

## **1. Symposium des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V.**

**22. und 23. Oktober 2009 in Hannover**

### **Diagnostik, Behandlung und Prävention der Computerspielabhängigkeit – Von der internationalen Perspektive zur Entwicklung erster Leitlinien**

- Protokoll -

#### **11:00 Grußworte**

Das erste Symposium des Fachverbandes Medienabhängigkeit wurde mit Grußworten von Dieter Brettschneider (TUI), Thomas Hildemacher (MHH) und Dorothee Mücken (Stellvertreterin des Vorstandsvorsitzenden des FV Medienabhängigkeit) eröffnet. Dorothee Mücken dankt der TUI und der MHH sowie allen die an der Organisation des Symposiums beteiligt waren für die Unterstützung. Das Ziel des Symposiums liegt darin, Diskussionen und Austausch zu fördern, gemeinsam Leitlinien zu erarbeiten und diese in schriftlicher Form darzulegen. Durch die Veranstaltung führt als unabhängiger Moderator Arnd Schweitzer.

#### **11:30 Internationaler Block 1**

##### **Diagnosis, Treatment und Therapy of Internet Addiction in the USA – Dipl.-Psych. Klaus Wölfling**

Klaus Wölfling (Universitätsklinik Mainz) stellte bei seinen Recherchen fest, dass auch in den USA unterschiedliche Definitionen und Begrifflichkeiten im Bereich Medienabhängigkeit verwendet werden, die nicht klar voneinander getrennt und häufig vermischt werden.

Aktuell wird in den USA, ähnlich wie in Deutschland, diskutiert, ob es sich um eine Abhängigkeitserkrankung (Internet addiction) oder pathologischen Gebrauch (Pathological Computer Use (PCU)) handelt. Die Ablehnung der Einordnung zu den Abhängigkeitserkrankungen wird dort vor allem mit der Stigmatisierung als Abhängigkeitserkrankter begründet. Die Diskussion um die Begrifflichkeit erschwert zusätzlich die Aufnahme der Diagnose in den DSM-IV, die 2007 abgelehnt wurde, aber bei der nächsten Revision des DSM-IV wieder thematisiert werden soll.

Wölfling stellt den Stand der Forschung anhand von ausgewählten Studienergebnissen vor: Die Prävalenzzahlen von Internetabhängigkeit in den USA liegen nach Greenfield (1999) bei 6 % der Internetnutzer. Shaw und Black (2008) geben eine Übersicht über verschiedene Studien zum Thema. Demzufolge ist Internetabhängigkeit bei jüngeren Menschen stärker ausgeprägt. Weitere Studien beschäftigen sich mit den Kriterien der pathologischen Internetnutzung: Aboujaoude (2006) macht pathologische Internetnutzung anhand von acht potentiellen Markern fest: 'relations suffer', 'conceal use', 'pre-occupied when offline', 'hard to stay away', 'use to escape', 'tried to cut back', 'online longer than intended very often' und 'online longer than intended often'. Block (2008) unterscheidet drei verschiedene Formen von Internetabhängigkeit: 'Excessive gaming', 'Sexual preoccupations' und 'E-mail/text messaging', die anhand von 4 Kriterien 'excessive use', 'withdrawal', 'tolerance' und 'negative repercussions' diagnostiziert werden können (vgl. Van den Bulck, 2004, S. 101-104). Turkle (1997) benutzt einen Screening Test zur Diagnostik von Alkoholabhängigkeit bei Computerspielsüchtigen. Dadurch ist die Klassifikation unabhängig vom Inhalt der pathologischen PC-Nutzung. Eine Faktor, den man Wölfling zufolge in den Arbeitsgruppen während des Symposiums aufgreifen sollte. Ein Vergleich von China und USA zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Nationen aber auch zwischen den Geschlechtern im Bezug auf die pathologischen Folgen der Internetnutzung, die unter Chinesen und Männern deutlich höher ausfallen (vgl. Zhang et al., 2008). Gentil (2009) zeigt in einer Studie mit jungen Nutzern (zwischen 8 und 18 Jahren) einen negativen Zusammenhang zwischen Computerspielen und Schulerfolg. Peters (2008) untersucht hoch involvierte Spieler von Online-Rollenspielen und entdeckt einen Zusammenhang zwischen Involvierungsgrad und den Faktoren Spielzeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Extraversion. Peters (2008) unterscheidet pathologi-

sche Spieler anhand der Spielzeit und des Neurotizismus. Insgesamt stellt Wölfling fest, dass in den USA verschiedene diagnostische Instrumente und Klassifikationskriterien Anwendung finden.

Zur Behandlungslage in den USA gibt es wenig wissenschaftliche Forschung. Es gibt keine Treatment-Studien (RCTs). Folgende Behandlungsansätze werden von Wölfling identifiziert: Dr. Kimberly Young leitet *netaddiction.com*, ein Zentrum für Internetsucht. Hier werden CBT-Techniken, alternatives Verhalten und externale Stopper (z. B. dass der PC nach einer bestimmten Zeit von allein runterfährt) eingesetzt. Young versucht zielorientiert mit Patienten umzugehen, da vollständige Abstinenz vom Internet heutzutage kaum möglich ist.

Die Präventions- und Interventionsseite *GetGamesSmart.com* von *Microsoft* stellt eine Datenbank zur Verfügung in der Psychologen, die sich in der Einzeltherapie mit dem Phänomen beschäftigen, gesucht werden können.

Ein verbreiteter Ansatz in den USA ist es, Jugendliche im Sinne eines erlebnispädagogischen Ansatzes in die Natur zurückzuführen. Insgesamt scheint Struktur etwas zu sein, das Patienten mit Computer- bzw. Internetabhängigkeit verloren haben. Die Regelmäßigkeit muss ihnen zurückgegeben werden (z. B. durch Tagespläne).

In der abschließenden Diskussion wird gefragt, warum es in den USA bisher so wenig Forschung und ein geringes Problembewusstsein gibt. Wölfling vermutet, dass dies eventuell durch das in den USA übliche Versicherungssystem mit viel privater Psychotherapie bedingt ist. Dies könnte dazu führen, dass das Thema nicht in Gruppensettings thematisiert wird. Die Bezahlung von stationären Behandlungen erfolgt in den USA privat, da generell bei psychischen Problemen wenig von der Krankenkasse übernommen wird. Für die relativ geringe Forschung im Vergleich zur Größe und Bevölkerungsstärke des Landes gibt es keine Erklärung.

Weiter wird die Seriosität der Angebote von *Microsoft* diskutiert. Wölfling schätzt diese Informationsangebote jedoch als sehr strukturiert ein. Zudem konnte er keine große Kritik dazu im Internet finden. Allerdings handelt es sich dabei auch nur um ein Angebot unter vielen. Weitere Recherchen dazu wären durchführbar.

### **Literatur:**

- Aboujaoude, E., Koran, L., Gamel, N., Large, M. & Serpe, R. (2006). Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectrums*, 11(10), 750-755.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: internet addiction. *American Journal of Psychiatry* 165 (3), pp306-307.
- Greenfield, D. (1999). Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. In K. Young (Hrsg.) *American Behavioral Scientist*, Vol. 48 No. 4, 2004
- Shaw, M. & Black, DW. (2008). Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 22 (5), 353-365.
- Van den Bulck, J. (2004). Media Use and Time In Bed In Secondary-School Children. *Sleep*, 27 (1), 101-104.
- Zhang, L., Amos, C. & McDowell, C. (2008). Coperative Study of Internet Addiction between the United States and China. *Cyber Psychology & Behavior* 11(6)
- Turkle S. *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*. New York, NY: Touchstone, 1997.
- Gentil, D.A. (2009). Pathological video game use among youth 8 to 18: A national study *Psychological Science*, 20, 594-602
- Peters Ch.S. & Malesky, L.A., (2008). Problematic Usage ... Among Highly-Engaged Players of MMORPGs. *Cyber Psychologie & Behavior*, 11 (4)

## **Großbritannien: Diagnostik, Prävention und Behandlung von Computerspielabhängigkeit**

– Dipl.-Psych. **Florian Rehbein**

In seinem Vortrag zur Situation in Großbritannien legt Florian Rehbein (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen) den Schwerpunkt auf Computerspielabhängigkeit. Mit diesem Themenkomplex befassen sich in Großbritannien vor allem zwei Forschergruppen, die eher gegensätzliche Standpunkte vertreten: Griffiths und Kollegen (Gaming Research Unit, Psychology Division, Nottingham Trent University) und Charlton und Kollegen (Department of Psychology and Life Sciences, University of Bolton).

Griffiths (2009c) unterscheidet zwischen exzessivem Computerspielen und Computerspielabhängigkeit wobei es auch zu Überschneidungen der Gruppen kommt, da mit Computerspielabhängigkeit meist eine lange Spieldauer und damit exzessiver Gebrauch einhergeht. Andersherum kann allerdings nicht von exzessivem Gebrauch, also von einer langen Spieldauer, auf eine Abhängigkeit geschlossen werden. Dies verdeutlicht Griffiths an einer Fallstudie: Dave und Jeremy spielen beide 14 Stunden am Tag ein Onlinerollenspiel, aber nur Jeremy weist Merkmale einer Abhängigkeit auf (vgl. Griffiths, 2009c). „The difference between healthy excessive enthusiasms and addictions is that healthy excessive enthusiasms add to life, whereas addictions take away from it“ (Griffiths, 2009b, S. 29). Griffiths plädiert zudem dafür, dass es sich bei Computerspiel- und Internetabhängigkeit um distinkte Konzepte handelt (Griffiths und Davies, 2005). Griffiths ordnet problematisches Computerspielen als Abhängigkeitserkrankung ein und weist dabei auf strukturelle Ähnlichkeiten zwischen verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen (z. B. dem pathologischen Glücksspiel und Computerspielabhängigkeit) hin (vgl. Griffiths, 2005, Griffiths & Davies, 2005). Insgesamt hat er ein eher liberales Verständnis von Medienabhängigkeit dementsprechend alle Verhaltensweisen, die folgende Merkmale erfüllen, als abhängige Verhaltensweisen gelten können (vgl. Griffiths, 2009b, S. 28):

- Saliency (Einengung des Denkens und Verhaltens)
- Mood modification (Stimmungsregulation und Einsatz als Coping Strategie)
- Tolerance (Toleranzentwicklung)
- Withdrawal symptoms (Entzugserscheinungen)
- Conflict (Negative Konsequenzen)
- Relapse (Rückfall)

Als diskutablen Punkt stellt Rehbein heraus, dass der Kontrollverlust hinter den negativen Konsequenzen versteckt ist.

Charlton und Danforth (2007) unterscheiden auf Basis einer faktorenanalytischen Untersuchung von Abhängigkeitssymptomen zwischen einem nichtpathologischen Unterhaltungsfaktor (Negative Konsequenzen, Entzugserscheinungen, Rückfall und Einengung des Verhaltens) und einem Abhängigkeitsfaktor (Toleranzentwicklung, Spieleuphorie und Einengung des Denkens). Charlton und Danforth (2007, S. 1546) schlagen vor, die Merkmale Spieleuphorie und Einengung des Denkens nicht in die Klassifikation einzubeziehen und Toleranzentwicklung allenfalls als Nebenkriterium zu berücksichtigen.

Insgesamt geht der Trend in Großbritannien eher zu einer konservativen Diagnostik von Computerspielabhängigkeit: Das Konstrukt wird immer enger eingegrenzt und verschiedene Formen exzessiven Spielens müssen unterschieden werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht nach Griffiths (2009a) in Bezug auf die Frage welche Merkmals-Personen-Kombinationen dazu führen, dass Personen abhängig werden.

Das vorherrschende Instrument zur Diagnostik von Computerspielabhängigkeit ist in Großbritannien die in den Niederlanden entwickelte „Game Addiction Scale“ (vgl. Lemmens, Valkenburg & Peter, 2009). Das Instrument erhebt sieben Dimensionen mit 21 Items. In zwei unabhängigen Jugendstichproben konnte ein ‚Second-Order‘-Konstrukt bestätigt werden. Bisher fehlt jedoch, wie auch bei vergleichbaren Instrumenten, eine Validierung des Instruments mit klinischen Stichproben.

In Großbritannien gibt es keine nationalrepräsentativen Prävalenzzahlen wobei die Notwendigkeit für solche Zahlen gesehen wird (vgl. Griffiths).

Rehbein stellt in seinen Recherchen fest, dass in Großbritannien die Versorgungsstruktur im Bereich Prävention Mängel aufweist. Zwar gibt es Informationsseiten im Internet wie Online-Hilfe-Foren, aber keine flächendeckenden und professionellen Präventionskonzepte oder spezialisierte Behandlungsangebote. Politisch sehr relevant ist in Großbritannien hingegen der Schutz von Minderjährigen vor sexuellen Missbrauch im Internet.

Zusammenfassend stellt Rehbein fest, dass in Großbritannien pathologisches Spielverhalten überwiegend als Abhängigkeitserkrankung eingeordnet wird. Zudem werden Computerspielabhängigkeit und exzessives Spielverhalten als distinkte Konstrukte betrachtet. Die britische Streitfrage dreht sich um die Diagnostik und damit um die Frage, ab wann jemand als abhängig bezeichnet werden kann. In den letzten Jahren erkennt man in diesem Punkt eine deutliche Tendenz zur konservativen Diagnostik. Interessant ist dabei vor allem, wie die Prävalenzschätzungen von der Art der Diagnostik abhängig sind.

Im Plenum wird darüber diskutiert welche Behandlungsansätze es in Großbritannien gibt. Rehbein zeigt auf, dass es zu Behandlungstechniken wenige Informationen gibt und auch die klinische Behandlung wenige Informationen nach außen geben. Viele Institutionen arbeiten mit dem 12-Punkte-Plan, der von Rehbein allerdings eher kritisch gesehen wird. Seiner Ansicht nach sind verhaltenstherapeutische Ansätze zu bevorzugen. Griffiths betont in seiner Arbeit aber auch die Arbeit mit Familienangehörigen und der Peer-Group. Insgesamt stellt Rehbein einen Widerspruch zwischen der Feststellung von Computerabhängigkeit als Problem einerseits und der geringen Informationsdichte zu Behandlungs- und Präventionsangeboten andererseits fest.

Es schließt sich die Frage an, warum nur zwei Forschergruppen in Großbritannien sich mit dem Themenbereich beschäftigen. Eine fundierte Antwort kann dazu in der Diskussion nicht gefunden werden. Allerdings wird spekulativ angedacht, dass dies mit einer geringeren technischen Ausstattung und späteren technologischen Entwicklung zu tun haben könnte.

### **Literatur**

Charlton, J. P., & Danforth, I. D. W. (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior, Vol 23(3), 2007, 1531-1548.*

Griffiths, M. D. (2005). Relationship between Gambling and Video-game Playing: A Response to Johansson and Gotestam. *Psychological Reports, 96(3), 644-646.*

Griffiths, M. D. (2008). Videogame addiction: Fact or Fiction? In T. W. Willoughby, E. (Ed.), *Children's learning in a digital world (pp. 85-103). Oxford: Blackwell Publishing.*

Griffiths, M. D. (2009a). Online computer gaming: Advice for parents and teachers. *Education and Health, 27(1), 3-6.*

Griffiths, M. D. (2009b). Diagnosis and Management of Video Game Addiction. Vol. 12. Lesson 3, 27-42.

Griffiths, M. D. (2009c). The Role of Context in Online Gaming Excess and Addiction: Some Case Study Evidence. *Int J. Ment Health Addiction*, submitted.

Griffiths, M. D., & Davies, M. N. O. (2005). Does Video Game Addiction Exist? In J. H. Goldstein & J. Raessens (Eds.), *Handbook of Computer Game Studies (pp. 359-368). Boston: MIT Press.*

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology, 12, 77-95.*

### **Südkorea – Regine Pfeiffer**

Der Blick nach Südkorea ist aus Sicht der Referentin Regine Pfeiffer vor allem vor dem Hintergrund interessant, dass in deutschen Diskussionen um exzessives Computerspielen häufig Schweden und

Südkorea als Beispiele für gute Schulleistung trotz starker Computerspielnutzung herangezogen werden.

Pfeiffer, die 2008 im Rahmen einer Forschungsreise nach Südkorea, Einblick in kulturelle Gegebenheiten erlangt hat, stellt heraus, wie wichtig die Betrachtung der jeweiligen Situation in einem Land zur Einordnung der Problematik ist. Sie gibt daher zunächst eine kurze Einführung in das koreanische Schulsystem, das von Leistungsdruck und hohem Arbeitsaufwand geprägt ist. Zusätzlich zum regulären Schulunterricht werden viele Jugendliche in privaten Nachhilfeinstituten (koreanisch: Hagwon) auf die Aufnahmeprüfungen für Eliteuniversitäten (koreanisch: Sunung) vorbereitet. Arbeitstage bis spät in den Abend sind für koreanische Schüler keine Ausnahme sondern die Regel.

Die Computerspielnutzung ist in Korea, anders als in Deutschland, vor allem eine Außer-Haus-Nutzung. In sogenannten PC-Baangs (vergleichbar zu Internetcafés), von denen während der Wirtschaftskrise 1997 viele eröffnet wurden, treffen sich Kinder und Jugendliche aber auch Erwachsene zum Spielen von (hauptsächlich) Online-Rollenspielen. Zwar ist seit einiger Zeit der Zugang für Jugendliche nach 22 Uhr verboten, aber berücksichtigt wird dieses Verbot von den Betreibern und Eltern scheinbar nicht. Seit 1997 hat die Südkoreanische Regierung ihre wirtschaftliche Richtung geändert mit dem Ziel bis 2010 zu den weltweit größten Vertriebsländern von Computerspielen zu gehören. Diese haben somit wirtschaftlich einen hohen Stellenwert. Aber auch den hohen gesellschaftlichen Stellenwert erkennt man an so genannten E-Sports-Events, die vom Staat gefördert und im Fernsehen übertragen werden. Die Spieler verdienen damit hohe Summen, sind bekannt wie Filmstars und werden von vielen Jugendlichen als Vorbild genommen.

Zu den diagnostischen Kriterien, die in Südkorea angewandt werden, gibt es kaum englischsprachige Informationsquellen. Die von Regine Pfeiffer vorgestellten Zahlen hat sie Tagungsmaterialien einer internationalen Tagung 2007 in Seoul zum Thema entnommen. Demnach lag die durchschnittliche Internetnutzungszeit 2006 an Wochentagen bei 1,6 Stunden und an Wochenenden bei 2,7 Stunden (vgl. KADO, 2006, S. 23). Davon entfallen etwa 70 % auf das Computerspielen. Bedenkt man die hohen Anforderungen des Schulsystems erscheinen diese Zeiten sehr hoch. Eine Untersuchung zur Internetsucht 2008 schätzt 2,3 % der Jugendlichen als kritisch und 12 % der Jugendlichen als potentiell gefährdet ein. Für Erwachsene liegen diese Werte mit 1,3 % als kritisch und 5,1 % als potentiell gefährdet eingeschätzten etwas niedriger (vgl. Korean Agency for Digital Opportunity & Promotion). Vor dem Hintergrund teilweiser dramatischer Fälle, über die in der Presse berichtet wird, erscheinen diese Zahlen jedoch gering. Bis zum Jahr 2008 wurden über 20 Tote in Südkorea gezählt, die an mit exzessiver Computerspielnutzung in Zusammenhang stehender Erschöpfung, Dehydrierung und ähnlichem gestorben sind.

Die Prävalenzschätzungen beruhen auf dem von Dr. Young Sam Koh, Leiter der Beratungsstelle für Internetsuchtprävention der *Korean Agency for Digital Opportunity & Promotion* (KADO), entwickelten Diagnoseinstrument. Die K-Skale enthält 40 Items, die mit einer Vier-Punkt-Likert-Skala abgefragt werden und drei Faktoren zugeordnet werden können: ‚disturbance of adaptive functions‘, ‚disturbance of reality testing‘ und ‚addictive automatic thinking‘. Die Skalen weisen zudem unterschiedliche Items für Erwachsene, Jugendliche und Kinder auf. Zudem gibt es weitere Skalen für verschiedene Gruppen, z. B. Selbstdiagnose, Diagnose durch einen Beobachter. Eine Kampagne fordert die Menschen in Südkorea zur Selbstdiagnose auf. Dies erklärt nach Pfeiffer auch die teilweise starke Redundanz der Items. Wahrscheinlich tragen die teilweise sehr konkreten und teilweise redundanten Items zur Selbsterkenntnis und Diskussion innerhalb der Familie bei. Man erkennt daran, dass das Instrument zugleich eine diagnostische und eine pädagogische Intention verfolgt. Insgesamt sind die Diagnosefaktoren sehr ähnlich zu den von Rehbein vorgestellten Faktoren des Diagnoseinstruments von Griffiths. Pfeiffer hebt hervor, dass die soziale Beziehung zu Mitspielern in die Diagnose einfließt. Da sie diesen Aspekt auch in ihrer Arbeit mit *World of Warcraft*-Spielern häufiger gehört hat, sollte dies ihrer Meinung nach weiter als Diagnosekriterium diskutiert werden.

Im Bereich Behandlung und Prävention weist Südkorea eine Fülle verschiedener Projekte und Ansätze auf. Das Netzwerk von Beratungsstellen, die auch mit anderen Institutionen wie Krankenhäusern, Schulen usw. zusammenarbeiten ist unglaublich. Das Präventionssystem zeichnet sich durch sehr starke Strukturiertheit, Konsequenz und finanziellen Einsatz der Regierung aus. Der finanzielle Einsatz scheint ein Gegengewicht zur starken wirtschaftlichen Ausrichtung auf die Spielindustrie zu sein. Seoul gilt als Modellregion in der in vier verschiedenen Krankenhäusern verschiedene Behandlungsmodelle erprobt werden: individuelle Beratung, Gruppentherapie, Familientherapie und die Behandlung von Komorbiditäten, da vor allem eine hohe Komorbidität mit ADHS festgestellt wurde. Daneben gibt es sogenannte Rescue-Camps für schwerbetroffene Jugendliche, die dort im Rahmen erlebnispädagogischer Maßnahmen ins reale Leben zurückbegleitet werden. Diese Aufenthalte dienen häufig als Ausgangspunkt einer weiterführenden Therapie. Zudem gehört die Ausbildung von Beratern und Therapeuten, Präventionshilfe für Eltern, Schüler und Lehrer sowie die Stärkung des Know-How's in Krankenhäusern zum Präventions- und Behandlungsangebot. Gleichzeitig ist das Therapieangebot sehr flexibel und die Behandlungszeiträume sind nicht festgelegt sondern werden nach dem Schweregrad gestaffelt.

Insgesamt wird deutlich, dass eine große Diskrepanz zwischen den relativ niedrigen Prävalenzzahlen und dem umfangreichen Therapieangebot besteht. Frau Pfeiffer führt dazu noch an, dass es einen anderen Bericht gibt, dessen statistische Güte sie allerdings in Frage stellt und daher nicht präsentiert hat, demzufolge die Prävalenzzahlen, die mit Hilfe der K-Skale ermittelt wurden, viel zu niedrig sind.

In der anschließenden Diskussion werden noch Fragen zum Familiensystem in Südkorea gestellt und ob dieses als Schutzmechanismus dienen kann. Frau Pfeiffer führt an, dass dies eher nicht so ist, sondern ganz im Gegenteil, das exzessive Computerspielen mitverantwortlich gemacht wird für die Zerrüttung der koreanischen Großfamilie. Zudem scheint häusliche Gewalt in Südkorea ein großes Problem zu sein. Eine weitere Nachfrage bezieht sich auf die Suizidrate in Südkorea, die nach Frau Pfeiffer, vermutlich aufgrund des rigiden Schulsystems, überdurchschnittlich hoch ist.

Abschließend stellt Frau Pfeiffer heraus, dass man sehr genau hinschauen muss um die gesellschaftlichen Verhältnisse in Südkorea besser zu verstehen und die sozialen Hintergründe bei der Diskussion der Problematik von Computerspielabhängigkeit beachten.

#### **Literatur:**

Koh, Young Sam  
KADO, 2006,

#### **14:00 Internationaler Block 2**

##### **Niederlande – Dipl.-Psych. Dorothee Mücken und Dipl.-Psych. Annette Teske**

Annette Teske (Kurklinik Gut Holmecke) stellt ebenfalls heraus, dass es wichtig ist den kulturellen Hintergrund der Länder zu verstehen. Die Niederlande haben im Vergleich mit anderen europäischen Ländern eine sehr hohe Internetdichte und niederländische Jugendliche können zu den aktivsten Internetnutzern der Welt gezählt werden.

Die meiste Forschung zum Thema Internetabhängigkeit in den Niederlanden erfolgt an der Universität Amsterdam und dem Addiction Research Institute (IVO) Rotterdam. Die Universität Amsterdam konzentriert sich bei ihrer Forschung auf das Phänomen Computerspielsucht (gameverslaving), bekanntester Forscher ist J.S. Lemmens. Die IVO untersucht vielmehr das Phänomen exzessiver Internetgebrauch (G.J. Meerkerk, T. van Rooij) . Dadurch stehen diese zwei Forschungsinstitute zudem Stellvertretend für die zwei Strömungen in Bezug auf die Klassifikation: Lemmens (2007) ordnet die Computerspielabhängigkeit den Abhängigkeitserkrankungen zu, da die psychische Abhängigkeit bei allen Süchten ausschlaggebend für die Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit (nach dem körperlichen Entzug) ist. Meerkerk (2007) hingegen ordnet das Phänomen dem Namen nach den Impulskontrollstö-

rungen zu, wobei er sich in seiner Doktorarbeit zum Thema „Compulsive Internet Use“ bezüglich der Einordnung nicht eindeutig festlegt.

Beide Forschergruppen haben Diagnoseinstrumente entwickelt, die auch international Beachtung finden. Sie sind sehr aktiv damit beschäftigt, neue Kriterien zur Diagnose zu entwickeln. Die Universität von Amsterdam arbeitet hierfür eng mit Griffiths (Großbritannien) zusammen. Lemmens hat 2007 die „Checkliste Gameverslaving“ (Lemmens, 2007) entwickelt, die sechs Dimensionen der Gameverslaving erfasst: Anziehungskraft, Gefühlsregulation, Toleranzentwicklung, Entzug, Konflikte und Rückfall. Die Dimensionen lehnen sich an die Kriterien der Video-Game-Addiction (Griffiths, 2004), des Pathologischen Glücksspiels und der stoffgebundenen Abhängigkeit nach DSM-VI. Jede Dimension wird mit drei Fragen auf einer ‚Trifft zu‘/‘Trifft nicht zu‘-Skala erfasst. Ein Patient gilt als abhängig, wenn mindestens zwei von drei Fragen jeder Dimension als zutreffend beantwortet werden. Im Jahr 2009 hat Lemmens die Checkliste um eine Dimension erweitert und die Antwortmöglichkeiten „trifft zu/trifft nicht zu“ durch eine fünfstufige Skala ersetzt. An der neuen Checkliste werden zum einen die stetigen Weiterentwicklungen im Forschungsbereich deutlich. Zudem werden auch die Kriterien für eine Abhängigkeitsdiagnose immer enger gefasst.

Meerkerk (2007) unterscheidet sechs Kriterien des „Compulsive Internet Use“: Entzugserscheinungen, Kontrollverlust, Einengung des Verhaltensraumes, Konflikte/Probleme in anderen Lebensbereichen, Verleugnung der Internetnutzung und Coping (Gefühlsregulation). Diese Kriterien sind das Ergebnis einer qualitativen Analyse unter Berücksichtigung der Kriterien der Video Game Addiction (Griffiths, 2004) sowie der Kriterien des Pathologischen Glücksspiels und Stoffgebundener Abhängigkeit nach DSM-IV. Anhand seiner 6 Kriterien wurde die Compulsive Internet Use Scale (CIUS) zur Diagnose eines pathologischen Internetkonsum entwickelt. Sie besteht aus 14 Items, die auf einer Fünf-Punkte-Skala ((0) Nie, (1) Selten, (2) Manchmal, (3) Oft, (4) Sehr oft) abgefragt werden. Jemand wird als abhängig diagnostiziert, wenn die Auswertung 28 oder mehr Punkte (Mittelwert = 2) ergibt. Die Skala ist auch im deutschen Raum bekannt. Die Prävalenzschätzung für kompulsive Internetnutzung liegt nach Meerkerk, Van den Eijnden & Garretsen (2007) bei 7,4 % innerhalb der Versuchsgruppe (447 Internetnutzer ab 18 Jahren, die seit mind. einem Jahr einen Internetzugang zu Hause haben und zwischen 16 und 100 Stunden pro Woche das Internet nutzen) und hochgerechnet auf alle erwachsenen Niederländer, die das Internet nutzen, bei 0,9 %. Das entspricht 67.500 compulsiven Internetnutzern in den Niederlanden. Insgesamt stellt Teske fest, dass die Forscher zwar teilweise eigene Kriterien zur Klassifikation entwickeln, die Kriterien aber inhaltlich immer ähnlich und abgeleitet von den Kriterien der stoffgebundenen Abhängigkeit und des pathologischen Glücksspiels sind.

Dorothee Mücken (Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln e.V.) zeigt auf, dass es relativ wenig Information zu Behandlung und Prävention von Computerspielabhängigkeit in den Niederlanden gibt, was unter anderem an der geringen Kooperationsbereitschaft von Seiten der Kliniken liegt. Es gibt drei wichtige Internetseiten, die sich mit dem Thema befassen: [www.gameverslaving.nl](http://www.gameverslaving.nl) (Herausgeber unklar), [www.internetondercontrole.nl](http://www.internetondercontrole.nl) (erstellt von Brijder) und <http://kizke.awardspace.info/> (Infoseite von einem 15-jährigen).

Im Bereich der stationären Behandlung gibt es drei Institute. *Solutions Addiction Treatment Consultants*, Barneveld ist ein großer Suchthilfeträger in den Niederlanden, der allerdings nicht auf Computerspielsucht spezialisiert ist, sondern eine Vielzahl von Suchterkrankungen behandelt. Die Kosten für eine vierwöchige stationäre Behandlung mit dreimonatiger Nachsorge belaufen sich auf 5000 Euro. Sie können zwar evtl. von der Krankenkasse übernommen werden, aber in den meisten Fällen werden sie (nicht unüblich für das niederländische System) privat getragen. Das zweite Institut *Smith and Jones*, Amsterdam, wirbt damit, das erste Institut und einzige zu sein, das Computerspielabhängigkeit behandelt. Dies ist nicht richtig, da es zum Beispiel auch in Deutschland Institute gibt. Eine Kontaktaufnahme mit *Smith and Jones* ist gescheitert. In der Diskussion stellt sich heraus, dass Griffiths über dieses Institut schreibt, dass es eine Abstinenzorientierung hat (also nie wieder Computerspiele) und

erlebensorientierte Ansätze verfolgt. Es gibt kein festes Preisangebot, sondern individuelle Angebot, was von den Referenten eher kritisch gesehen wird.

Zur Behandlungsmethodik kann aufgrund der geringen Kooperationsbereitschaft nur wenig präsentiert werden. Nach Lemmens (2007) wird eine Behandlung in acht Schritten angewendet: Wissen sammeln, Problemanalyse erstellen, Kontakt aufbauen, Therapieziele erstellen, Vertrauen aufbauen, alternative Aktivitäten entwickeln, Unterstützung und Kontrolle anbieten und Therapieverlauf beobachten. Dies ist allerdings nichts Exklusives für den Bereich der Computerspielabhängigkeit sondern kann auch für andere psychische Probleme angewandt werden.

Im Bereich der Prävention stellt Mücken drei Internetseiten vor:

- [www.mijnkindonline.nl](http://www.mijnkindonline.nl): eine niederländische Stiftung aus der Zusammenarbeit zwischen KPN (niederländischer Telekommunikationskonzern) und Ouders Online.
- [www.mijnleerlingonline.nl](http://www.mijnleerlingonline.nl): eine Webseite für Lehrer (auch KPN und Ouders Online)
- [www.weetwatzegamen.nl](http://www.weetwatzegamen.nl): eine Initiative von Digibewust (Gemeinschaftsverband staatlicher und betrieblicher Institutionen)

Dabei ist die erste Internetseite ähnlich wie die deutsche Seite [www.klicksafe.de](http://www.klicksafe.de) aufgebaut. Die Seiten machen einen professionellen Eindruck, beschäftigen sich jedoch hauptsächlich mit dem Thema Medienpädagogik. Hierfür weisen die Niederlande eine hohe Kompetenz auf, darüber hinaus konnte zur Suchtprävention allerdings nichts gefunden werden.

### **Literatur**

Lemmens, J.S. (2007). Gameverslaving: Probleemgebruik herkennen, begrijpen en overwinnen. BV uitgeverij SWP, Amsterdam.

Van den Eijnden, R., Van Rooij, T. & Meerkerk, G.-J. (2007). Excessief en compulsief internetgebruik: een kwalitatieve analyse.

Meerkerk (2007)- Doktorarbeit

Meerkerk, G.-J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A. & Garretsen, H. F. L., (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties,

Van Rooij, T., Meerkerk, G.-J., Schoenmakers, T., Van den Eijnden, R. & Van de Mheen, D. (2008). Ontwikkelingen in het internetgebruik van Nederlandse Jongeren

Meerkerk, G.-J., Van Rooij, A.J., Amadmoestar, S.S. & Schoenmakers, T. (2009). Nieuwe verslavingen in zicht: Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang von nieuwe verslavingen in Nederland. IVO, Rotterdam.

### **Schweden – Dipl.-Psych. Annette Teske und Arnhild Zorr-Werner**

Annette Teske zufolge gibt es in Schweden noch weniger Forschung zum Thema Medienabhängigkeit als in den USA oder Großbritannien. Teske geht zunächst auf den Länderhintergrund ein und zeigt, dass Schweden sehr dünn besiedelt ist, Zudem leben rund 85 % der Bevölkerung im südlichen Drittel des Landes. Besonders im Winter leben die Menschen sehr isoliert, zurückgezogen und einsam. Vermutlich weisen die Schweden aufgrund der genannten geografischen Strukturen eine sehr hohe Medienaffinität auf und sind technologisch sehr involviert. Ericsson ist ein wichtiger Arbeitgeber in Schweden und schon früh war das Handynetz ausgebaut. 2001 besaß bereits jeder zweite Schwede einen Computer. Eine ähnlich hohe Ausstattung hatten nur Dänemark und Luxemburg. Zu regionalen Unterschieden in der Mediennutzung konnten die Referenten keine Studienergebnisse finden. Teske schätzt aber aus eigener Erfahrung, dass es regionale Unterschiede gibt und dass die Einsamkeit und regionale Gegebenheiten wahrscheinlich bedingen, dass Medien so eine große Chance und Wichtigkeit für die schwedische Bevölkerung darstellen. Die Schweden sperren sich ziemlich gegen das Thema Medienabhängigkeit. In den Medien wird das Thema eher ins lächerliche gezogen und nicht wirklich ernst genommen. Gleichzeitig ist auffällig, dass die Schweden ein hohes Gerechtigkeitsbewusst-

sein haben und Themen wie die Elektroschockbehandlung bei Medienabhängigkeit in China sehr viel Aufsehen in der schwedischen Gesellschaft erregen.

Auch in Schweden ist die Terminologie bezüglich der Thematik nicht einheitlich. So wird zum Beispiel der Begriff „Spelberoende“ teilweise für pathologisches Glücksspiel wie für Computerspielsucht verwendet. Dies ist sehr verwirrend, da in Artikeln lange Zeit nicht klar wird, ob es um Glücksspiel- oder Computerspielsucht geht. Andere Begriffe, die verwendet werden, sind Internetberoende (Internetabhängigkeit) und Datorberoende (Computerabhängigkeit).

Insgesamt gibt es in Schweden sehr wenig Forschung zum Thema. Der einzige offizielle Ansprechpartner ist das Volksgesundheitsinstitut, das allerdings auf seiner Homepage bisher trotz Ankündigung keine Studien zum Thema Computerspielsucht publiziert hat, obwohl sonst viele Studien des Instituts dort zu finden sind. Die einzigen Studien, die zur Diagnostik zu finden waren, waren Abschlussarbeiten von Studierenden. Insgesamt tendiert die Forschungslandschaft in Schweden eher zu qualitativen als zu quantitativen Studien, da sie den Menschen ganzheitlich betrachten möchten. Edin (2004) führte in seiner Examensarbeit eine zweiteilige Untersuchung (quantitativ und qualitativ) durch. In seiner quantitativen Untersuchung mit jugendlichen exzessiven Spielern bezogen sich die Fragen auf die vor dem PC verbrachte Zeit, Vernachlässigung anderer Interessen und schädliche Folgen wie Schulprobleme. Die Fragen wurden jedoch nicht an Kriterien anhand eines Klassifikationssystems (ICD-10 oder DSM-IV) angelehnt. Edin (2004) stuft ca. 70.000 schwedische Jugendliche als gefährdet und 20.000 Jugendliche als internetabhängig ein. Bahoceci und Särnblom (2009) haben in ihrer Magisterarbeit im Fach Informatik eine qualitative Expertenstudie durchgeführt mit Fragen zum Zeitaufwand, Vernachlässigung anderer Interessen und Problemen im realen Leben. Sie haben sich dabei ebenfalls nicht an bestehenden Klassifikationssystemen orientiert. Ihre Ergebnisse zeigen, dass Computerabhängigkeit in Schweden bisher kaum als Problem angesehen wird und das Hilfsangebot sehr gering ist.

Nilsson und Nyman (2007) haben im Auftrag des Spielinstituts eine Online-Befragung über die Internetseite *Nixgame* durchgeführt. Anlass dafür war, dass das Spielinstitut, welches sich ursprünglich mit Glücksspielsucht befasst, immer stärker mit Anfragen zu Computerspielabhängigkeit konfrontiert wurde. Nilsson und Nyman (2007) zeigen, dass 8 % der 1.381 Befragten mehr als 60 Stunden pro Woche Computerspiele spielte. Die beliebtesten Spiele sind *World of Warcraft* und *Counterstrike*. Zudem wurden folgende negative Konsequenzen benannt:

- mehr Zeit im Internet verbracht als geplant
- fällt schwer, den Computer auszuschalten
- Konflikte mit Familie
- bezüglich der Spielzeit gelogen
- weniger Zeit in Schule investiert
- andere Interessen vernachlässigt
- Gedanken auf das Spiel ausgerichtet.

Wenn überhaupt diagnostische Kriterien verwendet werden, dann folgende sechs Kriterien der Internetabhängigkeit (in Anlehnung an die Kriterien des Pathologischen Glücksspiels nach T. Nilsson („Jakten på jakpot“) und J. Griffiths): gedankliche Einengung, Gefühlsregulation, Toleranzsteigerung, Entzugerscheinungen, Konflikte und Rückfall.

Die schwedische *Stiftelsen Ungdomsvard* (Stiftung Jugendhilfe) benennt drei Stufen als Kriterien für die Diagnose bei Computerspielabhängigkeit: die grüne Zone (ausschließlich positive Erlebnisse), die gelbe Zone (Risikobereich) und die rote Zone (Suchtbereich). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bisher wenige Bemühungen bekannt sind, ein einheitliches Klassifikationssystem in Schweden zu entwickeln. Es gibt noch keinen Fragebogen, der valide zur Erfassung von Medienabhängigkeit als Diagnoseinstrument eingesetzt werden kann.

Das Thema Mediensucht wird im Bezug auf die Behandlung am ehesten an die Glücksspielsucht angegliedert. *Spelberoendes Riksförbund* bietet Selbsthilfegruppen für Angehörige von Medienabhängigen sowie Beratung und Vermittlung über den Reichsverband an. Die *Stiftelsen Ungdomsvard* gründe-

te 2007 die Beratungsstelle *Game over* und leistet Beratung und Prävention für betroffene Jugendliche und Angehörige. Für stationäre Behandlung gibt es nur eine Privatklinik für Glücksspielsüchtige (Kolmårdens behandlingshem), die ein fünfwöchiges Intensivprogramm anbieten, dass sich an dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker orientiert. Die Behandlungskosten können ggf. von Krankenkasse übernommen werden.

Arnhild Zorr-Werner (Fachstelle für medienassoziierte Störungen, Lüneburg) erklärt, dass die Internetrecherche nach Präventionsangeboten nur wenige Ergebnisse gebracht hat. Den Referentinnen wurde zudem vom schwedischen Honorarkonsulat in Hamburg und vom Volksgesundheits-Institut in Östersund bestätigt, dass es keine flächendeckenden Präventionsangebote in Schweden gibt.

Die parteiunabhängige *Stiftung Ungdomsvard* bietet jedoch seit 1991 qualifizierte Jugendhilfe an und wird durch Sponsoring finanziert. Ihr Programm *Game Over* ist individuell angepasst und legt Wert darauf, Jugendliche in ihrem Zuhause zu unterstützen. Sie bietet Tests, Beurteilungen und Veränderungsprogramme für Spieler in jedem Alter an. Gründer der Stiftung, Herr Rollenhagen, teilte den Referentinnen mit, dass das Institut auch durch Onlineberatung hilft, die „in vielen Fällen sogar besser als traditionelle Hilfe, da sich der Behandelnde und der Betroffene im gleichen Medium begegnen. [...] Der Spieler ist ja an seinem Rechner und da ‚fangen‘ wir ihn am leichtesten.“. Es gibt Angebote mit Einsatz von Medien und ohne Einsatz von Medien: z. B. Gruppen mit Eltern, die nur anmoderiert werden, das Aufsuchen von Schulen zur Themensensibilisierung, Elternabende, Einzelgespräche mit den Lehrern. Die Arbeit wird von Herrn Rollenhagen als sehr zeitintensiv und energieraubend beschrieben, da er mit dem Anliegen allein in Schweden steht. Warum es zum Thema in Schweden nicht mehr Studien und Engagement gibt, konnte Herr Rollenhagen nicht beantworten. Er sieht sich im Gespräch mit Jugendlichen als Freund und ist sehr bemüht den Eltern nahe zu bringen, die Beziehungsebene bei aller Sorge und Moral im Blick zu haben.

Zorr-Werner weist zudem darauf hin, dass eine Kooperation mit der schwedischen Stiftung besteht und für das kommende Jahr ein gemeinsames EU-Projekt zur Aufklärung von Eltern durch Lernpartnerschaften geplant ist. Interessenten sollen sich bei ihr melden.

#### **Literatur:**

Edin, M. G. (2004). Internetberoende: ett nytt folshälsoproblem. Examensarbeit.

Bahceci, C. & Särnblom, P. (2009). Datormissbruk- ett sjukligt behov. Magisterarbeit.

Nilsson, T. & Nyman, A. (2007). Resultat av anhörigenkäten. Spelinstitut

Nilsson, T. & Nyman, A. (2007). Resultat för spelarenkäten. Spelinstitut.

Nyman, A. (2008). Rapporten fran Stöd- och hjälplinjen för spelare och anhöriga. Statens folkhälsoinstitut.

Nilsson, T. (2002). Jakten pa jakpot, Stockholm: Fri Förlag.

rollenhagen (persönliches Gespräch Datum ???)

Internetseiten:

<http://www.spelfritt.se/> - StiftelsenUngdomsvard

[www.fair-play.se](http://www.fair-play.se)

<http://www.datorberoende.se> - Spelberoendes förening Malmö.

<http://www.spelberoende.se> – Spelberoende Riksförbund gepflegt.

<http://www.spelinstitutet.se>

<http://www.nixgame.se>

#### **Diagnostik, Therapie und Prävention von Medienabhängigkeit in den deutschsprachigen Ländern – Dr. med. Bert te Wildt und Dipl.-Psych. Dorothee Mücken**

Auch wenn der Fachverband Medienabhängigkeit offen für Mitglieder aus allen deutschsprachigen Ländern ist, so liegt der Schwerpunkt dieses Vortrags auf der Situation in Deutschland. Zum Thema Medienabhängigkeit gibt es in Deutschland relativ viele Angebote.

Bert te Wildt (Medizinische Hochschule Hannover) beschreibt zunächst, wie weit sich das Feld der Diagnostik aufspannt. Es ist wichtig zu beachten, dass es verschiedene Altersgruppen (nämlich Kinder, Jugendliche und Erwachsene) gibt, für die diagnostische Kriterien gefunden werden müssen. Zudem muss man zwischen Medienformen und Medieninhalte differenzieren. Dies hat Einfluss auf die Benennung, denn die Frage ist, wie man damit umgeht, dass man teilweise nach Medienformen (z. B. Internet, Computer, usw.) und teilweise nach Medieninhalten (z. B. Pornographie, Online-Spiele, usw.) unterscheidet. Zudem muss man sich fragen, zu welchem Zweck man diagnostische Kriterien ermittelt. Hierbei lassen sich wissenschaftliche, klinische und versorgungspolitische Zwecke differenzieren. Zudem muss zwischen diagnostischen und psychometrische Instrumenten sowie die zwischen Eigen- und Fremdbeurteilungsinstrumenten und zwischen psychometrischen Instrumenten und klinischen Interviews unterschieden werden.

Die Nomenklatur ist sehr vielfältig (z. B. Internetsucht, Pathologische Internetnutzung, Internetabhängigkeit, Computersucht, Computerspielsucht, Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch) und dabei stehen jeweils verschiedene Aspekte im Vordergrund. Vorrangig wird der Suchtbegriff verwendet, obwohl te Wildt eher von Abhängigkeit sprechen würde. Dies würde allerdings in eine sehr theoretische Diskussion über die Begriffe führen. Man sollte jedoch auch beachten, dass die Betroffenen selbst zumeist von Sucht sprechen. Es gibt vier verschiedene Möglichkeiten der nosologischen Zuordnung, die diskutiert werden:

- als Symptom bekannter psychischer Störungen
- als Impulskontrollstörung
- als Persönlichkeitsstörung
- als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung

Die Prävalenzschätzungen sind in den letzten Jahren etwas vorsichtiger geworden. Studien zeigen verschiedene Schätzungen:

- 3,2 % *Internetsüchtige* in Studie mit ca. 7000 Jugendlichen & Erwachsenen (Hahn & Jerusalem, 2001)
- 9,3 % *exzessive Computernutzer* in einer Stichprobe von 323 Kindern (Grüsser et al., 2005)
- 1,7 / 2,8 % *Computerspielabhängige* in einer Population von Jugendlichen (Rehbein et al., 2009)
- 6,3 % von 221 Jugendlichen mit pathologischem Computerspielverhalten (Wölfling, 2008)

te Wildt vermutet, dass sich die realen Zahlen zwischen den von Rehbein et al. (2009) und den von Wölfling (2008) ermittelten Zahlen bewegen. Aber selbst wenn man feststellen würde, dass nur 1 % der Bevölkerung computerspiel- und/oder internetabhängig ist und psychische Hilfe braucht, dann wäre das nicht wenig (auch im Vergleich zu anderen psychischen Störungen).

Die am häufigsten genutzten diagnostischen Kriterien sind: Kontrollverlust, Entzugerscheinungen, Toleranzentwicklung, negative soziale Konsequenzen und Konsequenzen im Bereich Leistung/Arbeit. Nach te Wildt sind das Kriterium „Einengung des Denkens und Verhaltens“ sowie affektive und interpersonale Kriterien und Zeitkriterien bisher zu wenig berücksichtigt. Ob eine Aufnahme in diagnostische Kriterien oder nur in Fragebögen erfolgen sollte, ist weiter zu diskutieren. te Wildt führt verschiedene Beispiele für diagnostische Kriterien an. Koh et al. (2005) haben das Zeitkriterium und andere Kriterien gut benannt und es sollte überlegt werden, sie zu übersetzen und auch in Deutschland einzuführen bzw. zu bedenken. Das diagnostische Instrument von Koh et al. (2005) trägt den verschiedenen Stufen und Facetten der Diagnose Rechnung. Die Landschaft der diagnostischen Instrumente ist sehr heterogen. Beispiele sind:

- Internetsuchtskala (ISS, Hahn & Jersusalem, 2001) - MHH
- Computerabhängigkeitsskala (KFN-CSAS-II, Rehbein et al., 2009) - KFN
- Compulsive Internet Use Scale (CIUS, Meerkerk et al., 2007) - UKE
- Fragebogen zum Computerspielverhalten (CSV-R Screener) (Wölfling et al., 2008) - Uni Mainz
- K-Scales (Koh et al., 2004) - Internet Addiction Prevention Center, KADO

Die Instrumente müssen sich in der Forschung bewähren und dafür ist es gut, dass es einen Wettstreit gibt. Gerade der internationale Vergleich spielt eine große Rolle, da sich ein Instrument erst dann bewähren kann. Zu beachten ist dabei allerdings auch, dass verschiedene soziokulturelle Hintergründe verschiedene Instrumente erfordern können.

Die diagnostischen Kriterien sollten aber auf jeden Fall vereinheitlicht werden. Dies ist sehr wichtig, damit man Betroffene überhaupt einer Untersuchung und Behandlung zuführen kann. Der Fachverband Medienabhängigkeit will sich dafür engagieren, dass diese Vereinheitlichung bald erfolgt.

Ebenso wie im Bereich Diagnostik, können auch Beratungs- und Behandlungsangebote differenziert werden. te Wildt unterscheidet zwischen:

- psychotherapeutisch - psychopharmakologisch
- gruppentherapeutisch - einzelpsychotherapeutisch
- ambulant - stationär
- verhaltenstherapeutisch - tiefenpsychologisch - systemisch
- suchttherapeutisch - rehabilitativ
- psychiatrisch – psychosomatisch

Es gibt eine große Vielfalt von Behandlungsansätzen, die man nicht einfach vereinheitlichen sollte. Diese stehen auch in Zusammenhang mit den Versorgungsstrukturen und mit deren Finanzierung. Es gibt in Deutschland eine Reihe von Beratungsstellen, die sich vor allem in Hessen, Niedersachsen und Berlin ballen. Zudem gibt es ambulante Behandlungsangebote in Spezialambulanzen, ambulante Behandlung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Schwerpunktpraxen und stationäre Behandlung in Kliniken mit expliziten Spezialangeboten. Auch im Bereich Selbsthilfe gibt es Angebote, die es allerdings schwer haben, sich zu etablieren. Dabei stellt sich die Frage, wie der Fachverband Medienabhängigkeit dies fördern kann. Bei den meisten anderen psychischen Problemen wurden Selbsthilfegruppen erst wirklich populär, wenn eine ‚Krankheit‘ auch offiziell anerkannt wurde und auch eine gesellschaftliche Anerkennung vorhanden war.

Dorothee Mücken stellt zunächst vor, was im Bereich der Prävention zu berücksichtigen ist. Dabei lässt sich zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention differenzieren. Zudem kann man unterscheiden, an welche Zielgruppe man sich richtet (Kinder, Jugendliche, Eltern, Multiplikatoren), welche Angebote es gibt (Medienkompetenz und Medienabstinenz, Prävention mit und ohne Medien, Prävention mit und ohne Beratungs- oder Therapieangebot, Aufklärungsarbeit im Sinne von großen Kampagnen oder kleine interventionelle Prävention) und wer sich dafür verantwortlich fühlt (Medienpädagogik oder Suchtprävention).

Auf einer Landkarte zeigt Mücken, wo Präventionsangebote vorhanden sind. Vor allem Baden-Württemberg erscheint dabei noch als ein Gebiet mit wenigen Angeboten. Der Fachverband Medienabhängigkeit wird Kontakte herstellen, um dies weiter zu recherchieren.

Als Zielsetzungen für Prävention sieht Mücken die Sensibilisierung für Abhängigkeitspotential, die Förderung der Medienkompetenz sowie die Stärkung der allgemeinen Schutzfaktoren. Dabei ist es wichtig, ein Bewusstsein in der Gesellschaft dafür zu schaffen, dass man auch von Medien abhängig werden kann. Empfehlungen der Prävention an die Eltern sind dabei, dass sie Interesse zeigen und

informiert sind, Alternativen anbieten und konsequent Grenzen setzen. Gleichzeitig sollten Eltern aber auch kritisch die eigene Mediennutzung betrachten.

Es gibt verschiedene Angebote, die Präventionsarbeit unter Einsatz von Medien leisten. Ziemlich repräsentativ für Präventionsarbeit im Bereich Medienabhängigkeit ist das Angebot *return* (Fachstelle für exzessiven Medienkonsum) des Vereins *Neues Land e.V.* Das Angebot ist sehr umfassend, dazu gehören: Angehörigenarbeit, Fortbildungen für Lehrkräfte und andere pädagogische/therapeutische Fachkräfte, schulischer Medienkonzepte, Maßnahmen zur Medienkompetenzförderung, Projekte mit Jugendlichen z. B. jungenspezifische Angebote, erlebnispädagogische Aktionen (Kanufahrten), Informationsveranstaltungen, herausfordernde Gesprächsrunden und praxisorientierte Schulungsangebote am PC (in Planung). Die Schulungen berücksichtigen dabei auch Aspekte des Jugendschutzes und werden in Zusammenarbeit mit Informatikern gestaltet. Weiterer Klärungsbedarf besteht in der häufigen Frage danach, wer für Präventionsangebote zuständig ist.

#### **Literatur:**

- Hahn & Jerusalem (2001)
- Grüsser et al. (2005)
- Rehbein et al. (2009)
- Wölfling (2008)
- Koh et al. (2005)

#### **16:00 Moderierte Diskussion zu den internationalen Erkenntnissen**

In der an die Vorträge anschließenden, moderierten Diskussion wurde zu allen drei Bereichen Diagnostik, Prävention und Behandlung mit den Teilnehmern des Symposiums diskutiert.

In Bereich **Diagnostik** wurde zunächst die Frage in den Raum gestellt, wie in der täglichen Arbeit damit umgegangen wird, ob überhaupt und wenn ja, welche Fragebögen zur Diagnostik verwendet werden. Dabei zeigt sich im Plenum ein sehr gemischtes Bild. Es gibt Teilnehmer, die ohne Fragebögen arbeiten aber andererseits wird auch ein Bedarf an geeigneten Diagnoseinstrumenten ausgesprochen. Viele Teilnehmer arbeiten mit dem Fragebogen zum Computerspielverhalten (CSV-R Screener) der Universität Mainz (Wölfling et al., 2008) aber auch die Computerabhängigkeitsskala (KFN-CSAS-II) des Kriminologischen Forschungsinstitut Hannover (Rehbein et al., 2009) sowie die Checkliste nach Young wird in der Praxis eingesetzt. Das Instrument der Universität Mainz wird dabei von mehreren Teilnehmern gelobt und in verschiedenen Kontexten angewandt: so ist eine größere Erhebung mit zehn bis zwölf Einrichtungen geplant bei der, mit Hilfe des Fragebogens, im stationärem Setting die Leute identifiziert werden sollen, die wegen anderer psychischen Erkrankungen behandelt werden aber auch Medienabhängigkeit aufweisen. Zudem scheint der Mainzer Fragebogen auch geeignet um eine Verhaltensänderung zwischen zwei Zeitpunkten der Behandlung zu erkennen. Wölfling selbst führt dazu an, dass der Fragebogen vor allem als Gruppenscreeninginstrument gut geeignet ist und er sich weitere Gedanken darüber machen wird, wie man den Therapieverlauf damit evaluieren kann.

Es wurde zudem angemerkt, dass schriftliche Erhebungsinstrumente nur ein kleiner Baustein der Diagnostik darstellen. Wichtiger als die Frage, welchen Fragebogen man nutzt, ist die Frage danach, wann man den Fragebogen in die Diagnostik einbezieht, da dies teilweise einen großen Effekt auf das Ergebnis der Diagnose und den Beratungsverlauf hat. Zudem wird hervorgehoben, dass es sich um ein sehr neues, heterogenes und sich in ständigem Wandel befindendes Feld handelt, bei dem man sich in der Diagnostik noch nicht ganz sicher sein kann. Dennoch ist es wichtig, dass sich Berater festlegen um den Patienten auch eine Antwort geben und ein adäquates Hilfsangebot machen zu können. Hierfür sind unabhängig von den Fragebögen vor allem die diagnostischen Kriterien wichtig. In den Vorträgen wurde gezeigt, dass Wissenschaft und Praxis in den verschiedenen Ländern dabei immer wieder auf ähnliche Kriterien gekommen sind.

Weiter gab es Stimmen dazu, dass es wichtiger ist, einen Fragebogen zu kennen, als dass man den vermeintlich richtigen Fragebogen nutzt. So muss man in der diagnostischen Praxis wissen, was ein Fragebogen kann und was nicht. Eine Empfehlung guter Instrumente ist demnach ebenso wichtig, wie Hintergrundinformationen zu den Instrumenten und Hinweise auf Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse. In der Praxis ist es sinnvoll, dass man sich gut mit dem Instrument auskennt und weiß, was die Entwickler mit bestimmten Fragen intendiert haben. Häufig besteht jedoch das Problem, dass man gar nicht weiß, worauf bestimmte Fragen abzielen, da einem Erklärungen zu einzelnen Fragen aber auch die allgemeinen Vorzüge des einen Instruments im Vergleich zu den anderen fehlen. Die wenigsten Praktiker haben genügend Zeit, sich alle Instrumente anzusehen und gegeneinander abzuwägen. Im Fachverband Medienabhängigkeit soll dazu weiter diskutiert werden, inwieweit der Fachverband hier Orientierung in Form von Empfehlungen bestimmter Instrumente für bestimmte Situationen (z. B. unter Berücksichtigung der Medienformen und/oder –inhalte) geben kann. Dabei soll es sich allerdings nicht um Regeln oder Vorgaben sondern lediglich um Empfehlungen handeln. Gleichzeitig wurde der Aufruf ausgesprochen, dass auch von Seiten der Wissenschaft eine praxisorientiertere Darstellung der Instrumente mit Interpretationshilfen erfolgen sollte. Von Seiten des Fachverbands wird zudem herausgestellt, dass man zwischen diagnostischen Kriterien einerseits und den Instrumenten in Form von Fragebögen andererseits trennen sollte, auch wenn dies nicht immer ganz klar voneinander getrennt werden kann. Bei den diagnostischen Kriterien sollte Einigkeit herrschen wohingegen bei den Instrumenten zur Diagnostik ein gewisser Pluralismus in Ordnung ist. Vor allem vor dem Hintergrund, dass in verschiedenen Arbeitsfeldern (Behandlung, Klinik, Beratung usw.) gearbeitet wird, die verschiedene Anforderungen an die Instrumente stellen. Zudem unterscheiden sich auch die Gegenstände voneinander, so dass zum Beispiel verschiedene spielimmanente Faktoren Berücksichtigung in den verschiedenen Instrumenten finden sollten. Herausgestellt wurde, dass man speziellere Kriterien als die allgemeinen Suchtkriterien braucht. Gleichzeitig sind die Kriterien auch für die Finanzierung der Behandlung von entscheidender Wichtigkeit, was wiederum mit der Klassifikation in Zusammenhang steht. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit der Fachverband in Bezug auf die Klassifikation eine klare Positionierung einnehmen sollte.

In Bezug auf die **Behandlung** wurde zunächst kurz festgestellt, dass das 12-Punkte-Programm eher nicht für den professionellen Bereich gedacht ist, sondern hauptsächlich für die Selbstbehandlung und Selbsthilfegruppen. Zur Situation in Deutschland wurde festgestellt, dass der Hang zur Konzeptualisierung in Deutschland viel stärker ist als in anderen Ländern. Der Streit um die Klassifikation als Persönlichkeits-/Verhaltensauffälligkeit, Impulskontrollstörung oder Abhängigkeitserkrankung wird in vielen anderen Ländern nicht geführt, was auch auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zurückzuführen ist. In Deutschland ist streng geregelt, wer was behandelt und finanziert. Daher würden klare Kriterien für eine Zuordnung helfen. Man sollte jedoch aufpassen, dass man sich nicht zu früh positioniert. Das Problem wird vor allem im ambulanten Bereich gesehen, da es problematisch wird, wenn Suchtberatungsstellen, als erste Anlaufstellen für Betroffene, aufgrund der Einordnung in das Klassifikationssystem keine finanzielle Unterstützung mehr bekommen. Die Zuordnung zu den Verhaltensauffälligkeiten würde bedeuten, dass Mediensucht nicht mehr in den Aufgabenbereich der Suchtberatungsstellen fällt. Bei Kindern und Jugendlichen wären dann möglicherweise die Erziehungsberatungsstellen zuständig. Es wird angeregt zunächst über die Inhalte zu diskutieren bevor man an die Versorgungsstrukturen denkt, sich also zunächst zu fragen, was die Menschen brauchen, bevor man überlegt, was man ihnen anbieten kann. Angeregt wird weiter, dass man nicht immer nur die Jugendlichen im Blick haben, sondern auch an ältere Betroffene denken sollte. Zudem wäre es auch gut einen Kontakt zwischen den verschiedenen Stellen über lokale Netzwerke herzustellen, um die Menschen fachlich bestmöglich entsprechend ihrer Bedürfnisse zu behandeln. Der Fachverband müsste sich in diesem Zusammenhang dafür aussprechen, dass man eine Netzwerkstruktur sowie eine verbandsübergreifende Arbeit fördern möchte. Bei einer solchen Sichtweise steht der Klient im Mittelpunkt. Allerdings zeigt sich in der Diskussion auch, dass zum Beispiel kirchliche Träger unter starker

finanzieller Anspannung stehen und daher auch der Aspekt der Versorgungsstruktur von hoher Wichtigkeit ist.

Ein weiterer Diskussionspunkt bestand in der Entwicklung von Behandlungskonzepten. Anstatt in andere Länder zu schauen, baut man auf die Erfahrungen im Umgang mit anderen Suchterkrankungen. Es scheint wichtig, den Austausch zu fördern, damit nicht jeder ‚aus der Not heraus sein eigenes Süppchen kocht‘. Die Arbeitsgruppen des Symposiums sollen Gelegenheit für einen solchen Austausch über erfolversprechende und nicht erfolversprechende Behandlungskonzepte bieten.

Im Bereich **Prävention** wurde zunächst darüber diskutiert, ob das abhängig machende Medium auch in die Präventionsarbeit (wie am Beispiel Schweden zu sehen) einbezogen werden sollte bzw. ob dies in Deutschland gemacht wird. Dabei zeigt sich, dass es sowohl Angebote, gibt die ohne Einsatz von Medien arbeiten (z. B. Fachstelle für medienassoziierte Störungen, Lüneburg) als auch Programme, die mit Medien arbeiten (z. B. Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln e.V.). Dabei ist vor allem die Kooperation von medienpädagogischen Einrichtungen und Suchtpräventionsfachstellen wichtig, die generell als wünschenswert in dieser Diskussion erscheint. Zu beachten ist bei der Frage auch die Zielgruppe des Angebots. Dort spielt zum Beispiel die Altersklasse der Kinder eine Rolle, denn beispielsweise im Kindergarten sind die Erzieher leicht mit dem Medieneinsatz überfordert. Diskutiert wird aber auch über Angebote für Eltern wie Eltern-LANs, die das Verständnis der Eltern für ihre Kinder fördern sowie den Eltern ermöglichen sollen, einen kritischen Blick auf die Spiele ihrer Kinder zu werfen. Diese werden von anderen Diskussionsteilnehmern aber auch kritisch als Werbeveranstaltung für Spiele gesehen. Konsens ist, dass es dabei vor allem darauf ankommt, wie diese Veranstaltungen gestaltet sind und von wem sie ausgerichtet werden. Insgesamt scheint es zudem wichtig, die Eltern zu erreichen und ihnen die Kenntnisse über Medien und ihre Inhalte zu vermitteln, damit sie ihren Kindern schon früh Grenzen setzen (z. B. über Zeitmanagementsysteme). Die Sensibilität für die Gefahren sollte bei Eltern schon im Grundschulalter vorhanden sein. An den Fachverband wird in diesem Zusammenhang herangetragen durch Medien- und Öffentlichkeitsarbeit deutlich zu machen, warum die Eltern sich schon in der Grundschule für den Medienkonsum ihrer Kinder interessieren sollten. Dabei scheint es aber auch wichtig, dass den Eltern eine Haltung zum Thema transportiert wird. Dabei ist vor allem die Begriffsklärung der Medienkompetenz wichtig. Zu Medienkompetenz gehört nicht nur der technische Aspekt, sondern auch die emotionale, kognitive und moralische Erfassung der Medieninhalte. Wenn man den Begriff Medienkompetenz gemeinsam mit Eltern und Jugendlichen aufschlüsselt, so zeigt sich in der Vorher-Nachher-Abfrage häufig, dass Eltern sich nach der Begriffsdefinition für kompetenter und Jugendliche sich für weniger kompetent halten.

Die Ergebnisse des Berliner Längsschnitts des KFN zeigen, dass Primärprävention in den Grundschulen oder auch schon im Kindergarten sehr wichtig ist. Ein flächendeckendes Präventionskonzept hinsichtlich der Unterhaltungsmedien, welches über alle Gefahren in diesem Zusammenhang informiert, wäre wünschenswert. Es wird von anderer Seite angemerkt, dass Medienkompetenz einen festen Platz in der Ausbildung von ErzieherInnen und LehrerInnen bekommen sollte. Im Grundschulalter ist zudem zu bedenken, dass das Fernsehen das wichtigste Medium ist. Präventionsarbeit sollte sich daher nicht nur auf den Computer beziehen und die parallele Arbeit mit Kindern und Eltern umfassen. Die technischen Kompetenzen sind meist schon in der dritten Klasse gegeben, aber die Kompetenzen zum Umgang mit den Inhalten sind da noch nicht bekannt. In Bezug auf die Erwartungen an medienpädagogischen Unterricht könnte der Fachverband mit seinem Expertenpool Unterstützung und Anleitung geben.

Ein wichtiges Problem der Präventionsarbeit ist, dass es schwierig ist, die Menschen in der Gaming-Community zu erreichen und ihnen zu erklären, dass ihr Hobby auch seine Schattenseite hat. Es stellt sich das Problem, wie man die Menschen ansprechen und wie man sie in der Öffentlichkeit erreichen kann. Personen, die in der Gaming-Community sind, aber auch die Probleme sehen, können dabei als wertvolle Multiplikatoren gesehen werden. Aber auch andere Multiplikatoren wie z. B. Fallmanager der ARGE wurden in der Diskussion angesprochen.

Zur weiteren Diskussion wurde zudem gestellt, wie mit der Altersfreigabe bei Computerspielen, von denen anhand wissenschaftlicher Forschung bekannt ist, dass sie ein erhöhtes Suchtpotential besitzen (z. B. MMORPGs wie *World of Warcraft*), umgegangen werden soll.

## **Tag 2 - 23.10.2009**

### **9:30 Uhr: Behandlungssituation und Behandlungskosten von Medienabhängigkeit und pathologischem Glücksspiel in Deutschland (Felix Wedegärtner, MPH)**

Felix Wedegärtner will in seinem Vortrag das Thema der Behandlungssituation und –kosten soweit anreißen, dass es in den Arbeitsgruppen weiter bearbeitet werden kann. Über die Frage der Behandlungskosten von Medienabhängigkeit kann man kaum referieren, da es dazu kein Buch gibt, in dem man es nachschlagen kann. Daher kann man höchstens darüber sprechen, wer die Kosten trägt. Es ist interessant, sich dem Thema über das pathologische Glücksspiel zu nähern, da dieses Thema schon länger in der Diskussion steht und die Strukturen schon gefestigter sind.

Die Anerkennung der Glücksspielsucht im Rehaverfahren im Jahr 2001 führte dazu, dass sich viele Kliniken in dem Bereich spezialisierten haben. Allerdings gibt es keine Spezialkliniken, da die Anzahl der Betroffenen zu klein ist.

Im Jahr 2006 fiel das Sportwettenurteil. Dies führte dazu, dass im Jahr 2008 der Glücksspielstaatsvertrag aufgesetzt wurde, der eine strukturierte Förderung der Behandlung von pathologischem Glücksspiel festlegt.

Die Definition von Glücksspielabhängigkeit zeigt die Ambivalenz des Begriffs, der auch in der Diskussion um Computerspielabhängigkeit wiederzufinden ist.

Im Bereich Glücksspiel gibt es seit vielen Jahren neurobiologische Forschung während zu anderen Bereichen der stoffungebundenen Süchten weniger geforscht wurde.

Nachdem der Staatsvertrag in Kraft getreten war, hat sich die Szene erheblich verändert. Es zeigte sich, dass alle Länder Deutschlands sechs bis siebenstelligen Beträge zur Unterstützung einer Präventionsstruktur ausschütteten.

Wenige Einrichtungen in Deutschland, die spezialisiert sind auf die Rehabilitationsbehandlung von Glücksspielabhängigkeit. Die Fallzahl fällt oft zu gering aus. Wenn man sagt, dass man für Glücksspiel-/computerspielabhängige spezielle Angebote braucht, ist es so, dass viele Kliniken/Stellen dafür spezielle Angebote bereithalten.

Was die Versorgung von Internetabhängigen angeht, sei es natürlich den Einrichtungsträgern nicht zu verübeln, in dieser Sache vorzupreschen und mit ihrer Kompetenz aus anderen Bereichen sich hier zu platzieren. Dennoch gibt es keine Diagnose, die in einem Buch steht, weshalb die Behandlungen aufgrund von anderen Diagnosen erfolgen. In diesem Zusammenhang ist aber hervorzuheben, dass die Versorgung in erster Linie ambulant und nicht in den Kliniken stattfindet.

In der anschließenden Diskussion wurde darüber gesprochen, was der Fachverband Medienabhängigkeit aus den Erfahrungen im Bereich pathologisches Glücksspiel lernen kann. Dabei wurde festgestellt, dass eine Konzeptualisierung immer gut ist. Zudem zeigt das Beispiel Glücksspiel, dass es sehr lange Zeit braucht, bis einheitliche und flächendeckende Konzepte geschaffen sind. Im Bereich Glücksspiel gehen die Anfänge bis in die frühen 80er Jahre zurück. Zudem wird auch im Bereich Glücksspiel deutlich, dass nur eine geringe Zahl der Abhängigen Hilfeinrichtungen aufsuchen, wofür verschiedene Gründe verantwortlich gemacht werden.

Weiter wird darüber gesprochen, welche Diagnosen zu welchen Finanzierungsmodellen führen. Zudem wird über das Problem der Leistungsträger gesprochen. In dem Zusammenhang wird es als problematisch gesehen, dass Jugendliche noch gar keinen Rentenanspruch haben, Rehabilitationsbehandlungen im Rahmen der Glücksspielsuchttherapie allerdings von den Rentenversicherungsträgern gezahlt werden.

Vom Fachverband wird zudem der Wunsch nach Pluralismus ausgesprochen, der zur Folge hätte, dass es möglich wäre, Menschen mit Medienabhängigkeit unabhängig von politischen Interessen in ver-

schiedenen Institutionen zu behandeln. Ein solcher Pluralismus wird allerdings in Deutschland als schwer durchsetzbar gesehen, da hier ein hoher Regelungsbedarf bestehe. Wenn es keine klare Regelung gibt, drohe vielleicht auch die Gefahr, dass der Problembereich gar nicht anerkannt wird. Hierbei bleibt die Frage im Raum stehen, wie der Fachverband damit umgehen und sich positionieren soll. Hieraus ergibt sich der Bedarf nach einer Arbeitsgruppe, die sich (nach der Tagung) speziell mit der Zuordnung zu den Versorgungsstrukturen beschäftigt. Dies soll im Abschlussplenum nochmals aufgegriffen werden.

Weiter wird über ein Modell der Querfinanzierung von Präventionsangeboten durch die Spielindustrie diskutiert (ähnlich der Finanzierung im Bereich des pathologischen Glücksspiels). Dabei ist allgemeiner Konsens, dass der Verband sowie wissenschaftliche Einrichtungen kein Geld von Unternehmen aus der Branche nehmen dürfen, da dies die Objektivität und Unabhängigkeit gefährden würde. Allerdings wird überlegt, ob ein Finanzierungsmodell über eine neutrale Stiftung oder ähnlichem möglich wäre.

#### **14:00 Vorstellung der Ergebnisse der Arbeitsgruppen**

##### **14:10 Arbeitsgruppe Diagnostik**

Das Ziel der Arbeitsgruppe bestand darin, sich um diagnostische Kriterien zu bemühen, die sich an deutsche und internationale Forschung sowie eigene Erfahrungen anlehnen. Die Arbeitsgruppe hat aus wissenschaftlichen Ergebnissen und Erkenntnissen der Behandlungspraxis einen Vorschlag bzw. eine Diskussionsgrundlage erarbeitet, die sich in drei Abschnitte gliedert.

##### **A) Zeitliche Persistenz der Symptomatik**

Die Symptomatik der Computerspielabhängigkeit muss über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten kontinuierlich bestanden haben.

In der Arbeitsgruppe bestand Einigkeit darüber, dass Zeitdauer in die Symptomatik einbezogen werden sollte. Zur zeitlichen Dynamik ist bisher noch sehr wenig bekannt, daher wurde zunächst ein etwas kürzerer Zeitraum von drei Monaten gewählt. Wichtig war dabei jedoch, dass dieser Zeitraum länger ist als sechs Wochen um einen „Sommerferieneffekt“ zu vermeiden.

##### **B) Diagnostik**

##### **B1) Primäre Kriterien: Abhängigkeitsverhalten**

1. Einengung des Denkens und Verhaltens
2. Kontrollverlust
3. Toleranzentwicklung
4. Entzugserscheinungen
5. Dysfunktionale Stimmungsregulation
6. Ängstliche Vermeidung realer Kontakte zugunsten virtueller Beziehungen
7. Fortsetzung des Spielens trotz bestehender oder drohender negativer Konsequenzen

##### **B2) Sekundäre Kriterien: Negative Konsequenzen**

1. Körperliche Konsequenzen im Bereich Körperpflege, Ernährung und Gesundheit
2. Soziale Konsequenzen im Bereich Familie, Partnerschaft und Freizeit
3. Leistungsbezogene negative Konsequenzen im Bereich Ausbildung, Arbeit und Haushalt

In Bezug auf die primären Kriterien ist Punkt 6 der innovativste Punkt des Kriterienkatalogs. Den Aspekt der Toleranzentwicklung muss man auch qualitativ nicht nur quantitativ verstehen. Die Einführung der sekundären Kriterien erfolgt, da die Arbeitsgruppe davon ausgeht, dass eine negative Konsequenz in irgendeiner Form vorhanden sein muss, um von einer Abhängigkeit sprechen zu können. Die Arbeitsgruppe hat versucht, hier alle klinisch relevanten negativen Konsequenzen aufzunehmen.

Die Arbeitsgruppe hat hierbei bewusst nicht vorgegeben, wie viele Kriterien davon erfüllt sein müssen um als abhängig zu gelten. Dazu muss in einem nächsten Schritt die Datenlage genauer angeschaut werden und zudem muss die Güte der Kriterien in einer Studie getestet werden.

### **C) Ausschluss**

Pathologisches Computerspielverhalten lässt sich nicht durch eine Manie oder Zwangserkrankung erklären.

Das Ausschlusskriterium erklärt sich dadurch, dass es Symptomkomplexe geben kann, bei denen eine Primärdiagnose Computerspielabhängigkeit nicht mehr zu rechtfertigen ist. Die Formulierung stellt dabei einen ersten Entwurf dar, der in weiterer Arbeit präzisiert werden muss.

Es gibt Instrumente, die schon dicht an diesen Kriterien dran sind (und auch in den Länderreferaten vorgestellt wurden, z. B. CIUS, KFN-CSAS-II, CSV-R Screener, ISS) aber noch kein Instrument das deckungsgleich mit den vorgeschlagenen Kriterien ist. Die Kriterien sind auf die Basis gefußt, dass es sich dabei um eine Abhängigkeitserkrankung handelt (F1 des DSM-V).

In der *Diskussion* kommt die Frage auf, ob Punkt 7 auf jeden Fall gegeben sein muss. Die Arbeitsgruppe stellt klar, dass die Überlegung dahin geht, dass pro Block (B1 und B2) je eine noch festzulegende Anzahl von Kriterien erfüllt sein muss um als abhängig zu gelten.

Ein großer Diskussionspunkt stellte das neu eingeführte Kriterium ‚Ängstliche Vermeidung realer Kontakte zugunsten virtueller Beziehungen‘ (Punkt 6) dar. Die Idee der Arbeitsgruppe war, etwas aus Fragebögen, die in Deutschland nicht so populär sind aufzunehmen, vor allem in Bezug auf interpersonale Faktoren und Beziehungsdimensionen. Aus dem Plenum wird argumentiert, dass es schwierig ist, reale und virtuelle Kontakte zu vergleichen und zu sagen, dass nur die realen Kontakte ‚richtige‘ Kontakte sind. Dabei ist vor allem der Aspekt der Wertigkeit des Kontakts für den Betroffenen zu bedenken. Zudem besteht dabei das Problem der Komorbidität. Angeregt wird, dass man die Veränderung zum vorhergehenden Zustand als wichtigen Aspekt dieses Kriteriums einführt. Ein weiterer Vorschlag ist die Formulierung auf ein „vorwiegendes Eingehen von virtuellen Beziehungen“ zu verändern, dies aber nicht im Vergleich zu sozialen Beziehung zu stellen. Dabei wird argumentiert, dass das Eingehen virtueller Beziehungen sowohl zu weniger als auch zu mehr sozialen Kontakten führen könnte (z. B. falls jemand vorher gar keine Kontakte hatte). In der Diskussion steht auch, ob das Wort ‚ängstliche‘ rausgenommen werden sollte. Die Arbeitsgruppe zeigt auf, dass dies eingeführt wurde, um die Leute, die sich bewusst dazu entscheiden von den Abhängigen (denen keine Bewusste Entscheidung zugesprochen wird) abzugrenzen. In dem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welches Gesundheitsbild man hat und ob soziale Kontakte zu einem gesunden Menschen gehören. Ein weiterer Vorschlag besteht darin, es als Verlagerung des realen Lebens in den virtuellen Raum zu bezeichnen. Argumentiert wird, dass Abhängige sich teilweise den ganzen Tag mit dem Spiel beschäftigen auch wenn sie nicht spielen. Allerdings findet dieser Aspekt schon unter Punkt 1 „Einengung des Denkens und Verhaltens“ Beachtung. Weiter wird vorgeschlagen Punkt 6 zu streichen und dafür Punkt 2 unter B2 zu erweitern um damit auszudrücken, dass sich derjenige zunehmend von der realen Welt verabschiedet.

Argumentiert wird auch, dass unter Berücksichtigung des Aspekts, dass es sich bei den vorgestellten Kriterien um diagnostische Kriterien und nicht um direkt abzufragende Aspekte handelt ist zu bedenken, dass der Rückzug eines Menschen in die virtuelle Welt und die gleichzeitige Vernachlässigung realer sozialer Kontakte vor allem der Umwelt auffällt. Für die Fremdanamnese könnte es daher ein wichtiges Kriterium sein.

Festgehalten wird, dass dieser Punkt weitere Diskussion erfordert.

### **14:40 Arbeitsgruppe Behandlung**

Die Arbeitsgruppe hat sich entschieden den Aspekt der Beratung in ihre Diskussionen mit einzubeziehen, da eine ambulante Therapie oft an Beratungsstellen angegliedert ist. Es ist wichtig, Rahmenbe-

dingungen für die Therapieinhalte bei Medienabhängigkeit (ambulant und stationär) festzulegen. Die Arbeitsgruppe zeigt auf, dass die Abgrenzung der verschiedenen Spielformen zu berücksichtigen ist. In Bezug auf die Zielsetzungen einer Behandlung wurde beschlossen, dass die Zielsetzung aus dem klassischen Suchtbereich, nämlich die vollkommene Abstinenz, nicht übernommen werden kann, da eine vollständige Medienabstinenz lebensfern und kaum umsetzbar ist. Dies umfasst auch, dass jemand, der eine Therapie beginnen möchte, bei Therapiebeginn nicht abstinent sein muss.

Es ergeben sich drei mögliche Zielsetzungen für die Behandlung:

- integrierte Mediennutzung,
- Punkt-/Teilabstinenz,
- totale Abstinenz.

Dabei ist die Zielsetzung auch abhängig von der jeweiligen Mediennutzung. Das Therapieziel sollte in der Behandlung erarbeitet werden. Dabei kann eine Zielsetzung auch umfassen, dass man totale Abstinenz von einem Spiel anstrebt, der Computer aber trotzdem in anderen Bereichen genutzt wird.

Im ambulanten Setting ist nach Meinung der Arbeitsgruppe zu beachten, dass Patienten nicht ohne Vorlaufphase in einem gruppentherapeutischen Setting untergebracht werden können, wie es bei anderen stoffgebundenen Abhängigkeiten der Fall ist. Zunächst sollten Einzelgespräche stattfinden, bevor der Patient in eine Gruppe eingegliedert wird. Das Behandlungssystem für Medienabhängigkeit sollte zudem auch körperliche Reaktivierung im Gruppensetting als wichtigen Bestandteil beinhalten (z. B. Erlebnispädagogik). Damit die Reaktivierung als fester Bestandteil der Therapie angesehen und finanziert wird, muss die Bedeutung für den Therapieerfolg auch begründet werden.

Die Einbindung realer Rollenspiele in die therapeutische Arbeit wird von der Arbeitsgruppe eher nicht empfohlen. Sie können Patienten zu sehr an ihr virtuelles Leben erinnern und daher therapiegefährdend sein. In Bezug auf die Dauer der ambulanten Behandlung orientiert sich die Arbeitsgruppe an der Suchttherapeutischen Konzepten und empfiehlt ein bis eineinhalb Jahre, je nachdem ob ein Verlängerungsantrag gestellt wird oder nicht. Zudem sollte bei der therapeutischen Behandlung eine Trennung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen vorgenommen werden. Die Arbeitsgruppe empfiehlt weiter auch ambulante Nachsorge für Medienabhängige anzubieten.

In Bezug auf die Klassifikation findet die Arbeitsgruppe eine Angliederung an das Suchthilfesystem im ambulanten Bereich sehr wichtig. Für den stationären Bereich sollte die Diversität der Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung von Komorbiditäten bestehen bleiben.

Die Arbeitsgruppe regt eine Reihe von Themen für Behandlungsinhalte an, die als Impulse für weitere Diskussionen dienen sollen:

- Aufbau einer festen Tagesstruktur
- Erlebnispädagogische Ansätze
- Teilweise ist Übernahme der Inhalte herkömmlicher suchttherapeutischer Behandlungsangebote möglich
- Indikativangebote zur Berücksichtigung komorbider Erkrankungen
- Psychoedukation
- Aufbau einer neuen Medienkompetenz
- Nutzung von Stopp- und Kontrollprogrammen zur Verhaltensreduktion
- Erarbeitung der Geschlechtsidentifikation, Umgang mit Rollenbildern
- Beim Einsatz von Entspannungsverfahren sollte der Schwerpunkt auf Körperwahrnehmung und Imagination gelegt werden
- Förderung des Euthymen Erlebens, Achtsamkeitstraining
- Verabschiedung vom virtuellen alter ego im Sinne einer klassischen Trauerarbeit depressive Störung als Reaktion auf den Verlust berücksichtigen
- Kunsttherapie

- Angehörigenarbeit sollte deutlich stärker gewichtet werden als in der klassischen Suchtberatung

Der Patient sollte als Experte seiner Mediensozialisation angesehen werden, daher ist die Erarbeitung der Ressourcen in den virtuellen Aktivitäten von großer Bedeutung, ein Transfer von der virtuellen zur realen Welt sollte mit eingebunden werden. Medienkonsum als Bestandteil unserer heutigen Lebenswelt und Sozialisation stellt die Basis für die Akzeptanz des Patienten und seiner Problematik dar.

Die *Diskussion* im Plenum umfasste vor allem Bedenken bezüglich der Terminologie, insbesondere der Begriffe „Kulturgut“ und „Stigmatisierung“. Der Begriff „Kulturgut“ werde in der öffentlichen Auseinandersetzung vom deutschen Kulturrat verwendet, die dafür plädieren Videospiele als Kulturgut anerkennen zu lassen. Daher wurde die Verwendung des Begriffs „Kulturgut“ als problematisch angesehen. Als alternative Formulierung wird vorgeschlagen: „Dämonisierung der Computerspiele vermeiden“. Die Arbeitsgruppe betont dagegen, dass ihre Ausarbeitung noch keine endgültige Fassung sondern nur ein erster Entwurf ist und über konkrete Begrifflichkeiten noch diskutiert werden kann. Wichtig ist der Arbeitsgruppe aber, dass die Mediennutzung nicht abgewertet wird. Behandelnde sollten ihren Patienten und deren aktueller medialer Lebenswelt Akzeptanz entgegenbringen, da ohne Akzeptanz kein Zugang zu den Betroffenen möglich ist.

### **15:00 Arbeitsgruppe Prävention**

Die Arbeitsgruppe Prävention hat sich zunächst bezüglich der Zuständigkeit festgelegt. Es herrschte Einigkeit darüber, dass die Prävention der Computerspielabhängigkeit durch die Suchtpräventionsfachkräfte erfolgen soll. Dabei sollen die Suchtpräventionsfachkräfte Kooperationen mit angrenzenden Institutionen aus den Bereichen Medienpädagogik und Jugendschutz eingehen.

Im Folgenden wurden die verschiedenen Ebenen der Prävention spezifiziert:

Die **universelle Suchtprävention** von Computerspielabhängigkeit sollte im Vorschulbereich beginnen und sich hauptsächlich an Kinder, Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren wenden. Neben spezifischen Aufklärungs- und Qualifizierungsangeboten sind hier auch Lebenskompetenzprogramme einzusetzen.

Die **selektive Suchtprävention** richtet sich an potentielle Risikogruppen mit problematischem Computerspielkonsum. Dabei sind aufgrund von Erfahrungen der Praxis und der bisherigen Forschungsergebnisse primär Jungen und Männer betroffen. Dazu gehören spezielle Maßnahmen wie z.B. medien- und erlebnispädagogische Angebote mit dem Ziel der Reflektion des Medienkonsums und des eigenen Rollenbildes.

Im Bereich der indizierten Suchtprävention sollten Kurzinterventionen eingesetzt werden. Allerdings gibt es hierzu bislang noch keine konkreten Ideen und es scheint in diesem Bereich auch noch keine Programme zu geben. Weitere Recherche dazu ist nötig.

In Bezug auf die Diskussion darüber, ob suchtgefährdende Aspekte mit in die Altersfreigabe aufgenommen werden sollten, ist die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis gekommen, dass der Fachverband hier nicht zuständig ist. Dies fällt eher in den Aufgabenbereich andere Stellen, die sich damit besser auskennen. Insgesamt wird dieses Thema von der Arbeitsgruppe als sehr schwierig eingestuft. Dennoch hat die Arbeitsgruppe eine Forderung formuliert:

Der Fachverband Medienabhängigkeit stellt die Forderung an den Jugendmedienschutz, suchtgefährdende Aspekte, bzw. Mechanismen von PC-Spielen als Teil der Prüfung für die Alterseinstufung zu berücksichtigen.

In einem Brainstorming hat jedes Mitglied der Arbeitsgruppe fünf Dinge notiert, die für die Präventionsarbeit als wichtig angesehen werden. Folgende Angebote werden von der Arbeitsgruppe für die Prävention der Computerspielabhängigkeit empfohlen (in der Reihenfolge nach Wichtigkeit geordnet):

- Elternarbeit
- Multiplikatorenschulungen
- Jungenspezifische Ansätze
- Erlebnispädagogische Angebote
- Kurz- und Frühintervention bei Risikogruppen
- Referentenpool
- Netzwerkarbeit (lokal, regional)
- Strukturelle Forderungen
- (Kitabereich ohne Medien)

Zur Kurz- und Frühintervention bei Risikogruppen müssen noch Konzepte entwickelt werden, da für diesen Bereich bisher noch nichts vorliegt. Die Frage ist vor allem, wie man die Risikogruppen erreicht. Dabei fiel das Stichwort „Cyber-Streetwork“. Bisher gibt es noch nicht viele Erfahrungen dazu, wie man (potentiell) Betroffene dort abholen kann, wo sie sind.

Zudem muss weiter über strukturelle Forderungen an die Gesetzgeber diskutiert werden. Dazu gehört auch der Punkt „Kitabereich ohne Medien“.

In der *Diskussion* wird die Frage aufgeworfen, ob eigentlich schon einmal die Geschäftsbedingungen von Blizzard hinterfragt worden sind. Einen Account darf man demnach erst ab 18 Jahren einrichten und vorher nur mit Erlaubnis der Eltern. Eine juristische Prüfung dieses Sachverhalts soll der Fachverband in die Wege leiten.

Zudem kommt der Vergleich zur Ampelmarkierung bei Lebensmitteln auf. Es wird darüber diskutiert, dass der Fachverband sehr viele Informationen besitzt, um Empfehlungen zum Abhängigkeitspotential von Spielen abzugeben. Die Spielegenres könnten da schon einen ersten Anhaltspunkt geben. Das Problem ist jedoch, dass es Spiele gibt, die nach dem gleichen Spielprinzip wie *World of Warcraft* funktionieren, aber nicht bekannt sind. Man kann nicht pauschalisieren, dass Online-Spiele zu Abhängigkeit führen können. Man kann nur Inhalte verbieten, nicht die Struktur, sonst würde man Tür und Tor dafür öffnen, andere Strukturen zu verbieten. Allerdings ist dies gerade die Crux, denn häufig hat man es nicht mit der Inhaltsebene zu tun, sondern die Community schafft die Dynamik, die dazu führt, dass Spieler dabei bleiben. Virtuelle Welten entwickeln sich immer weiter. Das Plenum kommt zu dem Ergebnis, dass diese Diskussion geführt werden muss, aber den Rahmen der Veranstaltung übersteigt. Es wird zudem festgestellt, dass weitere Forschung zu den abhängigkeitsfördernden Mechanismen nötig ist und Ergebnisse dann auch in politischem Engagement weiterverwendet werden sollten.

#### **15:40 Schlussplenum mit Ausblick**

In der abschließenden Diskussion wird zunächst darüber gesprochen, wie mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppen weiter verfahren werden soll. Dabei ist es den Teilnehmern wichtig, dass nicht zu viel Zeit vergeht, bis man diese das nächste Mal bespricht. Es wird vorgeschlagen eine Kerngruppe zu bilden, die publikationsfähige Konzepte aus den Ergebnissen erarbeitet. Es besteht die Idee, dass aus den erarbeiteten Ergebnissen ein Konzeptpapier entsteht, das auf der Jahresversammlung im Dezember vorgestellt und auf der Homepage des Fachverbands veröffentlicht werden soll. Dafür würden die Arbeitsgruppenleiter eine überarbeitete Version erstellen und mit ihren Arbeitsgruppen bis Mitte November absprechen, um es dann als Thesenpapier im Dezember zu verabschieden. Weiteres Engagement aus den Arbeitsgruppen ist daher sehr wünschenswert.

Es kommt die Idee auf, einen *geschützten* Mitgliederbereich im Internet zu errichten, wo man die Diskussionen weiterführen und Treffen planen kann. Dies konnte bisher aus finanziellen Gründen nicht vom Fachverband realisiert werden. Es wird aber weiter daran gearbeitet und vielleicht durch Kontakte der Mitglieder realisierbar.

Der Vorstand des Fachverbands ruft alle Mitglieder zu Aktivität auf. Bei Anregungen, Ideen, Fragen etc. sollen die Mitglieder sich nicht scheuen, den Vorstand zu kontaktieren. Zudem wird dazu aufgerufen, dass sich Mitglieder, die sich an einer Arbeitsgruppe in Bezug auf die Zuordnung zu den Versor-

gungsstrukturen (Diskussion im Anschluss an Vortrag von Herrn Wedegärtner) per Email beim Vorstand melden sollen.

Es steht außerdem die Frage im Raum, mit welchen Verbänden/politischen Gremien der Fachverband in Zukunft in Kontakt und/oder Zusammenarbeit treten soll. Der Vorstand berichtet von der Kontaktaufnahme mit dem DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.). Eine Aufnahme in den DHS kann erst stattfinden, wenn in mindestens neun Bundesländern Arbeitsgruppen o.ä. vom Fachverband aktiv sind. Die Frage ist, ob dies ein Anspruch ist, den der Fachverband für das nächste Jahr an sich stellen möchte. Beispiele für solche Aktivitäten sind Arbeitskreise, die sich regelmäßig zu einem Thema Treffen, bestimmte Aktionen planen, usw.. Dabei gibt es aber klare Regeln, was solche Aktivitäten umfassen müssen. Der Vorstand wird dies zusammenfassen und an die Mitglieder schicken, damit sie sich überlegen können, inwieweit sie sich in dem Rahmen engagieren könnten. Wenn der Fachverband eine Aufnahme in den DHS anstrebt, so würde dies für den DHS zudem bedeuten, dass dieser sich zum Thema Medienabhängigkeit positionieren muss, was der DHS bisher nicht getan hat. Dies könnte evtl. auch eine politische Chance für den Fachverband sein.

Beim nächsten Treffen soll auch darüber gesprochen werden, inwieweit eine Angliederung an andere Arbeitsgruppen sinnvoll ist.

Noch einmal wird die Diskussion über die verwendeten und eventuell problematischen Begrifflichkeiten aufgegriffen und mit Nachdruck gefordert, dass die Ergebnisse der Konferenz auf jeden Fall bei der Mitgliederversammlung besprochen werden sollten. Weiter wird angemerkt, dass der Fachverband aufpassen sollte, dass er nicht unterschwellig den Eindruck erweckt, dass unterhalb der Sucht keine medienassoziierten Probleme bestehen. Vom Vorstand wird argumentiert, dass es jetzt am Anfang vor allem darum geht zunächst ein Bewusstsein für die Problematik Medienabhängigkeit zu schaffen. Zudem umfassen Präventionsmaßnahmen auch gefährdete und nicht nur abhängige Spieler. Andere Phänomene wie Gewalt in Computerspielen sind wichtige Themen, mit denen sich der Fachverband jedoch nicht beschäftigt, sofern sie für die Medienabhängigkeit nicht von unmittelbarer Relevanz sind. Gewalt als ein Einflussfaktor auf Medienabhängigkeit sollte dabei natürlich bedacht werden. Wichtig für den Fachverband ist es, sich zunächst auf ein Kernthema zu fokussieren und nicht zu weit in die Randgebiete zu gehen.

Vom Vorstand wird nochmal hervorgehoben, dass Interdisziplinarität, also das Zusammenbringen verschiedener Disziplinen besonders wichtig für den Fachverband ist. Positive wie negative Rückmeldungen wurden vom Vorstand notiert und der Vorstand wird in Zukunft an seiner Transparenz arbeiten.

Insgesamt gab es aus dem Plenum einige positive Rückmeldungen an den Vorstand. Die Mitglieder waren beeindruckt davon, was in den zwei Tagen des Symposiums alles geschafft wurde und danken dem Vorstand dafür.