Martin Grunwald
Dorette Wesemann

Onlineberatung bei Essstörungen

Analysen zu Nutzergruppen und Inhalten

Online-Consulting for Eating Disorders
Analysis of Users and Contents

Originalarbeit

Zusammenfassung

Anliegen: Seit 1998 bietet der Informations- und Beratungsserver für Patienten mit Essstörungen und Angehörige (www.ab-server.de) Onlineberatung an. **Methode:** Es wurden 2176 E-mail-Anfragen qualitativ und quantitativ analysiert. **Ergebnisse:** Die Symptombeschreibungen lassen sich zu einem großen Teil dem Bereich der Bulimia nervosa (63,1%) zuordnen. Es wird vorwiegend nach Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung bzw. dem Erkrankten gefragt (33,3%) und Sachfragen zur Erkrankung gestellt (18,7%). **Schlussfolgerungen:** Niedrigschwellige, professionelle Onlineberatung verfügt über hohe Akzeptanz bei der Zielgruppe.

Abstract

Objective: Since 1998, the online information and consulting server for patients with eating disorders and their relatives (www.ab-server.de) offers an online consulting service. **Methods:** 2176 e-mails were qualitatively and quantitatively analysed. **Results:** The symptom descriptions refer mostly to bulimia nervosa (63.1%). People mainly asked for behaviour patterns in dealing with the illness or with an affected person (33.3%) as well as for information about the illness (18.7%). **Conclusions:** The low threshold and professional online consulting service is highly accepted by the target group.

Anliegen/Theoretischer Hintergrund

Für eine Vielzahl von Erkrankungsarten gibt es im Internet Informations- und Beratungsangebote, die sich nach ihren zentralen Inhalten in zwei Kategorien einteilen lassen: a) statische Informationsangebote, die dem psychologischen oder medizinischen Laien Basiswissen zur Erkrankung vermitteln und b) dynamische Onlineberatungen, welche Hilfe durch die Beantwortung von E-mail-Anfragen bieten [1]. Sie werden in Deutschland vorwiegend von Selbsthilfegruppen, Vereinen und Krankenkassen, aber auch von privaten Institutionen angeboten [2]. Dabei kann der geringe finanzielle und zeitliche Aufwand sowie die Anonymität des Mediums Internet hilfreich sein, Kontakt zu beratendem Fachpersonal aufzubauen. Darüber hinaus stehen solche Angebote mehr und mehr auch für Angehörige zur Verfügung, beispielsweise für das soziale Umfeld erkrankter Personen im Bereich der Schizophrenie [3,4], der Alzheimer-Demenz [5] und der Depression [6].

Die Erforschung der Effekte von Onlineberatung beschränkt sich bislang zumeist noch auf Pilotstudien, wobei hier unter dem Stichwort „internetbasierte Intervention" zumeist Mischungen von beraterischen, therapeutischen oder Gruppendiskussionseinheiten analysiert werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt können störungsspezifische Wirksamkeitsaussagen zu Onlineberatungen daher nur unter Vorbehalt getroffen werden. Ein aktueller Übersichtsartikel konstatiert bei depressiven Störungsbildern heterogene bzw. geringe Effekte; deutlich günstigere Wirkungen lassen sich dagegen bei Angst- und Panikstörungen verzeichnen [2]. Ebenfalls positive Resultate erzielte ein Forschungsprojekt in

Institutsangaben
Universität Leipzig, Klinik für Psychiatrie

Korrespondenzadresse
PD Dr. Martin Grunwald · Universität Leipzig · Klinik für Psychiatrie · Johannisallee 34 · 04103 Leipzig · E-mail: mgrun@medizin.uni-leipzig.de

Bibliografie
Psychiat Prax 2006; 33: 117 – 123 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-915244
ISSN 0303-4259

den Niederlanden mit der onlinebasierten Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen (*„Interapy"*) [7]. Weiterhin gehören auch Nikotinabusus, Adipositas sowie Essstörungen zur Gruppe der Störungen, bei denen mit internetbasierten Interventionen positive Wirkungen erzielt werden konnten [2].

Gerade letztere bieten sich für den Einsatz von Interventionen via Internet an, da in der Zielgruppe der von Essstörungen Betroffenen – vorrangig Mädchen und jungen Frauen – die Nutzung des Internet zum Alltag gehört und gesundheitsbezogene Internetangebote stark akzeptiert werden [11]. Dagegen ist die Schwelle zur Inanspruchnahme psychologischer und/oder medizinischer Unterstützung bei Essstörungen wesentlich höher, weshalb auch viele Patienten mit Essstörungen lange Zeit unbehandelt bleiben [12]. Verursacht wird dies durch die Bündelung unterschiedlicher Faktoren, wie die oftmals geringe Motivation der Patienten mit Anorexia nervosa; vorhandene Lücken in den Diagnosesystemen – ein großer Teil klinisch auffälliger Essstörungen entspricht nicht den Klassifikationskriterien für Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa – und die Hartnäckigkeit dieser Störungsformen, die langfristige und kostenintensive Interventionsmaßnahmen notwendig macht [12]. Dabei ist die Effizienz der bisherigen Interventionen trotz umfangreicher Bemühungen noch immer nicht befriedigend [13,14]. Hier setzen Ideen zur Nutzung moderner Medien für die Intervention an, wie die auf dem Short Message Service (SMS) basierende nachstationäre Betreuung von Patientinnen mit Bulimia nervosa in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont [15]. Ebenso gewinnen mehr und mehr auch Onlineinterventionen für Essgestörte an Bedeutung, die bestehende Unterstützungsangebote ergänzen und erweitern können, wenn den Besonderheiten des Mediums adäquat Rechnung getragen wird.

In der Literatur werden bei Onlineinterventionen folgende Vorteile aufgeführt: Begünstigt durch die Anonymität und den Wegfall nonverbaler Hinweisreize im Netz werde das Problem der Betroffenen schneller verbalisiert [16], es komme schneller und direkter zu Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen [17]. Für die Zielgruppe der Essgestörten wird positiv vermerkt, dass die „körperlose" Kommunikation im Netz von den Betroffenen akzeptiert wird, weil die kontraproduktive Beschäftigung mit der Wirkung des eigenen Aussehens (Attraktivität, Gewicht) auf den Kommunikationspartner eingedämmt werden kann [18].

Die Besonderheiten des Mediums stellen jedoch auch hohe Anforderungen an den Interventionsprozess sowie an die Person des Beraters/Therapeuten. Zum einen führt der Wegfall nonverbaler Hinweisreize dazu, dass ein Berater/Therapeut nur Zugang zu wenigen Informationen hat, die er für die Intervention nutzen kann. Dies, wie auch das Problem der zeitversetzten Kommunikation, kann zu inadäquaten Interventionen führen, wenn die Stimmungs- oder Problemlage des Patienten falsch eingeschätzt wird oder diese nicht mehr aktuell ist. Bei Kriseninterventionen und bei Patienten, die Onlineberatung exzessiv nutzen, weil sie sich dadurch einer direkten therapeutischen Intervention leichter entziehen können, sind Onlineinterventionen allein nicht ausreichend. Hier sollte und muss eine Kopplung mit Face-to-face-Angeboten erfolgen [16].

Erste Studien zu Onlineinterventionen zeigen Effekte bei essgestörten Patienten hinsichtlich der Reduktion emotionaler Belastungen und positiver Auswirkungen auf das Störungsbild [10,19]. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um differenzierte Aussagen hinsichtlich der Compliance bei unterschiedlichen Störungen, der Art der Kopplung mit Face-to-face-Interventionen und der nachhaltigen Wirkung von Effekten zu treffen und damit langfristig zur Qualitätssicherung im Bereich Onlineinterventionen beizutragen.

Ausführliche Informationen werden aus Platzgründen nur in der Onlineversion der Psychiatrischen Praxis publiziert (www.thieme.de/psychiat-praxis oder www.thieme-connect.de).

Die Zahl der E-mail-Anfragen an die Onlineberatung des *ab-servers* hat seit Bestehen des Beratungsangebotes jährlich zugenommen (Abb. **1**). Seit Ende 2001 kam es zu einer starken Zunahme der Anfragen. Der *ab-server* wurde ab 2001 durch Fördermittel der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen eines Modellprojektes nach §65b SGB V unterstützt. Dies ermöglichte eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit. Insbesondere durch die verbesserte technische Betreuung des Internetauftritts konnte der Bekanntheitsgrad des *ab-servers* im Internet (Ranking in einschlägigen Suchmaschinen) verbessert werden.

Aktuell (Mai 2005) werden ca. 30–50 E-mail-Anfragen pro Woche an das Beraterteam gerichtet. Erste qualitative und quantitative Analysen zu Nutzergruppen dieses Onlineberatungsangebotes und Inhalten der eingetroffenen E-mail-Anfragen wurden mit 619 Fällen durchgeführt [20]. Ziel der folgenden Analyse soll es sein, mit den aktuell vorliegenden 2176 Anfragen A) die Stabilität der Erstanalyse zu Nutzercharakteristika und Inhalten zu überprüfen. Aufgrund der erhöhten Fallzahl sollen durch die Bildung von Subgruppen bezüglich der Anfrageinhalte differenzierte Aussagen zu B) Anfragen aus dem Symptombereich der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa getroffen und C) eine Unterscheidung der Frageinhalte von Betroffenen mit und ohne Therapieerfahrung vorgenommen werden.

Methode

Zwischen Oktober 1998 und Dezember 2002 wurden 2176 E-mail-Anfragen an das Beratungsteam des ab-servers gerichtet. Diese E-mails wurden von einer Person (Studentin der Psychologie) hinsichtlich der Person des Anfragenden, der Erkrankungsform und dem Anfragegrund kategorisiert. Zur Beurteilung der Reliabilität dieser Kategorisierung wurden 100 zufällig ausgewählte E-mails von einer zweiten Person beurteilt. Für diese Auswahl ergab sich als Maß für die Interraterreliabilität ein durchschnittliches Cohen's Kappa von 0,84. Die Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS 10.0 für Windows.

Für den Personenkreis der Fragenden wurden 16 Kategorien genutzt (Tab. **1** finden Sie im Internet unter s. o.), um die Anfragenden zu klassifizieren. Diese Aufgliederung wurde vorgenommen, um ein möglichst differenziertes Bild der Nutzergruppen des Beratungsangebotes des *ab-servers* zu erhalten. Unter *Betroffenen* werden Personen verstanden, die sich selbst als essgestört bezeichnen bzw. aus deren Symptombeschreibung auf eine Essstö-

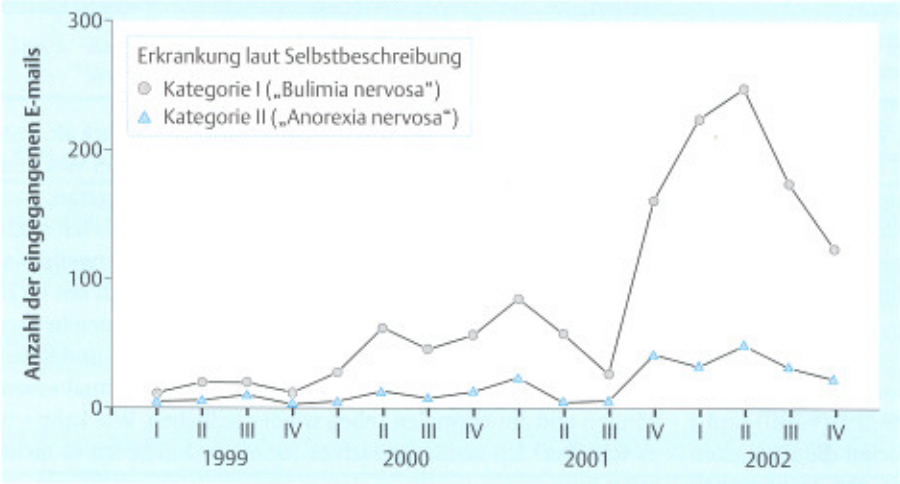

Abb. **1** Absolute Anzahl der eingegangenen E-mail-Anfragen pro Quartal für die Jahre 1999 bis 2002 getrennt für bulimische und anorektische Störungsbilder.

rung geschlossen werden konnte. Angehörige, Freunde und Bekannte betroffener Personen sind Anfragende, die eine Person mit Symptomen einer Essstörung in ihrem sozialen Umfeld beschreiben. Sofern eine eindeutige Bestimmung der Person des Anfragenden nicht möglich war, wurde diese der Kategorie *Sonstige* zugeordnet.

Für die Frage, auf welche Erkrankung sich die Anfrage bezieht, wurden sechs Kategorien genutzt (Tab. **1** finden Sie im Internet unter s. o.). Aufgrund der Qualität der Daten und der o. g. Problematik bei der Diagnostik von Essstörungen ist eine Diagnosestellung und eine Zuordnung zu spezifischen Erkrankungsformen nicht möglich. Die Zuordnung wurde nach Symptombereichen vorgenommen, die aus den Angaben der Anfragenden und aus den Symptombeschreibungen extrahiert wurden. Anfragen, die sich auf Bulimia nervosa sowie auf Verhaltensweisen bezogen, wie sie typisch für Bulimia nervosa sind (selbstinduziertes Erbrechen, Heißhungerattacken o. Ä.), wurden einer Kategorie (Kategorie I) zugeordnet. Ebenso wurden Anfragen zu Anorexia nervosa und zu anorektischen Verhaltensweisen in Kategorie II zusammengefasst sowie die Bereiche *Binge eating disorder* (III) und *Adipositas* (IV) getrennt kategorisiert. Anfragen, die sich auf Essstörungen im Allgemeinen bezogen, wurden der Kategorie *Essstörungen allgemein* (V) zugeordnet. Daneben gab es Anfragen, die sich auf *andere Erkrankungen* (VI) bezogen, die ebenfalls gesondert erfasst wurden.

Für die Analyse der Anfrageinhalte standen zwölf Kategorien zur Verfügung (Tab. **1** finden Sie im Internet unter s. o.), zu denen die einzelnen Anfragen zugeordnet wurden. Da eine E-mail-Anfrage mehrere inhaltliche Fragen enthalten konnte, wurden aus 2176 Anfragen insgesamt 2961 Anfragegründe kodiert. Eine Klassifikation der Anfragen erfolgte danach, ob sie professionelle Hilfe (Therapieeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Therapeuten, Therapieformen und alternative Therapieformen) vermitteln sollten oder Informationen zur Erkrankung gewünscht waren (Sachfragen, Diagnosewunsch, Literaturhinweise, Informationsmaterial, Forschungsergebnisse). In der Kategorie *Verhaltensweisen* wurden Anfragen zusammengefasst, die sich auf den Umgang mit der Erkrankung bzw. mit einer erkrankten Person bezogen. Anfragen, in denen der Wunsch nach Hilfe nicht differenziert wurde, sind in der Kategorie *Allgemeine Hilfe* verzeichnet.

Des Weiteren wurden die E-mail-Anfragen von Betroffenen danach kodiert, ob die Anfragenden über Therapieerfahrungen verfügen. Die Klassifizierung *mit Therapieerfahrung* wurde dann vorgenommen, wenn die Anfragenden explizit angaben, sich zum Zeitpunkt der E-mail-Anfrage in therapeutischer Behandlung zu befinden oder sich in der Vergangenheit bereits einer oder mehrerer Therapien in Bezug auf die Essstörung unterzogen zu haben. Gaben die Anfragenden an, die E-mail an die Onlineberatung des ab-servers sei das erste Ersuchen professioneller Hilfe, erfolgte eine Einordnung in die Kategorie *ohne Therapieerfahrung*.

Ergebnisse

Stichprobe

Aus den 2176 E-mail-Anfragen wurden zunächst demografische Angaben ermittelt. So lag das Durchschnittsalter der Anfragenden bei 21,9 Jahren mit einem Range von 11 – 52 Jahren. Es gaben allerdings nur 834 Anfragende explizit das aktuelle Alter an.

Fast zwei Drittel der Anfragenden nannten einen Vornamen und über ein Drittel auch einen Nachnamen. Der überwiegende Teil der E-mail-Anfragen wurde aus Deutschland an das Beraterteam gerichtet (85,5 %), einzelne Anfragen kamen auch aus der Schweiz, Österreich und anderen Ländern. 10 % der Fälle konnten keinem Land zugeordnet werden.

16,2 % aller Anfragenden verfügten nach eigenen Angaben über Therapieerfahrungen und 5,5 % gaben an, sich aktuell in Behandlung zu befinden. Von Betroffenen, die in Kategorie I eingeordnet wurden, gaben 17 % an, Therapieerfahrungen zu haben, für Kategorie II waren es 17,5 % (Tab. **2** finden Sie im Internet unter s. o.).

Art der Erkrankung

Der weitaus größte Teil der 2176 Anfragenden ließ sich Kategorie I („Bulimia nervosa" 63,1 %) zuordnen. Lediglich 12,9 % entfallen auf Kategorie II („Anorexia nervosa"). Ein Teil bezog sich auf Kategorie V („Essstörungen im Allgemeinen", 16,2 %) und die übrigen Anfragen verteilten sich auf Kategorie III („Binge Eating Disorder", 4,7 %), IV („Adipositas", 1,8 %) und VI (andere Erkrankungen, 0,6 %).

Personenkreis der Anfragenden

Über die Hälfte der insgesamt 2176 Anfragen wurde von weiblichen Personen mit selbsterklärter Essstörung (55,3%) gestellt. Die zweitgrößte Gruppe der Anfragenden stellten Angehörige, Freunde und Bekannte von Betroffenen dar, wobei sich vorwiegend Freundinnen (10,6%) und Freunde (9,7%) von betroffenen Personen an das Beraterteam wandten. Eine weitere Anfragegruppe setzte sich aus Interessierten und Fachkollegen zusammen. Die Gruppe der interessierten weiblichen Personen bildete dabei mit 5,7% die größte Kategorie (Tab. **3** finden Sie im Internet unter s. o.).

„Anorexia nervosa" vs. „Bulimia nervosa"

In Bezug auf die Anfragenden der Kategorie II (n = 280) und I (n = 1374) zeigte sich, dass in beiden Kategorien die häufigsten Anfragen von weiblichen Betroffenen sowie von Freundinnen bzw. Freunden Betroffener stammen. Es ließen sich jedoch auch Unterschiede zwischen den beiden Kategorien feststellen. Weibliche Betroffene der Kategorie I richteten häufiger Anfragen an das Beraterteam (57,4%) als jene der Kategorie II (39,6%). Hingegen wurden Anfragen der Kategorie II häufig auch von Müttern Betroffener, Bekannten und interessierten weiblichen Personen gestellt.

Inhalte der Anfragen

In 2176 Anfragen wurden insgesamt 2961 Frageinhalte an das Beratungsteam gerichtet. Der weitaus größte Teil der Frageinhalte bezog sich auf Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung bzw. dem Betroffenen (33,3%). Die E-mails betrafen im weiteren Sachfragen zur Erkrankung (18,7%), Fragen nach allgemeiner Hilfe (11,1%) sowie Bitten um Unterstützung bei der Suche nach einem Therapeuten oder einer Klinik (9,9%). Eine ausführliche Darstellung der Anfrageinhalte mit den ermittelten Häufigkeiten erfolgt in Tab. **4**.

„Anorexia nervosa" vs. „Bulimia nervosa"

Fragen zu konkreten Verhaltensweisen, Sachfragen zur Erkrankung, Fragen nach allgemeiner Hilfe und die Suche nach einem Therapeuten oder einer Klinik waren bei beiden Kategorien die vier häufigsten Anfragegründe. Anfragen, die sich auf den Symptombereich der Bulimia nervosa bezogen, beinhalteten jedoch häufiger Fragen nach Verhaltensweisen, die Suche nach allgemeiner Hilfe, einem Therapeuten, einer Klinik oder Beratungsstellen. Die Anfragenden zeichneten sich oft durch einen starken Änderungswunsch aus (s. Beispiel 1).

Beispiel 1:

Hallo liebes Beratungsteam, ich heiße A. und bin 29 Jahre alt. Seit 10 Jahren habe ich Bulimie. Im Jahr 1999 war ich für 15 Wochen zur Kur. [...] Dieser Klinikaufenthalt hat mir sehr gut getan, und ich habe es geschafft, 1 Jahr symptomfrei zu leben ... Bis ich mich von meinem damaligen Freund getrennt habe. Mittlerweile bin ich wieder da, wo ich vor 3 Jahren aufgehört habe. Ich bin total verzweifelt und weiß nicht mehr, wie ich mich wieder in den Griff kriegen soll. Ich habe 3–4-mal die Woche Fress- und Kotzanfälle. [...] Bitte helfen Sie mir, ich will wieder normal essen können und am normalen Leben wieder teilhaben. Wie kann ich es schaffen? Ich weiß, dass ich es kann, nur kriege ich es nicht mehr hin. ...

Anfragen, die sich auf den Symptombereich der Anorexia nervosa bezogen, beinhalteten häufiger Sachfragen zur Erkrankung, Bitten um die Zusendung von Informationsmaterial, um Literaturhinweise und um die Stellung einer Diagnose. Die Anfragen dazu zielten z. B. auf eine Versicherung ab, dass die beschriebenen Symptome keine kritische Relevanz besitzen (s. Beispiel 2).

Beispiel 2:

Hallo. Ich bin 15 und habe eine Frage: Wie merke ich, dass ich magersüchtig bin? Ich habe mal einen Test gemacht, nach dem bin ich magersüchtig. Da wurden Fragen wie „Denkst du bei jeder Kleinigkeit, die du isst, gleich an dein Gewicht, und dass du zunehmen könntest?" Bei mir ist es so, dass ich immer darüber nachdenke, wie viele Kalorien es hat. Ist das schlimm? Meine Mutter meint, dass ich sowieso viel zu wenig essen würde. Ich fühle mich aber viel zu dick und will weiter abnehmen. Ich hab in den letzten zwei Monaten mein Gewicht von 73 auf 60 kg reduziert, was aber bei meiner Körpergröße von 1,66, immer noch ziemlich viel ist ... oder nicht ... [...]?

Die Aufgliederung der Anfrageinhalte für Anfragende für Kategorie I und II findet sich in Tab. **4**.

Eine spezielle Gruppe stellen die weiblichen Interessierten dar, deren Anfragen den Symptombereich der Anorexia nervosa betreffen. Sie machen einen bedeutenden Teil der Anfragen aus.

Tab. **4** Rangreihe der häufigsten Inhalte der E-mail-Anfragen für die Gesamtstichprobe sowie getrennt für bulimische und anorektische Störungsformen

		Gesamtstichprobe		*Kategorie I*			*Kategorie II*	
Rang	*Inhalt der Anfrage*	*n*	*%*	*n*	*%*	*Inhalt der Anfrage*	*n*	*%*
1	Verhaltensweisen	986	33,3	663	34,9	Verhaltensweisen	126	31,0
2	Sachfragen zur Erkrankung	554	18,7	365	19,2	Sachfragen zur Erkrankung	86	21,1
3	Hilfe im Allgemeinen	330	11,1	214	11,3	Hilfe im Allgemeinen	35	8,6
4	Suche nach Therapeut/Klinik	293	9,9	192	10,1	Suche nach Therapeut/Klinik	32	7,9
5	Fragen zur Therapieform	186	6,3	135	7,1	Diagnosewunsch	26	6,4
6	Suche nach Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Vereinen	176	6,0	113	6,0	Fragen zur Therapieform	25	6,1
	gesamt	2525	85,3	1682	88,6		330	81,1

Kategorie I: „Bulimia nervosa"; Kategorie II: „Anorexia nervosa"

Tab. **5** Rangreihe der häufigsten Inhalte der E-mail-Anfragen von betroffenen Patienten der Kategorien I und II, getrennt für Betroffene mit und ohne Therapieerfahrung

	mit Therapie			*ohne Therapie*		
Rang	*Inhalt der Anfrage*	*n*	*%*	*Inhalt der Anfrage*	*n*	*%*
1	Verhaltensweisen	122	30,5	Verhaltensweisen	478	37,7
2	Sachfragen zur Erkrankung	66	16,5	Sachfragen zur Erkrankung	203	16,0
3	Suche nach Therapeut/Klinik	53	13,3	Suche nach Therapeut/Klinik	137	10,8
4	Fragen zur Therapieform	42	10,5	Diagnosewunsch	96	7,6
5	Suche nach Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Vereinen	22	5,5	Fragen zur Therapieform	94	7,4
6	Suche nach alternativer Behandlungsform	12	3,0	Suche nach Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Vereinen	70	5,5
	gesamt	317	79,3	gesamt	1078	85,0

Bei diesen Interessierten wird vermutet, dass sich neben tatsächlich interessierten Personen hinter dieser Gruppe Betroffene mit anorektischen Störungsbildern verbergen, die „unerkannt" bleiben wollen (s. Beispiel 3).

Beispiel 3:
hallo ich hätte eine wichtige frage zur regel!! wenn die regel während der magersucht ausfällt und man nachher wieder normal isst, kommt sie dann wieder? kann man dann keine kinder mehr bekommen?? ich hoffe auf antwort!

Betroffene mit vs. ohne Therapieerfahrungen
Die Einteilung in therapieerfahrene und nicht therapieerfahrene Anfragende ist nicht in jedem Fall möglich gewesen, da dies in den Anfragen nicht immer explizit formuliert wurde. Darüber hinaus liegen diese Angaben nur als Selbstbeschreibung vor und sind daher von geringer Validität. Von insgesamt 1654 Anfragenden der Kategorie I und II konnten 1175 in die Klassifikation einbezogen werden. Aus diesen 1175 Anfragen wurden insgesamt 1668 Anfrageinhalte extrahiert. Nachfolgende Auswertungen beziehen sich auf diese 1668 inhaltlichen Fragen von Betroffenen der Kategorie I und II, für die Angaben zur Therapieerfahrung vorlagen.

Hinsichtlich der Kategorisierung nach Therapieerfahrung wurde ermittelt, ob sich Unterschiede in den Anfrageinhalten aufzeigen lassen. Eine Darstellung der häufigsten sechs Anfrageinhalte pro Gruppe erfolgt in Tab. **5**.

Betroffene mit Therapieerfahrung richteten häufig spezielle Fragen zu Therapieeinrichtungen, Therapieformen und Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung. Viele von ihnen besaßen ein umfassendes Verständnis für ihre Erkrankung, verfügten über Krankheitseinsicht und waren vorwiegend daran interessiert, Veränderungen ihrer Situation durch aktive Handlungen herbeizuführen (s. Beispiel 4).

Beispiel 4:
Hallo! Ich weiß gar nicht, wie ich beginnen soll, ich schreibe, weil ich mal wieder in einem Moment der Verzweiflung stecke und nicht mehr selbst richtig weiter weiß. [...] Ich bin 18 Jahre alt und hatte drei bis vier Jahre stark mit Bulimie zu tun. Ich war deshalb zwei Monate lang in einer Klinik und bin nun seit einem guten Monat wieder zu Hause. Mehr oder weniger kam ich bislang mit dem Essen auch klar, aber es gibt immer wieder Situationen, in denen ich wieder Schwierigkeiten hatte und habe. Und im Moment habe ich das Gefühl, dass ich den Faden wieder verliere und ich in meine alten Gewohnheiten zurück, hineinrutsche. [...] Ich bin verzweifelt und habe Angst, dass alles wieder von vorne beginnt!! [...] Ich möchte wieder Essen als Nahrungsmittel zum Leben und wenn ich Hunger habe sehen können und nicht als „Problemlösung" und „Schuldiger". [...] Bitte helfen Sie mir – und geben Sie mir einen Rat, was ich tun kann und wie ich mich in solchen Lagen verhalten soll...

Anfragende der Kategorie *ohne Therapieerfahrung* stellten dagegen häufiger Sachfragen zur Erkrankung, suchten nach Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen und äußerten den Wunsch nach einer Diagnosestellung durch das Beraterteam. Diese Gruppe erscheint im Hinblick auf die Akzeptanz der Erkrankung unsicher bis abwehrend. In den Anfrageinhalten äußert sich diese Perspektive in Form von „Vergewisserungsanfragen", die das Beraterteam explizit auffordern, möglichst definitive Aussagen über das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer Essstörung zu treffen (s. Beispiel 5).

Beispiel 5:
Ich habe in letzter Zeit mich nach jedem Essen übergeben! Ich wollte meinen Magen leer haben! Mit der Zeit lass ich es, weil ich Angst habe, Bulimie zu bekommen, aber die Frage ist, ob ichs nicht schon habe! Nach welcher Zeit bekommt man Bulimie? Wie finde ich heraus, ob ich Bulimie habe? Ich habe Haarausfall gehabt, aber seit ich mich übergebe nicht mehr so arg. [...]

Diskussion

A) Vergleich mit der Erstanalyse
Die Analyse der Daten zeigt grundsätzlich, dass eine Onlineberatung für Essstörungen auf große Akzeptanz stößt. Die Häufigkeit der Nutzung dieser Beratung durch Betroffene und Angehörige ist über die Jahre stark gestiegen, wie Abb. **1** verdeutlicht.

Fast zwei Drittel der Anfragen konnten dem bulimischen Symptombereich (63,1 %) zugeordnet werden, ein wesentlich kleinerer

Anteil dem Bereich der Anorexia nervosa (12,9%). Dies bestätigt die Ergebnisse der ersten Analyse [20], bei der das Verhältnis der Symptombereiche ähnlich ausfiel (63% bzw. 4,4% der Anfragen). Diese Unausgewogenheit spiegelt das Verteilungsverhältnis dieser Erkrankungen wider [21], zeigt aber gleichzeitig, dass Beratungsbedarf sowohl für den Erkrankungsbereich Bulimia nervosa als auch für Anorexia nervosa besteht. Betroffene Personen stellen den Hauptteil der Anfragenden, wobei vor allem weibliche Betroffene das Beratungsangebot nutzen, was der typischen Geschlechterverteilung bei Essstörungen [22,23] entspricht. Dabei wendet sich ein auffallend großer Anteil weiblicher Betroffener mit bulimischen Störungsbildern an das Beraterteam (57,4% der Betroffenen). Auch hier wurde das Ergebnis der ersten Studie (54,1%) nur geringfügig nach oben korrigiert. Zu einem großen Teil werden Anfragen von Freunden und Freundinnen betroffener Patientinnen gestellt. Dies stützt die Annahme, dass ein erheblicher emotionaler Druck auf Personen aus dem direkten Beziehungsumfeld der Betroffenen lastet, und zwar namentlich für Peers und Partner, die gerade in der jüngeren Altersgruppe eine wichtige Rolle spielen. Für diese Subgruppe stellt ein Onlinedienst möglicherweise eine adäquate und akzeptierte Möglichkeit zur Beratung dar.

B) „Bulimia nervosa" versus „Anorexia nervosa"

Es ließ sich zeigen, dass Anfragende mit selbstbeschriebener Bulimia nervosa eher Anfragen an die Onlineberatung richten, die auf eine aktive, nach selbstbestimmter Veränderung zielende Verarbeitung der Störung hindeuten, wogegen Anfragende mit selbstbeschriebener Anorexia nervosa in größerem Ausmaß sowohl sachliche als auch persönliche Distanz einnehmen. Bei Patienten mit Anorexia nervosa ist eine kritische Reflektion des eigenen Körperzustandes häufig erst nach Jahren psychotherapeutischer Intervention möglich; damit ist der Leidensdruck der meisten anorektischen Betroffenen weniger ausgeprägt [12].

C) Frageinhalte bei Betroffenen mit und ohne Therapieerfahrung

Die Ergebnisse zeigen, dass der überwiegende Teil der Anfragenden laut Selbstauskunft nicht über Therapieerfahrungen verfügt. Daher gehört der Kontakt mit der Onlineberatung des *ab-servers* für Betroffene und Angehörige wohl häufig zu den ersten Kontaktstellen für professionelle Hilfe, weshalb hier besondere Sensibilität und Fachkompetenz verlangt wird [10,19,24]. Die Aufnahme von Erstkontakten über die Onlineberatung lässt sich mit den Besonderheiten des Mediums erklären, da die Kommunikation per E-mail die Kontaktaufnahme zum Fachpersonal erleichtert [25,26]. Die Unterschiede in den Anfrageinhalten zwischen Betroffenen mit und ohne Therapieerfahrung verweisen darauf, dass Onlineberatung in unterschiedlichen Erkrankungssituationen als Unterstützung akzeptiert wird. Sie dient damit sowohl als „Ansprechpartner" bei einer ersten Auseinandersetzung mit der Essstörung als auch als weiterführende Hilfe, z.B. bei einer weitergehenden Konfrontation mit störungsrelevanten Verhaltensweisen oder der Suche nach Therapeuten/Kliniken. Die detaillierte Evaluation der Handlungskonsequenzen, die sich aus der Beantwortung der E-mail-Anfragen für die Anfragenden ergeben, steht bisher noch aus. Dies ist zukünftigen Untersuchungen vorbehalten.

Die vorliegenden Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass ein erheblicher Bedarf nach sach- und handlungsrelevanten Informationen bei Betroffenen und Angehörigen zu diesem Erkrankungsbereich besteht. Professionelle Onlineberatung kann dabei als niedrigschwelliges Angebot für eine breite Personengruppe dienlich sein. Um dem Argument zu begegnen, dass es sich bei den beobachteten Effekten lediglich um „Modetrends" handelt, soll folgende grundsätzliche Position vorgebracht werden:

Internetnutzung und Internetkommunikation ist heute zum selbstverständlichen Lebensalltag großer Bevölkerungsgruppen geworden und wird im Verlauf der kommenden (technischen) Entwicklungen in der Bevölkerung repräsentativ vertreten sein. Doch auch wenn Repräsentativität im wissenschaftlichen Sinne noch nicht gegeben ist, muss diese Form der sozialen Kommunikation als ein zusätzlicher, neuer Bereich der sozialen Realität anerkannt und erkannt werden. Informations- und Kommunikationsverläufe auf der technischen Basis des Internets als „virtuelle" oder „künstliche Realität" begrifflich zu qualifizieren bedeutet Realitätsbereiche qualitativ zu bewerten und in diesem Falle abzuwerten. Auch wenn es besonders den Vertretern und Vertreterinnen der „sprechenden Fächer" schwer fällt, dies zu akzeptieren: Betroffene und Angehörige wählen andere Wege – wenn sie zur Verfügung stehen – und sind nicht an die Einhaltung der paradigmatischen Forderungen der unbedingten Sprach- und Lautbezogenheit in der beratenden oder therapeutischen Kommunikation im Face-to-face-Ambiente verpflichtet.

Da sich das Internet als Technologie lediglich wandeln, aber nicht auflösen wird, werden auch in Zukunft die Betroffenen jede neue Entwicklung auf ihren praktisch-individuellen Nutzen hin überprüfen und damit die Neuerungen selbst vorantreiben [27].

Somit muss vor einer Disqualifizierung der Nutzung von Onlineberatungsangeboten als modischer Trend jugendlicher Nutzerinnen und Nutzer dringend gewarnt werden.

Viele Betroffene und deren Angehörige betrachten Onlineberatungs- und Informationsangebote in ihren verschiedenen Formen – vom niedrigschwelligen Kontaktangebot über begleitenden E-mail-Austausch bis hin zu regelmäßigen Gruppenchats – als eine Bereicherung des vorhandenen Angebotes und nehmen diese aufgrund ihrer persönlich erlebten Vorzüge oft und gern in Anspruch [15,17]. Für Betroffene und Angehörige in strukturschwachen Versorgungsgebieten nehmen Onlineberatungsangebote zudem eine besondere Stellung ein.

Dass durch die qualitativen und quantitativen Vorteile von Onlineberatung und Interventionen eine große Zahl von Patienten kostengünstig, breitenwirksam und schnell zu erreichen sind, wird bereits aktuell von einer Klinik in Deutschland genutzt. So wurde von der Panorama Fachklinik in Scheidegg/Allgäu eine poststationäre Onlinebehandlung für Patientinnen mit Essstörungen eingerichtet, die als „Brücke zwischen Fachklinik und Alltag" dienen soll [28]. Das Ziel des Angebotes ist es, die poststationären, ambulanten Versorgungslücken adäquat und mit geringem Kostenaufwand zu schließen.

Dieses Beispiel zeigt, dass über die Phase akademisch intendierter Projekte hinaus praktische Anwendungen von Onlineinterventionen im klinischen Alltag Einzug halten.

Zukünftige Forschung muss dennoch mehr als bisher die spezifischen Vor- und Nachteile sowie die Wirkungsaspekte internetvermittelter Kommunikation im Bereich psychischer Erkrankungen analysieren. Modellhafte Erhebungen im Bereich der Essstörungen könnten dazu beitragen, Onlineberatung und -intervention über diesen Störungsbereich hinaus – und stärker als bisher – bei anderen psychiatrischen und psychosomatischen Störungen einzusetzen, und im Interesse der Patienten zu nutzen.

Danksagung

Diese Studie wurde durch Mittel der Deutsche Forschungsinitiative Essstörungen e.V. und der Christina-Barz-Stiftung unterstützt. Wir möchten uns außerdem bei Dr. Kunze vom Rechenzentrum der Universität Leipzig bedanken und bei C. Appel und C. Wittig für die Dateneingabe.

Literatur

[1] Eichenberg C. Internetbasierte Hilfe für Betroffene psychischer Störungen. In: Ott R, Eichenberg C (Hrsg): Klinische Psychologie und Internet. Göttingen: Hogrefe, 2003: 173 – 189
[2] Ott R. Beratung und Psychotherapie im Netz: Ein Review zu empirischen Befunden. In: Ott R, Eichenberg C (Hrsg): Klinische Psychologie und Internet. Göttingen: Hogrefe, 2003: 128 – 147
[3] Zhang M, He Y, Gittelman M, Wong Z, Yan H. Group psychoeducation of relatives of schizophrenic patient two-year experiences. Psychiatry Clin Neurosci 1998; 52: 344 – 347
[4] Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2000; 26: 5 – 20
[5] Shope JT, Holmes SB, Sharpe PA, Goodman C, Izenson S, Gilman S, Foster NL. Service for persons with dementia and their families: a survey of information and referral agencies in Michigan. Gerontologist 1993; 33: 529 – 533
[6] Harter C, Kick J, Rave-Schwank M. Psychoedukative Gruppen für depressive Patienten und ihre Angehörigen. Psychiat Prax 2002; 29: 160 – 163
[7] Lange A, Ven JP van de, Schrieken B, Emmelkamp PM. Interapy, treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. J Beh Ther Exp Psychiatr 2001; 32: 73 – 90
[8] White MH, Dorman SM. Online support for caregivers. Analysis of an internet Alzheimer mailgroup. Comput Nurs 2000; 18: 168 – 176
[9] Houston TK, Cooper LA, Ford DE. Internet support groups for depression: a 1-year prospective cohort study. Am J Psychiatry 2002; 159: 2062 – 2068
[10] Zabinski MF, Wilfley DE, Pung MA, Winzelberg AJ, Eldredge K, Taylor CB. An interactive Internet-based intervention for women at risk of eating disorders: A pilot study. Int J Eat Disord 2001; 30: 129 – 137
[11] Eichenberg C. Essstörungen: Informations- und Interventionsangebote im Internet. Psychotherapie im Dialog 2004; 1: 82 – 85
[12] Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. The Lancet 2003; 261: 407 – 416
[13] Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. The Lancet 2001; 357: 1254 – 1257
[14] Fichter MM, Quadflieg N. Six-Year course and outcome of anorexia nervosa. Int J Eat Disord 1999; 26: 359 – 385
[15] Bauer S, Percevic R, Okon E, Meermann R, Kordy H. Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. Eur Eat Disorders Rev 2003; 11 (3): 279 – 290
[16] Yager J. E-mail as therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. Int J Eat Disord 2001; 29: 125 – 138
[17] Colon Y. Digital digging: group therapy online. In: Fink J (ed): How to use computers and cyberspace in clinical practice of psychotherapy. New Jersey: Aronson, 1999
[18] Walstrom MK. „You know, Who's the Thinnest?": Combating Surveillance and Creating Safety in Coping with Eating Disorders Online. CyberPsychology & Behavior 2000; 3: 761 – 783
[19] Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfley D, Dasmahapatra R, Dev P, Taylor CB. Effectiveness of an Internet-based programm for reducing risk factors for eating disorders. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 346 – 350
[20] Grunwald M, Busse JC. Online consulting service for eating disorders – analysis and perspectives. Comput Human Behav 2003; 19: 469 – 477
[21] Comer RJ. Fundamentals of abnormal psychology. New York: Worth Publishers, 2002
[22] Ampollini P, Marchesi C, Gariboldi S, Cella P, Bertacca SG, Borghi C, Maggini C. The Parma high school epidemiological survey: eating disorders. J Adolesc Health 1999; 24: 158 – 159
[23] Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. Br Med J 1999; 318: 765 – 768
[24] Winzelberg AJ. The analysis of an electronic support group for individuals with eating disorders. Comput Human Behav 1997; 13: 393 – 407
[25] Celio AA, Winzelberg AJ, Taylor CB, Wilfley DE, Eppstein-Herald D, Springer EA, Dev P. Reducing Risk Factors for Eating Disorders. Comparison of an Internet- and Classroom-Delivered Psychoeducational Program. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 650 – 657
[26] Erdmann HP, Klein MH, Greist JH. Direct patient computer interviewing. Journal of consulting and clinical psychology 1985; 53: 760 – 773
[27] Krumm S, Becker T. Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. Psychiat Prax 2006; 33: 59 – 66
[28] Internet-Therapie in der Psychotherapie und Psychosomatik. Eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. http://www.panorama-fachklinik.de gesehen am 30.7.2005