht mein Umfeld, wie gehe ich mit diesen Veränderungen um? Wie gestaltet sich in meiner Familie oder Partnerschaft der Umgang mit meiner psychischen Belastung? Hat sich nach der Reha etwas verändert (z.B. hat sich meine Sexualität verändert?)? Was habe ich dazu beigetragen (Vergleich vor und nach der Reha)?</p>
<p>9. Freundschaften/Bekanntschaften & meine psychische Belastung/Symptomatik Wie haben sich Freundschaften nach der Reha entwickelt/verändert – gibt es Unterschiede zwischen der Zeit vor und nach der Reha? Was habe ich dazu beigetragen (Vergleich vor und nach der Reha)? Haben sich zwischenmenschliche Kontakte (zu fremden Personen, in lockeren Bekantschaften etc.) verändert? Was habe ich dazu beigetragen (Vergleich vor und nach der Reha)?</p>
<p>10. Berufsleben & meine psychische Belastung/Symptomatik Kann ich seit dem Reha-Aufenthalt (positive oder negative) Veränderungen in Bezug auf mein Berufsleben beobachten? Wie geht mein Umfeld, wie gehe ich mit diesen Veränderungen um? Kann ich die derzeitige Situation besser akzeptieren? Habe ich meine Berufstätigkeit wieder aufnehmen können? Komme ich im Berufsalltag besser zurecht – wie gelingt mir das? Habe ich finanzielle Probleme? Wie versuche ich diese zu lösen?</p>

Tabelle 1: Monatliche Themenvorschläge der Forum-2-Moderatorin

4.1.5 Sicherheit und Datenschutz

Als Allgemeinwissen setzt die Klinik Seehof die Kenntnis darüber voraus, dass ein Datentransfer und die Kommunikation über das Internet nicht 100%-ig gesichert werden können. Eine vorab notwendige, schriftliche Einverständniserklärung der Patienten darüber, das Internet-Forum unter den gegebenen technischen Bedingungen nutzen zu wollen, gibt es beim Internet-Forum Seehof daher nicht. Folgende Sicherheitsmaßnahmen wurden seitens der Klinik gewährleistet:

In den Online-Datenbanken werden grundsätzlich keine personenbezogenen Daten gespeichert, die eine Zuordnung der Daten zur Person für Außenstehende ermöglichen. Allerdings ergeben sich hierbei Ausnahmen, die in der Eigenverantwortung der Patienten liegen (s.u.). Gespeichert werden alle Patienten-Beiträge im Forum sowie die Daten, die bei der einmaligen Anmeldung/Registrierung entstehen:

a) Der **Benutzername**, unter dem die Beiträge des Pat. im Forum erscheinen. Sollte ein Patient hier bewusst seinen vollen Namen wählen, wird dieser somit auch in der Datenbank gespeichert. Wählt ein Patient einen „Nickname“ bzw. ein Pseudonym, nimmt er im Forum anonym teil und ist ebenfalls anonymisiert in der Datenbank gespeichert. Die Möglichkeit, am Forum anonym teilzunehmen, wird im Informationsschreiben über das Forum explizit benannt. Die Benutzernamen werden über die gesamte Dauer der Forum-Teilnahme beibehalten, um ein Wiedererkennen, Vertrautheit und damit die Entwicklung von Gruppenwirkfaktoren wie Kohäsion, emotionale Unterstützung, Selbstöffnung etc. in der Gruppe der Forum-Teilnehmer zu fördern. Eine Änderung des bei der Anmeldung gewählten Benutzernamens ist somit nicht möglich.

b) Eine **Emailadresse** des Patienten. Wählt ein Patient hier jedoch bewusst eine Email-Adresse, die seinen Namen beinhaltet (z.B. max.mustermann@email.de), so wird damit indirekt auch der Name in der Datenbank gespeichert.

c) Die **persönliche Teilnehmer-Nummer** des Patienten, die die Zuordnung zur Person nur Klinik intern anhand einer externen Liste (offline) mit Patientennamen und entsprechenden Forum-Identifikationsnummern (gemeint ist die o.g. „persönliche Teilnehmernummer“) erlaubt.

d) Das individuelle **Passwort** ist nur dem jeweiligen Nutzer bekannt. Das installierte Forum (phpbb 2.0.22) nutzt zur Sicherstellung hierfür eine sog. MD5-Verschlüsselung jedes einzelnen Passworts.

Die **Registrierung** eines Forum-Teilnehmers bzw. der Zutritt zum Forum erfolgt erst nach individueller Freischaltung durch einen Forum-Mitarbeiter, dem technischen Administrator, bzw. nach Nennung der persönlichen Teilnehmer-Nummer des Patienten beim Online-Anmeldevorgang. Jeder weitere Besuch bzw. Zutritt zum Forum ist nach der Freischaltung ebenfalls nur über eine korrekte, individuelle Benutzernamen- und Passwortangabe möglich (Benutzererkennung). Zur Sicherstellung der Datenübertragung vor unerlaubtem Mitlesen, Kopieren oder Verändern wird die „Transport Layer Security-(TLS)“-Verschlüsselungsmethode verwendet, die bevorzugt von fast allen Servern und Browsern unterstützt wird.

Der Webservice-Anbieter, bei dem das Forum Seehof installiert wurde, übernimmt selbständig die Sicherung und den Schutz seiner Server bzw. dort installierter Software und Programme (z.B. unter Nutzung einer Firewall). Es liegt jedoch eine Haftungsbeschränkung vor: Beispielsweise übernimmt der kostenlose Webservice-Anbieter grundsätzlich keine Haftung für eventuelle Datenverluste. Jeder Webmaster eines Forums ist dazu verpflichtet, eigenverantwortlich und regelmäßig Daten-Backups zu sichern. Dies wurde seitens der Klinik unter den üblichen Datenschutzbestimmungen und unter Wahrung der Schweigepflicht gewährleistet.

4.2 Inhaltsanalyse

Ziel der Inhaltsanalyse (vgl. Früh, 2004) ist die Analyse von Kommunikationsinhalten, hier in Form von textbasierten Forumbeiträgen der Patienten. In dieser Arbeit wurde die Methode der quantitativen Inhaltsanalyse gewählt, bei der in der Planungsphase theoriegeleitet wissenschaftliche Forschungsfragen formuliert werden (vgl. Abschnitt 2 & 3). Für jedes der Foren soll den Forschungsfragen zufolge mit einem für diese Studie entwickelten Kategoriensystem das Vorkommen, der Umfang und die Ausrichtung (z.B. konstruktiv, destruktiv) von gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen und von gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren erfasst werden. Hierfür wurden die in den interessierenden Forschungsfragen enthaltenen Konstrukte prüfbar und abbildbar in ein Datenformat - also in Kategorien und registrierbare/codierbare Forschungsobjektmerkmale - überführt. Dabei wurden die interessierenden Konstrukte einer dimensionalen Analyse zufolge deduktiv/ theoriegeleitet benannt und definiert und bilden infolge den Kern des Kategoriensystems in Form von Hauptkategorien (vgl. Früh, 2004).

Die Definition der Konstrukte stellt somit die Bedeutungsgrundlage dar, die die inhaltliche Zielrichtung der jeweiligen Kategorie im Kategoriensystem bestimmt. Die entwickelten Kategorien sollen also in Bezug auf die Forschungsfrage (Konstruktebene) ein theoretisches Gliederungsprinzip, in Bezug auf das untersuchte Textmaterial (Objektebene) eine Identifizierungs- und Klassifizierungsstrategie repräsentieren (Früh, 2004). Bei der Gesamtkonzeption des Kategoriensystems wurde darauf geachtet, dass dieses so umfassend ist, dass es alle interessierenden Aspekte des Untersuchungsmaterials abbilden kann, die zur Beantwortung der Forschungsfragen ermittelt werden müssen.

Da die erhobenen Daten jedoch eine ‚wahre Prüfung‘ der Forschungsfragen ermöglichen sollten, wurde auch darauf geachtet, dass das Kategoriensystem nicht nur die Forschungsfragen bestätigende Informationen enthielt. Die Kategorien wurden demzufolge so gewählt, dass die Aussagen in den Forschungsfragen mit gleicher Chance bejaht wie ebenso verneint werden können. Auch wurde berücksichtigt, dass die Kategorien möglichst eindeutig, disjunkt und trennscharf sind, damit jeder erfasste Textinhalt nur einer Kategorie zugeordnet werden kann. Dem Validitätsziel, dass der Forschungs- bzw. Kommunikationsgegenstand erst dann analytisch adäquat beschrieben ist, wenn alle relevanten Konstrukte/Kategorien benannt, erfasst und ggf. durch untergeordnete Unterkategorien spezifiziert sind, wurde ebenso Rechnung getragen. Beispiel: Die Dimension „Gesundheitsförderliche Gesprächsthemen“ setzt sich zusammen aus den Themenbereichen bzw. Konstrukten/Hauptkategorien: „Coping“, „Arbeit“, „Freizeit“ etc. sowie den Unterkategorien „Qualität der Äußerung“ (z.B. positiv oder destruktiv). Auf ein zu detailliertes Kategoriensystem wurde verzichtet, um die Eindeutigkeit des Systems und die praktische Handhabung nicht zu beeinträchtigen.

4.2.1 Gesundheitsförderliche Gesprächsthemen

Die theoretische und praxisrelevante Dimension ‚Gesundheitsförderliche Gesprächsthemen‘ wird wie folgt unter Benennung der Konstrukte, die zur Beantwortung der Forschungsfragen wesentlich sind, definiert: Gesundheitsförderliche Gesprächsthemen nach einem Reha-Klinik-Aufenthalt, umfassen zum einen störungsspezifische und -übergreifende Themenbereiche, die auf erreichte oder weiterzuentwickelnde Rehabilitationserfolge und darüber hinausgehende Aspekte der Gesundheitsförderung

abzielen, zu ihrer Stabilisierung beitragen und die Ziele der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation (vgl. Linden, 2005) widerspiegeln. Wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung sind eine gesundheitsförderliche Entwicklung bzw. Stabilisierung von Bereichen wie z.B.: Symptomatik/Befinden, Coping, Privatleben/soziale Kontakte, Berufsleben, Freizeitaktivitäten, Finanzielle Sicherung, konstruktiver Umgang mit der eigenen Lebensgeschichte und der eigenen Selbstsicht bzw. dem eigenen Selbstbild (vgl. z.B. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001 & 2007). Folglich können als gesundheitsförderliche Gesprächsthemen, die den o.g. Zielen dienen, solche zu beispielsweise Coping (z.B. in Form von Krankheitsbewältigung oder Lebensstil-anpassungen durch Verhaltensänderungen, Kompensationsstrategien), zur sozialen (Re-)Integration, zu hilfreichen beruflichen und privaten Perspektiven usw. gelten.

Zum anderen umfassen gesundheitsförderliche Gesprächsthemen auch solche Inhalte, die auf einer gemeinsamen Erfahrung der Patienten basieren und diese rekapitulieren. Diese dienen indirekt einer Gesundheitsförderung, indem sie die in der Klinik neu gewonnenen sozialen Kontakte aufrechterhalten und damit dem Ziel einer sozialen (Re-)Integration dienen. Beispiele hierfür sind gemeinsame Erfahrungen in der Reha-Klinik, Bewertungen des Internet-Forums als neuer Ort einer gemeinsamen Nachsorge sowie das Knüpfen von Kontakten über das Internet-Forum hinaus.

Die Auswahl und Definition der **Konstrukte bzw. Kategorien der Dimension ‚Gesundheitsförderliche Gesprächsthemen‘** basiert damit zum einen auf der konzeptionellen Grundlage ‚gesundheitsförderlicher Selbsthilfe‘ und bezieht sich zum anderen auf die Ziele und Aufgaben der medizinischen, psychosomatischen Rehabilitation (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.3). Vom sich hierauf gründenden „Leitfaden zum Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV, 2001 & 2007)“ werden die Konstrukte und Kategorien des Kategoriensystems abgeleitet. Der „Leitfaden zum Entlassungsbericht“ enthält wesentliche Anamnesebereiche, Konstrukte und Kategorien, die der klinischen und sozialmedizinischen Einschätzung von Patienten und ihren erzielten Rehabilitationsergebnissen/-erfolgen dienen. Abgebildet werden darin Aspekte der absolvierten Rehabilitationsmaßnahme (Ziele, Verlauf, Ergebnis), der Eigenanamnese, der Biografischen und Familien-Anamnese, aktueller Beschwerden und funktioneller Einschränkungen, der Bewältigung und Kompensation von Einschränkungen, der

Sozialanamnese, der Arbeits- und Berufs-Anamnese (inkl. Freizeitverhalten und finanzieller Situation) sowie Aspekte eventueller aktueller oder künftiger Berentung.

Als **Hauptkategorien** (vgl. Definitionen in Tabelle 2) mit denen wesentliche Themenbereiche zur Gesundheitsförderung erfasst werden können, wurden demzufolge ausgewählt: *Reha-Seehof, Symptomatik/Befinden, Coping, Freizeit, Arbeit, Finanzielles, Rente, Soziales, Biographie, Selbstbild, Forum-Bewertung, Kontakte-Knüpfen*. Die Restkategorie ‚*Sonstige Themen*‘ erfasst darüber hinausgehende Gesprächsinhalte, die später qualitativ auswertbar sind, und nicht ‚*Small Talk*‘ umfassen, welcher in einer gesonderten Kategorie erfasst wird. ‚*Small Talk*‘ kann zwar bei der sozialen Kontaktaufnahme hilfreich sein, wird aber nicht den Gesprächsinhalten zugeordnet, die einer Gesundheitsförderung dienen.

Um die Ausrichtung von Patientenäußerungen zu diesen Themen erfassen zu können, wurden folgende **Unterkategorien** zur Qualität der Äußerungen gebildet und umfassen folgende Indikatoren auf Textebene:

Eine **positive Qualität der Äußerung** umfasst Optimismus, freudige Zustimmung, Lob, Würdigung. Beispiele: etwas wird als gut, wohltuend, hilfreich, gebessert bewertet, wird gerne getan, es besteht Zufriedenheit, Zuversicht, hoffnungsvolle Aussicht.

Eine **neutrale Qualität der Äußerung** meint eine bloße, objektive Angabe, sachliche Aussage/Benennung/Beschreibung//Frage, sachliches Bejahen oder Verneinen, frei von Werturteilen. Beispiele: Symptome/Krankheiten/Tätigkeiten/Perspektiven usw. werden benannt und nicht bewertet, eine Meinung wird beschrieben oder korrigiert.

Eine **negative Qualität der Äußerung** umfasst Pessimismus, Bedauern, Niedergeschlagenheit, negative Bewertung/Kritik, Begriffe mit eindeutig negativer Konnotation wie z.B. schlecht, beschwerlich, leider, schade, Schuld, Verlust, Misshandlung.

Eine **destruktive Qualität der Äußerung** beinhaltet dysfunktionales, maladaptives Flaming, massive Ablehnung/Abwertung, Beschimpfungen, Kathastrophisierungen, Suizidalität, Fremdbedrohung.

Beispiel: Die Kategorie ‚Coping‘ umfasst die Nennung, Bewertung oder das Erfragen von funktionalen Strategien der Bewältigung oder Kompensation von psychischen, körperlichen, sozialen u.a. krankheitsbedingten Belastungen mittels (objektiv oder subjektiv) hilfreicher Interventionen (z.B. medizinisch oder psycho-, ergo-, bewegungstherapeutisch, sozialpädagogisch) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit oder Zukunft. Dies kann auch im Sinne einer Lebensstilanpassung erfolgen oder als Aufrechterhalten positiven Befindens (durch z.B. ambulante Therapie, Compliance, Akzeptanz von oder konstruktive Auseinandersetzung mit aktuellen Gegebenheiten). Diese Copingstrategien können in Form konkreter Verhaltensweisen, diesbezüglicher Kognitionen, Emotionen und physischen Erlebens beschrieben werden. Funktionales Coping grenzt sich somit von dysfunktionalen Vermeidungs- /Ablenkungsstrategien und Selbst- oder Fremdschädigungen ab (vgl. Häcker & Stapf 1998). Die Nennung einer Copingstrategie kann neutral erfolgen: „Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) ist ein Entspannungsverfahren, das ich täglich anwende.“. Eine positive Äußerung wäre: „PMR hilft mir sehr gut zur psychischen Entspannung.“

4.2.2 Gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren

Als Definition der theoretisch wie praxisrelevanten Dimension ‚gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren‘ wird diejenige aus Abschnitt 2.3.3 zugrunde gelegt.

Die Auswahl und Definition der **Konstrukte bzw. Kategorien der Dimension ‚gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren‘**, die zur Beantwortung der Forschungsfragen wesentlich sind, ist an die theoretischen und empirischen Erkenntnisse zu gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren in Gruppensituationen angelehnt. Für die Erfassung über das Kategoriensystem wurden die instrumentellen Gruppenwirkfaktoren ‚Gruppenkohäsion‘, und ‚Offenheit‘ ausgewählt. Da sich konstruktive ‚Offenheit‘ (wie z.B. sozial kompetentes Äußern von persönlichen Wünschen) von Gruppenmitgliedern nur auf der Grundlage eines gewissen Vertrauens in die Gruppe zeigt (Grawe, 1980, Krumboltz & Potter, 1973), wurde ‚Vertrauen‘ als Voraussetzung von ‚Offenheit‘ verstanden und nicht extra erfasst. Eine destruktive Ausprägung von Offenheit (wie z.B. belastendes, distanzloses, invasives Berichten von intimen Informationen) kann wiederum das Vertrauen in Gruppenmitglieder oder die Gesamtgruppe schwächen und soll deshalb mittels einer eigenständigen Haupt-

kategorie abgebildet werden. Der instrumentelle Gruppenwirkfaktor ‚Arbeitshaltung‘ ist als eine aufgabenbezogene Kooperation mit konkreter Ziel- und Methodenorientierung definiert und trifft z.B. auf Arbeitsgruppen oder manualisierte Verhaltenstherapiegruppen zu, die an der konkreten Lösung von im Mittelpunkt stehenden Aufgaben arbeiten. Da das Gruppenkonzept der Internet-Selbsthilfegruppe mehrere Ziele und Aufgaben einer störungsspezifischen und -übergreifenden Gesundheitsförderung umfasst und kein internetbasierter Austausch über Arbeits- und Aufgabenteilungen oder -koordinationen im engeren Sinn zu erwarten ist, wird der Gruppenwirkfaktor ‚Arbeitshaltung‘ als Kategorie nicht in das Kategoriensystem aufgenommen. In dieser Arbeit wird versucht, die ‚Arbeitshaltung‘ der Internet-Selbsthilfegruppe über die Art und Weise formaler Interaktionen und deren Gesprächsinhalte abzubilden: Ein Antworten auf Beiträge von Mitpatienten -im Gegensatz zum Verfassen isolierter, neuer Beiträge- spräche demnach für eine gewisse Arbeitshaltung, wenn diese Antworten/Beiträge inhaltlich Gesprächsthemen zur Gesundheitsförderung betreffen (vgl. Abschnitt 4.2.1).

Gruppenkohäsion ist definiert als „Resultate aller Kräfte, die auf Gruppenmitglieder dahingehend einwirken, dass diese in der Gruppe bleiben“ (vgl. Yalom, 2007, Fiedler 1999, Zielke, 1994, Grawe, 1980). Kohäsion ist „das Maß, in dem Gruppenmitglieder und -aktivitäten einen Verstärkungswert für jedes Gruppenmitglied haben“ (Zielke, 1994). In hoch kohäsiven Gruppen nehmen die Mitglieder daher sehr aufeinander Bezug, bearbeiten gleichberechtigt Gruppenthemen, engagieren sich für Gruppenaktivitäten, Kommunizieren regelmäßig miteinander, reagieren auf Anregungen anderer, verhalten sich konformer hinsichtlich Gruppennormen, begrüßen, wenn die Gruppe Fortschritte macht und nehmen Anteil, wenn in der Gruppe Schwierigkeiten deutlich werden. Kohäsive Aussagen können gegenseitige Sympathiebekundungen enthalten und sind häufig „Wir“-Aussagen. Außenseiter, Sündenböcke oder explizite Subgruppen werden in hoch kohäsiven Gruppen nicht herausgebildet. Gruppenkohäsion wird begünstigt, wenn individuelle Themen den Gruppenthemen entsprechen.

Offenheit (Self-Disclosure) ist definiert als das Ausmaß, in dem ein Mensch bereit ist, anderen selbstexplorativ von sich zu berichten, vertrauensvoll und freiwillig persönliche Informationen wie Gedanken, Einstellungen, Wertvorstellungen, Gefühle, Verhalten preis zu geben. Eine offene Person verhält sich zugewandt, wenig defensiv, nicht ängstlich, nicht misstrauisch (Yalom, 2007, Fiedler 1999, Zielke, 1994, Grawe, 1980).

Des Weiteren wurde der spezifische Gruppenwirkfaktor ‚soziale Unterstützung‘ als Kategorie mit in das Kategoriensystem aufgenommen, da dieser der Selbsthilfeforschung zufolge charakteristisch für konventionelle Selbsthilfegruppen ist (vgl. Abschnitt 2.3.3) und bereits umfassend erforscht wurde. **Soziale Unterstützung** ist definiert als qualitativ-funktionaler Aspekt sozialen Rückhalts und beinhaltet interpersonelle Transaktionen bzw. die Unterstützungsinhalte ‚emotionale, informationelle und instrumentelle Hilfen‘ (vgl. Neuenschander, 2001, Tschuschke, 1993, Manz, 1994, Veiel & Baumann, 1992, Grawe, 1980).

Emotionale Unterstützung (Emotional Support) ist definiert als Unterstützungsinhalt, der sich in Handlungen oder Äußerungen im Sinne von Empathie, Nähe, Vertrauen, Zuwendung, Zuspruch, Trost, „Wärme“ etc. zeigt.

Informationelle Unterstützung (Informational Support) meint einen Unterstützungsinhalt, der sich in Handlungen oder Äußerungen im Sinne von Informationen übermitteln, Ratschläge geben zeigt.

Instrumentelle Unterstützung (Instrumental Support) umfasst Unterstützungsinhalte, die sich in Hilfestellungen bzw. Handlungen im Sinne von Dienstleistungen oder Gütern (z.B. Arbeiten erledigen, Besorgungen machen, Geld leihen) zeigen.

[*Anmerkung:* Da instrumentelle Unterstützung in einer Internet-Selbsthilfegruppe nicht stattfinden kann, wird dieser Aspekt sozialer Unterstützung nicht erfasst. Abgebildet werden jedoch emotionale und informationelle Unterstützungsinhalte.]

Die **Hauptkategorien** mit denen somit wesentliche ‚gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren‘ bzw. Prozessvariablen in den untersuchten Internet-Selbsthilfegruppen erfasst werden können, lauten einerseits: ‚Gruppenkohäsion‘, ‚Offenheit‘, ‚emotionale Unterstützung‘ und ‚informationelle Unterstützung‘. Andererseits erhält jede dieser Kategorien eine komplementäre Kategorie, die die dysfunktionale Ausprägung dieser Variablen in Form von z.B. belastenden Überangeboten, abwertender Bagatellisierung, und aktiver Ablehnung erfasst (vgl. Tabelle 2 zu den Definitionen der Hauptkategorien).

Um die „Wirkungsrichtung des gesundheitsförderlichen Gruppenfaktors“ erfassen zu können, wurden die **Unterkategorien**: ‚Request‘ und ‚Provide‘ eines Gruppenwirkfaktors gebildet und umfassen folgende Indikatoren auf Textebene:

Inanspruchnahme (‚Request‘) meint die Wirkungsrichtung des gesundheitsförderlichen Gruppenfaktors auf sich selbst gerichtet,- im Sinne einer Inanspruchnahme, eines Erfragens, Erbittens, Ersuchens, Aufrufens zu, Sich-Wünschens. *Ausschluss*: Rhetorische Fragen oder Fragen, die sich der Patient selbst stellt.

Bereitstellung (‚Provide‘) meint die Wirkungsrichtung des gesundheitsförderlichen Gruppenfaktors auf andere gerichtet,- im Sinne von Geben, Anbieten, Bereitstellen.

Beispiel: Die Hauptkategorie ‚emotionale Unterstützung‘ umfasst einen qualitativ-funktionalen Aspekt sozialen Rückhalts und ist damit ein Unterstützungsinhalt, der sich in Äußerungen im Sinne von Empathie, Nähe, Vertrauen, Zuwendung, Zuspruch, Trost, „Wärme“ etc. zeigt. Gemeint ist jede unterstützende, „aufbauende“, Mut machende, „wärmende“ Stellungnahme oder Frage in Bezug auf die Forumteilnehmer bzw. Forum-Inhalte (also nicht in Bezug auf Dritte wie z.B. Familienmitglieder von denen berichtet wird). Emotionale Unterstützung kann beispielsweise gegeben werden (z.B. „Ich wünsche Dir viel Kraft für das Bewältigen Deiner Aufgaben und bin für Dich da, wenn Du mich brauchst.“), was mit der Unterkategorie ‚provide‘ abgebildet wird. Emotionale Unterstützung kann aber auch gewünscht oder erfragt werden (z.B. „Ich brauche mal etwas Zuspruch von Euch.“), was der Unterkategorie ‚request‘ entspricht.

4.2.3 Medienspezifische Nutzungsmerkmale

Die theoretische und praxisrelevante Dimension ‚Medienspezifische Nutzungsmerkmale‘ wird ebenso unter Benennung der Konstrukte, die zur Beantwortung der Forschungsfragen wesentlich sind, wie folgt definiert: ‚Medienspezifische Nutzungsmerkmale‘ sind medienbezogene (hier: Internet-Forum bezogene) Typika, die von den Patienten genutzt werden können oder nicht (vgl. Döring, 2003). Hierzu zählt beim Internet-Forum Seehof das Medienmerkmal asynchrone/zeitversetzte Kommunikation, die aber durch zeitliche Verabredungen der Forum-Nutzer in eine Art „nahezu-synchrone“ Kommunikation münden kann. In letzterem Fall verfassen die Patienten an einem vorab vereinbarten Datum und in einem festgelegten Zeitfenster (z.B. zwischen

18:00 und 18:30 Uhr) wechselseitig Beiträge und Antworten im Forum, so dass sich im Abstand von wenigen Sekunden/Minuten ein Schriftverkehr einstellen lässt, der einer synchronen Chat-Kommunikation ähnelt. Weiterhin kann das Medienmerkmal „Anonymität“ von den Forum-Teilnehmern genutzt werden, indem z.B. unter einem Pseudonym Texte verfasst und ins Forum gestellt werden. Patienten können sich aber auch entscheiden, dieses Medienmerkmal nicht auszuschöpfen und können ihre Identität z.B. in Form einer Bekanntgabe ihres Vor- und Zunamens preisgeben. Die Bereitstellung von Emoticons (sog. Smileys, die Geschriebenem einen emotionalen Ausdruck verleihen sollen) stellt ein weiteres, typisches Medienmerkmal von Internet-Foren dar. Mithilfe des Kategoriensystems soll dementsprechend abgebildet werden, ob Emoticons von den ehemaligen Reha-Klinik-Patienten genutzt werden.

Die Auswahl und Definition der **Konstrukte bzw. Kategorien der Dimension ‚Medienspezifische Nutzungsmerkmale‘** ist an die theoretischen und empirischen Erkenntnisse zum Zusammenspiel von Medienmerkmalen und medialem Nutzungsverhalten angelehnt (vgl. Döring, 2003). Entsprechend dem ‚Filter-Modell‘ (Kiesler et al., 1984) haben Internet-Forum-Nutzer die Möglichkeit, soziale Zusatzinformationen wie Alter, Geschlecht, Ethnizität, sozialen Status usw. aus der Interaktion herauszufiltern, indem diese Informationen durch Anonymisierung verborgen bleiben. Als positive Konsequenzen können hieraus z.B. Gleichstellung und Selbstöffnung erwachsen (vgl. z.B. Winzelberg et al., 2000) wie ebenso als negative Konsequenzen dissoziales Verhalten und Flaming (vgl. z. B. Alonzo & Aiken, 2004). Gemäß empirischen Befunden, die das ‚Modell der sozialen Informationsverarbeitung‘ (Walther, 1992) stützen, können beim textbasierten Austausch und im Sinne einer kompensatorischen Informationsverarbeitung fehlende nonverbale Informationen verschriftlicht oder mithilfe von z.B. Emoticons übermittelt werden. Ein asynchroner, interaktiver Austausch kann - wie in den Abschnitten 2.4 und 2.5 begründet - für die Zielgruppe des Internet-Selbsthilfe-Forums die Vorteile von Zeit- und Orts-unabhängigkeit als auch wechselseitigem Aufeinander-Bezugnehmen haben (in Form von schriftlichen Reaktionen auf Beiträge anderer Patienten im Forum).

Die **Hauptkategorien** mit denen wesentliche ‚Medienspezifische Nutzungsmerkmale‘ des Internet-Forums, die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind, erfasst werden können, lauten (vgl. Tabelle 2): ‚Anonymität‘, ‚Asynchronizität‘, ‚Antwort‘, ‚Emoticons‘. Den ersten drei Kategorien wurden komplementäre Kategorien zugeordnet, die ihre gegenteiligen Ausprägungen erfassen: ‚Identifikation‘, ‚Nahezu-Synchronizität‘ und ‚Neuer Beitrag‘.

4.2.4 Indikatoren

Im Anschluss an die Festlegung und Beschreibung jeder Kategorie wurden die Indikatoren expliziert, die auf der Textebene (Objektebene) die Bedeutung einer Kategorie anzeigen und somit die ‚Logik der Beweisführung‘ darstellen (vgl. Früh, 2004). Als formale Kodiereinheit (Bezugsgröße) wurde zunächst jeder Forum-Beitrag festgelegt. Die textbasierten Indikatoren innerhalb der Forum-Beiträge konnten sowohl einzelne Begriffe als auch komplexe Ausdrücke oder Äußerungen sein.

Wesentlich war, dass sie eine der Bedeutungen genau treffen, die durch das Kategoriensystem erfasst werden sollen. Um die Bedeutung eines Indikators zu erfassen, dürfen voran stehende Sätze mitbedacht werden. Wird beispielsweise in ein und demselben Beitrag derselbe Sachverhalt nochmals mit einem Synonym beschrieben, so wird nur ein Code vergeben (vgl. Abschnitt 4.2.5). Die hier gewählten Indikatoren als „Wort- bzw. Äußerung-Häufigkeiten“ auf der Objekt- bzw. Textebene können als valide für das Vorkommen, den Umfang und die Ausrichtung (konstruktiv, destruktiv etc.) eines gesundheitsförderlichen Gesprächsthemas oder Gruppenwirkfaktors akzeptiert werden. Für die Dimension der ‚medienspezifische Nutzungsmerkmale‘ werden die als valide einzuschätzenden Indikatoren wie Zeitangabe (z.B. Antwort-Beitrag vom 30. August um 21:24 Uhr) und Zeichenfolgen bzw. Grafiken (z.B. :-) oder ☺) genutzt, um z.B. das Vorkommen von ‚Asynchronizität‘ oder ‚Emoticons‘ abzubilden. In Tabelle 2 sind die Indikatoren aufgelistet, die im Sinne von ‚Ankerbeispielen‘ die Zuordnung von Bedeutungen zu Textmerkmalen angeben, so dass eine Orientierung für den Fall einer eigenständigen Interpretationsleistung der Codierer bei abweichenden Textmerkmalen gegeben ist.

4.2.5 Codierregeln

Anschließend wurden Codierregeln und -anweisungen für die Codierer dazu formuliert, wie die Text-/Sprachinhalte in Daten/Zahlen überführt werden, wobei darauf geachtet wurde, dem Anspruch einer weitreichenden Invarianz der Codierregeln möglichst gut nachzukommen (vgl. Früh, 2004):

1. Als **Analyseeinheit** wurde die Gesamtheit aller Forum-Beiträge über einen Untersuchungszeitraum von jeweils einem Jahr pro Forum-Konzept festgelegt und stellt somit die Größe dar, über die in der Studie eine Aussage gemacht wird. Als formale **Kodiereinheit** (Bezugsgröße) gilt jeder Forum-Beitrag.
2. Die Forum-Beiträge/Texte werden nach Äußerungen abgesucht, die in das Kategoriensystem passen.
3. Eine **Äußerung** ist eine Aussage oder Sinneinheit, die einen eigenständigen Bedeutungsgehalt zum selben Gegenstand (Kategorie) beinhaltet. So kann eine Äußerung formal einem ganzen Satz entsprechen, sich in einem Wort oder in mehreren zusammenhängenden Sätzen widerspiegeln, aber andersherum kann auch ein Satz mehrere Äußerungen beinhalten.
4. Vorkommen oder Fehlen einer Äußerung zu einer Kategorie oder Unterkategorie wird mit 0 = nein und 1 = ja codiert (Nominalskalierung).
5. Ein Indikator einer Kategorie wird 1 Mal codiert, wenn dieser in der Codiereinheit (Forumbeitrag) vorhanden ist (also *nicht* etwa 2 Mal, weil in ein und demselben Beitrag 2 Sätze mit 2 verschiedenen Indikatoren, Synonymen oder Pronomen derselben Kategorie vorhanden sind).
6. Wird in einem Forumbeitrag eine Kategorie explizit benannt (z.B. Job in einem Kindergarten), die in Folgebeiträgen in Form eines Synonyms wieder auftaucht (z.B. wird von einem Erlebnis in diesem Kindergarten geschrieben), wird diese Kategorie (in diesem Fall ‚Arbeit‘) 1 Mal je Folgebeitrag, in dem das Synonym vorkommt, codiert.
7. Eine Kategorie wird codiert, wenn der Patient über sich schreibt (meine Arbeit), wenn er über ein anderes Forummitglied schreibt (Deine Arbeit) oder über andere Personen (die Arbeit meines Mannes), da in jedem der Fälle die

Kategorie (hier das Thema ‚Arbeit‘) thematisiert, charakterisiert, bewertet oder besprochen wird.

8. Um die Bedeutung eines Indikators zu erfassen, dürfen Kontextinformationen in Form von voran stehenden Sätzen des aktuell codierten Beitrages oder der vorangegangenen Codiereinheiten mitbedacht werden. Ist die Bedeutung eines Indikators für eine der Kategorien nicht eindeutig feststellbar, wird die Restkategorie „Sonstige Themen“ gewählt, per Freihand das erfasste Thema notiert.
9. Bezieht sich eine Äußerung auf gleichzeitig zwei oder mehr Kategorien werden alle angesprochenen Kategorien 1 Mal codiert. Beispiel: Die Äußerung „Ich habe wegen meiner Symptome (...) kürzlich eine ambulante Therapie begonnen.“ betrifft die Kategorien ‚Symptomatik‘ als auch ‚Coping‘).

Beispiel-Äußerungen aus Beiträgen:

Ergebnis der Zuordnung zu Kategorien:
(Codieren wenn 1x Vorkommen/Beitrag)

„Ich habe die Diagnose abhängige, unsichere PS“

„Symptomatik, neutral & Offenheit, provide“

„Mir hilft PMR wirklich gut zur Entspannung.“

„Coping, positiv & Offenheit, provide“

„Liebe Inge, ich wünsche Dir viel Kraft für den Besuch bei Deiner Mutter!“

„Soziales, neutral & emotionale Unterstützung, provide“

„Hat jmd Tipps, wie ich schnellstmöglich wieder einen Job bekommen kann?“

„Arbeit, neutral & informationelle Unterstützung, request“

„Hallo liebe Seehofer, Euch allen ein gesundes neues Jahr!“

„Sonstige Themen, positiv & Gruppenkohäsion, provide“

→ Auf den folgenden Seiten findet sich eine Übersicht über die Hauptkategorien und Indikatoren des Kategoriensystems:

1. Hauptkategorien und Indikatoren der Dimension ‚Gesundheitsförderliche Gesprächsthemen‘:	
Definition Kategorie:	Indikatoren auf Textebene:
Reha bezogene Themen:	
<p>Reha-Seehof Diese Kategorie umfasst im Sinne einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage alle Aspekte des Rehabilitationsaufenthaltes im Reha-Zentrum Seehof (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001)</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft. Z.B. Reha-Verlauf, -Ziele, -Ergebnisse, -Behandlungsprogramm, -abläufe und -inhalte (Therapien, Interventionen, Visiten, dortige Medikation), Verhalten/Vorgehen der Behandler, Behandler-Pat.-Beziehung, strukturelle/ organisatorische Aspekte, Personal, allgem. Versorgung (z.B. Essen, Hygieneartikel), Mitpatienten im Seehof, Räumlichkeiten, Art der Dokumentationen, Abschlussbericht usw.</p> <p>Ausschluss: Äußerungen in Verbindung mit Coping – dann Kategorie „Coping.....“ & Nicht Nennung/Bewertung der BfA/Deutschen Rentenversicherung als Institution – dann „sonstige Themen“</p> <p>Beispiele: Pos: Die Gruppentherapie war gut/hilfreich für.... Neutr.: Ich/Wer war von...bis...im Seehof. Ich habe xy Seehof-Veranstaltung versäumt. Neg: Fand schade, dass Nicht so gut war.... Destr.: Seehof ist das aller Letzte!</p>
Patientenbezogene Themen:	
<p>Symptomatik/Befinden Diese Kategorie umfasst alle Aspekte und Formen psychischen wie körperlichen Befindens, von Beschwerden (z.B. benannt nach Symptomen) und des funktionellen und/oder fähigkeitsbezogenen Zustands (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft. Z.B. zu subjektivem/objektivem Befinden, Belastungen, Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Diagnosen, Symptome/Syndrome.</p> <p>Ausschluss: Von diesem Kontext losgelöste Nennung von Gefühlen wie z.B. ich freue mich auf morgen.</p> <p>Beispiele: Pos.: Mir geht es besser (Symptome) Neutr.: Ich habe xy (Nennung Störungsbild); Wie geht es Dir/Euch? Neg.: ich leide/litt im Seehof unter xy. Destr.: ich bin lebensmüde (Suizidalität)</p>
<p>Coping Coping meint funktionale Strategien der Bewältigung oder Kompensation von psychischen, körperlichen, sozialen u.a. krankheitsbedingten Belastungen mittels (objektiv o. subjektiv) hilfreicher Interventionen (z.B. medizinisch oder psycho-, ergo-, bewegungstherapeutisch, sozialpädagogisch). Dies kann auch im Sinne einer Lebensstilanpassung erfolgen oder im Sinne eines Aufrechterhaltens positiven Befindens (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001; Häcker & Stapf 1998).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft. Z.B. Akzeptanz der Erkrankung, konstruktive Auseinandersetzung mit einschränkenden Gegebenheiten, Coping von daily hassles, wenn sie Bezug zur Erkrankung haben, Compliance, ambulante Therapie etc.)</p> <p>Ausschluss: von diesem Kontext losgelöste Nennung von Gefühlen wie z.B. ich freue mich auf morgen. Dysfunktionale Vermeidungs- & Ablenkungsstrategien</p>

	<p>wie ebenso Selbst- oder Fremdschädigungen.</p> <p>Beispiele: Pos.: Strategie xy hilft erfreulicherweise morgens Neg.: xy bringt bedauerlicherweise nicht weiter Neutr.: Weiß nicht, was hilft. Ich führe PMR durch. Ich versuche, mich durch Sport aufzubauen. Ich akzeptiere, dass ich an xy erkrankt bin. Ich erkläre mir xy so.... Destr.: Ich werde meine Krankheit nie bewältigen</p>
<p>Selbstbild Das Selbstbild bezeichnet die Kognitionen und Gefühle, die man sich selbst gegenüber hat. Gemeint ist also die Vorstellung, die jemand von sich selbst hat, die Charakterisierung der eigenen Person i.S. von Selbstidentifikation, Selbstauseinandersetzung (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001; Häcker & Stapf 1998).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft. Z.B. Kognitionen und Gefühle sich selbst gegenüber, Nennung soziodemografischer Merkmale, Fähigkeiten, äußerer Erscheinung, Reflektion darüber, wer bin ich?! Ich bin...., ich sehe....aus.</p> <p>Ausschluss: Von diesem Kontext losgelöste Nennung von Gefühlen wie z.B. ich freue mich auf morgen.</p> <p>Beispiele: Pos.: Ich bin gern temperamentvoll & fröhlich Neg.: Ich bin leider nicht so intelligent Neutr.: Ich bin 1,80 m groß und wiege 85 kg Destr.: Ich hasse mich, weil ich ein Versager bin</p>
<p>Arbeit Arbeit ist eine zielgerichtete, planmäßige und bewusste menschliche Tätigkeit, Ausführung von Aufgaben und Schaffung von Mitteln für spätere Zwecke unter Nutzung physischer, psychischer und geistiger Fähigkeiten und Fertigkeiten. Gemeint sind sowohl Erwerbs-, Berufs- und Hausarbeiten (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001; Häcker & Stapf 1998).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft: Z.B. der Tätigkeit, der arbeitsbezogenen, beruflichen Situation, Qualifikation oder Perspektiven (Arbeitsplatz-Geschehen, -Suche, -Wechsel, Fort-/Weiterbildung, Arbeitsunfähigkeit, -losigkeit)</p> <p>Ausschluss: Ich <u>bin</u> xy (Beruf) – dann Kategorie ‚Selbstbild‘</p> <p>Beispiele: Pos.: Diese Arbeit liegt mir sehr. Neg.: Arbeit war belastend stressig heute. Neutr.: Ich arbeite wieder seit April 2006. Destr.: Werde nie irgendetwas arbeiten können.</p>
<p>Freizeit Freizeit meint eine von Abhängigkeit und Zwang befreite Zeit, in der frei gewählte, ungezwungene Aktivitäten, die um ihrer selbst willen ausgeführt werden und mit Erholung und Zufriedenheit einhergehen können (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001; Häcker & Stapf 1998).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft: z.B. Interessen, Tätigkeiten, Perspektiven bezogen auf Freizeit, deren Gestaltung, dortige Aktivitäten.</p> <p>Ausschluss: wenn Aussage, die zu Thema „Coping“ gehört.</p> <p>Beispiele: Pos.: Gehe gerne montags zum Schachspielen. Neg.: Hobbys machen leider keinen Spaß mehr. Neutr.: Ich gehe am Wochenende zum Tanzen. Destr.: Freizeit ist etwas für faule Leute!</p>
<p>Finanzielles Die Kategorie ‚Finanzielles‘ umfasst die Beschäftigung mit Geldangelegenheiten und alle Aspekte der privaten ökonomischen Situation wie Umgang mit Geld, Ausgaben (Konsumverhalten), Einnahmen, Deckung des Lebensunterhalts, Finanzwissen, Geldanlage, Soziale Sicherung,</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft: z.B. finanzielle Situation, Absicherung, Belastungen, Lebensunterhalt für sich o. Angehörige, Leben mit finanziellen Einschränkungen durch Harz IV.</p>

<p>private Altersvorsorge, Umgang mit Darlehen, Krediten, Schulden usw. (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001).</p>	<p>Ausschluss: Wenn bezogen auf „Rente/Rentenbegehren“ Beispiele: Pos.: Habe gute, hilfreiche Schuldnerberatung Neg.: Finde belastend, dass ich gegen Ende des Monats kein Geld mehr übrig habe. Neutr.: Ich habe Schulden in Höhe von xx,- €. Destr.: Bringe mich wegen finanzieller Sorgen um</p>
<p>Rente Die Kategorie ‚Rente‘ umfasst alle Aspekte der Deutschen Rentenversicherung, ihrer Leistungen, Verfahren, Aufgaben und Strukturen. Abgebildet werden hier Themen wie persönliches Rentenbegehren, Rentenanträge, -verfahren, -zahlungen etc.(vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft: z.B. zur Frührente, zu Rentenversicherungsträgern, zur Rentenhöhe etc. Beispiele: Pos.: Freue mich auf meine Frührente. Neg.: Finde schlimm, dass ich nicht weiß, ob mein Rentenantrag bewilligt wird. Neutr.: Ich habe einen Rentenantrag gestellt. Destr.: Wenn ich keine Rente bekomme, ist mein Leben zu Ende.</p>
<p>Soziales Die Kategorie ‚Soziales‘ umfasst die Beschäftigung mit Aspekten der sozialen (Re-) Integration, der sozialen Situation, dem sozialen Umfeld, sozialer Unterstützung, sozialer Vernetzung, sozialen Kontakten und Bezugspersonen (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft: z.B. zur sozialen Situation, zur Gestaltung von Kontakten zum Verhalten von Bezugspersonen (Freunde, Bekannte, Angehörige, Familie als Gesamtheit, Partner, Kind/er, Eltern, Geschwister etc.). Beispiele: Pos.: Freue mich auf meinen besten Freund. Neg.: Die Bevormundung meiner Mutter belastet. Neutr.: Meine Tochter zieht Samstag aus. Destr.: Ich werde immer einsam bleiben.</p>
<p>Biografie Die Kategorie ‚Biografie‘ umfasst die subjektive wie objektive Nennung von Aspekten der persönlichen Lebensgeschichte (vgl. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001; Häcker & Stapf 1998).</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf die Vergangenheit oder Auswirkungen auf Gegenwart, und Zukunft: z.B. zu Begebenheiten, Ereignissen, Erlebnissen aus der Biografie (z.B. Kindheit), Herstellen von Bezügen zur Krankheitsentwicklung. Beispiele: Pos.: Ich hatte eine wirklich schöne Kindheit. Neg.: Es ist furchtbar aber wahr, mein Onkel hat meine Schwester missbraucht. Neutr.: Ich habe mit 19 Jahren geheiratet. Destr.: Wenn ich meine Lebensgeschichte nicht verarbeiten kann, kann ich mir auch gleich das Leben nehmen.</p>

Forumbezogene Themen:	
<p>Forum-Bewertung Diese Kategorie bezieht sich auf med. Reha-Ziel der sozialen (Re-) Integration im Sinne einer neuen gemeinsamen Kommunikationsplattform und umfasst alle Aspekte des Internet-Forums sowie der dortigen Kommunikation und deren Möglichkeiten/Perspektiven.</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft: z.B. zur Art und Weise des Forum-Austauschs, der Idee/Möglichkeit des Forums, der Technik, der Funktionalität, Benutzbarkeit des Forums.</p> <p>Beispiele: Pos.: Bin froh über den hilfreichen Austausch im Forum Seehof. Neg.: Schade, keiner antwortet mir hier. Neutr.: Unter dem Link „Mitgliederliste“ findet man alle Forum-Teilnehmer aufgelistet. Destr.: Dieses bescheuerte Forum ist doch was für dumme Leute!</p>
<p>Offline-Kontakte-Knüpfen Diese Kategorie bezieht sich auf med. Reha-Ziel der sozialen (Re-) Integration und umfasst alle Aspekte eines Knüpfens von Kontakten außerhalb des Forums. Hierunter fallen weitere virtuelle Kontakte in anderen medialen Kommunikationsszenarien (z.B. Kontakt via Email oder Telefon) sowie reale Face-to-Face-Kontakte (z.B. im Rahmen von Ehemaligentreffen)</p>	<p>Nennung/Bewertung/Erfragen als Ganzes oder einzelner Aspekte (Emotionen, Verhalten, Kognitionen in diesem Kontext) bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft: z.B. zu Anregungen, Verabredungen, Terminabsprachen von (realen oder virtuellen) Treffen außerhalb des Forums, zur Weitergabe von Kontaktdaten (Adresse, Homepage, Telefonnummer, Email-Adresse etc.).</p> <p>Beispiele: Pos.: Danke für Deine Tel.-Nr., rufe Dich gern an. Können uns auch gern mal treffen. Neg.: Schade, dass wir uns nicht beim Ehemaligentreffen der Klinik treffen können. Neutr.: Nein, möchte keinen Kontakt außerhalb des Forums. Meine Homepage lautet: Destr.: Mit so bescheuerten Leuten möchte ich mich nicht außerhalb des Forums treffen!</p>
<p>Sonstige Themen Alle Äußerungen, die nicht den anderen Kategorien zuzuordnen sind.</p>	<p>Sonstige Themen per Freihand einzutragen.</p> <p>Beispiele: Pos: Frohe Weihnachten! Neg.: Silvester ist für mich ein trauriges Fest. Neutr.: Nächste Woche gehe ich zur BfA. Destr.: Die BfA ist doch das aller Letzte!</p>
<p>Smalltalk Äußerungen i.S. von beiläufiger Konversation, „übers Wetter reden“, einem unbedeutendem „Schwätzchen“, Anekdoten oder Irrelevantem. Derartige Äußerungen dienen somit <i>nicht</i> einer Gesundheitsförderung.</p>	<p>Beispiele: Pos.: Scherze (es sei denn bewusst im Kontext von Coping niedergeschrieben) Neg.: Schade, heute regnet es mal wieder (wenn ohne Bezug zu krankheitsbed. Beschwerden) Neutr.: Werbung, „Get rich quick“-Posts (Spam) Destr.: Ich hasse diesen Regen draußen, der hört bestimmt nie wieder auf!</p>

2.Hauptkategorien & Indikatoren der Dimension ‚Gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren‘:

Instrumentelle Wirkfaktoren

Gruppenkohäsion

ist definiert als Resultate aller Kräfte, die auf Gruppenmitglieder dahingehend einwirken, dass diese in der Gruppe bleiben. Kohäsion ist „das Maß, in dem Gruppenmitglieder und -aktivitäten einen Verstärkungswert für jedes Gruppenmitglied haben“ (Zielke, 1994). In hoch kohäsiven Gruppen nehmen die Mitglieder daher sehr aufeinander Bezug, bearbeiten gleichberechtigt Gruppenthemen, engagieren sich für Gruppenaktivitäten, Kommunizieren regelmäßig miteinander, reagieren auf Anregungen anderer, verhalten sich konformer hinsichtlich bestehender Gruppennormen, begrüßen, wenn die Gruppe Fortschritte macht und nehmen Anteil, wenn in der Gruppe Schwierigkeiten deutlich werden. Außenseiter, Sündenböcke oder explizite Subgruppen werden in hoch kohäsiven Gruppen nicht herausgebildet. (vgl. Yalom, 2007, Fiedler 1999, Zielke, 1994, Grawe, 1980).

Über- oder Unterangebot an Gruppenkohäsion

ist definiert als einerseits dysfunktionaler Konformismus und einschränkende Anpassung sowie andererseits als aktive Ablehnung der Gruppe, die Herausbildung/-stellung von Außenseitern, Sündenböcken oder expliziten Subgruppen.

Offenheit

ist definiert als das Ausmaß, in dem ein Mensch bereit ist, anderen selbstexplorativ von sich zu berichten, vertrauensvoll und freiwillig persönliche Informationen wie Gedanken, Einstellungen, Wertvorstellungen, Gefühle, Verhaltensweisen preis zu geben. Eine offene Person verhält sich zugewandt, wenig defensiv und nicht ängstlich oder misstrauisch (vgl. Yalom, 2007, Fiedler 1999, Zielke, 1994, Grawe, 1980).

Über- oder Unterangebot an Offenheit

umfasst einerseits die invasive, distanzlose Preisgabe intimer, persönlicher Informationen sowie ein „Sich-Verweigern“ oder „Sich-Verstecken“ durch ausschließlich oberflächliche Konversation.

Äußerungen, die die Gruppe als Ganzes betreffen, ihren kohäsiven Zusammenhalt betreffen, zur Zugehörigkeit der Gruppe, zu einem ‚Wir-Gefühl‘, Verbundenheitsgefühl ausdrücken, auf Gruppe gerichtete (Sympathie-)bekundungen/Zustimmung oder konstruktive Unzufriedenheit/Disagreement (z.B. Kritik an Gruppe), Äußerung des Wunsches nach Fortsetzung/Erhalt der Gruppe, Kooperatives Verhalten. „Wir“-Aussagen.

Ausschluss:

Hallo! Hallo Leute! oder Ähnliches, was nicht genug Ausdruck von Gruppenkohäsion ist.

Beispiele:

Schreibt doch mal wieder! Ich fühle mich in dieser Gruppe sehr unterstützt. Ich schlage vor, wir sammeln erstmal Gesprächsthemen, die uns wichtig sind. Seid alle herzlich begrüßt! Ihr Lieben,! Liebe Seehofer, ...!

Äußerungen im Sinne von Konformitätsdruck, Gruppenzwang oder einengender Gruppenregeln. Äußerungen destruktiver Unzufriedenheit oder Ablehnung der Gruppe (z.B. destruktive Kritik an der Gruppe) sowie ausschließlicher(!) Austausch mit einem Teilnehmer und Ignoranz anderer Reaktionen/ Fragen. Betonung des eigenen/isolierten Status in der Gruppe.

Beispiele:

Niemand darf ein Thema eröffnen, bevor nicht alle damit einverstanden ist. Die Gruppe ist doch das aller Letzte! Ich bin besser als ihr alle.

Preisgabe von persönlichen, u.a. privaten Informationen über sich selbst, aus Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft. Selbstexplorative Äußerungen zu Gefühlen, Einstellungen, Erlebnissen, Wünschen, Verhaltens- & Denkweisen. Meist „Ich-Äußerungen“. Zugewandtes, wenig defensives und nicht ängstliches oder misstrauisches Verhalten.

Beispiele:

Ich schäme mich, dass ich seit vielen Jahren Alkohol trinke. Ich mag Tanzen! Früher war ich optimistischer. Ich bin schwul.

Invasives, belastendes, intimes, distanzloses oder impulsives Berichten von Persönlichem. Nicht-selbstexplorative Äußerungen, oberflächliche Anekdoten, Irrelevantes, Konversation im Sinne von „sich nicht öffnen“, sondern „sich verschließen“.

Beispiele:

„Sexuell stehe ich auf...“ (genauste, intime Schilderung), „Ich erzähle hier nichts von mir.“

Spezifische Wirkfaktoren	
<p>Emotionale Unterstützung meint einen qualitativ-funktionalen Aspekt sozialen Rückhalts und ist damit ein Unterstützungsinhalt, der sich in Äußerungen im Sinne von Empathie, Nähe, Vertrauen, Zuwendung, Zuspruch, Trost, „Wärme“ etc. zeigt.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Über- oder Unterangebot an emotionaler Unterstützung ist definiert als ein dysfunktionaler, qualitativ-funktionaler Aspekt sozialen Rückhalts bzw. Gesprächsinhalt, der sich in Äußerungen im Sinne von Bevormundung oder Abweisung zeigt und üblicherweise subjektive Belastung beim Gegenüber auslöst.</p>	<p>Jede empathische, unterstützende, „aufbauende“, Mut machende, „wärmende“ Äußerung, Stellungnahme oder Frage in Bezug auf die Forum- Teilnehmer bzw. -Inhalte (also nicht in Bezug auf Dritte wie z.B. Familienmitglieder von denen berichtet wird).</p> <p>Beispiele: Herzlich Willkommen! Kopf hoch! Sei fest umarmt! Ich kann Dich gut verstehen. Ich glaube an Dich!</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Jede kühle, abweisende Äußerung oder explizite Verweigerung von erbetener emotionaler Unterstützung. Verharmlosende, ein Problem/Gefühl herunterspielende Äußerungen, Überangebot an emot. Unterstützung im Sinne von Bevormunden.</p> <p>Beispiele: Stell Dich doch nicht so an, Du nerviger Jammerlappen! Ich werde Dir ab jetzt alles abnehmen und vollständig für Dich sorgen!</p>
<p>Informationelle Unterstützung ist ein qualitativ-funktionaler Aspekt sozialen Rückhalts und meint Unterstützungsinhalte, die sich in Handlungen oder Äußerungen im Sinne von ‚relevante Informationen übermitteln‘ und ‚konstruktive Ratschläge geben‘ zeigt.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Über- oder Unterangebot an informationeller Unterstützung ist definiert als ein dysfunktionaler, qualitativ-funktionaler Aspekt sozialen Rückhalts bzw. Gesprächsinhalt, der sich als nicht erwünschte Überschüttung mit Informationen, in einer Verweigerung von erbetener Informationsgabe oder in der Gabe irrelevanter Informationen zeigt, was üblicherweise zu subjektiver Belastung beim Gegenüber führt.</p>	<p>Äußerungen, die konstruktive, relevante, passende Informationen oder Ratschläge beinhalten.</p> <p>Beispiele: Auf der Internetseite <www.infos.de> findest Du Anleitung dazu, wie man xy beantragt. Volkshochschulen bieten ab Frühjahr wieder Sportkurse an.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Überschüttung mit Informationen. Verharmlosung oder aktive Verweigerung von erbetener informationeller Hilfeleistung, irrelevante Informationen</p> <p>Beispiele: Werbung oder Spam, Aussagen wie „Guck doch selber nach“, „Gebe Dir die Informationen nicht“.</p>

3. Hauptkategorien und Indikatoren der Dimension ‚medienspezifische Nutzungsmerkmale‘:	
<p>Anonymität ist definiert als ein die Nicht-Preisgabe des persönlichen Namens und damit eines wesentlichen Aspekts von Identität, was infolge die Identifizierung einer Person verhindern soll (angelehnt an Döring, 2003).</p> <p>-----</p> <p>Identifikation Preisgabe des persönlichen Namens und damit eines wesentlichen Aspekts von Identität.</p>	<p>Nickname, Pseudonym, Kürzel oder Vorname (wobei nicht ersichtlich ist, ob dieser zutreffend für den Autor ist oder nicht) wird genannt, jedoch nicht der vollständige Name. Beispiele: Superman, Sonne22, Ulli, S.B.</p> <p>-----</p> <p>Bekanntgabe des Vor- und Zunamens in verfassten Forum-Beiträgen zur Identifikation der Person des Autors.</p>
<p>Asynchronizität Unter asynchroner Kommunikation wird ein Vorgang verstanden, bei dem das Senden und Empfangen von Daten (bzw. in diesem Fall schriftliche Interagieren) zeitlich versetzt und ohne ein Pausieren/Warten durch etwa technische Abläufe wie Datenversand stattfindet (Döring, 2003).</p> <p>-----</p> <p>Nahezu-Synchronizität – Verabredung und Umsetzung mit Forumteilnehmer, zur selben Zeit (zeitlich synchron) aufeinander Bezug nehmende Beiträge und Antworten zu schreiben. Ein vorübergehendes, zeitlich auf wenige Sekunden/Minuten beschränktes Pausieren/Warten durch etwa technische Abläufe wie Datenversand darf stattfinden (Döring, 2003).</p>	<p>Ein Beitrag wurde deutlich zeitversetzt versendet (Erkennbar am mehr als 10 minütigen Zeitabstand zum vorherigen Beitrag im Internetforum).</p> <p>-----</p> <p>Ein Beitrag wurde deutlich zeitnah unter Bezugnahme auf einen vorherigen Beitrag versendet (Erkennbar am weniger als 10 minütigen Zeitabstand zum vorherigen Beitrag im Internetforum).</p>
<p>Antwort meint das Verfassen eines Antwort-Textes im Internetforum, der direkten Bezug auf einen vorherigen Beitrag eines anderen Autors nimmt (angelehnt an Döring, 2003).</p> <p>-----</p> <p>Neuer Beitrag meint das Verfassen eines neuen, isolierten Textbeitrages im Internetforum, der nicht direkten Bezug auf einen vorherigen Beitrag eines anderen Autors nimmt und somit keine Antwort darstellt (angelehnt an Döring, 2003).</p>	<p>Verfassen und Versenden eines Antwort-Textes als Bezugnahme/Reaktion auf einen Textbeitrag eines anderen Autors im Internetforum Ausschluss: verfasster und versendeter, neuer, isolierter Textbeitrag. Beispiel: „Lieber Karl, wie genau funktioniert die von Dir genannte Trainingsmethode xy?“</p> <p>-----</p> <p>Verfassen und Versenden eines neuen, isolierten Textbeitrages im Internetforum Ausschluss: verfasste und versendete Antwort auf einen Beitrag eines anderen Autors. Beispiel: „Ich möchte in diesem neuen Beitrag einmal eine ganz andere Frage stellen:“</p>
<p>Emoticon Als Emoticons werden Zeichenfolgen (aus normalen Satzzeichen) und kleine Grafiken bezeichnet, die einen Smiley bilden, um in der schriftlichen Internetkommunikation Stimmungs- und Gefühlszustände auszudrücken. Emoticons helfen, um den Bedeutungskontext von schriftlichen Äußerungen zu verdeutlichen und sind damit Mittel der kompensatorischen Informationsverarbeitung (Döring, 2003).</p>	<p>Verwendung von konventionellen Zeichenabfolgen oder Symbolen, die Smileys abbilden. Beispiele: :-) oder ☺ bedeutet lachendes Gesicht und Ausdruck von Freude. :- (oder ☹ bedeutet trauriges Gesicht und Ausdruck von Enttäuschung, Bedauern, Traurigkeit. ;-) meint einen zwinkernden Augenausdruck und verweist auf Ironie oder darauf, dass eine Äußerung nicht so ernst gemeint ist.</p>

Tabelle 2: Hauptkategorien und Indikatoren des Kategoriensystems

4.2.6 Intercoder-Reliabilität

Das erstellte Kategoriensystem wurde zunächst im Rahmen einer **Probecodierung (Pretest)** anhand einer Zufallsstichprobe von Forum-Beiträgen (10 % der Gesamtbeiträge) geprüft. Um eine höchstmögliche Reliabilität sicherzustellen, wurde das Kategoriensystem vor seinem endgültigen Einsatz an wenigen Stellen mangelnder Passung und Klarheit empiriegeleitet differenziert und überarbeitet: Ursprünglich angedachte Unterkategorien „Familie“ und „Freunde/Bekannte“ wurden aufgelöst und beide unter die Hauptkategorie „Soziales“ subsumiert. Dies erschien notwendig, da aus den Beschreibungen der Patienten nicht immer eine eindeutige Differenzierung hervorging und wichtiger war, dass der Kontakt zu bedeutenden Bezugspersonen eindeutig im Kategoriensystem erfasst werden konnte. Um dem Austausch der Patienten über Themen, die über eine Gesundheitsförderung hinausgehen, gerecht zu werden, wurde an dieser Stelle der Entwicklung des Kategoriensystems die Kategorie „Sonstige Themen“ aufgenommen (die der Vollständigkeit halber bereits in Abschnitt 4.2.1 mit aufgezählt wurde). Bei den Codieranweisungen wurde für den Aspekt der Vergangenheit konkretisiert, dass je nach Thematik der Vergangenheit eine entsprechende Kategorie gewählt wird (z.B. sollen beschriebene Erfahrungen mit Coping-Strategien, die schon vor dem Reha-Aufenthalt erworben wurden der Kategorie ‚Coping‘ zugeordnet werden), darüber hinausgehende Themen der Vergangenheit werden in die Kategorie ‚Biografie‘ eingeordnet.

Die gesamten Patientenbeiträge in den jeweiligen Internet-Foren (während des Erhebungszeitraums von jeweils 1 Jahr pro Forum) wurden dann entsprechend der endgültigen Kategorien, Indikatoren und Codieranweisungen analysiert. Die Auswertung des internetbasierten Austausches bzw. dessen Kodierung erfolgte durch unabhängige Codierer. Hierbei wurden zunächst zwei Codierer anhand einer Zufallsstichprobe von Patientenbeiträgen in der korrekten Benutzung des Kategoriensystems geschult. Nach abgeschlossener Schulungsphase wurde eine neue Textstichprobe von 80 Patientenbeiträgen ausgewertet und anhand der daraus gewonnenen Ergebnisse die ‚**Intercoder-Reliabilität**‘ ermittelt. Die ‚Intercoder-Reliabilität‘ gibt das Ausmaß der Übereinstimmung der Codierergebnisse von verschiedenen Codierern bei identischem Material an, steht somit als Maßstab für die Güte des entwickelten Kategoriensystems und beantwortet die Frage, wie verlässlich letztlich die Ergebnisse der Inhaltsanalyse

sind. Als Kennwert der ‚Intercoder-Reliabilität‘ wurde der hierfür gängige Reliabilitätskoeffizient bzw. Intraklassenkoeffizient (Konsistenz) „Cronbachs Alpha“ gewählt (Bortz & Döring, 2006), der für jede der für die Forschungsfragen relevanten Kategorien/Variablen berechnet wurde. Die Reliabilitätsanalyse zu den Beurteilerübereinstimmungen der Kategorien/Variablen des erstellten Kategoriensystems zur inhaltsanalytischen Auswertung der Forum-Beiträge hat signifikante Korrelationen bzw. Cronbachs-Alpha-Koeffizienten zwischen $r=.82$ und $r=.95$ ergeben (bei jeweils $p < 0.01$). Beispielsweise ergab die Kategorie/Variable ‚Kohäsion‘ eine Beurteilerübereinstimmung von $r=.82$, die Kategorie/Variable ‚Offenheit‘ einen Wert von $r=.88$, die Kategorie/Variable ‚positive Qualität der Äußerung‘ einen Koeffizienten von $r=.91$ und die Kategorie/Variable ‚neutrale Qualität der Äußerung‘ ein Cronbachs-Alpha von $r=.95$. Diese Werte geben eine angemessene Reliabilität des erstellten Messinstruments bzw. Kategoriensystems wieder, so dass die Ergebnisse der Inhaltsanalyse als ausreichend objektiv und die Anwendung des Kategoriensystems als ausreichend invariant gelten können. Ein solches Ergebnis ist insgesamt als ein guter Qualitätsstandard zu betrachten.

Demzufolge konnten im Sinne einer **Vollerhebung** über einen Untersuchungszeitraum von jeweils einem Jahr pro Forum-Konzept alle verfassten Patienten-Beiträge ausgewertet werden. Damit ist das ausgewertete Textmaterial **repräsentativ** für den Untersuchungs- bzw. Kommunikationsgegenstand und -zeitraum. Jedoch muss die Selbstselektion der Forum-Nutzer bedacht werden. Auf der Ebene der Untersuchungsteilnehmer ist das ausgewertete Material nicht repräsentativ für alle psychisch chronisch kranken Patienten der Reha-Klinik Seehof oder vergleichbarer Reha-Kliniken.

Die Inhaltsanalyse kann demzufolge valide und verlässliche Aussagen über die Vorkommenshäufigkeit und Ausrichtung der untersuchten Konstrukte/Kategorien sowie Aussagen über den Erfolg des Internet-Forums bzw. über die gesundheitsförderliche Eigeninitiative von ehemaligen Patienten der Reha-Klinik Seehof innerhalb einer Online-Nachsorge machen. Das bedeutet, dass in dieser Untersuchung auch die erhobenen Häufigkeiten und das Nominalskalenniveau der Daten ausreichen, um die Forschungsfragen zu beantworten. Da neben dem Nominalskalenniveau der Daten als zu untersuchende Codiereinheiten ganze Forum-Beiträge gewählt wurden, liefert die ausgeführte Inhaltsanalyse jedoch keine Aussagen darüber, wie intensiv ein

gesundheitsförderliches Thema einen Beitrag beherrschte, ob das Thema mit seinen verschiedenen Aspekten beleuchtet oder lediglich einseitig und in einem kurzen Nebensatz erwähnt wurde. Beispielsweise kann aber beantwortet werden, ob, wie oft und in welcher Qualität (positiv, negativ etc.) über Coping gesprochen wurde. Das entwickelte Kategoriensystem ist gerade so anspruchsvoll und komplex konzipiert worden, dass es die Forschungsfragen ausreichend beantworten kann bzw. die in der Problemstellung formulierten theoretischen Konstrukte angemessen auf der Objektebene erfasst und in eine adäquate Datenstruktur übersetzt, also die Kategorien und Indikatoren durch eine angemessene Vollständigkeit und Trennschärfe ausgezeichnet sind und eine angemessene Invarianz der Codierregeln vorliegt. Nicht notwendig erschien daher, abzubilden, wie stark die einzelnen Konstrukte vorhanden waren, also ob z.B. die auftretende soziale Unterstützung schwach, mittel oder stark ausgeprägt war. Auch wurde die Erfassung von Argumenten, Werturteilen, Einstellungen als nicht notwendig erachtet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Sinne einer **Frequenzanalyse** die Häufigkeit des Auftretens interessierender Merkmale festgestellt und daraus auf die Art und Weise der Kommunikation relevanter Themen und Inhalte geschlossen wurde. Im Sinne einer **Valenzanalyse** wurde zusätzlich erfasst, welche Bewertungen (positiv, negativ etc.) mit den betreffenden Inhalten verbunden waren. Es besteht aber keine Intensitätsanalyse, also keine explizite Analyse von Wertungen, die in ihrer Intensität erfasst werden.

4.3 Statistische Analyseverfahren

Anschließend wurden die durch die Inhaltsanalyse gewonnenen Daten mittels statistischer Verfahren ausgewertet, wie ebenso entsprechende Berechnungen zu möglichen Unterschieden in der Nutzungsweise (z.B. durch soziodemografische oder Diagnose spezifische Patientencharakteristika) durchgeführt.

Als statistische Berechnungsverfahren wurden für vorliegende Nominaldaten die nonparametrischen Signifikanztests Chi²-Test oder Fishers-Exakter-Test genutzt. Bei vorliegenden Intervalldaten kamen die folgenden parametrischen Verfahren zum

Einsatz: T-Test, einfaktorielle multivariate Varianzanalyse (MANOVA) inklusive anschließender univariater F-Test sowie Korrelationsanalysen. Den Signifikanztests wurde stets das der wissenschaftlichen Konvention entsprechende, übliche 5%-Signifikanzniveau zugrunde gelegt. Die spezifischen Voraussetzungen der Daten für die Verwendung der einzelnen Verfahren wurden berücksichtigt. Verletzungen der Test spezifischen Voraussetzungen (z.B. der Daten-Normalverteilungsannahme) erhöhen allgemein die Wahrscheinlichkeit, die Nullhypothese fälschlicherweise abzulehnen (Bortz, 1999). Für den T-Test gibt der Levene-Test an, ob die hier notwendige Varianzgleichheit vorliegt. Liegt diese nicht vor, werden die Berechnungen einer alternativen, konservativeren Berechnung genutzt (vgl. Abschnitt 5 an entsprechender Stelle). Verletzungen der Normalverteilungsannahme der Daten für die Durchführung eines T-Tests gelten als nicht gravierend, so dass der T-Test trotzdem beibehalten werden kann. Für die Berechnungen einer MANOVA gilt ebenfalls, dass die Prüfgröße „Pillais Spurkriterium“ als robust gegenüber Verletzungen von als ideal geltender Daten-Voraussetzungen gelten kann. An die MANOVA anschließende univariate F-Tests sind an die Voraussetzung der sog. Zirkularitätsannahme gebunden, also daran, dass die Varianzen unter den einzelnen Faktorstufen und die Korrelationen zwischen den Faktorstufen homogen sind. Die Zirkularitätsannahme wird daher zunächst mit dem Mauchly-Test überprüft. Im Falle einer Verletzung kann kompensatorisch die alternative Prüfgröße „Greenhouse-Geisser“ mit u.a. korrigierten Freiheitsgraden verwendet werden. Als Vorteil einer MANOVA kann vor allem die Vermeidung kumulierter Alpha-Fehler, welche bei der Berechnung mehrerer isolierter Varianzanalysen entstünden, genannt werden. Auch bei Korrelationsanalysen hat sich der Signifikanztest erfreulicherweise als äußerst robust gegenüber Verletzungen der Datenverteilungs-voraussetzungen als auch gegenüber Verletzungen des Intervallskalenniveaus erwiesen (Bortz, 1999, S. 205). Die nonparametrischen und parametrischen Tests wurden aufgrund der ungerichteten Fragestellungen stets zweiseitig berechnet. Die Ergebnisse der Berechnungen werden in Abschnitt 5 entlang der einzelnen Fragestellungen erläutert.

4.4 Soziodemografie und Diagnostik

Typische soziodemografische Patientendaten (u.a. Alter, Geschlecht, Beruf) und ICD-10-F-Diagnosen, die in dieser Arbeit interessieren (vgl. Tabellen 4 und 5), wurden im Rahmen des Klinikaufenthaltes über die abteilungsinterne Basisdokumentation erfasst.

Weiterhin interessierten die psychische Gesamtbelastung der Patienten und deren ‚Unsicherheiten im Sozialkontakt‘, also Beeinträchtigungen bezogen auf sozial-kommunikatives Verhalten und Erleben bei Entlassung (also bei Beginn der Foren-Teilnahme). Diese Daten wurden mithilfe der Symptom-Check-Liste „SCL-90-R“ (Franke, 1995) erhoben: Die SCL-90-R ist ein normiertes Selbstbeurteilungsverfahren und besitzt zufrieden stellende Gütekriterien (Retest Reliabilität zwischen 0.69 und 0.92; Interne Konsistenz (Chronbachs Alpha) der jeweiligen Skalen liegt zwischen 0.74 und 0.97). Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage und ermöglicht eine mehrdimensionale Auswertung und Messwiederholungen im Rahmen von z.B. Therapie-Verlaufsuntersuchungen. Abgrenzbare Skalen/Skalenwerte beschreiben einzelne Erlebens- und Verhaltensbereiche wie beispielsweise „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Der globale Kennwert „GSI“ (Global Severity Index) gibt die hier interessierende psychische Gesamtbelastung wieder.

5. Ergebnisse

Entlang der in Abschnitt 3 genannten Forschungsfragen werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse der Auswertungen dargestellt. In der Regel beinhalten die dargestellten Daten und Berechnungen *nicht* die Aktivitäten/Äußerungen der Moderatorin des moderierten Forums. Sind diese gemeint, wird dies explizit gekennzeichnet.

5.1 Inanspruchnahme der Internet-Foren

5.1.1 Teilnehmerzahlen

Forschungsfrage 1.1: Wieviele der chronisch psychisch Kranken können nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt für ein selbstbestimmtes oder moderiertes Internet-Selbsthilfeforum rekrutiert werden und werden teilnehmen?

	Forum 1 (selbstbestimmt)	Forum 2 (moderiert)
Start des Forums	Mitte Sept. 2004	Mitte Aug. 2005
Anmeldung des 1. Patienten	19.09.04	9.9.05
Informierte Patienten	1842	893
Anmeldungen	144 Patienten	76 Patienten
Beiträge schreiben	46 aktive Patienten	33 aktive Patienten
Von den informierten Patienten haben sich x % angemeldet	7,82 %	8,5 %
Von den angemeldeten Patienten haben x % Beiträge geschrieben	31,9 %	43,4 %

Tabelle 3: Teilnehmerzahlen der internetbasierten Selbsthilfe-Foren nach jeweils 12 Monaten Laufzeit

Die Daten der Tabelle 3 verdeutlichen, dass chronisch psychisch Kranke nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt für ein internetbasiertes Selbsthilfe-Forum – sowohl selbstbestimmt als auch moderiert – rekrutiert werden können und darin auch aktiv teilnehmen. (*Anmerkung*: Berechnungen zu Unterschieden vgl. Abschnitt 5.1.5)

Innerhalb eines Durchführungs- und Untersuchungszeitraumes von einem Jahr erwies sich das **selbstbestimmte Internet-Forum** demzufolge als einerseits praktikabel, andererseits jedoch als geringfügig und von relativ wenigen Patienten genutzt. Von 1842 informierten Patienten haben sich 144 angemeldet und 46 Patienten Beiträge geschrieben. Damit haben sich lediglich ca. 8 % der informierten Patienten im Internet-Forum angemeldet. Wiederum ca. 32 % der angemeldeten Patienten haben jedoch nur Beiträge im Forum verfasst.

In einem weiteren 1-Jahres-Durchführungs- und Untersuchungszeitraum erwies sich das **moderierte Internet-Forum** als ebenso praktikabel und ähnlich hinsichtlich der Häufigkeit der Beteiligung wie das selbstbestimmte Forum: Von 893 informierten Patienten haben sich 76 angemeldet (8,5 %). 33 der angemeldeten Patienten (ca. 43 %) haben Beiträge geschrieben.

Zusammengefasst kann also für beide Internetforen gesagt werden, dass in einem Jahr Forum-Laufzeit jeweils ca. 8 % der chronisch psychisch Kranken nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt für die Teilnahme sowohl am selbstbestimmten als auch moderierten Internet-Selbsthilfe-Forum rekrutiert werden können. Etwa 30-40 % dieser Patienten nutzen dabei ihr internetbasiertes Selbsthilfe-Forum aktiv und schreiben Beiträge.

5.1.2 Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-Diagnosen der Foren-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer

Forschungsfrage 1.2: Welche soziodemografischen Charakteristika und ICD-10-Diagnosen haben die Foren-Teilnehmer, welche die Nicht-Teilnehmer?

Foren-Teilnehmer:

Die ehemaligen Reha-Patienten, die am **selbstbestimmten Internet-Forum** teilnehmen, sind durchschnittlich ca. 45,4 Jahre alt, überwiegend weiblich, haben meist einen mittlere Angestelltenstatus, sind entweder überwiegend arbeitslos oder arbeiten teilzeit, deutlich überwiegend jedoch vollzeit, haben mindestens einen 10-12.-Klasse-Schulabschluss (bis hin zum Abitur oder Universitätsabschluss), sind überwiegend verheiratet, waren vorwiegend vollstationär in der Klinik Seehof, haben sich überwiegend nicht zur IRENA-Nachsorge angemeldet und haben zum Behandlungsende eine geringe Gesamtbelastung wie geringe soziale Unsicherheit (nach SCL-90-R).

Die Nutzer des **moderierten Forums** sind durchschnittlich ca. 43,6 Jahre alt, überwiegend weiblich, haben ebenfalls meist einen mittlere Angestelltenstatus, sind entweder überwiegend arbeitslos oder arbeiten teilzeit, deutlich überwiegend jedoch vollzeit, haben mindestens einen 10-12.-Klasse-Schulabschluss (bis hin zum Abitur oder Universitätsabschluss), sind überwiegend verheiratet, waren vorwiegend

vollstationär in der Klinik Seehof, haben sich überwiegend nicht zur IRENA-Nachsorge angemeldet und weisen zum Behandlungsende eine geringe Gesamtbelastung wie ebenso eine geringe soziale Unsicherheit (nach SCL-90-R) auf.

Nicht-Teilnehmer:

Die ehemaligen Reha-Patienten, die nicht an Internet-Foren teilnehmen, sind durchschnittlich rund 47 Jahre alt, überwiegend weiblich und weisen hinsichtlich der soziodemographischer Daten „Beruf“ und „Bildungsgrad“ eine größere Varianz auf. So haben die Nicht-Teilnehmer unterschiedliche Stellungen als Angestellte (einfacher, mittlerer, höherer Angestellter etc.), sind entweder arbeitslos, arbeiten vollzeit, teilzeit oder nehmen EU-Renten in Anspruch, haben geringe, mittlere als auch höhere Bildungsgrade. Sie sind vorwiegend verheiratet, waren vorwiegend vollstationär in der Klinik Seehof, haben sich überwiegend nicht zur IRENA-Nachsorge angemeldet und haben zum Behandlungsende eine geringe Gesamtbelastung als auch soziale Unsicherheit (nach SCL-90-R).

Unter den Foren-Patienten finden sich -wie ebenfalls bei den Nicht-Teilnehmern- vor allem **ICD-10-Diagnosen** aus den Bereichen F1, F3, F4 und F6 (vgl. Tabelle 4): Hierbei handelt es sich vorwiegend um mittelgradige, häufig rezidivierende depressive Episoden, Dysthymia, Anpassungsstörungen (v.a. mit depressiver Reaktion), Angststörungen wie Agoraphobien, Panikstörungen, soziale Phobien, generalisierte Angststörungen als auch somatoforme Störungen. Weiterhin sind hier Persönlichkeitsstörungen (v.a. narzisstische, emotional instabile, ängstliche Persönlichkeitsstörungen) und Störungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkohol, Sedativa) zu nennen.

Folgende Tabelle 4 gibt einen Überblick über die deskriptiven Daten der Foren-Nutzer und Nicht-Nutzer, geordnet nach soziodemographischen Variablen und Diagnosen.

Anmerkung: Die Tabelle 4 enthält bereits die Kennwerte zu den berechneten, statistischen Tests. Die Ergebnisse werden im anschließenden Abschnitt beschrieben.

	Forum 1, selbstbestimmt			Forum 2, moderiert		
	Nicht-Nutzer <i>n</i> = 1698	Nutzer <i>n</i> = 144	Tests	Nicht-Nutzer <i>n</i> = 817	Nutzer <i>n</i> = 76	Tests
Alter	<i>M</i> (<i>SD</i>) 46,9 (8,7)	<i>M</i> (<i>SD</i>) 45,4 (8,7)	<i>t</i> (<i>df</i>) -2,06* (1840)	<i>M</i> (<i>SD</i>) 46,8 (8,2)	<i>M</i> (<i>SD</i>) 43,6 (10,3)	<i>t</i> (<i>df</i>) -2,62* (84)
Geschlecht	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
weiblich	76 (1290)	62,5 (90)	12,82** (1)	76 (622)	72 (55)	0,54 (1)
männlich	24 (408)	37,5 (54)		24 (195)	28 (21)	
Beruf	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
einfache Angestellte	20,6	13,2	22,31* (10)	23,4	18,4	22,19* (10)
mittlere Angestellte	55,2	57		53	47,4	
gehobene Angestellte	14	23,5		12,4	13,2	
hochqual. Angestellte	2	1,4		2,7	3,9	
ungelernt; Facharbeiter	3,1	0		3	8	
Selbständige	3,5	3,5		3,8	3,9	
Sonstige ¹	1,7	1,4		1,7	5,2	
Berufliche Situation	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
arbeitslos	32,7	24,3	12,29 (16)	28,6	25	14,31 (14)
Vollzeit	45,5	49,3		48,7	48,6	
Teilzeit	15,7	14,6		15,4	12	
gelegentlich berufstätig	0,8	0		0,5	1,3	
EU-Rente	1,3	1,4		1,6	2,6	
Ausbildung	0,7	2,1		0,6	1,3	
Hausfrau/Hausmann	0,6	0		1,1	2,6	
Sonstige ²	2,7	8,3		3,5	6,6	
Bildungsgrad	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
ohne o. Sonderschule	1,7	1,4	11,5* (5)	6,7	4	2,88 (5)
10.-12. Klasse	70,8	55,6		59,7	59,2	
Abitur	14,2	21,5		20,7	23,6	
Universität	12,7	15,3		10,9	9,2	
unbekannt	0,6	6,2		2	4	
Partnersituation	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
ohne Partner	29,8	30,5	6,38 (4)	31,1	26,3	3,55 (4)
wechselnde Partner	0,9	1,4		1,1	0	
feste Partnerschaft/Ehe	51,9	41		52,5	56,6	
keine feste Partnerschaft	17	20,8		14,8	14,5	
Sonstige ¹	0,4	6,3		0,5	2,6	
Klinik-Aufenthaltsmodus	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
vollstationär	81	86,8	7,77 (4)	87,1	83,6	12,71* (5)
teilstationär	14	9,7		10	11	
1.voll- → 2. teilstationär	4	1,4		2,3	4	
1.teil- → 2. vollstationär	0,7	2,1		0,6	0	
mehrere Wechsel	0,3	0		0	1,4	

Tabelle 4: Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen der Forum-Nutzer und Nicht-Nutzer
→ Fortsetzung

	Forum 1, selbstbestimmt			Forum 2, moderiert		
	Nicht-Nutzer <i>n</i> = 1698	Nutzer <i>n</i> = 144	Tests	Nicht-Nutzer <i>n</i> = 817	Nutzer <i>n</i> = 76	Tests
IRENA-Anmeldung	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
ja	3	3,5	0,13 (1)	3,1	3,9	0,18 (1)
nein	97	96,5		96,9	96,1	
SCL-90R	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> (<i>df</i>)
GSI- Kennwert	0,83 (0,68)	0,81 (0,67)	-0,27 (1729)	0,76 (0,64)	0,75 (0,76)	-0,05 (854)
Kennwert „soziale Unsicherheit“	0,74 (0,76)	0,84 (0,81)	1,51 (1737)	0,69 (0,73)	0,68 (0,75)	-0,20 (854)
<i>Anmerkung:</i> Werte entsprechen einer geringen Belastung						
ICD-10-F-Diagnosen	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
F0	4,5	7,6	3,72 (2)	2,8	1,3	0,59 (1)
F1	9,8	7,7	0,81 (3)	7	6,6	0,37 (2)
F2	1,5	1,4	0,02 (1)	1,5	1,3	0,01 (1)
F3	32	35,4	0,81 (2)	31	27,6	3,58 (2)
F4	60,4	55,6	2,89 (3)	58	61,8	0,50 (2)
F5	3,5	2,8	0,34 (2)	3,1	2,6	0,04 (1)
F6	14,2	18,8	2,42 (2)	14,3	17,1	0,43 (1)
F7	0,4	0,7	0,41 (1)	0,1	0	0,09 (1)
F8	1,1	1,4	0,09 (1)	3,6	1,3	1,15 (1)
F9	0,9	1,4	0,27 (1)	1,3	1,3	0,00 (1)

Tabelle 4: Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen der Forum-Nutzer und Nicht-Nutzer.

[Anmerkungen: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ¹ unklar, unbekannt, ² unklar, Rente/Teilrente und beschäftigt, mithelfender Familienangehöriger, berufsfördernde Maßnahme, zweiter Arbeitsmarkt, Altersteilzeit, ohne berufliche Beschäftigung]

5.1.3 Charakteristika- Unterschiede zwischen Foren-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern

Forschungsfrage 1.3: Unterscheiden sich die Forum-Teilnehmer von den Nicht-Teilnehmern hinsichtlich der soziodemografischen Charakteristika und ICD-10-Diagnosen?

Aus Berechnungen zu Unterschieden bezüglich soziodemografischer und Diagnose spezifischer Patientendaten der interessierenden Patientengruppen wird deutlich, dass sich die Forum-Nutzer hinsichtlich mancher Charakteristika signifikant von den Nicht-Teilnehmern unterscheiden (vgl. deskriptive Daten in Abschnitt 5.1.2). Die folgenden Berechnungen wurden für Nominaldaten mittels nonparametrischer Tests (Chi2-Test, Fishers-Exakter-Test) sowie bei vorliegenden Intervalldaten mit parametrischen T-Tests

(ggf. unter Adjustierung des Alpha-Fehlers nach Bonferroni) durchgeführt, wobei ein Signifikanzniveau bzw. eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % festgelegt wurde.

Hinsichtlich der **ICD-10-Diagnosen** ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Forum-Nutzern und Nicht-Nutzern (vgl. Tabelle 4).

Signifikante Unterschiede auf dem festgelegten 5%-Signifikanzniveau ergeben sich zwischen Forum-Nutzern und Nicht-Nutzern lediglich bei den soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht, Beruf, Bildungsgrad und Klinik-Aufenthalt:

Alter: Um zu klären, ob das Durchschnittsalter pro Patient zwischen den Forum-Nutzern und Nicht-Nutzern signifikant unterschiedlich ist, wurde auf Grundlage der vorliegenden Intervalldaten ein T-Test berechnet, wobei die Foren als unabhängige Variable und das Alter als die abhängige Variable in die Berechnung eingehen.

Die T-Test-Ergebnisse je Forum (beim moderierten Forum eines konservativeren „Tests für ungleiche Varianzen“ aufgrund mangelnder Varianzgleichheit) zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Forum-Nutzern und Nicht-Nutzern: Am selbstbestimmten Forum-Konzept sind signifikant jüngere Patienten interessiert ($t(1840) = -2,06$; $p < 0,05$). Im moderierten Forum nehmen ebenfalls signifikant jüngere Patienten teil ($t(84) = -2,62$; $p < 0,05$). Demzufolge hat das Alter einen bedeutsamen Einfluss auf die Teilnahme an einem Internet basierten Selbsthilfe-Konzept.

Geschlecht: Die Berechnung eines χ^2 -Tests auf der Basis von Nominaldaten ergibt, dass das Verhältnis der sich im selbstbestimmten Forum beteiligenden Frauen und Männer (54 Männer und 90 Frauen der 144 Angemeldeten) signifikant anders ist als in der Gruppe der 1698 Nicht-Nutzer des selbstbestimmten Forums (408 Männer und 1290 Frauen): $\chi^2(1) = 12,82$; $p < 0,01$. Gemessen an der Verteilung der Grundgesamtheit haben sich überproportional viele Männer (37 %) für die Teilnahme am selbstbestimmten Forum angemeldet (bei den Nicht-Nutzern sind es 24 % Männer).

Beruf: Weitere Berechnungen von χ^2 -Tests zu den Berufen der Foren-Patienten ergeben, dass sowohl unter den Nicht-Nutzern des selbstbestimmten Forums als auch unter den Nicht-Nutzern des moderierten Forums neben vornehmlich mittleren Angestellten auch vermehrt gehobene und einfache Angestellte, aber auch Ungelernte

und Selbständige zu finden sind. Unter den Nutzern des selbstbestimmten Forums sind jedoch vornehmlich Angestellte (vor allem mittlere Angestellte) zu finden. Dasselbe Bild ergibt sich für das moderierte Forum, in dem ebenfalls vermehrt mittlere Angestellte teilnehmen (vgl. Tabelle 4). Die Unterschiede zwischen den Berufen der Nicht-Nutzer und Nutzer im selbstbestimmten Forum sind signifikant ($\chi^2(10) = 22,31$; $p < 0,05$) wie ebenso die Unterschiede zwischen den Berufen der Nicht-Nutzer und Nutzer im moderierten Forum ($\chi^2(10) = 22,19$; $p < 0,05$).

Bildungsgrad: Die Berechnung eines Chi²-Tests zum Bildungsgrad der Patienten des selbstbestimmten Forums auf der Basis von Nominaldaten ergibt (vgl. Tabelle 4), dass unter den Nicht-Nutzern des selbstbestimmten Forums eine größere Varianz der Bildungsgrade vorliegt. Signifikant anders hierzu sind jedoch die Bildungsgrade der Nutzer des selbstbestimmten Forums: $\chi^2(5) = 11,2$; $p < 0,05$.

Unter den Forum1-Nutzern befinden sich vornehmlich gebildete Personen mit Schulabschlüssen nach der 10. - 12. Klasse, mit Abitur oder Universitätsabschluss. Die Unterschiede der Nutzer und -Nicht-Nutzer des moderierten Forums sind nicht signifikant, gehen aber in die gleiche Richtung.

Klinik-Aufenthalt: Die Berechnung eines Chi²-Tests zum Klinik-Aufenthalt der Patienten des moderierten Forums auf der Basis von Nominaldaten zeigt (vgl. Tabelle 4), dass sich unter den Nicht-Nutzern des moderierten Forums eine größere Varianz bezüglich des Klinik-Aufenthalts ergibt, die signifikant verschieden zu den Klinik-Aufenthaltsmodi der Nutzer des moderierten Forums ist: $\chi^2(5) = 12,71$; $< 0,05$. Unter den Nutzern des moderierten Forums befinden sich Personen mit vornehmlich ehemals vollstationärem Aufenthalt. Die Unterschiede der Nutzer und -Nicht-Nutzer des selbstbestimmten Forums sind nicht signifikant, gehen aber in die gleiche Richtung.

5.1.4 Charakteristika- Unterschiede zwischen Teilnehmern im selbstbestimmten und moderierten Forum

Forschungsfragen 1.4 und 1.5: Welche soziodemografischen Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen haben die Nutzer des selbstbestimmten sowie moderierten Forums? Unterscheiden sich die Nutzer im selbstbestimmten Forum von denen im moderierten Forum?

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die deskriptiven Daten der angemeldeten und aktiven Foren-Nutzer, geordnet nach soziodemographischen Variablen und Diagnosen:

	Angemeldete Nutzer			Aktive Nutzer (Beiträge-Verfasser)		
	Forum 1 <i>n</i> = 144	Forum 2 <i>n</i> = 76	Tests	Forum 1 <i>n</i> = 46	Forum 2 <i>n</i> = 33	Tests
Alter	<i>M</i> (<i>SD</i>) 45,4 (8,7)	<i>M</i> (<i>SD</i>) 43,6 (10,3)	<i>t</i> (<i>df</i>) 1,36 (218)	<i>M</i> (<i>SD</i>) 46,2 (7,4)	<i>M</i> (<i>SD</i>) 42,5 (10,8)	<i>t</i> (<i>df</i>) 1,81 (77)
Geschlecht	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
weiblich	63 (90)	72 (55)	2,16 (1)	66 (30)	81(27)	2,64 (1)
männlich	37 (54)	28 (21)		34 (16)	19 (6)	
Beruf	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
einfache Angestellte	13,2	18,4	20,84 (9)	17,4	18,1	11,52 (7)
mittlere Angestellte	57	47,4		63	51,5	
gehobene Angestellte	23,5	13,2		17,4	6,1	
hochqual. Angestellte	1,4	3,9		2,2	6,1	
ungelernt; Facharbeiter	0	8		0	6,1	
Selbständige	3,5	3,9		0	3	
Sonstige ¹	1,4	5,2		0	9,1	
Berufliche Situation	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
arbeitslos	24,3	25	11,41 (9)	26	24,3	7,95 (7)
Vollzeit	49,3	48,6		13	12	
Teilzeit	14,6	12		50	42,4	
gelegentlich berufstätig	0	1,3		0	0	
EU-Rente	1,4	2,6		0	6,1	
Ausbildung	2,1	1,3		0	0	
Hausfrau/Hausmann	0	2,6		0	6,1	
Sonstige ²	8,3	6,6		11	9,1	
Bildungsgrad	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
ohne o. Sonderschule	1,4	4	13,48 (13)	0	6,1	7,02 (7)
10.-12. Klasse	55,6	59,2		65	57,6	
Abitur	21,5	23,6		17	24,2	
Universität	15,3	9,2		11	9,1	
unbekannt	6,2	4		7	3	

Tabelle 5: Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen der angemeldeten und aktiven Nutzer je Forum → **Fortsetzung**

	Angemeldete Nutzer			Aktive Nutzer (Beiträge-Verfasser)		
	Forum 1 <i>n</i> = 144	Forum 2 <i>n</i> = 76	Tests	Forum 1 <i>n</i> = 46	Forum 2 <i>n</i> = 33	Tests
Partnersituation	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
ohne Partner	30,5	26,3	5,91 (4)	28,3	21,2	1,57 (3)
wechselnde Partner	1,4	0		0	0	
feste Partnerschaft/Ehe	41	56,6		45,6	60,6	
keine feste Partnerschaft	20,8	14,5		19,6	15,2	
Sonstige ¹	6,3	2,6		6,5	3	
Klinik-Aufenthaltsmodus	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
vollstationär	86,8	83,6	10,88 (5)	87	75,8	5,51 (5)
teilstationär	9,7	11		6,5	15,2	
1.vollstationär → 2. teilstationär	1,4	4		4,3	6	
1. teilstationär → 2. vollstationär	2,1	0		2,2	0	
mehrere Wechsel	0	1,4		0	3	
IRENA-Anmeldung	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
ja	3,5	3,9	0,03 (1)	2,2	6	0,79 (1)
nein	96,5	96,1		97,8	94	
SCL-90R	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> (<i>df</i>)
GSI- Kennwert	0,81 (0,67)	0,75 (0,76)	0,56 (207)	0,92 (0,66)	1,01 (0,78)	-0,52 (73)
Kennwert „soziale Unsicherheit“	0,84 (0,81)	0,68 (0,75)	1,39 (207)	0,98 (0,79)	0,84 (0,74)	0,81 (73)
<i>Anmerkung:</i> Werte entsprechen einer geringen Belastung						
ICD-10-F-Diagnosen	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)	%	%	<i>Chi</i> ² (<i>df</i>)
F0	7,6	1,3	3,02 (1)	8,7	3	1,04 (1)
F1	7,7	6,6	1,29 (2)	6,5	6,1	0,01 (1)
F2	1,4	1,3	0,01 (1)	0	3	1,41 (1)
F3	35,4	27,6	3,04 (2)	28,3	21,2	2,33 (2)
F4	55,6	61,8	1,45 (1)	54,3	69,7	2,04 (2)
F5	2,8	2,6	0,02 (1)	4,3	0	1,47 (1)
F6	18,8	17,1	0,07 (1)	17,4	21,2	0,18 (1)
F7	0,7	0	0,56 (1)	0	0	0,00 (1)
F8	1,4	1,3	0,01 (1)	4,3	3	0,09 (1)
F9	1,4	1,3	0,01 (1)	2,2	3	0,05 (1)

Tabelle 5: Soziodemografische Charakteristika und ICD-10-F-Diagnosen der angemeldeten und aktiven Nutzer je Forum

[Anmerkungen: Es bestehen *keine signifikanten Unterschiede* zwischen den Foren-Nutzern (*stets p* > 0.05),
¹ unklar, unbekannt, ² unklar, Rente/Teilrente und beschäftigt, mithelfender Familienangehöriger, berufs-fördernde Maßnahme, zweiter Arbeitsmarkt, Altersteilzeit, ohne berufliche Beschäftigung]

Berechnungen auf Grundlage der Daten aus Tabelle 5 machen deutlich, dass sich die Foren hinsichtlich wesentlicher Patientenmerkmale *nicht* unterscheiden.

Die Berechnungen wurden für Nominaldaten mittels nonparametrischer Tests (Chi2-Test, Fishers-Exakter-Test) sowie bei vorliegenden Intervalldaten mit parametrischen T-Tests (ggf. unter Adjustierung des Alpha-Fehlers nach Bonferroni) durchgeführt, wobei ein Signifikanzniveau bzw. eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % festgelegt wurde. Diese ergeben, dass sich die Gruppen der Forum1- und Forum2-Nutzer (aktive und passive Forenmitglieder) als auch die Gruppen der aktiven, also Beiträge schreibenden Teilnehmer des selbstbestimmten und moderierten Forums hinsichtlich der untersuchten Charakteristika *nicht* voneinander unterscheiden. In beiden Foren finden sich also vergleichbare Patienten/-gruppen wieder.

Folglich gehen die in den nächsten Abschnitten dargestellten Vorteile des moderierten Forums auf die Moderation bzw. auf das Forum-Konzept zurück.

5.1.5 Aktive Foren-Teilnehmer

Forschungsfragen 1.6 und 1.7: Wieviele der Foren-Teilnehmer verfassen aktiv Beiträge? Ergeben sich Unterschiede hinsichtlich der Menge aktiver Forum-Teilnehmer zwischen dem selbstbestimmten und dem moderierten Forum?

Wie in Abschnitt 5.1.1 bzw. in Tabelle 3 aufgeführt, beteiligen sich im selbstbestimmten Internet-Forum 46 (32 %) von 144 angemeldeten Patienten aktiv und verfassen Beiträge. Im moderierten Forum sind es 33 (43 %) von 76 angemeldeten Patienten, die sich aktiv beteiligen, indem sie Beiträge ins Forum stellen.

Um zu beantworten, ob der genannte Unterschied hinsichtlich der Menge aktiver Forum-Teilnehmer zwischen den Foren signifikant sind, wurde auf der Basis der Nominaldaten und anhand einer 2x2-Kreuztabelle ein Fishers-Exakter-Test (Bortz & Lienert, 1998) durchgeführt. Dieser ergibt, dass die Menge der sich aktiv beteiligenden Patienten im moderierten Forum (33 von 76 Angemeldeten) nicht signifikant anders ist als im selbstbestimmten Forum (46 von 144 Angemeldeten): $p_{\text{(Fisher, zweiseitig)}} > 0,05$ (vgl. Tab. 3).

5.1.6 Beitragszahlen

Forschungsfragen 1.8 und 1.9: Wie groß ist die Beitragsmenge der Forenteilnehmer? Ergeben sich Unterschiede in den Beitragsmengen zwischen dem selbstbestimmten und moderierten Forum?

	Forum 1 (selbstbestimmt)	Forum 2 (moderiert)
Beiträge insgesamt	315	592
- davon Beiträge der Klinik	1 (einmalige Information)	101 (Moderatorin)
- davon Beiträge aktiver Patienten	314	491
Durchschnittliche Beiträge je Patient	6,78	14,76
Durchschnittliche Beiträge pro Tag	0,86	1,34

Tabelle 6: Beitragszahlen der internetbasierten Selbsthilfe-Foren nach jeweils 12 Monaten Laufzeit

Jeder der 46 aktiven Patienten des selbstbestimmten Forums schreibt durchschnittlich lediglich rund 7 Beiträge. Im moderierten Forum verfasst jeder der 33 aktiven Patienten - im Vergleich zum selbstbestimmten Forum - durchschnittlich die doppelte Beitragsmenge (ca. 15 Beiträge pro Patient). Zusammengefasst kann für beide Internet-Foren festgehalten werden, dass die durchschnittliche Beitragszahl bei ca. 7-15 Beiträgen pro Patient liegt, was bei einem Jahr Laufzeit durchschnittlich etwa einen täglichen Beitrag im Forum bedeutet.

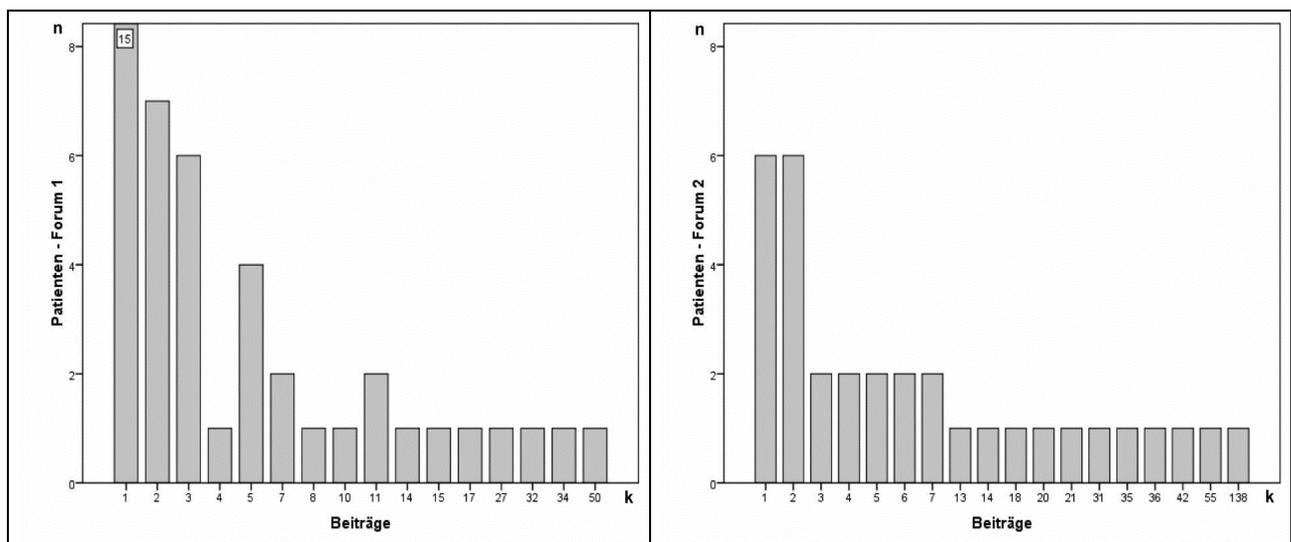


Abbildung 3: Verteilung der Patienten-Beiträge im selbstbestimmten Forum1 und im moderierten Forum 2 [n = Anzahl der Patienten; k = Anzahl der Beiträge]

Um zu klären, ob die durchschnittliche Beitragsmenge pro Patient zwischen den Foren signifikant unterschiedlich ist, wurde auf Grundlage der vorliegenden Intervalldaten (vgl. Tabelle 7) ein T-Test berechnet, wobei die Foren als unabhängige Variable und die Beitragsmenge als die abhängige Variable in die Berechnung eingehen.

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)	T-Test t(df)
Beiträge (Anzahl) pro Patient	6,78 (10,1)	14,76 (26,1)	-1,67' (39)

Tabelle 7: Beitragsmengen der aktiven Foren-Teilnehmer (*Anmerkung:* 'p = 0.10)

Die T-Test-Ergebnisse (eines konservativeren „Tests für ungleiche Varianzen“, da mangelnde Varianzgleichheit vorliegt) zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Forum-Konzepten auf:

Im moderierten Forum ist die durchschnittliche Beitragsmenge pro Patient nicht signifikant größer ($t(39) = -1,67$; $p = 0.10$), obwohl die Moderatorin dort zum Schreiben motiviert hat (vgl. Abschnitt 4.1.4). Dennoch ist den Daten eine Richtung zu entnehmen: Im moderierten Forum verfasst ein Patient tendenziell mehr Beiträge als im unmoderierten Forum.

5.1.7 Beitragsstarke Foren-Teilnehmer

Forschungsfragen 1.10 und 1.11: Haben beitragsstärkere Foren-Teilnehmer typische Charakteristika? Unterscheiden sich die Foren hinsichtlich ihrer Menge an beitragsstarken Teilnehmern?

An dieser Stelle wird nachvollzogen, welche Typika die Patientengruppen der jeweils aktivsten Patienten in beiden Foren auszeichnet. „Beitragstarke Patienten“ sind definiert als die Forum-Teilnehmer, die mehr als 15 Beiträge in ihrem jeweiligen Forum bereitstellen. Im selbstbestimmten Forum sind dies 5 von 46 Patienten. Im moderierten Forum handelt es sich um 9 von 33 Patienten. Als „beitragsarme Patienten“ sind demzufolge Forum-Teilnehmer mit weniger als 15 Beiträgen pro Forum zu verstehen.

Da den deskriptiven Daten zufolge die beitragsstarken wie beitragsarmen Forenteilnehmer grundsätzlich die gleichen soziodemografischen und Diagnose spezifischen Charakteristika haben wie sie in Tabelle 5 für die Gruppen der aktiven Forenpatienten beschrieben sind, wird an dieser Stelle auf Abschnitt 5.1.4 verwiesen.

Einem χ^2 -Test zufolge unterscheiden sich die Foren in diesem Verhältnis von aktiven zu sehr aktiven Patienten (knapp) nicht signifikant: $\chi^2(1) = 3,55$; $p = 0.06$, also $p > 0.05$.

Weiteren Berechnungen zufolge (für Nominaldaten nonparametrische Tests (χ^2 -Test, Fishers-Exakter-Test) sowie für Intervalldaten parametrische T-Tests (ggf. unter Adjustierung des Alpha-Fehlers nach Bonferroni), wobei ein Signifikanzniveau bzw. eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % festgelegt wurde) unterscheiden sich innerhalb des selbstbestimmten Forums die beitragsstarken Patienten *nicht* von den beitragsarmen Patienten hinsichtlich der Charakteristika: Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Beruf, aktuelle berufliche Situation, Partnersituation, Klinik-Aufenthaltsmodus, psychische Gesamtbelastung (SCL-90-R), soziale Unsicherheit (SCL-90-R) und ICD-10-F-Diagnosen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Patientengruppen der beitragsstarken Patienten und beitragsarmen Patienten des moderierten Forums, die sich lediglich bezüglich der Partnersituation signifikant voneinander unterscheiden: $\chi^2(3) = 9,6$; $p < 0.05$. Von den 9 beitragsstarken Patienten im moderierten Forum sind 6 nicht in einer festen Partnerschaft/Ehe. In der Gruppe der beitragsarmen Patienten sind dies lediglich 6 von 24 Personen.

Das unterschiedlich intensive Schreibverhalten ist also nicht auf die meisten der oben untersuchten, klinisch relevanten Kriterien zurückzuführen. Möglicherweise haben jedoch Menschen ohne feste Partnerschaft ein stärkeres Bedürfnis, sich auszutauschen, wofür ihr verstärktes kommunikatives Verhalten ein Indikator sein könnte.

5.1.8 Individuelle Nutzungszeiträume der Foren-Teilnehmer

Forschungsfragen 1.12 und 1.13: Wie groß ist der individuelle Forum-Nutzungszeitraum eines Patienten? Ergeben sich hinsichtlich der Nutzungszeiträume Foren-Unterschiede?

Schließlich wurde der Frage nachgegangen, für welchen individuellen Zeitraum die einzelnen Patienten das Forum innerhalb der Gesamtlaufzeit aktiv nutzten. Der individuelle Nutzungszeitraum wurde definiert als die Anzahl der Tage zwischen dem ersten und letzten Forumbeitrag eines Patienten. Tabelle 8 verdeutlicht, dass die individuellen Nutzungszeiträume Zeitspannen von durchschnittlich 50-60 Tagen umfassen (also maximal zwei Monate), in denen sich die Patienten aktiv am Forumgeschehen beteiligen.

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)	T-Test t(df)
Nutzungszeitraum (in Tagen) jedes aktiven Patienten	51,39 (90,14)	58,73 (68,84)	-0,39' (77)

Tabelle 8: Nutzungszeiträume der aktiven Foren-Teilnehmer (Anmerkung: 'p > 0.05)

Um zu beantworten, ob der durchschnittliche Nutzungszeitraum pro Patient zwischen den Foren signifikant unterschiedlich ist, wurde auf Grundlage der vorliegenden Intervalldaten (vgl. Tabelle 8) ein T-Test berechnet, wobei die Foren als unabhängige Variable und die „Nutzungszeitraum in Tagen“ als die abhängige Variable in die Berechnung eingehen. Der T-Test ergibt, dass sich die durchschnittlichen Nutzungszeiträume jedes Patienten zwischen den Foren nicht signifikant unterscheiden ($t(77) = -0,39$; $p = 0,69$). In jedem der Foren nimmt ein Patient durchschnittlich 50-60 Tage, also maximal zwei Monate aktiv am Forumgeschehen teil.

Den Daten ist ebenfalls zu entnehmen, dass durchschnittlich etwa 6 (mindestens 5 bis zu 8) Patienten im gleichen Zeitraum (durchschnittlich 50-60 Tage) ihr Forum nutzten. Dies entspricht einer typischen Gruppengröße wie sie für Face-to-Face-Selbsthilfegruppen und -Therapiegruppen üblich ist.

5.2 Gesprächsthemen der Internet-Foren

Forschungsfrage 2.1 und 2.2: Werden gesundheitsförderliche Gesprächsthemen besprochen oder findet Small-Talk statt? Ergeben sich hinsichtlich der Gesprächsinhalte Unterschiede zwischen den Foren-Konzepten?

Die deskriptiven Statistiken pro Forum verdeutlichen eine deutliche Überzahl an Äußerungen zu gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen und eine geringe Zahl an Small-Talk-Äußerungen (vgl. Tabelle 9). Grafiken in Abbildung 4 (Anhang 9.2) zeigen auf, dass trotz eines individuellen Schreibverhaltens eine gewisse Varianz der Äußerungen über nahezu alle Patienten besteht, so dass stets mehrere (und nicht einige wenige) Patienten für die Gesprächsinhalte im Forum mit verantwortlich sind.

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)
Äußerungen zu gesundheitsförderlichen Themen (Anzahl)	27,30 (39,47)	73,09 (129,47)
Small-Talk Äußerungen (Anzahl)	1,22 (3,49)	1 (1,85)

Tabelle 9: Anzahl gesundheitsförderlicher und Small-Talk-Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungen vorgestellt, die auf vorliegenden Intervalldaten (vgl. Tabelle 9), einer einfaktoriellen MANOVA für unabhängige Stichproben basieren, wobei die Foren die unabhängige Variable und die „Thematischen Äußerungen“ die abhängige Variable darstellen. Zunächst wurden multivariate Unterschiede anhand von Pillais Spurkriterium geprüft und anschließend univariate *F*-Tests durchgeführt.

Die Berechnungen ergeben, dass der 1. Haupteffekt für die „Thematischen Äußerungen“ über beide Forum-Konzepte signifikant ist (Pillai = .24; $F(1,77) = 24,40$; $p < 0.01$). Der Interaktionseffekt ‚Forum-Konzept*Thematische-Äußerungen‘ (Pillai = .07; $F(1,77) = 5,39$; $p < 0,05$) und der 2. Haupteffekt bezüglich der Forum-Konzepte ($F(1,77) = 4,88$; $p < 0.05$) ergeben ebenfalls signifikante Unterschiede.

Das bedeutet, dass die Patienten in beiden Foren signifikant mehr gesundheitsförderliche Gesprächsthemen haben als dass sie Small-Talk betreiben (vgl. Tabelle 9). Das Forum-Konzept hat jedoch einen signifikanten Einfluss auf die Themen-Menge und die Themen-Gewichtung. Das moderierte Forum weist im Gegensatz zum unmoderierten Forum signifikant mehr gesundheitsförderliche Äußerungen auf sowie ein signifikant günstigeres Themen-Verhältnis: Deutlich mehr gesundheitsförderliche Äußerungen bei äußerst wenig Small-Talk.

Das gleiche Bild bzw. dieselben signifikanten Haupt- und Interaktionseffekte ergeben sich, wenn einerseits die Variable ‚Sonstige Themen‘ (anstelle von ‚Small-Talk‘) als auch andererseits lediglich neutrale und positive Äußerungen in die Berechnung eingehen. Das heißt zum einen, es werden in beiden Foren (und im moderierten Forum deutlich ausgeprägter) signifikant vermehrt gesundheitsförderliche Themen angesprochen als sonstige Themen oder Small-Talk (wie z.B. das Wetter, Feiertage, die Deutsche Rentenversicherung). Zum anderen bedeutet dies, dass sich die oben genannten Effekte bei einer sehr eng gefassten Definition von gesundheitsförderlichen Äußerungen (ausschließlich neutrale und positive Äußerungen) zeigen wie ebenso für eine weiter gefasste Definition ergeben, bei der neben neutralen und positiven Äußerungen auch negative Reflexionen als gesundheitsförderlich gelten. Ein Beispiel einer gesundheitsförderlichen Äußerung mit negativer Qualität wäre „Ich habe bedauerlicherweise für mich herausgefunden, dass Joggen meine Kniegelenke schwer belastet und daher leider als Sportart für mich nicht in Frage kommt.“

Im letzten Schritt wurde für die Variable „Äußerungen zu gesundheitsförderlichen Themen“, bei der der *F*-Test einen signifikanten Effekt anzeigte, die Unterschiede zwischen den Themen (vgl. Tabelle 10) post-hoc mit paarweisen Mittelwertsvergleichen auf statistische Bedeutsamkeit geprüft. Dieses Vorgehen ergab, dass sich bezüglich der folgenden gesundheitsförderlichen Themen signifikante Effekte ($p < 0,05$) und die folgende Aussage ergeben: Im Gegensatz zum selbstbestimmten Forum enthält das moderierte Forum signifikant vermehrt Äußerungen zu den Themen „Symptomatik/Befinden“ ($F(1,77) = 5,47$; $p < 0.05$), „Coping“ ($F(1,77) = 6,81$; $p < 0.05$), „Selbstbild“ ($F(1,77) = 4,6$; $p < 0.05$), „Freizeit“ ($F(1,77) = 4,74$; $p < 0.05$), „Arbeit“ ($F(1,77) = 6,84$; $p < 0.05$), „Finanzielles“ ($F(1,77) = 5,32$; $p < 0.05$) und „Soziales“ ($F(1,77) = 7,36$; $p < 0.01$). Die Themen „Rente“ ($F(1,77) = 0,16$; $p > 0.05$), „Reha-

Seehof“ ($F(1,77) = 1,95$; $p > 0.05$), „Biografie“ ($F(1,77) = 3,67$; $p > 0.05$), „Forum-Bewertung“ ($F(1,77) = 2,75$; $p > 0.05$) und „Offline-Kontakte-Knüpfen“ ($F(1,77) = 0,03$; $p > 0.05$) werden in den Foren *nicht* signifikant unterschiedlich intensiv besprochen (vgl. Tabelle 10).

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)	F-Test F(df)
Reha-Seehof – Äußerungen (Gesamtzahl)	5,15 (6,91)	7,88 (10,44)	1,95 (1,77)
Symptomatik/Befinden – Äußerungen (Gesamtzahl)	5,07 (6,80)	14,55 (26,35)	5,47* (1,77)
Coping – Äußerungen (Gesamtzahl)	4,07 (5,89)	15,36 (28,60)	6,81* (1,77)
Selbstbild – Äußerungen (Gesamtzahl)	,89 (1,30)	2,03 (3,26)	4,6* (1,77)
Freizeit – Äußerungen (Gesamtzahl)	,43 (1,26)	1,85 (4,15)	4,74* (1,77)
Arbeit – Äußerungen (Gesamtzahl)	,87 (1,54)	6,21 (13,77)	6,84* (1,77)
Finanzielles – Äußerungen (Gesamtzahl)	,07 (,25)	1,27 (3,55)	5,32* (1,77)
Rente – Äußerungen (Gesamtzahl)	,11 (,38)	,15 (,57)	0,16 (1,77)
Soziales – Äußerungen (Gesamtzahl)	,74 (1,45)	6,67 (14,76)	7,36* (1,77)
Biografie – Äußerungen (Gesamtzahl)	,24 (,64)	1,58 (4,68)	3,67 (1,77)
Forum-Bewertung – Äußerungen (Gesamtzahl)	4,43 (7,89)	8,27 (12,65)	2,75 (1,77)
Kontakte-Knüpfen – Äußerungen (Gesamtzahl)	2,39 (5,23)	2,21 (3,75)	0,03 (1,77)

Tabelle 10: Anzahl der Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer zu gesundheitsförderlichen Themen

(Anmerkung: * $p < 0.05$. Information: In die Gesamtzahl der gesundheitsförderlichen Themen-Äußerungen gehen neutrale, positive und negative Äußerungen ein. Die insgesamt 8 destruktiven Äußerungen (ausschließlich in Forum 1) kommen in den Kategorien ‚Sonstige Themen‘ und ‚Kontakte-Knüpfen‘ vor und gehen nicht in die auf den folgen Seiten dargestellten Berechnungen ein.)

Die vier, von den Patienten am häufigsten angesprochenen Themen (vgl. Tabelle 10) sind in beiden Foren gleich, wobei sich beim moderierten Forum eine Themen-Rangliste von *Coping*, *Symptomatik* über *Forum-Bewertung* hin zu *Reha-Seehof* abbildet. Hingegen verläuft die Themengewichtung beim unmoderierten Forum in einer anderen Reihenfolge: *Reha-Seehof*, *Symptomatik*, *Forum-Bewertung*, *Coping*.

Dies impliziert, dass sich die Patienten im moderierten Forum verstärkt Gedanken um Coping- bzw. Bewältigungsstrategien machen. Diese werden sogar intensiv in Bezug zur Symptomatik gesetzt, was die hohe, signifikante Korrelation von $r_{\text{Pearson}} = .96$ bei $p < 0.01$ zwischen der als negativ beschriebenen Symptomatik und dem positiv beschriebenen Coping belegt.

Beim selbstbestimmten Forum ergibt sich hierbei hingegen ein schwächerer Zusammenhang, der durch eine mittlere, signifikante Korrelation von $r_{\text{Pearson}} = .64$ bei $p < 0.01$ abgebildet werden kann (vgl. Tabelle 11).

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Korrelation r_{Pearson}	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)	Korrelation r_{Pearson}
Symptomatik - negative Äußerungen (Anzahl)	1,22 (1,50)	.64 **	3,48 (6,54)	.96 **
Coping - positive Äußerungen (Anzahl)	1,09 (1,88)		4,36 (7,70)	

Tabelle 11: Anzahl der Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer zu den Themen *Symptomatik* und *Coping* (Anmerkung: ** $p < 0.01$)

Betrachtet man die Anteile der thematischen Äußerungen jedes Patienten an seiner Äußerungen-Gesamtzahl (vgl. Tabelle 12), zeigt sich, dass durchschnittlich jeder einzelne Patient in etwa die gleichen Themenschwerpunkte setzt, welche sich ebenso bei der Betrachtung des gesamten Forum-Austausches abbilden (vgl. Tabelle 10).

Anteil-Äußerungen jedes Patienten an seiner Äußerungen-Gesamtzahl	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)
Anteil Reha-Seehof – Äußerungen (%)	24,31 (19,74)	17,99 (13,70)
Anteil Symptomatik/Befinden – Äußerungen (%)	18,65 (14,08)	19,95 (7,49)
Anteil Coping – Äußerungen (%)	15,39 (16,94)	17,81 (8,45)
Anteil Selbstbild – Äußerungen (%)	3,38 (5,17)	2,70 (4,26)
Anteil Freizeit – Äußerungen (%)	0,96 (2,90)	2,36 (3,97)
Anteil Arbeit – Äußerungen (%)	2,96 (5,72)	6,40 (6,54)
Anteil Finanzielles – Äußerungen (%)	0,13 (0,68)	0,57 (1,07)
Anteil Rente – Äußerungen (%)	0,58 (3,00)	0,28 (1,21)
Anteil Soziales – Äußerungen (%)	2,45 (5,25)	5,17 (5,21)
Anteil Biografie – Äußerungen (%)	1,44 (5,70)	0,84 (1,69)
Anteil Forum-Bewertung – (%)	11,32 (10,33)	13,14 (10,23)
Anteil Kontakte-Knüpfen – Äußerungen (%)	4,89 (9,56)	4,91 (10,96)

Tabelle 12: Anteile thematischer Äußerungen der Foren-Teilnehmer an ihrer Äußerungen-Gesamtzahl

5.3 Kommunikationsformen in den Internet-Foren

5.3.1 Anonymität der Foren-Teilnehmer

Forschungsfrage 3.1: Kommunizieren die Patienten anonym und ergeben sich hierbei Foren-Unterschiede?

Die Frage, ob die einzelnen Patienten das medienpezifische Nutzungsmerkmal „Anonymität“ nutzen, ob sie also anonym Beiträge verfassen oder aber in Beiträgen oder in ihrem Benutzernamen ihre Identität preisgeben, kann folgendermaßen beantwortet werden: In beiden Foren wird überwiegend anonym geschrieben. Im moderierten Forum verfassen lediglich 4 von 33 und im unmoderierten Forum 5 von 46 aktiven Patienten unter ihrer vollen Identität Texte. Berechnungen anhand einer 2x2-Kreuztabelle und eines Fishers-Exakter-Tests (Bortz & Lienert, 1998) ergeben, dass diese Unterschiede zwischen den Foren *nicht* signifikant sind: p (Fisher, zweiseitig) $> 0,05$. Im moderierten Forum wählten 5 weitere Patienten keinen anonymen Benutzernamen, gaben also ihren vollen Namen an, verfassten jedoch keinerlei Beiträge.

5.3.2 Interaktivität

Forschungsfrage 3.2: Nehmen die Patienten aufeinander Bezug und ergeben sich Foren-Unterschiede hinsichtlich des Interaktionsverhaltens?

Die deskriptiven Daten aus Tabelle 13 verdeutlichen, dass in beiden Foren ein Interaktionsverhalten besteht, bei dem überwiegend auf Beiträge von Mitpatienten geantwortet wird und im Vergleich dazu weniger neue Beiträge verfasst werden.

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 <i>M (SD)</i>	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 <i>M (SD)</i>
neuer Beitrag (Anzahl)	1,91 (2,4)	2,12 (2,1)
Antwort auf Beiträge anderer (Anzahl)	4,87 (8,1)	12,64 (2,4)

Tabelle 13: Anzahl neuer Beiträge und Antwort-Beiträge der aktiven Foren-Teilnehmer

Um zu beantworten, ob die Patienten im jeweiligen Forum aufeinander Bezug nehmen, also mehr Antworten als neue Beiträge verfassen und, ob sich die Foren hinsichtlich der interpersonellen Bezugnahme signifikant unterscheiden, wurde auf Grundlage der vorliegenden Intervalldaten eine einfaktorielle MANOVA für unabhängige Stichproben berechnet, wobei die Foren die unabhängige Variable und die Beitragsart die abhängige Variable darstellen. Zunächst wurden multivariate Unterschiede anhand von Pillais Spurkriterium hinsichtlich ihrer Signifikanz geprüft und anschließend univariate *F*-Tests durchgeführt. Die Berechnungen ergeben, dass der 1. Haupteffekt für die Beitragsart über beide Forum-Konzepte signifikant ist (Pillai = .16; $F(1,77) = 14,65$; $p < 0.01$) wie ebenso der Interaktionseffekt der Interaktionen ‚Forum-Konzept*Beitragsart‘ (Pillai = .06; $F(1,77) = 4,61$; $p < 0,05$). Die Berechnungen ergeben jedoch keinen signifikanten 2. Haupteffekt bzw. keine signifikanten Unterschiede zwischen den Forum-Konzepten ($F(1,77) = 3,56$; $p > 0.05$).

Das bedeutet, dass die Patienten in beiden Foren signifikant mehr aufeinander Bezug nehmen, also signifikant mehr Antwort-Beiträge verfassen, als dass sie neue, isolierte Beiträge schreiben. Der signifikante Interaktionseffekt belegt, dass im moderierten Forum eine günstigere Gewichtung der Beitragsarten vorliegt: Hier werden überwiegend Antworten bei wenig neuen Beiträge verfasst, während im unmoderierten Forum nur wenig mehr Antworten als neue, isolierte Beiträge geschrieben werden.

5.3.3 Stimmungsqualität der Patienten-Äußerungen

Forschungsfrage 3.3: Besteht eher eine konstruktive oder eine destruktive Stimmung im Forum und ergeben sich diesbezüglich Foren-Unterschiede?

Die deskriptiven Daten aus Tabelle 14 verdeutlichen, dass in beiden Foren eine überwiegend konstruktive bzw. neutrale bis positive Grundstimmung besteht. Destruktive Äußerungen werden in beiden Foren gar nicht bis äußerst geringfügig gemacht (Die Rohdaten verdeutlichen, dass es sich um lediglich 8 Äußerungen von 2 Patienten im unmoderierten Forum handelt). Diese neutral-positive Grundstimmung ist jedoch im moderierten Forum deutlich ausgeprägter.

Patienten-Äußerungen mit.....	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)
positiver Qualität (Anzahl)	6,46 (10,36)	18,48 (28,28)
negativer Qualität (Anzahl)	3,65 (4,15)	9,39 (19,73)
neutraler Qualität (Anzahl)	18,41 (30,36)	46,21 (84,29)
destruktiver Qualität (Anzahl)	,17 (0)	,79 (0)

Tabelle 14: Qualitäten der Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer

Um zu beantworten, welche Stimmung vorwiegend die Foren bestimmt und, ob sich die Foren hinsichtlich der Grundstimmung unterscheiden, wurde basierend auf vorliegenden Intervalldaten eine einfaktorielle MANOVA für unabhängige Stichproben berechnet, wobei die Foren als unabhängige Variable und die „Qualität der Patienten-Äußerungen“ als die abhängige Variable in die Berechnung eingehen.

Die Berechnungen ergeben multivariate, signifikante Unterschiede zwischen den Foren nach Prüfung mittels Pillai-Spurkriterium (Pillai = .12; $F(4,74) = 2,54$; $p < 0.05$). Univariate Post-Hoc-F-Tests ergeben signifikante Unterschiede für die Variablen „Positive Äußerungen“ ($F(1,77) = 7,04$; $p < 0.05$) und „Neutrale Äußerungen“ ($F(1,77) = 4,25$; $p < 0.05$). Die Foren unterscheiden sich hingegen hinsichtlich ihrer negativen Patienten-Äußerungen nur tendenziell ($F(1,77) = 3,69$; $p = 0.059$) und hinsichtlich der

destruktiven Patienten-Äußerungen nicht signifikant ($F(1,77) = 1,56$; $p > 0.05$). Den Ergebnissen zufolge weist das moderierte Forum signifikant mehr positive und neutrale Äußerungen und eine tendenziell (jedoch nicht statistisch bedeutsam) größere Menge negativer Äußerungen auf als das unmoderierte Forum.

Bei Betrachtung der deskriptiven Daten stellt sich die Frage, ob die neutral-positive Stimmung von der Mehrheit der teilnehmenden Patienten getragen wird oder von einer Minderheit der Patienten erbracht wird, die sich besonders intensiv beteiligt. Die deskriptiven Statistiken pro Forum (vgl. Tabelle 14 und Abbildungen 5 & 6 in Anhang 9.2) zeigen eine gewisse Varianz der Äußerungen über nahezu alle Patienten und verdeutlichen damit, dass mehrere Forenteilnehmer die neutral-positiven Stimmung aktiv herstellen. Einige Patienten tragen jedoch verstärkt zur Grundstimmung im jeweiligen Forum bei, indem sie insgesamt mehrere oder längere Beiträge schreiben und damit auch vermehrt die darin enthaltenen Stimmungen/Äußerungen im Forum bereitstellen. Aufgrund des individuell unterschiedlich intensiven Schreibverhaltens wurde daher für jede der Qualitäten/Stimmungen (positiv, neutral, negativ, destruktiv) der Anteil von Äußerungen jedes Patienten an seiner Äußerungen-Gesamtzahl berechnet. Betrachtet man die Daten in Tabelle 15, zeigt sich, dass durchschnittlich jeder einzelne Patient dieselben Stimmungsschwerpunkte setzt (vor allem neutral-positiv), welche sich ebenso bei der ganzheitlichen Betrachtung des gesamten Forum-Austausches abbilden (vgl. Tabelle 14).

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 <i>M (SD)</i>	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 <i>M (SD)</i>
Anteil (%) positiver Äußerungen jedes Patienten an seiner Äußerungen- Gesamtzahl	19,26 (14,69)	27,63 (10,23)
Anteil (%) negativer Äußerungen jedes Patienten an seiner Äußerungen- Gesamtzahl	16,10 (12,99)	10,46 (7,47)
Anteil (%) neutraler Äußerungen jedes Patienten an seiner Äußerungen- Gesamtzahl	64,25 (22,05)	60,36 (15,69)
Anteil (%) destruktiver Äußerungen jedes Patienten an seiner Äußerungen- Gesamtzahl	,39 (0)	1,61 (0)

Tabelle 15: Anteile qualitativer Äußerungen der Foren-Teilnehmer an ihrer Äußerungen-Gesamtzahl

Weitere Berechnungen unter Nutzung der Daten aus Tabelle 15 und mittels einer einfaktoriellen MANOVA für unabhängige Stichproben ergeben multivariate, signifikante Unterschiede zwischen den Foren nach Prüfung mittels Pillai-Spurkriterium (Pillai = .19; $F(4,74) = 4,34$; $p < 0.01$). Univariate Post-Hoc-F-Tests ergeben signifikante Unterschiede für die Variablen „Positiver Qualitätsanteil in den Äußerungen der Patienten“ ($F(1,77) = 7,93$; $p < 0.01$) und „Negativer Qualitätsanteil in den Äußerungen der Patienten“ ($F(1,77) = 4,99$; $p < 0.05$). Die Foren unterscheiden sich hingegen hinsichtlich ihrer neutralen Qualitätsanteile in den Gesamtäußerungen nicht ($F(1,77) = 0,75$; $p > 0.05$). Ein ebenso nicht signifikantes Ergebnis liegt für die destruktiven Qualitätsanteile in den Patienten-Gesamtäußerungen vor ($F(1,77) = 1,94$; $p > 0.05$).

Demzufolge haben die Patienten im moderierten Forum einen signifikant größeren Anteil positiver Äußerungen und einen signifikant geringeren Anteil negativer Äußerungen an ihren Gesamtäußerungen als die Patienten im unmoderierten Forum. Die tendenziell größere Gesamtmenge negativer Äußerungen im moderierten Forum kommt also dadurch zustande, dass viele Patienten lediglich einen geringen Anteil ihrer Gesamtäußerungen negativ formulieren (vgl. Tabelle 14). Im unmoderierten Forum wurden insgesamt weniger negative Beiträge verfasst, wobei jedoch durchschnittlich jeder Patient anteilig negativer schreibt.

5.3.4 Emoticons

Forschungsfrage 3.4: Werden im Sinne kompensatorischer Kommunikation Emoticons genutzt und ergeben sich diesbezüglich Foren-Unterschiede?

Die Frage, ob die Patienten im Sinne kompensatorischer Kommunikation Emoticons nutzen, kann bejaht werden (vgl. Tabelle 16).

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 <i>M (SD)</i>	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 <i>M (SD)</i>	T-Test <i>t(df)</i>
Emoticons (Anzahl) pro Patient	4,28 (8,82)	5,09 (12,97)	-0,33' (77)

Tabelle 16: Anzahl genutzter Emoticons der Foren-Teilnehmer (*Anmerkung: 'p > 0.05*)

Um zu klären, ob die durchschnittliche Anzahl an Emoticons zwischen den Foren signifikant unterschiedlich ist, wurde auf Grundlage der vorliegenden Intervalldaten ein T-Test berechnet, wobei die Foren als unabhängige Variable und die „Anzahl der Emoticons“ als die abhängige Variable in die Berechnung eingehen. Der T-Test ergibt, dass die durchschnittlich verwendete Menge an Emoticons pro Patient zwischen den Foren nicht signifikant unterschiedlich ist ($t(77) = -0,33$; $p = 0,74$). In jedem Forum verwendet ein Patient durchschnittlich 4-5 Emoticons während seiner Nutzungszeit und verleiht seinen schriftlichen Äußerungen hiermit zusätzlichen emotionalen Ausdruck. Allerdings ist die Streuung im moderierten Forum recht hoch, so dass davon auszugehen ist, dass einige Patienten deutlich mehr Emoticons einsetzen als andere.

5.3.5 Kommunikationszeiten

Forschungsfrage 3.5: Wann wird vornehmlich kommuniziert und ergeben sich diesbezüglich Foren-Unterschiede?

Um zu beantworten, wann vornehmlich kommuniziert wird, wurden die Beiträge der Patienten vier 6-stündigen Tagesabschnitten zugeordnet, so dass sich die Zeitabschnitte „vormittags“, „nachmittags“, „abends“, „nachts“ ergeben (vgl. Tabelle 17).

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)
Anzahl der Beiträge - vormittags (6-12 Uhr)	2 (4,81)	2,48 (4,46)
Anzahl der Beiträge - nachmittags (12-18 Uhr)	2,46 (4,32)	5,82 (11,59)
Anzahl der Beiträge - abends (18-24 Uhr)	2,22 (2,91)	5,82 (10,86)
Anzahl der Beiträge - nachts (0-6 Uhr)	,15 (,56)	,58 (1,71)

Tabelle 17: Zeitabschnitte aktiver Beteiligung (*Anmerkung*: Anzahl der Foren-Beiträge geordnet nach unterschiedlichen Zeitabschnitten)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungen vorgestellt, die auf vorliegenden Intervalldaten, einer einfaktoriellen MANOVA für unabhängige Stichproben basieren, wobei die Foren die unabhängige Variable und die „Zeitabschnitte aktiver Beteiligung“ die abhängige Variable darstellen.

Zunächst wurden multivariate Unterschiede anhand von Pillais Spurkriterium geprüft und anschließend univariate F -Tests durchgeführt. Die Berechnungen ergeben, dass der 1. Haupteffekt für die „Zeitabschnitte aktiver Beteiligung“ über beide Forum-Konzepte signifikant ist (Pillai = .25; $F(3,75) = 8,103$; $p < 0.01$). Der Interaktionseffekt der Interaktionen ‚Forum-Konzept*Zeitabschnitte-aktiver-Beteiligung‘ (Pillai = .06; $F(3,75) = 1,64$; $p > 0,05$) und der 2. Haupteffekt bezüglich der Forum-Konzepte ($F(1,77) = 3,52$; $p > 0.05$) ergeben keine signifikanten Unterschied. Im letzten Schritt wurden für die Variable „Zeitabschnitte aktiver Beteiligung“, bei der der F -Test einen signifikanten Effekt anzeigte, die Unterschiede zwischen den Zeitabschnitten post-hoc mit paarweisen Mittelwertsvergleichen auf statistische Bedeutsamkeit geprüft. Dieses Vorgehen ergab für beide Foren, dass der nächtliche Zeitabschnitt von 0 bis 6 Uhr signifikant weniger genutzt wurde als alle anderen Zeitabschnitte (p (je paarweiser Vergleich) < 0.01). Die anderen Zeitabschnitte unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. In beiden Foren wird also zu allen Tag- und Abendzeiten ähnlich viel geschrieben.

5.3.6 Asynchronizität

Forschungsfrage 3.6: Wird vornehmlich asynchron oder (nahezu) synchron kommuniziert und ergeben sich diesbezüglich Foren-Unterschiede?

Die Frage, ob die einzelnen Patienten das medienspezifische Nutzungsmerkmal „Asynchronizität“ ihres Forums ausschöpfen oder versuchen, durch zeitliche Verabredungen im Forum nahezu synchron zu kommunizieren, kann folgendermaßen beantwortet werden: In beiden Foren wird überwiegend asynchron geschrieben. Im moderierten Forum stellen lediglich 7 von 33 und im unmoderierten Forum 2 von 46 aktiven Patienten Nahezu-Synchronizität her, indem sie ähnlich einer Chat-Kommunikation zeitgleich im Forum sind und sich unmittelbar auf ihre Beiträge Antworten geben. Berechnungen anhand einer 2x2-Kreuztabelle und eines χ^2 -Tests ergeben, dass diese Unterschiede zwischen den Foren (knapp) signifikant sind: $\chi^2(2) = 5,99$; $p = 0,05$.

Im moderierten Forum wird signifikant vermehrt versucht, sich *zusätzlich* zur weiterhin häufig genutzten asynchronen Kommunikation zu unterschiedlichen Tageszeiten (vgl. Tabelle 17) auch zeitnah und unmittelbar untereinander auszutauschen.

5.3.7 Lurking

Forschungsfrage 3.7: Gibt es ein indirektes Partizipieren/Mitlesen (sog. *Lurking*) und ergeben sich diesbezüglich Foren-Unterschiede?

Weiterhin wurde der Frage nachgegangen, in welchem Ausmaß die Forum-Patienten indirekt partizipierten, indem sie Themen (sog. *Threads*) und darunter verfasste Beiträge in den Foren aufrufen und lasen (sog. *Lurking*). Ein Indikator für das indirekte Partizipieren der Patienten bzw. indirekte Interesse am Forumgeschehen kann die Anzahl der Thread-Aufrufe (von den aktiven wie nicht-schreibenden Patienten) sein.

	Forum 1 eröffnete Threads n = 82 M (SD)	Forum 2, moderiert eröffnete Threads n = 62 M (SD)	T-Test t(df)
Thread-Aufrufe der Patienten (ohne die der Moderatorin)	4,28 (8,82)	5,09 (12,97)	-0,21' (81)

Tabelle 18: Anzahl der Thread-Aufrufe der Foren-Teilnehmer (*Anmerkung: 'p > 0.05*)

Die deskriptiven Daten zeigen, dass die aktiven Patienten je Forum etwa 60-80 Gesprächsthemen eröffnen, zu denen sie ihre Beiträge verfassen. Ein Gesprächsthema (*Thread*) wird durchschnittlich ca. 80 Mal aufgerufen, was für ein indirektes Partizipieren von Forum-Teilnehmern über das Aufrufen/Lesen von Threads bzw. den darunter aufgelisteten Beiträgen sprechen kann.

Die Berechnung eines T-Tests, wobei die Foren als unabhängige Variable und die „Thread-Aufrufe“ als die abhängige Variable in die Berechnung eingehen, ergibt, dass die Unterschiede im Lurking-Verhalten bzw. der Thread-Aufrufe zwischen den Foren *nicht* signifikant sind ($t(81) = -0,21$; $p = 0,84$). In jedem der Foren ruft ein Patient durchschnittlich ca. 80 Mal ein Thema auf. Damit wird deutlich, dass in beiden Foren relativ häufig indirekt partizipiert wird und ein deutliches Interesse an den verfassten Patienten-Beiträgen besteht. Vermutlich kommt diese hohe Zahl der Themenaufrufe maßgeblich durch die nicht-schreibenden Patienten zustande, die damit möglicherweise durch das Lesen von Beiträgen vom Forum profitieren.

5.4 Gruppenwirkfaktoren in den Internet-Foren

5.4.1 Arten gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren

Forschungsfragen 4.1 und 4.2: Bilden sich „*gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren*“ ab (wie z.B. soziale Unterstützung)? Ergeben sich hinsichtlich der „*gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren*“ Unterschiede zwischen den Foren-Konzepten?

Die aufgeführten deskriptiven Statistiken pro Forum (vgl. Tabelle 19 und Abbildung 7 & 8 in Anhang 9.2) verdeutlichen das individuelle Schreibverhalten und eine gewisse Varianz der Äußerungen über nahezu alle Patienten. In beiden Foren werden vorwiegend Äußerungen im Sinne persönlicher Selbstöffnung getätigt (vgl. Tabelle 19), wobei jeder Patient durchschnittlich rund 7 bis 15 Äußerungen zur eigenen Person macht. Das angeleitete Forum weist diesbezüglich eine größere Streuung auf, die darauf hinweist, dass einige Patienten sich häufiger offenbaren als andere. Weiterhin beinhalten durchschnittlich ca. 3 bis 8 Äußerungen eines Foren-Teilnehmers emotionale Unterstützung. Das angeleitete Forum weist hierbei ebenfalls eine größere Streuung auf, die beinhaltet, dass einige Forum-Nutzer häufiger emotionale Unterstützungsinhalte benennen als andere. Geringfügig äußert sich ein Foren-Teilnehmer zur Gruppenkohäsion oder im Sinne informationeller Unterstützung (durchschnittlich ca. 1 bis 3 Äußerungen pro Person).

Gesundheitsförderliche Wirkfaktoren-Äußerungen	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)
Kohäsive Äußerungen (Anzahl)	,63 (1,47)	2,61 (3,59)
Self-Disclosure-Äußerungen (Anzahl)	6,67 (8,31)	14,91 (27,18)
Emotional-Support-Äußerungen (Anzahl)	2,96 (5,48)	8,52 (14,28)
Informational-Support-Äußerungen (Anzahl)	1,11 (2,58)	2,42 (5,51)

Tabelle 19: Anzahl gesundheitsförderlicher Wirkfaktoren-Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnungen vorgestellt, die auf vorliegenden Intervalldaten (siehe Tabelle 19), einer einfaktoriellen MANOVA für

unabhängige Stichproben basieren, wobei die Foren die unabhängige Variable, die „gesundheitsförderlichen Wirkfaktoren“ die abhängige Variable darstellen.

Die Berechnungen ergeben multivariate, signifikante Unterschiede zwischen den Foren nach Prüfung mittels Pillai-Spurkriterium (Pillai = .14; $F(4,74) = 3,10$; $p < 0.05$). Univariate Post-Hoc-F-Tests ergeben signifikante Unterschiede für die Variablen „Kohäsion“ ($F(1,77) = 11,49$; $p < 0.01$) und „Emotional Support“ ($F(1,77) = 5,80$; $p < 0.05$). Für die Variable „Self-Disclosure“ ergibt sich auf dem festgelegten Signifikanzniveau bzw. bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% nur knapp ein nicht-signifikanter Foren-Unterschied: $F(1,77) = 3,75$; $p = 0.056$. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das moderierte Forum signifikant mehr gesundheitsförderliche Wirkfaktoren wie Gruppenkohäsion und emotionale Unterstützung aufweist sowie, dass sich die dortigen Teilnehmer in ihren Beiträgen tendenziell mehr selbst offenbaren. Im Austausch von Informationen unterscheiden sich die Foren hingegen nicht.

Betrachtet man ergänzend die Anteile der „Wirkfaktoren-Äußerungen“ jedes Patienten an seiner Äußerungen-Gesamtzahl (vgl. Tabelle 20), wird ein ähnliches Bild deutlich: Durchschnittlich jeder einzelne Patient setzt in etwa die gleichen Wirkfaktorschwerpunkte, welche sich ebenso bei der Betrachtung des gesamten Forum-Austausches abbilden (vgl. Tabelle 19).

	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)
Anteil (%) Kohäsion-Äußerungen jedes Patienten an seiner Wirkfaktoren-Äußerungen-Gesamtzahl	7,14 (17,81)	10,84 (11,46)
Anteil (%) Self-Disclosure-Äußerungen jedes Patienten an seiner Wirkfaktoren-Äußerungen-Gesamtzahl	64,57 (30,39)	52,78 (18,54)
Anteil (%) Emotional-Support-Äußerungen jedes Patienten an seiner Wirkfaktoren-Äußerungen-Gesamtzahl	18,98 (20,79)	29,85 (18,29)
Anteil (%) Information-Support-Äußerungen jedes Pat. an seiner Wirkfaktoren-Äußerungen-Gesamtzahl	5,83 (11,41)	6,53 (11,40)

Tabelle 20: Anteil der Wirkfaktoren-Äußerungen der Foren-Teilnehmer an ihrer Äußerungen-Gesamtzahl

5.4.2 Inanspruchnahme (Request) oder Bereitstellung (Provide) gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren in den Internet-Foren

Forschungsfragen 4.3 und 4.4: Bildet sich eine vermehrte Inanspruchnahme oder auch Bereitstellung gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren ab? Ergeben sich Foren-Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme oder Bereitstellung von Gruppenwirkfaktoren?

Hinweis: Vergleiche Abschnitt 4.2.2 zur Definition der Kategorien ‚Inanspruchnahme (Request)‘ und ‚Bereitstellung (Provide)‘ gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren.

Die deskriptiven Statistiken je Forum verdeutlichen das individuelle Verhalten und eine gewisse Varianz der Äußerungen über nahezu alle Patienten (vgl. Tabelle 21 und Abbildung 9 in Anhang 9.2). In beiden Foren werden vorwiegend Äußerungen im Sinne gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren bereitgestellt und im Vergleich dazu weniger beansprucht bzw. eingefordert. Jeder Forenteilnehmer bietet diesbezüglich durchschnittlich rund 9 bis 25 Äußerungen an, wobei die Patienten des moderierten Forums hierbei deutlich mehr Initiative zeigen. Auch weist das moderierte Forum in diesem Bereich eine größere Streuung der Äußerungen auf, die darauf hindeutet, dass einige Patienten häufiger Äußerungen im Sinne gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren bereit stellen als andere. Äußerungen, in denen gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren (z.B. emotionale Unterstützung wie z.B. Trost oder Ermutigungen) explizit erfragt werden, werden von Foren-Teilnehmern durchschnittlich nur 2 bis 4 Mal gemacht.

Gesundheitsförderliche Wirkfaktoren-Äußerungen	Forum 1 aktive Nutzer n = 46 M (SD)	Forum 2, moderiert aktive Nutzer n = 33 M (SD)
Provide-Äußerungen (Anzahl)	9,13 (13,17)	24,30 (39,16)
Request-Äußerungen (Anzahl)	2,26 (3,16)	4,33 (9,65)

Tabelle 21: Anzahl der bereitgestellten (*provide*) und gewünschten (*request*) Wirkfaktoren-Äußerungen der aktiven Foren-Teilnehmer

Berechnungen auf Basis der Daten aus Tabelle 21 und zur Frage, ob eher gesundheitsförderliche Wirkfaktoren-Äußerungen angeboten oder aber eingefordert werden, ergeben folgendes: Es zeigen sich bei einer weiteren Berechnung einer einfaktoriellen MANOVA multivariate, signifikante Unterschiede zwischen den Foren nach Prüfung mittels Pillai-Spurkriterium (Pillai = .14; $F(2,76) = 6,16$; $p < 0.05$) sowie anhand univariater Post-Hoc-F-Tests ein signifikanter Unterschied für die Variable „Provide-Äußerungen“ ($F(1,77) = 5,99$; $p < 0.05$). Dies bedeutet, dass die Patienten im moderierten Forum signifikant mehr gesundheitsförderliche Wirkfaktoren-Äußerungen anbieten, also z.B. mehr soziale Unterstützung, Selbstoffenbarung und kohäsive Äußerungen zur Verfügung stellen, als dies im unmoderierten Forum der Fall ist.

5.5 Moderatorenverhalten

Forschungsfrage 5.1: Wie ist das Moderatorenverhalten im angeleiteten Forum?

Im moderierten Forum stellte die Moderatorin (Dipl.-Sozialarbeiterin der Reha-Klinik Seehof) monatlich Diskussionsthemen ins Forum (z.B. zu Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung), die vorab entsprechend als gesundheitsförderliche Gesprächsthemen nach einem Reha-Klinik-Aufenthalt konzipiert wurden (vgl. Abschnitt 4.1.4 & Tabelle 1). Weiterhin regte die Moderatorin regelmäßig z.B. durch Nachfragen und Interessebekundungen zu derlei Beiträgen von Forum-Teilnehmern an.

Die Quantifizierungen in Tabelle 22 geben wieder, dass sich die Moderatorin umfangreich zu gesundheitsförderlichen Themen äußerte, zur Ausbildung einer konstruktiven Gesprächsatmosphäre beitrug und modellhaft Äußerungen im Sinne der gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren bereitstellte.

Tabelle 23 verdeutlicht, dass die Moderatorin im Vergleich zum Durchschnittspatienten deutlich vermehrt kohäsive Äußerungen, emotionale und informationelle Unterstützung im Forum angeboten hat und deutlich verstärkt zu Selbstoffenbarungen der Patienten motivierte (z.B. *„Wie erleben Sie persönlich (...)?“*, *„Was denken Sie über (...)?“*, *„Wie gehen Sie mit (...) um?“*). Auch bot die Moderatorin dosierte, rollenkonforme eigene Selbstoffenbarungen an (z.B. *„Ich finde es super, wie Sie sich unterstützen und die Situation auch von anderen Seiten betrachten.“* oder *„Der Vorteil der Visiten ist für*

mich/uns, dass wir den Patienten noch einmal von einer anderen Seite sehen könne.“). Damit stellte die Moderatorin ein wichtiges Modell für gruppen- und gesundheitsförderliches Verhalten dar.

Äußerungen der Moderatorin (Forum 2, moderiert):	Anzahl
Äußerungen mit positiver Qualität	75
Äußerungen mit negativer Qualität	16
Äußerungen mit neutraler Qualität	218
Äußerungen zu gesundheitsförderlichen Themen (alle Qualitäten)	295
Small-Talk-Äußerungen (alle Qualitäten)	2
Äußerungen zu sonstigen Themen (alle Qualitäten)	12
Reha-Seehof-Äußerungen (gesamt)	48
Symptomatik/Befinden-Äußerungen (gesamt)	45
Coping-Äußerungen (gesamt)	62
Selbstbild-Äußerungen (gesamt)	2
Freizeit-Äußerungen (gesamt)	6
Arbeit-Äußerungen (gesamt)	14
Finanzielles-Äußerungen (gesamt)	3
Rente-Äußerungen (gesamt)	0
Soziales-Äußerungen (gesamt)	16
Biografie-Äußerungen (gesamt)	1
Forum-Bewertung-Äußerungen (gesamt)	89
Kontakte-Knüpfen-Äußerungen (gesamt)	9
Kohäsion - Äußerungen (38 provide & 1 request)	39
Self-Disclosure - Äußerungen (26 provide & 76 request)	102
Emotional Support - Äußerungen (61 provide & 0 request)	61
Informational Support - Äußerungen (17 provide & 6 request)	23

Tabelle 22: Äußerungen der Moderatorin des angeleiteten Forums

Forum 2, moderiert:	aktive Patienten n = 33 M (SD)	Moderatorin n = 1 M (SD)
Kohäsion-Äußerungen (Anzahl), provide	2,55 (3,38)	38 (0)
Self-Disclosure-Äußerungen (Anzahl), provide	11,97 (20,19)	26 (0)
Self-Disclosure-Äußerungen (Anzahl), request	3,03 (7,31)	76 (0)
Informational-Support-Äußerungen (Anzahl), provide	1,48 (3,44)	17 (0)
Emotional-Support-Äußerungen (Anzahl), provide	8,30 (14,08)	61 (0)

Tabelle 23: Wirkfaktoren-Äußerungen der Moderatorin und der Patienten des moderierten Forums

6. Diskussion und Ausblick

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Die beschriebene empirische Untersuchung kann Aussagen über die Art und Weise der Benutzung, die Determinanten und die Effekte der Nutzungssituation der hier untersuchten, internetbasierten Selbsthilfekonzepte (selbstbestimmtes versus moderiertes Internet-Forum Seehof) liefern. Damit können die in Abschnitt 3 gestellten Forschungsfragen wie folgt beantwortet und die Untersuchungsergebnisse bewertet bzw. diskutiert werden:

6.1.1 Patienten-Charakteristika und Foren-Inanspruchnahme

In einem Jahr Forum-Laufzeit können jeweils ca. 8 % der chronisch psychisch Kranken nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt für die Teilnahme sowohl am selbstbestimmten als auch moderierten Internet-Selbsthilfe-Forum rekrutiert werden. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit dem Befund, dass ebenfalls 8 % von 2933 untersuchten Psychosomatik-Patienten eine poststationäre Face-to-Face-Selbsthilfegruppe in Anspruch nehmen (Höflich et al., 2007).

Die Teilnehmer beider Foren unterscheiden sich hinsichtlich einiger weniger soziodemografischer Charakteristika -jedoch *nicht* hinsichtlich der ICD-10-Diagnosen bzw. Psychopathologien- von den Patienten, die nicht an einer Internet-Forum-Selbsthilfe teilnehmen wollen.

Die Patienten, die die beiden Internet-Foren nutzen, sind vorwiegend mit ICD-10-Diagnosen (aus den Bereichen F1, F3, F4 und F6) mit hohen Prävalenzraten (Möller et al., 2005) in die Reha-Klinik Seehof gekommen und somit diesbezüglich als typische, psychisch kranke Rehabilitanden zu betrachten. Bei den Diagnosen handelt es sich vornehmlich um mittelgradige, häufig rezidivierende depressive Episoden, Dysthymia, Anpassungsstörungen (v.a. mit depressiver Reaktion), Angststörungen wie Agoraphobien, Panikstörungen, soziale Phobien, generalisierte Angststörungen als auch somatoforme Störungen. Weiterhin sind hier Persönlichkeitsstörungen (vor allem narzisstische, emotional instabile, ängstliche Persönlichkeitsstörungen) und Störungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkohol, Sedativa) zu nennen.

Insgesamt lässt sich den Ergebnissen zufolge feststellen, dass die Foren-Nutzer im Vergleich zu Nicht-Nutzern tendenziell eher jünger und gebildeter sind, tendenziell einen mindestens einfachen, meist mittleren Beamten-/ Angestelltenstatus besitzen und vornehmlich einen vollstationären Rehabilitationsklinik-Aufenthalt hinter sich haben. Letzteres geht möglicherweise im Gegensatz zu teilstationären Aufenthalten mit einer als eng erlebten Anbindung an die Klinik und Mitpatienten bzw. der Motivation, mit diesen in Kontakt zu bleiben, einher. Dies weckt möglicherweise wiederum vermehrt Interesse, an einem Klinik internen Internet-Forum teilzunehmen. Die Patientencharakteristika „jüngeres Alter“ und „bessere Bildung“ gehen mit den Befunden von Emnid (2006) einher, die belegen, dass Internetdienste tendenziell von eben Personen mit derlei Attributen genutzt werden. Im Vergleich dazu nutzen Personen mit steigendem Alter und geringerer Bildung das Internet weniger bis gar nicht. Beispielsweise nutzen zwar immerhin 70 % der 40-49 Jährigen das Internet, jedoch sind dies bei den 50-59 Jährigen nur noch 57 % usw.. Untersuchungen von älteren Internet-Nutzern (ab 55 Jahre) ergaben, dass die Internetnutzung von Älteren u.a. von der als leicht oder schwer eingeschätzten Benutzbarkeit des Internets, eventueller mentaler Einschränkungen, der Ausprägung an Vorbehalten und Misstrauen sowie den persönlichen Erfahrungen und der mehr oder weniger vorhandenen Selbstwirksamkeit, mit dem Internet zurecht zu kommen, abhängt (vgl. z.B. Lagana, 2008, Gatto, 2008, Adams et al., 2005).

Darüber hinaus sind die Foren-Nutzer überwiegend weiblich, leben tendenziell in einer festen Partnerschaft/Ehe und arbeiten aktuell entweder Vollzeit oder sind arbeitslos. Obwohl die Internetnutzung laut Emnid (2006) immer noch eine Kostenfrage ist (je geringer das Einkommen, desto geringer die Internetnutzung), nutzen auch arbeitslose Patienten das Internet-Forum. Möglicherweise geht deren Teilnahme auf die vermehrte, frei verfügbare Zeit und ein verstärktes Kontakt-/Kommunikationsbedürfnis dieser Patienten zurück. Erfreulich ist das Ergebnis, dass auch trotz einer beruflichen Vollzeit-Tätigkeit im Internet-Forum kommuniziert wird. Mit Blick auf die Inanspruchnahme der Seehof-Foren zu unterschiedlichen Tageszeiten ist plausibel, dass gerade für Berufstätige ein asynchroner Austausch vorteilhaft ist. Bemerkenswert ist, dass überwiegend Frauen die Internet-Seehof-Foren in Anspruch nehmen, da laut Emnid (2006) üblicherweise nur 52% der Frauen und 65% der Männer Internetdienste nutzen.

Der überwiegende weibliche Anteil an der Foren-Nutzerschaft geht in diesem Fall sicherlich darauf zurück, dass insgesamt ca. 80% der Seehof-Patienten Frauen sind.

Die angemeldeten Foren-Patienten nehmen durchschnittlich 50-60 Tage in ihrem Forum teil. Etwa 30-40 % dieser Patienten nutzen dabei ihr internetbasiertes Selbsthilfe-Forum aktiv und schreiben durchschnittlich ca. 7-15 Beiträge. Die Beitragsmenge ähnelt der Häufigkeit von ca. 17 Beiträgen, die via Email im Rahmen einer poststationären Nachsorge für Psychosomatik-Patienten durchschnittlich von jedem Teilnehmer verfasst wurden, wobei die durchschnittliche, mittlere Teilnahme-dauer jedes Patienten mit ca. 108 Tagen in diesem Projekt doppelt so lang war (Wolf, 2006).

Die insgesamt geringe Patienten-Beteiligung von 8 % an einem Internet-Selbsthilfe-Forum als Nachsorge-Maßnahme ist im Vergleich mit den Anmeldungen zur sog. „Intensivierten Rehabilitationsnachsorge“ (IRENA) zu relativieren. Von den insgesamt 2735 von 2004-2006 entlassenen (und auch über das Forum informierten) Patienten haben sich lediglich 3 % (N = 83) für eine (in der Klinik Seehof stattfindenden) IRENA-Nachsorge angemeldet. Im Vergleich zu dieser Zahl erscheint die Menge von 8 % der am Internet-Forum teilnehmenden, chronisch psychisch kranken Reha-Patienten wiederum als erfolgreich und gleichwertig zu den 8 % vergleichbarer Psychosomatik-Patienten, die post-stationäre Face-to-Face-Selbsthilfegruppen nutzen (Höflich et al., 2007). Der überwiegende Verzicht der Foren-Nutzer auf eine Teilnahme an der angebotenen IRENA-Nachsorge, geht möglicherweise auf eine schwer überbrückbare örtliche Entfernung zurück. Im Vergleich hierzu ist erneut der Vorteil der asynchronen Internet-Foren-Kommunikation zu nennen, die örtliche und zeitliche Begrenzungen überwinden kann. Auf eine zu starke Belastung der Patienten geht die mangelnde IRENA-Teilnahme nicht zurück, da die Patienten bei Entlassung lediglich eine geringe Gesamtbelastung sowie geringfügige soziale Unsicherheiten nach SCL-90-R aufweisen.

Die genannten Zahlen geben insgesamt die noch recht geringe Patienten-Beteiligung an poststationären Selbsthilfegruppen wieder. Dennoch hat die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies betrifft auch die Zahl der durchgeführten Leistungen der intensivierten Rehabilitationsnachsorge

(IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund, die sich in den letzten Jahren vervielfacht hat. So kann eine bundesweite Entwicklung von 1964 IRENA-Inanspruchnahmen im Jahr 2000 auf rund 29000 IRENA-Inanspruchnahmen im Jahr 2006 genannt werden (Lindow, 2007).

6.1.2 Gesundheitsförderliche Foren-Gesprächsinhalte

Die u.a. aufgrund durchgeführter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erzielten gesundheitsförderlichen Ergebnisse (z.B. Verhaltensänderungen, Coping-Strategien) konnten mit Hilfe der internetbasierten Selbsthilfe weiterhin gefördert werden. Die Patienten äußern sich in beiden Foren zu „*gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen*“ und betreiben im Kontrast dazu kaum Small-Talk oder sprechen über sonstige, (im engeren Sinn) nicht gesundheitsförderliche Themen. Am meisten tauschen sich die Patienten beider Foren über ihre Symptomatik und Bewältigungsstrategien, ihre Erlebnisse während des gemeinsamen Reha-Klinik-Aufenthalts als auch über den gegenwärtigen Ort des gemeinsamen Austausches -das Internet-Forum Seehof- aus. Besonders wenig wird über Themen der Berentung und Finanzielles gesprochen. Durchschnittlich macht sogar jeder Patient ca. zwei Äußerungen zum Knüpfen von Kontakten über das Forum hinaus, womit die Foren ihr Potenzial zeigen, auch zu weiterreichenden sozialen Kontakten und möglicherweise sozialer Integration anregen zu können. Trotz individuell unterschiedlicher Beitragsmengen sind alle Patienten (und nicht einige wenige) an der Themengewichtung beteiligt, da durchschnittlich jeder Patient anteilig an seiner persönlichen Beitragsmenge dieselben Themenschwerpunkte setzt.

6.1.3 Kommunikationsformen und medienspezifische Aspekte

Mit Blick auf die in Abschnitt 2.4.1 genannten Zusammenhänge von Medienmerkmalen und Kommunikationsszenarien kann festgestellt werden, dass die Internet-Foren Seehof u.a. die medialen Vorteile von einfacher technischer Bedienung und Nutzerfreundlichkeit, Orts- und Zeitunabhängigkeit besitzen sowie das Konzept einer ‚offenen Gruppe‘ unterstützen. Diese Medien- bzw. Internet-Foren-Merkmale werden von den Foren-Teilnehmern genutzt und ausgeschöpft.

Jedes der Foren wird überwiegend anonym, zu unterschiedlichen Tages- und Abendzeiten (vornehmlich zwischen 6 und 24 Uhr) als auch vorwiegend zur asynchronen Kommunikation genutzt, wobei die Patienten interaktiv aufeinander Bezug nehmen und regelmäßig auf Beiträge von Mitpatienten antworten.

Dabei äußern sich die Patienten in ihren Foren-Beiträgen vornehmlich neutral und positiv. Damit schaffen sie eine konstruktive Grundstimmung in beiden Foren, wobei pro Forum ca. 5-9 Patienten verstärkt zu dieser konstruktiven Grundstimmung beitragen, indem sie vermehrt (mehr als 15) Beiträge schreiben. Anteilig an seiner persönlichen Beitragsmenge setzt jedoch auch jeder der übrigen aktiven Patienten dieselben Stimmungsschwerpunkte. Die wenigen bis nicht vorkommenden destruktiven Äußerungen (lediglich 8 Äußerungen von 2 Patienten im unmoderierten Forum) sind als tolerabel einzuschätzen, wenn man diese mit Befunden zu Internet-Phänomenen wie ‚*Flaming*‘ (= polemische, beleidigende, aggressive Kommunikation) und ‚Suizidforen‘ vergleicht (vgl. Alonzo, 2004, Aiken, 2000, Kayany, 1998). Das Phänomen ‚*Flaming*‘ wird Studien zufolge als unabhängig vom Medium gesehen und vielmehr im Zusammenhang mit dem aktuellen Gesprächsthema (u.U. stark einstellungsbezogenen wie „Politik“ oder „Religion“) und dem (u.U. stark differierenden) sozialen Kontext der Teilnehmer gesehen. Für die Seehof-Patienten hat hier möglicherweise der gemeinsame Erfahrungshintergrund in derselben Reha-Klinik einen gemeinsamen sozialen Kontext und Gesprächsrahmen geschaffen, der die ‚*Flaming*‘-Wahrscheinlichkeit reduzierte.

Ein weiteres wichtiges Charakteristikum des Internet-Forums Seehof - im Gegensatz zu anderen Internet-Foren des WWW – wird damit deutlich: Durch die Zugangsbeschränkung auf ehemalige Klinik-Seehof-Patienten kommen ausschließlich Forum-Teilnehmer zusammen, die den gleichen Erfahrungshintergrund aus dem Klinikaufenthalt teilen und nun ähnliche (unter Umständen zeitintensive) Herausforderungen der Reintegration in den Alltag nach dem Klinikaufenthalt bewältigen müssen.

Im Sinne kompensatorischer Kommunikation verwendet jeder Patient durchschnittlich ca. 4-5 Emoticons und verleiht seinen schriftlichen Äußerungen damit zusätzlichen emotionalen Ausdruck im Forum. Neben dem direkten schriftlichen Austausch gibt es in beiden Foren auch ein vergleichbar häufiges Aufrufen von Foren-Themen und darin

enthaltenen Beiträgen, was ein Indikator für ein indirektes Partizipieren bzw. Mitlesen (sog. *Lurking*) von Beiträgen sein könnte. In beiden Foren wird ein Forum-Thema (z.B. „Ich stelle mich vor“) mit seinen darunter verfassten Beiträgen durchschnittlich 80 Mal aufgerufen und vermutlich auch gelesen. Insgesamt haben sich lediglich bei 10 der Foren-Patienten vorübergehende technische Fragen oder Unklarheiten ergeben, die via Email-Kontakt und umgehend mit der technischen Administratorin geklärt werden konnten.

Die genannten medialen Typika vermitteln maximale Flexibilität der (bei Bedarf anonymen) Teilhabe, so dass zu jeder Zeit Patienten im Forum schreiben, sich neue Teilnehmer anmelden als auch ebenso zeitlich flexibel austreten können. Vorteilhaft für die Zielgruppe des Forums Seehof ist weiterhin, dass es keine Notwendigkeit eines hohen Kommunikationstempos gibt. Im Chat beispielsweise wäre hingegen ein zügiges Schreiben bzw. Tippen auf der Tastatur günstig. Ebenso haben die thematische Ordnung der Patienten-Beiträge in sog. *Threads* sowie deren Archivierung den Vorteil der Nachhaltigkeit der Kommunikationsinhalte.

Im Vergleich zu anderen Internetdiensten werden beim Internet-Forum demzufolge relativ geringe Internet-Nutzungskompetenzen der Teilnehmer vorausgesetzt. Dies ist für die Zielgruppe der älteren Reha-Patienten (M: 47 Jahre, SD: 9) als günstig zu bewerten, da laut Emnid (2006) mit zunehmendem Alter weniger Personen (zwar 70% der 40-49 Jährigen aber nur 57% der 50-59 Jährigen usw.) online sind, was u.a. auf Vorbehalte gegenüber der Internet-Benutzbarkeit, mangelnde Erfahrung und einer tendenziell gering ausgeprägten Selbstwirksamkeit, mit dem Internet zurecht zu kommen, zurückzuführen ist (vgl. z.B. Lagana, 2008, Gatto, 2008, Adams et al., 2005).

Insgesamt können mit Blick auf die qualitativ sinnvollen Kommunikationsinhalte der Internet-Foren Seehof bisherige Befunde der CvK-Forschung gestützt werden (vgl. Abschnitt 2.5): Internet basierte Kommunikation (und in diesem Fall Internet-Selbsthilfe) kann klinisch relevanten Zielen dienen, indem ein durchaus befriedigender Online-Austausch von den Patienten hergestellt wird (u.a. kompensatorisch durch das Verschriftlichen von persönlichen Themen und durch den Einsatz von Emoticons).

6.1.4 Gesundheitsförderliche Foren-Gruppenwirkfaktoren

Die Patienten beider Foren tragen maßgeblich zur Ausbildung von „*gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren*“ bei. Hier sind in beiden Foren vor allem die Wirkfaktoren „Self-Disclosure“ und „Emotionale Unterstützung“ von Bedeutung. Im Vergleich dazu machen die Foren-Patienten weniger explizite Äußerungen zur Gruppen-Kohäsion. Auch geben oder wünschen sie weniger gegenseitige informationelle Unterstützung. Insgesamt sind in beiden Foren erfreulicherweise keine destruktiven Ausprägungen von Gruppenwirkfaktoren zu finden (entsprechend Tab. 2 also z.B. keine Bevormundungen, Abweisungen o.Ä.).

Ebenso werden insgesamt mehr Äußerungen zu Gruppenwirkfaktoren bereitgestellt als gefordert. Beispielsweise wird emotionale Unterstützung (also z.B. Anteilnahme, Trost, Ermutigungen) häufig untereinander zur Verfügung gestellt und wird (möglicherweise deshalb) so gut wie gar nicht erbeten. Auch an dieser Stelle sind alle aktiven Patienten (und nicht einige wenige) trotz individuell unterschiedlicher Schreibmengen an der Wirkfaktorengewichtung beteiligt, indem durchschnittlich jeder Patient anteilig an seiner persönlichen Beitragsmenge dieselben Wirkfaktorenschwerpunkte setzt.

Damit sind die ausgetauschten Inhalte und Gruppenwirkfaktoren als im Dienste einer weiteren Gesundheitsförderung stehend und als sinnvoll einzuschätzen.

6.1.5 Konzeptionelle Unterschiede bzw. Einfluss der Moderation:

Den empirischen Ergebnissen zufolge kann festgehalten werden, dass sich die hier untersuchten, internetbasierten Selbsthilfekonzepte (selbstbestimmtes vs. moderiertes Internet-Forum) hinsichtlich der o.g. Aspekte voneinander unterscheiden:

Das moderierte Forum erwies sich insgesamt als kommunikativer und vermehrt in der Lage, den Austausch gesundheitsförderlicher Inhalte hervorzubringen sowie hilfreiche Prozesse im Sinne „gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren“ in Gang zu setzen.

Da sich die Patientengruppen in den Foren nicht voneinander unterscheiden (vgl. Abschnitt 5.1.4), stellt die Moderation die wesentliche Determinante für die verbesserte Forum-Nutzungssituation bzw. für den verstärkten und qualitativ sinnvollen Austausch

unter den Patienten dar. Die folgenden Vorteile des moderierten Forums sind also auf die Moderation und nicht auf Patientenmerkmale zurückzuführen:

Infolge der Anregungen der Moderatorin entwickelte sich eine durchschnittlich (jedoch nur auf einem 10%-Signifikanzniveau statistisch bedeutsame) größere Beitragsmenge pro Patient als im selbstbestimmten Forum. Im moderierten Forum liegt ebenfalls ein günstigeres Interaktionsverhalten vor. Hier werden überwiegend Antworten und wenig neue Beiträge verfasst, während im selbstbestimmten Forum nur wenig mehr Antworten als neue Beiträge geschrieben werden. Weiterhin weist das moderierte Forum signifikant mehr positive und neutrale Äußerungen und eine tendenziell größere Menge negativer Äußerungen auf als das selbstbestimmte Forum. Die Patienten im moderierten Forum haben dabei jedoch einen signifikant größeren Anteil positiver und einen signifikant geringeren Anteil negativer Äußerungen an ihren Gesamtäußerungen als die Patienten im selbstbestimmten Forum. Diese überwiegend konstruktive und auch bezüglich persönlicher Belastungen offene Grundstimmung ist im moderierten Forum deutlich ausgeprägter. Im moderierten Forum versucht zudem eine kleine Gruppe von 7 Patienten signifikant vermehrt, sich *zusätzlich* zur weiterhin häufig genutzten asynchronen Kommunikation (zu unterschiedlichen Tageszeiten) auch zeitnah und unmittelbar untereinander auszutauschen, indem sie sich zeitlich zum nahezu-synchronen Austausch im Forum verabreden.

Das Forum-Konzept hat ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Menge und die Gewichtung von Gesprächsthemen. Das moderierte Forum weist im Gegensatz zum selbstbestimmten Forum signifikant mehr gesundheitsförderliche Äußerungen auf sowie ein signifikant günstigeres Themen-Verhältnis: Deutlich mehr gesundheits-förderliche Äußerungen bei äußerst wenig Small-Talk. Dabei äußern sich die Patienten im moderierten Forum signifikant vermehrt und (wie oben geschildert) inhaltlich konstruktiv zu den Themen „Symptomatik/Befinden“, „Selbstbild“, „Freizeit“, „Arbeit“, „Finanzielles“ und „Soziales“ als dies im selbstbestimmten Forum der Fall ist. Diese Themen spiegeln relevante, gesundheitsförderliche Entwicklungsbereiche (vgl. z.B. DRV: Der ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, 2001, 2007), die erfreulicherweise von den Patienten mit Blick auf ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft besprochen werden. Bemerkenswerterweise stehen im moderierten Forum negative Äußerungen zur

Symptomatik und zum Befinden stark im Zusammenhang mit positiv beschriebenen Coping- bzw. Bewältigungsstrategien.

Bezüglich der hilfreichen Prozessvariablen „gesundheitsförderliche Wirkfaktoren“ verdeutlichen die Ergebnisse, dass das moderierte im Gegensatz zum selbstbestimmten Forum signifikant verstärkt Gruppenkohäsion und emotionale Unterstützung aufweist und, dass sich die dortigen Teilnehmer in ihren Beiträgen tendenziell vermehrt selbst offenbaren, mehr von sich persönlich preis geben. Dabei stellen sich die Patienten im moderierten Forum signifikant mehr gesundheitsförderliche Wirkfaktoren-Äußerungen zur Verfügung, bieten also z.B. mehr soziale Unterstützung, Selbstoffenbarung und kohäsive Äußerungen an, als dies im selbstbestimmten Forum der Fall ist. Die insgesamt geringe Menge an kohäsiven Äußerungen gibt Anlass zu Überlegungen, dass die von den Teilnehmern möglicherweise durchaus erlebte Kohäsion in der Foren-Gemeinschaft zwar nicht verschriftlicht wird, sich jedoch vielmehr in dem hohen Ausmaß an Rückantworten bzw. Bezugnahmen aufeinander und die deutliche Ausprägung anderer Gruppenwirkfaktoren (wie z.B. Self-Disclosure und emotionale Unterstützung) ausdrückt, denen in der Regel eine gewisse Kohäsion zugrunde liegt (Fiedler 1999, Zielke, 1994).

Den Untersuchungsergebnissen zufolge wird die Tendenz ersichtlich, dass ein moderiertes Internet-Selbsthilfe-Forum dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Nachsorge im Anschluss an einen Aufenthalt in einer psychosomatischen Reha-Klinik näher kommt. Die in Abschnitt 2.4.2 dargestellten empirischen Befunde geben ebenfalls erste Hinweise darauf, dass eine Betreuung von Internet basierten Selbsthilfegruppen durch ‚Professionals‘ (geschultes Fachpersonal) einen konstruktiven Einfluss auf das Gruppengeschehen und damit sinnvoll für das Ermöglichen gesundheitsförderlicher Effekte sein kann (vgl. z.B. Andersson et al., 2005, Johnsen et al., 2002, Ben-Ari, 2002, Humphreys et al., 2000, Maton et al. 1989).

Zu bedenken ist jedoch: Je intensiver eine Betreuung oder Führung in einem Selbsthilfekontext stattfindet, desto mehr findet zum einen eine Entfernung vom reinen Selbsthilfekontext hin zu einem sog. Unterstützungskonzept statt (Borgetto, 2004), zum anderen wird ein solches Konzept damit auch kosten- und arbeitsintensiver für den Anbieter (z.B. eine Reha-Klinik), der Arbeitskräfte hierfür bereit stellen muss.

6.2 Diskussion der Methodik:

Den Untersuchungsergebnissen zufolge ist insbesondere das moderierte Internet-Selbsthilfe-Konzept vorteilhaft für eine gesundheitsförderliche Nachsorge nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt. Da in diese Untersuchung jedoch nur eine moderierte Internet-Selbsthilfegruppe bzw. nur eine Moderatorin eingeht, stehen die Untersuchungsergebnisse auch in engem Zusammenhang mit dem persönlichen Verhaltensstil dieser Person. Verhalten sich künftige Moderatoren in vergleichbaren Internet-Foren und bei vergleichbaren Patientengruppen entsprechend der hier eingesetzten Moderatorin, ist von ähnlich konstruktiven und Ziel führenden Effekten auszugehen. In den Abschnitten 4.1.4 & 5.5 wird das Verhalten der Moderatorin konkretisiert. Das erstellte Kategoriensystem hat als Messinstrument eine angemessene Reliabilität (vgl. Abschnitt 4.2.6) und entspricht damit einem guten Qualitätsstandard, so dass die Ergebnisse der Inhaltsanalyse als ausreichend objektiv und die Anwendung des Kategoriensystems als ausreichend invariant gelten können.

Die Inhaltsanalyse kann demzufolge valide und verlässliche Aussagen über die Vorkommenshäufigkeit und Ausrichtung der untersuchten Konstrukte/Kategorien sowie Aussagen über den Erfolg des Internet-Forums bzw. über die Eigeninitiative von ehemaligen Patienten der Reha-Klinik Seehof bei ihrer gesundheitsbezogenen Stabilisierung und Weiterentwicklung machen. Die ausgeführte Inhaltsanalyse liefert jedoch keine Aussagen darüber, wie intensiv ein gesundheitsförderliches Thema in einem Patienten-Beitrag beleuchtet wurde, wie oberflächlich oder weitgehend persönliche Selbstoffenbarungen, soziale Unterstützungen oder kohäsive Äußerungen der Patienten waren. Es kann aber beantwortet werden, ob, wie oft und in welcher Qualität (positiv, negativ etc.) über einzelne gesundheitsförderliche Themen gesprochen wurde. Das entwickelte Kategoriensystem ist gerade so anspruchsvoll und komplex konzipiert worden, dass es die Forschungsfragen ausreichend beantworten kann bzw. die in der Problemstellung formulierten theoretischen Konstrukte angemessen auf der Objektebene erfasst und in eine adäquate Datenstruktur übersetzt.

Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist eine gesundheitsförderliche Entwicklung und Stabilisierung von Bereichen wie z.B.: Symptomatik/Befinden, Coping, soziale Kontakte, Berufsleben usw. (vgl. z.B. ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, DRV, 2001), die u.a. durch erinnernde und weiterführende Gespräche hierzu erhalten und verstetigt

werden können. Diese empirische Untersuchung lässt offen, ob bestimmte, in den Internet-Foren benannte, gesundheitsförderliche Einsichten oder Verhaltensweisen exakt während des Reha-Aufenthalts in der Klinik Seehof erworben wurden oder möglicherweise davor oder danach. Denn anhand der Vorkommenshäufigkeit und Ausrichtung der besprochenen gesundheitsförderlichen Themen ist nicht genau messbar, ob diese Themen, Inhalte und Erkenntnisse ausschließlich aus dem Reha-Aufenthalt in der Klinik Seehof stammen. Wesentlich ist jedoch, dass die Reha-Klinik Seehof einen konstruktiven Austausch gesundheitsförderlicher Themen (hier via Internet-Selbsthilfe) auch nach Behandlungsende fördert. Es kann argumentiert werden, dass auch eine konstruktive Beschäftigung mit gesundheitsförderlichen Themen vorliegt, wenn diese sich auf die Vergangenheit vor dem letzten Reha-Klinik-Aufenthalt beziehen. Diese konstruktive Beschäftigung mit gesundheitsförderlichen Themen konnte durch die Erfassung der Qualität der Äußerungen abgebildet werden. So ist messbar, dass ein selbstverantwortlicher, konstruktiver Austausch und damit eine gesundheitsförderliche Nachsorge stattfinden. Damit hat die Reha-Klinik Seehof maßgeblich dazu beigetragen, eine gesundheitsförderliche Nachsorge im Rahmen internetbasierter Selbsthilfe umzusetzen.

Hinsichtlich der Repräsentativität muss die Selbstselektion der Patienten als Einschränkung mitbedacht werden. Die ausgewerteten Daten sind nicht repräsentativ für *alle* psychisch chronisch kranken Patienten der Reha-Klinik Seehof oder vergleichbarer Reha-Kliniken.

6.3 Perspektiven:

Die Auswertung der textbasierten Patientenbeiträge und des Nutzungsverhaltens aus den Internet-Selbsthilfeforen gibt Auskunft darüber, dass derartige internetbasierte Selbsthilfekonzepte eine verstärkte Eigeninitiative von chronisch psychisch kranken Patienten bei einem konstruktiven Umgang mit ihren Erkrankungen und damit einer gesundheitsförderlichen Nachsorge nachkommen können. Demzufolge kann es sinnvoll sein, derlei internetbasierte Selbsthilfe- bzw. Nachsorgekonzepte von Seiten der Klinik Seehof oder anderer Rehabilitationskliniken für chronisch psychisch Kranke zu unterstützen. Hiefür hat sich insbesondere ein moderiertes Internet-Selbsthilfe-Konzept als vorteilhaft erwiesen.

Internet basierte Nachsorge und Internet-Selbsthilfekonzeppte (hier in Form eines Internet-Forums) beinhalten sowohl die genannten Potenziale, aber auch die in der Arbeit benannten Risiken (z.B. destruktiver Kommunikation) und Begrenzungen. Zu diskutieren ist, dass die untersuchten Internet-Selbsthilfeprojekte der Klinik Seehof für eine (bislang) lediglich geringe Nutzerschaft installiert, technisch als auch inhaltlich betreut wurden. So ist den Daten zufolge zu bedenken, dass möglicherweise mehrere Reha-Patienten (u.a. aufgrund ihres tendenziell höheren Lebensalters) mangelnde Computer-/Internetenerfahrung aufweisen und möglicherweise deshalb eine Nutzung des Internet-Forums scheuen. Für das Erreichen einer umfangreicheren Patienten-Beteiligung wäre möglicherweise hilfreich, den Patienten ein technisches Training inklusive einer Einführung in eine den Gruppenzusammenhalt fördernde Art der Online-Kommunikation noch während ihres Klinik-Aufenthalts anzubieten. In diesem Training könnten die Patienten erste technische und kommunikative Internet-Erfahrungen sammeln, Unsicherheiten beseitigen und aufkommende Fragen klären. Weiterhin wäre auch eine Vermittlung rechtlicher Themen vorstellbar, beispielsweise eine Aufklärung über das Urheberrecht bzw. darüber, dass es nicht gestattet ist, Forum-Beiträge zu kopieren und diese an anderer Stelle (z.B. auf Websites) zu veröffentlichen.

Laut Emnid (2006) ist jedoch eine langsam aber stetig wachsende Internet-Nutzerschaft auch höheren Lebensalters festzustellen. Diese Entwicklung kann perspektivisch auch einen wachsenden Bedarf hinsichtlich Internet basierter Nachsorge bzw. hinsichtlich des Internet-Forums Seehof der tendenziell älteren Reha-Patienten beinhalten.

Innerhalb der hier untersuchten Internet-Foren-Konzeppte wären auch weitere technische Optimierungen denkbar, die möglicherweise einen positiven Einfluss auf eine verstärkte Patienten-Beteiligung haben könnten. Denkbar wäre, den Forum-Teilnehmern auch zu gestatten, Bilder und Fotos auf technisch unkomplizierte Weise im Forum hoch zu laden. Diese sind jedoch überwiegend urheberrechtlich geschützt wie ebenso Artikel, Songtexte o.Ä. aus dem Internet, was einen behutsamen Umgang mit dieser technischen Funktion erfordert. Sicherheitshalber sollten deshalb lediglich persönlich erstellte Fotos und Bilder im Forum veröffentlicht werden. Andernfalls ergibt sich das Risiko für den Forum-Betreiber (hier Klinik Seehof), gegen das Urheberrecht zu verstoßen, eine Abmahnung und eventuell Klage aufgrund eines Urheberrechtsverstoßes zu erhalten und entsprechende Handlungen zur Beseitigung der

Rechtsverletzung (z.B. Löschen der hochgeladenen urheberrechtlich geschützten Bilder) einleiten zu müssen (Telemediengesetz, Internetrecht).

Insgesamt geht jede Bereitstellung eines Internet-Angebots für ehemalige Patienten durch die Klinik mit rechtlicher, technischer und therapeutischer Verantwortung einher. Um dieser umfassenden Verantwortung gerecht zu werden und im Falle des Auftauchens therapeutischer Krisen, dem Begehen von Rechtsverletzungen seitens der Patienten sowie technischer Probleme (z.B. des Servers) zügig handeln zu können, bedarf es Klinik-Mitarbeiter. Es bedarf eines technischen Administrators, eines Krisendienstes für den Fall akuten Handlungsbedarfs und ggf. eines geschulten Forum-Moderators, der regelmäßig am Internet-Austausch teilnimmt und beispielsweise rechtzeitig destruktive Interaktionen regulieren oder Rechtsverletzungen korrigieren kann (z.B. urheberrechtlich geschütztes Foto wieder entfernen).

Forschungsperspektivisch wären weitere systematische Vergleiche von internet-basierten Selbsthilfe-Konzepten untereinander (z.B. verschiedener Mediendienste) als auch mit konventioneller Face-to-Face-Selbsthilfe aufschlussreich, um beantworten zu können, welches möglicher Selbsthilfe-Konzepte am effizientesten bezüglich einer Nachsorge bzw. weiterführenden Gesundheitsförderung ist. Auf der methodischen Ebene wäre hierbei interessant, künftig zu erfassen, wie reflektiert, umfassend, intensiv (oder aber oberflächlich) die einzelnen Patienten-Äußerungen zu gesundheitsförderlichen Themen und Gruppenwirkfaktoren sind. Dies könnte über die hier genannten Untersuchungsergebnisse hinaus weitere Auskunft über die Intensität einer Gesundheitsförderung, also auch über eine weitergehende Ergebnisqualität eines (moderierten oder selbstbestimmten) Internet-Selbsthilfe-Forums geben.

Da (u.a. dieser empirischen Untersuchung zufolge) die Tendenz ersichtlich ist, dass eine professionelle Betreuung in einer Internet-Selbsthilfegruppe der gesundheitsförderlichen Nachsorge dienlich sein kann, wäre die Weiterentwicklung und Untersuchung von Internet-Unterstützungskonzepten mit intensiverer Betreuung interessant. Denkbar wäre hier auch die Umsetzung und Untersuchung eines Konzepts, das eine Kombination aus einem konventionellen Austausch bei vereinzelt Präsenzveranstaltungen und einem episodischen, Internet basierten Austausch beinhaltet. Derlei Konzepte finden in Bereichen der Hochschullehre oder betrieblichen

Weiterbildung bereits erfolgreich ihre Anwendung, werden als sog. ‚Blended Learning‘ oder ‚Hybrides Lernen‘ bezeichnet und im Rahmen von psychologischer Lehr- und Lernforschung näher erforscht (vgl. z.B. Moriz, 2008).

Empfehlung:

Da die ausgetauschten Inhalte und Gruppenwirkfaktoren in den Internet-Foren als im Dienste einer weiteren Gesundheitsförderung nach einem Reha-Klinikaufenthalt stehend und damit als sinnvoll einzuschätzen sind, kann die Implementation und Durchführung von Internet-Selbsthilfeforen für psychosomatische Reha-Kliniken als eine Variante rehabilitativer Nachsorge empfohlen werden. Von den zwei untersuchten Selbsthilfe-Konzepten ist insbesondere das Konzept „moderiertes Internet-Forum“ zu empfehlen, da es sich -bedingt durch das in der Arbeit beschriebene Moderationsverhalten- insgesamt als kommunikativer und vermehrt in der Lage erwies, den Austausch gesundheitsförderlicher Inhalte hervorzubringen sowie hilfreiche Prozesse im Sinne „gesundheitsförderlicher Gruppenwirkfaktoren“ in Gang zu setzen.

Für die Zielgruppe der psychosomatisch erkrankten, mitunter nach dem Klinikaufenthalt wieder berufstätigen Reha-Patienten konnte belegt werden, dass die medialen Vorteile wie Asynchronizität, Nutzungsmöglichkeiten zu unterschiedlichen Tageszeiten, Interaktivität und Anonymität die Teilnahme an einer Internet-Selbsthilfegruppe ermöglicht und erleichtert.

Im Vergleich zum IRENA-Nachsorgeangebot ist eine Internet-Nachsorge als kostengünstiger anzusehen. Eine wöchentliche IRENA-Nachsorgegruppe wirft monatlich Kosten von ca. 900 Euro und mehr auf, die von der DRV getragen werden. Finanziert werden müssen das Arbeitshonorar eines approbierten Psychotherapeuten für die Durchführung der Gruppensitzungen (90-120 min), Aufnahme- und Abschlussgespräche mit Patienten (50 min), Antragstellungen, Dokumentationen sowie die Raummiete (vgl. DRV, 2007b). Eine Beispielrechnung: Geht man von monatlich 4 Sitzungen à 10 Teilnehmer aus, kostet das $4 \times 10 \times 23 = 920$ Euro. Die DRV bezahlt für jeden Patienten zusätzlich noch 2 Einzelgespräche à 44 Euro. Für ein moderiertes Internet-Forum bedarf es etwa ein Drittel bis die Hälfte der oben genannten monatlichen Kosten, also ca. 300 bis 450 Euro. Diese umfassen den wöchentlichen Stundenlohn der Moderatorin (hier Dipl.-Sozialarbeiterin der Klinik, mit einem Stundensatz von ca. 30

Euro/Arbeitsstunde), die Druckkosten der „Internet-Forum-Informationsblätter“ für die Patienten, die ihnen bei Entlassung mitgegeben werden, und die regelmäßigen Aufgaben des technischen Administrators (inkl. regelmäßigen Backups der Daten und eventueller Installationen von Programmneuerungen). Die Installation des Internet-Forums kann entweder auf dem vorhandenen Server der Reha-Klinik oder auf einem über das Internet angebotenen (ggf. kostenlosen) Server erfolgen.

Ergänzend zu dieser Kosten-Kalkulation wäre künftig jedoch der therapeutische Nutzen der IRENA-Nachsorgegruppe im Vergleich zum moderierten Internet-Seehof-Forum zu untersuchen, um eine umfassende Kosten-Nutzen-Bilanzierung aufzustellen. Unabhängig hiervon, kann ein Internet-Selbsthilfeforum jedoch vor allem für Patienten indiziert sein, die beispielsweise aufgrund ihres Wohnortes, ihrer Berufstätigkeit oder dem Schweregrad ihrer Erkrankung von einer zeit- und ortsunabhängigen Nachsorge profitieren können.

7. Zusammenfassung

Bei chronisch psychisch kranken Patienten besteht die Notwendigkeit einer Langzeitbewältigung ihrer Erkrankungen. Nach einer stationären, psychosomatischen Rehabilitation stehen sie vor der Aufgabe, eine weitergehende Förderung, Verstetigung und Verbesserung von erworbenen Bewältigungs- und Kompensationsstrategien sowie deren Transfer in den Alltag zu gewährleisten. Zur Unterstützung werden hierfür Nachsorgeaktivitäten (z.B. Selbsthilfegruppen) von Rehabilitationskliniken empfohlen. Das Projekt Internet-Forum Seehof wurde für das Rehabilitationszentrum Seehof (DRV) bzw. die Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik konzipiert und bietet allen chronisch psychisch kranken Patienten bei Entlassung eine Nachsorge in Form einer zeit- und ortsunabhängigen Internet-Selbsthilfe an. Zunächst wurde für o.g. Patienten (n = 1842) ein selbstbestimmtes Internet-Forum Seehof als reines Selbsthilfeangebot konzipiert und installiert. Nach 1 Jahr Durchführungszeitraum wurde ein zweites, identisches, moderiertes Internet-Selbsthilfeangebot - also erweitert um eine inhaltliche Moderatorin/Diskussionsleiterin - für ebenfalls 1 Jahr mit einer neuen, vergleichbaren Patientengruppe (n = 893) durchgeführt und wissenschaftlich untersucht. Die Moderatorin stellte gesundheitsförderliche Diskussionsthemen (z.B. zu Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung) bereit, regte zu konstruktiven Textbeiträgen und Interaktionsverhaltensweisen an.

Ziele der Untersuchung: Die empirische Untersuchung soll Daten bzw. Aussagen über die Art und Weise der Benutzung, die Determinanten und die Effekte der Nutzungssituation in den Internet-Selbsthilfe-Foren liefern. Beantwortet werden soll zunächst, ob, inwiefern und von welchen Patienten internetbasierte Selbsthilfe nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt genutzt wird. Ebenso interessiert, ob die u.a. aufgrund durchgeführter medizinischer Reha-Maßnahmen erzielten gesundheitsförderlichen Behandlungsergebnisse (z.B. Verhaltensänderungen, Coping-Strategien) mit Hilfe von Internet-Selbsthilfe weiterhin gefördert werden können. D.h., ob z.B. Interventionen (nach-)besprochen werden, sich ein Informationsaustausch und klärende Gespräche hierzu zeigen (=„*gesundheitsförderliche Gesprächsthemen*“) sowie gegenseitige Versicherungen oder Motivierung zum weiteren Durchführen gelernter Fertigkeiten und Maßnahmen bzw. gegenseitige soziale Unterstützung stattfinden (= „*gesundheitsförderliche Gruppenwirkfaktoren*“). Außerdem wird untersucht, ob sich die Internet-Selbsthilfeangebote (selbstbestimmtes vs. moderiertes Internet-Forum) hinsichtlich der o.g. Aspekte unterscheiden.

Methode: Ein entsprechend vorab formulierter Forschungsfragen entwickeltes Kategoriensystem erfasst das Vorkommen, den Umfang und die Ausrichtung (z.B. konstruktiv, destruktiv) von gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen (z.B. über Bewältigungsstrategien), von gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren (z.B. emotionale Unterstützung) und typischen Medienmerkmalen (z.B. Anonymität) in den Internet-Foren bzw. den textbasierten Patientenbeiträgen. Die für die einzelnen Kategorien des Kategoriensystems berechneten Reliabilitäts- bzw. Cronbachs-Alpha-Koeffizienten liegen zwischen $r=.82$ und $r=.95$ (bei jeweils $p < 0.01$).

Ergebnisse: Im selbstbestimmten Internet-Forum haben sich von 1842 informierten Patienten 144 (8%) angemeldet. 46 (32 %) der angemeldeten Patienten haben Beiträge geschrieben. Im moderierten Internet-Forum haben sich von 893 informierten Patienten 76 (8,5 %) angemeldet und 33 (ca. 43 %) der angemeldeten Patienten haben aktiv und damit tendenziell (jedoch nicht signifikant) mehr Beiträge verfasst, als dies im selbstbestimmten Forum der Fall ist. Im Vergleich zur Beteiligungsrate von etwa 8% in den Internet-Foren zeigte sich in demselben einjährigen Untersuchungszeitraum eine geringere Patientenbeteiligung von lediglich 3% an der IRENA-Nachsorgegruppe, die „face-to-face“, orts- und zeitgebunden in der Reha-Klinik Seehof stattfindet. Die Nutzer beider Foren sind bezüglich soziodemografischer Merkmale und ICD-10-Diagnosen (vorwiegend aus den Bereichen F1, F3, F4 und F6) vergleichbar. Die Foren-Nutzer beider Foren unterscheiden sich hinsichtlich der ICD-10-F-Diagnosen *nicht* von den Nicht-Nutzern (weisen somit typische Diagnosen psychisch kranker Rehabilitanden auf), sind im Vergleich zu Nicht-Nutzern jedoch signifikant jünger, überwiegend weiblich, gebildeter, arbeiten aktuell entweder Vollzeit oder sind arbeitslos, besitzen tendenziell einen mindestens einfachen, meist mittleren Beamten-/Angestelltenstatus und haben vornehmlich einen vollstationären Rehabilitationsklinik-Aufenthalt hinter sich. Die Foren-Nutzer nehmen durchschnittlich 50-60 Tage in ihrem Forum teil, verfassen durchschnittlich ca. 7-15 Beiträge (im moderierten Forum ist die Beitragsmenge tendenziell, jedoch nicht signifikant größer), schreiben überwiegend anonym und vorwiegend asynchron zu unterschiedlichen Tages- und Abendzeiten. Dabei nehmen sie interaktiv aufeinander Bezug, antworten signifikant mehr auf Beiträge von Mitpatienten, als dass sie neue Beiträge schreiben. Sie schaffen in ihren Foren-Beiträgen eine vornehmlich neutral-positive Grundstimmung, die im moderierten Forum signifikant ausgeprägter ist als im selbstbestimmten Forum. In beiden Foren äußern sich die Patienten signifikant mehr zu „*gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen*“, als dass sie Small-Talk betreiben. In beiden Foren tragen die Patienten maßgeblich zur Ausbildung von „*gesundheitsförderlichen Gruppenwirk-faktoren*“ bei. Im Gegensatz zum selbstbestimmten Forum zeigen sich im moderierten Forum zum einen signifikant mehr Äußerungen zu gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen, zum anderen bilden sich signifikant verstärkt „*gesundheits-förderliche Wirkfaktoren*“ aus (Gruppenkohäsion, emotionale Unterstützung und Selbstöffnung der Teilnehmer).

Schlussfolgerung: Da die ausgetauschten Inhalte und Gruppenwirkfaktoren in den Internet-Foren als im Dienste einer weiteren Gesundheitsförderung nach einem Reha-Klinikaufenthalt stehend einzuschätzen sind, kann die Nutzung von Internet-Selbsthilfeforen als eine Variante rehabilitativer Nachsorge empfohlen werden. Das Konzept „moderiertes Internet-Forum“ ist insbesondere zu befürworten, da es sich als kommunikativer und vermehrt in der Lage erwies, den Austausch gesundheitsförderlicher Inhalte und Prozesse hervorzubringen. Für die Zielgruppe der psychosomatisch erkrankten, mitunter nach dem Klinikaufenthalt wieder berufstätigen Reha-Patienten konnte belegt werden, dass die medialen Vorteile wie asynchrone (zeitverschobene) Kommunikation, Nutzungsmöglichkeiten zu unterschiedlichen Tageszeiten, Interaktivität und Anonymität die Teilnahme an einer (hier Internet-) Selbsthilfegruppe ermöglichen und erleichtern können.

8. Literatur

- (1) Adams, N., Stubbs, D., & Woods, V. (2005). Psychological barriers to Internet usage among older adults in the UK. *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, 30, 3-17.
- (2) Aiken, M. & Waller, B. (2000): Flaming among first-time group support system users. *Information and Management*, 37 (2), 95-100.
- (3) Alao, A., Soderberg, M., Pohl, E., & Lolaalao, A. (2006). Cybersuicide: Review of the role of the Internet on suicide. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 489-493.
- (4) Alonzo, M. & Aiken, M. (2004): Flaming in Electronic Communication. *Decision Support Systems*, 36 (3), 205-213.
- (5) Alpers et al. (2005). Evaluation of computerized text analysis in an Internet breast cancer support group. *Computers in Human Behavior*, 21, 361-376.
- (6) Alpers, G., Winzelberg, A. & Taylor, C.B. (2003). Internetgruppen für Brustkrebspatientinnen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 207- 228). Göttingen: Hogrefe.
- (7) Andersson, G., Bergström, J., Hollondare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(5), 456-461.
- (8) Angermeyer, M. C. & Klusmann, D. (Hrsg.) (1989). Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Springer: Berlin
- (9) ARD/ZDF-Online-Studie (2006). [im Internet unter: www.daserste.de/service/studie.asp]
- (10) Barak, A., Boniel-Nissim, M., & Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior*, 24, 1867-1883.
- (11) Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet. *Computers in Human Behavior*, 23, 971-984.
- (12) Bardone-Cone, A. M., & Cass, K. M. (2006). Investigating the impact of pro-Anorexia Websites: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 14, 256-262.
- (13) Barrera, M. J., Glasgow, R. E., McKay, H. G., Boles, S. M., & Feil, E. G. (2002). Do Internet-based support interventions change perceptions of social support? An experimental trial of approaches for supporting diabetes self-management. *American Journal of Community Psychology*, 30, 637-654.
- (14) Bauer, S. & Kordy, H. (2008). *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer.
- (15) Beaudoin, C. E., & Tao, C. (2007). Benefiting from social capital in online support groups: An empirical study of cancer patients. *CyberPsychology & Behavior*, 10, 587-590.
- (16) Becker, K., Mayer, M., Nagenborg, M., EL-Faddagh, M., & Schmidt, M. H. (2004). Parasuicide online: Can suicide websites trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 111-114.
- (17) Ben-Ari, A.T. (2002). Dimensions and predictions of professional involvement in self-help groups. *Health and Social Work*, 5(1), 1-11.
- (18) Berufsverband Deutscher Psychologen (2001). Online-Qualitätszeichen. *Report Psychologie*, 9.

- (19) Bewick, B. M., Trusler, K., Mulhern, B., Barkham, M., & Hill, A. J. (2008). The feasibility and effectiveness of a web-based personalised feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: A randomised control trial. *Addictive Behaviors*, *33*, 1192-1198.
- (20) Borgetto, B. (2002). *Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- (21) Borgetto, B. (2004). *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland*. Göttingen: Hans Huber.
- (22) Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Baos, R. M., Quero, S., & Guillen, V. (2008). An Internet-based self-help program for the treatment of fear of public speaking: A case study. *Journal of Technology in Human Services*, *26*, 182-202.
- (23) Bortz, J. & Döring, N. (1999, 2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- (24) Brähler, E. & Eichenberg, C. (2007). Nothing tastes as good as thin feels. Einschätzungen zur Pro-Anorexia-Bewegung im Internet. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, *(57)*, 269-270.
- (25) Broom, A. (2005). The eMale: Prostate cancer, masculinity and online support as a challenge to medical expertise. *Journal of Sociology*, *41*, 87-104.
- (26) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, BAR (2006). ICF-Praxisleitfaden. Frankfurt am Main: BAR. [im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de]
- (27) Burgmer, M. & Spielberg, R. (2000). Psychotherapie im Internet? *Psychother Dialog*, *1*, 77-81
- (28) Burri, M., Baujard, V., & Etter, J.-F. (2006). A qualitative analysis of an Internet discussion forum for recent ex-smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, *8*, 13-19.
- (29) Bull, S., Gaglio, B., McKay, H., & Glasgow, R. (2005). Harnessing the potential of the Internet to promote chronic illness self-management: Diabetes as an example of how well we are doing. *Chronic Illness*, *1*, 143-155.
- (30) Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., Marie Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1321-1333.
- (31) Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Dev, P., & Taylor, C. B. (2002). Improving compliance in on-line, structured self-help programs: Evaluation of an eating disorder prevention program. *Journal of Psychiatric Practice*, *8*, 14-20.
- (32) Chou, C., Condrón, L., & Belland, J. C. (2005). A review of the research on Internet addiction. *Educational Psychology Review*, *17*, 363-388.
- (33) Commission of the European Communities (2002). eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. *Journal of Medical Internet Research*, *4*(3).
- (34) Connolly, T. Jessup, L.M. & Valacich, J.S. (1990). Effects of Anonymity and Evaluative Tone on Idea Generation in Computer-Mediated Groups. *Management Science*, *36*(6), 689-703.
- (35) Crowell, C. R. (2007). Review of cyberbullying and cyberthreats: Responding to the challenge of online social cruelty, threats and distress. *Journal of Moral Education*, *36*, 539-541.
- (36) Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- (37) DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse (1998). DAK-Gesundheitsbarometer Selbsthilfegruppen. DAK, Hamburg [im Internet unter: www.dak.de]

- (38) Döring, N. (2000). Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (S. 509-548). Göttingen: Hogrefe.
- (39) Döring, N. (2000b). Computervermittelte Kommunikation als therapeutisches Medium. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 117-127). Göttingen: Hogrefe.
- (40) Döring, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*. Göttingen: Hogrefe.
- (41) DRV (2005). *Reha-Zentrum Seehof - Qualitätsbericht 2005*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- (42) DRV (2001, 2007). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- (43) DRV (2007b). *Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge „IRENA“*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- (44) Eichenberg, C. & Ott, R. (2003). Informationen über psychische Störungen im Internet. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 21- 46). Göttingen: Hogrefe.
- (45) Eichenberg, C. (2003). Internetbasierte Hilfe für Betroffene psychischer Störungen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 173-189). Göttingen: Hogrefe.
- (46) Emnid (2006). *(N)Onliner Atlas 2006*. TNS Infratest.
- (47) Feigelman, W., Gorman, B. S., Chastain Beal, K., & Jordan, J. R. (2008). Internet support groups for suicide survivors: A new mode for gaining bereavement assistance. *Omega*, 57, 217-243.
- (48) Fiedler, P. (1999). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- (49) Finfgeld, D. L. (2000). Therapeutic groups online: The good, the bad, and the unknown. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 241-255.
- (50) Fogel, S. C. (1998). HIV- Related Internet news as professional and social support tools. *Health Care on the Internet*, 2, 79-90.
- (51) Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version – (SCL-90-R). Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- (52) Frei, A., Erenay, N., Dittmann, V., & Graf, M. (2005). Paedophilia on the Internet - A study of 33 convicted offenders in the Canton of Lucerne. *Swiss Medical Weekly*, 135, 488-494.
- (53) Früh, W. (2004). *Inhaltsanalyse*. Konstanz: UVK.
- (54) Funke, J., Stumpf, M., Weichselgartner, E. & Wilkening, F. (2003). Qualitätssicherung im Bereich neuer Medien durch Einführung von Qualitätskriterien. In R. Ott & C. R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 99-113). Göttingen: Hogrefe.
- (55) Gatto, S. L., & Tak, S. H. (2008). Computer, Internet, and e-mail use among older adults: Benefits and barriers. *Educational Gerontology*, 34(9), 800-811.
- (56) Ginossar, T. (2008). Online participation: A content analysis of differences in utilization of two online cancer communities by men and women, patients and family members. *Health Communication*, 23, 1-12.
- (57) Grawe, K. (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. Urban & Schwarzenberg: München
- (58) Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2007, 76 (4), 219-225.

- (59) Häcker, H. & Stapf, K.H. (1998). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Hans-Huber
- (60) Halves, E., Itzwerth, R. & Wetendorf, H.W. (1984). Erfahrungen mit der Methode ‚teilnehmende Beobachtung‘ in Gesundheitsselbsthilfegruppen. Versuch einer systematischen Erarbeitung von methodischen und gruppenspezifischen Aspekten. *Gruppendynamik*, 15, 197-212.
- (61) Haupt, E. & Dehlbrück, H. (1998). *Rehabilitationsmedizin*. München: Urban & Fischer
- (62) Hausner, H., Hajak, G., Spießl, H. (2008). Gender differences in help-seeking behavior on two Internet forums for individuals with self-reported depression. *Gender Medicine*, 5, 181-185.
- (63) Hatzidimitriadou, E. (2002). Political ideology, helping mechanisms and empowerment of mental health self-help/mutual aid groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12(4), 271-285.
- (64) Hildingh, C. et al. (1995). Social support in self-help groups, as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin. *International Journal of Nursing Stud.*, 32, 224-232.
- (65) Hildingh, C. et al. (1994). Experience of social support among participants in self-help groups related to coronary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 219-226.
- (66) Höflich, A., Matzat, J., Meyer, F., Knickenberg, R.J., Bleichner, F., Merkle, W., Reimer, C., Franke, W., Beutel, M. E. (2007). Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psycho-therapeutische Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57 (5), 213-220.
- (67) Houston, T. K., Cooper, L. A., & Ford, D. E. (2002). Internet support groups for depression: A 1-year prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2062-2068.
- (68) Humphreys, K., Winzelberg, A. & Klaw, E. (2000). Psychologists' ethical responsibilities in the Internet-based groups: Issues, strategies, and a call for dialogue. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 493-496.
- (69) Janig, H. (2001). Kompetenzerleben und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Selbsthilfegruppenteilnehmern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie & Psychotherapie*, 49(1), 72-87.
- (70) Janson, M. P., Alessandrini, E. S., Strunjas, S. S., Shahab, H., El-Mallakh, R., & Lippmann, S. B. (2001). Internet-observed suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 478.
- (71) Johnsen, J. A. K., Rosenvinge, J. H., & Gammon, D. (2002). Online group interaction and mental health: An analysis of three online discussion forums. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 445-449.
- (72) Kayany, J. M. (1998). Contexts of uninhibited online behavior: flaming in social newsgroups on Usenet. *Journal of the American Society for Information Science*, 49(12), 1135-1141.
- (73) Kiesler, S., Siegel, J. & McGuire, T.W. (1984): Social psychological aspects of computer-mediated communication. *American Psychologist*, 39, 1123-1134.
- (74) King, S. A., & Moreggi, D. (2007). Internet self help and support groups: The pros and cons of text-based mutual aid. In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications* (pp. 221-244). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- (75) Klaw, E., Huebsch, P. & Humphreys, K. (2000). Communication patterns in an online mutual help group for problem drinkers. *Journal of Community Psychology*, 28(5), 535-546.
- (76) Knaevelsrud, C. , Jager, J. & Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*, 14(3), 174-184.

- (77) Kobelt, A., Schmid-Ott, G., Künsebeck, H.-W., Grosch, V.E. & Lamprecht, F. (1998). Ambulante Rehabilitation zur Nachbereitung stationärer Psychotherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 44, 13-18.
- (78) Kogler, A., Kogler, L., Seipel, R.; Harb, B. M. (2005). Von Mensch zu Mensch ins Internet - Die Online-Beratung des IPVt. *Psychologie in Österreich*, 25 (1), 21-27.
- (79) Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S. & Bauer, S. (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik: Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. *Psychotherapeut*, 51, 144-153.
- (80) Korsukéwitz, C. (2003). Die Bedeutung von Patienten-Selbstverantwortung und Selbsthilfe. *Prävention und Rehabilitation*, 15(2), 81-86.
- (81) Krumboltz, J.D. & Potter, B. (1980). Verhaltenstherapeutische Techniken für die Entwicklung von Vertrauen, Kohäsion und Zielorientierung in Gruppen. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- (82) Lagana, L. (2008). Enhancing the attitudes and self-efficacy of older adults toward computers and the Internet: Results of a pilot study. *Educational Gerontology*, 34, 831-843.
- (83) Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (349-373). Göttingen: Hogrefe
- (84) Lieberman, M. A. (2008). Effects of disease and leader type on moderators in online support groups. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 2446-2455.
- (85) Lieberman, M. A., Winzelberg, A., Golant, M., Wakahiro, M., DiMinno, M., Aminoff, M., Christine, C. (2005). Online support groups for Parkinson's patients: A pilot study of effectiveness. *Social Work Health Care*, 42, 23-38.
- (86) Linden, M. (2005). Stationäre psychosomatische Rehabilitation. In R.-M. Frieboes et al. (Hrsg.), *Rehabilitation psychischer Störungen* (S. 332-352). München: Elsevier.
- (87) Linden, M., Lind, A., Fuhrmann, B. & Irle, H. (2005b). Wohnortnahe Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 44(2), 82-89.
- (88) Linden, M. (2003a). Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation bei depressiven Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 63, 285-294.
- (89) Lindow, B., Klosterhuis, H. & Naumann, B. (2007). Ambulante Rehabilitation - ein Versorgungsbereich profiliert sich. *RV aktuell* (7), 206-213.
- (90) Lipczinska, S. (2007). Discovering the cult of Ana and Mia: A review of pro-anorexia websites. *Journal of Mental Health*, 16, 545-548.
- (91) Maton, K.I. et al. (1989). Factors affecting the birth and death of mutual-help groups: The role of national affiliation, professional involvement, and member focal problem. *American Journal of Community Psychology*, 17(5), 643-67.
- (92) Manz, R. (1994). Zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Integration für psychische Erkrankungen. Regensburg: Roderer.
- (93) Mettler von Meibom, B. (1994): *Kommunikation in der Mediengesellschaft. Tendenzen, Gefährdungen, Orientierungen*. Berlin: Sigma.
- (94) Meyer, F., Roth, H., Höflich, A., Matzat, J., Kresula, A., Stein, A., Franke, W. & Beutel, M. E. (2008). Selbsthilfegruppen im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychotherapeut*, 53 (3), 198-205

- (95) Mitchell, K. J. & Wells, M. (2007). Problematic Internet experiences: Primary or secondary presenting problems in persons seeking mental health care? *Social Science & Medicine*, 65, 1136-1141.
- (96) Mo, P. K. H., & Coulson, N. S. (2008). Exploring the communication of social support within virtual communities: A content analysis of messages posted to an online HIV/AIDS support group. *CyberPsychology & Behavior*, 11, 371-374.
- (97) Moeller, M. L. (1996). *Selbsthilfegruppen. Anleitungen und Hintergründe*. Reinbeck: Rowohlt
- (98) Moeller, M. L. (1984). *Psychologisch-Therapeutische Selbsthilfegruppen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- (99) Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- (100) Moriz, W. (2008). *Blended-Learning: Entwicklung, Gestaltung, Betreuung und Evaluation von E-Learningunterstütztem Unterricht*. Berlin: Books on Demand.
- (101) Neuenschwander, M. & Rüesch, P. (2004). Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung. In: Rössler, W. (Hrsg.). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer Verlag
- (102) Nevonon, L., Mark, M., Levin, B., Lindström, M., & Paulson-Karlsson, G. (2006). Evaluation of a new Internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 463-468.
- (103) Norris, M. L., Boydell, K. M., Pinhas, L., & Katzman, D. K. (2006). Ana and the Internet: A review of pro-anorexia Websites. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 443-447.
- (104) Pew Research Center (2005). *The Mainstreaming of Online Life*. [im Internet unter: <http://pewresearch.org/pubs>].
- (105) Polomano, R. C., Droog, N., Purinton, M. C. P., & Cohen, A. S. (2007). Social support web-based resources for patients with chronic pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 21, 49-55.
- (106) Preece, J., Nonnecke, B., Andrews, D. (2004). The top five reasons for lurking: improving community experiences for everyone, *Computers in Human Behavior*, 20(2), 201-223.
- (107) Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- (108) Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer
- (109) Revenstorf, D. (1992). Richtungen und Ansätze der Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.). *Klinische Psychologie* (Bd.2, S. 303-360). Stuttgart: Kohlhammer.
- (110) Salem, D.A., Bogat, G.A. & Reid, C. (1997). Mutual Help Goes On-Line. *Journal of Community Psychology*, 25(2), 189-207.
- (111) Sanders, C. E., Field, T. M., Diego, M., & Kaplan, M. (2000). The relationship of Internet use to depression and social isolation among adolescents. *Adolescence*, 35 (138), 237-242.
- (112) Schepank, H. (1995). *Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- (113) Schielein, T., Schmid, R., Dobmeier, M. & Spießl, H. (2008). Selbsthilfe aus dem Cyberspace? Eine Analyse von Internet-Foren für Patienten mit bipolar affektiven Störungen. *Psychiatrische Praxis*, 35(1), 28-32.

- (114) Schön, M. (2005). *Problemkonstellationen in Selbsthilfegruppen aus der Perspektive professioneller Selbsthilfeunterstützer*. München: Grin.
- (115) Shaw, M., & Black, D. W. (2008). Internet addiction: Definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 22, 353-365.
- (116) Shaw, B.R. et al. (2000). Experiences of women with breast cancer: exchanging social support over the CHES computer network. *Journal of health communication*, 5, 135-159.
- (117) Spielberg, R. & Ott, R. (1999). Psychotherapie und Beratung im Netz: Was geht, was geht nicht? *Psychomed*, 11, 123-128.
- (118) Stegbauer, C. (2000). Begrenzungen und Strukturen internetbasierter Kommunikationsgruppen. In C. Thimm (Hrsg.), *Soziales im Netz* (S. 18-38). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- (119) Stewart, M.K. et al. (2001). Group support for couples coping with a cardiac condition. *Journal Adv. Nursing*, 33, 190-199.
- (120) Sozialgesetzbuch V (2006). *Gesetzliche Krankenversicherung*. DTV-Beck.
- (121) Sozialgesetzbuch IX (2006) *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. DTV-Beck.
- (122) Tanis, M. (2009). Online social support groups. In A. Joinson, K. McKenna, T. Postmes & U. Reips (Eds.), *The Oxford handbook of Internet psychology* (pp. 139-154). Oxford, UK: Oxford University Press.
- (123) Taylor, C.B. & Luce, K.H. (2003). Computer- and Internet-Based Psychotherapy Interventions. *Current Directions of Psychological Science*, 12(1), 18-22.
- (124) Toro, P.-A., Rappaport, J. & Seidman, E. (1987). Social Climate Comparison of Mutual Help and Psychotherapeutic Groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 430-431.
- (125) Tschuschke, V. (1993). *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- (126) Veiel, H.O. & Baumann, U. (1992). *The meaning and measurement of social support*. Washington: Hemisphere.
- (127) VDR (2006). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- (128) Vogel, R. (1990). *Gesprächselbsthilfegruppen. Interviews mit Aussteigern und Dabeigeblienen*. Berlin: Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie, Fachbereich Gesellschafts- und Planungs-wissenschaften der Technischen Universität Berlin.
- (129) Wahrig-Burfeind, R. (2002). *Wahrig Fremdwörterlexikon*. Gütersloh: Bertelsmann.
- (130) Walther, J.B. (1992). Interpersonal Effects in Computer-Mediated Interaction: A Relational Perspective. *Communication Research*, 19, 52-90.
- (131) Wendt, T. (2003). Indikationen, Leistungen und Ergebnisse von Selbsthilfegruppen in der Kardiologie. *Prävention und Rehabilitation*, 15(2), 65-74.
- (132) World Health Organisation (2003). *Adherence to long-term therapies: policy for action*. Genf: WHO.
- (133) World Health Organisation (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*. Genf: WHO.

- (134) Winzelberg, A.J. (1997). The analysis of an electronic support group for individuals with eating disorders. *Computer in human behavior*, 19(3), 393-407.
- (135) Winzelberg, A.J. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 346-350.
- (136) Wituk, S. et al. (2002). Factors contributing to the survival of self-help groups. *American Journal of Community Psychology*, 30, 349-366.
- (137) Wolf, M., Maurer, W.-J., Dogs, P. & Kordy, H. (2006). E-Mail in der Psychotherapie - ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 138-146.
- (138) Wolf, M., Zimmer, B. & Dogs, P. (2008). Chat- und E-Mail-Brücke: nachsorge nach stationärer Psychotherapie. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 219-235). Heidelberg: Springer.
- (139) Wollert, R.W. (1986). Psychosocial helping processes in a heterogeneous sample of self-help groups. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 5(1), 63-76.
- (140) Yalom, I.D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- (141) Zielke, M. & Sturm, J. (1994): *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

9. Anhang

9.1 Patienten-Instruktion zum Internet-Forum Seehof

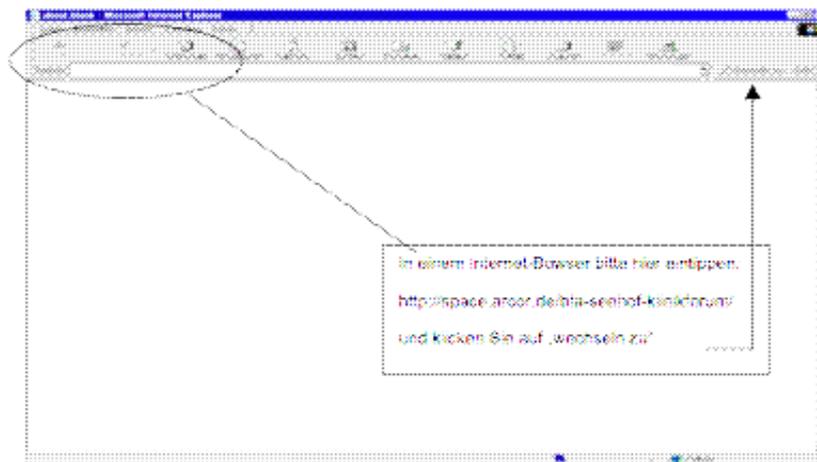
Das Forum Seehof

Mittels des Forums Seehof können sich ehemalige Patienten des Reha-Zentrums Seehof schriftlich untereinander im Internet austauschen. Sie können eigene Texte verfassen und an das Forum schreiben oder auf Beiträge (Fragen, Antworten, Erlebnisberichte usw.) anderer Teilnehmer antworten. Sie können sogar ganze Themen, über die Sie sich austauschen möchten, zur Diskussion stellen.

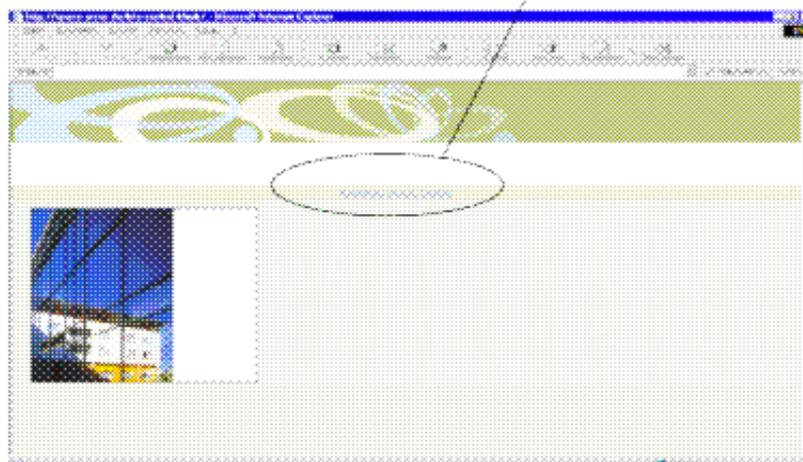
Erläuterungen - „Schritt für Schritt“

Voraussetzung für den Besuch des Forums ist lediglich ein Computer mit Internetzugang.

Schritt 1 – Das Forum finden: 1. Stellen Sie bitte eine Internetverbindung her und geben Sie in einen Internet-Browser (z.B. „Microsoft Internet Explorer“) folgende Adresse ein: <http://space.arcor.de/bfa-seehof-klinikforum/>



2. Klicken Sie dann auf „Eintritt ins Forum Seehof“



und schon erscheint das Forum Seehof... (siehe Schritt 2)

Schritt 2 – Anmeldung: Sie sehen nun das Forum. Wenn Sie Nachrichten lesen oder schreiben wollen, müssen Sie sich bitte einmalig (!) anmelden. Klicken Sie auf den Link „Anmelden“ und geben Sie folgende Daten an:

1. Einen **Benutzernamen** Ihrer Wahl (dieser Name erscheint als Absender später im Forum - z.B. wenn Sie etwas ans Forum schreiben oder jemandem antworten). Sie können auch anonym bleiben, indem Sie sich einen Phantasie-Namen ausdenken.
2. Ihre **Email-Adresse**, die nur nur dem Reha-Zentrum Seehof bekannt sein wird, anderen Forum-Teilnehmern nicht.
3. Ein **Passwort** Ihrer Wahl, das Sie sich gut merken können und bitte geheim halten. (Dieses muss zur Prüfung der Richtigkeit noch einmal wiederholt eingegeben werden).
4. Ihre **persönliche Teilnehmer-Nummer**, die wie folgt lautet: und die bitte ausschließlich Sie persönlich benutzen!

Klicken Sie nach Ausfüllen der Felder bitte auf „Absenden“. Vielen Dank.

Nach Abschicken der Anmelde-Daten folgt diese Meldung:

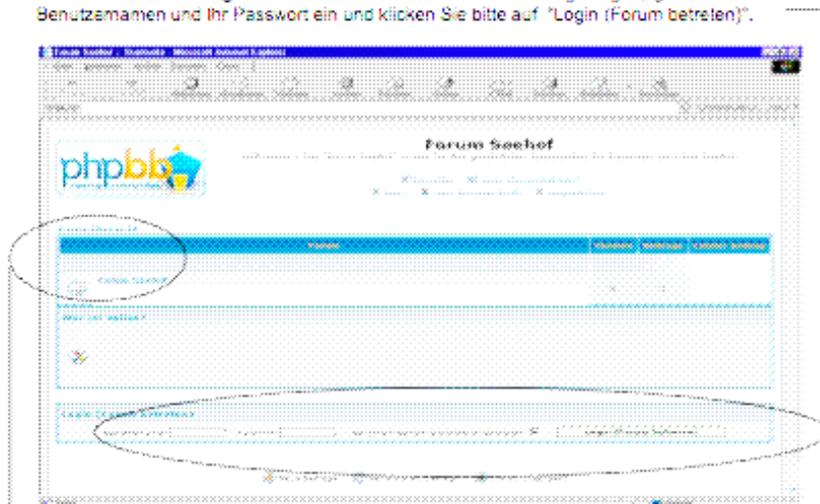
Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Ihr Zugang zum Forum wird innerhalb von 24 Stunden freigeschaltet (Sie bekommen dann eine E-Mail).

Klicken Sie [hier](#) um zur Startseite zurückzukehren.

Nach ca. 24 Stunden ist Ihre Anmeldung samt Freischaltung (nach Prüfung Ihrer persönlichen Teilnehmer-Nummer) vollzogen und Sie können nun das Forum benutzen wann immer Sie möchten. Dazu müssen Sie in Folge lediglich Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort angeben (vgl. Schritt 3).

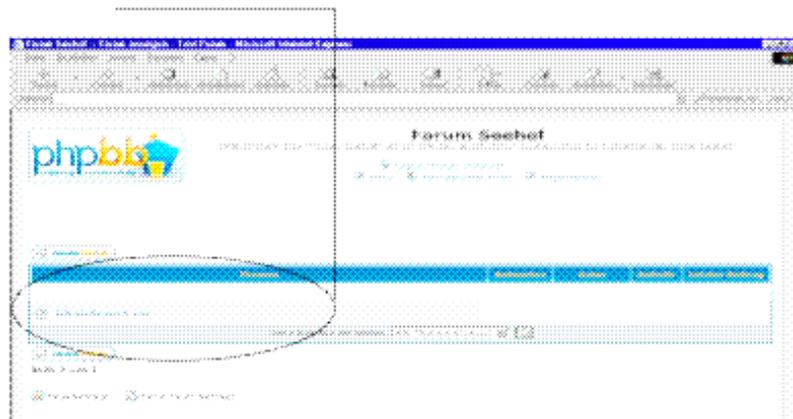
Sollten Sie keine Email erhalten haben, besuchen Sie das Forum einfach nach 24 Stunden erneut (vgl. Schritt 3).

Schritt 3 – Benutzung des Forums: 1. Um ins Forum zu gelangen, geben Sie auf der Forum-Startseite Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort ein und klicken Sie bitte auf "Login (Forum betreten)".



2. Klicken Sie nun auf den Link „Forum Seehof“ im Kasten Foren-Übersicht.

Schritt 4 – Beitrag schreiben: 1. Wenn Sie einen Beitrag an das Forum schreiben möchten oder auf einen Beitrag eines anderen antworten möchten, dann klicken Sie zum Beispiel auf ein schon vorhandenes Thema wie „Ich stelle mich vor“. Dann sehen Sie alle bereits geschriebenen Beiträge zu dem von Ihnen angeklickten Thema.



2. Klicken Sie auf „Antwort erstellen“, wenn Sie einen neuen Text oder eine Antwort verfassen möchten.



3. Sie sehen nun zwei Textfelder. Klicken Sie in das Textfeld „Titel“, um Ihrem Beitrag eine Überschrift zu geben. Klicken Sie in das große Textfeld, um dort Ihren Text einzutippen. Um Ihrem Text einen emotionalen Ausdruck zu verleihen, können Sie einen „Smiley“ hinzufügen.

Wenn Sie fertig sind, klicken Sie auf „Absenden“. Nun ist Ihr Text im Forum sichtbar.

4. Genauso gehen Sie vor, wenn Sie ein neues Thema eröffnen möchten. Auf „neues Thema“ klicken, Titel eingeben und Text schreiben. Dann auf „Absenden“ klicken.

Viel Spaß im Forum. Erkunden Sie ruhig das Forum und klicken Sie auf Links, die Sie sehen. Sie können nichts falsch oder kaputt machen. Wenn Sie auf „Infos“ klicken, finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen.

Für den Fall, dass technische Probleme auftauchen sollten, können Sie eine Email an folgende Adresse schicken: bfa-seehof-klinikforum@arcor.de

Alles Gute wünscht Ihnen Ihr Reha-Zentrum Seehof.

9.2 Verteilung der Patienten-Äußerungen in beiden Internet-Foren

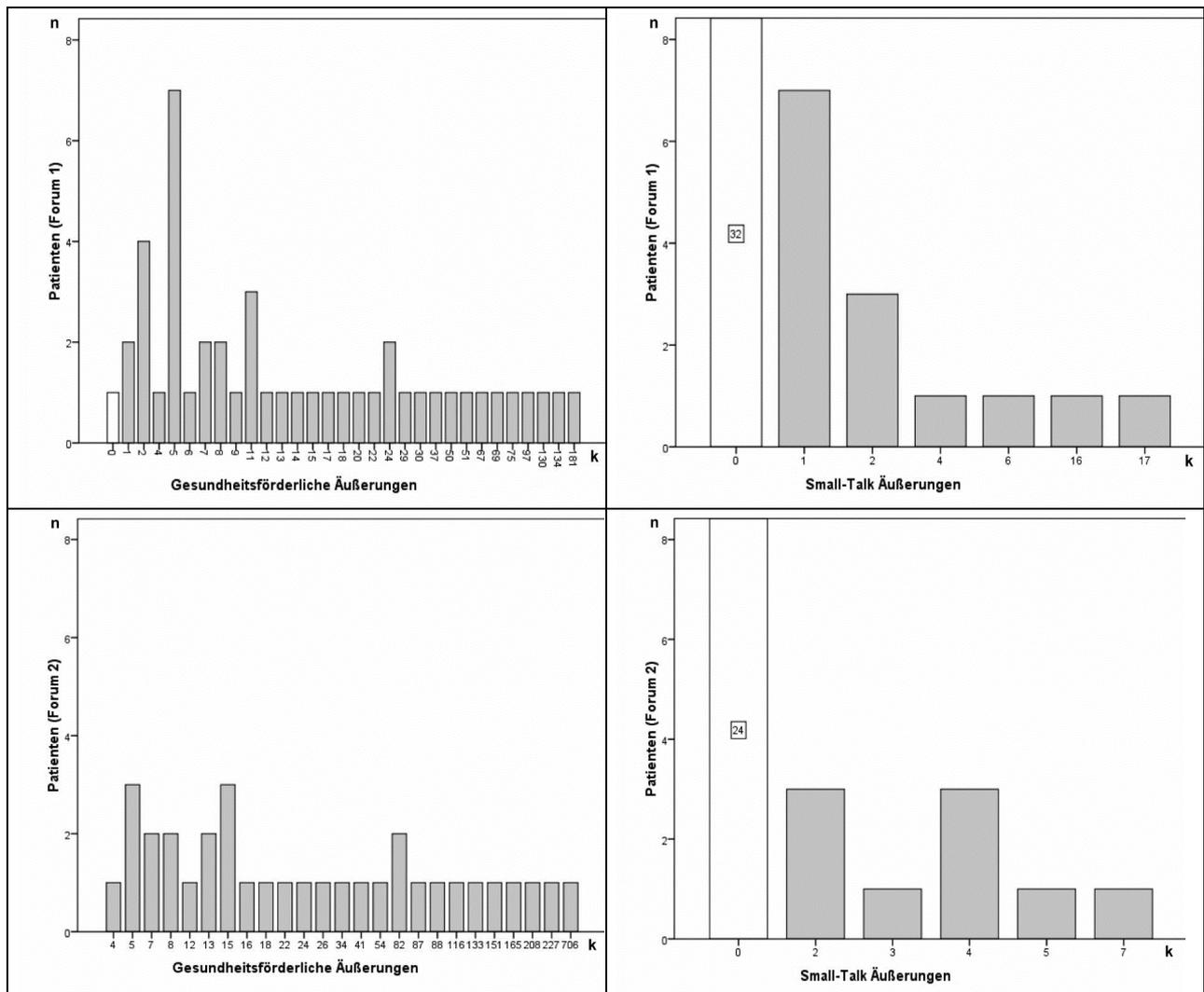


Abbildung 4: Verteilung thematischer Patienten-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1 und im moderierten Forum 2 [n = Anzahl der Patienten; k = Anzahl der Äußerungen]

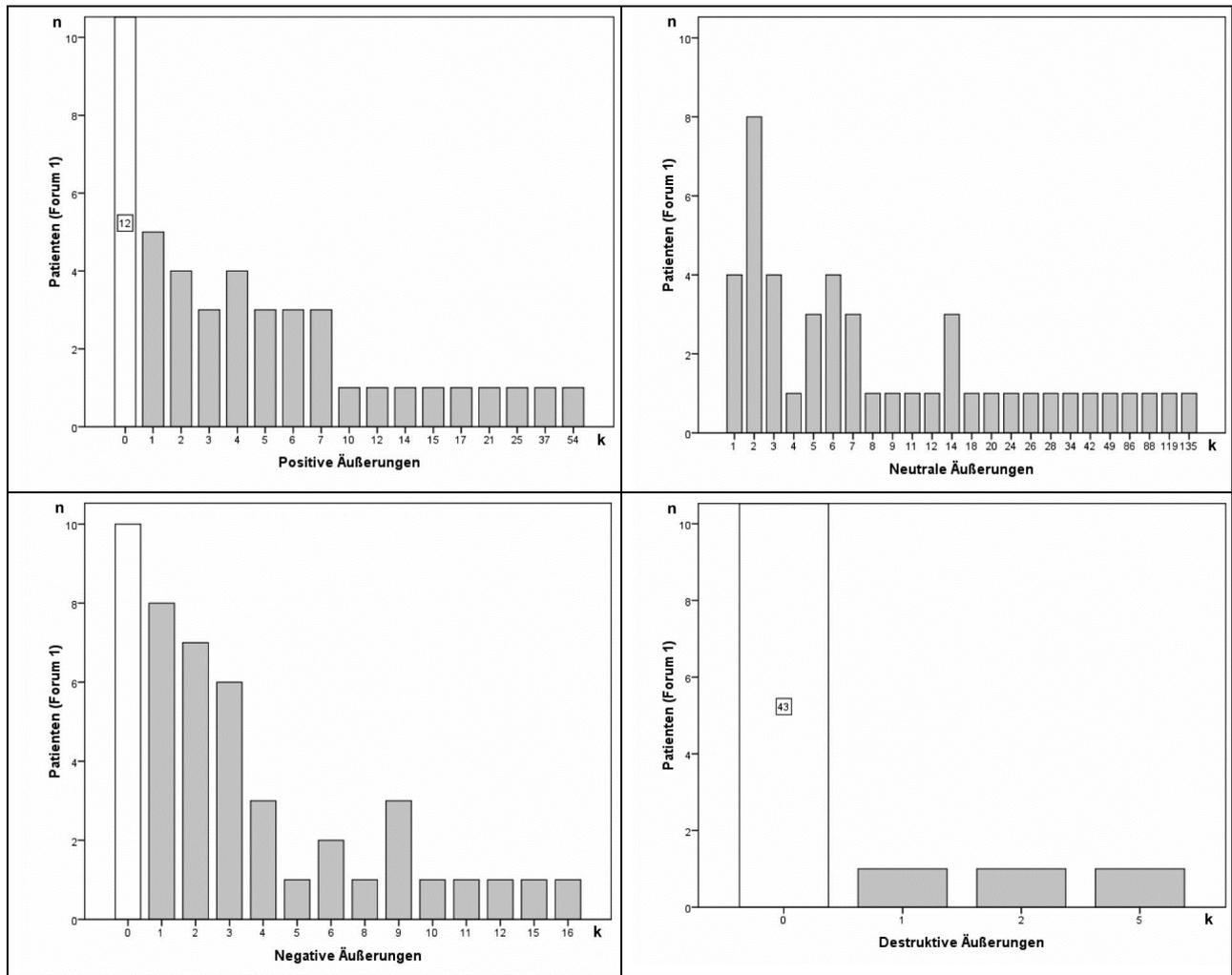


Abbildung 5: Verteilung qualitativer Patienten-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1
 [n = Anzahl der Patienten; k = Anzahl der Äußerungen]

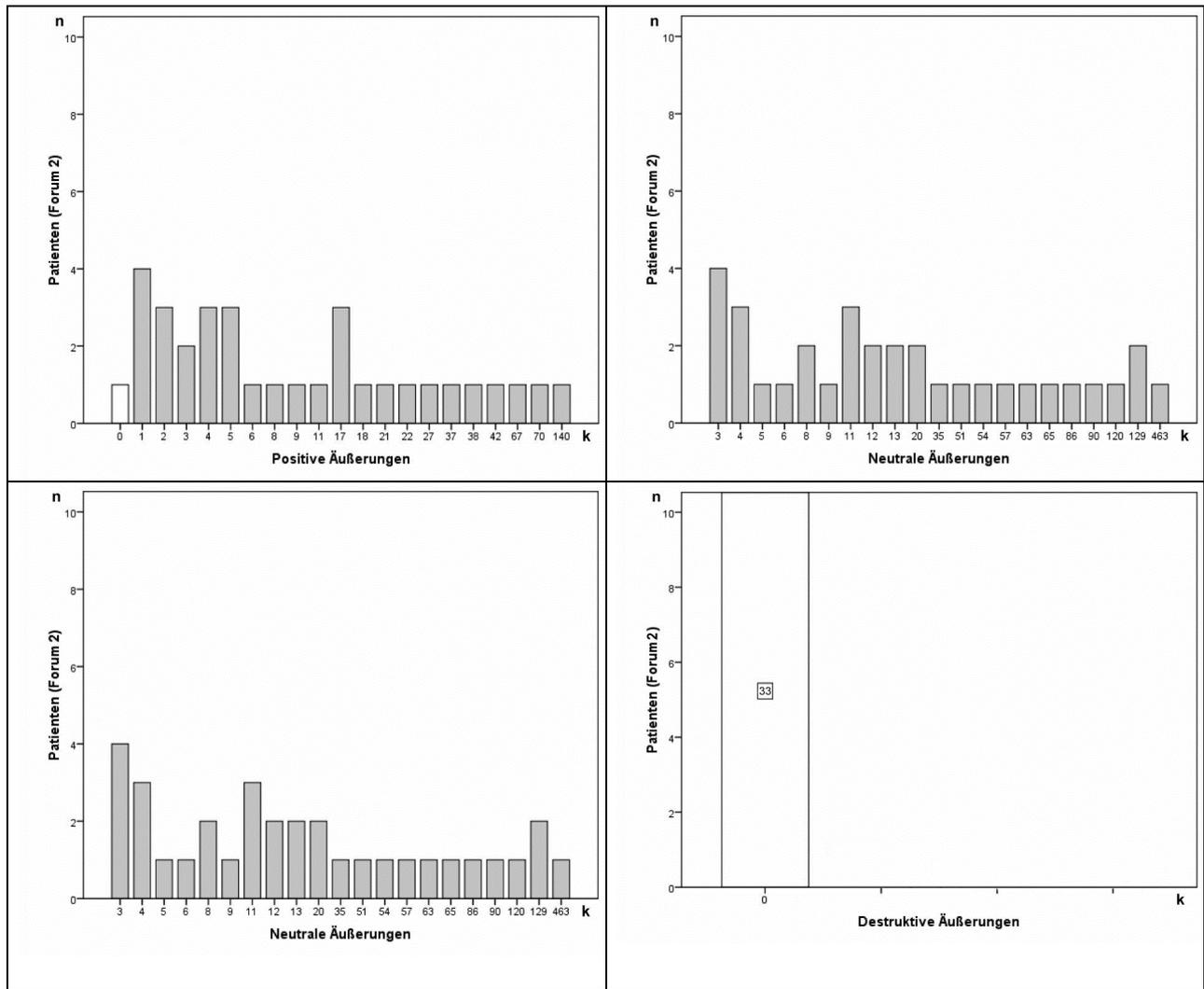


Abbildung 6: Verteilung qualitativer Patienten-Äußerungen im moderierten Forum 2
 [n = Anzahl der Patienten; k = Anzahl der Äußerungen]

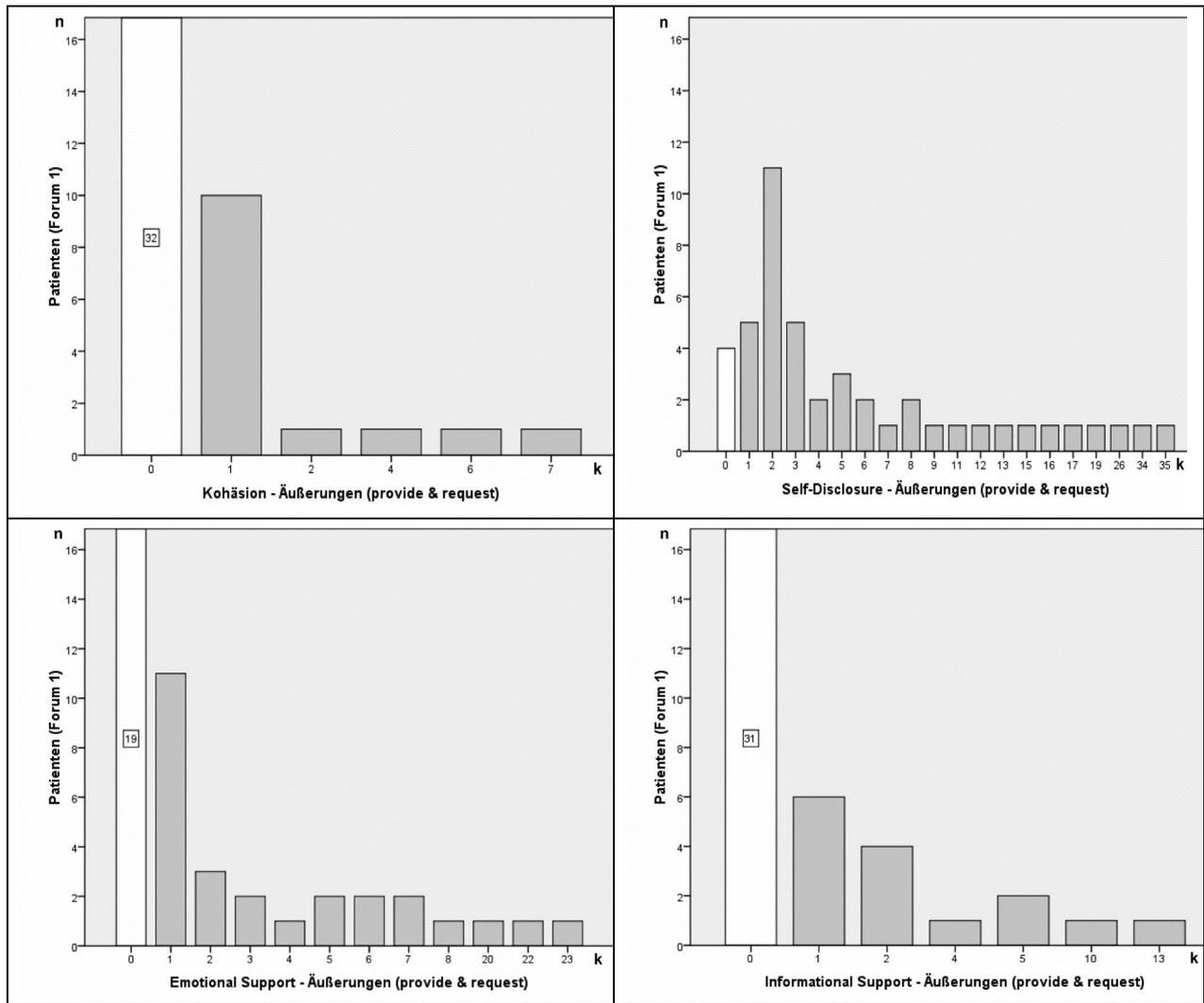


Abbildung 7: Verteilung gesundheitsförderlicher Wirkfaktoren-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1
 [n = Anzahl der Patienten; k = Anzahl der Äußerungen]

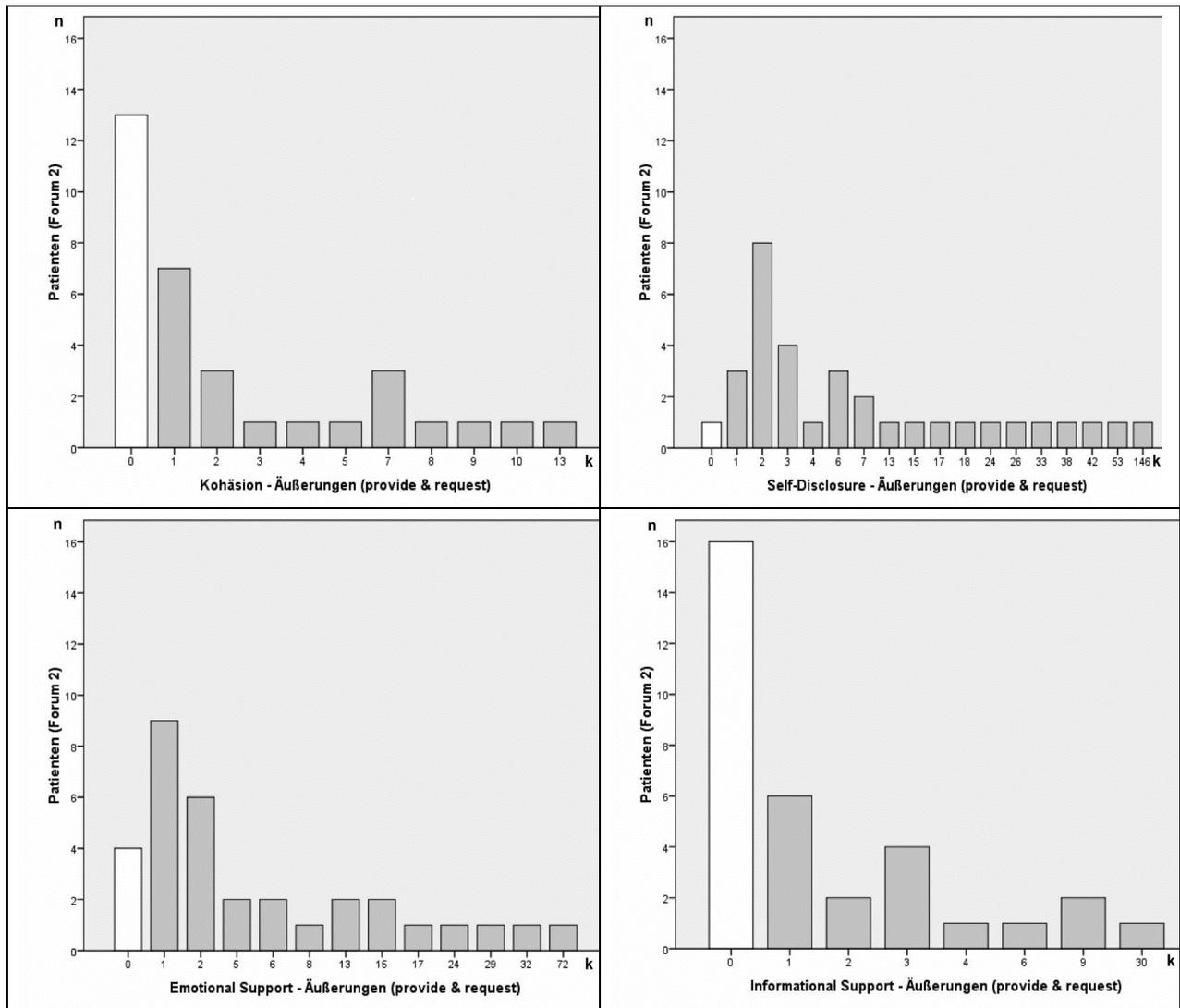


Abbildung 8: Verteilung gesundheitsförderlicher Wirkfaktoren-Äußerungen im moderierten Forum 2 [n = Anzahl der Patienten; k = Anzahl der Äußerungen]

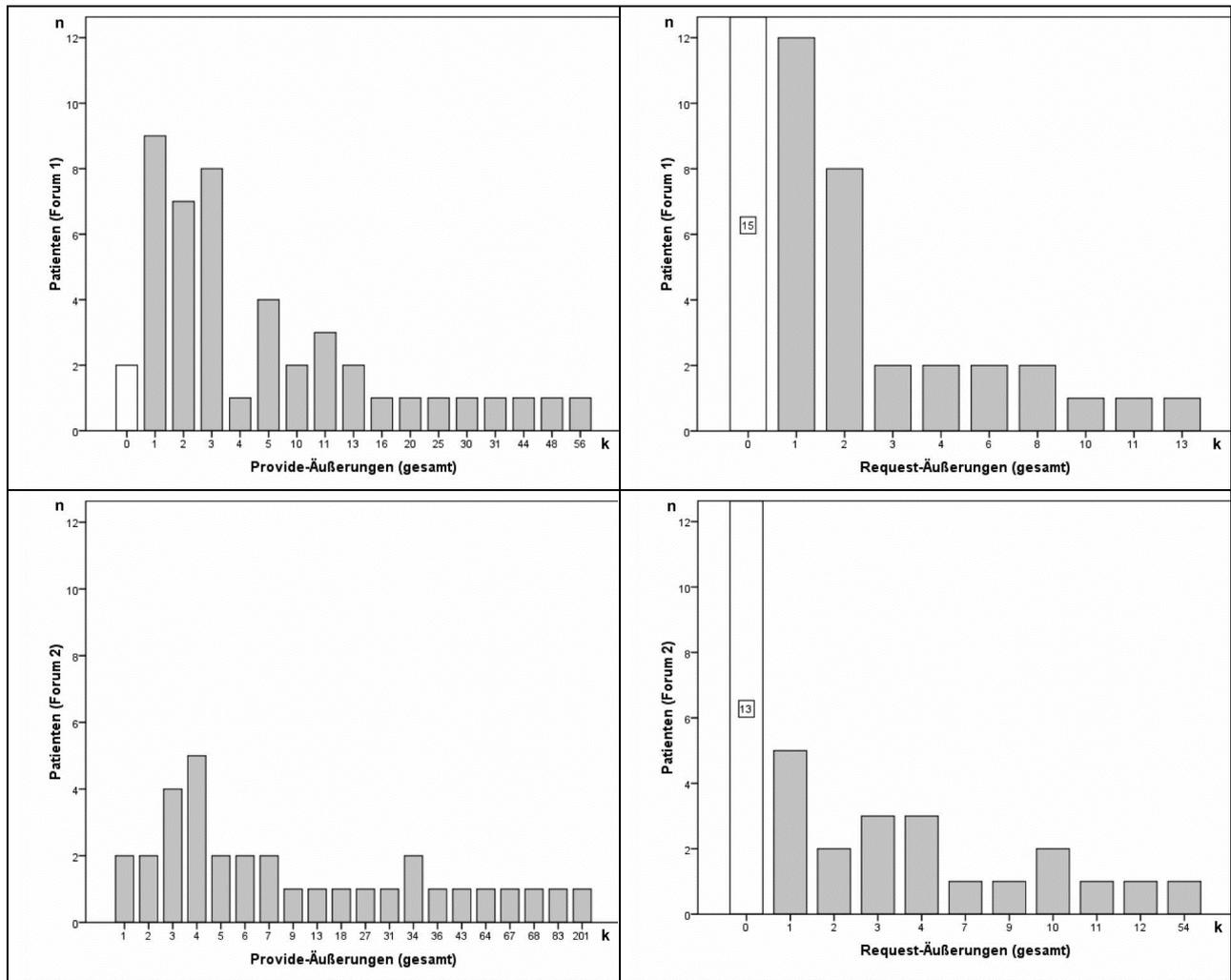


Abbildung 9: Verteilung der bereitgestellten (*provide*) und gewünschten (*request*) Wirkfaktoren-Äußerungen im selbstbestimmten Forum 1 und im moderierten Forum 2

[n = Anzahl der Patienten; k = Anzahl der Äußerungen]

9.3 Erklärung

Ich, Carolin Pirsich (geb. Ubben), erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *„Internetbasierte Selbsthilfegruppe mit und ohne Anleitung in der Anschlussbetreuung nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation“* selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Datum

Unterschrift

9.4 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.