

Hilfe@Depressions-Online-Forum

Eine qualitative Studie zu Unterstützungs- und Hilfebestrebungen in Depressions-Online-Foren im Internet

Christoph Karlheim
Rügener Str. 33
33729 Bielefeld

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor of Public Health (Dr. PH)

Vorgelegt an der Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

1. Gutachterin: Prof.'in Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

2. Gutachter: Prof. Dr. Andreas Büscher

Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Danksagung

Ich möchte mich besonders bei Prof.'in Dr. Doris Schaeffer bedanken. Sie hat mir die Möglichkeit gegeben, mein Dissertationsvorhaben umzusetzen und mich dabei unterstützt, eigenständig wissenschaftlich zu arbeiten. Ihre anspornende und konstruktive Kritik haben mich im Entstehungsprozess motiviert und maßgeblich zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Auch bei meinem Zweitgutachter, Prof. Dr. Andreas Büscher möchte ich mich bedanken. Er war mir vor allem in der Endphase des Prozesses immer ein verlässlicher und kompetenter Ansprechpartner und hat mit seiner Sachkenntnis und Verbundenheit den Produktionsprozess befördert.

Dr. Hermann Steffen und Dr. Götz Frommholz haben mir mit ihrem unermüdlichen Rat und Hilfestellungen zur Seite gestanden und mich mit ihrer wissenschaftlich kollegialen Zuwendung sehr unterstützt.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den Gruppendiskussionen und vor allem bei den Forumsleitungen der Depressions-Online-Foren, die mir einen Einblick in das Feld gewährt haben, ohne den diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen wäre.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei meiner Familie und Katja Werner, die eine große Stütze für mich darstellen und mir stets ein Ort der Ruhe und positiven Energie in den letzten Jahren waren. Besonders geduldig hat mich mein Vater in der Endphase der Fertigstellung unterstützt und bestärkt.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	i
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	v
Einleitung: Gesundheitsthemen und die wachsende Bedeutung der Neuen Medien.....	1
1 Depression: Bedeutung im Krankheitsspektrum.....	8
1.1 Epidemiologie: Volkskrankheit Depression	9
1.2 Krankheitsbild Depression	17
1.3 Behandlungsoptionen	20
1.4 Krankheitsbezogene Herausforderungen und Belastungen.....	22
1.5 Versorgungssituation.....	25
1.6 Zusammenfassung.....	31
2 Depressions-Online-Foren: Kontext der kommunikativen Grundlagen und Bestandsaufnahme der Chancen und Risiken	34
2.1 Computervermittelte Kommunikation	35
2.1.1 Rahmungen computervermittelter Kommunikation.....	38
2.1.2 Online-Dienst Online-Forum	43
2.2 Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme.....	45
2.2.1 Aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse: Chancen und Risiken.....	47
2.2.2 Grundlegende erste Studien	54
2.3 Zusammenfassung.....	57
3 Selbsthilfe und soziale Unterstützung: Eine theoretische Annäherung.....	61
3.1 Individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfe	62
3.1.1 Gegenseitige Hilfeleistung: Reziprozität	66
3.1.2 Zielsetzungen der Selbsthilfe	68
3.1.3 Die Wellen der Entwicklung: Selbsthilfebewegung in Deutschland	69
3.1.4 Wirkmechanismen und gesundheitlicher Nutzen.....	73
3.2 Soziale Unterstützung	76
3.2.1 Inhaltliche Dimensionen sozialer Unterstützung	77
3.2.2 Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung.....	79
3.2.3 Effekte sozialer Unterstützung	81
3.3 Das Internet als Unterstützungs- und Hilfe-Medium: Fazit und Fragestellung.....	83
4 Methodisches Vorgehen: Neue Medien – neue Methoden.....	87
4.1 Der Weg in ein verschlossenes Feld	89
4.2 Experteninterviews: Betreiberseite	91
4.2.1 Der Expertenbegriff und die Vorbereitung der Experteninterviews	92

4.2.2	Leitfadenentwicklung und Analyseschritte	94
4.3	Asynchrone Online-Gruppendiskussion: Nutzerseite	95
4.3.1	Einrichtung und Umsetzung der asynchronen Online- Gruppendiskussionen	98
4.3.2	Besonderheiten des methodischen Designs im virtuellen Raum	100
5	Depressions-Online-Foren: Eine empirische Betrachtung.....	109
5.1	Feldbeschreibung	110
5.1.1	Depressions-Online-Forum I	110
5.1.2	Depressions-Online-Forum II	115
5.1.3	Zusammenfassung	118
5.2	Nutzerseite.....	119
5.2.1	Die strukturgebende Funktion der Online-Foren: Unterstützung und Hilfe.....	119
5.2.2	Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge der Partizipation: Doppelentlastung.....	131
5.2.3	Fluide Gruppenzugehörigkeit: Erschwertes reziprokes Handeln in virtuellen Bezügen.....	138
5.2.4	Zwischenfazit	145
5.3	Betreiberseite.....	146
5.3.1	Interner Aufbau: Hierarchische Konstrukte	147
5.3.2	Rekrutierungsmechanismen: ‚Wie er überhaupt mit anderen umgeht‘	151
5.3.3	Aufgaben der Moderatoren: Aktive und passive Aufgaben.....	153
5.3.4	Kooperation 2.0: Reale und virtuelle Zusammenschlüsse der Hilfe und Unterstützung	158
5.3.5	Initialzündung: Die Gründung der Depressions-Online-Foren zwischen altruistischen und egozentrischen Motiven	160
5.3.6	Idee und Zielsetzung: ‚Das ist nicht das Ende, sondern ist der Beginn von was ganz Neuem‘	163
5.3.7	Zwischenfazit	167
5.4	Moderatoren	169
5.4.1	Ambivalenzen: Moderatorenstatus vs. Nutzer sein.....	170
5.4.2	Hilfe zur Selbsthilfe: Unterstützung und Hilfe(n).....	174
5.4.3	Die Rollenausgestaltung als Moderator: Empathische Selbstwirksamkeitssteigerung	177
5.4.4	Zwischenfazit	184
6	Diskussion: Depressions-Online-Foren zwischen virtueller sozialer Unterstützung und Selbsthilfebestrebungen	187
6.1	Virtuelle soziale Unterstützungsleistung durch schriftbasierte computervermittelte Kommunikation und strukturelle Rahmung	187
6.2	Virtuelle individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfebestrebungen.....	199
6.3	Eine neue Welle der Entwicklung: Virtuelle Unterstützungs- und Selbsthilfebestrebungen in den Depressions-Online-Foren	207
7	Fazit: Relevanz und Perspektive.....	211
7.1	Theoretische Implikationen: Soziale Unterstützung und Selbsthilfe im Zeichen computervermittelter Kommunikation?	213

7.2 Methodische Implikationen: Neue qualitative Methoden für den virtuellen Raum	219
7.3 Versorgungspraktische Aspekte: Expansion statt Kompression	224
Literaturverzeichnis.....	231
Eidesstattliche Erklärung.....	247

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Die zehn häufigsten Ursachen für erkrankungsbedingte Belastungen in der Welt 2004 und 2030.....	9
Abbildung 2: Prävalenz depressiver Erkrankungen 2007 und 2010 nach Alter und Geschlecht.....	11
Abbildung 3: Prävalenz depressiver Erkrankungen 2007 und 2010 nach Schweregrad (standardisiert)	12
Abbildung 4: Prävalenz depressiver Erkrankungen nach Raumordnungsregionen und pro Bundesland 2010.....	13
Abbildung 5: Prozentualer Anteil Psychischer und Verhaltensstörungen an AU-Fällen und der Erkrankungsdauer in den Jahren 2003 bis 2008	15
Abbildung 6: Psychische Erkrankungen und Langzeit-AU-Fälle 2012	16
Abbildung 7: Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte.....	21
Abbildung 8: Quellen und Ziele der Selbsthilfe	63
Abbildung 9: Direkt- und Puffereffekt sozialer Unterstützung	81
Abbildung 10: Depressions-Online-Forum I – Stilisierte Darstellung der Startseite.....	112
Abbildung 11: Depressions-Online-Forums I – Stilisierte Darstellung der Foren-Übersicht	113
Abbildung 12: Depressions-Online-Forum II – Stilisierte Darstellung der Startseite.....	115
Abbildung 13: Depressions-Online-Forum II – Stilisierte Darstellung der Foren-Übersicht	117
Tabelle 1: Schweregrad nach ICD-10-GM.....	18
Tabelle 2: Soziale Dimension und zeitliche Einteilung der computervermittelten Kommunikation.....	42
Tabelle 3: Gruppendiskussionsteilnehmer.....	101

Eine Sache, die sich aufklärt, hört auf, uns etwas anzugehen.
(Friedrich Nietzsche, *Jenseits von Gut und Böse*, § 80)

Einleitung: Gesundheitsthemen und die wachsende Bedeutung der Neuen Medien

Die Neuen Medien haben Einzug in nahezu alle gesellschaftlichen Teilbereiche gehalten und sind aus dem alltäglichen Leben nicht mehr wegzudenken. Ob in den Kontexten der Arbeitswelt, den Schulen und Universitäten oder aber der Freizeit, das Internet ist in vielen Bereichen zu einem Medium der Kommunikation geworden. Nicht nur in den sogenannten und in der aktuellen medialen Debatte immer wieder hervorgehobenen ‚Sozialen Netzwerken‘ wie Facebook, Xing, Youtube wird „getextet“, „gegruschelt“, „gepint“, „gepoket“ und „gesocialt“. Das Internet mit all den unterschiedlichen Online-Diensten¹ wird in den vergangenen Jahren von allen Alters- und Sozialgruppen mit steigender Zahl und in verschiedener Weise genutzt (Baumann/Czerwinski 2015; Destatis 2016; Fromm et al. 2011; MPFS 2015; Initiative D21 2014, 2015).

In Deutschland liegt der Anteil der Internetnutzer bei aktuell 76,8%. Dies entspricht 58,6 Millionen Menschen (Initiative D21 2015) und ist somit seit den vergangenen Jahren stark angewachsen (vgl. Initiative D21 2010, 2011, 2012, 2015). Generell ist immer noch von einer geschlechterspezifischen Tendenz zu sprechen: Durchschnittlich sind mehr Männer online als Frauen². In Europa sind zurzeit ca. 304 Millionen Menschen Internetnutzer, Deutschland war im Jahr 2009 noch mit rund drei Viertel auf dem siebten Platz im europäischen Vergleich (Initiative D21 2009, 2014, 2015). Für Deutschland lässt sich aktuell sagen, dass in den letzten Jahren die Internetnutzung über alle Altersgruppen zugenommen hat. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene nutzen das Internet und die unterschiedlichen Online-Dienste (Destatis 2016)³.

Dieser Wachstumstrend der vergangenen Jahre wird sich vermutlich auch in den kommenden Jahren abgeschwächt fortsetzen. Dabei holen gerade bislang unterrepräsentierte Gruppen weiter auf. So ist bei Menschen mit niedrigem Bildungsstand ein überdurchschnittlicher Zuwachs zu verzeichnen und auch in der Gruppe der über 65-

1 Für den Begriff „Online-Dienst“ siehe 2.1 Computervermittelte Kommunikation, S. 39f.

2 Im Jahr 2014 waren 82% der Männer und 72% der Frauen online (Initiative D21 2014).

3 Die häufigsten regelmäßigen Online-Anwendungen sind (1) die Suche nach Inhalten und Informationen im Internet (96%), (2) Online-Shopping (68%) und (3) online Videos schauen (66%) (Initiative D21 2014).

jährigen ist die Zahl der Nutzer im Vergleich zu 2014 gestiegen (Destatis 2015a). Jugendliche und junge Erwachsene gehören mit annähernd 95% fast vollständig zur Gruppe der Onliner (Destatis 2015b). Mit der Vernetzung und weitreichenden Digitalisierung sind frei zugängliche Informationen in großer Zahl entstanden, die jederzeit abgerufen werden können (Baumann/Czerwinski 2015; Fromm et al. 2011; Zschorlich et al. 2015).

Der Medienwissenschaftler Friedrich Krotz (2008) hat mit dem Begriff der „Mediatisierung“ die wohl gebräuchlichste Bezeichnung für diese Phänomene hervorgebracht. Für ihn bedeutet Mediatisierung: „Einen in der Geschichte der Menschheit schon immer stattfindenden gesellschaftlichen Metaprozess“ (Krotz 2008: 52f.). Hierunter versteht er „(...) den Prozess sozialen und kulturellen Wandels, der dadurch zustande kommt, dass immer mehr Menschen immer häufiger und differenzierter ihr soziales und kommunikatives Handeln auf immer mehr ausdifferenzierte Medien beziehen“ (ebd.). Mediatisierung bedeutet also die *Verschränkung von Medien und die darauf bezogenen Handlungsformen der Menschen*. Krotz bezieht sich auf diese Weise zwar gerade nicht auf die Neuen Medien, doch er stellt damit den prozessualen Charakter heraus und nimmt Bezug darauf, dass es wichtig ist, sich in reflexiver Hinwendung den medialen Entwicklungen zu stellen, denn die Nutzung des Internets gehört für viele Menschen nahezu aller Altersstufen und aus allen sozialen Gruppen zum täglichen Handeln.

In Anbetracht der ständig tieferen medialen Durchdringung des Alltags in den modernen Dienstleistungsgesellschaften ist es keineswegs erstaunlich, dass die Mediatisierung auch in der öffentlichen Aushandlung gesundheitsrelevanter Themen wie auch in der Kommunikation innerhalb gesundheitsrelevanter Professionen fortschreitet. Begriffe wie „E-Patient“, „E-Health“, „Telemedizin“, „Gesundheit 2.0“, „elektronische Gesundheitskarte“, „M-Health“ usf. sind seit einiger Zeit aus den aktuellen gesundheitswissenschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Debatten nicht mehr wegzudenken (Baumann/Czerwinski 2015; Fromm et al. 2011; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Rossmann/Karnowski 2014; Zschorlich et al. 2015). Die Veränderung der Arzt-Patienten-Kommunikation, neue Wege der Informationssuche und Beratung, professionelle Betreuung und Begutachtung von sogenannten ‚Gesundheitsportalen‘, die Einführung von Qualitätsstandards für diesen Bereich sind nur einige Stichworte, die verdeutlichen, dass die Neuen Medien einen immer größer werdenden Einfluss erlangen, der nicht unhinter-

fragt und als selbstverständlich hingenommen werden darf, sondern gezielt erforscht werden muss (Bastian et al. 2010; Berger 2009; Böcken et al. 2009; Fromm et al. 2011; Galarce et al. 2011; Jähn 2010; Kardorff 2007, 2008; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013a, 2013b; Kray 2010; Lenz/Zillien 2008; Rossmann/Karnowski 2014; Schmidt-Kaehler 2005, 2007; Zschorlich et al. 2015).

Gesundheit und Internet

Nach der MSL-Gesundheitsstudie (2012) wird das Internet von drei Vierteln der Befragten regelmäßig als Informationsmedium zu Gesundheitsthemen genutzt. Wichtiges Ergebnis auch dieser Studie ist, dass die Nutzer sehr unterschiedliche Online-Informationsquellen sowie interaktive und keinesfalls ausschließlich informationale Angebote nutzen. Insgesamt wird zwischen 14 unterschiedlichen Online-Quellen differenziert. Wikipedia (55%) sowie Seiten von Krankenkassen (51%) stehen an erster und zweiter Position (MSL Germany 2012: 5). Auffallend ist, dass sich gerade Online-Foren im Mittelfeld befinden und mit 30% einen prominenten Platz einnehmen. Viele der aktuellen Studien fokussieren zumeist ausschließlich auf informationale Suche(n) und nehmen interaktive Angebote weder von professioneller noch von Laien-Seite mit auf⁴. Jedoch zeigt sich, dass es nicht nur starre Informationswebseiten sind, die im Netz aufgesucht werden, sondern vor allem auch Angebote, die den Austausch, die Content-Generierung sowie die eigene Bezugnahme und Kommentierung der Nutzer ermöglichen.

Während der letzten Jahre hat das ‚Web 2.0‘⁵ rasant an Bedeutung gewonnen. Die nutzerseitige Verknüpfung einzelner Online-Dienste wie z.B. Twitter und Facebook sowie die neueren Entwicklungen der ‚Apps‘ (Applications)⁶, die auf den internetfähigen Mobiltelefonen und Tablet-PCs genutzt werden, erweitern die Möglichkeiten der Teilnahme der Nutzer noch einmal bedeutend und führen zu einer immer enger

4 Neverla et al. (2007: 134f.) zeigen in ihrer Grundlagen-Studie exemplarisch auf, dass das Motto „Wer krank ist, geht ins Netz“, sich nachweisen und empirisch bestätigen lässt (S. 134). Dies zeigt sich in doppelter Hinsicht: Im Internet finden Nutzer einen nahezu unerschöpflichen Pool an Informationen, die technisch relativ einfach abzurufen und zu bedienen sind. Jedoch zeigt sich verstärkt eine parallele Nutzung verschiedener Informationskanäle über das Internet: ‚interpersonal‘ im sozialen Netz und ‚medial‘ im informationalen Sinne des Internets. Auch neuere Studien weisen explizit auf diesen Umstand hin (vgl. Fromm et al. 2011).

5 Der Begriff „Web 2.0“ wurde erstmals im Jahr 2003 in einem Fachmagazin für IT-Manager verwendet. Hier wurde erstmals mit dem Begriff zu fassen versucht, was alles an neuen „interaktiven“, „mitgestalterischen“ usf. Funktionen mit dem Internet ermöglicht wurde (Kardorff 2008; Hintenberger/Kühne 2009).

6 Für eine erste ausführlichere Betrachtung der Begriffe „eHealth“ und „mHealth“ siehe Rossmann und Karnowski (2014).

werdenden Vernetzung der Nutzer sowie zur Erhöhung der zur Verfügung stehenden Informationen (Borch/Wagner 2009; Zschorlich et al. 2015). Diese Entwicklungen der Neuen Medien zeitigen zahlreiche Veränderungen. Sie führen u.a. zu neuen Wegen der Informationssuche: Hier sei die Nutzung von Gesundheitsportalen sowie die Möglichkeiten der Einflussnahme von Patienten über eben Online-Foren hervorgehoben (Bastian et al. 2010; Baumann/Czerwinski 2015; Berger 2009; Jähn 2010; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013a; Rossmann/Karnowski 2014; Wirth 2010). Sie führen aber auch zur Innovation der Kommunikation zwischen Professionellen im Gesundheitsbereich im Allgemeinen und Patienten. Immer häufiger bestimmen nicht nur die Betreiber der Internetportale, Sozialen Netzwerke usw., sondern die Nutzer selbst die Inhalte (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Kray 2010; Kardorff 2008). Im Internet existiert mittlerweile eine Flut an Informationen zum Themenspektrum Gesundheit und Krankheit. Anschließend an die zuvor dargestellten Entwicklungen zeigt sich ein weiteres wichtiges Ergebnis: Etwa 25% der Befragten nutzen das Internet nicht nur zur Informationssuche, sondern auch, um dort E-Mental-Health Angebote aufzusuchen: Online Communities, E-Therapy und auch Online-Beratungsangebote (Galarce et al. 2011)⁷. Für Deutschland lässt sich sagen, dass von den Nutzern meist immer noch das persönliche Gespräch mit dem Arzt als erste Quelle krankheitsrelevanter Informationen genannt wird (Baumann/Czerwinski 2015; Borch/Wagner 2009; Eichenberg et al. 2013). Neben diesem wichtigen Ergebnis ist allerdings festzuhalten, dass das Internet als Informationsquelle und Kommunikationsmedium immer mehr Bedeutung gewinnt. Je nach Studie variieren die Zahlen bzw. variiert der Stellenwert des Internets und rangiert zwischen Platz drei und fünf verschiedener Rankings in diesen unterschiedlichen Studien (Baumann 2006; Eichenberg et al. 2013; Rademacher/Remu 2010; Wirth 2010; Zschorlich et al. 2015).

Die Fülle an Beratungs- und Informationsangeboten zu den vielfältigsten gesundheitsrelevanten Themengebieten ist schier unüberschaubar (Bauer/Kordy 2008;

7 Die veränderte Rolle des Patienten ist ein weiterer Aspekt, der vor allem unter den Stichworten „Patientensouveränität“, „Eigenverantwortung der Patienten“ oder „expertisierter Laie“ geführt wird (Lenz/Zillien 2008; Kardorff 2008; Rademacher/Remu 2010). Während das althergebrachte Experten-Patienten-Verhältnis eher von einem starren Sender-Empfänger-Modell ausgeht, beschreibt Kray, was in vielen aktuellen Debatten verhandelt wird: Die Kontexte der Kommunikation werden breiter, die Interaktivität wird förmlich erzwungen und vielfältiger; diese neuen Strukturen sorgen für eine Unterminierung des vertikalen Verhältnisses zwischen (Gesundheits-)Experten und den sogenannten Laien (vgl. hierzu auch: Klotter 2010).

Hintenberger/Kühne 2009; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Jähn 2010; Moessner et al. 2008)⁸. Nicht nur institutionelle oder gemeinnützige Anbieter treten mit Onlineangeboten an die Öffentlichkeit, sondern auch Privatpersonen. Ein großer Bereich sind Beratungs- Informations- und sogenannte ‚Selbsthilfeangebote‘ im Internet für Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Web-Seiten, die sich an Erkrankte und Angehörige richten sowie Informationen zu Krankheitsbildern, Behandlungsmethoden anbieten, aber auch solche, die einen Raum zum Erfahrungsaustausch bereitstellen, gibt es sowohl aus professioneller als auch aus privater Hand. Letztere machen in diesem Bereich einen weit größeren Anteil aus.

Ergebnissen einer Studie von Kurth (2012) folgend leidet in Deutschland fast jeder vierte erwachsene Mann und jede dritte erwachsene Frau an einer psychischen Erkrankung, weshalb diese Gruppe besonderer Beachtung gesundheitswissenschaftlicher Forschung bedarf. Neuere Zahlen, die ausschließlich depressive Erkrankungen betreffen, zeigen, dass es hier – vor allem in den westlichen Industrienationen – erheblichen Handlungsbedarf gibt, da ein rasanter Anstieg dieser Erkrankungen zu verzeichnen ist (Gerste/Roick 2014). Kennzeichnend für dieses vielschichtige Krankheitsbild sind langandauernde, dynamische und komplexe Verläufe, die ein ebensolches Versorgungsgeschehen nach sich ziehen und eine umfassende Unterstützung erfordern. Das Versorgungssystem wird den hieraus entstehenden Anforderungen nur ungenügend gerecht und seit mehreren Jahren wird seitens verschiedener Expertengremien (SVR) auf diese defizitäre Lage hingewiesen (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013a; Eichenberg et al. 2013; Zschorlich et al. 2015). Depressive Erkrankungen erfordern ein umfassendes und verknüpftes Versorgungsgeschehen. So ist es nicht verwunderlich, dass gerade psychische Erkrankungen häufig verhandelte Themen im Internet darstellen, unter denen die Depression bzw. depressive Erkrankungen⁹ das am stärksten vertretene Thema im virtuellen Raum ist (Davison et al. 2000; Döring 2014; Eichenberg et al. 2013; Gaebel et al. 2013; Griffiths et al. 2009b; Hegerl/Kocalevent 2010). In der relativen Anonymität,

8 Um nur eine kurze Übersicht zu geben, hier eine Auflistung besonders prominenter Beratungsstellen, die auch über Online-Beratungsangebote verfügen: Aidshilfe (www.aidshilfe-beratung.de), Telefonseelsorge (www.telefonseelsorge.de), Caritas (www.beratung-caritasnet.de), Kinderschutzzentren (www.youngavenue.de) und Pro Familia (www.profamilia.de).

9 „(...) Depressionen werden sowohl den affektiven Störungen als auch den neurotischen Störungen zu geordnet. Außerdem werden verschiedene Schweregrade in Abhängigkeit von Intensität, Anzahl und Dauer bestimmter Symptome unterschieden“ (Payk 2010: 46).

die das Internet bietet, können sich Menschen über Themen informieren und austauschen, die im alltäglichen Leben tabuisiert und stigmatisiert sind und deren Verhandlung sowie die Suche nach Informationen Schutz durch Distanz benötigen; darunter fällt auch „Depression“ (Barney et al. 2006; Blume/Hegerl 2008; Fiedler/Neuerla 2003; Winkel 2005). Vor allem Online-Communities, wie sie sich in zahlreichen Internet-Foren zu den unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Themen zusammengefunden haben, stellen in diesem Zusammenhang ein besonderes Phänomen dar.

Ziel und Fragestellung der Untersuchung

Bislang gibt es einige Erkenntnisse über Depressions-Online-Foren und die Themen, die in ihnen verhandelt werden. Viele der durchgeführten Studien fokussieren, wie noch zu zeigen sein wird, hauptsächlich auf die Nutzerperspektive und hier vor allem aus einer psychologischen und methodisch quantitativ orientierten Perspektive.

In der bisherigen Forschung zur Thematik wird die Perspektive der Betreiber ausgeblendet (Griffiths et al. 2009b). Auf diese Weise kann die Nutzerseite nicht auf die Betreiberseite bezogen werden, und so wird die Möglichkeit verstellt, einen umfassenden Blick auf dieses Phänomen zu werfen. Hier schließt die vorliegende Arbeit mit einem Mehrperspektivenansatz an und erweitert den bisherigen Stand der Forschung, in dem sowohl die Betreiberseite als auch die Nutzerseite in den Blick genommen und analysiert wird. Von besonderem Interesse ist dabei, *welche Ideen und Zielsetzungen* hinter den Angeboten stehen, *welche Form von Hilfe und Unterstützung* in den Online-Foren generiert wird und *welche Funktion die Teilnahme an den Online-Foren* für die Nutzer hat.

Vor dem Hintergrund (a) der gesellschaftlichen Entwicklung, (b) der epidemiologischen Entwicklung der Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland und (c) der für die Erkrankten erhöhten krankheitsbezogenen Belastungen und Herausforderungen scheint es unverzichtbar, auf die Interventions- und Präventionsmöglichkeiten sowie die Chancen und Risiken der Depressions-Online-Foren einzugehen und diese zu untersuchen. All diese Fragen sind auch für die Gesundheitswissenschaften von hoher Relevanz, da das Internet gerade im Hinblick auf die Anonymität, den Schutz durch Distanz und die Niedrigschwelligkeit, die es bietet, für Erkrankte und deren Angehörige von besonderer Bedeutung ist. Für die Gesundheitswissenschaften stellt die Versorgungsforschung einen spezifischen Bereich dar: Hier verortet sich die vor-

liegende Arbeit, da die Relevanz des vorliegenden Themas klar auf versorgungspraktische Aspekte verweist. Durch diese Verortung innerhalb der Versorgungsforschung zeigt sich zudem, dass sich das Phänomen der Online-Foren zu gesundheitsbezogenen Themen auch als methodisch neues und innovatives Feld für diesen Forschungsbereich erschließen lässt. Auch an diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an und erweitert das qualitative methodische Arsenal um wesentliche Aspekte der Methode der asynchronen Online-Gruppendiskussion¹⁰.

Im *ersten Kapitel* dieser Arbeit wird die ‚Depression‘ als gesellschaftlich relevante Erkrankung unter epidemiologischen Aspekten betrachtet und auf die krankheitsbezogenen Herausforderungen sowie Belastungen für Erkrankte und ihre Angehörigen eingegangen. Das *zweite Kapitel* widmet sich spezifischen Grundlagen der computervermittelten Kommunikation, stellt die Merkmale und Besonderheiten von Online-Foren heraus und stellt den aktuellen Stand der Forschung zu Online-Foren und Online-Communities dar, die im Themenfeld ‚Depression‘ zu verorten sind. Das *dritte Kapitel* widmet sich den theoretischen Aspekten gesundheitsbezogener Selbsthilfe wie dem theoretischen Konzept sozialer Unterstützung. Vor diesem Hintergrund wird im *vierten Kapitel* das qualitative Forschungsdesign begründet und eine innovativ-explorative, der Zielgruppe und dem spezifischen Feld entsprechende – gegenstandsangemessene – Methodik entwickelt. Das *fünfte Kapitel* stellt die mehrperspektivischen Ergebnisse der empirischen Analysen in drei Schritten dar. Diese Ergebnisse werden im *sechsten Kapitel* einer diskutierenden Gesamtbetrachtung unterzogen und im *siebten* und *letzten Kapitel* auf ihre theoretische, methodische und versorgungspraktische Relevanz hin reflektiert.

10 Die Kommunikation in und über die Neuen Medien ist ein relativ neues Phänomen, das sich gerade auf dem Gebiet der Gesundheitswissenschaften als relevant abzeichnet (vgl. Baumann/Czerwinski 2015; Braun/Marstedt 2011; Eichenberg et al. 2013; Fromm et al. 2011; Karlheim/Steffen 2013a, 2013b; Rossmann/Karnowski 2014). Die Online-Foren zu dem Thema Depression sind virtuelle Orte, die von Erkrankten und Angehörigen aufgesucht werden, um sich untereinander zu vernetzen, auszutauschen, zu informieren usf.

1 Depression: Bedeutung im Krankheitsspektrum

Schon 2006 wurde begonnen, ein nationales Gesundheitsziel für den Bereich der depressiven Erkrankungen zu formulieren. Ziel war es, auf lange Sicht Aktivitäten zu bündeln und unterschiedliche Versorgungsbereiche zusammenzubringen, um dem gesteckten Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ näher kommen zu können (Bermejo et al. 2009). Seither ist Depression ein wichtiges Thema auf den Agenden der unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen. Die Folgen der Krankheit stellen Erkrankte, Angehörige und das Versorgungssystem vor massive Probleme. Diese reichen von einer von vielen Experten als problematisch beschriebenen Versorgung bis hin zu Folgen für die depressiv Erkrankten, die durch die Krankheit mit erhöhten Belastungen konfrontiert sind (Bermejo et al. 2012; WHO 2014).

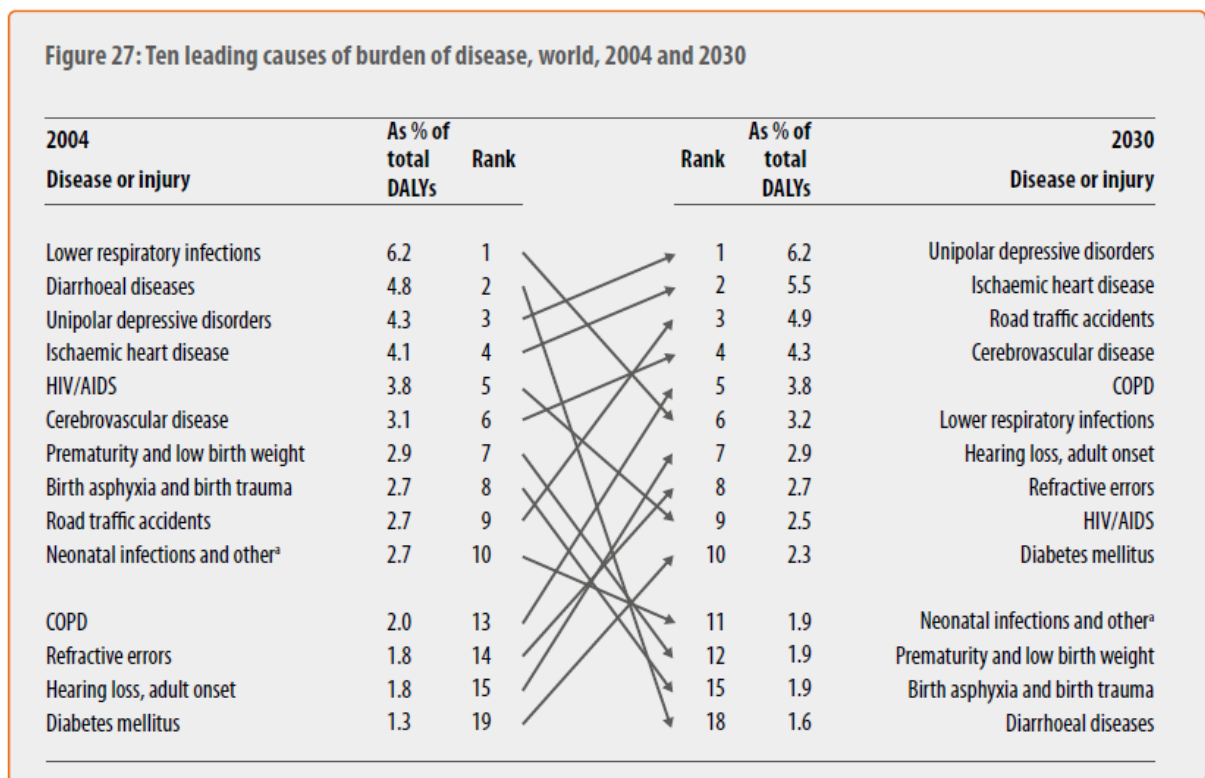
Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Krankheiten (Abholz/Schmacke 2014; Jia et al. 2015). Ergebnissen neuerer Studien folgend leidet aktuell in Deutschland fast jeder vierte erwachsene Mann und jede dritte erwachsene Frau an einer psychischen Erkrankung (Eichenberg et al. 2013; Kurth et al. 2012). Einige Experten gehen davon aus, dass Depressionen in den Industriestaaten im Jahr 2030 die häufigste Ursache erkrankungsbedingter Belastungen sein werden (Bermejo et al. 2009, 2012; WHO 2014). Aber nicht nur die objektiven Merkmale der Krankheit, sondern auch die vielschichtigen subjektiven Bewältigungserfordernisse der Erkrankten machen die Komplexität depressiver Erkrankungen aus und begründen die gesundheitswissenschaftliche und gesellschaftswissenschaftliche Relevanz.

Ausgehend von den skizzierten Hintergründen wird im Folgenden die Besonderheit depressiver Erkrankungen dargelegt und das Krankheitsbild näher beschrieben, bevor es dann um Behandlungsmöglichkeiten, das Versorgungsgeschehen und die an depressiv Erkrankte gestellten Bewältigungsanforderungen geht.

1.1 Epidemiologie: Volkskrankheit Depression

Die immense Bedeutung von Depressionen¹¹ für Gesellschaft und Volkswirtschaft ist spätestens seit der Global-Burden-of-Disease-Studie (Murray/Lopez 1996) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) deutlich geworden. Die WHO (2014) prognostiziert aktuell für das Jahr 2020, dass Depressionen die häufigste Ursache erkrankungsbedingter Belastungen in den Industriestaaten sein werden sowie häufigste Ursache für die sogenannten „disability-adjusted life years“ (Jia et al. 2015). Dies wird exemplarisch in Abbildung 1 deutlich:

Abbildung 1: Die zehn häufigsten Ursachen für erkrankungsbedingte Belastungen in der Welt 2004 und 2030



Quelle: WHO 2008: 51.

Weltweit sind nach Schätzungen etwa 300 Millionen Menschen von einer Depression betroffen, von diesen leiden ca. 100 Millionen an einer „Major Depression“ (Bessdo-Baum/Wittchen 2011)¹². Für Deutschland wurde bei Einbeziehung aller

11 Für eine genaue Betrachtung der Depression als spezifisches Krankheitsbild mit den unterschiedlichen Ausprägungen usw. siehe 1.2 Krankheitsbild Depression, S. 20ff.

12 Über die letzten 20 Jahre ist in Deutschland ein Anstieg der Behandlungen psychischer Erkrankungen bzw. Probleme von 30 % zu verzeichnen (Payk 2010).

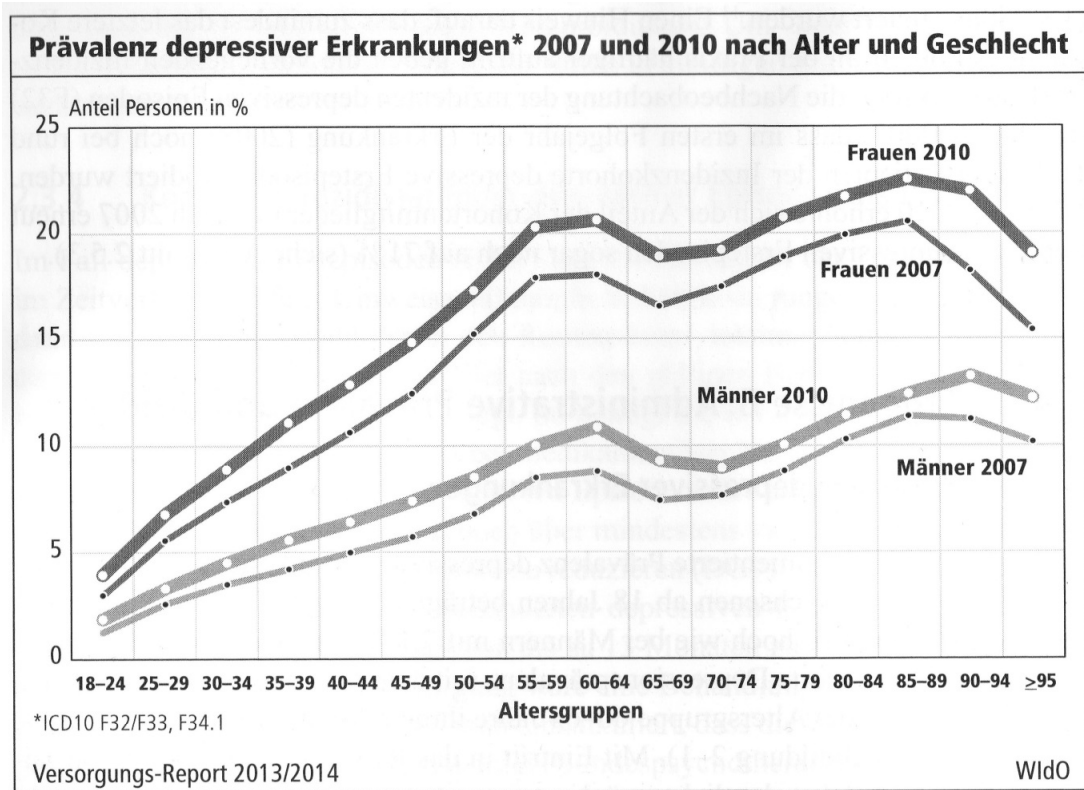
verschiedenen Depressionsformen bzw. Ausprägungen eine Lebenszeit-Prävalenz von annähernd 30% errechnet. Das bedeutet, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung einmal im Leben depressiv erkrankt (Eichenberg et al. 2013; Payk 2010; Kleinberg et al. 2013; Wittchen/Jacobi 2006). Auch bestätigen Forschungsergebnisse, dass Depressionen in der Mehrzahl episodische Erkrankungen mit rezidivierendem Verlauf sind (Eichenberg et al. 2013)¹³. Für die etwa 15% an einer „Major Depressive Disorder“ Erkrankten liegt das Risiko, eine zweite depressive Episode zu erleiden, bei 90% (Bessdo-Baum/Wittchen 2011)¹⁴. Aktuell sind in Deutschland etwa vier Millionen Menschen an einer Depression erkrankt (Eichenberg et al. 2013). Allerdings gehen viele Experten davon aus, dass die tatsächliche Zahl wesentlich höher ist. Gerade für ältere Patienten wird angenommen, dass in vielen Fällen von den behandelnden Ärzten somatische Beschwerden diagnostiziert werden, hinter denen eine ‚versteckte‘ Depression steht. Die Zahlen der aktuellen Barmer GEK-Studie aus dem Jahr 2014 weisen auf Ähnliches hin: Bei 23% der Patienten, bei denen Rückenschmerzen diagnostiziert wurden, wurde noch im gleichen Jahr eine Depression festgestellt (Barmer GEK 2014).

Gerste und Roick (2014) beziehen sich in einer aktuellen Prävalenz- und Inzidenzanalyse auf Abrechnungsdaten aller Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) der Jahre 2007 bis 2010. Diese wurden alters- und geschlechtsstandardisiert sowie auf die deutsche Bevölkerung hochgerechnet. In ihren Analysen fokussieren sie auf die Unipolaren Depressionen, nämlich depressive Erstepisoden (ICD-10-GM 2015: F32) sowie rezidivierende Depressionen (ICD-10-GM 2015: F33) und dysthyme Störungen (ICD-10-GM 2015: F34.1). Im Jahr 2010 betrug die Prävalenz für depressive Erkrankungen nach ICD-10-GM F32/F33 und F34.1 bei Patienten ab 18 Jahren 11,1% und war in den Jahren 2007 bis 2010 von 9,3% auf 19,3% angestiegen (vgl. ebd.). Bei Frauen stieg die Prävalenz in dieser Zeit auf 14,9%, der stärkste Anstieg der Prävalenzraten war bei den Männern zu verzeichnen: Um 26% auf 7,1% (ICD-10-GM 2015: F34.1). In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen gab es mit einem Anstieg der Prävalenz um 37% bei beiden Geschlechtern die größte Zunahme zu verzeichnen.

13 Für die genaue Darstellung des Krankheitsbildes siehe 1.2 Krankheitsbild Depression, S. 20ff.

14 Die meisten der Statistiken basieren auf Schätzungen und sind keine absoluten Angaben.

Abbildung 2: Prävalenz depressiver Erkrankungen 2007 und 2010 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Gerste/Roick 2014: 36.

Außerdem war im Jahr 2010 die Prävalenz bei Frauen doppelt so hoch wie die bei Männern. Die Prävalenz für Depressionen steigt mit dem Alter an, im Jahr 2010 war die höchste Prävalenz in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen zu finden: bei Frauen 20,6% und bei Männern 10,9%. In den Altersgruppen ab 65 Jahren sank die Prävalenzrate und erreichte einen erneuten Höhepunkt in der Altersgruppe der 85 bis 89 Jahre alten Frauen (siehe Abbildung 2).

Wirft man einen Blick in die Diagnosekriterien (siehe Abbildung 3, S. 12), zeichnet sich noch einmal ein klareres Bild ab: Unspezifische Diagnosen (F32/33.8/9) wurden bei 67% der Patienten mit Erstepisode (F32) und 36% der Patienten mit rezidivierenden Episoden (F33) festgestellt. Hinsichtlich spezifischer Diagnosen wurden bei Patienten am häufigsten mittelschwere (19,5%) und schwere (14,4%) depressive Episoden diagnostiziert (Gerste/Roick 2014). Ferner waren 25,9% der Patienten mehrmals erkrankt. Zwischen den Jahren 2007 und 2010 wurde über alle Schweregrade der depressiven Erkrankungen eine Zunahme festgestellt (siehe Abbildung 3, S. 12).

Abbildung 3: Prävalenz depressiver Erkrankungen 2007 und 2010 nach Schweregrad (standardisiert)

Schweregrad nach ICD-10	Anzahl (und prozentualer Anteil) der Personen mit Zielerkrankung		Prävalenzrate		Veränderung der Prävalenzrate 2007–2010
	2007	2010	2007	2010	
F33.2/3	383 944 (6,8 %)	444 769 (6,7 %)	0,6 %	0,7 %	17,9 %
F33.1	354 771 (6,3 %)	502 014 (7,5 %)	0,6 %	0,9 %	43,5 %
F33.0	100 296 (1,8 %)	127 046 (1,9 %)	0,2 %	0,2 %	28,6 %
F33.8/9	577 214 (10,2 %)	612 865 (9,2 %)	0,9 %	1,0 %	7,4 %
F33.4	33 131 (0,6 %)	38 288 (0,6 %)	0,1 %	0,1 %	16,8 %
F32.2/3	403 518 (7,1 %)	512 698 (7,7 %)	0,7 %	0,9 %	28,8 %
F32.1	560 635 (9,9 %)	799 023 (12,0 %)	0,9 %	1,4 %	44,0 %
F32.0	189 073 (3,3 %)	260 299 (3,9 %)	0,3 %	0,4 %	39,0 %
F32.8/9	2 909 853 (51,4 %)	3 201 234 (48,1 %)	4,8 %	5,3 %	11,3 %
F34.1	144 816 (2,6 %)	161 050 (2,4 %)	0,2 %	0,3 %	12,0 %
Gesamt	5 657 250 (100 %)	6 659 285 (100 %)	9,3 %	11,1 %	19,3 %

Versorgungs-Report 2013/2014

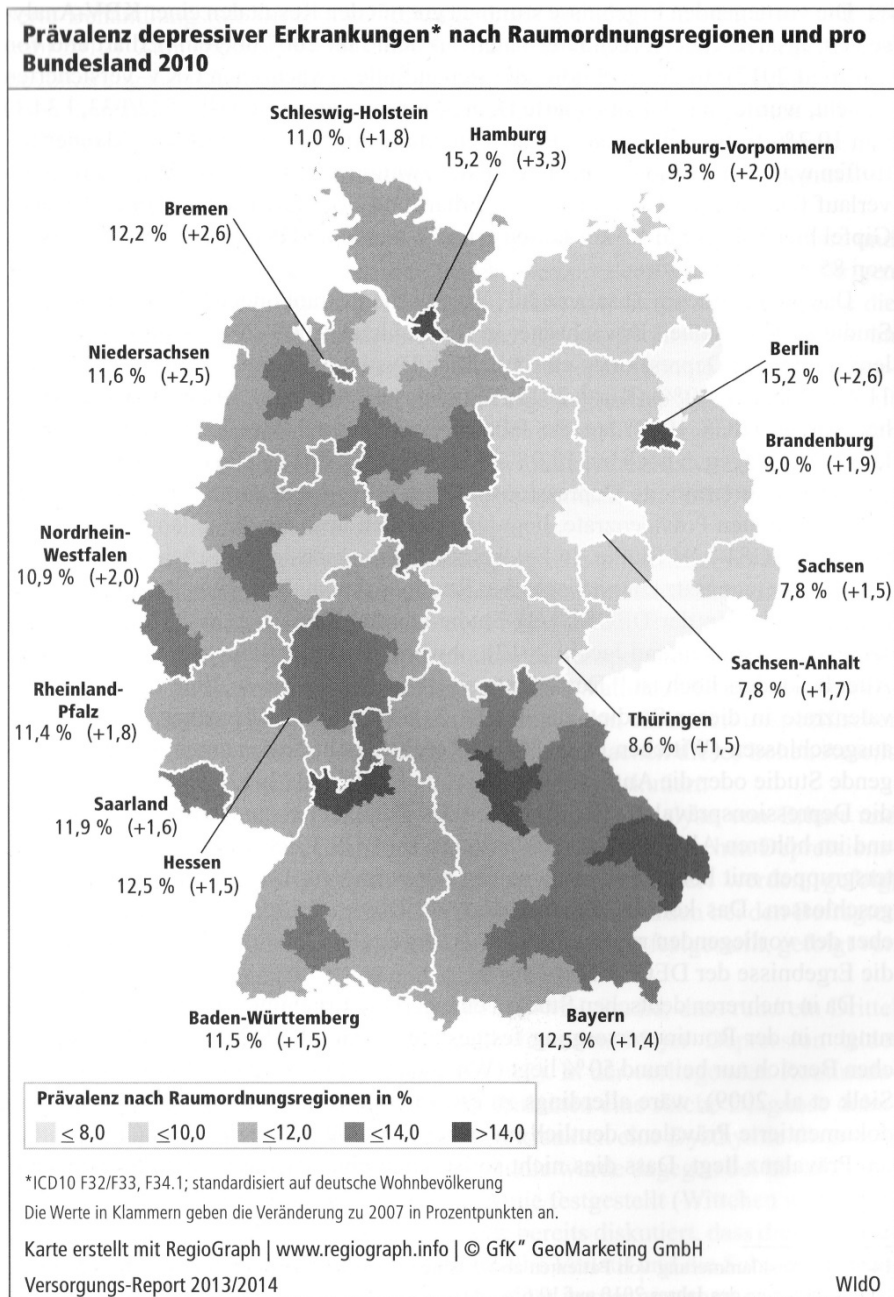
WIdO

Quelle: Gerste/Roick 2014: 36.

Für die Stadtstaaten und die alten Bundesländer lässt sich konstatieren, dass die Prävalenz von depressiven Erkrankungen dort höher ist als in den neuen Bundesländern (Gerste/Roick 2014). Besonders hoch ist sie mit rund 15% in Hamburg sowie in Berlin (siehe Abbildung 4). In den Stadtstaaten, einigen anderen neuen Bundesländern, in Niedersachsen und in Nordrhein-Westfalen stiegen die Prävalenzraten in den Jahren 2007 bis 2010 stark an (ebd.). Auch die regionalen Inzidenzraten sind in den Stadtstaaten und westlichen Bundesländern höher, besonders innerhalb Niedersachsens gibt es große regionale Unterschiede hinsichtlich depressiver Neuerkrankungen (Gerste/Roick 2014). Verbunden damit zeigt sich auch eine ungleiche Verteilung der Versorgung. In einigen ländlichen Regionen sind nur sehr wenige psychotherapeutische oder psychiatrische Anlaufstellen für depressiv Erkrankte zu finden (BPtK 2011, 2013).

Im Jahr 2010 betrug die Inzidenzrate 1,1% bei Erwachsenen in Deutschland insgesamt und war mit 1,3% bei Frauen und 0,9% bei Männern ungleich über die Geschlechter verteilt (Gerste/Roick 2014). Die Inzidenzrate steigt wie die Prävalenzrate mit dem Alter an und erreicht in der Altersgruppe 55 bis 59 Jahre ihren vorläufigen Höhepunkt (1,3%). Danach fällt sie wieder leicht und steigt dann in der Altersgruppe 85-89 Jahre wieder an (1,9%).

Abbildung 4: Prävalenz depressiver Erkrankungen nach Raumordnungsregionen und pro Bundesland 2010



Quelle: Gerste/Roick 2014: 37.

Der Schweregrad der depressiven Episoden war im Jahr 2010 in 58% der Fälle nicht näher spezifiziert. In der Zeitspanne von 2007 bis 2010 nahmen leichte depressive Episoden um 48% zu. Diese Form ist die am stärksten steigende depressive Erkrankung¹⁵.

15 An dieser Stelle ist anzumerken, dass es auch – obwohl hier kein Kausalzusammenhang besteht – bei den Suizidraten, schlüsselt man sie nach den Alterskohorten auf, eine starke Erhöhung der sogenannten ‚Alterssuizidalität‘ gibt (Erlemeier et al. 2014; Schaller et al. 2014).

Für die unterschiedlichen Formen der Depression aber gilt – und das scheint von allen Disziplinen anerkannt zu sein – dass sie eine multifaktorielle Ätiopathogenese aufweisen, in welcher biologische, psychische, genetische und soziale Faktoren zusammenwirken. Wie diese genau im Zusammenhang zueinander stehen, ist immer noch weitgehend unklar und wird in den verschiedenen Fachdisziplinen – von der Soziologie über die Psychologie und Medizin bis hin zu den Gesundheitswissenschaften – auf ganz unterschiedliche Weise interpretiert und dargestellt (Ehrenberg 2004; Haubl 2008; Jia et al. 2015; Payk 2010; Schaller et al. 2014)¹⁶.

Das Phänomen der unterschiedlichen Ausprägungen der Erkrankung zwischen den beiden Geschlechtern zeigt sich auch in den Ergebnissen einer neueren Studie, die vom Robert Koch-Institut¹⁷ durchgeführt wurde (Busch et al. 2013). Depressive Symptome einer ‚Major Depression‘ nach dem amerikanischen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) wurden mithilfe eines Fragebogens zur Selbstbeurteilung erfragt. Dieser Studie folgend beträgt die Prävalenz für eine depressive Symptomatik 8,1%. Frauen wiesen mit 10,2% eine signifikant höhere Prävalenz über alle Altersgruppen im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern (6,1%) auf (APA 1996)¹⁸. Personen im Alter von 18 bis 29 Jahren zeigen die höchste (ca. 10%), 70- bis 79-Jährige die geringste Prävalenz für eine depressive Symptomatik mit rund 6%¹⁹.

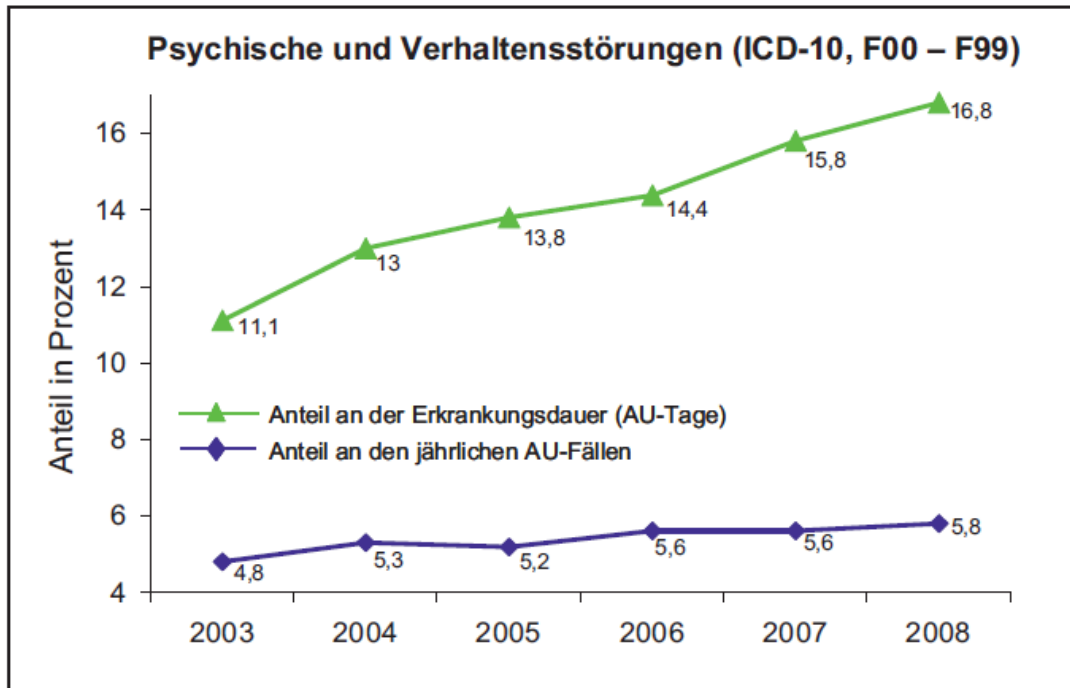
16 Für eine ausführliche, umfassende und genealogische Auseinandersetzung mit depressiven Erkrankungen, deren Behandlung und Diagnostik im zeitlichen Verlauf („von der Hysterie zur Depression“) sowie zu ihren gesellschaftlichen Auswirkungen siehe Ehrenberg (2004).

17 Die Erhebung wurde von 2008 bis 2011 (DEGS1) durchgeführt und basiert auf repräsentativen Daten über depressive Symptome und diagnostizierte Depressionen von bundesweit rund 8.000 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren (Busch et al. 2013).

18 Außerdem haben Probanden mit einem niedrigen sozioökonomischen Status eine höhere Prävalenz bezogen auf eine depressive Symptomatik oder diagnostizierte Depression im Vergleich zu denen mit hohem Sozioökonomischen Status, wobei dieser soziale Gradient deutlicher bei den weiblichen als bei den männlichen Studienteilnehmern ausgeprägt ist. Die in dieser Studie gezeigten Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Sozioökonomischem Status stimmen mit denen in anderen Studien überein (APA 1996).

19 Die Lebenszeitprävalenz bei einer diagnostizierten Depression beträgt 11,6%, 15,4% für Frauen und 7,8% für Männer und ist in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre am höchsten (22,9% Frauen und 11,6% Männer) sowie in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre am niedrigsten (8,5% und 4,2%). Die 12-Monats-Prävalenz beträgt 6% und zeigt ebenfalls eine höhere Prävalenz bei Frauen (8,1%) im Vergleich zu Männern (3,8%) (Busch et al. 2013: 736ff.).

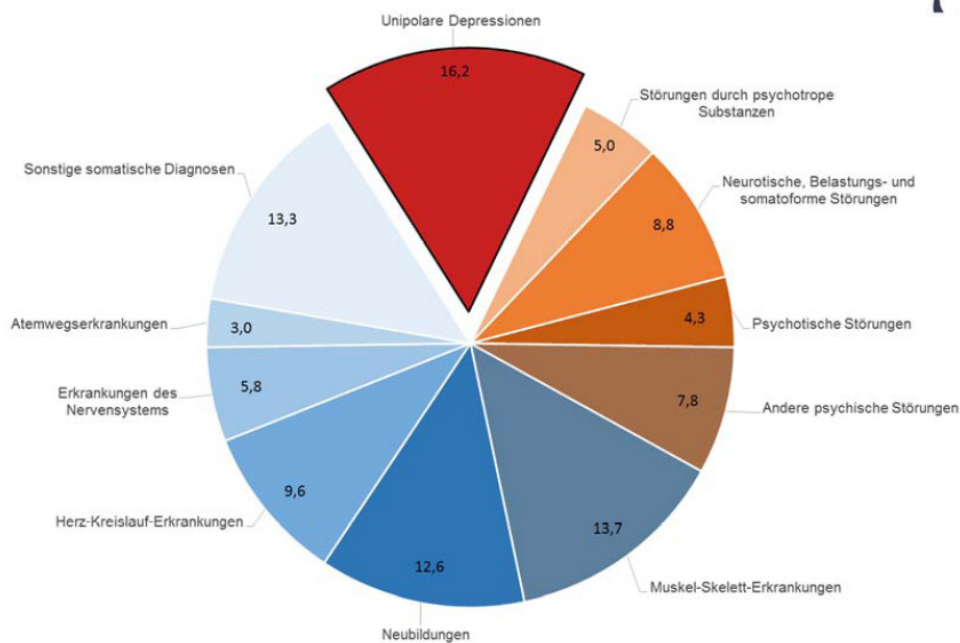
Abbildung 5: Prozentualer Anteil Psychischer und Verhaltensstörungen an AU-Fällen und der Erkrankungsdauer in den Jahren 2003 bis 2008



Quelle: Barmer GEK 2009: 56.

Die Auswirkungen auf den Alltag und die Arbeitsproduktivität der Erkrankten wurden in den letzten Jahren auch in den Jahresberichten verschiedener deutscher Krankenkassen aufgegriffen. Denn bei Depressionen ist mit einer erhöhten Belastung der Erkrankten zu rechnen, die sich verstärkt in der Minderung der Arbeitsproduktivität sowie einer immensen Einschränkung im Alltag niederschlägt. So war auch im Jahr 2014 der Gesundheitsreport der Barmer GEK dem Themenschwerpunkt „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben“ gewidmet (Barmer GEK 2014). Auf Grundlage einer Auswertung der Mitgliederdaten wird hierzu gezeigt, dass sich die schon beschriebenen Trends fortsetzen (ebd.). Mehr als 16% aller krankheitsbedingten Fehltag gehen auf psychische Erkrankungen zurück und sind so zweithäufigste Ursache nach Muskel-Skelett-Erkrankungen. Am häufigsten werden depressive Episoden (F32; bei 9,9%), somatoforme Störungen (F45; bei 9,8%) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen (F43; bei 7,3%) diagnostiziert. Hierunter ist die Diagnose „depressive Episode“ für die meisten gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich (Barmer GEK 2014).

Abbildung 6: Psychische Erkrankungen und Langzeit-AU-Fälle 2012



Quelle: BPtK 2013: 26.

Analog zu diesen Ergebnissen hat sich die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2013) mit den Daten der Deutschen Rentenversicherung zur gesundheitsbedingten Frühverrentung aufgrund psychischer Erkrankungen (ICD-10-GM 2015: F00 bis F99) für die letzten zehn Jahre befasst. Neben den Daten der Gesundheitsberichterstattung zu Erwerbsminderungen und Frühverrentung in der gesetzlichen Rentenversicherung wurden auch Daten der folgenden gesetzlichen Krankenkassen für die Analysen herangezogen: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Barmer GEK, Betriebskrankenkasse Bund (BKK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) und Techniker Krankenkasse (TK).

Im Jahr 2012 waren 13,7% der krankheitsbedingten Fehltag auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Diese Zahl hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre verdoppelt (BPtK 2013). Psychische Erkrankungen sind nach Muskel-Skelett-Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Fehltag in Betrieben und nehmen weiter zu, während Fehltag bedingt durch körperliche Erkrankungen weiter abnehmen. Ferner hat die Dauer der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten zehn Jahren von 26 auf rund 34 Tage zugenommen. Der Anteil der Fälle mit Lang-

zeitarbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen betrug im Jahr 2012 18,5% für Beschäftigte und 32,3% für Arbeitslose (siehe Abbildung 6)²⁰. Unipolare Depressionen sind im Vergleich zu allen anderen Krankheiten mit 16,2% die häufigste Ursache für eine Frühverrentung. Laut der BpTK (2013) ist der Anstieg an Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung aufgrund psychischer Erkrankungen unter anderem auf Versorgungsproblematiken zurückzuführen. Durch die Fragmentierung der Präventions-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsangebote und der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger kommt es zu Verantwortungs- und Schnittstellenproblemen, die eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch Erkrankter einschränken (ebd.). Die dargestellte epidemiologische Entwicklung sowie die Zahlen und Hintergründe zu den gesellschaftlichen Auswirkungen machen deutlich, dass es sich bei der Depression um eine Krankheit handelt, die in den letzten Jahren mehr und mehr an Bedeutung gewonnen hat und deren Folgen sich in sehr unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen niederschlagen.

1.2 Krankheitsbild Depression

Ausgehend von der dargestellten epidemiologischen und gesellschaftlichen Relevanz depressiver Erkrankungen soll der Blick nun auf die Spezifik des Krankheitsbildes gerichtet werden. Denn nur in der Verbindung dieser beiden Perspektiven lässt sich ein umfassendes Bild der Bedeutung des Krankheitsspektrums zeichnen.

Im Jahr 2009 wurde die neue und bis jetzt (Stand: Anfang 2016) aktuelle „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ von der Deutschen Gesellschaft Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegeben²¹. Die Versorgungsleitlinie wurde von der DGPPN initiiert und koordiniert und wird gemeinsam von den beteiligten Organisationen sowie der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der DGPPN als kombinierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie herausgegeben (DGPPN et

20 Außerdem hat knapp jede zweite Frühverrentung (48,5%) bei Frauen und jede dritte (35,9%) bei Männern eine psychische Erkrankung zur Ursache.

21 Die folgenden Ausführungen basieren vor allem auf diesem Dokument sowie auf der „Patienten-Leitlinie zur Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ (AWMF 2011), da dies die aktuellsten Leitlinien für Deutschland sind.

al. 2009). In der Patientenleitlinie wird darauf hingewiesen, dass sie „(...) die Empfehlungen in eine allgemein verständliche Form übersetzt. Sie wurde unter Mitwirkung von Patientenvertretern erarbeitet“ (AWMF 2011: 3). Anfang des Jahres 2015 ist zudem die neue und überarbeitete Version des ICD-10 herausgekommen und wird nun unter dem Titel „Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification“ (ICD-10-GM) geführt. Diese stellt die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland dar. Sie ist seit dem 1. Januar 2015 verpflichtend.

Mit Bezug auf die „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ kann in einer ersten Annäherung folgende Definition aufgestellt werden:

„Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt“ (DGPPN et al. 2009: 48).

In der ICD-10-GM (2015), die als internationales Klassifizierungssystem gilt, werden depressive Störungen als „(...) psychopathologische Syndrome von bestimmter Dauer innerhalb der diagnostischen Kategorie der ‚Affektiven Störungen‘ definiert“ (DGPPN et al. 2009: 58). Diese diagnostische Kategorie umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Störungsbilder, die sich zumeist auf die Hauptsymptome – Veränderung der Stimmung (Affektivität) und des allgemeinen Aktivitätsniveaus – beziehen. Die Hauptkategorien nach ICD-10-GM (2015) lassen sich folgendermaßen aufschlüsseln:

Tabelle 1: Schweregrad nach ICD-10-GM

F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Quelle: ICD-10-GM 2015: F32.

In der ICD-10-GM werden *depressive Episoden* (ICD-10-GM 2015: F32) nach ihrem Schweregrad unterschieden: von schweren (F32.2) über mittelgradige (F32.1) bis hin zu leichten depressiven Episoden (F32.0) (Tabelle 1). Für die Diagnostik und somit die Einteilung in die unterschiedlichen Grade einer depressiven Episode stellt die Anzahl der erfüllten Haupt- und Zusatzsymptome ein entscheidendes Kriterium dar. Die *Hauptsymptome depressiver Episoden* umfassen: (a) Depressive, gedrückte Stimmung; (b) Interessenverlust und Freudlosigkeit; (c) Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung (ICD-10-GM 2015: F32)²². Folgende *Zusatzsymptome* sind im ICD-10-GM, Kapitel 32, benannt: (a) Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit; (b) Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen; (c) Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit; (d) Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven; (e) Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlung; (f) Schlafstörung; (g) verminderter Appetit.

Das Hauptsymptom (a) – depressive, gedrückte Stimmung – beschreiben viele depressiv Erkrankte als einen emotionslosen Raum, in dem sie sich befinden und aus dem sie sich nicht befreien können. Dies wird als besonders belastend erlebt, da weder eine positive Gefühlsregung noch Trauer empfunden wird (DGPPN et al. 2009: 60). Das zweite Hauptsymptom wird auch als (b) – Anhedonie – bezeichnet und meint einen starken Verlust bzw. eine starke Senkung des Aktivitätsniveaus, das sich auf unterschiedliche Ebenen des aktiven Handelns bezieht (ebd.). Das dritte und letzte Hauptsymptom steht in direktem Zusammenhang mit der ‚Anhedonie‘, denn eine (c) – erlebte und empfundene schnelle Ermüdung und Energielosigkeit – sind dessen Teil.

Die wiederholte depressive Störung lässt sich ebenso wie die „monophasische Depression“ (DGPPN et al. 2009: 62) in unterschiedliche Schweregrade einteilen, die auch von leicht über mittelgradig bis schwer reichen. Auch die Einteilungen der Haupt- sowie der Zusatzsymptome ist gleich und auf beide anwendbar. Der wichtigs-

22 Für die Klassifikation nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10-GM 2015) lässt sich sagen, dass es im Vergleich zum „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) unterschiedliche Einteilungen des Schweregrads depressiver Episoden gibt (APA 1996; ICD-10-GM 2015). Die weiteren Ausführungen beziehen sich jedoch auf die „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“ sowie die ICD-Klassifikation. Für Deutschland gilt, dass das Klassifikationsmodell ICD bindend ist.

te Unterschied besteht darin, dass es sich um wiederholt auftretende depressive Episoden handelt. Um hier eine genaue Bestimmung vorzunehmen, gibt es eine spezifische Festlegung auf die Bestimmung, wann eine *rezidivierende depressive Störung* (ICD-10-GM 2015: F33) vorliegt: Voraussetzung ist, „(...) dass die gegenwärtige Episode den Kriterien für leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode entspricht und wenigstens zwei Episoden (also z.B. die gegenwärtige und eine frühere) mindestens zwei Wochen gedauert haben und von mehreren Monaten ohne eindeutige affektive Symptomatik getrennt sein sollen“ (ebd.).

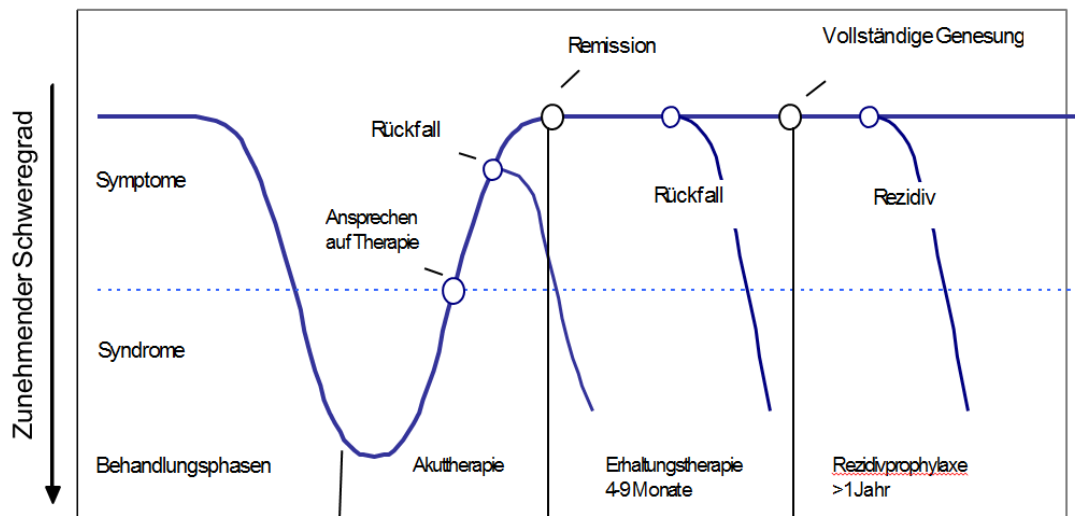
Die unter F34.1 im ICD-10-GM geführte Dysthymie, die sich unter den anhaltenden affektiven Störungen befindet, zeichnet sich dadurch aus, dass sie über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren andauert. Hier liegt der Fokus auf der länger anhaltenden depressiven Verstimmung.

1.3 Behandlungsoptionen

Ausgehend von der epidemiologischen Bedeutung und dem komplexen Krankheitsbild werden im Weiteren die unterschiedlichen Behandlungsoptionen dargelegt. Es lassen sich unterschiedliche ‚allgemeine‘ Behandlungsziele beschreiben, die mit unterschiedlichen Therapieverfahren verbunden sind (Ballenger 1999; Bermejo et al. 2012; DGPPN et al. 2009, Wittchen/Hoyer 2011). An erster Stelle steht die Verminderung der Symptomatik und Wiedererlangung autonomer Lebenspraxis, gefolgt von der Verhinderung suizidaler oder selbstverletzender Akte, sowie die Wiederherstellung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (DGPPN 2009; Payk 2010; Wittchen/Hoyer 2011).

Die Bestimmung und Auswahl der geeigneten Behandlungsalternative baut auf verschiedenen Faktoren auf: Symptomschwere, Erkrankungsverlauf und Patientenpräferenz (klinische Faktoren). In den schon benannten Leitlinien werden folgende vier Punkte fokussiert (DGPPN 2009: 74): (1) Aktiv-abwartende Begleitung, (2) medikamentöse Behandlung, (3) psychotherapeutische Behandlung, (4) Kombinationstherapie. Zusätzlich zu diesen vier Strategien der Behandlung werden noch die folgenden Therapieverfahren aufgeführt: Elektrokrampftherapie, Lichttherapie, Wachtherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie und künstlerische Therapie.

Abbildung 7: Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte



Quelle: DGPPN 2009: 75.

In Abbildung 7 sind verschiedene Behandlungsformen dargestellt, die in Abhängigkeit von Erkrankungsverlauf und Symptomatik an unterschiedlichen Punkten ansetzen. Diese drei Behandlungsphasen – Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe – haben unterschiedliche Zielsetzungen. Für die Akuttherapie wird als einziges Ziel formuliert, den Leidensdruck des Betroffenen zu mindern. Hier geht es vor allem um die Behandlung der akuten Symptome der depressiven Episode in einem Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen. Die zweite Phase fokussiert auf den therapeutischen Verlauf, der sowohl medikamentöse als auch psychotherapeutische Behandlung mit einschließt (DGPPN 2009: 76)²³. Hier „(...) ist die Weiterführung der psychotherapeutischen Akutbehandlung über einen Zeitraum von 8 bis 12 Monaten nach Ende der eigentlichen Therapie in Form niedriger Sitzungsfrequenzen, das heißt mit größeren Intervallen zwischen den Therapiesitzungen, sinnvoll“ (DGPPN 2009: 76).

In der dritten und letzten Phase der Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte wird noch einmal deutlich herausgestellt, dass es sich bei der Depression um eine Erkrankung handelt, die bei vielen Menschen einen rezidivierenden Verlauf nimmt (Payk 2010). Daher zielt die Rezidivprophylaxe darauf ab, bei denjenigen depressiv Erkrankten, die auch nach Ende einer depressiven Episode und dem Ende einer Er-

23 Das Risiko eines Rückfalls kann in dieser Phase mit einer entsprechenden Behandlung um fast 70% gesenkt werden (Geddes et al. 2003).

haltungstherapie noch Restsymptome zeigen, eine erneut ausbrechende Krankheits-episode zu verhindern (DGPPN 2009). Studien hierzu zeigen, dass durch eine psychotherapeutische Langzeitbehandlung eine höhere Nachhaltigkeit erreicht werden kann, im Gegensatz zu einer rein medikamentösen Behandlung (Eichenberg et al. 2013; Fava et al. 2004; Hölzel et al. 2011; Jia et al. 2015; Payk 2010; Wittchen/Hoyer 2011; Woltersdorf 2002).

1.4 Krankheitsbezogene Herausforderungen und Belastungen

In der parallel zur Versorgungsleitlinie entstandenen „Patientenleitlinie zur Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ wird deutlich hervorgehoben, dass auf der Seite der Erkrankten ein erhöhter Bedarf besteht, „angemessen“ und „allgemeinverständlich“ über Behandlungsoptionen, Behandlungsmöglichkeiten und auch rechtliche Fragen informiert zu werden (AWMF 2011)²⁴.

Im Überblick zum Krankheitsbild hat sich bereits gezeigt, dass die Krankheit von einer Reihe von Symptomen begleitet ist, die es den Erkrankten erschweren, sich aktiv um Hilfe zu bemühen. Wie beschrieben, tragen Antriebslosigkeit und Anhedonie dazu bei, dass depressiv Erkrankte sich eher sozial zurückziehen und sich von ihren Sozialbeziehungen „abschotten“ (Bermejo et al. 2012; Cruwys/Gunaseelan 2016; Eichenberg et al. 2013; Kloimstein 2013). Auch Angstzustände und episodisch auftretende Erschöpfungszustände führen dazu, dass depressiv Erkrankte sich sozial isolieren. In einigen psychologischen Studien wird darauf verwiesen, dass dadurch oft zu Beginn wichtige Zeit verloren geht, da die Erkrankten nicht nach Hilfe suchen, sodass die Behandlung erst sehr spät begonnen wird (AMWF 2011; Pietzsch et al. 2014; Wittchen/Hoyer 2011). Allerdings zeigen Studien zur Patientensicht auch, dass „Patients' views about depressive symptoms are significantly different from conventional medical views“ (Cornford et al. 2007: 358)²⁵. Die subjektive Erfahrung von depressiv Erkrankten und die Bedeutung der Diagnose variieren zwar von Person zu Person, doch sind Depressionen für die Erkrankten eine „komplexe Erfah-

24 Der Leitfaden wurde unter Mitwirkung von Patientenvertretern erarbeitet und bietet einen Überblick darüber, was für Betroffene wichtige Bezugspunkte sind.

25 “The wide employment of techniques patients use to control their disorders, such as support from others, engagement in activities and working at relationships, may be useful to encourage in consultations as alternatives to the use of antidepressant medication” (Cornford et al. 2007: 363).

„rung“ (Lewis 1995: 373) (Cruwys/Gunaseelan 2016; Kloimstein 2013; Schomerus 2010). Dieses komplexe Geschehen wird von den depressiv Erkrankten auf unterschiedlichen Ebenen wahrgenommen. Das Krankheitserleben beeinflusst die Sichtweise der Menschen auf ihre Erkrankung, der sie einen spezifischen Sinn zuschreiben, und auch auf ihre Sozialbeziehungen (Lewis 1995).

Eine viel beachtete Pionier-Studie ist von Kadam et al. (2001) durchgeführt worden. Die Autoren der Studie berichten, dass sich die Erkrankten mit ihren Problemen weder vom professionellen Versorgungsgeschehen noch vom sozialen Umfeld gestützt und verstanden fühlen:

„Psychological problems were described as being invisible and hidden, in contrast to medical conditions that could be more readily admitted to others“ (Kadam et al. 2001: 378).

Nicht nur die Symptome sind hier entscheidend für erkrankte Menschen, sondern zudem ihre Sichtweise auf diese sowie der Umgang des näheren Umfeldes mit den Erkrankten selbst. Die ‚komplexen Erfahrungen‘, die von depressiv Erkrankten wahrgenommen werden, nehmen Einfluss auf die subjektive Sichtweise. Eine Reihe von Studien weisen darauf hin, dass es als wesentliche Aufgabe der Akteure im Versorgungssystem angesehen wird, diese komplexen Sichtweisen und Einschätzungen in den Prozess der Versorgung mit einzubeziehen (Cornford et al. 2007; Grieken et al. 2015; Kleinberg et al. 2013; Kloimstein 2013; Lewis 1995).

Erfahrungen von Erkrankten zeigen zudem, „(...) welche deletäre Auswirkungen die von den Kranken erlebte bzw. antizipierte Stigmatisierung auf ihre Befindlichkeit und ihre Lebensverhältnisse hat“ (Angermeyer 2003: 364). Die negativen Folgen von Stigmatisierung sind in den unterschiedlichen Fachdisziplinen vielfältig beschrieben worden, von Goffmans „The moral career of the mental patient“ (Goffman 1972), über die Arbeiten von Becker (1966) und Scheff (1973, 1999) bis hin zu aktuellen Studien aus verschiedenen Fachdisziplinen (Angermeyer 2003; Kardorff 2007; Kleinberg et al. 2013; Kloimstein 2013; Link/Phelan 2001). Cloerkes (2007) zeigt, dass Stigmatisierungsfolgen allerdings weder zwangsläufig sind noch dass es die individuellen Bewältigungsformen sind. Anders als viele körperliche Beeinträchtigungen sind psychische Krankheiten nicht ‚sichtbar‘. Da sie aber dennoch vom Umfeld subtil wahrgenommen werden, sind die Erkrankten – im Goffmanschen Sinne:

„die Diskreditierbaren“ (Goffman 1975: 56) – gefordert, sich, ihre Situation und ihren Zustand immer wieder zu erklären. Die Stigmatisierung psychisch Erkrankter, so Herzlich (1973 und 1991), geschieht durch die soziale Repräsentation im kulturellen Gedächtnis. Stigmatisierung ist also auf einer übergreifenden gesellschaftlichen Ebene zu betrachten, denn sie setzt nicht allein beim einzelnen Subjekt an, sondern bei einer Gruppe von Subjekten und deren Sichtweisen und Handlungen in Bezug aufeinander. In „Stigma“ hat Goffman (1975) bereits herausgearbeitet, dass psychisch Kranke nicht nur Opfer, sondern auch „(...) individuell und kollektiv aktive Gestalter ihres Lebens sind (...)“ (Kardorff 2010: 283) und auf diese Weise Einfluss auf ihr Leben nehmen. Goffman (1975) folgend, ist Stigmatisierung ein individueller wie auch gesellschaftlicher Prozess: Die Rezeption in der Gesellschaft, die Eigenwahrnehmung der psychisch Kranken und die des sozialen Umfeldes spielen hier eine Rolle²⁶. Sie müssen sich immer wieder mit der zugeschriebenen sozialen Identität auf der einen Seite und der erlebten „(...) Wirkung ihres Verhaltens“ (Kardorff 2010: 284) auf der anderen Seite auseinandersetzen. Auf diese Weise ist Stigmatisierung eng verknüpft mit Herrschaft, Macht und struktureller Gewalt, denn sie materialisiert sich auch in einer Definitionsmacht der Professionellen (Kardorff 2010)²⁷. Dies schlägt sich nieder in einer Beeinflussung der psychisch Erkrankten durch die Akteure in der Versorgung.

Einerseits offenbaren sich erhebliche negative Konsequenzen den Krankheitsverlauf betreffend sowie ungünstige Effekte, die sich auf das Inanspruchnahmeverhalten der psychiatrischen und psychologischen Versorgung beziehen (ebd.). Andererseits haben die starke Stigmatisierung und die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahrzehnten eine Auswirkung auf die Anzahl an Diagnosen von psychischen Erkrankungen gehabt. Ausschlaggebend für eine erste Änderung war eine Veröffentlichung eines Berichts über „(...) die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik (...)“ (Abholz/Schmacke 2014: 8) im Jahr 1975, in dessen Folge es zu einem Anstieg an diagnostizierten psychischen Erkrankungen in Deutschland kam.

26 Für eine ausführliche Diskussion siehe Goffman 1975 und Ehrenberg 2004.

27 „Zu Veränderungen dieser Rahmungen hat auch eine, u. a. durch Gesundheits- und Selbsthilfebewegung initiierte und intensiviertere Entwicklung einer neuen Kommunikationskultur zwischen engagierten Fachkräften und Betroffenen (initiativen) beigetragen, wie etwa in der Sozialpsychiatrie die Praxis des Dialogs, mit dem ein neuer Wahrnehmungsrahmen für das Verständnis psychischer Krankheit und ihrer sozial ver-rückenden Folgen aus einer gemeinsam zu entwickelnden Perspektive von Ärzten, Betroffenen und Angehörigen angezielt wird“ (Kardorff 2010: 287).

Erkrankte und Angehörige befinden sich noch immer in einer schwierigen Situation, geht es um die offene Verhandlung der Erkrankung im familialen und sozialen Umfeld sowie der Arbeitswelt (Cruwys/Gunaseelan 2016; Grieken et al. 2015; Schomerus 2010; Kardorff/Ohlbrecht 2008). Das schon zu Beginn genannte Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ wurde auch von einigen Patientengruppen und Selbsthilfebewegungen mitgetragen und unterstützt (AWMF 2011). Die Perspektive der erkrankten Menschen und deren Anliegen wurden mit aufgenommen und vor allem vor dem Hintergrund der immer noch gesellschaftlich vorherrschenden Stigmatisierung psychischer Erkrankungen diskutiert (AWMF 2011; Bermejo et al. 2009, 2012; Grieken et al. 2015; Sikorski et al. 2014).

1.5 Versorgungssituation

Aus der Perspektive der depressiv Erkrankten wird auf die als problematisch erlebten Versorgungsstrukturen und eine fehlende Unterstützung hingewiesen (Gerste/Roik 2014; Schulz et al. 2011). Diese zeigen sich in einer als Überforderung wahrgenommenen Situation, sich als Erkrankter im institutionalisierten Versorgungsbereich über die unterschiedlichen Hilfe-Leistungen zu informieren und diese ausfindig zu machen (Bermejo et al. 2012; Layard et al. 2013; Pietsch et al. 2014; Schomerus 2010). Die spezifische, dem Krankheitsbild eigene Symptomatik trägt dazu bei, dass es Erkrankten schwer fällt, sich im direkten sozialen Kontakt mit anderen – seien es professionelle Akteure oder andere Laien – auszutauschen und aktiv Hilfe(n) zu suchen (Bieschke-Behm/Liefert 2011). Die Aktivitätseinschränkungen, die lethargischen Zustände usf. (s.o., S. 18) tragen zu einem verminderten Antrieb im Allgemeinzustand bei (ebd.). Die *aktive Hilfesuche* im Versorgungsgeschehen setzt allerdings genau dies voraus. Dies wird von vielen depressiv Erkrankten als Barriere beschrieben, die es ihnen erschwert, nach institutionalisierten Hilfeleistungen aktiv zu suchen.

Dies leitet direkt über zu der Frage, wie sich die Versorgungssituation depressiv Erkrankter darstellt. Sie haben durch die Spezifika der Anforderungen des Krankheitsbildes erhöhte Barrieren zu überwinden. Der Zugang zur Versorgung ist ihnen durch die erlebte Antriebslosigkeit und Anhedonie erschwert. Zudem stehen Stigmatisie-

rung und Scham einem offenen Umgang mit der Symptomatik entgegen (Blumer/Renneberg 2010; Ehrenberg 2004; Hegerl/Kocalevent 2010; Haubl 2008; Wittchen/Hoyer 2011).

Gerade im Erstkontakt mit dem Versorgungssystem sind viele erkrankte Menschen zunächst vorsichtig in der Schilderung ihrer Beschwerden. In den letzten Jahren hat es zahlreiche Bestrebungen gegeben, niedergelassene Ärzte zu sensibilisieren und auf Besonderheiten der Symptomatik und auch der Diagnostik hinzuweisen (Hegerl/Kocalevent 2010; Schulz et al. 2011). Ziel dieser Bestrebungen war es, die Erkrankten und ihre Versorgung durch eine gerichtete und zeitnahe Unterstützung zu verbessern, denn vor allem die *Hausärzte* leisten einen wichtigen Teil der Versorgung (Eichenberg et al. 2013; Sikorski et al. 2014; Rabe-Menssen 2009). Hier werden Depressionen jedoch oft als natürliche Reaktion auf den sozialen Kontext des Patienten und weniger als Krankheit wahrgenommen (Pilars de Pilar et al. 2012). Problematisch für die Diagnosestellung ist, dass viele depressiv Erkrankte meist diffus über somatische Beschwerden berichten (Gerste/Roik 2014).

In Hausarztpraxen wird nur rund die Hälfte der durch Screening erfassten Depressionen diagnostiziert (Abholz/Schmacke 2014; Pilars de Pilar et al. 2012; Richter et al. 2008; Schürler-Maly/Abholz 2008). Schon jetzt ist festzuhalten, dass die Desintegration und die Lücken der Versorgung für die Erkrankten folgenreich ist und ihnen abverlangt, sich selbst aktiv um ihre Belange und ihren Bedarf zu kümmern – womit die Erkrankten oft überfordert sind (Abholz/Schmacke 2014). Forschungsbedarf gibt es deshalb besonders in Bezug auf qualitative Forschung zu den Erfahrungen und Sichtweisen von psychisch Erkrankten hinsichtlich ihres sozialen Rückhalts sowie einer angemessenen und am Bedarf orientierten Versorgung (Abholz/Schmacke 2014).

Wie aufgezeigt sind für Depressionen langandauernde, dynamische und komplexe Verläufe kennzeichnend, die eine darauf abgestimmte Versorgung erfordern und eine umfassende Unterstützung notwendig machen (Bermejo et al. 2012; Gerste/Roik 2014; Pietsch et al. 2014; Schulz et al. 2011). Das Versorgungssystem wird den hieraus entstehenden Anforderungen – so die Kritik – nur ungenügend gerecht (Sikorski et al. 2014).

Auch in anderer Hinsicht zeigt sich Optimierungspotenzial in der Versorgung, hier insbesondere „(...) in der Kooperation auf den verschiedenen Versorgungsebenen“ (Bermejo et al. 2012: 625). Die unterschiedlichen Bereiche der Versorgung – ambulante, teilstationäre, stationäre Versorgung – sowie die Behandlungsphasen – Akut-, Erhaltungstherapie, Rückfallprophylaxe, Nachsorge – müssen koordiniert und miteinander verknüpft werden, soll eine effektive und effiziente Patientenbegleitung erreicht werden. Die ambulante und stationäre Versorgung depressiv erkrankter Menschen ist in Deutschland, so die Kritik einiger Experten, weiterhin suboptimal ausgebaut und nur vereinzelt miteinander vernetzt (Bermejo et al. 2011)²⁸. In einer bundesweiten Studie wurde zudem gezeigt, „(...) dass nur ca. ein Zehntel der depressiven Personen in spezialisierte psychologische oder psychiatrische Behandlung überwiesen wurde“ (Sikorski et al. 2014: 91). Wird zu einem Facharzt überwiesen, sind die Erkrankten zunehmend mit Engpässen in der ambulanten sowie stationären Versorgung konfrontiert. Damit sind erhebliche Wartezeiten verbunden (Gerste/Roik 2014; Herrmann/Gensichen 2015; Hölzel et al. 2010; Sielk et al. 2009; Walendzik et al. 2011). Lange Wartezeiten ergeben sich insbesondere für eine ambulante Richtlinienpsychotherapie, „(...) so dass die eigentliche Behandlung durchschnittlich erst nach mehreren Monaten beginnen kann“ (Bermejo et al. 2012: 624)²⁹. Durch die Engpässe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung werden depressiv Erkrankte zuweilen an stationäre Einrichtungen verwiesen (BPtK 2011, 2013). Dies wird jedoch von den Erkrankten vielfach abgelehnt, da sie ihr privates Umfeld verlassen müssen, um stationär versorgt zu werden (Hermann/Gensichen 2015).

Durch den Mangel an ‚*Brücken-Angeboten*‘ wird ersichtlich, dass viele Erkrankte nicht durch eine stützende Versorgung begleitet werden, sondern mit ihrer Erkrankung auf sich allein gestellt sind (Rabe-Menssen 2009). Für sie bedeutet das eine erhöhte Unsicherheit, da sie sich mit ihrer Erkrankung ohne professionelle Hilfe(n)

28 „Durch die Budgetierung der Behandlungsvergütung wird bei der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung pro Quartal lediglich eine halbstündige Konsultation finanziell gedeckt, was für eine leitliniengerechte Behandlung unzureichend ist“ (Bermejo et al. 2012: 627).

29 „Von allen drei Gruppen [verschiedene Gruppen Erkrankter] wurden sowohl Quantität als auch Qualität der Kooperationskontakte für den medizinisch-psychotherapeutischen Bereich höher eingeschätzt, während die Zusammenarbeit mit dem erweiterten psychosozialen Sektor (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialarbeiter) als eher schwierig beurteilt wurde. Da bei depressiven Erkrankungen die soziale Einbindung eine entscheidende Rolle spielt, sollten künftige Vernetzungsbestrebungen den stärkeren Einbezug des erweiterten psychosozialen Sektors fokussieren“ (Bermejo et al. 2010: 328).

zurecht finden müssen und in der Zeit des Wartens der Gefahr krisenhafter Zuspitzungen ausgesetzt sind (Bermejo et al. 2012; Salis 2008)³⁰. Das Fehlen von Brückenangeboten wird auch von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2013) bemängelt. In ihrem aktuellen Bericht verweisen die Autoren darauf, dass es einen erhöhten Bedarf an Stellen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland gibt (BPtK 2013). Auch im nationalen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (RKI) und anderen Studien wird kritisiert, dass zwischen 35% und 50% der Personen mit psychischen Erkrankungen keine professionelle Hilfe erhalten (Kruse/Herzog 2012; RKI 2010, 2012; Schulz et al. 2011; Sikorski et al. 2014).

Zur Behebung der bestehenden Versorgungsdefizite werden von Sikorski et al. 2014 unter anderem Programme zur Fort- und Weiterbildung von Hausärzten vorgeschlagen, um die „Diagnosesicherheit“ (Sikorski et al. 2014: 81) zu erhöhen. Zudem werden computergestützte Therapieverfahren empfohlen, um Erkrankte schneller und ‚barrierefreier‘ zu erreichen (ebd.)³¹. Computergestützte Verfahren und die Möglichkeit, über das Internet die Versorgung von Betroffenen und Angehörigen zu erweitern, stecken in Deutschland bislang allerdings noch in den Kinderschuhen, so die Kritik der Autoren (Eichenberg et al. 2013). Es gibt keine ausgearbeiteten und etablierten Versorgungsstrukturen, die diesen spezifischen Bereich bedienen (Döring 2014; Eichenberg et al. 2013; Sikorski et al. 2014).

Generell wird bemängelt, dass die Versorgung depressiv Erkrankter bislang nur unzureichend ausgebaut ist und Schwächen zeigt, die für Betroffene und Angehörige weitreichende Folgen haben können (BPtK 2011; Hölzel et al. 2014; Jia et al. 2015; Kleinberg et al. 2013; Lin/Baumeister 2015; Wittchen et al. 2010). Auch weisen neuere Studien darauf hin, dass sich gerade depressiv Erkrankte nach einer erfolgten Behandlung mehr Unterstützung und Nachsorge durch das Versorgungssystem wünschen – ein Bedarf, der bislang nur unzureichend in den Blick genommen wurde³² (Grieken et al. 2015; Sielk et al. 2009). Für Erkrankte bedeutet eine verbesserte

30 „Selbst für Patienten, die sich für eine ambulante Psychotherapie entscheiden, bestehen derzeit erhebliche Wartezeiten von durchschnittlich knapp 80 Tagen, in Kleinstädten sogar 104 Tagen“ (Herrmann/Gensichen 2015: 31).

31 Für diese Diskussion siehe Eichenberg 2011 und Lin/Baumeister 2015.

32 “Professionals could encourage patients to take an active role in achieving recovery. Further research could open new roads to improve patients' active contributions to current treatments for depression” (Grieken et al. 2015: 1346).

Nachsorge zugleich eine höhere Chance, nicht in den sich oft einstellenden rezidivierenden Verlauf einer schweren Depression zu geraten (s.o.). Kritisiert wird zudem, dass subjektive und lebensweltliche Aspekte der Erkrankten nur ungenügend in die Versorgung einbezogen werden (Busch et al. 2013; Grieken et al. 2015; Hölzel et al. 2014; Sikorski et al. 2014).

Zusammenfassend sind folgende problematische Punkte zu nennen, die das Versorgungsgeschehen kennzeichnen:

- *Fehl-Diagnostik*: In den Hausarztpraxen wird nur rund die Hälfte der durch Screening erfassten Depressionen diagnostiziert (Abholz/Schmacke 2014; Pilars de Pilar et al. 2012; Richter et al. 2008; Schüler-Maly/Abholz 2008). Hausärzte vertrauen eher „(...) auf ihre Erfahrung und das individuelle Arzt-Patienten-Gespräch als auf strukturierte diagnostische Instrumente bzw. die Verwendung klarer ICD-Kriterien“ (Radisch et al. 2013: 252) zu erkennen (Bermejo et al. 2010; Gensichen et al. 2005; Herrmann/Gensichen 2015; Sielk et al. 2009).
- *Versorgungsengpässe*: Es existieren lange Wartezeiten für depressiv Erkrankte in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Bermejo et al. 2010, 2012; BPtK 2011; Kruse/Herzog 2012; Schulz et al. 2008; Siegfried 2008; Sikorski et al. 2014), die zudem regional ungleich verteilt ist (Kruse/Herzog 2012; Radisch et al. 2013)³³. Auch ist eine erhöhte Nichtnutzung von Behandlungen zu verzeichnen, da viele depressiv Erkrankte eine stationäre Behandlung als Alternative für eine ambulante Versorgung ablehnen (Herrmann/Gensichen 2015; BPtK 2011, 2013). Dies erschwert eine leitliniengerechte Behandlung, und eine schnelle Weiter- und Mitbehandlung auf der fachärztlichen Ebene ist erschwert (Bramesfeld/Schwartz 2007; Rabe-Menssen 2009; Radisch et al. 2013; Salis 2008; Walendzik et al. 2011)³⁴.
- *Verkürzte stationäre Behandlung*: Die stationäre Verweildauer von Patienten ist in den letzten zehn Jahren um 32% von durchschnittlich 45 auf 31 Tage gesun-

33 „Analysen des Versorgungsgeschehens (z. B. Antidepressiva-Verordnung) zeigen deutliche regionale Unterschiede. Die Ergebnisse bisheriger Studien deuten darauf hin, dass die Inanspruchnahmeraten von Behandlungen wahrscheinlich stark mit den Versorgungsstrukturen assoziiert sind“ (Melchior et al. 2014).

34 „Drei von vier schwer Erkrankten werden nicht angemessen versorgt. Auf Grundlage der Auswertung von Krankenkassenabrechnungsdaten zeigt sich, dass nur ein Viertel der Patienten die von der Nationalen Leitlinie Depression empfohlene Behandlung erhalten (...)“ (Herrmann/Gensichen 2015: 33).

ken (Barmer GEK 2011; BKtP 2013). Hier spielt der zunehmende Kostendruck auf der Seite der Leistungserbringer eine erhebliche Rolle. Die Folge für Erkrankte ist eine frühzeitig beendete und nicht am Bedarf ausgerichtete Versorgung (Wolf 2014; Zielke 2008, 2009).

- *Mangelhafte Kooperationen an den Schnittstellen*, verursacht vor allem durch Informationsdefizite der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten: So ist beispielsweise deren Wissen über Angebote außerhalb der medizinischen Versorgung wie Beratungsstellen, Tagesstätten oder Selbsthilfegruppen oft gering (Berger 2004; Fischer 2008; Gensichen et al. 2011; Kruse/Herzog 2012; Radisch et al. 2013; Sikorski et al. 2014). Zeitmangel und rechtliche Barrieren sind weitere Ursachen für die Kooperationsprobleme an den Schnittstellen der Versorgung (Abholz/Schmacke 2014; Bermejo et al. 2008; Wittchen et al. 2010; Wittchen/Hoyer 2011).
- *Fehlende Nachsorge und Brückenangebote*: In Verbindung mit den benannten Problemen der strukturellen Versorgung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten weisen hier Ergebnisse neuerer Studien auf eine stärkere Verknüpfung der Fachärzte und Hausärzte hin, um diesem Umstand entgegenzuwirken (Bauer et al. 2011; Grieken et al. 2015; Hölzel et al. 2011; Melchior et al. 2014; RKI 2010, 2012).

So wundert es nicht, dass depressiv Erkrankte durch das lückenhafte Versorgungsgeschehen ohne professionelle Unterstützung oft lange Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz überbrücken müssen oder eine stationäre Behandlung als mögliche Alternative ablehnen. In der Folge sind die depressiv Erkrankten gefordert, die ‚therapiefreie Zeit‘ zu überbrücken und potenzielle Krisen allein zu bewältigen. Sie sind in heiklen Phasen der Krankheit weitgehend sich selbst überlassen.

Es wird deutlich, dass die Erkrankten mit zahlreichen krankheitsbezogenen Herausforderungen konfrontiert sind, die durch die aufgezeigte problematische Versorgungssituation noch verstärkt werden. Aus diesem Zwiespalt ergeben sich zusätzliche Herausforderungen für die Betroffenen, die die Vielzahl der krankheitsbezogenen Herausforderungen und Belastungen noch erhöhen.

Infolge dieser Situation sehen sich depressiv Erkrankte nach alternativen Informations-, Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten um. In den letzten Jahren zeigt

sich das Internet als ein vielgenutztes Medium, das Betroffene hierfür nutzen (Baumann/Czerwinski 2015). Hier haben sich über die letzten Jahre Strukturen aufgebaut und etabliert, die für psychisch Kranke einen wichtigen Bezugspunkt darstellen (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012). Gerade Online-Foren zur Thematik ‚Depression‘ sind virtuelle Räume im Internet, die von Erkrankten genutzt werden. Diese Bereiche im Internet haben über die letzten Jahre stark an Nachfrage und Nutzerzahlen gewonnen (Griffiths et al. 2009a, 2009b, 2015; Karlheim/Steffen 2013b).

1.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei der Depression um ein vielschichtiges Krankheitsbild handelt, hier stehen sich unterschiedliche diagnostische Kriterien sowie komplexe subjektive Erfordernisse der Krankheitsbewältigung gegenüber. Hervorzuheben ist, dass sich die Depression gerade in den westlichen Nationen – und hier vor allem in Deutschland – rasant verbreitet: In allen gesellschaftlichen Schichten und Gruppen, für beide Geschlechter und für fast alle Altersgruppen zeigt sich eine Zunahme der Erkrankung über die letzten Jahre (Bessdo-Baum/Wittchen 2011; Griffiths 2015; Gerste/Roik 2014; Jia et al. 2015; Schulz et al. 2011). Der Einfluss auf gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge ist nicht von der Hand zu weisen. Die dargestellten epidemiologischen Zahlen für Deutschland zeichnen ein Bild, auf das vonseiten der Forschung reagiert werden muss: Wie dargelegt ist die gesamtgesellschaftliche Belastung immens; die dargestellten Belastungen des Wirtschaftssektors sind stark, volkswirtschaftliche Einbußen groß (Barmer GEK 2014; BPtK 2011, 2013; Busch et al. 2013; Kurth et al. 2012; siehe S. 9ff.). Aber nicht nur aus der Makro-Perspektive des gesellschaftlichen Kontextes zeigt sich die Relevanz der Problematik für die Gesundheitswissenschaft und die Versorgungsfor-schung, sondern auch die Perspektive der Erkrankten und der Blick auf das komplexe Krankheitsgeschehen sind hier von großer Bedeutung (Kadam et al. 2001; Kloimstein 2013). Die Gestaltung der Versorgung muss auf den Bedarf der an Depression erkrankten Menschen reagieren und hieran mit ihren Strukturen anschließen. Jedoch wurde aufgezeigt, dass sich das Versorgungsgeschehen bislang in den meisten Fällen nicht als ein koordinierter und aufeinander abgestimmter Prozess beschreiben lässt, sondern sich für viele depressiv Erkrankte noch immer als lückenhaft und unzusammenhängend darstellt (Abholz/Schmacke 2014; Bermejo et al. 2010, 2012; Grieken

et al. 2015; Hölzel et al. 2011; Pilars de Pilar et al. 2012; Schürler-Maly/Abholz 2008; Wittchen et al. 2010). Versorgungsprozesse sind nicht oder nur unzureichend aufeinander abgestimmt. Oft liegen Monate zwischen einer spezifischen Diagnose und dem Beginn der Behandlung; vor allem die ambulanten psychotherapeutischen Interventionen sind durch solche Verzögerungen gekennzeichnet (BPtK 2011, 2013; Bramesfeld/Schwartz 2007; Hölzel et al. 2014; Radisch et al. 2013; Richter et al. 2008; Siegfried 2008; Sikorski et al. 2014). Zudem nimmt das Versorgungssystem kaum Bezug auf die subjektiven Bedarfslagen der depressiv Erkrankten (Bermejo et al. 2009, 2010; Herrmann/Gensichen 2015; Gensichen et al. 2011; Pietsch et al. 2014; Schomerus 2010; Schulz et al. 2011). Diese bestehen vor allem aus einer umfassenden Information zur Erkrankung selbst, Beratung zum Umgang mit der Erkrankung, Informationen zu den unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten usw., wie sie auch zu einem großen Teil im Patientenleitfaden benannt werden (AWMF 2011). Stattdessen sehen sich die Erkrankten auf sich selbst gestellt, Hilfe(n) zu suchen und selbst aktiv zu werden. Dies stellt bei einer Erkrankung wie der Depression umso mehr eine Herausforderung dar als hierdurch die grundlegende Fähigkeit der Erkrankten zum aktiven und selbstständigen Handeln infrage gestellt ist und durch das Krankheitsbild beeinträchtigt wird (DGPPN et al. 2009; Payk 2010; Wittchen et al. 2010; Wittchen/Jakobi 2006). Stigmatisierung und Tabuisierung tragen ein Weiteres dazu bei, dass gesellschaftliche Teilhabe und Unterstützung eingeschränkt sind und die Umstände der Unterstützung vor allem von den depressiv Erkrankten selbst als eine erhebliche Einschränkung erlebt werden (Cruwys/Gunaseelan 2016; Kadam et al. 2001; Kleinberg et al. 2013; Kardorff 2010; Pietzsch et al. 2014; Wittchen/Hoyer 2011). So ist es nicht verwunderlich, dass vor diesem Hintergrund immer mehr erkrankte Menschen andere Wege suchen, um sich ‚selbst zu helfen‘. Das Internet ist in diesem Rahmen eine viel genutzte Quelle gesundheitlicher Information und Kommunikation (Baumann/Czerwinski 2015; Döring 2014; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012). Im virtuellen Raum des Internets zeigen sich neue Wege für Hilfesuchende fernab des professionellen Versorgungsgeschehens.

Insbesondere bei den immer häufiger auftretenden depressiven Erkrankungen ist in Verbindung mit der Entwicklung der Neuen Medien zu sagen, dass eine Zunahme dieser spezifischen Thematik im Internet zu erkennen ist. Im weiten Feld des virtuellen Raums gibt es eine Vielzahl von Angeboten, die sich mit Depression befassen

und sich an Betroffene wenden. In diesem Bereich sind es vor allem sogenannte ‚Online-Foren‘, die von Nutzern stark frequentiert werden. „In fact, there is evidence that such groups [depression-online-forums, C.K.] are among the most common support groups in the Internet” (Griffiths et al. 2009a: 1). Damit wird aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive die zunehmend relevante Frage aufgeworfen, was sich hinter dem Begriff ‚Online-Forum‘ verbirgt, welche besonderen kommunikativen Rahmungen in diesem Feld des Internets entstehen und was bislang über Potenziale, Risiken und die Unterstützungsformen der Depressions-Online-Foren bekannt ist.

2 Depressions-Online-Foren: Kontext der kommunikativen Grundlagen und Bestandsaufnahme der Chancen und Risiken

Wie zuvor dargestellt, muss ein großer Teil von depressiv Erkrankten lange Wartezeiten auf eine Behandlung überbrücken, ist also vor Zugangsprobleme gestellt und vom Versorgungsgeschehen zumindest temporär ausgeschlossen (Abholz/ Schmacke 2014; Bermejo et al. 2010, 2012; Grieken et al. 2015; Hölzel et a. 2011; Pilars de Pilar et al. 2012; Schürler-Maly/Abholz 2008; Wittchen et al. 2010). Menschen, die an Depression leiden „(...) are reluctant to seek professional help, with estimates indicating that over half of people with major depression (...) do not consult a health professional“ (Barney et al. 2006: 51). Zugleich ist in den letzten Jahren eine stetige Zunahme des Internets als Informations- und Kommunikationsmedium für gesundheitsrelevante Themen zu verzeichnen (vgl. Destatis 2014, 2015a, 2015b, 2016; Fromm et al. 2011; Initiative D21 2011, 2014). Nach neueren Ergebnissen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung wird das Internet inzwischen von den Nutzern als wichtige gesundheitliche Informations- und Kommunikationsquelle genannt (Baumann/Czerwinski 2015). Es gehört somit zu den „aktiven Informationskanälen“ und stellt eine Möglichkeit zur breiten wie auch zur tiefen Informationssuche und Kommunikation dar (Baumann/Czerwinski 2015; Galarce et al. 2011).

„Die Inanspruchnahme von Informations- oder Kommunikationsangeboten zum Thema Gesundheit gehört seit der Verbreitung des Internets zu den vorrangigen Interessen der Internetnutzer“ (Jähn 2010: 9).

Gerade für die Gruppe der Menschen mit Depression, die nicht in professioneller Behandlung ist, stellt das Internet eine Möglichkeit dar, sich zu informieren, in den Austausch mit anderen zu treten und sich zu jeder Zeit anonym Informationen und Hilfe zu suchen (Baumann/Czerwinski 2015; Berger/Casper 2008; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012). Das Internet ist für sie häufig zur ersten Anlaufstelle geworden. Dazu trägt die größere „soziale Distanz“ gegenüber Experten im richtigen Leben (Strassnig 2009: 284) entscheidend bei.

In den folgenden ersten Abschnitten (2.1 Computervermittelte Kommunikation) geht es um die Fragen, welche Form der Kommunikation und kommunikativen Rahmung in den Online-Foren stattfindet, was unter dem Begriff der „computervermittelten

Kommunikation“ (cvK) zu verstehen ist und wie sich ein Online-Forum als „Online-Dienst“ neben anderen verorten lässt (Beck 2014; Döring 2013, 2014; Höflich 2003, 2013; Schirmer et al. 2014).

Die vorliegende Arbeit nähert sich dem Thema Depressions-Online-Foren aus zwei Perspektiven: Die gesundheitswissenschaftliche Perspektive, in der das Thema verankert ist, wird flankiert durch eine medienwissenschaftliche Sicht. So wird zunächst die Frage untersucht, was genau der Begriff „Online-Forum“ bezeichnet, auf welche Weise sich das Medium ‚Online-Forum‘ von anderen kommunikativen Möglichkeiten im Internet unterscheidet und welche spezifischen Formen der kommunikativen Handlung(en) sich in den letzten Jahren mit der Verbreitung des Internets eröffnet haben.

Unter 2.2 „Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme“ wird anschließend auf den Stand der Forschung zu Depressions-Online-Foren eingegangen und die damit verbundenen Chancen und Risiken dargelegt. Diese Chancen und Risiken von Depressions-Online-Foren sind in der Wissenschaft umstritten. Welche Form der Hilfe und Unterstützung in diesen virtuellen Orten stattfindet und wie die Nutzer diese einschätzen und damit umgehen, ist bislang der allgemeinen wie der wissenschaftlichen Öffentlichkeit weitgehend unbekannt. In der folgenden Darstellung des Stands der Forschung wird dieses Defizit eindrücklich herausgestellt. Es wird vor allem internationale Literatur aufgeführt, denn national besteht hier eine erhebliche Forschungslücke.

2.1 Computervermittelte Kommunikation

Zunächst soll der Begriff der „computervermittelten Kommunikation“ (cvK) eingeführt werden. Die cvK lässt sich in einer ersten Annäherung definieren als eine *nicht direkte, textbasierte Kommunikationsform zwischen zwei oder mehreren Personen, die über das Internet miteinander in Kontakt treten und diese mediale Verbindung zur wechselseitigen Bezugnahme nutzen* (Döring 2013). Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die Kommunikationspartner nicht zeitgleich körperlich im gleichen Raum präsent sind. Döring (2013, 2014) weist darauf hin, dass es sich bei der cvK hauptsächlich um textbasierte Kommunikation per Computernetzwerk handelt und diese sich so von der Face-to-Face-Kommunikation grundsätzlich unterscheidet. Während

die Face-to-Face-Kommunikation zwischen zwei menschlichen Personen durch deren leibliche Anwesenheit und Wahrnehmung in der zeitgleichen Gegebenheit im Raum bestimmt ist, gilt dies für die cvK nicht oder ist zumindest nur zum Teil gegeben (Ayaß 2005; Döring 2014; Thiedeke 2000)³⁵. Dieser Umstand wird mit dem Modell der sogenannten „Kanalreduktion“ (Döring 2013: 426) bezeichnet. Die „Kanalreduktion“ war vor allem in den 2000‘er Jahren in wissenschaftlichen Veröffentlichungen Thema – allen voran in der Soziologie und den Kommunikationswissenschaften wurde sie diskutiert (vgl. Ayaß 2005; Bergmann/Meyer 2007; Bergmann 2006; Brill 2000; Döring 2001; Schmidt 2008; Thiedeke 2000). Mit diesem Modell ist die Einschränkung der kommunikativen Wege durch das mediale Interface des Computers gemeint³⁶.

Das Fehlen non-verbaler Eigenschaften der Face-to-Face-Kommunikation weist vor allem auf die Defizite der cvK hin. Zwar wird versucht, das Fehlen von z.B. Tonfall, Gestik und Mimik in der schriftbasierten cvK durch unterschiedliche schriftliche Kompensationen auszugleichen, doch sind hier der Vermittlung von Gefühls- und Gemütszuständen mediale Grenzen gesetzt. Die nicht erforderliche Co-Präsenz im virtuellen Raum macht die cvK zu einer spezifischen, „defizitär“ (Boos/Jonas 2014: 23) auslegbaren Kommunikationsart. Für depressiv Erkrankte bergen diese Spezifika besondere Vorteile. So ist es gerade durch die Einschränkung der gleichzeitigen Anwesenheit im virtuellen Raum für depressiv Erkrankte einfacher, Kontakt zu anderen Personen zu suchen. Oft leiden sie unter Angstzuständen und scheuen soziale Kontakte in der Öffentlichkeit. Die cvK mit ihren Einschränkungen eröffnet daher besonders für depressiv Erkrankte eine niedrighschwellige Möglichkeit der kommunikativen Kontaktaufnahme mit anderen (Karlheim/Steffen 2013b).

Neben der Kanalreduktion spielt ein weiteres Modell in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, das sogenannte „Filter-Modell“³⁷ (Döring 2013: 425): Fordert das Kanalreduktions-Modell noch wesentlich mehr Sinnes- und Kommunikationskanäle,

35 Zwar ist der Aufsatz von Ayaß aus dem Jahr 2005, er stellt jedoch immer noch grundlegende Überlegungen zur Kanalreduktion aus theoretischer Perspektive dar und hat an Aktualität nichts eingebüßt.

36 Z.B. werden durch die nicht zeitliche und räumliche Co-Präsenz die kommunikativen Wege eingeschränkt und eine viel beschriebene „Entmenschlichung“ der Kommunikation setzt ein (Döring 2013).

37 Siehe auch Kiesler et al. 1984.

um eine erfolgreiche Kommunikation herzustellen, so werden die konkreten Informationen und ihre Bedeutungen nach dem Filter-Modell in den Fokus gerückt (Döring 2008: 293). Gerade bei textbasierter, medial vermittelter Kommunikation werden äußere Merkmale wie Geschlecht, Alter, Ethnizität, aber auch Kategorien wie Krankheit, Gesundheitszustand, sozialer Status etc. durch die Anonymisierung im Internet heraus-,gefiltert‘ (ebd.). Was hier zählt, ist die Art und Weise der Partizipation, nicht aber die Mehrzahl der Eigenschaften einer Person (Beck 2010, 2014; Höflich 2003). Dies ist für depressiv Erkrankte ebenfalls ein wichtiger Bezugspunkt für die Nutzung des Internets, denn Merkmale wie der Krankheitszustand müssen nicht benannt werden und können so – ebenso wie die eigene Identität – vor anderen im Internet ‚geheim gehalten‘ werden. Dem Filter-Modell folgend steht hier am Ende die „kommunikative Enthemmung“ (Döring 2008: 294), die sowohl positive wie negative Auswirkungen haben kann.

Als eher positiver Effekt ist die Egalisierung von hierarchischen Strukturen und Machtverhältnissen anzuführen. Durch das Fehlen von bestimmten Informationen und aufgrund der durch das Internet hergestellten Anonymität werden hier in den kommunikativen Rahmen Freiheiten ermöglicht, die es erlauben, mit dem Gegenüber zu kommunizieren, ohne Bezug auf bestimmte Eigenschaften zu nehmen (Schmidt 2008). Im virtuellen Raum können Menschen in Kontakt miteinander treten, die in der Face-to-Face-Situation eher nicht zueinander gefunden hätten. Auch der Abbau von hierarchischen Strukturbedingungen kann einen positiven Effekt auf kommunikative Rahmungen haben (Döring 2008).

Auf der anderen Seite kann die Enthemmung der Kommunikation im Rahmen des Filter-Modells auch negative Folgen haben: Durch das Fehlen der Informationen zu den Personen, die hinter der cvK stehen, kann die Fokussierung auf das Schriftliche erfolgen, die dann dazu führt, dass die Personen buchstäblich aus den Augen geraten und die Wirkung der eigenen Äußerungen auf das Gegenüber nicht mehr reflektiert wird³⁸.

38 Lea et al. (1992: 107) folgend kann zum Begriff des „Flaming“ festgehalten werden: „It follows that whether or not flaming or uninhibited behavior takes place depends on which social groups and which of their associated norms are salient at any time and does not depend on copresence or on the salient norms being communicated via the medium“.

2.1.1 Rahmungen computervermittelter Kommunikation

Neben diesen Eigenschaften der cvK, die für depressiv Erkrankte eine wichtige Rolle spielen, gibt es eine weitere Perspektive auf die Kommunikation im Internet, die zu den Besonderheiten der Online-Foren überleitet: Die Rahmungen der cvK. In einer grundlegenden und immer noch aktuellen Arbeit zeigt der Soziologe und Kommunikationswissenschaftler Höflich (2003) für die cvK:

„Kommunikation wird auch und gerade in dem Sinne ‚grenzenlos‘, weil der medial eröffnete ‚Cyberspace‘ weder geographische noch physische Barrieren kennt und nicht zuletzt nationale Grenzen mühelos überwunden werden können“ (Höflich 2003: 37)³⁹.

Personen, die nicht in direktem physischem Kontakt zueinander stehen, haben die Möglichkeit, über das Internet miteinander in Kontakt zu treten. Dabei wird das Medium durch die cvK zu einem weltumspannenden Netz. Der Cyberspace wird zu einem Raum, der mediale und auch kommunikative Grenzen, aber keine geografischen Grenzen kennt (Beck 2014; Döring 2014; Höflich 2003; Misoch 2004; Stegbauer 2005). Viele der Begriffe, die umgangssprachlich zur Beschreibung des Internets und seiner kommunikativen Möglichkeiten verwendet werden, deuten auf einen hohen Freiheitsgrad der dort stattfindenden Kommunikation. Dieser Umstand lässt leicht aus dem Blick geraten, dass „(...) jede mediale Kommunikation eine technisch begrenzte Kommunikation ist“ (Höflich 2003: 37). Wie schon in den beiden Modellen (Kanalreduktion und Filter-Modell) dargestellt, spielt die kommunikative ‚Entgrenzung‘ sowie der Freiheitsgrad für depressiv Erkrankte eine wichtige Rolle, denn das gesellschaftlich tabuisierte Thema ‚Depression‘ kann in der Anonymität im Internet ohne die Gefahr vor Stigmatisierung verhandelt werden.

Nach Höflich (2003) kann dieser Aspekt der ‚anscheinenden‘ Grenzenlosigkeit um die von ihm benannten „Rahmen“ erweitert werden. Mit diesem Konstrukt verdeutlicht Höflich die kommunikativen Grenzbereiche der cvK. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass kommunikative Rahmen einen Erwartungszusammenhang und auch bestimmte Regeln festlegen, nach denen sich Akteure bewegen und mit denen sie

39 Der „Cyberspace“ bezeichnet dabei einen Raum, der durch die Verknüpfung vieler Computer über das Internet entsteht, und er zeichnet sich dadurch aus, dass er nur „virtuell“ zu verorten ist (vgl. Gräf 1997: 100). Hier muss erwähnt werden, dass die neueren Debatten auch um rechtliche Grundsätze geführt werden, die wiederum lokal verortet sind. Siehe für eine ausführlichere Diskussion: Schmidt 2008.

Handlungen bestimmen und diesen einen Sinn und eine Bedeutung beimessen. Für die cvK ergeben sich nach Höflich (1996, 2003) drei unterschiedliche Formen von Rahmen, die über das Medium Internet bereitgestellt werden: (1) Abrufmedium, (2) Forums- und Diskussionsmedium sowie (3) Medium der interpersonalen Kommunikation. Diese drei Formen haben besondere Auswirkungen auf die mögliche Nutzungsweise depressiv Erkrankter. „Das Internet gibt nun als Hybridmedium nicht nur unterschiedlichen Kommunikationsrahmen eine technische Basis, es erlaubt auch einen vergleichsweise raschen Wechsel der Rahmen“ (Beck 2014: 9). Diesen unterschiedlichen Rahmen, die das Hybridmedium Internet vorgibt, können spezifische Eigenschaften zugeordnet werden, die für depressiv Erkrankte von Nutzen sind.

Für das (1) *Abrufmedium* gilt, dass die Nutzer – wie bei den Massenmedien des Rundfunks oder auch des Fernsehens – aktiv aus den Angeboten auswählen und selbst bestimmen, was sie rezipieren. Gerade für Gesundheitsinformationen gilt, dass sie von einer stetig wachsenden Zahl von Nutzern abgerufen werden. Sogenannte „statische Internetseiten“⁴⁰ über gesundheitsbezogene Themen gibt es in einer unüberschaubaren Anzahl (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013b). Diese werden sowohl von Akteuren des Versorgungssystems als auch von Laien bereitgestellt (Baumann/Czerwinski 2015). „Depression“ ist einigen Experten zufolge eines der am meisten verhandelten gesundheitsbezogenen Themen im Internet. Es wird dort sowohl auf statischen Seiten (Abrufmedium) dargestellt als auch zur interaktiven Bearbeitung angeboten (Evans et al. 2011; Gaebel et al. 2013; Griffiths et al. 2009; Barney et al. 2006).

Die Interaktivität leitet direkt über zur zweiten Rahmung, dem Internet als (2) *Forums- und Diskussionsmedium*. Hier geht es, aufbauend auf Selektion und Rezeption, um die öffentliche und interpersonale Kommunikation. Hier wird der Inhalt durch die Nutzer selbst generiert (Döring 2014; Ludwigs 2011; Höflich 2003). Auf diese Weise stellen die Nutzer selbst kommunikative, textbasierte Anschlüsse her. In dieser Rahmung steht die interpersonale cvK im Mittelpunkt: Der Austausch mit anderen und die aktive Kommunikation über z.B. Blogs, Online-Foren usw. sind hier im Zentrum und machen den Nutzer zu einem aktiven und gestalterischen Teil der cvK

40 Man kann hier viele Web-Seiten – also Online-Variationen – von z.B. Zeitungen, aber auch viele Blogs oder statisch angelegte Web-Seiten nennen (Beck 2014; Döring 2014; Höflich 2003).

im Forums- und Diskussionsmedium⁴¹. Der „user-generated-content“ (also der „nutzergenerierte-Inhalt“) stellt hier den zentralen Inhalt dar. Dieser spezifische Rahmen umfasst auch die Online-Foren, in denen sich die Nutzer austauschen und in einen virtuellen Kontakt miteinander treten. Höflich (2003: 98) zufolge herrscht hier die Erwartung vor, *dass aktive Nutzer in einer Gemeinschaft, wie z.B. in einem Online-Forum, gegenseitig aufeinander Bezug nehmen und miteinander interagieren*. Dies schließt auch das Auftreten und die Anwesenheit von Lurkern (s.u., S. 45) nicht aus (Döring 2014). Im Internet zeigt sich eine Vielzahl an von Laien aufgebauten und betriebenen Online-Foren zum Thema ‚Depression‘, diese sind hochfrequentierte virtuelle Räume, in denen sich Erkrankte austauschen, Content generieren, lesen, sich informieren usw. Der Erfolg von derart gerahmten Angeboten bestätigt noch einmal, dass für depressiv Erkrankte ein niedrighschwelliger Zugang, wichtig ist.

Für den dritten und letzten Typ, das (3) *Medium der interpersonalen Kommunikation*, lässt sich festhalten, dass es um die cvK via Chat oder E-Mail geht. Hier steht im Fokus, dass es einen Rahmen gibt, in dem Fragen und Antworten einander abwechseln. Höflich (2003, 2013) vergleicht diese Nutzungsweise mit dem Telefon als synchroner (zeitgleich) Kommunikationsform und dem Brief als asynchroner (zeitversetzt) Kommunikationsform⁴². Über diese werden die vorgestellten Rahmen erweitert, da die Mobilität der Geräte zulässt, dass Personen sich in den kommunikativen Rahmungen des Mediums auch geografisch neu verorten (Beck 2014)⁴³.

Synchronität und Asynchronität

Lenkt man nun den Blick auf die mannigfaltigen Möglichkeiten, in denen sich die cvK über das Internet ausbreiten kann, ist festzuhalten, dass es sich dabei nicht ausschließlich um textbasierte Kommunikation handelt. Die unterschiedlichen Bereiche, in denen die cvK ermöglicht wird, lassen sich nach verschiedenen Aspekten gliedern, denn die spezifische Kommunikation, die im Internet und über das Internet stattfindet, wird erst durch unterschiedliche Online-Dienste ermöglicht.

41 An dieser Stelle sei noch einmal auf den Begriff des „Web 2.0“ (Beck 2014) verwiesen.

42 Die Äquivalente wären hier der textbasierte Chat und die E-Mail, über die Interaktion im virtuellen Raum hergestellt wird (vgl. Höflich 2011, 2013).

43 Für die weiterführende Diskussion und aktuelle Erkenntnisse zu mobiler Kommunikation, insbesondere der medial vermittelten Kommunikation in lokalen Räumen (mobile communication), siehe die aktuellen Publikation von Höflich 2011, 2013 oder auch Höflich/Hartmann 2006.

„Man könnte sagen, dass nicht das Internet das Medium ist, sondern auf dem Internet als eine technische Vernetzung eine Vielzahl von Medien mit unterschiedlichem Charakter aufliegen“ (Stegbauer 2005: 201).

Neben Attributen der cvK wie Schriftlichkeit und Multimodalität sowie den Rahmungen bestimmen unterschiedliche Abstufungen zwischen ‚Synchronität‘ (zeitgleich) bis ‚Asynchronität‘ (zeitversetzt) die Kommunikation mithilfe von Online-Medien (Schirmer et al. 2014). Es kann zwischen zwei Polen unterschieden werden: (1) Deutlich asynchronen Forumdiskussionen und (2) deutlich synchronen Chats. Dazwischen „(...) gibt es eine Variation von Medien, die aufgrund einer Mischung von Technik und Konvention verschiedene Abstufungen zwischen diesen Extremen belegen“ (Schirmer et al. 2014: 12). Für die vorliegende Arbeit und die hier zu betrachtenden Aspekte ist das „Dazwischen“ nicht von Bedeutung, da es sich auf andere kommunikative Zusammenhänge bezieht⁴⁴. Online-Foren, Newsboards, bestimmte Formen von Web-Seiten sowie E-Mails werden als „asynchrone“ Internet-Dienste bezeichnet, wogegen z.B. die Internet-Telefonie, der Chat oder das Instant Messaging den „synchronen“ Internet-Diensten zugeordnet werden (vgl. Döring 2003, 2013, 2014)⁴⁵. Diese knappe Übersicht zeigt, dass die Autoren keinesfalls kongruente Vorstellungen darüber haben, was ‚synchron‘ und was ‚asynchron‘ genau ist. Auch das Musterbeispiel synchroner Kommunikation, das Gespräch von Angesicht zu Angesicht, benötigt Zeit: (a) damit sie Schallwellen vom Sprecher zum Empfänger kommen, (b) damit der Empfänger die Botschaft entschlüsseln kann und (c) damit er Empfänger seine Antwort zurechtlegen kann. Dieser minimale Zeitbedarf wird nicht in allen referierten Ausarbeitungen gleichermaßen veranschlagt.

Die zeitliche Einordnung der Kommunikation über das Internet ist eine wichtige Unterscheidung, die schon Mitte der 1990er-Jahre von Morris und Ogan (1996) eingeführt wurde. Gerade mit der rasanten Entwicklung der cvK bzw. der unterschiedlichen Online-Dienste lassen sich auch andere Einteilungen finden, jedoch ist die zeit-

44 „Gerade auch das ‚Dazwischen‘ zeigt eine eigenständige Charakteristik, die für die Analyse eine Rolle spielt. So sind beispielsweise Medienkommentare (Miniblogs) sowie Mikroblogs keine synchrone Kommunikation – die Kommunikation findet aber relativ (Miniblogs) bzw. sehr zeitnah (Mikroblogs) statt“ (Schirmer et al. 2014: 12). Siehe hierfür auch die kommunikativen Grundlagen bei Luhmann (2004).

45 Im Folgenden beschränkt sich die Darstellung auf die für diese Arbeit entscheidenden Internet-Dienste. Für eine ausführliche Darstellung der unterschiedlichen Online-Dienste siehe Döring 2000a, 2000b, 2003, 2013.

liche Komponente immer noch ein wichtiges Kontrastierungskriterium (Beck 2014; Döring 2013, 2014). Zusätzlich lässt sich eine Einteilung auch in der sozialen Dimension ausmachen. Die verschiedenen kommunikativen Wege können in „(...) Konfiguration, also der Zahl der Kommunikationspartner und Struktur der Kommunikationsprozesse“ (Beck 2014: 7) eingeteilt werden. In Tabelle 2 sind diese exemplarisch aufgeführt. In der linken (horizontalen) Spalte finden sich die möglichen kommunikativen Wege: „One-to-One“, „One-to-Many“ usw., in der rechten (vertikalen) Spalte findet sich die Einteilung in die zeitliche Ordnung der cvK.

Tabelle 2: Soziale Dimension und zeitliche Einteilung der computervermittelten Kommunikation

Soziale Dimension	Zeitliche Einteilung	
	Synchron	Asynchron
One-to-One	Instant Messaging, Online-Spiele, MUD ⁴⁶	E-Mail, Web-Seite, FTP ⁴⁷
One-to-few	Instant Messaging, Online-Spiele, MUD	Mailinglisten, Blog, Micro-Blog, Social-Network-Seiten,
One-to-Many	Online-Spiele, MUD	Web-Seiten, Blog, Micro-Blog, Social-Network-Seiten
Many-to-One		Web-Seiten, FTP
Many-to-Many	Online-Spiele	Online-Foren

Quelle: Beck 2014: 8.

Die Darstellung von Beck (2014) geht auf die ersten Kategorisierungsversuche von Morris und Ogan Mitte der 1990er-Jahre zurück (Morris/Ogan 1996). Aktuell könnte man die Tabelle noch erweitern und aktuelle Online-Dienste wie die Sozialen Netzwerke darin verorten.

Die Entwicklung des Internets – und damit auch der cvK und ihrer Möglichkeiten und Wege – ist in einem rasanten Wandel begriffen (Beck 2014). Das gilt auch für das Online-Forum, das vor allem die asynchrone Kommunikationsform ermöglicht und der Dimension „many-to-many“ zuzuordnen ist. Es ist zu fragen, was das Online-Forum als „Online-Dienst“ auszeichnet.

Die Anziehungskraft der Online-Foren zur Thematik ‚Depression‘ besteht gerade für depressiv Erkrankte in der Asynchronität der cvK. Die Richtung der Kommunikation „many-to-many“ ist für diese Nutzer ebenso von Bedeutung, denn auf diese Weise können sie sich mit ihren Anliegen an eine Vielzahl von anderen Nutzern wenden

⁴⁶ MUD: MultiUserDungeon sind fantasy-basierte Online-Rollenspiele.

⁴⁷ FTP: FileTransferProtocol wird vor allem genutzt, um Dateien herunterzuladen.

und von vielen Anregungen erhalten. Diese Anonymität der Kommunikation und besonders die zeitversetzte Kommunikation tragen dazu bei, dass nicht direkt von anderen reagiert werden muss, sondern auch im weiteren zeitlichen Verlauf auf Posts geantwortet werden kann.

2.1.2 Online-Dienst Online-Forum

Anhand der Differenzierung der zeitlichen Perspektive der cvK in asynchron und synchron lassen sich nun auch die unterschiedlichen Online-Dienste einteilen. Die asynchronen Anwendungen bezeichnen solche Online-Dienste, die keine gleichzeitige Verbindung zwischen den Kommunikationspartnern voraussetzen: Diese kommunizieren zeitversetzt miteinander (Beck 2014; Döring 2013). Der wohl bekannteste asynchrone Online-Dienst ist die E-Mail. Weitere asynchrone Online-Dienste sind Web-Seiten, Blogs, Online-Foren bzw. Newsboards. Letztere werden im Folgenden genauer dargestellt, da diese für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung sind.

Online-Foren/ Newsboards

Der Begriff „Newsboard“ bezeichnet „web-basierte Diskussions-Online-Foren“, in denen Nutzer zu unterschiedlichen Themen asynchron und textbasiert miteinander kommunizieren können. Der Begriff „Newsboards“ stammt noch aus den Anfängen des Massenmediums Internet zu Beginn der 1990er-Jahre (Morris/Ogan 1996)⁴⁸. Die neuere und aktuellere Bezeichnung ist die des „Online-Forums“ (Döring 2013, 2014; Schiermer et al. 2014). Dieser spezifische Online-Dienst ist aus den Newsboards heraus entstanden. Diese sogenannten virtuellen Diskussionsgruppen nehmen ihren Anfang in klar gesundheitsbezogenen Themen. Zu den ersten virtuellen Diskussionsgruppen gehören solche, die sich um das Thema ‚Suizid‘ gebildet haben (Winkel 2005). In den letzten Jahren haben sich Online-Foren zu gesundheitsrelevanten Themen immer weiter im Internet ausgebreitet (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012).

Für diese Online-Foren gilt, dass sie web-basiert sind, das heißt, dass sie unter einer URL-Adresse zu erreichen und so über eine Web-Seite zu finden und aufzurufen sind (Döring 2014). Die schriftlichen Beiträge der Nutzer, auch ‚Posts‘ genannt, sind

48 Als Starttermin gilt der Dezember 1991, als die Stanford-University ihre Datenseite online stellte.

konstitutiv für die Kommunikation innerhalb eines Online-Forums. Die unterschiedlichen zusammenhängenden und aufeinander Bezug nehmenden ‚Post‘-Ketten werden ‚Threads‘ genannt (Döring 2014; Sander/Schulz 2015). Das Erstellen von Beiträgen in einem Online-Forum funktioniert nach dem Prinzip des schwarzen Brettes oder der Pinnwand: Jemand hängt eine Nachricht auf, die auf diese Weise öffentlich zugänglich gemacht und kommentierbar wird. Mancher Online-Foren sind ‚teilöffentlich‘, da unter Umständen nur bestimmte Personen Zugang zu diesen haben. Anders als bei der Pinnwand wird im Online-Forum auf die einzelnen Nachrichten (Posts) Bezug genommen (Winkel 2005: 149). Die erste Nachricht auf der Pinnwand wäre im Online-Forum der sogenannte Eröffnungs-Post, der immer eine bestimmte Themensetzung beinhaltet. Alle folgenden Posts, die darauf antworten und die virtuelle Pinnwand weiterführen, ergeben im Zusammenhang den Thread: So kann man den Thread als die Gesamtheit der Posts zu einem spezifischen Thema definieren, das durch einen Eröffnungs-Post begonnen wurde. Die Posts sind alle in chronologischer Reihenfolge geordnet (Sander/Schulz 2015; Schirmer et al. 2014).

Es ist wichtig festzuhalten, dass die cvK im Online-Forum zeitversetzte, also asynchrone Kommunikation ist, denn die einzelnen Beiträge der Nutzer generieren erst im zeitlichen Verlauf den Inhalt der Online-Foren. Auch ist wesentlich, dass die Kommunikation der Nutzer untereinander anonym und ortsunabhängig stattfindet (Döring 2014). Erst durch die einzelnen schriftlich formulierten Beiträge werden kommunikative Anschlüsse anderer Nutzer möglich.

Für die meisten Online-Foren gilt, dass sich die Nutzer registrieren müssen, bevor sie aktiv daran teilnehmen können (Sander/Schulz 2015). Dieser Prozess der Registrierung kann unterschiedliche Barrieren enthalten. Es gibt auch Foren, in denen man sich nicht registrieren lassen muss, um im Online-Forum zu lesen und Posts zu verfassen. Hier wäre der Zugang sehr niederschwellig (öffentliches Online-Forum). In den meisten Online-Foren – gerade im gesundheitsrelevanten Bereich – ist es aber notwendig, dass man sich als Nutzer mit einer gültigen E-Mail-Adresse registriert (geschlossenes Online-Forum) (Döring 2014; Schirmer et al. 2014; Sander/Schulz 2015)⁴⁹.

49 An registrierte Nutzer wird dann von der Verwaltung des Forums die Bestätigung mit einem gültigen Passwort versendet und so Zutritt ins Online-Forum gegeben. Hier ließen sich noch wei-

Für Nutzer ist es auch möglich, im Online-Forum – sofern es nicht passwortgeschützt ist – ausschließlich Beiträge zu lesen. Diese passiven Nutzer, die nicht durch aktives Schreiben im Online-Forum auftreten, werden „Lurker“ genannt (Döring 2014). Die Anonymität in Online-Foren wird von den Nutzern wertgeschätzt, garantiert sie doch, dass tabuisierte und stigmatisierte Themen verhandelt werden können und an diesen virtuellen Orten hierzu Informationen und Austausch gesucht werden kann⁵⁰. Vor allem gesundheitsbezogene Online-Foren gehören aus diesem Grund zu den größten und am stärksten frequentierten Online-Foren im Internet (Eichenberg et al. 2013; Griffiths et al. 2009a; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Kaplan et al. 2011; Sander/Schulz 2015).

Für die Gestaltung und Verwaltung der Online-Foren sind die Betreiber verantwortlich. Die Einrichtung der einzelnen Online-Foren geschieht in den meisten Fällen durch Privatpersonen oder im öffentlichen Raum auch von Organisationen. Die weitest größte Zahl der im Internet aktiven Depressions-Online-Foren wird von Privatpersonen betrieben. Sie stellen also Laien-Online-Foren dar (Breuer/Baker 2015; Döring 2014; McDaid/Park 2011; Udeen-Kraan et al. 2010). Welche Rolle sie für depressiv Erkrankte spielen, welche Chancen sie bieten und welche Risiken von ihnen ausgehen, wird nachfolgend erörtert.

2.2 Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme

„In fact, there is evidence that such groups [depression online-forums, C.K.] are among the most common support groups on the Internet“ (Griffiths et al. 2009: 1).

Für depressiv Erkrankte spielen Online-Foren eine bedeutende Rolle. Das Online-Forum wird für die Thematik Depression oft aufgesucht⁵¹ (Blume et al. 2009; Blume/Hegerl 2008; Breuer/Baker 2015; Brunner et al. 2009; Döring 2014; Eichenberg

tere mögliche Barrieren denken, doch die Aktivierung eines eigenen Profils und damit eines Zugangs zu einem spezifischen Online-Forum ist in den meisten Fällen die Regel.

50 So gilt es auch festzuhalten, dass es zu dem Phänomen ‚Online-Forum‘ bislang nur wenige Daten gibt, die sich auf die je spezifische Nutzerzusammensetzung beziehen; es gibt bislang weder Alter, Geschlecht noch allgemeine sozioökonomische Daten zu den unterschiedlich thematisch gesetzten Online-Foren (Döring 2014; Schirmer et al. 2014).

51 Mit fast 10.000 registrierten Mitgliedern ist das Online-Depressions-Forum des „Kompetenznetzes Depression“ das größte professionell betreute deutschsprachige Forum (URL: <http://www.kompetenznetz-depression.de>). Das englischsprachige Online-Forum „Depression Forums“ zählt mehr als 100.000 registrierte Mitglieder (URL: <http://www.depressionforums.org>).

2011, 2010; Eichenberg et al. 2013; Hegerl/Kocalevent 2010; Johnsen et al. 2002; Pfeil 2010; Sander/Schulz 2015)⁵². Griffiths et al. (2009a: 2) halten dazu fest:

„It is perhaps not surprising then that consumers seek less-formal methods to assist them in coping with depression. Peer-to-peer depression Internet support groups (ISGs) provide one potential means of obtaining such support. In fact, there is evidence that such groups are among the most common support groups on the Internet“.

Nutzer- wie auch Betreiberperspektive sind hier wichtige Bezugspunkte, um der Frage nachzugehen, welche Chancen und Risiken von ihnen ausgehen. Es stehen die Fragen im Mittelpunkt, welche Perspektive(n) bislang in der aktuellen Forschung berücksichtigt wurde(n) und was den Status quo der Forschung zum Phänomen ‚Depressions-Online-Foren‘ ausmacht⁵³.

Vor dem aufgezeigten Hintergrund des Krankheitsbildes, der epidemiologischen Bedeutung und der krankheitsbezogenen Herausforderungen für depressiv Erkrankter ist es unverzichtbar, auf die Interventions- und Präventionsmöglichkeiten sowie die Potenziale der Online-Foren einzugehen und diese zu untersuchen, um eine Forschungslücke zu schließen. Denn sie nehmen in der Gesundheitsversorgung depressiv erkrankter Menschen eine besondere Stellung ein und sind gerade im Hinblick auf die Anonymität, den Schutz durch Distanz und die Niedrigschwelligkeit für Erkrankte von Bedeutung (Karlheim/Schmidt Kaehler 2012; Döring 2014; Karlheim/Steffen 2013b). Zudem zeigen die Depressions-Online-Foren durch ihre Verortung in der Rahmung des ‚Diskussionsmediums‘ ihre Besonderheit durch die asynchrone cvK (Döring 2013, 2014; Höflich 2003, 2013). Der niedrigschwellige Zugang sowie die Orts- und Zeitunabhängigkeit tragen dazu bei, dass diese virtuellen Orte besonders für depressiv Erkrankte eine wichtige Rolle spielen und sie hier Hilfe und Unterstützung suchen (Karlheim/Steffen 2013a, 2013b)⁵⁴.

52 Das Online-Forum lässt sich den Diskussions-Medien zuordnen (Höflich 2013).

53 Die Darstellung der Bestandsaufnahme richtet sich nicht ausschließlich auf Ergebnisse gesundheitswissenschaftlicher Forschung, sondern umfasst unterschiedliche Disziplinen, die sich mit dem Thema beschäftigen. Zudem ist es meist internationale Literatur, auf die zurückgegriffen wird, da national bislang sehr wenig zu diesem Phänomen geforscht wurde.

54 Für die Depressions-Online-Foren gilt, was Barney et al. (2006: 54) in ihrer grundlegenden Arbeit zu der Thematik festhalten: „Interventions should focus on minimizing expectations of negative responses from others and negative self-responses to help-seeking, and should target younger people“ (Barney et al. 2006: 54). Genau diese Attribute der Interventionsstrategie, die in der Studie vorgeschlagen werden, zeichnen die Online-Foren aus. Die Betrachtung dieser Online-Angebote ist vor dem aufgezeigten Hintergrund aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive von großer Bedeutung.

Bislang gibt es keine einheitlichen Aussagen über positive wie negative Effekte einer Teilnahme an Depressions-Online-Foren für die Nutzer (Barney et al. 2011; Breuer/Baker 2015; Döring 2014; Eichenberg et al. 2013; Griffiths et al. 2009a, 2009b; Kaufman 2015; Kardorff 2008; Melling/Houguet-Pincham 2011; Reindl 2009)⁵⁵. Die Forschungslage im deutschsprachigen Raum ist sehr dünn und beschränkt sich zu einem großen Teil auf psychologische Arbeiten (Baumann/Czerwinski 2015; Blume et al. 2009; Döring 2014; Eichenberg 2010, 2011; Eichenberg et al. 2013; Sander/Schulz 2015; Winkel 2005)⁵⁶. Die folgende Darstellung basiert zu einem großen Teil auf internationalen Studien, da hier ein weitaus umfangreicherer und aktuellerer Stand der Forschung vorliegt.

2.2.1 Aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse: Chancen und Risiken

In dem zurzeit aktuellsten systematischen Review, in dem sich die Autoren explizit mit Depressions-Online-Foren beschäftigen, halten Griffiths et al. (2009b) fest, dass die Qualität der meisten gefundenen und einbezogenen Studien nicht sehr hoch war, fast alle – quantitativen Studien – auf deskriptivem Niveau verblieben und für viele der Schlüsselaspekte von Depression nur wenig Datenmaterial gefunden werden konnte (ebd.). Das am häufigsten verfolgte Ziel der meisten Studien war, die Art der Beiträge/Posts in den Online-Foren inhaltsanalytisch (acht Studien) zu untersuchen, die Webseiten-Nutzung (sechs Studien) sowie die Benutzereigenschaften (fünf Studien) zu beschreiben. Von insgesamt 13 Studien, die in das Review einbezogen wurden, stellten nur sehr wenige demografische Merkmale der Nutzer heraus (Griffiths et al. 2009b). Generell gibt es bislang keine demografischen Angaben zu den Nut-

55 „Almost a decade of research has established that the number of people using the Internet to access information and help regarding their mental health has proliferated exponentially, with trends indicating that online peer support services are among the principal health services accessed online” (Melling/Houguet-Pincham 2011: 252).

56 Im angloamerikanischen Raum existieren dagegen zwar seit Mitte der 1990er-Jahre einige Studien, die Online-Foren zum Gegenstand haben, hier differieren die Aussagen über positiven Nutzen und negativen Einfluss allerdings ebenso wie die spezifischen Themengebiete, die untersucht wurden (Barak et al. 2008; Davison et al. 2000; Johnsen et al. 2002; Uden-Kraan et al. 2010). Es standen unterschiedlichste Thematiken im Fokus der Betrachtungen: Von Online-Foren, die sich dem Thema Brustkrebs widmen (Macias et al. 2005), HIV/Aids (Bar-Lev 2010), Demenz (McKechnie et al. 2014), über Suizid-Foren (Winkel 2005; Eichenberg 2006; Eichenberg et al. 2006), Magersucht bzw. Essstörungen (Döring 2003, 2014) bis hin zu somatischen Erkrankungen im Allgemeinen (Das/Faxvaag 2015; Uden-Kraan et al. 2009).

zern von Online-Foren zum Thema Depression. Auch hat keine der Studien sozio-ökonomische Daten der Nutzer in die Analysen einbezogen⁵⁷. Welche Form der Unterstützung vorliegt, welches Ziel die Betreiber mit dem Online-Angebot verfolgen und um welche Form von Hilfe oder ob es sich um eine neue Form der Unterstützung handelt, bleibt ebenfalls unklar.

Drei Studien untersuchten systematisch den Grund für die Teilnahme an einem Depressions-Online-Forum. Sie liefern Hinweise darauf, dass emotionale Unterstützung und Informationen zum Erkrankungsbild sowie Behandlungsmethoden von den Nutzern als Vorteil der Online-Foren wahrgenommen werden und dass dies von ihnen als wirksam zur Verringerung depressiver Symptome eingeschätzt wird (Griffiths et al. 2009b). Hier lassen sich Verbindungslinien zu den Wirkmechanismen der realen Selbsthilfe herstellen, denn auch dort kommen diese besonderen Aspekte zum Tragen. Im Zusammenhang mit den Neuen Medien gewinnen diese Aspekte allerdings besondere Brisanz, denn die Nutzer suchen hier insbesondere emotionale Unterstützung, um auf diese Weise ihre emotionale Belastung zu kompensieren. Welche Aspekte der realen Selbsthilfe und individuellen Hilfe(n) sich hier aber wiederfinden, ob sie in Verbindung mit den virtuellen stehen und wie sie sich unterscheiden, bleibt weiter unklar. Der Begriff „Selbsthilfe“ wird in fast allen Studien unhinterfragt übernommen und mit der realen Selbsthilfe gleichgesetzt. Ob beide Hilfeformen uneingeschränkt gleichgesetzt werden können und inwiefern sie sich unterscheiden, wird nicht in den Blick genommen. Auch hier bleiben die schon benannten Aspekte – Betreiberseite, Rolle der Moderatoren und Verbindung zur Sichtweise und Perspektive der Nutzer – weiterhin im Dunkeln. Deutlich wird hier auch, dass vor allem quantitative Untersuchungen im Vordergrund stehen, während qualitative Arbeiten in diesem Bereich eher unterrepräsentiert sind. Auch an diesem Punkt schließt die vorliegende Arbeit mit der Intention an, Forschungslücken zu schließen und den Fokus zu erweitern.

Einzelne neuere Arbeiten, die auf Depressions-Online-Foren und auf die sogenannten Suizid-Foren konzentriert sind, zeigen, dass die unterstützende positive Wirkung der ‚Online-Gemeinschaften‘ – wie sie von den Nutzern wahrgenommen wird –

57 „No studies systematically manipulated variables such as group size, presence or absence of a moderator, level of moderator participation [or] content of the board rules (...)“. Eysenbach et al. (2004: 1170) weisen auf diesen fehlenden Bezug ebenso hin.

nachgewiesen werden kann (Eichenberg et al. 2006; Eichenberg et al. 2013; Eichenberg 2010; Griffiths et al. 2009a; Hegerl/Blume 2008; Winkel 2005). Eine der frühesten und grundlegenden deutschsprachigen Arbeiten, die als eine Pionierarbeit in diesem Bereich gilt und sich mit dem Phänomen der Suizid-Foren beschäftigt, kommt aus dem psychologischen Forschungsbereich und wurde von Winkel (2005) durchgeführt. Winkel (2005) untersuchte zum ersten Mal unterschiedliche deutschsprachige Suizid-Foren und arbeitete mit mehreren methodischen Zugängen. Dieser Hinweis ist insofern interessant, da die Betrachtung dieser neuen Phänomene einen innovativen methodischen Zugang erfordert. Von Winkel (2005) wurde eine Online-Befragung der Nutzer verschiedener deutschsprachiger Online-Foren durchgeführt; zudem wurden inhaltsanalytisch Posts der Nutzer aus den Online-Foren ausgewertet. Vor allem ging es in dieser Studie darum zu untersuchen, wie die soziale Unterstützung des Forums durch die Nutzer wahrgenommen und eingeschätzt wird. Die Ergebnisse zeigen, „(...) dass es sich bei sozialer Unterstützung um eine für die Nutzer bedeutsame Funktion (...) handelt“ (Winkel 2005: 724).

In ihrer Studie kommt Winkel (2005) unter anderem zu dem Schluss, dass die Online-Foren „(...) in erster Linie deshalb aufgesucht werden, um zentrale soziale Bedürfnisse nach Kontakt, Anschluss und Austausch zu befriedigen“ (Winkel 2005: 305). Die Studie von Winkel zeigt in ihrer Grundtendenz also eher auf, dass sich die zugeschriebenen „schlechten Eigenschaften“ der Online-Foren empirisch nicht belegen lassen und die Nutzer nach gegenseitiger Unterstützung suchen. Dies legt den Schluss nahe, dass die Teilnahme an Online-Foren auch Empowerment bewirkt.

In ihrer Artikel „Fostering empowerment in online support groups“ zeigen Barak et al. (2008: 1867), dass „(...) participating in an online support group could foster personal empowerment, which is much needed in handling specific conditions of distress“. In ihrer Untersuchung, die auf einer qualitativen Interviewstudie sowie einem systematischen Review beruht, kommen sie wie auch Winkel (2005) zu dem Ergebnis, dass die Teilnahme überwiegend positive Effekte auf die Nutzer hat. Wichtige und zentrale Faktoren, die im Zentrum der Betrachtungen der Studie standen sind: der Einfluss des Schreibens, Ausdruck von Emotionen, Sammeln von Informationen und das bessere Verständnis der Erkrankung sowie spezielles Wissen, Ausbau und Verstärkung von Sozialbeziehungen über die virtuelle Gruppe usw. (ebd.). Die verschiedenen herausgearbeiteten Kategorien weisen auf eine differenzierte Nutzungs-

weise hin und legen nahe, dass es den Nutzern mit der Teilnahme um ganz unterschiedliche Aspekte und Motivlagen geht. Auch wird deutlich, dass sich hier einzelne Aspekte nicht losgelöst voneinander diskutieren lassen, sondern im Zusammenspiel betrachtet werden müssen. So ist z.B. der Umstand, dass es einigen Nutzern wichtig ist, emotionale Unterstützung zu bekommen, nicht unabhängig davon, dass Empathie für sie eine wichtige Rolle spielt.

Auf diesen Umstand weisen auch Evans et al. (2011)⁵⁸ hin, die ein Online-Forum für Frauen mit einer postpartalen Depression⁵⁹ untersuchten. Auf der Grundlage einer inhaltsanalytischen Auswertung von Einzelbeiträgen aus diesem Online-Forum zeigen Evans et al. (2011), dass es den Frauen im Forum vor allem um Information(en), Zuspruch und Unterstützung sowie „Hoffnungssuche“ geht. Diese werden auf unterschiedliche Art und Weise zum Ausdruck gebracht und lassen sich nicht als einzelne Phänomene finden, sondern sind vielfach miteinander verwoben. Diese Verknüpfung der einzelnen Aspekte deutet auf die Vielschichtigkeit der Motive und Beweggründe hin. Rein inhaltsanalytisch scheint die Forschung dem Phänomen nicht beizukommen. Die Nutzer selbst müssen vielmehr befragt werden, um so weiterreichende und tiefere Erkenntnisse generieren zu können. Denn die inhaltsanalytische Auswertung verbleibt zumeist auf einer inhaltlichen Ebene und geht nicht tief genug auf die unterschiedlichen Aspekte ein. Auch um der Frage nachzugehen, welche Erwartungen die Nutzer an die Teilnahme stellen, sind inhaltsanalytische Auswertungsverfahren nicht geeignet. Denn bislang existiert nur sehr rudimentäres Wissen darüber, inwieweit die Nutzer z.B. das Schreiben im Online-Forum als entlastend empfinden und welche Funktion das asynchrone Schreiben im Online-Forum für sie hat oder wie sie das Schreiben nutzen, um sich zu entlasten.

Nach Ergebnissen von Breuer und Baker (2015) sind soziale Unterstützung und die Reduktion von Stigma wichtige Motive für die Teilnahme der Nutzer von Depressions-Online-Foren. Anschließend an die schon vorgestellten Ergebnisse weisen Breuer und Baker in ihrer aktuellen Studie nach: „Depression and self-stigma reduced over the 10-week period, but perceived social support did not change“

58 „A total of 512 postings were collected and analyzed. Most of the participants' postings pertain to emotional support (41.6%) followed by informational (37.5%) and instrumental support (20.9%)” (Evans et al. 2011: 407).

59 Postpartale Depressions: lat. post = nach; partus = Entbindung, Trennung (Evans et al. 2011).

(Breuer/Baker 2015: 1). Die Studie zeigt auf der anderen Seite aber auch, dass es Barrieren für die Teilnahme und das Engagement in den Depressions-Online-Foren gibt: Hier wird auf die ‚Bedenken‘ der Nutzer hingewiesen, andere mit ihren Anliegen zu belasten oder selbst zu sehr durch das Lesen von Beiträgen anderer belastet zu werden (Breuer/Baker 2015)⁶⁰. „Some of the barriers identified in this study are related to the negative thinking style, withdrawal and lack of motivation characteristic of depression” (Breuer/Baker 2015: 7). Diese negative Einschätzung der Nutzer hat Einfluss auf ihre Partizipation: Die Depressions-Online-Foren können auf diese Weise einen ‚triggernden‘ Effekt auf die Nutzer haben.

Griffiths et al. (2009a, 2009b), Evans et al. (2011) sowie auch von Kardorff (2008) betonen in ihren Arbeiten allerdings auch, dass die Chancen und Risiken nur eingeschätzt und bewertet werden können, wenn nicht nur die Seite der Nutzer, sondern auch die Betreiberseite in den Blick genommen wird. Die Online-Foren sind ein spezieller virtueller Raum im Internet, der – zumeist – von Privatpersonen eingerichtet und betreut wird. Sie sind es, die die Kommunikation der Nutzer ermöglichen. Die Analysen der meisten Studien beschränken sich auf die inhaltsanalytische Auswertung einzelner Beiträge der Nutzer von Online-Foren. Die Kommunikation bzw. die Interaktionsformen innerhalb der Online-Foren werden bislang kaum in den Blick genommen (Blume/Hegerl 2008; Breuer/Baker 2015; Döring 2014; Fekete 2002; Foster/Roffe 2009; Hegerl/Kocalevent 2010; Macias et al. 2005; Winkel 2005). Qualitative Studiendesigns lassen sich auffallend wenig finden, vor allem im Bereich der gesundheitlichen Thematiken⁶¹.

Wichtige neuere Aspekte beinhaltet die zweite Arbeit von Barney et al. aus dem Jahr 2011, in der sich die Autoren explizit mit Depressions-Online-Foren beschäftigen. Barney et al. (2011) untersuchten in ihrer Studie englischsprachige Depressions-Online-Foren und werteten insgesamt 2.680 einzelne Posts inhaltsanalytisch und themenfokussiert aus. Ihre Ergebnisse zeigen, dass sich diese Beiträge in sechs größere Inhaltskategorien einteilen lassen: 1. Coping with depression, 2. Medication, 3. Professional treatment and services, 4. Understanding depression, 5. Disclosure and

60 “It appears that prospective members who anticipate negative effects simply do not engage with such groups. Many of the barriers to participation relate to people’s fears of what might happen were they to take part, rather than to actual experiences of participation” (Breuer/Baker 2015: 8).

61 Eine Ausnahme stellt die schon erwähnte und vorgestellte Studie von Barak et al. (2008) dar, der ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde liegt.

stigma, 6. Comorbid mental health problems (Barney et al. 2011: 3). Die Kategorie „Coping with depression“ stellt die größte dar. Diese inhaltliche Einteilung der Einzelbeiträge resultiert unter anderem hinter der Frage, warum Menschen zuerst in einem Laienzusammenschluss wie einem Depressions-Online-Forum nach Informationen usw. suchen, statt sie sich von Professionellen einzuholen. Barney et al. kommen hier zu dem Ergebnis, dass die Einschätzungen anderer Laien „(...) are empowering rather than information from professionals that is focused on addressing the treatment of depression“ (Barney et al. 2011: 10). Die Ergebnisse weisen also auf ein unerfülltes Bedürfnis der Nutzer hin, die „substantial unmet information“ (ebd.) beklagen und sich in der Konsequenz im virtuellen Raum auf die Suche machen. An diesen Ergebnissen wird deutlich, dass sich depressiv Erkrankte von der professionellen Versorgung nicht adäquat informiert fühlen und die Depressions-Online-Foren einen wichtigen Ausgleich dieses Defizits darstellen.

Einen methodisch und theoretisch anderen Ansatz verfolgt die Studie von Nimrod (2012). Gegenstand dieser Studie sind die Nutzer von Depressions-Online-Foren und die Art und Weise ihrer Teilnahme, die auf Grundlage des theoretischen Ansatzes des „membership life cycle“ (Kim 2000) betrachtet wird. In dieser quantitativen Studie konnten unterschiedliche Zusammenhänge nachgewiesen werden. So stellt Nimrod unter anderem fest: „The more veteran members were and the older they were, the less depressed they were“ (Nimrod 2012: 1254)⁶². Nimrod konnte fünf signifikante Variablen für den Schweregrad der Depression bei den Nutzern herausarbeiten: „(...) the benefit of being more able to deal with daily tasks, self-defined condition (i.e., being diagnosed), the benefit of being able to help others, membership duration, and age“ (ebd.). Neben diesen fünf Variablen identifizierte Nimrod unterschiedliche Typen von Nutzern, die in einer zeitlichen Perspektive betrachtet das Forum zu unterschiedlichen Zeiten aufsuchen, nutzen oder auch wieder verlassen. Auf Grundlage einer Fragebogenerhebung wurden die Nutzer zu ihrem Nutzungsverhalten befragt. „Moving-on quitters“ z.B. ist ein Typ von Nutzer, der nach gewisser Zeit das Forum wieder verlässt, sobald er das Gefühl hat, genug gelernt zu haben (Nimrod 2012: 1257). Ein anderer Typ, „active support givers“, und auch der Typ „elders“ werden

62 „The rest of the veterans continue to visit the online group, but less frequently. When they do visit the groups, however, they are relatively more active than newer members“ (Nimrod 2012: 1257).

als aktive, über relativ lange Zeiträume hinweg partizipierende Nutzertypen beschrieben. Diese unterschiedlichen Typen können sich im Zeitverlauf aber auch ändern und ein Nutzer, der zuvor „active support giver“ war, wird im zeitlichen Verlauf zum „moving-on quitter“ usf. (ebd.). Diese Einteilung in unterschiedliche Typen basiert auf einer quantitativen Studie und nicht auf einer qualitativen Analyse und Typenbildung. Aus diesem Grund liegt die Vermutung nahe, dass die Typen schon in den Erhebungsinstrumenten angelegt sind⁶³. Grundvoraussetzung für die Einschätzung der Chancen und Risiken der Teilnahme an einem Depressions-Online-Forum ist jedoch, dass genaue Angaben des verwendeten Datenmaterials einsehbar sind und der beschriebene Gegenstandsbereich genau dargestellt wird. Dies ist bei der Studie von Nimrod (2012) nur eingeschränkt der Fall. Die Betreiberseite ist ausgeblendet und es wird auch hier nur die Nutzerperspektive in den Blick genommen. Welche Idee und Zielsetzung hinter den Angeboten steht, bleibt unklar.

In Abgrenzung zu diesen Ergebnissen und als deutlich positiver Effekt der Teilnahme konnte in der Studie von Blume et al. (2009: 48ff.) in einer ersten quantitativen Evaluation eines deutschsprachigen, professionell begleiteten Depressions-Online-Forums gezeigt werden, dass 61,2% der Befragten durch die Teilnahme am Forum ermutigt wurden, sich in eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben⁶⁴. Für einen Großteil der Nutzer hat sich durch die „(...) Teilnahme am Forum die Einstellung zur eigenen Erkrankung [zum Positiven, C.K.] verändert (...)“ (Blume et al. 2009: 48). Für ihre Studie befragten Blume et al. (2009) die Nutzer des Forums via quantitativer Online-Fragebögen. Bei dieser Studie muss berücksichtigt werden, dass es sich um ein professionell begleitetes Online-Forum handelt. In den anderen vorgestellten Studien wie auch in der vorliegenden Arbeit werden reine Laien-Online-Foren untersucht. Bei der Reflexion der Ergebnisse ist dies zu beachten, denn wenn Nutzer sich in ein *professionell begleitetes Online-Forum* begeben, dann ist anzunehmen, dass sie eher bereit sind, auch professionelle Hilfe außerhalb

63 Hier stellt sich die Frage, ob diese sich aus dem zuvor entwickelten Erhebungsinstrument ableiten lassen oder nicht. Jedoch gibt es in Nimrods Publikation keinerlei Hinweise auf das Erhebungsinstrument (2012).

64 Auf Grundlage der quantitativen Auswertung der Befragung von 55 aktiven Teilnehmern des professionell begleiteten deutschsprachigen Online-Forums. Die Teilnehmer wurden mithilfe eines Online-Fragebogens befragt, der über die Web-Seite des Online-Forums veröffentlicht wurde.

des virtuellen Raumes zu suchen⁶⁵. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Studie von Barney et al. (2011) formulieren Blume et al. (2009) also eine andere These: Die Partizipation an einem Online-Forum kann zu einer veränderten Haltung gegenüber dem Versorgungssystem führen. Sie kann die Wahl, ob eine professionelle Behandlung erwünscht ist und als notwendig angesehen wird, zum Positiven hin ändern und beeinflussen⁶⁶.

Auf welche Weise das Schreiben für die Nutzer hilfreich und entlastend wirkt, wird nicht weiter beschrieben⁶⁷. Die Funktionsweise des Schreibens und der asynchronen cvK wird auch in dieser Studie nicht weiter in den Blick genommen. Offene Fragen bleiben hier: Welche Funktion übernimmt das Schreiben für die Nutzer und auf welche Weise spielen die Betreiber bei der Gestaltung des virtuellen Raums eine wichtige Rolle? Welche Perspektive haben die an den Online-Foren – zumeist – ehrenamtlich mitarbeitenden Moderatoren?

Auch andere Aspekte des Phänomens ‚Depressions-Online-Forum‘ sind noch unbeleuchtet. Die Einordnung der Depressions-Online-Foren in den Rahmen des Diskussionsmediums (Höflich 2013) macht deutlich, dass der Austausch und die gegenseitige Bezugnahme im Zentrum stehen. Welche Form die Unterstützung hat und wie diese von Betreiberseite ausgerichtet und von den Nutzern wahrgenommen wird, ist bislang unklar.

2.2.2 Grundlegende erste Studien

Die Betrachtung einiger grundlegender Pionierarbeiten, die den Blick auf den Stand der Forschung erweitern und aufzuzeigen könnte, an welchen Stellen die neueren Ergebnisse ihren Anfang nehmen, steht noch aus. Diese Aufarbeitung ist den aktuel-

65 Das Fehlen von Studien zur Wirksamkeit von Depressionen-Online-Foren wurde bereits angesprochen und auch u.a. von Griffiths et al. (2009a) in ihrem ersten Teil des systematischen Reviews „Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (1)“ diskutiert. Auch wurde darauf hingewiesen, dass bislang nur wenige Ergebnisse vorliegen, die die Auswirkungen der Partizipation an einem Online-Forum auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit darstellen.

66 Im Fall der Studie von Blume et al. (2009) lag der Fokus allerdings stark auf dem psychiatrischen Versorgungsbereich und weniger auf der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung.

67 Auch Lieberman (2007) zeigt in einer Studie, dass 74% der Teilnehmer eines Online-Forems für Brustkrebs-Patientinnen zuerst nur im Online-Forum lasen, bevor sie in einem Zeitraum von zwei bis acht Wochen anfangen, selbst im Online-Forum zu schreiben.

len Ergebnissen nachgestellt, da diese frühen Arbeiten ohne den Kontext der neueren Ergebnisse nur schwer einzuordnen sind.

Eysenbach et al. konstatierten schon im Jahr 2004 in ihrem systematischen Review zu den Effekten von Online-Foren, dass die Forschung über gesundheitsbezogene „electronic peer to peer communities“ bislang keine signifikanten Ergebnisse hervorbringen konnte und im Gros thematisch zu vielschichtig sei. Hier zeigt sich gemeinsam mit den schon aufgeführten aktuellen Forschungsarbeiten, dass sich an dieser Forschungslage nicht viel geändert hat und noch immer ein erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Die Studien, die von Eysenbach et al. (2004) aufgenommen und vorgestellt werden, beziehen sich auf thematisch sehr unterschiedliche Online-Foren: Krebs, HIV/Aids, Depression, Diabetes, Tabakkonsum/Rauchen, Alkoholismus usf. Sie fanden insgesamt 45 Studien, die sich als relevant für das Review herausstellten. Die meisten dieser 45 untersuchten Studien können keine Zusammenhänge zwischen der Nutzung des Internets und dem psychischen Zustand bzw. dem gesundheitlichen Nutzen für Erkrankte und deren Angehörige herstellen. Die Betreiberseite wird in keiner der Studien in den Blick genommen und daher auch nicht zur Nutzerseite in Beziehung gesetzt. Die Einschätzung der Chancen, aber auch der Risiken bleibt in diesem groß angelegten Review offen. Das Bild, das Eysenbach et al. (2004) in ihrem Review nachzeichnen, gleicht einer sehr unspezifischen Ergebnisdarstellung.

Als wichtiges Ergebnis des Reviews ist festzuhalten, dass es bis zu diesem Zeitpunkt weder eindeutige Aussagen über den positiven Nutzen noch solche über Risiken gibt und dringend Forschung zur ‚virtuell vermittelten Selbsthilfe‘ erforderlich ist. Unklar bleibt auch hier, welche Rolle die Betreiber und Moderatoren der Online-Foren spielen, welche Ideen und Zielsetzungen hinter den Angeboten stehen, wie sich die Nutzerperspektive dazu verhält und welche Form der Unterstützung hier vorliegt. Die Attribuierung der Online-Foren als ‚virtuelle Selbsthilfe‘-Angebote bleibt unklar.

In einer noch etwas früheren und trotzdem immer noch grundlegenden Einzelstudie, auf die einige der schon vorgestellten Arbeiten Bezug nehmen, da sie auf diesem Gebiet eine Pionierarbeit darstellt, untersuchten Houston et al. (2002) die Effekte der

Teilnahme an einem Depressions-Online-Forum⁶⁸. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass es für rund ein Drittel der Teilnehmer einen positiven Nutzen gab. Grundlage war eine Langzeitstudie, in der sie untersuchten, inwiefern sich die Teilnahme am Forum auf die psychosoziale Befindlichkeit der Nutzer ausgewirkt hat. Houston et al. berichteten, dass 92% der in ihrer Studie Befragten Antidepressiva erhalten und 65% sich in einer psychologischen Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung befanden (ebd.). Sie halten als wichtiges Ergebnis fest:

„Individuals participating in online support groups had less social support than primary care patients with major depression” (Houston et al. 2002: 2066).

Im Gegensatz zu den Einschätzungen von Eysenbach et al. (2004) kommen Houston et al. zu dem Ergebnis, dass die Teilnahme einen positiven Effekt haben kann und vor allem, dass sich für hochfrequente und aktive Nutzer über den zeitlichen Verlauf hinweg eine positive Wirkung einstellt (ebd. 2068)⁶⁹. Auch konnten sie signifikante Unterschiede zwischen Nutzern herausarbeiten, die über einen längeren Zeitraum im Forum aktiv waren, und jenen Nutzern, die nur für kurze Zeit am Forum teilnahmen. Dies ist ein wesentlicher Aspekt dieser Studie, denn hier wurde der zeitliche Verlauf bzw. der zeitliche Effekt der Teilnahme berücksichtigt und fand sich als wesentlicher Aspekt in den Ergebnissen wieder.

In einer weiteren, etwa gleich alten, aber ebenfalls wichtigen und grundlegenden Arbeit in diesem Feld von Alexander et al. (2003) verglichen die Autoren die Häufigkeit des Auftretens von sozialer Unterstützung in verschiedenen nicht professionell begleiteten Online-Foren: eines mit dem Themenschwerpunkt Depression, ein Online-Forum der Anonymen Alkoholiker, eines mit dem Schwerpunkt Aufmerksamkeits-Defizit-Störung und eines mit dem Schwerpunkt Krebs. „Emotionale Unterstützung“ war die häufigste Art der Unterstützungsleistung der Nutzer innerhalb des Depressions-Online-Forums. Dagegen zeigten die Ergebnisse aus den anderen Online-Foren, dass hier „Informationsgabe“ die häufigste Unterstützungsleistung war (ebd.). Sie konnten zeigen, dass die Zufriedenheit der Nutzer des Depressions-

68 Unter anderem wird diese Studie auch in dem Review von Eysenbach et al. (2004) besprochen.

69 Melling und Houguet-Pincham (2011: 253) halten in ihrem Artikel „Online peer support for individuals with depression: a summary of current research and future considerations“ in Bezug auf die Studie von Houston et al. fest: „(...) the peer support demonstrated clinical efficacy through the reduction of depressive symptoms“.

Online-Foren wesentlich höher war als die Zufriedenheit derjenigen Nutzer, die in einem der anderen Online-Foren aktiv waren (Alexander et al. 2003). Diese Studie macht einen besonderen Punkt deutlich: Die Art und Weise der Unterstützung ist wichtiges Kriterium für die Einschätzung der Potenziale und Risiken der Nutzung von Online-Foren. Ist ein Online-Forum und sind damit die partizipierenden Nutzer eher darauf ausgerichtet, Informationen auszutauschen oder eher darauf, auf einer emotionalen Ebene Anteil zu nehmen und empathisch aufeinander zuzugehen⁷⁰.

Diese grundlegenden und immer noch aktuellen Arbeiten zum Thema Depressions-Online-Foren zeigen in Verbindung mit den aufgeführten aktuellen Forschungsergebnissen, dass einige Aspekte noch immer nicht beleuchtet sind. Depressions-Online-Foren stellen ein vielschichtiges Phänomen dar, das aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive noch kaum in den Blick genommen wurde.

2.3 Zusammenfassung

Die relative Anonymität, die asynchrone cvK sowie die Orts- und Zeitunabhängigkeit, die unter anderem die besonderen Attribute von *Online-Foren* sind, tragen zu der hochfrequenten Nutzung der Depressions-Online-Foren bei. Diese virtuellen Räume haben in den letzten Jahren für depressiv Erkrankte an Bedeutung gewonnen. Das vorgestellte Kanalreduktions- sowie das Filtermodell spielen zudem bei der Betrachtung der Nutzung der Neuen Medien durch depressiv Erkrankte eine wichtige Rolle (Beck 2014; Döring 2013; Höflich 2003, 2013).

Gerade bei *textbasierter medialer Kommunikation* werden äußere Merkmale wie Geschlecht, Alter, Ethnizität, aber auch Kategorien wie Krankheit/ Gesundheitszustand, sozialer Status etc. durch die Anonymisierung und speziellen Rahmungen der cvK im Internet heraus-gefiltert (Beck 2014; Döring 2013; Sander/Schulz 2015). Für depressiv Erkrankte ergeben sich gerade durch diese ‚Einschränkungen‘ der kommunikativen Formen besondere Möglichkeiten, Kontakt aufzunehmen und im virtuellen Raum zu partizipieren. Die gleichzeitige körperliche Anwesenheit der Kommunikanten, die im virtuellen Raum entfällt, nimmt vielen Erkrankten die Schwellenangst, Kontakt zu anderen Personen aufzunehmen (Döring 2013, 2014; Schirmer et al.

70 Neben dieser Studie gibt es kaum weitere Arbeiten, die verschiedene Online-Foren unterscheiden.

2014). Die cvK stellt für depressiv Erkrankte eine niedrigschwellige kommunikative Form dar (Karlheim/Steffen 2013b).

Aus der bisherigen Forschung zum Phänomen der Depressions-Online-Foren und den daran thematisch angrenzenden Online-Foren wird deutlich, dass weder über die Chancen noch über die Risiken klare und einheitliche Aussagen existieren (Breuer/Baker 2015; Evans et al. 2011; Griffiths et al. 2015). Dennoch ergeben sich aus der Forschung⁷¹ einige Anhaltspunkte: Unter anderem kann die Teilnahme an den Depressions-Online-Foren für die Nutzer

- (a) Empowerment bewirken,
- (b) hilfreiche und wichtige Informationen bereitstellen,
- (c) die Sichtweise der eigenen Erkrankung positiv verändern,
- (d) Anreize bieten, nach Behandlungsmöglichkeiten zu suchen,
- (e) Gefühle der Ausgrenzung und Stigmatisierung mindern,
- (f) emotionale Unterstützung bedeuten und
- (g) eine Copingstrategie darstellen.

Jedoch zeigen sich auch Risiken für die Nutzer der Depressions-Online-Foren. Folgende Punkte sind zusammenfassend zu nennen:

- (a) die Nutzer können hier falsche Informationen bekommen oder verbreiten,
- (b) sie können sich im Online-Forum gegenseitig „triggern“ und sich in eine Spirale der negativen Krankheitserfahrung und des negativen Krankheitserlebens bringen,
- (c) sie können sich überfordert fühlen, wenn sie an sich beispielsweise die Erwartung stellen, den anderen hilfreich oder unterstützend gegenüberzutreten zu müssen,
- (d) die Nutzer können in den Online-Foren eine ablehnende Haltung der Versorgung gegenüber einnehmen und sich in ihrer Krankheit ‚einrichten‘, ohne professionelle Hilfe zuzulassen.

71 Da sich jedoch die unterschiedlichen Studien zum Teil auf ganz unterschiedliche Gegenstandsbereiche beziehen, müssen sie immer – wie gezeigt – vor dem Hintergrund der erhobenen Daten, der methodischen Ausrichtung sowie der theoretischen und fachwissenschaftlichen Verortung diskutiert werden.

Die positiven wie negativen Punkte wurden in diesem Kapitel herausgearbeitet. Allerdings ist der Erkenntnisgewinn begrenzt, der aus den meist quantitativen Daten zu diesem neuen Phänomen generiert wurde. Viele Studien beschränken sich auf die Überprüfung schon bekannter Theorien und Erklärungsmodelle. Die Erhebung der Nutzerperspektive basiert in den vorliegenden Studien fast ausschließlich auf quantitativen Online-Fragebögen. Sollen gesundheitswissenschaftlich relevante Forschungserkenntnisse hervorgebracht werden, sind offene qualitative Studien erforderlich, die die Nutzer- wie Betreiberseite einbeziehen (Barney et al. 2011; Breuer/Baker 2015; Evans et al. 2011; Foster/Roffe 2009; Nimrod 2012; Uden-Kraan et al. 2010). Die Analyse wäre unvollständig, sollte die Seite derjenigen unberücksichtigt bleiben, die den Nutzern die virtuellen Räume zur Verfügung stellen – die Betreiber. Soll das Phänomen ‚Depressions-Online-Forum‘ als Ganzes betrachtet werden, müssen die verschiedenen Perspektiven in den Blick genommen und einer Analyse unterzogen werden.

Doch bisher sind qualitative Forschungsbemühungen in diesem Feld sehr zaghaft. Qualitativ ausgerichtete Studien beschränken sich fast ausschließlich auf einen qualitativ-inhaltsanalytischen Ansatz⁷² der Datenauswertung (Barney et al. 2011; Breuer/Baker 2015; Evans et al. 2011; Foster/Roffe 2009; Nimrod 2012; Uden-Kraan et al. 2010). Zudem sind die Fokussetzungen in der Forschung bislang eher eindimensional und bedürfen der Erweiterung: Betreiber, Moderatoren und Nutzer sind allesamt wichtige Akteure in diesem Feld (Breuer/Baker 2015; Griffiths et al. 2009a, 2009b; Evans et al. 2011). Die Perspektiven, Einschätzungen und Sichtweisen aller dieser Akteure sind entscheidend, um die Potenziale und Risiken einschätzen zu können. Die Forschung konzentrierte sich bisher weitgehend auf die Perspektive der Nutzer. Hier setzt die vorliegende Arbeit an, denn für sie ist ein mehrperspektivischer Zugriff charakteristisch. Das qualitative Design dieser Arbeit füllt mit den Erkenntnismöglichkeiten die vorliegenden Forschungslücken, indem Nutzer, Betreiber wie auch Moderatoren in den Blick genommen werden.

Auch welche Form der Unterstützung hier vorliegt und inwieweit von gemeinschaftlicher Hilfe im Sinne von Selbsthilfe gesprochen werden kann, welche Aspekte von individueller Hilfe(n) sich hier finden lassen, bleibt in der bisherigen Forschung un-

72 Dieser inhaltsanalytische Zugriff beschränkt sich auf eine eher oberflächliche Analyseebene.

klar. Der Begriff der ‚Selbsthilfe‘ wird, wie aufgezeigt, in der bisherigen Forschung zum Thema ‚Depressions-Online-Foren‘ unhinterfragt übernommen und bleibt diffus. Ob es sich um ‚Selbsthilfe‘ handelt und wie diese sich darstellt, wird von der Forschung bisher nicht in den Blick genommen. Die vorliegende Arbeit geht auch hier über den aktuellen Stand hinaus und nimmt neben den unterschiedlichen Akteuren im Depressions-Online-Forum auch in den Blick, welche Unterstützung und Hilfe hier vorliegt, in welchen Bereichen sich eine Ähnlichkeit zu Selbsthilfe zeigt oder ob und inwieweit sich hier eine neue Form sozialer Unterstützung in den Depressions-Online-Foren generiert. Beabsichtigt ist, die Ergebnisse der Arbeit vor dem theoretischen Hintergrund der gemeinschaftlichen und individuellen Selbsthilfe wie auch sozialer Unterstützung zu diskutieren.

Aus diesen Gründen muss aus theoretischer Perspektive gemeinschaftliche, individuelle Hilfe(n) und soziale Unterstützung in den Blick genommen werden. Im folgenden Kapitel wird auf Selbsthilfe und soziale Unterstützung eingegangen, um daran anschließend die Fragestellung der vorliegenden Arbeit theoretisch zu reformulieren.

3 Selbsthilfe und soziale Unterstützung: Eine theoretische Annäherung

Für die vorliegende Arbeit ist eine Konzeptualisierung der individuellen und gemeinschaftlichen Selbsthilfe wie des theoretischen Konzepts sozialer Unterstützung unumgänglich, da die empirischen Ergebnisse vor dem Hintergrund dieser theoretischen Folie interpretiert und diskutiert werden sollen. Denn im virtuellen Raum der Depressions-Online-Foren kommen Menschen aus unterschiedlichen Motiven zusammen. Ob und in welcher Weise hier von Selbsthilfe gesprochen werden kann und welche Form die soziale Unterstützung in diesen neuen virtuellen Räumen hat, wird vor diesen theoretischen Rahmungen diskutiert.

Die Theoriediskussion zur Selbsthilfe findet bislang zu einem großen Teil auf einer praktisch-empirisch orientierten Handlungsebene statt. Dies bedeutet, dass eine Theorie zu „Selbsthilfe“ ohne die praktische, sozialpolitische Handlungsebene der „Selbsthilfe“ nicht auskommt, sondern Letztere immer in die Diskussion mit aufgenommen wird (Borgetto 2013; Trojan 2012; Trojan et al. 2012; Thiel 2011). Sowohl die deutsche als auch die anglo-amerikanische Theoriediskussion setzt hier an (Borgetto 2004; Geene et al. 2011; Preiß 2010; Rojatz/Forster 2015; Rosenbrock 2001; Trojan et al. 2012). Eine theoretische Auseinandersetzung mit individueller und gemeinschaftlicher Selbsthilfe umfasst in dieser Tradition auch die geschichtliche Entwicklung der Selbsthilfe wie auch ihre Wirkmechanismen und theoretischen Bezugnahmen. Jedoch reicht diese historisch-sozialpolitische Betrachtung nicht aus. Vielmehr ist eine Reflexion auf der theoretisch performativen Ebene erforderlich, um die Art und Weise der Hilfe und der Unterstützung fassen zu können. Hierfür wird das übergeordnete theoretische Konzept „soziale Unterstützung“ (Nestmann/Weinhold 2008) herangezogen und so die Selbsthilfe mit einem heuristischen Rahmen verknüpft.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe ist über die letzten Jahrzehnte zu einem bedeutenden Feld im Gesundheitswesen geworden, das sich von regionalen, krankheitsspezifischen Basisgruppen über Selbsthilfeorganisationen bis hin zu nationalen Selbsthilfekontaktstellen entwickelt hat (Borgetto 2013, 2015; Trojan 2012; Trojan/Kofahl 2011). Zu ihren wichtigsten Aufgaben zählen die soziale wie emotionale Unterstüt-

zung von Erkrankten und Angehörigen sowie die Interessensvertretung der jeweiligen Zielgruppe (Borgetto 2013, 2004; Borgetto/Troschke 2001; Trojan et al. 2012). In diesem Rahmen werden vielfältige und zahlreiche Hilfe- und Unterstützungsleistungen realisiert (Forster et al. 2013).

Informelle Hilfe(n), die neben der professionellen gesundheitlichen Versorgung von depressiv Erkrankten wahrgenommen und in Anspruch genommen werden, haben über die letzten Jahre stark an Bedeutung gewonnen (Bermejo et al. 2012; Trojan et al. 2012; Rojatz/Forster 2015). Auf welchen Ebenen sich diese Hilfe(n) und Unterstützungsleistungen abspielen und wie sie erbracht werden, welche Funktion sie für die Nutzer haben und welche Wirkmechanismen hinter ihnen stehen, sind Fragen, die im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen stehen. Soziale Unterstützung wie Selbsthilfe dienen hier als zentrale Konzepte und theoretische Hintergrundfolie.

Im Folgenden wird auf die grundsätzlichen Begrifflichkeiten und theoretischen Grundsätze der Selbsthilfe rekurriert. Zunächst wird eine Bestimmung der Begriffe der – individuellen wie gemeinschaftlichen – „Selbsthilfe“ und der „Selbsthilfegruppen“ vorgenommen und auf die geschichtliche Entwicklung der Selbsthilfebewegung in Deutschland eingegangen. Daran anschließend wird das Konzept sozialer Unterstützung näher betrachtet, Wirkmechanismen wie Effekte werden vorgestellt und in Relation zu den Unterstützungsaufgaben der Selbsthilfe gestellt. Diese Relation ist besonders bei der Betrachtung des Internets von Bedeutung, da hier psychisch erkrankte Menschen auch diese neuen medialen Kanäle zur Hilfe und Unterstützung mehr und mehr nutzen. Dieses Phänomen wird noch einmal gesondert in den Blick genommen, denn es spielt für die Fokussierung und Fragestellung der vorliegenden Arbeit eine besondere Rolle. Hierauf wird am Ende des Kapitels eingegangen, und vor dem theoretischen Hintergrund wird die Fragestellung der vorliegenden Arbeit reformuliert.

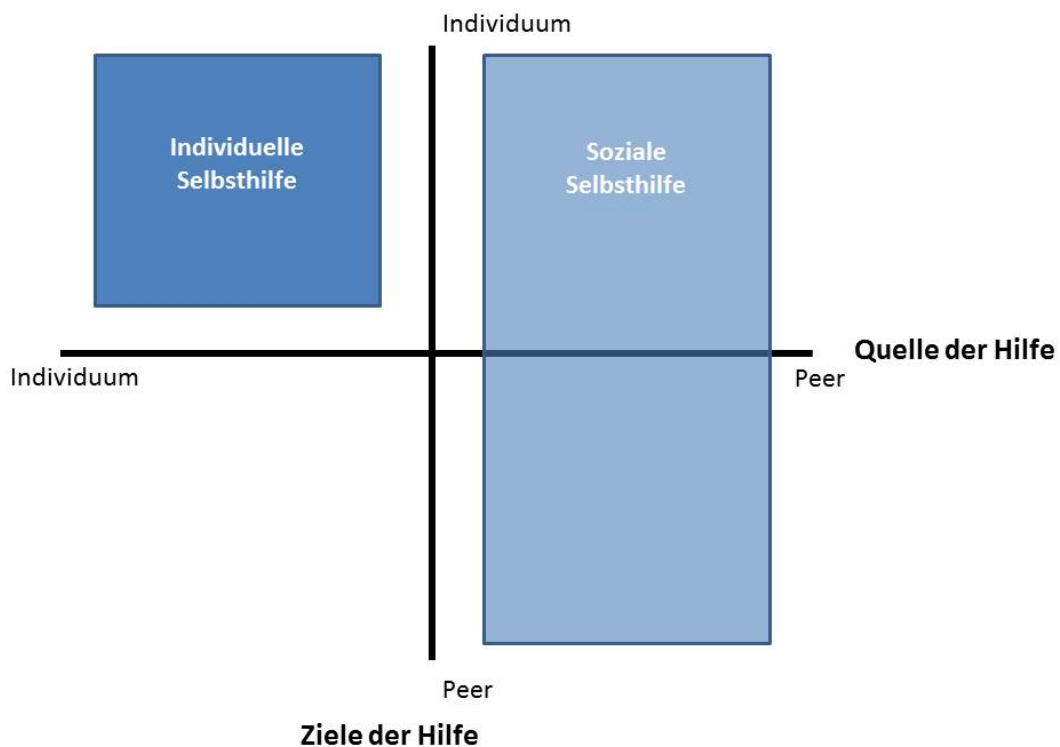
3.1 Individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfe

Borgetto (2004: 14) definiert Selbsthilfe als „(...) alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen [...], die sich auf die Bewältigung (Coping) eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen beziehen“. Damit wird insbesondere im Bereich der Gesundheit auf eine spezifische Form der

Eigeninitiative von Menschen abgehoben, die entweder als Erkrankte oder Angehörige aktiv tätig werden. Demnach besteht ein wichtiges Moment der Selbsthilfe in der Aktivität des Individuums (vgl. Grunow 1998). Im Fokus steht das Handeln in Bezug auf die Notwendigkeit einer Problemlösung, die Verbesserung der individuellen Lage sowie die Unterstützung und Stabilisierung anderer Erkrankter oder ihrer Angehörigen (Borgetto 2004: 105ff.). Borgetto folgend kann gesundheitsbezogene Selbsthilfe wie folgt definiert werden: Gesundheitsbezogen ist Selbsthilfe dann, wenn

„(...) deren Aktivitäten sich auf die Erhaltung von Gesundheit und/oder die gemeinsame Bewältigung von Krankheit und/oder psychischen Problemen und deren Folgen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind“ (Borgetto 2014: 15).

Abbildung 8: Quellen und Ziele der Selbsthilfe



Quelle: Eigene Darstellung nach Preiß 2010: 28.

Auf einer weiteren analytischen Ebene lässt sich der Begriff der Selbsthilfe danach aufteilen, inwiefern das Individuum sowie die Peers an der zu erbringenden Hilfe beteiligt sind (Preiß 2010): Hier ist zwischen der Quelle und dem Ziel zu differenzieren. Wie in Abbildung 8 deutlich wird, sind diese unterschiedlichen Ausrichtungen

auch schematisch darstellbar und verdeutlichen, wie die Selbsthilfe auf verschiedenen Ebenen agiert und ausgerichtet ist (ebd.).

Abbildung 8 zeigt, dass sich Selbsthilfe in einem Spektrum bewegt, das auf unterschiedlichen Ebenen zu verorten ist und dass sie handlungstheoretisch Bedeutung hat. Diese Ebenen der Selbsthilfe reichen von der klar auf sich selbst gerichteten Hilfe – im Sinne der Wortbedeutung „Selbst-Hilfe“ – bis hin zu der Hilfe-Form, die sich auf andere – also die Peers – bezieht. Die Selbsthilfe im gemeinschaftlichen Sinne verbleibt nicht auf der individuellen Ebene, sondern umfasst reziprokes Handeln.

In dieser theoretischen Betrachtung der Selbsthilfe kann grundsätzlich zwischen einer individuellen und sozialen Ebene unterschieden werden. Dies wird besonders deutlich, sieht man sich im englischen Sprachgebrauch das Wort „self-help“ an: Im Sinne der Wortbedeutung steht hier das Selbst („self“) als handelndes Subjekt im Vordergrund. So wäre hier zu vermuten, dass sich der Aspekt der „individuellen“ Hilfe dahinter verbirgt, jedoch wird hier diese klare Bezugnahme auch im englischen Sprachgebrauch nicht immer vollzogen (Preiß 2010). Dennoch gibt es einen weiteren englischsprachigen Begriff, der eine klare Differenzierung zwischen der individuellen und gemeinschaftlichen Ebene deutlich macht: „mutual aid“ (Preiß 2010). Dieser schließt im Sinne seiner Wortbedeutung an die „soziale“ Hilfe an (ebd.). Im Deutschen wird diese Unterscheidung zumeist ‚mitgedacht‘, zeigt sie sich doch im Begriff der ‚Selbsthilfe‘ so klar wie im englischen Sprachgebrauch nicht, doch sie muss immer wieder sichtbar gemacht werden, will man sich den Begriffen auf einer theoretischen Ebene nähern. Grundlegend wird im deutschen Sprachgebrauch von Selbsthilfe „(...) im Kontext von gemeinschaftlicher Hilfeerbringung gesprochen“ (Preiß 2010: 29). Dies rekurriert vor allem auf den Bereich der „sozialen Selbsthilfe“ (Borgetto 2013; Grunow 1998; Trojan/Kofahl 2011; Wohlfahrt/Breitkopf 1995).

Jedoch gehen Experten davon aus, dass etwa ein Drittel aller „(...) persönlichen Befindlichkeitsstörungen, Krankheitsepisoden unterschiedlichen Ausmaßes und erst recht psychosoziale Probleme des Alltags ohne die Unterstützung professioneller Helfer und Helferinnen bearbeitet und bewältigt werden“ (Nestmann/Weinhold 2008: 280). Die Menschen helfen sich in dem Sinn ‚selbst‘, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf die eigene Person richten und erst in einem zweiten Schritt bezogen auf andere im Sinne einer gemeinschaftlichen Hilfe agieren – Selbsthilfe. Der Begriff der

„individuellen Selbsthilfe“ spielt hierbei eine Rolle: Gegenüber der Selbsthilfe, die auf *gegenseitige* Unterstützung und gemeinschaftliche Hilfe gerichtet ist, formt sich die *individuelle* Selbsthilfe anders heraus. Jedoch schließt Borgettos grundlegende Definition schon, dass „(...) alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen“ (Borgetto 2004: 14) ein. Das bedeutet, dass die individuelle Handlungsebene, die auf „(...) die Bewältigung (Coping) eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen (...)“ (Borgetto 2004: 14) gerichtet ist, in die Definition aufgenommen und in den Begriff der Selbsthilfe eingebettet ist.

Dies Argument hatte Grunow (1987) bereits Ende der 1980er Jahre in einer prominenten Begriffsbestimmung der Gesundheitsselfhilfe(n) wie folgt aufgenommen: Sie sind „(...) laienhaft, nicht erwerbsmäßig und informell erbrachte Eigenleistungen und gegenseitige Hilfestellung, die auf die Gesunderhaltung oder Bewältigung von Krankheiten gerichtet sind“ (Grunow 1987: 247).

Die englischsprachige Literatur erlaubt einen genaueren Blick auf diese Unterscheidung zwischen individueller und gemeinschaftlicher Selbsthilfe. Hier zeigt sich in der Definition von Borkman (1999) die schon benannte wichtige Differenzierung zwischen „self-help“ und „mutual-aid“. Unter „self-help“ versteht die amerikanische Soziologin:

„An individual’s taking action to help him- or herself, often drawing on latent internal resources and healing powers within the context of his or her lived experience with an issue or predicament. The process of struggle can result in individual’s taking responsibility for their behaviour and becoming empowered, or not; some individuals retain their victim status and cannot rise above their misfortunes” (Borkman 1999: 4).

In diesem Sinne sind es also zunächst „self-help“-Bestrebungen, die am Anfang jeder gemeinschaftlichen, gegenseitigen Hilfe stehen. Diese „individuelle Selbsthilfe“ – wie sie im Weiteren benannt wird – betont vor allem das Erfahrungswissen der Menschen (Borgetto 2004, 2013; Nowak 2011).

Die individuelle Form der Selbsthilfe wird in den theoretischen Studien und Arbeiten zum Thema meist mitgedacht, doch steht die gemeinschaftliche Form im Fokus (Forster et al. 2013; Rosenbrock 2001; Trojan 2012). Wie bereits aufgezeigt, stehen jedoch am Anfang jeder gemeinschaftlich orientierten Selbsthilfe individuelle, auf den Einzelnen bezogene Handlungen.

„Die Menschen helfen sich selbst zunächst individuell, aber vor allem, wenn diese individuelle Selbsthilfe nicht gelingt oder nicht zum erwünschten Ergebnis führt, auch sozial, gegenseitig und untereinander“ (Nestmann/Weinhold 2008: 280).

Reaktionen auf Stress und Krisen führen die Menschen dazu, zunächst ihre eigenen Ressourcen zu nutzen und in einem zweiten Schritt sich gegenseitig zu unterstützen – wie Borkman (1999) es darstellt.

Die ursprüngliche und grundsätzliche Organisationsform der „sozialen“ Selbsthilfe ist die Gruppe. Für diese Selbsthilfegruppen ergibt sich hieraus, dass sie

„(...) freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher oder regionaler Ebene [sind], deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen und deren Folgen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind“ (Borgetto 2004: 15).

Sie basieren auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Sie umfassen Betroffene sowie Angehörige, die ein gemeinsames Problem teilen. Sie orientieren sich nicht an ökonomischer Gewinnmaximierung, zielen auf Selbst- und/oder Sozialveränderung, agieren im Modus partnerschaftlicher Kooperation, gegenseitiger Hilfe sowie Empowerment (vgl. Behrendt et al. 1981). Entscheidend ist, dass es sich hier um Gruppen handelt, die nicht unter professioneller Anleitung stehen. Wichtig in dieser Definition Borgettos (2004, 2015) ist, dass sie nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Angehörigen einbezieht und diese so in den Kreis der gesundheitlichen Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen aufgenommen werden⁷³.

3.1.1 Gegenseitige Hilfeleistung: Reziprozität

Diese gemeinschaftlich organisierte Hilfe baut auf der Annahme der Reziprozität der Handlungen der Teilnehmer auf (Forster et al. 2013; Rojatz/Forster 2015; Trojan 2012; Trojan et al. 2012). Reziprozität schließt ein, dass mit ihr „(...) eine Erwidern einer Gabe, einer Tat, einer Rede, in bestimmter Form verbunden ist“ (Stegbauer

73 Ergebnisse des Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts (2006) aus dem Jahr 2003 zeigen, dass der Anteil der Selbsthilfeeinheiten, die in einer Selbsthilfegruppe wegen der Gesundheit anderer aktiv waren – meist Angehörige – mit 4,3% fast so hoch ist wie der Anteil derer, die wegen der eigenen Gesundheit in einer Selbsthilfegruppe aktiv waren (5%) (Gaber/Hundertmark-Mayser 2005). Dass Angehörige einen großen Teil der aktiven Menschen in der Selbsthilfe ausmachen, ist ein wichtiger Befund und zeigt, wie wichtig es ist, auch diese Gruppe in den Blick der Forschung zu nehmen und in dieser Studie diesen Teil der Partizipierenden nicht auszuschließen.

er 2002: 15). Im Sinne einer theoretischen Annäherung lassen sich zwei Formen reziproken Handelns unterscheiden: (a) direktes reziprokes Handeln und (b) generalisiertes reziprokes Handeln (Preiß 2010; Stegbauer 2002).

Direktes reziprokes Handeln ist dadurch charakterisiert, dass sich die Gegengabe als gleichwertige Leistung zu einer erhaltenen Gabe verhält. Hier spielen der Ausgleich und die Gleichwertigkeit eine wichtige Rolle. Auf Seite des Tauschpartners besteht die Verpflichtung, eine empfangene Gabe mit einer gleichwertigen Gegengabe zu beantworten (Preiß 2010).

Generalisiertes reziprokes Handeln ist demgegenüber dadurch gekennzeichnet, dass „(...) sich Leistungen nicht auf einen eindeutig benennbaren Gabenzyklus zwischen zwei Personen zurückführen (...)“ (Stegbauer 2002: 35) lassen. Grundsätzlich ist hier von einem längeren Zeitraum auszugehen, in dem reziprokes Handeln von zwei oder mehr aufeinander bezogenen Personen geschieht, ohne dass auf genaue einzelne Gaben im Sinne von Leistungen oder Ähnlichem Bezug genommen wird. In diesem Rahmen wird diese Handlungsform auch „Solidarität“ genannt – oder hier besser: solidarisches Handeln (Borgetto 2013; Trojan 2012). Dieses existiert z.B. auf persönlicher Ebene zwischen Arbeitskollegen oder Personen eines Sportvereins, hier trägt jede einzelne Person etwas zum gemeinsamen Ergebnis bei. Jede einzelne Person ist nicht einer einzelnen anderen Person verpflichtet, sondern die Verpflichtung jedes Einzelnen richtet sich auf die gesamte Gruppe. In diesem Sinne ist solidarisches Handeln – generalisiertes reziprokes Handeln – auf eine Gruppe anderer Personen gerichtet und auf einen längeren Zeitraum angelegt. Zudem sind die einzelnen Gaben nicht auf ihren gleichzeitigen Austausch und direkte Gleichwertigkeit gerichtet (ebd.). So wird solidarisches Handeln als ein wichtiges Element jeder gegenseitigen Hilfe- und Unterstützungsleistung gesehen. Individuen handeln im Rahmen dieses Modells bezogen auf andere, und die Unterstützung und Hilfe ist Teil eines zeitlich nicht eng umgrenzten Prozesses reziproken Handelns (ebd.)⁷⁴.

74 Als soziologische Kategorie wird die „Gabe“ von Mauss (2009) genauer beschrieben und als soziologische Grundkategorie bestimmter Handlungsformen definiert.

3.1.2 Zielsetzungen der Selbsthilfe

Aufbauend auf diesen Handlungsformen, die eine Ausrichtung der gegenseitigen Bezugnahme einschließen bei gleichzeitiger Einstellung aufeinander im Sinne einer solidarisch handelnden Gruppe können jetzt die Zielsetzungen der Selbsthilfe in den Blick genommen werden. Für Selbsthilfegruppen⁷⁵ gilt, dass sie unterschiedliche Ziele verfolgen: So stehen *Ziele geringer Reichweite* wie Unterstützung anderer Mitglieder, das Erreichen eines selbstständigen Umgangs mit der eigenen Krankheit, der Krankheit eines anderen Menschen oder aber auch die gemeinsame Freizeitgestaltung in der Selbsthilfegruppe, *Zielen mittlerer Reichweite* wie Einstellungsänderungen der Betroffenen und des sozialen Umfeldes sowie Interessenvertretung der Betroffenen gegenüber (Borgetto 2004, 2013). Die Einflussnahme im Sinne eines partizipativen Lobbyismus auf Institutionen und politische Akteure wie Versorgungsakteure, lässt sich als *Ziel größerer Reichweite* bezeichnen (Borgetto 2004, 2013). Das Erkennen der Ziele von Selbsthilfegruppen ist wichtig, denn nur auf diese Weise kann man einschätzen, welche genaue Ausrichtung sie haben und wie ihre mögliche Entwicklung aussehen wird⁷⁶. Die Ziele größerer Reichweite können nach Trojan et al. (2012: 275) auch als „(...) Versuch des Rückgewinns von Kontrolle verstanden werden (...)“.

Wie Selbsthilfegruppen orientiert sind, unterscheidet sich weiterhin in zwei Dimensionen: Gruppen, in denen „(...) die Anliegen und Probleme der eigenen Mitglieder im Vordergrund stehen (...)“ (Borgetto 2004: 15), diese werden als ‚innenorientierte Selbsthilfegruppen‘ bezeichnet. Ihnen stehen Gruppen gegenüber, die ihren Interessen folgend bzw. in der Erreichung ihrer gesetzten Ziele nach außen gerichtet sind, also z.B. andere Erkrankte oder Angehörige vertreten oder betreuen; diese lassen sich als ‚außenorientierte Selbsthilfegruppen‘ (ebd.) beschreiben⁷⁷. Diese Differenzierung der Ziele lässt sich nicht nur auf unterschiedlichen Ebenen nachvollziehen, sondern

75 Der wichtige Punkt des wachsenden Empowerments durch die Partizipation in einer Selbsthilfegruppe soll kurz anhand des Begriffs selbst dargestellt werden. Später wird noch zu klären sein, auf welche Weise die Selbsthilfe einen gesundheitlichen Nutzen hat und wie sich dieser durch die Teilnahme und das Engagement in der Selbsthilfe-Bewegung geriert.

76 Dies zeigt sich auch an der geschichtlichen Entwicklung der Selbsthilfe in Deutschland. Hier spielen Ausrichtung und Zielsetzung der Selbsthilfegruppen eine gewichtige Rolle für deren weitere Entwicklung und Einflussnahme auf die politischen Akteure.

77 Analog dazu benennen frühere Klassifikationen den gleichen Sachverhalt als „private“ bzw. „soziale“ Selbsthilfe (siehe Vilmar/Runge 1986).

auch in der geschichtlichen Entwicklung der Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland erkennen. Sie ist einer Veränderung unterlegen – wie noch zu zeigen sein wird. Es ist vor der Folie der geschichtlichen Entwicklung sinnvoll, die Ausrichtung der Selbsthilfe anhand der Ziele zu unterscheiden. Die angestrebten Ziele – größerer, mittlerer oder geringerer Reichweite – der Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland zeigen auf, inwiefern die einzelnen Bewegungen als sozialpolitische Akteure Einfluss nehmen wollten und wollen. Für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung über diese Zusammenschlüsse ist die Differenzierung nach verschiedenen Orientierungen, die Ziele betreffend, wichtig, zeigt sich hier doch die Richtung, in der Einfluss genommen werden soll. Die Frage ist also: Richtet sich die Selbsthilfe über die Vertretung der eigenen Mitglieder hinaus auch auf die Einflussnahme auf die politischen Agenda oder verbleibt sie in ihrem eigenen lokalen Rahmen. Diese Frage bestimmt sodann die geschichtliche Entwicklung der Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland, die sich nach Geene et al. (2011) in zeitlich aufeinander folgenden Wellen aufzeigen lässt.

Es gibt eine breite Forschungstradition zur Selbsthilfe in Deutschland. Einige Erkenntnisse zu Wirkung und Wirkmechanismen sind bekannt. Zusammenfassend zeigt sich, dass die Teilnahme an einer realen Selbsthilfegruppe Stigmatisierung mindert, das Selbstbewusstsein im Umgang mit professionellen Akteuren steigert, Isolations-tendenzen mindert, Selbstvertrauen und Durchsetzungsvermögen stärkt, das Erlernen eines neuen Umgangs mit der Erkrankung fördert, soziale Unterstützungspotenziale festigt und nicht zuletzt das Engagement zur Einflussnahme auf Entscheidungen im Gesundheitssystem begünstigt bzw. erst ermöglicht (Borgetto 2013; Daum 1984; Matzat 1991; Trojan et al. 1986; Trojan 2012; Trojan et al. 2012; Wohlfahrt/Breitkopf 1996).

3.1.3 Die Wellen der Entwicklung: Selbsthilfebewegung in Deutschland

Die Selbsthilfebewegung entstand in den Nachkriegsjahren aus einer grundlegenden Kritik am gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystem (Hauff 1989; Hirschmann 1984), parallel zur gesellschafts- und sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Medizinsystem (Illich 1977). Der wesentliche Aspekt, auf den die Selbsthilfe reagierte, war die zunehmende Bürokratisierung des Gesundheitssektors. Hier wurden Hürden bei der Erlangung von Dienstleistungen, eine zunehmende

Differenzierung der Angebote und vor allem eine zunehmende Differenzierung der Anbieter und daraus eine resultierende Unübersichtlichkeit beklagt (Trojan 2012). Darüber hinaus galten vor allem die Entfremdung der professionellen Gesundheitsakteure gegenüber den Belangen der Erkrankten sowie die Vernachlässigung lebensweltlicher und psychosozialer Dimensionen als weitere Motive für die stetig wachsende Anzahl von Selbsthilfegruppen in Deutschland (Schaeffer/Garms-Homolova 1985). Nicht zuletzt kam es in Deutschland im Rahmen der „Neuen Steuerung“ sozialpolitischer Angelegenheiten zwischen den späten 1980er und frühen 1990er Jahren zu einer zunehmenden Ökonomisierung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen, deren sozialpolitische Festschreibung den Bedürfnissen der Erkrankten und Angehörigen entgegenstand. In diesem Rahmen zeigte sich vor allem auch der Mangel an demokratischen Strukturen, der eine Einflussnahme der Erkrankten und ihrer Angehörigen auf die Entscheidungen im Gesundheitswesen aus politischer Perspektive erschwerte (Trojan 1980). Gerade zu Beginn der Entwicklung reagierte die Selbsthilfe mit basisdemokratischen Mitteln auf diese Veränderung. Damit sollte sich eine Laienbeteiligung etablieren. So nahm die Selbsthilfe auf gesundheitspolitische Entscheidungen und eben auch auf politische Strukturen Einfluss (ebd.). Wie bereits dargestellt, lassen sich diese Entwicklungen auf den unterschiedlichen Ebenen für einen längeren Zeitraum beobachten. Diese charakterisieren von Beginn an die Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland.

Diese Entwicklung lässt sich, folgt man Geene et al. (2009), in den von ihnen beschriebenen ‚Wellen‘ darstellen. Die *erste* Welle lässt sich in der Nachkriegszeit verorten. Hier nimmt die Entwicklung ihren Anfang. Sie ist vor allem Reaktion auf die Exklusion von Alkohol- und Suchtkranken durch das medizinische Versorgungssystem. Das Anliegen der Selbsthilfe in dieser ersten Welle der Selbsthilfe-Bewegung war es, das Interesse der professionellen Akteure für ihre spezifischen Belange zu wecken und auf die Versorgungsstrukturen und psychosozialen Dimensionen ihrer Problematik hinzuweisen. Zudem sollte eine Allianz zwischen den versorgenden Institutionen und den Erkrankten und Angehörigen hergestellt werden.

Eine *zweite* Welle der Selbsthilfe-Bewegung kann in der Bewegung gesehen werden, die durch die Anliegen von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankun-

gen gekennzeichnet ist⁷⁸. Im Jahr 1967 etablierte sich der Dachverband Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) mit bundesweit acht untergeordneten Organisationen. Diese Gruppen reklamierten, wie schon zuvor die Gruppe der Alkohol- und Suchtkranken, gesellschaftliche Inklusion und forderten konkrete Unterstützung der jeweiligen Lebenspraxen in ihrer je eigenen Lage (Geene et al. 2011).

Ab Mitte der 1970er- bis in die frühen 1980er-Jahre führte die zunehmende gesellschaftliche Thematisierung umfassender gesundheitsbezogener Fragen die Selbsthilfebewegung in eine *dritte Welle*. Diese Welle der Entwicklung ist gekennzeichnet durch eine Erwidern auf die Engführung gesundheitlicher Versorgung und die Missachtung psychosozialer Aspekte im medizinischen Versorgungssystem. Diese dritte Welle ist ganz durch die Emanzipationsbestrebungen der Erkrankten und Angehörigen gekennzeichnet, die ihren solidarischen Ausdruck in der zunehmenden Kritik der professionellen Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen fand. Hier etablierte sich auch der Fachverband für Selbsthilfegruppen, der aus der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) entstand und eine weitere Bündelung der Interessen der Selbsthilfebewegung darstellte (Matzat 2008).

Die vierte und letzte Welle der von Geene et al. (2011) vorgestellten Entwicklung der Selbsthilfebewegung ist durch die Anerkennung der zuvor reklamierten Themenausweitung gesundheitlicher Aspekte bestimmt. Erstmals wurden nun seitens der Politik gesellschaftliche und ökologische Bezüge für den Erhalt bzw. die Wiedererlangung von Gesundheit aufgegriffen und auf die jeweilige Agenda gesetzt. So gilt die Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahr 1986 als Ergebnis der durch die Selbsthilfe bereits seit langem erkannten und wiederholt benannten Anerkennung des Bedingungsgefüges aus individuellem Verhalten und sozialer wie umweltbezogener Verhältnisse (Geene et al. 2011). Selten wurden Inhalte – die Gegenstand einer sozialen Bewegung waren und zu großen Teilen noch immer sind – in dieser Form in ein internationales politisches Dekret aufgenommen. In dieser vierten Welle kommt auch eine intensiviertere Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und dem professionellen Versorgungssystem zum Tragen – nicht zuletzt wegen der Finanzierungsleistungen (Borgetto 2002). Die zumeist „indirekten Kooperationsformen“ (Borgetto 2002: 121), die sodann einen erhöhten Stellen-

78 Im Jahr 1970 bildete sich zudem aus insgesamt 38 Selbsthilfeorganisationen das Forum chronisch Kranker und behinderter Menschen, das im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband angesiedelt wurde (Geene et al. 2011).

wert bekamen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie Vermittlung von Erkrankten an Selbsthilfegruppen auch durch Ärzte und Therapeuten forcieren (ebd.). Borgetto fasst diesen Zusammenhang für die vierte Welle wie folgt weiter zusammen, dass

„(...) direkte Kooperationsformen wie gemeinsame Gruppensitzungen, Öffentlichkeitsarbeit, organisatorische Unterstützung und Austausch der jeweiligen Expertise seltener sind und dass ein großer Teil der Selbsthilfe mit einem kleinen Teil der Professionellen zusammenarbeitet“ (Borgetto 2002: 121).

Einhergehend mit den weiterreichenden Zielen und der spezifisch temporär und lokal skizzierten Entwicklung der Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland lässt sich über die letzten Jahrzehnte eine Tendenz zunehmender Professionalisierung beobachten (Schaeffer 1985; Wohlfahrt 2010). Dieser Umstand tritt klar hervor, betrachtet man die vornehmlichen Motive zur Gründung von Selbsthilfe-Zusammenschlüssen und Selbsthilfegruppen, denn gerade die grundlegende Kritik an der zunehmenden Professionalisierung gesundheitlicher Versorgung war, wie beschrieben, eines der Leitmotive der Gründung gesundheitsbezogener Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. Aus dieser Perspektive steht die Selbsthilfe vor dem Dilemma, medizinische Kompetenzen zu erwerben sowie auch eine interne Hierarchisierung zu billigen, doch auf der anderen Seite trotz dieser Expertisierung die Potenziale ihres Laienstatus zu bewahren (Schaeffer 1985). Im Zuge dieser Entwicklungen bildete sich die Selbsthilfe zur vierten Säule gesundheitlicher Versorgung heraus. Ihre konkrete Relation zum Gesundheitssystem findet sich auf unterschiedlichen Bezugsebenen wieder (Behrendt et al. 1981; Schaeffer 1985). So wird z.B. seitens des professionellen Systems von den Akteuren erwartet, dass die Selbsthilfe kompensatorische Aufgaben übernimmt, die das Gesundheitssystem selbst nicht erbringen kann. Außerdem wurde die Monitoringfunktion der Selbsthilfe erörtert – also die Aufgabe, auf Defizite hinzuweisen, die anschließend durch diese selbst ausgeglichen werden sollte (Hauff 1989).

So bleibt festzuhalten, dass sich die Selbsthilfe aus einer Defizitsituation gesundheitlicher Versorgung und der kritischen Auseinandersetzung mit dem medizinischen System begründet und etabliert hat. Ihr Ziel war immer, auf die Gestaltung gesundheitlicher Dienstleistungen Einfluss zu nehmen, und dafür hat sie die Einbindung in sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse für sich in Anspruch genommen. Durch diesen Prozess ist die Selbsthilfe in der Folge vonseiten des professionellen Systems in die Pflicht genommen worden. So kann festgehalten werden,

dass die Selbsthilfe in Deutschland – zu weiten Teilen – einer Institutionalisierung zum Opfer gefallen ist (Trojan et al 2012). Sie hat diese zunehmende Expertisierung und Institutionalisierung als Dilemma erkannt und angenommen, um in anderer Hinsicht ihre Gestaltungs- und Optimierungsmöglichkeiten als politischer Akteur zu verwirklichen. Auf diese Weise wird es möglich, auch Ziele größerer Reichweite anzustreben und zu verwirklichen (Borgetto 2013; Preiß 2010; Karlheim/Steffen 2013b; Schaeffer/Garms-Homolova, 1985; Trojan et al. 2012).

3.1.4 Wirkmechanismen und gesundheitlicher Nutzen

Im Großen und Ganzen lässt sich konstatieren, „(...) dass der gesundheitliche Nutzen als die erwünschte Wirkung verschiedener Formen von Selbsthilfe im Hinblick auf viele Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten in vielen sozial unterschiedlichen Gruppen und in verschiedenen Weltregionen oft empirisch nachgewiesen worden ist“ (Rosenbrock 2001: 37).

Folgt man Rosenbrock (2001: 38ff.), lässt sich Selbsthilfe mit ihren spezifischen Merkmalen auch als Gesundheitsförderung beschreiben und sie wird daher zu einer Form der Gesundheitsförderung selbst. So lässt sich festhalten, dass im Bereich der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zur Selbsthilfe eine Reihe von positiven Aspekten immer wieder hervorgehoben wird. Neben schon erwähnten positiven Aspekten sind hier vor allem die drei psychosozialen Ressourcen „Transparenz“, „Aktivierung“ und „Partizipation“ zu nennen (ebd.). In Anlehnung an Antonovskys (1997) Konzept der Salutogenese ist in diesem Zusammenhang wichtig, inwieweit die benannten Ressourcen verfügbar sind. Je mehr diese zur Verfügung stehen, desto mehr stellt sich bei den Erkrankten das Gefühl ein, selbstwirksam und autonom handeln und selbstgesetzte Ziele erreichen zu können⁷⁹. Durch die Partizipation und den Einsatz des Individuums in einer Selbsthilfegruppe wird die Selbstwirksamkeit gefördert und durch das aktive Handeln der Einzelne in eine positivere Gefühlslage versetzt (Rosenbrock 2001). Dieses gesundheitsförderliche Moment, das in Rückgriff auf Antonovsky für die Selbsthilfe immer wieder hervorgehoben wird, ist wesentlicher Bestandteil einer gesundheitsstiftenden, partizipativ gestalteten und aktiven Selbsthilfebewegung.

79 In dieser spezifisch positiven Selbstwahrnehmung liegt nun, Antonovsky folgend, die salutogenetische, das heißt, die gesundheitsfördernde und -stiftende Wirkung des Empowerments.

Für die „Partizipation“ innerhalb dieser Konzeption lässt sich mit Trojan et al. (2012: 272) sagen, dass es sich um einen erlebten und in der Folge ausagierten „Kontrollgewinn“ des Individuums handelt, der von den Teilnehmern als positive Wendung gesehen wird. In Deutschland, Österreich und der Schweiz zeigen zudem unterschiedliche Studien, dass die Teilnahme an Selbsthilfegruppen Wirkungen im Sinne eines Empowerments entfaltet (Borgetto 2004; Forster et al. 2011; Kofahl et al. 2009; Stremlow et al. 2004). Als sogenannte „partizipationsförderliche“ (Trojan et al. 2012: 276) Aspekte können in diesem Zusammenhang erhöhtes Selbstvertrauen, soziale Aktivierung, ein Kompetenzgewinn sowie gezielte Inanspruchnahme professioneller Dienste im Versorgungssystem gesehen werden. Hier spielt auch ein spezifischer Wissens- und Informationsgewinn eine Rolle. Dem gesundheitlichen Versorgungssystem gegenüber in aktiver Rolle als Erkrankter oder Angehöriger aufzutreten, ist wichtiger Nutzen der Teilnahme. Mit diesen, der Selbsthilfe eigenen positiven Wirkungen und Wirkmechanismen wird deutlich hervorgehoben, dass es sich um eine eher gesundheitsförderliche und damit positiv konnotierte aktive Beteiligung am und im Gesundheitssystem handelt. Wenn nun die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe dies unterstützt, lässt sich, mit Rückgriff auf neuere Forschungsergebnisse sagen, dass die gesundheitsbezogene Selbsthilfe einen positiven Einfluss auf die Teilnehmer hat (Borgetto 2013; Gaber/Hundertmark-Mayser 2005; Geene et al. 2009, 2011; Trojan 2012; Trojan et al. 2012).

Sieht man sich die zeitlich etwas zurückliegende Forschung zur Selbsthilfe in Deutschland in den 1980er-Jahren an, so lassen sich schlagwortartig noch weitere Aspekte benennen, welche die Partizipation positiv konnotieren. Unter anderem zeigt z.B. Daum (1984) für Mitglieder einer Gesprächs-Selbsthilfegruppe für Depression auf, dass nach neun Monaten der Teilnahme eine erhöhte positive Selbstwahrnehmung und ein deutlich positiv verändertes Erleben der Beschwerden zu beobachten ist. Trojan et al. (1986) führten Mitte der 1980er-Jahre eine große Untersuchung zu Selbsthilfegruppen in Hamburg durch. Hier kann als wesentliches Ergebnis festgehalten werden, dass die Teilnahme zu einer Verminderung emotionaler Belastungen und Verminderung sozialer Isolation geführt hat. Exemplarisch sei an dieser Stelle noch die Arbeit von Schafft (1987) erwähnt: Hier wurden neben positiven Aspekten auch Grenzen und Risiken der Selbsthilfe aufgezeigt. Als positiver Nutzen wurde hier unter anderem festgehalten, dass die Teilnehmer ohne Angst vor Stigmatisie-

rung, Ablehnung oder Ungeduld vonseiten der anderen Teilnehmer der Gruppe ihre Krankheitserfahrungen immer wieder in der Selbsthilfegruppe schildern konnten (ebd.). Als negativer Aspekt wurde in dieser Studie festgestellt, dass die sich herausbildenden hierarchischen Strukturen auch belastende Auswirkungen auf die Teilnehmer haben können und so der Bewältigung und dem offenen Umgang mit der Erkrankung im Wege stehen.

Als ein weiterer negativer Effekt der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe muss an dieser Stelle ebenso erwähnt werden, dass es einen „(...) Weg in die Krankheitswelt anstatt der Integration der Krankheit in die Lebenswelt (...)“ (Rosenbrock 2001: 38) durch die Teilnahme gibt (vgl. hierfür auch: Rosenbrock 1998). Er taucht zumeist nur als ein Teilergebnis auf, jedoch muss man dieses gerade vor dem Hintergrund der Entwicklung des Internets und einer möglichen Verknüpfung diskutieren⁸⁰. Trojan et al. (2012: 282) weisen zudem auf zwei weitere Punkte hin, die als möglicher negativer Ausgang aus der Nutzung und Beteiligung an einer Selbsthilfegruppe gesehen werden können: „Überforderung“ und „Fehlnutzung“ (ebd.). Mit diesem Hinweis sind zwei Ebenen angesprochen: Auf der ersten ist es die Einflussnahme der Selbsthilfegruppe, die sich im Sinne bestimmter Zielerreichungen – vor allem wenn es um Ziele größerer Reichweite geht – unrealistische Ziele steckt, die sie nicht erreichen kann und so nicht sozialpolitisch wirksam wird, sondern das genaue Gegenteil erreicht. Auf der zweiten Ebene wurde in den letzten Jahren immer mehr sichtbar, dass es auch zu einer „Fehlnutzung“ kommen kann. Hiermit ist gemeint, dass „(...) der größere Gestaltungseinfluss der Selbsthilfe [...] zu Vereinnahmungsversuchen durch die Pharmaindustrie“ führt (Trojan et al. 2012: 282). Diese Entwicklung bzw. das damit verbundene Risiko erhöht sich noch mit der Zunahme der Bedeutung des Internets für diesen Bereich (Lenz/Zillien 2008). Denn hier, so lässt sich begründet annehmen, werden unter dem Deckmantel der Anonymität Handlungsspielräume erweitert und Möglichkeiten sowie Risiken erschaffen⁸¹.

Grundsätzlich ist aber festzuhalten, dass der positive gesundheitliche Nutzen der Partizipation an realen Selbsthilfegruppen überwiegt und in älterer sowie aktueller Forschung nachgewiesen werden konnte.

80 Dieser Punkt wird in der Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit noch einmal aufgegriffen.

81 Dieser Aspekt wird im weiteren Verlauf noch genauer betrachtet und sowohl in der Ergebnisdarstellung als auch in der schließenden Diskussion noch einmal hervorgehoben.

3.2 Soziale Unterstützung

Das theoretische Konzept sozialer Unterstützung ist als übergeordnetes Konstrukt zu bezeichnen, unter das auch die gemeinschaftliche und individuelle Selbsthilfe gefasst werden kann, denn diese lässt sich als eine Form sozialer Unterstützung definieren (Preiß 2010). Dies schließt direkt an das zuvor Dargelegte an: Für die Selbsthilfe zeigt sich, dass sie unter anderem auch Elemente der sozialen Unterstützung beinhaltet und durch dieses theoretische Konzept gerahmt werden kann. Den Blick gewendet, lässt sich aber auch soziale Unterstützung als theoretisches Erklärungsmodell konzeptualisieren, um Selbsthilfebestrebungen und Wirkmechanismen zu erklären (Badura 1981a; Badura et al. 1983; Borgetto 2004, 2013; Preiß 2010). Beide theoretischen Bezugsmöglichkeiten sind weiterführend und sie ergänzen einander. Schon Badura formuliert Anfang der 1980er-Jahre, dass soziale Unterstützungsleistungen innerhalb der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eine wichtige Rolle spielen und als übergeordnetes Konzept angesehen werden können – nicht nur um Wirkmechanismen theoretisch zu fassen, sondern auch um sich theorieimplikativ der Selbsthilfe und anderen Hilfe- wie Unterstützungsleistungen zu nähern (Badura 1981a, 1981b; Badura et al. 1983)⁸².

Im Folgenden werden die Spezifika sozialer Unterstützung, die inhaltlichen Dimensionen wie auch die Effekte dargestellt. Im Zusammenhang mit den bereits vorgestellten theoretischen Bezügen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe wird die soziale Unterstützung als übergeordnetes Konzept gerade vor dem Hintergrund des Einflusses Neuer Medien diskutiert. Die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stellen diese Bezüge her. Nach Darstellung der Ergebnisse wird dies noch einmal gesondert zu betrachten sein, denn die theoretische Konzeptualisierung von Modellen und Erklärungsansätzen, die für die ‚reale‘ – die nicht virtuelle – Welt entwickelt wurden, spielt hier eine wichtige Rolle. Eigenständige theoretische Konzepte für den Bereich der Neuen Medien sind bislang noch nicht erarbeitet, und so stellen die vorgestellten theoretischen Bezüge erste Hilfestellungen dar, um für diesen neuen Be-

82 Badura et al. halten dazu fest: „Unter Selbsthilfe im Laiensystem verstehen wir die Mobilisierung gesundheitsrelevanter persönlicher und sozialer Ressourcen eines Menschen. Als soziale Ressourcen bezeichnen wir Umfang und Qualität eines sozialen Netzwerkes und die damit gegebenen Möglichkeiten emotionaler und sozialer Unterstützung oder praktischer Hilfe und Information“ (Badura et al. 1983: 192).

reich – gesundheitsbezogene Online-Foren – innovative und passende Konzepte zu erarbeiten⁸³.

3.2.1 Inhaltliche Dimensionen sozialer Unterstützung

Soziale Unterstützung als theoretisches Konzept fand in der Geschichte der Begriffsverwendung unterschiedliche Bezugsrahmen und Definitionen (Preiß 2010). Eine der ersten Definitionen geht auf Cobb (1976) zurück, der allerdings in seiner Pionierarbeit lediglich die subjektive, emotionale Ebene sozialer Unterstützung berücksichtigte (Bruns 2012). Da allerdings die unterschiedlichsten Austauschbeziehungen in einem sozialen Netzwerk Ressourcen einer möglichen Unterstützung darstellen, muss auch das Konzept sozialer Unterstützung mehrdimensional betrachtet werden (Almeida et al. 2010; Bruns 2012; Preiß 2010). Diese mehrdimensionale Ausrichtung kommt in den meisten Konzeptionen, die in der Folge entstanden sind, in fünf Dimensionen sozialer Unterstützung zum Ausdruck:

1. Emotionale Unterstützung
2. Würdigende/schätzende Unterstützung
3. Instrumentelle Unterstützung
4. Informative Unterstützung
5. Beratende Unterstützung⁸⁴.

Die ersten beiden Dimensionen – emotionale wie würdigende und schätzende Unterstützung – umfassen Zuneigung, Trost, Intimität, Wertschätzung oder emotionale Zuwendung und sind auf einer kognitiv-emotionalen Ebene der Unterstützung zu verorten (Bruns 2012). Die Dimension der instrumentellen Unterstützung umfasst alle praktischen Hilfen. Damit sind unter anderen finanzielle Hilfen gemeint, aber auch die Zeit, die aufgewendet wird, um einen Angehörigen oder Verwandten zu pflegen usf. (ebd.). Informative Unterstützung stellt demgegenüber den Erhalt von

83 „Der Begriff der sozialen Unterstützung ist durch die Konjunktur des Sozialkapital-Begriffs in den Hintergrund gedrängt worden, vielleicht mit Ausnahme der Gesundheitsforschung. Damit ist jedoch keineswegs nur eine Verbesserung in der theoretischen und empirischen Durchdringung (...) verbunden“ (Diewald/Sattler 2010: 697).

84 Eine weitere prominente Differenzierung wurde für den Social Support Behavior Code (SSBC) von Cutrona und Suhr (1992) entwickelt. Hier wurden von den Autoren folgende Typen sozialer Unterstützungsleistungen in den Blick genommen: (1) Informal Support, (2) Emotional Support, (3) Tangible Support, (4) Esteem Support, (5) Network Support (Cutrona/Suhr 1992).

Ratschlägen, Anweisungen und Informationen im Allgemeinen dar. Diese Dimension kann im Kontext gesundheitsrelevanter Informationen eine besondere Ressource darstellen, denn Wissen und Informationen zu vermitteln, auf deren Grundlage eine Handlung vollzogen wird, stellt in den unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Bezügen eine wichtige Unterstützung dar (Bruns 2012; Preiß 2010; Trojan 2012). Für die fünfte und letzte Dimension ist bezeichnend, dass es sich hier um „(...) allgemeine persönliche Ratschläge [handelt], die sowohl im intimen, persönlichen Bereich als auch bezogen auf sachliche Entscheidungen gegeben werden (...)“ (Bruns 2012: 106). Knoll und Burkert fassen zudem zu den Zielen der „sozialen Unterstützungsinteraktion(en)“ zusammen:

„Ziel einer Unterstützungsinteraktion ist es, stresslösende Problemzustände, die eine oder mehrere Personen betreffen, zu verändern oder zu bewältigen, um das Wohlbefinden der Personen zu verbessern“ (Knoll/Burkert 2008: 224).

Allerdings hängt die stressreduzierende Wirkung, so Knoll und Burkert (2008), von der Stärke der gegenseitigen Unterstützung ab und ebenso von der Frage, inwieweit sich eine reziproke, aufeinander eingestellte Handlung vollzieht oder nicht. Soziale Unterstützung ist in diesem Sinne nicht nur ein mehrdimensionales, sondern zugleich auch ein auf unterschiedlichen Wirkmechanismen aufbauendes theoretisches Konzept (Badura 1981b; Bruns 2012; Burkert et al. 2006; Knoll/Burkert 2008).

Kontakte zu anderen Personen zu halten, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich innerhalb dieser Bezüge auf den unterschiedlichen Ebenen gegenseitig zu unterstützen, hat die Funktion eines zweiten Sicherungsseils beim Klettern. Die eigenen Fähigkeiten auszubauen und auf diese zu vertrauen, ist wichtiges Selbstwirksamkeitsmoment des Einzelnen. Doch das Wissen um die Sicherheit, innerhalb eines sozialen Gefüges Unterstützung erhalten und Hilfen einfordern zu können, stärkt nicht nur den Einzelnen, sondern stärkt das gesamte Gefüge (Bruns 2012; Burkert et al. 2006; Friedrich 2012). Diese reziproken Beziehungen sozialer Unterstützung sind ausschlaggebend für die Funktion und den Erhalt der Hilfe-Strukturen, in denen sich die Menschen wechselseitig unterstützen. Die Bezugnahmen gegenseitiger Unterstützung in den unterschiedlichen Dimensionen bestimmen die Spezifika der Art und Weise der Hilfe- und Unterstützungsleistung und lassen sich so verschiedenen Unterstützungshandlungen zuordnen.

3.2.2 Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung

“Although social support is often communicated through specific behaviours, such as money loans, advice and willingness to listen uncritically to another’s concerns, the offer of these provisions does not constitute social support per se. [...] The most active ingredient of social support might be individuals’ beliefs that they have people who value and care about them, and who are willing to help them if they need assistance or other support” (Sarason et al. 1996: 19f.).

Diese Aussage in einer der grundlegenden Arbeiten zum Thema von Sarason et al. (1996) über die Bedeutung der Annahme, dass der Glaube an mögliche soziale Unterstützung schon hilfreich und entlastend wirkt, wird vielfach im Konzept sozialer Unterstützung verortet (Bruns 2012; Burkert et al. 2006; Friedrich 2012). Die Grundannahme ist hier, der Glaube (belief) an die Sicherheit eines bestehenden sozialen Netzes erhöhe für den Einzelnen die Wirkung von sozialer Unterstützung.

Schon Ende der 1970er-Jahre entwickelte Caplan (1974) vier wichtige Unterscheidungsebenen sozialer Unterstützung, die sich in nahezu allen später entwickelten Konzeptionen wiederfinden: „materielle vs. psychische“ erhaltene soziale Unterstützung und „objektive vs. subjektive“ wahrgenommene soziale Unterstützung (Caplan 1974: 85). Diewald und Sattler (2010: 693-696) knüpfen an dieser Stelle an und zeigen vier erweiterte Perspektiven auf:

1. Tatsächlich geleistete Unterstützung
2. Wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung
3. Bedarf an spezieller sozialer Unterstützung
4. Wahrgenommene Angemessenheit sozialer Unterstützung

Hierbei handelt es sich um das Konzept der wahrgenommenen Unterstützung auf der einen Seite und der erhaltenen bzw. geleisteten Unterstützung auf der anderen Seite.

Diese

„(...) unterscheiden sich somit nicht nur darin, ob Überzeugungen oder Handlungen erfragt werden, sondern zudem hinsichtlich Faktizität (d.h. potenziell vs. real), Globalität (gesamtes Netzwerk vs. ausgewählter Unterstützungsgeber) und zeitlicher Perspektive (prospektiv vs. retrospektiv) der hierbei erfassten Unterstützung“ (Friedrich 2012: 95).

Die von Diewald und Sattler (2010) benannte Perspektive „wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung“ nimmt Anschluss an die Feststellung, dass schon der Glaube an eine potenzielle Hilfe und Unterstützung entlastend und wirkmächtig

ist. Das bedeutet also, dass die *wahrgenommene* soziale Unterstützung einen wesentlich höheren prognostischen Wert für gesundheitsbezogene Wirkungen innehat als die erhaltene (Badura et al. 1983; Bruns 2012; Diewald/Sattler 2010; Knoll/Burkert 2008; Preiß 2010).

Soziale Unterstützung wird in den aktuellen theoretischen Debatten auf dieser Ebene dargestellt (Bruns 2012; Diewald/Sattler 2010; Knoll/Burkert 2008; Preiß 2010). Die Einschätzung der empfundenen sozialen Unterstützung kann auf der Seite des Gebenden erheblich von der Seite des Empfangenden abweichen.

„Weitere direkte oder indirekte Korrelate der wahrgenommenen Unterstützung sind bessere soziale Kompetenzen, hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, adaptivere Stressbewältigung, geringere Ängstlichkeit, eine positivere Selbstsicht, positivere Erwartungen an die Interaktion mit anderen und eine positivere Bewertung der Anpassung anderer Menschen“ (Knoll/Burkert 2008: 228).

Wahrgenommene soziale Unterstützung ist zudem mit einer weitaus besseren „emotionalen Anpassung assoziiert“ (Knoll/Burkert 2008: 229) und wirkt auf diese Weise entlastend. Gerade für psychische Erkrankungen ist eine psychisch höhere Belastbarkeit wie auch eine verbesserte psychische Funktion im Allgemeinen zu verzeichnen, wenn die soziale Unterstützung von den Erkrankten als real und damit von ihnen wahrgenommen wird (Friedrich 2012; Preiß 2010).

Diese beiden Perspektiven müssen im Konzept der sozialen Unterstützung berücksichtigt werden, denn „(...) es bestehen [...] erhebliche Unterschiede in der Wahrnehmung [...] von Sender und Empfänger über die Qualität und Quantität der Unterstützung“ (Preiß 2010).

Real erhaltene und subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung müssen unterschieden werden und können in den schon vorgestellten Dimensionen sozialer Unterstützung verortet werden. Die von Knoll und Burkert (2008) genannten Aspekte: (a) bessere soziale Kompetenzen, (b) hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, (c) adaptivere Stressbewältigung, (d) geringere Ängstlichkeit, (e) eine positivere Selbstsicht und (f) positivere Erwartungen an die Interaktion mit Anderen sind innerhalb der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wichtige direkte oder indirekte Wirkmechanismen und Korrelate. Für die Wirkmechanismen (a) und (b) ist zu ergänzen, dass es sich gerade im Bereich der psychischen Krankheiten für die Erkrankten um wichtige

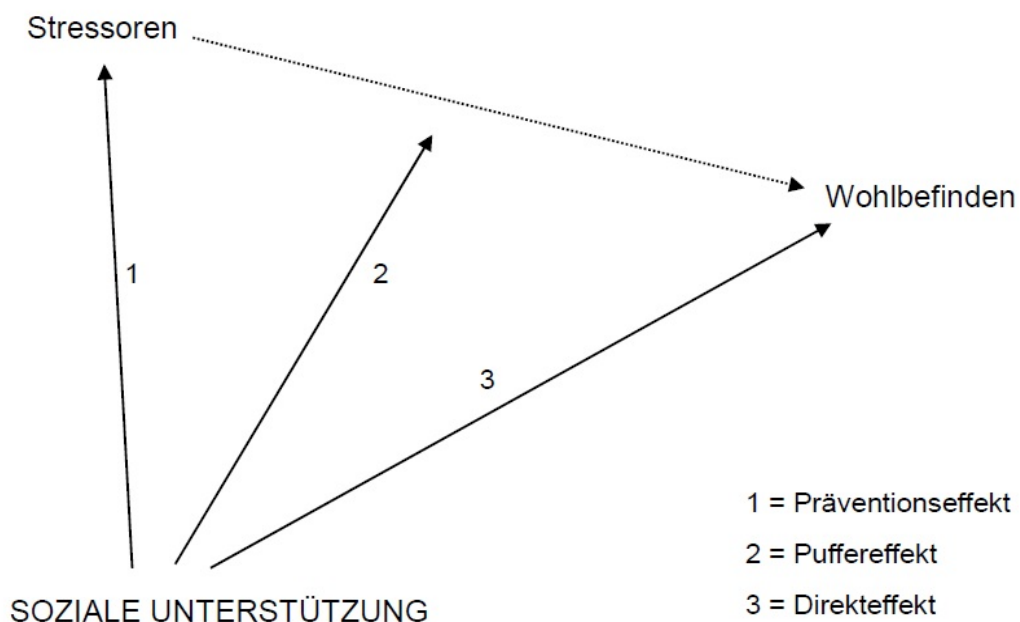
wahrgenommene soziale Unterstützungen handelt, die besonders für diese Gruppe eine wichtige Rolle spielen (Knoll/Burkert 2008).

Diese Wirkmechanismen zeigen eine direkte Verbindung zur Selbsthilfe auf. Die Eingebundenheit in soziale Hilfebezüge, in denen und über die Unterstützung reziprok geleistet wird, stellt für Menschen eine wichtige Hilfe dar und erlaubt ihnen, auf einer solidarisch ausgerichteten Handlungsebene gegenseitig soziale Unterstützung zu leisten und zu empfangen.

3.2.3 Effekte sozialer Unterstützung

Auch wenn die verschiedenen Studien zu sozialer Unterstützung nur eingeschränkt miteinander zu vergleichen sind, „(...) bestätigt sich durchgehend die Bedeutung sozialer Unterstützung für die Bewältigung von Krisen, Belastungen und psychosozialen Problemen“ (Hintermair et al. 2000: 26). Auf theoretischer Ebene lassen sich zwei Effekte sozialer Unterstützung unterscheiden: (1) Direkt- bzw. Haupteffekt und (2) Puffereffekt (siehe Abbildung 9) (Badura 1981a, 1981b; Cohen/Syme 1985; Diewlad 1991; Diewald/Sattler 2010; Knoll/Burkert 2008; Siegrist 2005).

Abbildung 9: Direkt- und Puffereffekt sozialer Unterstützung



Quelle: Diewald/Sattler 2010: 695⁸⁵.

85 „Allgemein ist der Fluss sozialer Unterstützung in informellen Beziehungen abhängig von generellen Bedürfnissen und spezifischeren Lebenszielen einerseits und den Gelegenheitsstrukturen

Die These zum (1) Direkt- bzw. Haupteffekt sozialer Unterstützung geht davon, dass es einen allgemeinen positiven Effekt gibt und dass das Wohlbefinden des Individuums grundsätzlich dadurch gesteigert wird, dass der Einzelne sich in ein soziales Netzwerk eingebettet und aufgenommen fühlt (Preiß 2010). Eine reale Unterstützungsleistung ist hier nicht notwendig. Der direkt wirkende positive Nutzen steht im Vordergrund. Dieser Haupteffekt sozialer Unterstützung liegt auch dann vor, wenn offensichtlich andere Stressoren gleichzeitig wirken (Badura 1981a; Bruns 2012; Klein 2008). Es geht um die Einbettung von Individuen in ein soziales Netzwerk, aus dem heraus sie potenziell Unterstützung erfahren können (siehe Abbildung 9)⁸⁶. Im Umkehrschluss gilt aber zugleich, „(...) that socially isolated individuals are less able than others to buffer the impact of health stressors and consequently are at greater risk for negative health outcomes such as illness or death“ (Smith/Christakis 2008: 408).

Während sich die These zum Direkt- bzw. Haupteffekt sozialer Unterstützung an sozialer Integration orientiert, stellt die zweite These zum (2) Puffer-Effekt einen direkten Link zur Stresstheorie her (Badura 1981a, 1981b; Diewald/Sattler 2010; Hirsch 1980; Smith/Christakis 2008). Als Puffer kann soziale Unterstützung immer dann als positiver Effekt wirken, wenn z.B. andere gesundheitsbelastende Faktoren durch sie abgeschwächt werden und auf diese Weise das Individuum positiv beeinflusst wird (Badura 1981b; Bruns 2012; Klein 2008). Die These stellt weiter heraus, dass soziale Unterstützung „(...) den Einfluss der Stressoren auf die Stressreaktion verändern oder aber auch die Einwirkungen der Stressreaktionen auf die individuellen Befindlichkeiten mildern“ (Röhrle 1994: 75) kann. Der Puffereffekt hat einen positiven Nutzen, wenn Stressoren abgeschwächt werden sollen. Dies bedeutet, dass der Stressor weiterhin wirksam ist, jedoch seine Wirkung auf den einzelnen gemindert wird (siehe Abbildung 9).

auf der Ebene der Gesellschaft, der Organisationsmitgliedschaften und der Netzwerkbeziehungen andererseits. [...] Eine Präventionswirkung sozialer Unterstützung liegt dann vor, wenn soziale Unterstützung von vorneherein das Auftreten von Stressoren unterbindet oder ihr Ausmaß reduziert. Als Beispiel könnte hier das generationale Vererben angesehen werden“ (Diewald/Sattler 2010: 694f.).

86 Diese These stellte schon 1897 der Soziologe Émile Durkheim in seiner Arbeit „Der Selbstmord“ vor; er geht davon aus, dass das Eingebettet-Sein in soziale Netzwerke – also die soziale Integration – eine schützende Funktion für den Einzelnen erfüllt (Durkheim 1987).

Soziale Unterstützung kann nicht nur in einem positiven Sinne wirken – Haupteffekt und Puffereffekt – sondern auch negative Folgen haben. Diese treten auf, wenn die erhaltene Unterstützungsleistung nicht zum Bedarf passt, also inadäquat ist, wenn sie ausbleibt, „(...) aber auch, wenn Hilfe [und Unterstützung, C.K.] Gefühle der Abhängigkeit, Unterlegenheit oder Einmischung beim Empfänger hervorruft“ (Günther 2015: 191). Diese negativen Effekte sozialer Unterstützung haben ebenso ihre Wirkmächtigkeit auf den verschiedenen Ebenen. Reale bzw. objektive und subjektiv empfundene Unterstützung stehen hier ebenso nebeneinander wie die Mehrdimensionalität der von Caplan (1974) – und später Diewald und Sattler (2010) – entwickelten Kategorien sozialer Unterstützungsleistungen.

Soziale Unterstützung zeigt sich also als ein übergeordnetes Konzept, um die Selbsthilfebestrebungen und Hilfeleistungen genauer einzuordnen, die zuvor betrachtet wurden. Die Effekte sozialer Unterstützung und die Mehrdimensionalität des Konzeptes zeigen einen differenzierten Ausschnitt von Unterstützungs- und Hilfeleistungen.

3.3 Das Internet als Unterstützungs- und Hilfe-Medium: Fazit und Fragestellung

Sowohl für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe als auch für das Modell sozialer Unterstützung kann festgehalten werden, dass es sich um theoretische Ansätze handelt, die aus ‚realen‘ Zusammenhängen heraus entwickelt wurden. Es sind keine theoretischen Ansätze, die direkt – oder im Nachgang – an die soziale Wirkung der Neuen Medien angepasst wurden (Eichenberg 2006; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013a, 2013b; Leiberich et al. 2004; Walther/ Hundertmark-Mayser 2011). So muss an dieser Stelle ein erster Blick darauf gerichtet werden, was Unterstützungs- und Hilfeleistungen im Bereich der Neuen Medien heißen können, denn die empirischen Betrachtungen der vorliegenden Arbeit erschließen hier eine weiterführende Perspektive.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, wird – abhängig davon, welcher Online-Dienst genutzt wird – eine Vielzahl kommunikativer Möglichkeiten über das Internet herstellbar (Karlheim/Steffen 2013a, 2013b). Eine viel genutzte und prominente Möglichkeit stellen gesundheitsbezogene Online-Foren dar – allen voran De-

pressions-Online-Foren. Die einzelnen Angebote im Internet sind mannigfaltig (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012). Für das vorgestellte theoretische Konstrukt der Selbsthilfe lassen sich im Bereich der Neuen Medien zwei Formen von „Selbsthilfe online“ oder „virtueller Selbsthilfe“, wie sie in der wissenschaftlichen Debatte benannt sind (siehe 2.2 Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme, S. 45ff.) unterscheiden:

(1) Erstens gibt es virtuelle Angebote von real existierenden Selbsthilfegruppen, die über Online-Foren, Informationsportale oder Soziale Netzwerke wie Facebook, Google+ o.ä. ihre Reichweite ausweiten und online zusätzliche Informationen und auch Beratungsangebote zur Verfügung stellen (Karlheim/Steffen 2013a). In diesem Fall sind es lokal verortete Selbsthilfegruppen, die über das Internet einen weiteren Kanal öffnen, um alte sowie neue Mitglieder zu vernetzen. Hierzu gibt es von der Initiative der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) keine offiziell bestätigten Zahlen und es wird nur vermutet und geschätzt, wie viele Selbsthilfegruppen nach diesem Modell online sind (Borgetto 2013; NAKOS 2012; Karlheim/Steffen 2013b; Thiel 2011; Walther/Hundertmark-Mayser 2015).

(2) Zweitens – und dies ist die weitaus größere Zahl von Angeboten, die sich im Internet finden lassen – gibt es rein virtuelle Angebote, die ausschließlich im Internet existieren und auch nur in diesem ‚losen‘ virtuellen Rahmen agieren, ohne dass hinter ihnen eine reale Selbsthilfegruppe als Betreiber steht⁸⁷.

Für die Entwicklung der Selbsthilfe bedeutet dies, dass die reale Selbsthilfe ihren Möglichkeitsraum mit Angeboten im Internet erweitert (Walther/Hundertmark-Mayser 2011, 2015). Andererseits hat jedoch durch die Neuen Medien eine Entwicklung eingesetzt, bei der zu fragen ist, ob sie an die Gründungsideen der Selbsthilfe anschließt oder in Zielen und Performanz davon abweicht und so eine gänzlich neue Form der Unterstützung und Hilfe über das Internet darstellt.

87 Ob und inwieweit die aufgezeigten Parallelwelten – auf der einen Seite reale, auf der anderen virtuelle – dieselbe Ausgangslage haben ist nicht klar: Sie beziehen sich zumeist auf die gleiche Kritik an den Defiziten des medizinisch-sozialen Systems. Allerdings lässt sich zeigen, dass zwar die Ausgangssituation verblüffend ähnlich ist, ob jedoch die Umsetzung und Ausgestaltung des Aktivwerdens bei der virtuellen Form eine ähnliche oder eine gänzlich andere ist, ist bislang nicht klar auszumachen. Ob und inwieweit die Ziele wie Interessensvertretung, politische Teilhabe und Einflussnahme auch auf virtueller Ebene verfolgt werden, bleibt weiterhin unklar (Karlheim/Steffen 2013a, 2013b).

Hieran und an die weiter oben dargestellten positiven wie negativen Folgen der Partizipation in einer Selbsthilfegruppe anschließend zeigt sich ein weiterer wichtiger Aspekt für den Bereich der Neuen Medien:

„In the world of social media – where anyone can be a journalist by posting/tweeting/blogging about their experiences and point of view – in the same vein, anyone can be a doctor“ (McDaid/ Park 2011: 24).

Diese von McDaid und Park formulierte These verweist darauf, dass es aufseiten der Nutzer um eine gesteigerte Herausforderung ihrer Aufmerksamkeit und Urteilsfähigkeit geht. Sie werden immer stärker beansprucht, denn sie müssen aufmerksam und kompetent unterschiedliche Angebote auf ihre Qualität hin prüfen, bewerten und unterscheiden können. Gerade im Rahmen der virtuellen Fluidität von Informationen, der Kurzlebigkeit und schnellen Veränderung von Angeboten im virtuellen Raum scheinen diese Anforderungen ein gesteigertes Maß erreicht zu haben und gesundheitsbezogene Online-Foren sind in diesem Rahmen ein besonderes Feld, in dem diese eine Rolle spielt.

In diesen virtuellen Räumen tauschen sich Tausende von Menschen online über ihre Erkrankungen, Erfahrungen mit Behandlungen, über medikamentöse Regime usw. aus. Liegt hier nun aber Selbsthilfe im oben dargestellten Sinne vor? Und lassen sich hier Formen sozialer Unterstützung finden? Auf welche Weise ließe sich diese neue Entwicklung darstellen, die nicht direkt in den realen Selbsthilfe-Bewegungen gründet, sondern eine ganz eigene Form darstellt? Die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit geben hier Aufschluss.

Das theoretische Konzept sozialer Unterstützung, das auf unterschiedlichen Ebenen zu verorten ist und von einer emotionalen bis hin zu einer informationalen Unterstützungsleistung reicht, kann als ein geeignetes Modell angesehen werden, um im Rahmen der Neuen Medien die Handlungen und Sichtweisen der Nutzer und Betreiber der Online-Foren zu charakterisieren und gegenüberzustellen. Die wahrgenommene Unterstützung auf der Seite der Nutzer spielt hier eine wichtige Rolle – gerade vor dem Hintergrund der Frage nach der Funktion der Online-Foren für die Nutzer. Soziale Unterstützung ist (a) ein mehrdimensionales Modell und umfasst verschiedene Ebenen, (b) es ist ein klar konzeptionalisiertes Modell, das (c) Effekte und Wirkmechanismen aufzeigt, (d) sowohl für individuelle wie auch gegenseitige Bezugnahmen

und Unterstützungsleistungen erarbeitet wurde und (e) in Verbindung mit der individuellen und gemeinschaftlichen Selbsthilfe ein geeignetes theoretisches Fundament bietet.

Die Depressions-Online-Foren, die Gegenstand der vorliegenden Studie sind, weisen neue Merkmale auf, die sich in der realen Selbsthilfe und in der Konzeption sozialer Unterstützung nicht finden und die unter Versorgungsgesichtspunkten bislang nicht diskutiert wurden. Diese neuen Merkmale zeigen sich im empirischen Material der vorliegenden Studie und reichen von einer Orts- und Zeitunabhängigkeit über die schriftbasierte Kommunikation und relative Anonymität bis hin zu einer stark strukturierten Vorgabe der Betreiber und spezifischen Arbeit der Moderatoren in den Online-Foren. Die dahinterliegenden Strukturen und Funktionen der Online-Foren, die von den Betreibern eingerichtet und von den Moderatoren umgesetzt werden, sind bislang nicht in der Forschung fokussiert worden.

Aus diesen Gründen wird im Folgenden auf empirischer Basis gefragt, wodurch die Depressions-Online-Foren charakterisiert sind, welche Ideen und Zielsetzungen diesen Online-Foren zugrunde liegen, welche Funktion die Teilnahme für die Nutzer hat, welche Arten von wechselseitiger Unterstützung und Hilfe sich hier identifizieren lassen, wie diese zu konzeptualisieren sind und ob im virtuellen Raum der Online-Foren sich eine neue Form generiert.

Um dieser Frage nachzugehen, sollen zwei der größten deutschsprachigen Depressions-Online-Foren empirisch analysiert werden. Dabei wird sowohl die Betreiber- wie die Nutzerseite Beachtung finden, da erst durch diese mehrperspektivische Herangehensweise das Phänomen ‚Depressions-Online-Forum‘ in seiner Gesamtheit betrachtet werden kann.

4 Methodisches Vorgehen: Neue Medien – neue Methoden

Durch die forschungsleitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit ergibt sich ein spezifisches, dem besonderen Gegenstand – Depressions-Online-Forum – angemessenes und spezifisch angepasstes methodisches Design. Wie im zweiten Kapitel dargestellt (2.2 Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme, S. 45ff.), zeigen sich im aktuellen Stand der Forschung erhebliche Lücken im Wissen um Depressions-Online-Foren. Gerade die bisherige Fokussierung auf quantitative Datenerhebungen in diesem Feld sowie die weitgehende Beschränkung der Forschung auf inhaltsanalytische Analysen von Posts aus Depressions-Online-Foren zeitigen erhebliche Wissensdefizite in diesem Bereich. Doch nicht nur vom inhaltlichen Standpunkt aus gesehen gibt es Lücken im Wissen, sondern auch aus methodologischer Sicht. Zwar sind einige Anstrengungen im Bereich der qualitativen Online-Forschung unternommen worden, doch steckt die methodische Auseinandersetzung und Ausarbeitung einzelner Ansätze – Erhebungs- wie Auswertungsverfahren – noch am Anfang. Forschung, die sich diesem neuen medialen Bereich widmet, erfordert ein innovatives methodisches Vorgehen, denn die Grundlagenliteratur ist bislang mangelhaft (Bergmann/Meier 2007; Kelle et al. 2009; Meißner 2014; Sander/Schulz 2015; Schirmer 2014).

Das explorative methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit stellt einen wichtigen Beitrag zur methodischen Diskussion im Bereich der qualitativen Online-Forschung (Bergmann 2006; Sander/Schulz 2015; Schirmer 2014) wie auch der qualitativen Versorgungsforschung (Karbach et al. 2012; Meyer et al. 2012; Meyer/Stamer 2014) dar. Grundlage hierfür sind die durchgeführten *asynchronen Online-Gruppendiskussionen mit den Nutzern wie den Moderatoren der Depressions-Online-Foren*. Hier verfolgt die Arbeit einen innovativen methodischen Ansatz. Zu asynchronen Online-Gruppendiskussionen liegen bislang keine ausgearbeiteten methodischen Arbeiten vor, aus denen sich Erfahrungen zur Methode schöpfen lassen. So kann in diesem Bereich nicht auf einen bereits vorliegenden breiten Methodendiskurs zurückgegriffen werden. Die folgenden Ausführungen zur methodischen Vorgehensweise und methodischen Umsetzung der asynchronen Online-Gruppendiskussionen stellen einen wesentlichen Beitrag zur qualitativen Methoden-

entwicklung dar. Im Rahmen der Gegenstandsangemessenheit verfolgt diese Arbeit ein methodisch innovatives Vorgehen.

Zwei methodische Zugänge, die im Folgenden genauer dargestellt werden, wurden auf dieser Grundlage gewählt: *Experteninterviews* mit den Betreibern der Depressions-Online-Foren sowie *asynchrone Online-Gruppendiskussionen* mit den Nutzern und Moderatoren⁸⁸. Um die verschiedenen Perspektiven darstellen zu können, wurde für die vorliegende Arbeit nicht nur die Nutzer der Online-Foren befragt, sondern auch die Betreiber mit in die Erhebung einbezogen. Auf Grundlage des Stands der Forschung, den Erfahrungen des Autors aus dem Feld der Suizid-Online-Foren⁸⁹ und den empirischen Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wurde der Fokus sowohl auf die Nutzer als auch auf die Betreiber und Moderatoren der Depressions-Online-Foren gelegt. Dass neben den Nutzern und Betreibern der untersuchten Foren die Moderatoren eine nicht zu vernachlässigende dritte Perspektive einbringen, wurde erst im Verlauf des Forschungsprozesses deutlich. Nachdem das erste Experteninterview geführt wurde und Beobachtungen im Feld durch den Autor gemacht wurden, warfen sich einige Fragen auf, die die Moderation des Forums betrafen. Daher wurden die Moderatoren als wichtige eigenständige Akteure mit einer eigenständigen Perspektive in das Forschungsdesign aufgenommen und zusätzlich zu den asynchronen Online-Gruppendiskussionen mit den Nutzern wurden Gruppendiskussionen mit den Moderatoren beider Depressions-Online-Foren durchgeführt.

Die folgenden Ausführungen beginnen mit einer Revision des Feldzugangs und den Besonderheiten des Weges in das Feld ‚Depressions-Online-Forum‘, da erst diese Betrachtungen den Blick auf das spezielle methodische Design der vorliegenden Arbeit und dessen Umsetzung ermöglichen. Daran anschließend werden die methodischen Besonderheiten und Grundlagen der Experteninterviews (Betreiberseite) vorgestellt, bevor in einem dritten Teil die Spezifika der asynchronen Online-Gruppendiskussionen (Nutzerseite und Moderatoren) herausgearbeitet werden.

88 Mit diesen zwei methodischen Zugängen wird sichergestellt, dass dem differenzierten Feld der Online-Foren gegenstandsangemessen begegnet wird.

89 Die Vorerfahrungen und Vorarbeiten des Autors basieren auf seiner Diplomarbeit mit dem Titel „Könnt Ihr es verstehen?: Betreiber- und Nutzerseite eines Suizid-Forums im Internet. Eine qualitative Studie“ (2009), die an der Universität Bielefeld eingereicht wurde.

4.1 Der Weg in ein verschlossenes Feld

Der Weg in das Feld ‚Depressions-Online-Forum‘ sowie die daran anschließende Auswahl der beiden Depressions-Online-Foren, die Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind, legte einige Besonderheiten des Feldes offen. Hieran schlossen sich die Überlegungen zu den Erhebungsmethoden an. Der Weg ins Feld war gleichzeitig auch der Weg zu den Möglichkeiten der Anwendung der Erhebungsmethoden. Aus diesem Grund ist „Der Weg ins Feld“ der dezidierten Darstellung des methodischen Vorgehens voran- und nicht, wie üblich, nachgestellt (Bergmann 2006; Bergmann/Meyer 2006; Wolff 2007).

Nach ersten umfangreichen Recherchen in der Literatur sowie über Internetsuchmaschinen wurden vom Autor insgesamt 30 deutschsprachige Online-Foren ausfindig gemacht, die ihren thematischen Schwerpunkt auf das Thema ‚Depression‘ gelegt haben. Zuerst wurde diese Gesamtheit der festgestellten Online-Foren nach professionell geführten und Laien-Online-Foren unterschieden, wobei nur ein deutschsprachiges Online-Forum von Professionellen begleitet und betrieben wurde. Wie bereits beschrieben sind die allermeisten Online-Foren zu gesundheitsrelevanten Themen reine Laien-Zusammenschlüsse, die gesundheitliche Versorgung hat sich dieses Themas bis lang nicht angenommen.

Die gefundenen Online-Foren wurden in einem zweiten Schritt nach den Merkmalen (a) Größe (registrierte Nutzerzahl), (b) Anzahl der einzelnen Posts sowie der (c) Anzahl der Threads insgesamt gegenübergestellt. Für alle der 30 Online-Foren wurden die Adressen der Betreiber herausgesucht, um diese via E-Mail wie auch postalisch zu kontaktieren⁹⁰. Dies erwies sich als eine erste Hürde, denn den Kontakt in ein Feld herzustellen, das sich anonym im virtuellen Raum befindet, stellte sich als hohe Barriere dar. Eine aktuelle E-Mail-Adresse oder auch eine postalische und damit personengebundene Anschrift zu finden, stellte sich als Herausforderung heraus. So konnten drei Online-Foren nicht kontaktiert werden, da diese keine postalische Anschrift hinterlegt hatten und die angegebene E-Mail-Adresse nicht funktionierte.

In diesem sehr sensiblen Feld ist von verdeckter Forschung abzuraten, da es sich hier, stärker als in anderen virtuellen Bereichen, um Räume handelt, in denen Nutzer

90 Auf den Webseiten der allermeisten Online-Foren waren auch unter den „AGBs“ bzw. unter „Kontakt“ die postalischen Anschriften der Betreiber hinterlegt.

Anonymität und Schutz vor Stigmatisierung suchen, also auch und gerade Schutz vor Ausspähung. In einem solchen Feld verdeckte Forschung durchzuführen, ist – von grundlegenden forschungsethischen Gesichtspunkten ganz abgesehen (Unger/Narimani 2012) – in keiner Form dem Gegenstand angemessen.

Von den insgesamt 27 kontaktierten Online-Foren, kamen acht Antworten via E-Mail. In diesen acht Rückmeldungen erklärten sich nur drei Forenleitungen grundsätzlich dazu bereit, an dem Forschungsprojekt teilzunehmen und sich als Interviewpartner zur Verfügung zu stellen. Zwei dieser drei Online-Foren sind Gegenstand der vorliegenden Studie. Mit allen drei Forumsleitungen wurden Experteninterviews geführt, doch das dritte Online-Forum konnte nicht in die Sample aufgenommen werden, da sich *erstens* das Material des Experteninterviews nur bedingt für eine Analyse eignete. Die interviewte Forumsleitung war nur bedingt bereit, über das Forum, seine Abläufe und Interna zu sprechen; so ergaben sich thematische Engführungen und das Material konnte nicht weiter für die Analyse genutzt werden. *Zweitens* konnten in diesem dritten Online-Forum keine Online-Gruppendiskussionen durchgeführt werden. Es gab zwar eine Bereitschaft dazu, doch aus zeitlichen und organisatorischen Gründen war dieses Vorgehen nicht umsetzbar.

Die anderen Rückmeldungen bestanden zum Teil aus harschen Abweisungen, die mit dem Hinweis versehen waren, dass keine Forschung erwünscht sei und „außenstehende“ Forscher keine Berechtigung erhalten sollten, das Forum oder seine Nutzer als ‚Versuchskaninchen‘ zu benutzen. Auch wurde in diesen Antworten darauf hingewiesen, es komme oft zu Anfragen vonseiten der Forschung, mit der Bitte verknüpft, in den Online-Foren Online-Fragebögen zu veröffentlichen.

Als ein wichtiges Datum kann festgehalten werden, dass der Zugang zu diesem spezifischen Feld mit erhöhten Schwierigkeiten verbunden ist. Einen Gatekeeper ausfindig zu machen, eine gültige E-Mail-Adresse bzw. eine aktuelle und personengebundene postalische Adresse zu finden, ist eine der ersten Barrieren. Die Zustimmung der Forenbetreiber zu erhalten und deren Vertrauen zu gewinnen, stellt eine weitere nochmals höhere Hürde dar. Zudem ist ein gegenstandsangemessenes methodisches Design zu erarbeiten, das sich explizit auf den virtuellen Raum bezieht.

Erst durch die Mithilfe und Zustimmung der Forenleitungen wurde es dem Forscher ermöglicht, *in den Online-Foren selbst Daten zu erheben* und *das Online-Forum*

selbst als Erhebungsinstrument nutzbar zu machen. Dieses besondere methodische Design konnte über den Feldkontakt sichergestellt werden. Die Vorbereitungen dazu und Abstimmungen wurden gemeinsam mit den Leitern der Depressions-Online-Foren durchgeführt. Erst aus dieser Zusammenarbeit ergab sich die Möglichkeit zur Durchführung von Online-Gruppendiskussionen in diesem sehr sensiblen Feld.

Ohne die Mithilfe, Unterstützung und Kooperation der Betreiber der beiden Online-Foren wäre die methodische Umsetzung der vorliegenden Arbeit nicht möglich gewesen. Da Betreiber- sowie Nutzerseite mit einbezogen werden sollten, war die Zustimmung und Mithilfe der Forenleitungen konstitutiv und unumgänglich,⁹¹ denn in diesem Feld spielen, wie bereits festgestellt, Anonymität und Schutz der Teilnehmer eine besondere Rolle.

4.2 Experteninterviews: Betreiberseite

„Eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, daß sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (Meuser/Nagel 1997: 484).

Um das Phänomen der Depressions-Online-Foren zu untersuchen und diesem im Sinne der Gegenstandsangemessenheit gerecht zu werden, sind, wie bereits angesprochen, unterschiedliche Erhebungsmethoden gewählt worden. In diesem relativ neuen Bereich qualitativer Forschung, die online durchgeführt wird, ist es notwendig, mit zwei unterschiedlichen Erhebungsmethoden zu arbeiten. Da es allerdings für die Anwendung qualitativer Methoden – Erhebungs- sowie Auswertungsmethoden – für den Bereich der Neuen Medien bislang noch wenig ausgearbeitete methodologische Ansätze gibt, stellt das methodische Vorgehen einen innovativen Ansatz dar, der gerade für den Bereich der asynchronen Online-Gruppendiskussionen einer Reflexion bedarf.

Wie im zweiten Kapitel (siehe S. 45ff.) dargestellt, wurden in der bisherigen Forschung die Betreiber der Online-Foren kaum in den Blick genommen; eine starke Fokussierung liegt bislang auf den Nutzern. Welche Rolle die Betreiber spielen und

91 Über eine Diskussion zu verdeckter und offener Beobachtung in der qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung siehe exemplarisch Lamnek 2005; Li 2008; Lueger 2000: 58.

welche Ideen und Ziele sie mit ihren Angeboten verknüpfen ist bislang nur unzureichend untersucht worden, schon gar nicht in Bezug zur Nutzerperspektive gesetzt worden (Breuer/Baker 2015; Evans et al. 2011; Griffiths et al. 2015). Die vorliegende Arbeit bezieht diese wichtige Perspektive ein und verknüpft sie mit der der Nutzer wie auch der Moderatoren der Online-Foren.

Um die Seite der Betreiber der Online-Foren darstellen und analysieren zu können, wurden *Experteninterviews* durchgeführt. In beiden untersuchten Depressions-Online-Foren wurden die Betreiber bzw. Leitungen interviewt. Für das Depressions-Online-Forum I wurde die Leiterin zweimal interviewt, das erste Mal in einer Face-to-Face-Situation und ein weiteres Mal telefonisch, um Nachfragen zu klären. Bei dem Depressions-Online-Forum II sind der Leiter sowie ein ehemaliger Mitarbeiter interviewt worden; beide Experteninterviews fanden Face-to-Face statt. Der Fokus der Experteninterviews lag auf dem Erfahrungswissen der Experten. Die Interviews haben die Aufgabe, „(...) Wissen über die Kontextbedingungen des Handelns der Zielgruppe zu liefern“ (Meuser/Nagel 2005a: 75). Im Zentrum stehen hier „technisches Wissen“ sowie „Prozesswissen“ (Bogner/Menz 2009: 71), welches sich auf Informationen über Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen sowie vergangene und aktuelle Ereignisse bezieht. Die Betreiber werden in diesem Forschungszusammenhang als Experten angesprochen; der Expertenstatus wird ihnen verliehen, da sie im interessierenden Handlungsfeld „wirksam“ sind (Meuser/Nagel 2005a).

4.2.1 Der Expertenbegriff und die Vorbereitung der Experteninterviews

Die Bestimmung des Begriffs des Experten ist in Anlehnung an Meuser und Nagel (2005a, 2005b) sowie Bogner und Menz (2005, 2009) nur in Abhängigkeit vom jeweiligen Forschungsvorhaben und dem zu untersuchenden Handlungsfeld möglich. Der verliehene, oder genauer: zugeschriebene Expertenstatus wird so zu einem „relationalen“ (Meuser/Nagel 2005a: 73)⁹². Für die vorliegende Arbeit wurde der Begriff des Experten vom Forscher an die Betreiber der Depressions-Online-Foren verliehen.

92 Da es an dieser Stelle für die methodische Diskussion nicht weiterführend ist, inhaltlich aber eine aufschlussreiche Diskussion darstellt, soll auf einige Aufsätze hingewiesen werden, die den Diskurs über die Bestimmung und Definition der Begriffe „Experte“, „Laie“, „Spezialist“ und „Professioneller“ sowie der Frage nach dem Begriff des „Sonderwissens“ von Experten behandeln: Bogner/Menz 2005; Hesse 1998; Meuser/Nagel 2005b; Schütz 1964; Sprondel 1979.

Sie stellen Experten in ihrem spezifischen Handlungsfeld dar, denn sie verfügen, zusätzlich zur Wirkmächtigkeit, aufgrund der praktischen Tätigkeit im Online-Forum über „technisches Wissen“ sowie über „Prozesswissen“ (Bogner/Menz 2005: 43). „Technisches Wissen“ lässt sich in diesem Zusammenhang als Wissen über Regelabläufe und Anwendungsroutinen innerhalb des Handlungsfeldes charakterisieren, wogegen „Prozesswissen“ sich auf die „(...) Einsichtnahme und Informationen über Handlungsabläufe (...) sowie vergangene oder aktuelle Ereignisse bezieht (...)“ (ebd.). So lässt sich sagen, dass als Experte angesprochen wird, „(...) wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über relevante Personengruppen, Soziallagen und Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser/Nagel 2005b: 259). Die Betreiber der Depressions-Online-Foren werden so zu Experten innerhalb ihres spezifischen Handlungsfeldes. Sie sind Personen, die gegenüber dem Forscher über ein „Mehrwissen“ verfügen.

In der Vorbereitung auf Experteninterviews erhält die Entwicklung des Interviewleitfadens eine besondere Stellung innerhalb des Forschungsprozesses. Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes ist als ein wesentlicher Bestandteil des Forschungsprozesses selbst anzusehen. Die Beschäftigung mit dem Feld bzw. mit einzelnen Bereichen des Handlungsfeldes, in denen die Experten tätig sind, schließt auf der einen Seite aus, „(...) dass sich der Forscher als inkompetenter Gesprächspartner darstellt“ (Meuser/Nagel 2005a: 77), da er sich im Vorfeld mit den anzusprechenden Themen vertraut gemacht hat. Auf der anderen Seite dient dies der Fokussierung auf das „(...) thematisch begrenzte Interesse des Forschers an dem Experten (...)“ (ebd.). Meuser und Nagel weisen allerdings darauf hin, dass der Leitfaden nicht als „zwingendes Ablaufmodell“ verstanden und eingesetzt werden sollte, sondern eher eine Orientierung darstellt, um die Relevanzsetzungen des Gegenübers zuzulassen, indem in der Interviewsituation mit einem offenen Leitfaden gearbeitet wird (vgl. Meuser/Nagel 2005a: 78)⁹³.

93 Für die Diskussion über die sogenannte „Leitfadenbürokratie“ siehe Christel Hopfs Aufsatz zu diesem Thema (Hopf 1978).

4.2.2 Leitfadententwicklung und Analyseschritte

Grundlage für die Erhebung der Interviews im Rahmen dieser Studie war die Entwicklung eines Leitfadens, der sich in drei Themenabschnitte gliedert: Der *erste Teil* setzt sich aus Fragen zusammen, die sich auf den Status des Experten im Handlungsfeld beziehen, z.B. seit wann im Online-Forum mitgearbeitet bzw. wann es gegründet wurde, wann und inwieweit der Status der ‚Leitung‘ eingenommen wurde usw. Der *zweite Abschnitt* umfasst Fragen über die Funktionen, Arbeitsweisen und Arbeitsabläufe der Teammitglieder des Depressions-Online-Forums: Wer ist wofür zuständig, wie viele Leute sind am Forum auf welche Art und Weise beteiligt, welche spezifischen Arbeitsabläufe und Arbeitszusammenhänge lassen sich beschreiben und aufzeigen. Der *dritte und letzte Teil* des Leitfadens beinhaltet Fragen, die sich auf die Rahmenbedingungen (z.B. gesetzliche Vorgaben), die inhaltliche Ausrichtung sowie auf Idee und Zielsetzung des Online-Forums beziehen⁹⁴. Der Interviewleitfaden ist so konstruiert, dass es möglich ist, innerhalb der einzelnen Teile zu springen und diese flexibel zu handhaben. In der Interviewsituation ist nämlich meist ein striktes Einhalten und „vorschnelles Abhandeln“ des Leitfadens nicht sinnvoll (vgl. Hopf 1978, 2007), weil dann der Experte daran gehindert würde, seine Expertise auszuführen. Die Auswertung der Experteninterviews orientierte sich an dem von Meuser und Nagel (2005a) dargestellten Ansatzes. Das Vorgehen, das sie vorschlagen, ist stark an dem der Grounded Theory orientiert (in der Form von Strauss 1991). Die ersten Kodes orientieren sich stark an den Aussagen der Interviewten selbst: „Natürliche Kodes“ (Strauss 1991: 64). Alle geführten Interviews wurden zuerst unabhängig voneinander analysiert, bevor in einem zweiten Schritt gebildete Kategorien miteinander verglichen und verbunden wurden (Meuser/Nagel 2005a). Durch dieses Vorgehen wurde sichergestellt, dass nicht nach der Kodierung des ersten Interviews genau diese Kategorien wie eine Art Maske oder Schablone auf die weiteren übertragen wurden. Nach der Transkription folgt nach Meuser und Nagel (1997; 2005a) die Paraphrasierung der spezifischen Textstellen. Um, wie beschrieben, die Auswertung der unterschiedlichen Interviews zuerst getrennt voneinander durchzuführen, wurde

94 Die Äußerungen und Darstellungen der Experten sind direkt im Zusammenhang und in Bezug auf das spezifische Handlungsfeld zu sehen; dies wird als „Funktionskontext“ (Meuser/Nagel 2005a: 81) bezeichnet.

das Kodieren dem Paraphrasieren vorangestellt⁹⁵. So wurden relevante Themenbereiche eines Interviews identifiziert und in einem zweiten Schritt paraphrasiert. Dabei soll die Paraphrase das komplexe Interviewmaterial weiter verdichten (ebd.). Beim Kodieren wird der Text mit „Überschriften“ (Meuser/Nagel 2005a: 84) versehen. Dabei erhalten thematisch verwandte oder gleiche Textstellen die gleichen Hauptüberschriften (ebd.). Ausgewählte, das Themenfeld komplex und treffend wiedergebende Passagen, werden dann erst paraphrasiert. Erst nachdem alle Experteninterviews einzeln kodiert und die dazugehörigen Textpassagen der Interviews paraphrasiert waren, sind die Interviews miteinander verglichen und gegenübergestellt worden (ebd.).

Grundlegend ist, dass in einer Einzelfallanalyse zwar der Eingriff in die Prozessgestalt des Textes eine ‚Todsünde‘ wäre: Bei Experteninterviews ist allerdings genau dieses Vorgehen von Bedeutung, „(...) weil eine bereichsspezifische Analyse ansteht, die Analyse eines bestimmten Teils des Wissens des Experten, nicht aber des Lebenszusammenhangs der Person“ (Meuser/Nagel 2005a: 85; vgl. hierzu auch: Liebold/Trinczek 2002: 50ff.).

4.3 Asynchrone Online-Gruppendiskussion: Nutzerseite

Auf der Seite der Nutzer wurden in beiden Depressions-Foren *Online-Gruppendiskussionen* durchgeführt, um Daten über die Beweggründe ihrer Teilnahme sowie ihre Erfahrungen mit und Einschätzungen zu positiven wie negativen Effekten zu erheben. Dies gilt mutatis mutandis auch für die Moderatoren, die aus dem Kreis der Nutzer rekrutiert sind und sich auch als Nutzer betätigen. Anliegen der Methode der Gruppendiskussion ist es, über die Initiierung von Selbstläufigkeit sowie über die sich in diesem Rahmen entwickelnden Beschreibungen und Erzählungen der Gruppendiskussionsteilnehmer eine detaillierte Darstellung der Handlungspraxis und des gemeinsamen Erfahrungsraumes der Gruppe aufzeigen zu können (Bohnsack 2002, 2007). Die wechselseitige Bezugnahme der einzelnen Gruppendiskussionsteilnehmer sollte hierbei auf ihr kollektiv-homologes Sinnmuster schließen lassen sowie aus der Artikulation des geteilten impliziten Wissens heraus zu einem themenspezifischen Wissenszuwachs aus dem Forschungsfeld führen (Bohnsack 2002). Lamnek (1998)

95 Dies schlagen Meuser und Nagel (2005a) anders vor.

konstatiert hierzu, dass bei Gruppendiskussionen die kollektiven kommunikativen Interaktionsprozesse zur Erhebung von Daten genutzt werden. Das Kollektiv mit seinen spezifischen Einstellungen zu einer bestimmten Fragestellung steht hierbei im Mittelpunkt der Betrachtung.

Bei der Durchführung einer Gruppendiskussion werden in der Literatur zu Face-to-Face-Gruppendiskussionen die Herstellung von Selbstläufigkeit und die Stimulierung der Diskussion und Dynamik als vorrangige Ziele und Aufgaben des Moderators beschrieben. Eine Gruppendiskussion wird überwiegend durch die Setzung eines Grundreizes (Stimulus) eröffnet (Bohnsack 2002; Flick 2002). Dieser Grundreiz kann eine vom Moderator definierte Einstiegsformulierung sein oder ein visueller Reiz wie zum Beispiel ein Filmausschnitt. Diese Aufgaben des Moderators sind jedoch oftmals erschwert, da zum einen der richtige Ausgleich zwischen Eigendynamik und Steuerung der Diskussion gefunden werden muss, zum anderen der genaue Ablauf und die möglichen Wendungen einer Diskussion nicht vorherzusehen sind (Bohnsack 2002; Loos/Schäffer 2001, Lamnek 1998). Sowohl Loos und Schäffer (2001) als auch Flick (2002) stellen heraus, dass es zwar Regeln gibt, die während einer Gruppendiskussion Beachtung finden, diese jedoch nicht als eine starre Abfolge verstanden werden sollten. Vielmehr ist es von Bedeutung, sich auf die Eigenheiten der Gruppe und des Gesprächsverlaufs als Forscher einzulassen und je spezifisch darauf zu reagieren. Dennoch gibt es gewisse Orientierungspunkte und Rahmenbedingungen, die eine Gruppendiskussion einhalten sollte, die nun kurz auf die Erhebungssituation dieser Untersuchung zugespitzt werden.

Für die Durchführung der Gruppendiskussion online heißt dies, dass der Anreiz ein schriftlicher erster Beitrag des Moderators ist. Für die weitere Begleitung der schriftlich verlaufenden Diskussion ist es weiterhin wichtig, dass der Moderator auch hier eingreift und in die online stattfindende Diskussion mit einsteigt (Kelle et al. 2009: 183ff.).

Im Unterschied zu der sonst vorherrschenden Praxis der Gruppendiskussionen in der Face-to-Face-Situation sind die Gruppendiskussionen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurden, online erhoben worden (Gaiser 2008; Kelle et al. 2009; Sander/Schulz 2015; Ullrich/Schiek 2014). Aufgrund des Spezifikums der Erhebung im virtuellen Raum des Online-Forums sind die Online-Gruppendiskus-

sionen asynchron durchgeführt worden. Wie noch zu zeigen sein wird, ist dieses innovative methodische Vorgehen durch einige Besonderheiten gekennzeichnet. Allgemein ist zu sagen, dass die Forschung, die sich das Internet zum Feld gemacht hat, schon seit Mitte der 1990er-Jahre existiert. Vor allem in den USA wurde hiermit eine neue Forschungstradition begründet (Mann/Stewart 2000).

Zu der spezifischen Erhebungsmethode der *asynchronen Online-Gruppendiskussion* gibt es bislang nur wenig methodische Schriften. Sie stellt eine neue und insofern von Grund auf explorative Herangehensweise aus qualitativ-methodischer Perspektive dar. Die Online-Gruppendiskussion – oder wie zumeist im englischsprachigen Raum: ‘Online focus-group’ – lässt sich wie folgt in einer ersten Annäherung definieren:

„An online focus group is a selected group of individuals who have volunteered to participate in a moderated, structured, online discussion in order to explore a particular topic for the purpose of research“ (Peacock et al. 2009: 119).

Im Sinne der Gegenstandsangemessenheit qualitativer Sozialforschung steht in der vorliegenden Arbeit die Wahl der Erhebungsmethode besonders im Fokus. Die spezifische und neue Konzeption der Durchführung für diesen Forschungszusammenhang ergibt sich aus drei wesentlichen Gründen:

(1) Die Nutzer der Online-Foren können potenziell aus ganz Deutschland, der deutschsprachigen Schweiz oder auch Österreich kommen oder auch von außerhalb des deutschen Sprachraums am Forum partizipieren. So entstehen erhebliche Schwellen für die Durchführung von Face-to-Face Gruppendiskussionen, die eine örtliche Präsenz der Teilnehmer voraussetzen. Durch die online durchgeführten Gruppendiskussionen muss auf die räumliche sowie zeitliche Verortung der Teilnehmer keine Rücksicht genommen werden.

(2) Zweitens wird mit diesem Vorgehen sichergestellt, dass die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet ist und eine gewisse Distanz eingehalten wird. Dies ist gerade bei einer sensiblen und gesellschaftlich tabuisierten und auch immer noch stigmatisierten Thematik wie der Erkrankung an Depression zu berücksichtigen.

(3) Und drittens wird mit der asynchronen Online-Gruppendiskussion die ‚bekannte‘ und ‚vertraute‘ Kommunikationsform der Nutzer aus dem Feld selbst direkt auf die Erhebungssituation übertragen. Man könnte in diesem Rahmen von einer ‚profession-

nellen Natürlichkeit‘ der Kommunikationsform sprechen, da die Teilnehmer im Umgang mit der textbasierten Kommunikation durch ihre Partizipation an den Online-Foren geübt sind; sie sind mit der Kommunikation per Tastatur vertraut.

Dieser dritte Beweggrund ist zugleich ein methodisch wichtiger Reflexionspunkt, denn die besondere Situation dieser Erhebungsform führte im Vorfeld der Erhebung zu einer Reihe von günstigen Voraussetzungen zur Durchführung eines solchen Vorhabens. Die methodische Diskussion über asynchrone Gruppendiskussionen, die online durchgeführt in einem Online-Forum stattfinden, ist bis zum aktuellen Zeitpunkt äußerst dünn gesät. International gibt es eine Handvoll Arbeiten, die sich mit dieser besonderen Methode beschäftigen, jedoch sind methodologische Reflexion sowie auch forschungspraktische Anwendungs- und Durchführungsfragen bislang weitestgehend ungeklärt (Bruggen et al. 2009; Gaiser/Schreiner 2009; Seale et al. 2010; Sander/Schulz 2015; Schirmer et al. 2014; Ullrich/Schiek 2014). So wird in der vorliegenden Arbeit besonderes Augenmerk auf die Durchführung und Realisierung der asynchronen Online-Gruppendiskussionen gelegt und im Folgenden näher dargestellt.

4.3.1 Einrichtung und Umsetzung der asynchronen Online-Gruppendiskussionen

Um die unzureichende Forschungslage zu den asynchronen Online-Gruppendiskussionen darzulegen, wird zunächst der Blick auf die vorliegende Literatur gerichtet. Einer der ersten Handbuchartikel, der sich überblickshaft mit Gruppendiskussionen online als Erhebungsmethode im Rahmen des qualitativen Paradigmas beschäftigt, ist Gaisers Beitrag im „Handbook of Online Research Methods“. Von Gaiser (2008) werden hier allerdings vor allem die Vorzüge und Besonderheiten der synchron verlaufenden Online-Gruppendiskussionen im Chat beschrieben und hervorgehoben, nicht aber die der asynchron verlaufenden. Zudem wird die Durchführung von asynchronen Gruppendiskussionen nicht auf Online-Foren als Feld der Erhebungssituation eingeschränkt, sondern auch auf Soziale-Netzwerke wie ‚Facebook‘, ‚Google+‘ oder im deutschsprachigen Raum ‚StudiVZ‘ o.Ä. (Gaiser/Schreiner 2009: 67).

Einer der wenigen deutschsprachigen Artikel zu dieser speziellen Methode ist von Kelle et al. (2009) verfasst worden. Sie stellen die Online-Gruppendiskussion für asynchrone cvK dar. Hier beziehen sie sich explizit auf die Erhebung innerhalb eines

solchen Sozialen-Netzwerkes („StudiVZ“⁹⁶) und gehen wenig auf methodisch Spezifisches ein. Vielmehr geben sie in ihrem Artikel noch einmal einen Überblick über die Spezifika der Gruppendiskussion innerhalb einer spezifischen Web-Seite wie der von „StudiVZ“ (ebd.). Hier fehlt also eine genauere methodische Diskussion und Ausarbeitung.

Neuere Auseinandersetzungen zu Gruppendiskussionen online im deutschsprachigen Raum sind von Ullrich und Schiek (2014) sowie Sander und Schulz (2015) erarbeitet. Ullrich und Schiek (2014) berichten in einem „Werkstattbericht“ aus ihrer Forschungspraxis. Auch sie weisen auf die veränderte Rolle des Moderators innerhalb der asynchronen Gruppendiskussionen hin und zeigen auf, dass es bislang keine weitreichenden und ausgearbeiteten Analyseverfahren gibt (Ullrich/Schiek 2014: 139). Aber auch hier fehlen bislang weiterhin forschungspraktische Implikationen und ausgearbeitete methodische Grundlagen zur Durchführung von asynchronen Online-Gruppendiskussionen. Die Hinweise von Ullrich und Schiek (2014) auf die synchrone Version der Online-Gruppendiskussion zeigen ebenso auf, dass in der bisherigen Forschung fast ausschließlich um Gruppendiskussionen via Chat geht (Adler/Zarchin 2002; Bampton/Cowton 2002; Campbell et al. 2001; Erdogan 2001; Fox et al. 2007; Gaiser 1997, 2008; Mann/Stewart 2000; Murray 1997; Sander/Schulz 2015). Auch Sander und Schulz heben in ihrem aktuellen Beitrag „Herausforderungen und Potentiale (sic!) bei online geführten Gruppendiskussionen“ (2015) vor allem auf synchron verlaufende Gruppendiskussionen ab und geben nur einige wenige Hinweise auf die asynchrone Form. Zu Online-Foren oder auch Blogs⁹⁷, in denen und über die asynchron kommuniziert wird, gibt es bislang nur wenige methodische Arbeiten und Studien. Wie und auf welche Weise mit dieser Methode in und über die Neuen Medien umgegangen werden kann und soll, welche methodischen Besonderheiten berücksichtigt werden müssen, welche Vor- aber auch Nachteile sie bietet usf., wird bislang in der Methodendiskussion nur sehr zurückhaltend verhandelt – international mehr als im nationalen Rahmen (Deutschland: Sander/Schulz 2015).

96 Da es sich hierbei um eine besondere Form des Erhebungszusammenhangs handelt – denn „StudiVZ“ ist bzw. war eine kommerziell genutzte Webseite – wird an dieser Stelle auf den Artikel von Kelle et al. (2009) verwiesen.

97 Engl.: weblog: Zusammensetzung aus den englischen Begriffen ‚web‘ für Internet und ‚log‘ für Logbuch.

4.3.2 Besonderheiten des methodischen Designs im virtuellen Raum

Die nun folgenden Aspekte der Besonderheiten des methodischen Designs für Erhebungen im virtuellen Raum wurden im Rahmen der Erhebung des Datenmaterials für die vorliegende Arbeit erarbeitet. Sie stellen ein innovatives methodisches Vorgehen für die asynchronen Online-Gruppendiskussionen dar, das bislang wenig ausgearbeitet und reflektiert worden ist. An den folgenden fünf Punkten wird dieses spezifische methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit dargestellt: (1) Gruppengröße, (2) Zeitspanne, (3) Rolle des Moderators, (4) Rekrutierung der Teilnehmer und (5) Durchführung und Einrichtung der asynchronen Online-Gruppendiskussionen in den Depressions-Online-Foren.

(1) Grundsätzlich lässt sich für die *Gruppengröße* im virtuellen Raum sagen, dass sie das Maß für reale Gruppendiskussionen, das vorgeschlagen wird, überschreiten kann; es können also wesentlich mehr als 6 bis 12 Personen⁹⁸ teilnehmen. Vor allem wird auf diesen Umstand in der Literatur zu synchron verlaufenden Gruppendiskussionen, wie sie im Chat durchgeführt werden können, hingewiesen (Adeler/Zarchin 2002; Campell et al. 2001; Stewart/Williams 2005). Die Durchführung der Gruppendiskussionen in der vorliegenden Arbeit zeigt aber – so wie auch einzelne andere Arbeiten darauf hinweisen (Boshoff et al. 2005; Im et al. 2007; Sander/Schulz 2014) –, dass es in vielen Fällen gegenstandsangemessener ist, eine Gruppengröße beizubehalten, wie sie auch für real stattfindende Gruppendiskussionen vorgeschlagen wird⁹⁹. In allen acht Gruppendiskussionen, die in diesem Forschungsprojekt durchgeführt wurden, nahmen 5-8 Personen teil. In Tabelle 3 sind exemplarisch die Teilnehmer der ersten sechs Gruppendiskussionen aufgelistet, um einen Überblick zu geben. Mit den Moderatoren wurde jeweils eine Gruppendiskussion in einem der beiden Foren geführt. Die Anzahl der Moderatoren, die bereit waren, an den Diskussionen teilzunehmen, war begrenzt auf jeweils fünf. Die weiteren sechs Gruppendiskussionen mit den Nutzern waren höher frequentiert. Für die asynchronen Gruppendiskussionen gilt: Eine Teilnehmerzahl, die acht Personen übersteigt, führt schneller zu einer Unüber-

98 Diese Größenordnung wird in der Literatur zu Gruppendiskussionen immer wieder benannt (Bohnsack 2002, 2007; Lamneck 1998).

99 Im Gegensatz dazu schlagen Ullrich und Schiek (2014) in ihrem Werkstattbericht vor, auch in asynchron verlaufenden Gruppendiskussionen die Teilnehmerzahl zu erhöhen.

sichtlichkeit und zu unkontrollierbaren – oder besser: nicht mehr moderierbaren – Diskussionen¹⁰⁰.

Tabelle 3: Gruppendiskussionsteilnehmer

Teilnehmer_ Innen Gruppe I „länger als 6 Monate im Forum aktiv I“	Teilnehmer_ Innen Gruppe II „kürzer als 6 Monate im Forum aktiv“	Teilnehmer_ Innen Gruppe III „Moderatoren“	Teilnehmer_ Innen Gruppe IV „kürzer als 6 Monate im Forum aktiv“	Teilnehmer_ Innen Gruppe V „länger als 6 Monate im Forum aktiv II“	Teilnehmer_ Innen Gruppe VI „länger als 6 Monate im Forum aktiv III“
Hedwig (über 1 Jahr)	jadel (1,5 Monate)	Scorpio (3 Jahre)	Dussel (4 Monate)	Annatomie (über 5 Jahre)	Chief (über 3 Jahre)
soulmate88 (3 Jahre)	Milena (1,5 Monate)	Martina (über 2 Jahre)	Rumpelstilzchen (5 Monate)	Psyche (5 Jahre)	Liesl (über 1 Jahr)
Monty (2 Jahre)	Naturfreund (3 Monate)	Minchen (3 Jahre)	Nofretete (1,5 Monate)	Mag (über 4 Jahre)	Hannie (über 5 Jahre)
Luzie (2 Jahre)	JeanLucca (3 Monate)	Uniquenessy (2 Jahre)	Brave (2 Monate)	Anima (über 2 Jahre)	Magda (über 3 Jahre)
SmartM (über 1 Jahr)	Pandoras (2,5 Monate)	Sonnenblume20 (über 2 Jahre)	creola2000 (3,5 Monate)	Schneckchen (über 1 Jahr)	Nogua (2 Jahre)
Glasscherbe (über 1 Jahr)			Rally (1 Monat)	Ziege (2 Jahre)	David Spritz (über 2 Jahre)
little-tiger (4 Jahre)			Albarracin (2,5 Monate)		
Sarah (1 Jahr)					

Quelle: Eigene Darstellung.

100 Zu Beginn der Forschungsarbeit wurde vom Autor eine ‚öffentliche‘ Online-Gruppendiskussion in einem der Depressions-Online-Foren durchgeführt, die auf der Startseite des Forums zu finden war. Diese diente der Orientierung und dem Ausprobieren der neuartigen Methode im spezifischen Feld: dem Depressions-Online-Forum. Hier stellte sich in kurzer Zeit heraus, dass eine asynchrone Online-Gruppendiskussion, zu der jeder Nutzer des Online-Forums Zugang hat, keine geeignete Erhebungsform ist und die Datenerhebung auf diese Weise nicht durchgeführt werden kann. Zur Unmöglichkeit von Kontrolle und Zugriff auf die Daten kam erschwerend hinzu, dass durch die Vielzahl der Teilnehmer eine Moderation der Diskussion und ein Überblick über die Teilnehmer vonseiten des Autors nicht möglich waren. So wurde ein anderes Vorgehen der Datenerhebung gewählt und für die vorliegende Arbeit realisiert.

(2) Die *Zeitspanne*, die eine asynchron verlaufende Online-Gruppendiskussion einnehmen kann, variiert je nach Studie und Design, lässt sich aber zwischen einer Woche und 24 Wochen verorten (Bruggen et al. 2009; Im et al. 2007; Kenny 2005)¹⁰¹. Durch die Lockerung des zeitlichen Rahmens im virtuellen Raum ergeben sich Vor-, aber auch Nachteile für die Durchführung und Realisierung der asynchronen Online-Gruppendiskussion. Der Moderator muss für den ganzen Zeitraum die Diskussion im Blick haben und selbst immer wieder in die Diskussion eingreifen. So entsteht also ein erheblicher zeitlicher Aufwand aufseiten des Forschers, vergleicht man dieses Vorgehen mit dem der zeitlichen Gebundenheit einer Face-to-Face ablaufenden Gruppendiskussion. Auf der anderen Seite kann gerade diese Lockerung von strengen zeitlichen Vorgaben die Diskussion der Teilnehmer günstig beeinflussen und auch so Aspekte hervortreten lassen, die in einer zeitlich strikt begrenzten und auf einen kurzen Zeitraum angelegten Diskussion nicht zum Vorschein kommen würden. Die Gruppendiskussionen in den Depressions-Online-Foren waren zeitlich nicht von vornherein begrenzt, sondern es wurde offengehalten, wie lange die Diskussionen für die Teilnehmer offen und somit erreichbar waren. Die Teilnehmer wurden lediglich darüber informiert, dass die Diskussionen nicht zeitlich begrenzt werden, es aber einen Abschluss geben wird. Alle durchgeführten Online-Gruppendiskussionen dauerten zwischen vier und acht Wochen. Je nachdem, wie aktiv die Beteiligung der Teilnehmer war und wie sehr sich diese einbrachten, verkürzte bzw. verlängerte sich die Zeitspanne, in der die Themen innerhalb der Diskussionen abgehandelt wurden. Die Diskussionen wurden am Ende immer vom Moderator abgeschlossen und auf diese Weise den Teilnehmern deutlich gemacht und aufgezeigt, dass sie beendet worden sind. Der Abschluss nach einem so langen Zeitraum der offenen Diskussion ist gerade in diesem Rahmen wichtig, denn nach einer vier bis acht Wochen dauernden Diskussion in einem relativ offenen und flexiblen Rahmen wie dem Online-Forum ist gerade der offizielle Abschluss durch den Moderator wichtig¹⁰².

101 Kenny (2005) hält dazu fest, dass in ihrer Studie, in der Personen aus der Pflege über einen Zeitraum von zwei Monaten aktiv auf einer eigens dafür eingerichteten Web-Seite schreiben konnten, über diesen Zeitraum ein Content von insgesamt 263 Einzelbeiträgen generiert wurde (Kenny 2005: 417).

102 Die Rückmeldung der Teilnehmer bestätigte dies. Nach dem Beenden der Gruppendiskussionen wandten sich ein paar der Teilnehmer an den Autor und bedankten sich für die Diskussion und strichen heraus, dass sie es hilfreich und gut fanden, dass die Diskussionen offiziell beendet wurden.

(3) Die *Rolle des Moderators* im virtuellen Raum unterscheidet sich auf den ersten Blick nicht erheblich von der eines Moderators im realen Raum einer Gruppendiskussion. In nur wenigen Texten wird dieses Thema bislang behandelt. Tate et al. (2009: 3) halten dazu fest:

“Their role [the moderators] in establishing a creative, synergistic, non-inhibiting environment for discussion online was very similar to what it would have been in a TFG [traditional face-to-face focus group, C.K.], by regularly checking the postings, asking additional questions to clarify participants' views, and encouraging group discussion”.

Doch nicht nur durch den erheblich größeren Zeitrahmen, in dem Online-Gruppendiskussionen stattfinden, muss der Moderator einen anderen Zugriff und vor allem einen anderen ‚Eingriff‘ wählen (Seale et al. 2010). Die Erfahrungen in diesem Forschungszusammenhang haben gezeigt, dass es notwendig ist, dass der Moderator in seiner Rolle häufiger aktiv und damit ‚sichtbarer‘ wird als bei einer Face-to-Face Gruppendiskussionen. *Die Motivation der Teilnehmer durch zwischenzeitliches Zusammenfassen des zuvor Geschriebenen ist ein erheblicher Teil der Moderation im virtuellen Raum.* In der vorliegenden Studie hat sich gezeigt, dass, wenn über einen längeren Zeitraum von zwei bis drei Tagen der Moderator nicht an der Diskussion beteiligt war, sich die Teilnehmer meldeten und nachfragten, was nun als Nächstes zu tun sei, ob die Diskussion schon beendet sei usw.

Wichtiges Ergebnis der hier durchgeführten asynchronen Online-Gruppendiskussion ist: Im Gegensatz zu den im realen Raum stattfindenden Gruppendiskussionen muss sich im virtuellen Raum der Moderator durch Rückmeldungen und Strukturierungen ‚sichtbar‘ machen und in einem stärkeren Maß die Diskussionen leiten: Er muss relativ häufig und in geringen zeitlichen Abständen in die Diskussion eingreifen und schreiben. Die Gruppe wird auf diese Weise also adressiert und weiter motiviert¹⁰³.

(4) Die *Rekrutierung der Teilnehmer* war in der Vorbereitung auf die Gruppendiskussionen ein wichtiger Aspekt. In beiden Depressions-Online-Foren wurden „Einladungen“ gepostet, also auf der Startseite des Forums ein Beitrag geschrieben, in dem kurz das Projekt vorgestellt und um die Teilnahme an den Diskussionen gebeten wurde. Die interessierten Nutzer wendeten sich im Folgenden an die Forumsleitung oder den Autor selbst, um dann in die jeweiligen Gruppen eingetragen und für deren

103 Zur Diskussion über „off-topic“-Beiträge, die in den asynchronen Online-Gruppendiskussionen der vorliegenden Arbeit keine Bewandnis hatten, siehe Ullrich/Schiek 2014: 154ff.

Nutzung freigeschaltet zu werden. Die Durchführung der Online-Gruppendiskussionen sah eine Aufteilung in zwei Gruppen vor: (a) Die Nutzer der Online-Foren und (b) die Moderatoren – also ehemalige und noch immer aktive Nutzer, die zum Zeitpunkt der Erhebung gleichzeitig als Moderatoren in den Online-Foren tätig waren. Diese Aufteilung, die im Vorfeld der Untersuchung festgelegt wurde, resultierte *erstens* aus den Ergebnissen der zuvor durchgeführten Experteninterviews und *zweitens* aus den Vorerfahrungen des Autors aus dem Feld der Suizid-Online-Foren und der durchgeführten Forschung in diesem Bereich. Aus den Aussagen der Expertin – der Leiterin des Depressions-Online-Forums I – wurde deutlich, dass es aus ihrer Erfahrung heraus wichtig ist, die Moderatoren der Online-Foren einzubeziehen. Insgesamt wurden in den beiden Depressions-Online-Foren acht asynchrone Online-Gruppendiskussionen durchgeführt: Sechs mit den Nutzern und zwei mit den Moderatoren¹⁰⁴.

(5) Der *Durchführung und Einrichtung der asynchronen Online-Gruppendiskussionen* in den Depressions-Online-Foren wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

„Care must also be taken that the focus group is conducted and facilitated in a professional and efficient manner. Procedures must be made clear, and then followed by the facilitator and participants” (Rezabek 2000: 65).

Offene Fragen zu Beginn der Forschung waren unter anderem, auf welche Weise die Anmeldung bzw. Registrierung für die Teilnehmer möglichst einfach und barrierefrei aufgebaut und gestaltet werden konnte. Eine Voraussetzung zur Durchführung war, dass vom Autor kontrolliert werden konnte, welche Personen auf die Diskussionen Zugriff hatten und an ihnen teilnahmen. Das konnte relativ einfach gelöst werden, denn durch den Umstand, dass die Gruppendiskussionen in den Online-Foren selbst stattfanden, konnten auch nur im Forum registrierte Nutzer darauf zugreifen. Auch im Hinblick auf die Anonymität der Teilnehmer und die Sicherung der Daten – also der schriftlich vorliegenden Diskussionen – war es von Bedeutung, den Zugang zu kontrollieren und die Daten nicht jedem zugänglich zu machen¹⁰⁵. Über die Forums-

104 Eine neunte Gruppendiskussion gab es noch mit Angehörigen, denn auch diese Gruppe von Nutzern ist in den Online-Foren vertreten. Doch diese Gruppendiskussion konnte nicht in die Auswertung aufgenommen werden, da sich hier zu wenige Teilnehmer finden ließen und eine zweite Gruppendiskussion organisatorisch nicht möglich war.

105 In beiden Online-Foren gab es eine Schutzfunktion, so dass Inhalte nicht über Suchmaschinen von außen zu finden waren.

leitungen wurde in den Online-Foren selbst ein ‚geschützter‘ Bereich eingerichtet, zu dem nur Teilnehmer der Diskussionen, die Forumsleitungen und der Autor Zugang hatten¹⁰⁶. Die Teilnehmer, die sich für die Teilnahme an den Gruppendiskussionen gemeldet hatten, wurden von den Forumsleitungen freigeschaltet und bekamen auf diese Weise eine individuelle Zugangsberechtigung zu dem eingeschränkt nutzbaren Bereich innerhalb der Depressions-Online-Foren, um an den Diskussionen teilzunehmen. Dies bedeutete, dass keiner der Nutzer, die nur ‚normal‘ im Forum registriert waren, die Gruppendiskussionen einsehen oder verfolgen konnte. Auf diese Weise konnte ein Schutz der schriftlichen Diskussionen sichergestellt werden.

Anonymität und Schutz den Teilnehmer zu gewährleisten, stand im Fokus der Einrichtung und Durchführung der Online-Gruppendiskussionen. Der Einbezug der Forumsleitungen hatte nicht nur den Grund, sie auch in den Forschungszusammenhang einzubeziehen und in diesem Sinne zu interviewen, sondern sollte ein offenes Vorgehen in einem sensiblen Feld gewährleisten. Hier, mehr als in anderen Bereichen, ist ein offener Umgang mit dem Forschungsvorhaben wichtig und setzt ein Vertrauen auf beiden Seiten voraus, das nur im Rahmen von offener Forschung aufgebaut und erhalten werden kann. Wie schon oben erwähnt, spielt gerade in der qualitativen Online-Forschung die Frage nach ethischen Gesichtspunkten eine wichtige Rolle, die bislang noch zu wenig in den Blick genommen wurde (Kirchmair 2008). Aber auch die gesundheitswissenschaftliche Forschung muss sich gerade diesen Fragen stellen, denn dass sich das Thema ‚psychische Erkrankungen‘ als eines der am meisten verhandelten Themen im Internet darstellt (siehe 2.2 Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme, S. 45ff.), ist u.a. dem Umstand geschuldet, dass es immer noch stark gesellschaftlich tabuisiert und stigmatisiert ist (Blume/Hegerl 2008; Payk 2010; Schaller et al. 2014; Wittchen et al. 2010). In der Forschung innerhalb dieses heiklen Themenkomplexes den Schutz durch Anonymität und Distanz der eigenen Person nicht zu gewährleisten, ist nicht mit forschungsethischen Gesichtspunkten in Einklang zu bringen. Kenny (2005) berichtet von einem Forschungsprojekt, das im

106 Geplant war, die technische Umsetzung des Vorhabens – das Einrichten des eigenen Online-Forums – in Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Service Center Medien (SCM) der Universität Bielefeld durchzuführen. Dies erwies jedoch als komplizierter und schwieriger als zu Beginn der Forschung angenommen und konnte nicht im Sinne der Forschungsarbeit umgesetzt werden. Für eine Auseinandersetzung über unterschiedliche Formen der Nutzung von Online-Foren siehe – zumindest exemplarisch, da nicht umfassend – Ullrich/Schiek 2014.

Rahmen einer Pflegestudie durchgeführt wurde, in dem die Personen in einem eigens dafür eingerichteten Online-Forum bzw. auf einer eigenen Web-Seite diskutieren konnten. Darin wurde über die eigene Web-Seite sichergestellt, dass nur die Forscher Zugriff auf die Daten hatte (Kenny 2005).

Die Auswertung der insgesamt acht asynchronen Online-Gruppendiskussionen wurde mittels der Grounded Theory¹⁰⁷ nach Strauss (1991) durchgeführt. Die Analyse richtete sich nach der von Strauss vorgeschlagenen Abfolge von Analyseschritten der von ihm weiterentwickelten Grounded Theory (Strauss 1991).

Eine der Eigenschaften der asynchronen Online-Gruppendiskussionen ist, dass sie von vornherein in schriftlicher Form vorliegen, es also keiner Transkription des Materials mehr bedarf. Erhebungszeitrum und zeitlicher Aufwand sind, im Vergleich zur Face-to-Face-Version der Gruppendiskussion, bei der virtuellen Variante größer. In einem ersten Schritt wurden die einzelnen Online-Gruppendiskussionen offen kodiert. Das hieß, es wurden zunächst Konzepte und „natürliche Codes“ (Strauss 1991: 64) nah am Material entwickelt. Hier zeigten sich erste Bezüge und es stellten sich „natürliche Codes“ heraus, die auch später in einigen der übergeordneten Kategorien sowie Subkategorien erhalten blieben. Ein Beispiel ist die Kategorie „Depression und Co“, die sich unter der übergeordneten Kategorie „Fluide Gruppenzugehörigkeit“ auf der Seite der Nutzer findet. Diese war ein erster „natürlicher Kode“, der sich auch in den späteren Bezügen durchsetzte und sich so in einer Kategorie manifestierte.

Alle Codes und späteren Kategorien und damit verbundenen Konzepte emergierten aus den Daten. Diese Forschungslogik ist der Grounded Theory nach Strauss inhärent und ist auf die Entdeckung von Neuem ausgerichtet. Strauss und Glaser formulieren es in ihrem Buch „The Discovery of Grounded Theory“ wie folgt:

“(...) literally to ignore the literature of theory and fact on the area under study, in order to assure that the emergence of categories will not be contaminated” (Glaser/Strauss 1998: 37).

Dieser Logik folgend wurden zunächst für jede einzelne Diskussion die Codes entwickelt, auch die ersten Kategorien wurden innerhalb der einzelnen Diskussionen

107 Für einen ausführlichen Überblick zur Grounded Theory nach Strauss siehe Böhm 2007; Strauss 1991; Strübing 2007, 2008.

herausgearbeitet, bevor in einem zweiten Schritt, die herausgearbeiteten Konzepte übergreifend verwendet wurden.

Die asynchronen Online-Gruppendiskussionen wurden alle zunächst unabhängig voneinander offen kodiert und analysiert. Wie von Strauss (1991) vorgeschlagen und dargestellt, wurden auf dieser ersten Ebene des analytischen Umgangs mit dem Material auch erste Memos verfasst. In einem zweiten Schritt des Analyseverfahrens wurde sodann auf das sogenannte „axiale Kodieren“ zurückgegriffen (Strauss 1991: 101)¹⁰⁸. Hier wurden nun erste Konzepte herausgearbeitet und zu Kategorien verdichtet. Wichtig für diesen Schritt war auch, die verschiedenen Dimensionen der entstehenden Konzepte herauszuarbeiten, z.B. stellte sich im Laufe dieses Schrittes die Kategorie „Konnex von real und virtuell“ – neben anderen – als zentral heraus. So wurde über die unterschiedlichen Online-Gruppendiskussionen hinweg auf diese Kategorie hin axial – also durch das Material hindurch – kodiert und auf diese Weise erneut analysiert (Strauss 1991: 101f.). Durch das mehrmalige Analysieren des Materials wird sichergestellt, dass die erarbeiteten Konzepte und damit verbundenen Kategorien sich über das Material hinweg als wichtig und aussagekräftig erweisen. Zudem ergaben sich die Konzepte aus dem Datenmaterial selbst – emergierten also aus diesem – und waren so nicht aus theoretischen Konzepten oder Erklärungsmodellen an das Material herangetragen worden (Bergmann 2006; Böhm 2007; Strübing 2008).

In den Analysen wurde darauf geachtet, dass – wie in den meisten Analyseverfahren zu Gruppendiskussionsverfahren üblich – nicht nur ein Beitrag von einem Nutzer analysiert wurde, sondern dass die Beiträge, die sich in der Diskussion zeitlich davor und danach befinden und Bezug auf den inhaltlichen Beitrag des Diskutanten nehmen, mit in die Analyse mit einbezogen wurden (Bohnsack 2002). Die Einzelbeiträge beziehen sich mitunter aufeinander und müssen daher in einem Kontext der kommunikativen Analyse betrachtet und ausgewertet werden. Dies wurde in der Analyse sichergestellt und die Beiträge in ihrem kommunikativen Zusammenhang betrachtet.

108 „Zu den wichtigsten Alternativen (...) gehört die, daß man intensiver und konzentrierter auf eine einzelne Kategorie hin kodiert. Dadurch baut der Forscher allmählich ein dichtes Beziehungsnetz um die ‚Achse‘ der im Fokus stehenden Kategorie auf“ (Strauss 1991: 101).

Für die Nutzerseite wurden drei übergeordnete Kategorien herausgearbeitet und konzeptualisiert, die sich wiederum in Subkategorien aufteilen. Diese drei übergeordneten Kategorien sind:

- (1) „Die strukturgebende Funktion der Online-Foren“,
- (2) „Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge“ sowie
- (3) „Fluide Gruppenzugehörigkeit“.

Um im Beispiel der bereits kurz vorgestellten Kategorie (2) „Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge“ zu bleiben: Diese teilt sich in zwei Subkategorien auf: (a) „Die direkten Bezüge zu und Einflussnahmen auf die soziale Umgebung“ und (b) „Die Verbindungen zum realen Versorgungssystem“. Innerhalb dieser Subkategorien werden die Dimensionen der Kategorie verdeutlicht und dargestellt.

Den zweiten Teil der Darstellung der Ergebnisse der Analysen der asynchronen Online-Gruppendiskussionen bilden die Diskussionen, die mit den Moderatoren der Online-Foren durchgeführt wurden. Diese gliedern sich ebenfalls in drei übergeordnete Kategorien:

- (1) „Ambivalenzen: Moderatorenstatus vs. Nutzer-Sein“,
- (2) „Hilfe zur Selbsthilfe“ und
- (3) „Die Rollenausgestaltung als Moderator“

Auch sie gliedern sich jeweils in untergeordnete Kategorien. In den beiden Darstellungsteilen, die die asynchronen Online-Gruppendiskussionen betreffen – Nutzerseite sowie Moderatoren – werden die einzelnen Kategorien und ihre Bezüge untereinander vorgestellt (siehe 5.2 Nutzerseite, S. 119ff. und 5.4 Moderatoren, S. 87ff.).

5 Depressions-Online-Foren: Eine empirische Betrachtung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den verschiedenen Perspektiven der vorliegenden Studie dargestellt. Ausgehend von dem im Methodenkapitel vorgestellten methodischen Design werden die Analyseergebnisse der Experteninterviews mit den Betreibern der beiden Depressions-Online-Foren (5.1 Feldbeschreibung, S. 110ff. und 5.3 Betreiberseite, S. 146ff.) und die Ergebnisse der asynchronen Online-Gruppendiskussionen mit den Nutzern (5.2 Nutzerseite, S. 119ff.) sowie den Moderatoren (5.4 Moderatoren, S. 87ff.) eingehend beleuchtet.

In einem ersten Schritt werden für beide Depressions-Online-Foren Feldbeschreibungen vorgenommen. Diese basieren zu einem großen Teil auf den Daten der Experteninterviews (Depressions-Online-Forum I und II), aber auch auf Beobachtungen des Autors im Feld. Diese Experteninterviews dienen im Rahmen der methodischen Konzeption der vorliegenden Arbeit nicht nur dem Zweck, die Betreiber über Idee(n), Zielsetzung und Ausgestaltung der von ihnen eingerichteten und betriebenen Online-Foren zu befragen, sondern auch der Beschaffung von Daten und Fakten über die Depressions-Online-Foren selbst. Bestimmte Informationen finden sich nämlich nicht auf den Web-Seiten der Online-Foren und können nur von den Betreibern selbst preisgegeben werden. Aus diesem Grund finden sich in der Darstellung der Feldbeschreibung auch Zitate aus den geführten Experteninterviews. An diese Feldbeschreibung schließt sich die Darstellung der Nutzerperspektive an.

Dem anschließenden Teil liegen die Experteninterviews mit den Betreibern der zwei Online-Foren zugrunde. Hier stehen vor allem die Arbeitsweisen innerhalb der Online-Foren, die Idee und Zielsetzung wie die internen Sichtweisen der Betreiber im Fokus.

Im abschließenden Teil dieses Kapitels wird die Seite der Moderatoren der Depressions-Online-Foren vorgestellt. Sie sind als ambivalente Gruppe zwischen den Betreibern und den Nutzern anzusiedeln und werden, nachdem die beiden anderen Perspektiven vorgestellt worden sind, als dritte Gruppe eingeführt. In diesen vier Schritten wird das Phänomen der Depressions-Online-Foren gefasst und werden die Analyseergebnisse dargestellt.

5.1 Felddbeschreibung

Das Feld ‚Depressions-Online-Forum‘ kann nur vollständig in den Blick genommen werden, wenn auch die Strukturmerkmale Berücksichtigung finden. Da beide Online-Foren unterschiedlich aufgebaut sind, muss dieser spezifische Aufbau auch in die analytischen Betrachtungen aufgenommen werden. Denn der virtuelle Raum, den die Betreiber den Nutzern zur Verfügung stellen, wird nicht nur durch den Inhalt *gefüllt* und gestaltet, den die Nutzer selbst generieren (‚user-generated-content‘), sondern vor allem durch die Betreiber *strukturiert*. Die folgenden Felddbeschreibungen basieren nicht allein auf Beobachtungen im Feld, sondern zudem auf Aussagen aus den mit den Betreibern geführten Experteninterviews. Da Informationen zum Aufbau der Portale nicht frei zugänglich sind, musste hier auf das Sonderwissen der Betreiber zurückgegriffen werden (Meuser/Nagel 2005; Bogner/Menz 2005).

5.1.1 Depressions-Online-Forum I

Von den Betreibern des Depressions-Online-Forums I¹⁰⁹ kam die erste positive Rückmeldung. Auf die Frage nach einer möglichen Teilnahme an der Studie antwortete die Forumsleitung mit einer sehr positiven E-Mail. Da der Zugang in dieses spezifische Feld mit besonderen Barrieren versehen ist, war diese Rückmeldung ermutigend. Ihr folgte eine konstruktive, offene und hilfreiche Zusammenarbeit¹¹⁰.

Bei dem Depressions-Online-Forum I handelt es sich um ein *moderiertes Laien-Online-Forum*, das mit annähernd 10.000 registrierten Nutzern – zum Zeitpunkt der Erhebung in den Jahren 2013/2014 – eines der größten deutschsprachigen Online-Foren mit dem spezifischen Themenschwerpunkt ‚Depression‘ ist. Die Startseite des Online-Forums ist über eine spezifische URL im WWW zu erreichen. Von den registrierten Nutzern sind „(...) wirklich aktiv (...) vielleicht ein-zweihundert“ (EI I, Z. 117-118). Monatlich rufen 8.000 bis 10.000 Besucher das Online-Forum I auf (EI I, Z. 126f.).

109 Aus Gründen der Anonymisierung werden in der Folge nicht die URL-Adressen der Online-Foren genannt und wird auch darauf verzichtet, ein Bild – Screenshot – der Startseiten der beiden Online-Foren zu veröffentlichen.

110 Ohne die Unterstützung des Forschungsprojektes durch die Forumsleitung hätte die Datenerhebung nicht in dieser Form stattfinden können. Die offene und hilfsbereite Art der Leitung hat in großen Teilen dieses Forschungsprojekt erst ermöglicht.

Das Online-Forum hat nach eigenen Abgaben zu Beginn des Jahres 2015 insgesamt 68.872 einzelne Beiträge (Posts), die sich auf über 4.700 Themen (Threads) aufteilen. Diese Zahlen beziehen sich allerdings nicht auf den gesamten Zeitraum, in dem das Online-Forum online ist. Nach Angaben der Forumsleitung existiert Forum I seit Ende des Jahres 2001 (EI I, Z. 77-78)¹¹¹, also zum Erhebungszeitpunkt über einen Zeitraum von etwas mehr als 13 Jahren. Die Angaben über Posts und Threads gelten allerdings nur aktuell für den Zeitraum zwischen 2006 und 2014. Davor war das Forum auf einem anderen Server gehostet. Es wurde nach 2006 von der Forumsleitung überarbeitet und neu gestaltet, sodass die angegebenen Zahlen sich nur auf die 8 Jahre von 2006 bis zur Erhebung beziehen. Die Forumsleitung wies auf den Umstand hin, dass sie um eine besondere Einstellung zur Datensicherheit hat:

„Das Forum ist so eingestellt, dass automatisch diese Inhalte gelöscht werden, wenn ein Forum oder ein Thread beispielsweise 300 Tage inaktiv war. Wenn da 300 Tage nie mehr was war, wird er automatisch gelöscht. Sonst würde der Server schon aus allen Nähten platzen“ (EI I, Z. 1651-1654).

Vergleicht man diese Zahlen mit anderen Online-Foren mit dem Themenschwerpunkt Depression, lässt sich festhalten, dass es sich um ein relativ großes Online-Forum handelt. Jedoch sind durch den Serverwechsel Daten verloren gegangen. Zudem gibt es die Besonderheit, dass inaktive Themen nach einer Zeit von 300 Tagen automatisch gelöscht werden¹¹². Dies zeigt, dass die Zahlen, die im Internet auf der Web-Seite zu sehen sind, nicht die vollständige Geschichte des Forums beinhalten, denn sie legen nicht offen, wie sich das Online-Forum insgesamt entwickelt hat.

Die beiden untersuchten Depressions-Online-Foren werden moderiert. Es gibt zwischen 14 und 17 Moderatoren, die am Depressions-Online-Forum I aktiv mitarbeiten und „(...) administrative sowie beraterische Tätigkeiten“ übernehmen (EI I, Z. 389). Das Team des Online-Forums arbeitet ehrenamtlich und unentgeltlich und gliedert sich wie folgt: Forumsleitung (1 Person), Moderatoren (14-17, davon 4 mit Sonderfunktionen).

111 „Als es mir dann besser ging, also im Jahr 2001 im November (p), hab ich kurzerhand beschlossen, selbst so nen Forum ins Netz zu stellen“ (EI I, Z. 77-78).

112 Der Autor wies schon im Methodenteil darauf hin, aber es soll an dieser wichtigen Stelle noch einmal erwähnt werden: Bei der empirischen Betrachtung eines Feldes wie einem Online-Forum kann man nicht umhin, will man ein vollständiges Bild dieses Phänomens nachzeichnen, auch die Betreiber dieser Online-Angebote zu befragen und deren Angaben in den Analysen und Darstellungen aufzugreifen.

Abbildung 10: Depressions-Online-Forum I – Stilisierte Darstellung der Startseite



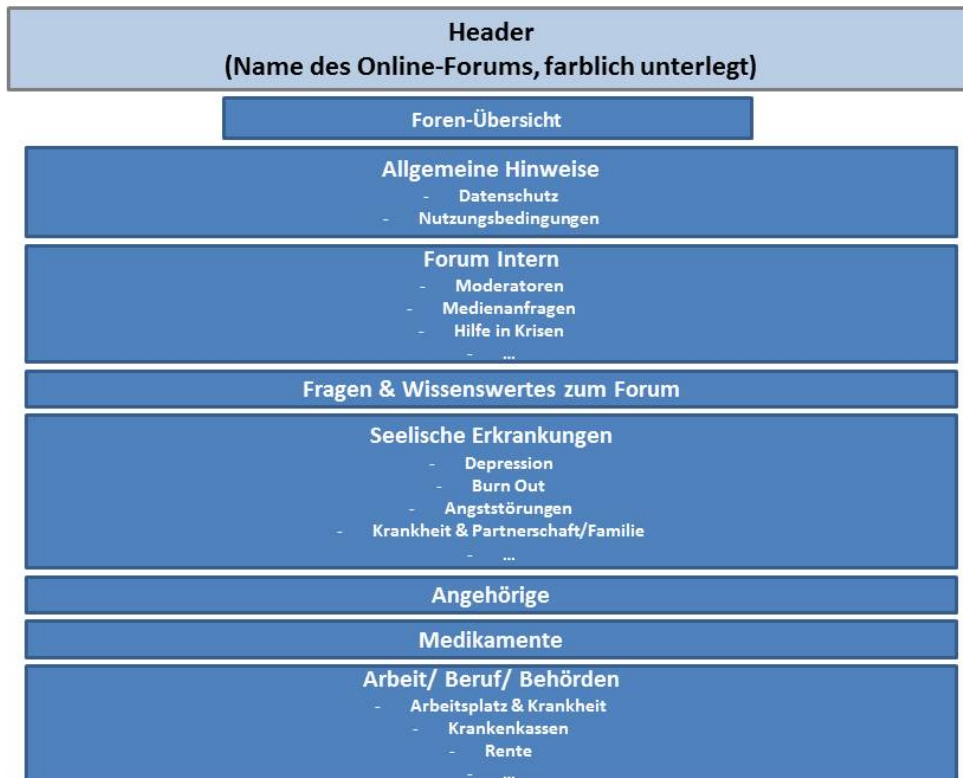
Quelle: Eigene Darstellung.

Die Startseite des Depressions-Online-Forums I ist sehr übersichtlich gestaltet. Auf den ersten Blick kann man einen farblich gestalteten Header erkennen, auf dem der Name des Online-Forums steht. Direkt darunter sind die unterschiedlichen Bereiche zentriert in eigenen Fenstern mit farblichen Rahmen gekennzeichnet. Der Aufbau der Startseite gliedert sich wie folgt: (a) News, (b) Aktuellste Beiträge, (c) Wer ist online? (siehe Abbildung 10). Zudem befinden sich rechts ein Anmelde- bzw. Registrierungsfenster (rechts oben auf dem Startfenster der Web-Seite) und auf der anderen Seite ein Fenster „Suche“. Auffällig ist, dass es keinerlei Werbung oder Verlinkungen zu Seiten Dritter gibt. Dies fällt direkt als Besonderheit auf, da bei einer Vielzahl der Online-Foren festzustellen ist, dass sie auf ihren Seiten Werbung haben und zu anderen Web-Seiten deutlich sichtbar verlinkt sind.

Von der Startseite des Depressions-Online-Forums I gelangt man über das Fenster „Haupt-Menü“ zur eigentlichen Forumsseite, auf der die Themengebiete in unterschiedlichen „Unterforen“ gegliedert sind. Allerdings ist dieser Bereich nur für registrierte Nutzer zugänglich. Der potenzielle Nutzer muss sich zuvor registrieren. Dazu

benötigt er lediglich eine gültige E-Mail-Adresse. Der Weg ins Depressions-Online-Forum I als potenzieller Nutzer ist mit wenigen Barrieren verbunden. In einem ersten Schritt ist die Registrierung mit einer gültigen E-Mail-Adresse erforderlich; hier erhält der Nutzer ein vorläufiges Passwort, mit dem eine Anmeldung im Depressions-Online-Forum I möglich ist. Damit erschließt sich der Zugang zum Online-Forum¹¹³.

Abbildung 11: Depressions-Online-Forums I – Stilisierte Darstellung der Foren-Übersicht



Quelle: Eigene Darstellung.

Hat der Nutzer den Status des ‚registrierten Nutzers‘¹¹⁴, gelangt er auf die eigentliche Forums-Hauptseite, die mit ‚Foren-Übersicht‘ überschrieben ist. Auf dieser Seite finden sich die einzelnen Themen/Threads, die unter den unterschiedlichen sogenannten ‚Unterforen‘ eingestellt sind (siehe Abbildung 11). Wie in Abbildung 11 zu

113 Der Nutzer kann sich einen Nickname geben, das Passwort ändern, im Depressions-Online-Forum I schreiben usw.

114 Der Status des Besuchers verhinderte es jedoch, bestimmte Suchfunktionen sowie bestimmte Bereiche zu nutzen und zu ‚betreten‘. Um z.B. einen Zugriff auf alle Themen/Threads zu erhalten, um auf Profile von Nutzern zuzugreifen usw. muss man sich im Forum I als Nutzer registrieren und in der Folge dann anmelden.

erkennen, gliedern sich insgesamt sieben Unterforen auf, die ihrerseits eigene Unterthemen haben. Diese Seite ist das Herzstück des Depressions-Online-Forums I.

Der Aufbau stellt sich wie folgt dar (siehe Abbildung 11): In einem ersten Unterforum („*Allgemeine Hinweise*“) geht es um Regeln im Forum: Auf was die Nutzer zu achten und an welche Regeln sie sich zu halten haben. In diesem Bereich postet und schreibt vor allem die Forumsleitung, um auf Neuigkeiten und Wichtiges für die Nutzer des Online-Forums hinzuweisen. Zum zweiten Unterforum („*Forum Intern*“) haben nur die Moderatoren und die Forumsleitung Zugriff. Hier tauschen sie sich in einem eigenen Unterforum aus und haben die Möglichkeit – geschützt vor den lesenden Augen der Nutzer – zu schreiben. Das dritte Unterforum beinhaltet *viele einzelne Themen (Threads) zu administrativen Fragen* und Belangen bzgl. der Registrierung und Anmeldung, aber auch Informationen zu z.B. „Löschen des Profils“ usf.

Das vierte Unterforum „Seelische Erkrankungen“ ist zugleich das größte. Es ist das inhaltliche Kernstück und beinhaltet u.a. die Bereiche „Depression“, „Angststörungen“, „Burn Out“, „Krankheit und Partnerschaft/Familie“ usw. In diesem Bereich finden sich die meisten Einzelbeiträge der Nutzer. Der Bereich umfasst 3.300 einzelne Beiträge, die sich in 270 Threads/Themen aufgliedern. Insgesamt umfasst dieses Unterforum knapp 12.000 Einzelbeiträge.

Das nächste Unterforum ist für „*Angehörige*“ erstellt. Dieser ist im Vergleich relativ klein. Es ist eine Besonderheit dieses Forums, dass Angehörige einen eigenen von Moderatoren betreuten Bereich bekommen¹¹⁵. Hier können sich Angehörige untereinander austauschen. Dieser Bereich umfasst knapp 2.400 Einzelbeiträge.

Im letzten Unterforum finden sich alle *Themen, die sich in irgendeiner Weise auf die Erkrankung und das Berufsleben sowie rechtliche und spezifisch rententechnische Fragen richten*. Hier sind viele kleinteilige Bereiche eingerichtet, die sich explizit auf „Ämter“ und „Behörden“ sowie den „Umgang mit dem Arbeitgeber“ richten. Hier finden sich etwa 7.000 Einzelbeiträge in ca. 800 Themen/Threads.

115 An dieser Stelle sei nur kurz darauf hingewiesen, dass die Gruppe der Angehörigen – gerade in Bezug auf psychische Erkrankungen – bislang von der Forschung zu Online-Foren nicht in den Blick genommen wurde und hier ein erheblicher Forschungsbedarf besteht.

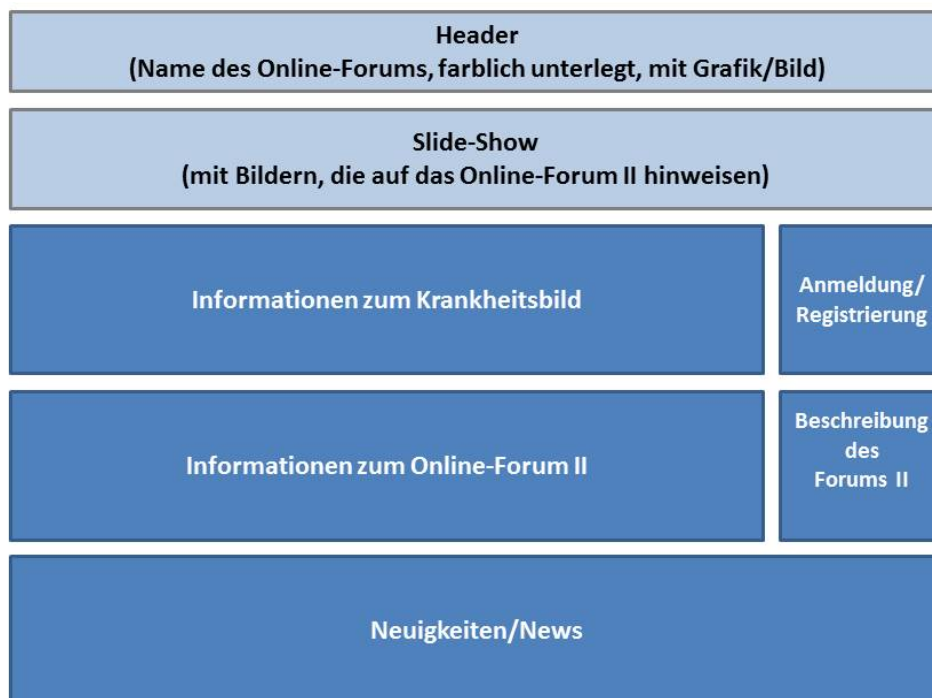
5.1.2 Depressions-Online-Forum II

Das Depressions-Online-Forum II stellt ebenso wie Depressions-Online-Forum I ein moderiertes Laien-Online-Forum mit dem Themenschwerpunkt ‚Depression‘ dar. Es ist sehr ähnlich strukturiert, sodass beide Online-Foren sich vergleichen lassen.

Es wurde Anfang 2008 gegründet und hat knapp über 5.000 registrierte Mitglieder. Das Forum umfasst 250.000 Einzelbeiträge, die insgesamt 11.000 Themen/Threads zugeordnet sind. Damit es umfangreicher als Depressions-Online-Forum I und nach dem Volumen seiner Beiträge ein schneller anwachsendes Online-Forum. Seine Nutzer haben innerhalb von sechs Jahren wesentlich mehr Inhalte generiert als diejenigen von Forum I. Auch in Depressions-Online-Forum II sind zwischen 50-100 Nutzer pro Tag aktiv¹¹⁶.

Das Team, das ehrenamtlich und unentgeltlich am Forum mitarbeitet und sich engagiert, gliedert sich wie folgt: Forumsleitung (1 Person), Moderatoren (6 Personen) und Administratoren (2 Personen).

Abbildung 12: Depressions-Online-Forum II – Stilisierte Darstellung der Startseite



Quelle: Eigene Darstellung.

116 „(...) ca. 150 Mitglieder, die in den letzten drei Tagen reingeschaut haben“ (EI II, Z. 287).

Auch das Depressions-Online-Forum II erreicht der Nutzer über eine spezifische URL-Adresse und gelangt zunächst auf eine Startseite (siehe Abbildung 12), von der aus er – wie für das Depressions-Online-Forum I bereits beschrieben – auf die Forumsseite gelangt. Da sich der inhaltliche Aufbau von demjenigen von Depressions-Online-Forum I unterscheidet, wird er im Folgenden kurz dargestellt.

Im Unterschied zu Depressions-Online-Forum I ist die Startseite des Depressions-Online-Forums II mit Grafiken und Bildern versehen. Es ist eher in hellen Farben gehalten, die Bilder und Grafiken befinden sich in einer Slide-Show, die unterhalb des Headers zentral auf der Startseite verortet ist. Die Farbe des Headers ist dunkler gehalten und der Forumsname prangt in weißen Großbuchstaben darauf. Werbung findet sich in diesem Online-Forum ebenfalls nicht. Auf der Startseite finden sich in zwei voneinander getrennten, farblich unterlegten Kästen einmal Informationen zum Krankheitsbild „Depression“, zum anderen allgemeine „Informationen zum Online-Forum II“¹¹⁷.

Allerdings ist auf der Startseite ein direkter Link gesetzt, der mit „Notfall“ überschrieben ist; folgt der Nutzer diesem Link, so kommt er auf eine Webseite des Forums, auf der eine Vielzahl an möglichen Hilfen und Kriseninterventionsstellen angegeben sind. Hier sind z.B. die Telefonnummern der Telefonseelsorge, E-Mail-Adressen und postalische Adressen von Kriseninterventionsstellen, Selbsthilfegruppen und Sozialpsychiatrischen-Diensten, regional gegliedert (hier nach Bundesländern) usw. hinterlegt. Hier, direkt auf der Startseite des Depressions-Online-Forums II, findet die realweltliche Versorgung statt.

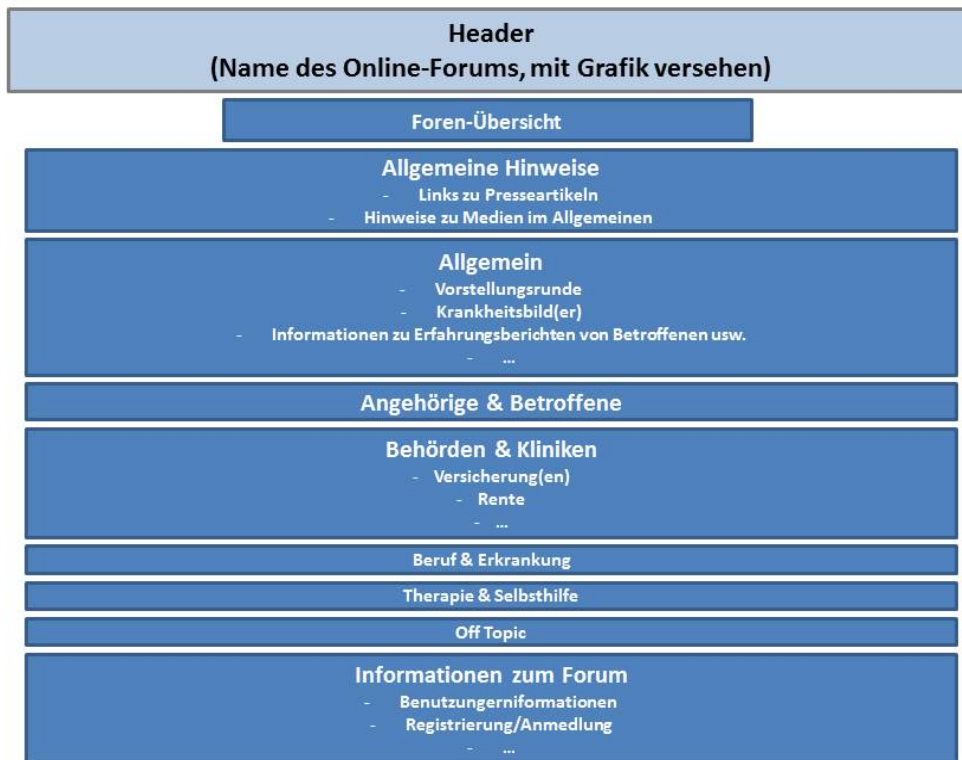
Auch hier findet sich auf der Startseite oben rechts das Fenster, über das der Nutzer sich anmelden bzw. registrieren kann¹¹⁸.

Im Depressions-Online-Forum II sind acht Unterforen zu finden (siehe Abbildung 13). Im Unterforum „Allgemeine Hinweise“ finden sich keine allgemeinen Informationen zum Depressions-Online-Forum II, sondern Themen wie z.B. Ankündigungen zu Fernseh-Dokumentationen über „Depression“ sowie Artikel aus den Printmedien.

117 Damit erhält der Nutzer – oder besser der potentielle Nutzer – direkt Hinweise zu Nutzung und zusätzlich Informationen zu den übergeordneten Themen der Erkrankung.

118 Wie schon beim Depressions-Online-Forum I beschrieben: Der Status als Besucher verhindert es, bestimmte Suchfunktionen sowie bestimmte Bereiche zu nutzen oder zu „betreten“. Um z.B. Zugriff auf alle Themen/Threads zu erhalten, um auf Profile von Nutzern zugreifen zu können usw., muss man sich auch in Forum II als Nutzer registrieren und in der Folge dann anmelden.

Abbildung 13: Depressions-Online-Forum II – Stilisierte Darstellung der Foren-Übersicht



Quelle: Eigene Darstellung.

Das zweite Unterforum „Allgemein“, das gleichzeitig eines der größten ist, enthält Themen, die sich spezifisch mit dem Krankheitsbild befassen. Hier ist eine große Anzahl von Beiträgen der Nutzer zu finden: Es sind über 25.000 Einzelbeiträge in ca. 5.500 Themen/Threads. Dieses Unterforum ist eines der größten.

Auch hier gibt es ein Unterforum, das sich an Angehörige von Erkrankten richtet („Angehörige & Betroffene“). Dieses Unterforum gehört mit knapp 9.000 Einzelbeiträgen in ca. 900 Themen/Threads zu den kleineren Bereichen innerhalb dieses Forums. Auffällig ist aber, dass auch hier ein eigener Bereich existiert, der nicht nur für Erkrankte, sondern auch für deren Angehörige zur Verfügung steht¹¹⁹.

Die Unterforen „Behörden & Kliniken“ sowie „Beruf & Erkrankung“ sind ebenfalls etwas kleinere Bereiche. Im ersteren geht es vor allem um Informationen zu bestimmten Einrichtungen. Es sind vor allem Einschätzungen zu behördlichen Fragen, die sich den Erkrankten stellen, wenn es zur Diagnose „Depression“ kommt, aber es

119 Die Angehörigen sind aber weniger konstante Nutzer, sondern nutzen die Plattform eher zu bestimmten abgrenzbaren Zeiten: „(...) also das muss man auch sagen, grad die Angehörigen, die kommen dann so schubweise“ (EI II, Z. 270-271).

geht ihnen auch um Einschätzungen und Erfahrungen zu Kliniken. Das zweite Unterforum „Beruf & Erkrankung“ enthält Themen, die sich auf rechtliche Rahmenbedingungen usw. beziehen, jedoch steht hier vor allem der berufliche Aspekt im Fokus.

Das Unterforum „Therapie & Selbsthilfe“ ist relativ stark frequentiert. Hier finden sich knapp 7.000 Einzelbeiträge in ca. 850 Themen/Threads. In diesem Bereich sind die Themen relativ mannigfaltig, von z.B. „Die Selbsthilfegruppe vor Ort“ über „Möglichkeiten ambulanter Behandlung(en)“ bis hin zu „Stationären Möglichkeiten“.

Anders als im Depressions-Online-Forum I gibt es hier ein Unterforum „Off Topic“, in welchem es um alles geht, das nicht zu dem übergeordneten Thema gehört. Dieser Bereich ist ein Sammelbecken für viele unterschiedliche Themen. Hier findet sich z.B. der Hinweis auf eine Studie, die durchgeführt wird und für die noch Probanden gesucht werden, Witze, Videos oder auch Links zu anderen Seiten sowie Hinweise auf andere Medien.

Das letzte Unterforum beinhaltet „Informationen zum Forum“. Hier werden allgemeine Informationen zum Depressions-Online-Forum II verhandelt. Es geht um Regeln im Online-Forum, aber auch darum, auf was Nutzer achten müssen und an welche Regeln man sich als Nutzer halten sollte. In diesem Bereich postet und schreibt vor allem die Forumsleitung, um auf Neuigkeiten und Wichtiges für die Nutzer des Online-Forums hinzuweisen.

In Depressions-Online-Forum II gibt es auch ein Unterforum, das sich nur an die Moderatoren richtet. Dieses ist allerdings für die normal angemeldeten Nutzer nicht ersichtlich. Dieses Unterforum wird nur sichtbar, meldet man sich im Status eines Moderators an.

5.1.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend gilt für beide Depressions-Online-Foren: Ihrem Aufbau nach handelt es sich um stark strukturierte und nach einzelnen Themen gegliederte Online-Foren. Diese Struktur hat Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Nutzer und die Art der Nutzung beider Online-Foren. Durch die Seitenstruktur ist die Nutzung stark vorstrukturiert: Bestimmt wird sie durch die Betreiber und die Mitarbeiter im Team (Moderatoren).

Depressions-Online-Forum II unterscheidet sich in der visuellen und inhaltlichen Ausgestaltung der Startseite von Forum I. Hier gibt es realweltliche Hilfe, auf die direkt auf der Start-Seite des Online-Forums verlinkt wird (siehe Abbildung 12, S. 115). Zudem befinden sich auf der Startseite des Depressions-Online-Forums II mehr Informationen zum Krankheitsbild. Auf der Ebene der inhaltlichen und thematischen Ausgestaltung finden sich demgegenüber nur wenige Unterschiede und die stark strukturierte Vorgabe ist beiden eigen.

5.2 Nutzerseite

Nachdem die beiden Depressions-Online-Foren in ihrer Struktur, ihrem spezifischen Aufbau und ihren Grundeigenschaften vorgestellt worden sind, werden im Folgenden ihre Nutzer vorgestellt. Dies geschieht anhand der Ergebnisse der *asynchronen Online-Gruppendiskussionen*, die in den beiden Online-Foren mit den Nutzern (5.2) wie den Moderatoren (4, S. 87ff.) geführt wurden¹²⁰. Mit den Nutzern beider Depressions-Online-Foren wurden im jeweiligen Online-Forum anhand dieser Erhebungsmethode Gruppendiskussionen geführt.

Die Darstellung gliedert sich in drei übergeordnete Aspekte, die mit Blick auf die forschungsleitende Fragestellung genauer betrachtet werden: (1) Die strukturgebende Funktion des Online-Forums: Unterstützung und Hilfe, (2) Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge der Partizipation: Doppelentlastung und (3) Fluide Gruppenzugehörigkeit: Erschwertes reziprokes Handeln in virtuellen Bezügen.

5.2.1 Die strukturgebende Funktion der Online-Foren: Unterstützung und Hilfe

In den Online-Gruppendiskussionen mit den Nutzern zeigt sich, dass ein Aspekt der strukturgebenden Funktion der Online-Foren für die Nutzer immer wieder verhandelt wird: „Unterstützung und Hilfe“. Diese übergeordnete Kategorie setzt sich aus vier Subkategorien zusammen, die die Dimensionen der strukturgebenden Funktion für

120 Im Methodenteil wurde die Erhebungsmethode der asynchronen Online-Gruppendiskussion vorgestellt, welche die Daten für den hier folgenden Ergebnisteil liefert (siehe 4.3 Asynchrone Online-Gruppendiskussionen: Nutzerseite, S. 103ff.).

die Nutzer darstellen: (1) „Das ewig Gleiche – kein ‚BlaBla‘“, (2) „Die solide Plattform“, (3) „Das Archiv“ und (4) „Der Zufluchtsort“.

Das ewig Gleiche – „kein BlaBla“

In den Gruppendiskussionen mit den Nutzern wurde in mehreren Beiträgen darauf verwiesen, dass es in den Online-Foren klare Regeln der schriftlichen Kommunikation gibt. Aus der Perspektive der Nutzer stellen sich diese Regeln unterschiedlich dar. Dies zeigt sich an verschiedenen Punkten, und es wird zunächst unter „Das ewig Gleiche – ‚kein BlaBla‘“ dargestellt. Im Zentrum stehen die Inhalte der Posts der Nutzer, wie ein Diskutant dies beschreibt:

„Diese Tatsache ist für mich ein Kritikpunkt an DIESEM Forum. In einem anderen Forum, wo ich vorher angemeldet war, durften Smilies immerzu genutzt werden – allerdings dort durfte man keine PN's [Private Nachricht] schreiben.... Da ich ein folgsamer Mensch bin, halte ich mich weitestgehend an Regeln, selbst wenn sie mir nicht so ganz schlüssig erscheinen. Das Argument gegen solcherlei Einträge ist, dass die Mods [**Moderatoren**] dann zuviel ‚Mist‘ lesen müssten/würden und dies nichts zur Besserung, Beseitigung des psychischen Zustandes des betreffenden Users beitragen würde“ (GDI, 20:12h, Z. 982-988).

Immer wieder einen ähnlichen Inhalt im Forum zu posten, ist von der Forumsleitung nicht erwünscht. Im vorangestellten Zitat wird zudem deutlich, dass es einen Widerstand gegen diese Regel gibt, die von den Nutzern trotzdem eingehalten wird („Da ich ein folgsamer Mensch bin, halte ich mich weitestgehend an Regeln, selbst wenn sie mir nicht so ganz schlüssig erscheinen“). Obwohl sich die Nutzer mit einem kurzen Beitrag in eine Diskussion einschalten bzw. mit einem Emoticon auf etwas zuvor Geschriebenes reagieren *wollen*, wird dies durch die Betreiber untersagt. Die Idee aufseiten der Nutzer ist, dem virtuellen Gegenüber deutlich zu machen, dass man den Beitrag gelesen hat und über einen kurzen schriftlichen Ausdruck zeigt, dass Anteil genommen wird. Durch die Benutzung von Emoticons wollen die Nutzer die Distanz durch das Interface überwinden und die asynchrone cvK¹²¹ emotionaler gestalten. Darin zeigt sich der Wunsch, trotz einer virtuellen und realen Distanz emotionale Nähe auszudrücken. Das kurze Kommentieren verhindert aber gleichzeitig eine tiefere Diskussion und damit eine intensivere Bezugnahme auf das zuvor Ge-

121 Für den Begriff der cvK und dem damit verbundenen kommunikativen Zusammenhang siehe 2.1 Computervermittelte Kommunikation, S. 39ff.

schriebene. Deshalb greifen die Betreiber an dieser Stelle durch die Regelsetzung in die Kommunikationsstruktur der Nutzer ein.

Der Verweis „Das Argument gegen solcherlei Einträge ist, dass die Mods [Moderatoren] dann zu viel ‚Mist‘ lesen müssten (...)“ deutet an, dass die Nutzer wahrnehmen, dass die Moderatoren durch Einhaltung dieser Regel entlastet werden. Gleichzeitig zeigt sich hierin, dass diese Regel von den Nutzern kritisch gesehen wird. Das Zitat deutet somit auf die Aufgaben der Moderatoren in den Online-Foren und drückt Verständnis und Wertschätzung für ihre Arbeit aus.

Die Regel lautet, es soll keine kurzen, nur Mitleid oder Zustimmung bekundenden oder nur Emoticons beinhaltenden Posts im Online-Forum geben. Diese Regel der Betreiber ist klar formuliert und strukturiert die Kommunikation der Nutzer untereinander, auf die von außen durch die Moderatoren Einfluss genommen wird. Diese Kontrolle wird von den Nutzern z.T. kritisch, gleichzeitig aber auch als „hilfreich“ angesehen: Die starren Strukturvorgaben werden zu Beginn der Teilnahme am Online-Forum meist als störend beschrieben und werden erst im weiteren zeitlichen Verlauf der Partizipation als „hilfreich“ und entlastend dargestellt.

„Manchmal kamen mir einige zurechtweisende Kommentare zu Anfang hier kalt und streng vor. Ich sehe aber, dass dadurch eine hilfreiche Struktur gehalten werden kann. Und es macht ja auch keinen Sinn den anderen in seinem Selbstmitleid zu bestärken“ (GDVI, 20:16h, Z. 284-286). Die Strenge und „Kälte“ der Kommentare, die die Nutzer zu Anfang ihrer Teilnahme am Depressions-Online-Forum in dieser Regel sehen, wandelt sich im weiteren Verlauf zu einer Sichtweise, die diese Struktur antizipiert und internalisiert. Dieser Prozess der Anpassung und Umdeutung kann als Sozialisationseffekt gesehen werden, durch den die Nutzer in die Regeln und Umgangsformen im Depressions-Online-Forum eingeführt werden. Dieser Effekt stellt sich im Verlauf der Teilnahme ein und wird durch die Betreuung der Moderatoren verstärkt (siehe 5.4 Moderatoren, S. 146ff.).

Die im Zitat genannte „hilfreiche Struktur“ wird von den Nutzern erst im Lauf der Zeit wahrgenommen. Die Formulierung „(...) den anderen in seinem Selbstmitleid zu bestärken“ verweist darauf, dass die Nutzer lernen, untereinander darauf zu achten, sich nicht gegenseitig mit ihren Beiträgen emotional zu belasten („triggern“), sondern einander zu unterstützen und zu helfen. Ebenso lernen sie, die „Zurechtwei-

sung“ und den regelgeleiteten Umgang im Online-Forum zu akzeptieren. Das setzt nicht nur Akzeptanz voraus, sondern auch die Übernahme der Regeln. Damit einhergehend stellt sich eine Veränderung der emotionalen Wahrnehmung ein. Was zuvor von den Nutzern als „kalt“ empfunden wurde, wird im Verlauf der Teilnahme als Mittel zum Zweck angesehen: So wird der Blick auf die „hilfreiche Struktur“ aufrechtgehalten.

Zwei weitere Zitate aus einer Gruppendiskussion, die sich aufeinander beziehen, ergänzen dies:

„Nur allzu viel Geplauder wird, völlig zurecht, unterbunden“ (GDVII, 16:44h, Z. 503).
„Im Forum schreibe ich am ehesten dann, wenn ich das Gefühl habe, zu einem Beitrag auch inhaltlich etwas substantielles sagen zu können“ (GDVII, 16:55, Z. 556-558).

„Geplauder“ gilt als nicht „inhaltlich Substantielles“ oder Angemessenes und wird aus Nutzersicht berechtigterweise durch die Moderatoren „unterbunden“. Dies zeigt, dass es innerhalb der Foren einen klaren Fokus auf einen ernst zu nehmenden (substantziellen) Inhalt gibt: Dieser wird erwartet und die Beschränkung der Beiträge hierauf von den Nutzern akzeptiert. Dadurch wird ein „Geplauder“ – also ein lockeres, loses kommunikatives Gefüge – als nicht gegenstandsangemessen wahrgenommen und ausgeschlossen.

Das erste Zitat deutet zugleich an, dass die Steuerung der Online-Foren von den Moderatoren ausgeht, die nicht regelkonforme Handlungen „unterbinden“. Die Einhaltung bestimmter Regeln verweist auf eine Steuerungsfunktion und ist damit wesentlicher Bestandteil der Kommunikation der Nutzer untereinander. „Inhaltlich etwas substantielles sagen zu können“ ist wichtige Eigenschaft der Nutzer und wendet sich gegen ein rein oberflächliches „Geplauder“¹²².

Nicht nur die Nutzer, auch die Moderatoren schreiben inhaltlich Substantielles im Forum und keine belanglosen Floskeln („BlaBla“). Dies wird in den Diskussionen immer wieder von den Nutzern hervorgehoben, wie der nachfolgende Textauszug zeigt.

122 Die Beschränkung der Bezugnahme auf einen bestimmten Kern wird in einer später beschriebenen Kategorie (5.2.3 Fluide Gruppenzugehörigkeit, S. 147ff.) noch genauer beleuchtet und findet u.a. hier ihren Widerhall.

„Man merkt, dass bei den Betreuern der unterschiedlichen Unterforen viel Erfahrung dahinter steht und kein ‚BlaBla‘“ (GDV, 20:31h, Z. 285-286).

Die „unterschiedlichen Unterforen“, auf die im Zitat Bezug genommen wird, werden von unterschiedlichen Moderatoren betreut (siehe 5.3 Betreiberseite, S. 146ff.). Die Betreuung ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Moderatoren in den unterschiedlichen thematischen Bereichen dezidiert auskennen. Das Erfahrungswissen, das von ihnen weitergegeben wird, hat ein hohes Niveau und setzt zugleich einen hohen Grad an Spezialisierung voraus (siehe 5.4 Moderatoren, S. 87ff.). Die informationelle Wissensvermittlung durch hochgradig expertisierte Moderatoren ist essenzieller Bestandteil der Depressions-Online-Foren¹²³.

Die Strukturgebung durch die Administration der Online-Foren ist elementarer Bestandteil der Aufrechterhaltung und Sicherung der Kommunikation. Auch in den Experteninterviews mit den Betreibern wird dieser Punkt benannt. Betont wird, dass die Forumsleitungen den Nutzern durch das Forum eine feste Struktur geben, die als Unterstützung für die Nutzer betrachtet wird. Die Betreiber sehen darin eine Hilfe für die Krankheitsbewältigung und zugleich eine Bindung der Nutzer an das Depressions-Online-Forum (siehe 5.3 Betreiberseite, S. 146ff.).

Hier wird an das spezifische Krankheitsbild bei Depression angeknüpft, denn das „Aktiv-Werden“ ist für Erkrankte in depressiven Phasen erschwert. Die Wohnung zu verlassen, einer Betätigung oder Arbeit nachzugehen oder auch nur die kleinsten alltäglichen Verrichtungen durchzuführen, wird von den Erkrankten zeitweise als unüberwindbare Aufgabe empfunden. Das Forum online zu besuchen, erfordert dagegen nur wenige Klicks mit der Maus. So bietet ein solches Forum eine mögliche erste Anlaufstelle, bei der sich die Nutzer mit ihren Anliegen „aufgehoben“ fühlen, da sie hier eine Struktur vorfinden, die positiv auf ihre Krankheitssituation und die damit verbundene Destrukturierung wirkt.

123 Um diese einzelnen thematisch voneinander getrennten Bereiche aufrecht erhalten zu können und über sie die Nutzer zu erreichen, wird in den Online-Foren auf der Startseite auf diese Bereiche hingewiesen. Auch ist dort für die Nutzer ersichtlich, welcher Moderator für den jeweiligen Bereich zuständig ist. Innerhalb der Feldbeschreibungen der beiden Online-Foren wurde dies schon gesondert hervorgehoben.

Das Online-Forum gibt seinen Nutzern ein bestimmtes Regelwerk vor, das den Umgang miteinander festlegt und über eine allgemeine ‚Netiquette‘¹²⁴ hinausgeht. Diese strukturelle Ordnung des virtuellen Miteinanders schafft Grenzen, gleichzeitig aber auch Haltepunkte und Orientierungen für den Einzelnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich der Zugang zu Hilfe und Unterstützung im Online-Forum auf der einen Seite als stark strukturgeleitet und zudem gesteuert darstellt, auf der anderen Seite wird diese Strukturierung bereits selbst von den Nutzern als Unterstützungsleistung wahrgenommen.

Die solide Plattform

„Es ist eine solide Plattform, die weder hektisch noch aufgeregt daher kommt und mir immer eine Anlaufstelle bot, auch als ich schon geheilt war“ (GDV, 16:53h, Z. 224-225).

Die Online-Foren haben für die Nutzer nicht nur eine strukturgebende Funktion, sondern können auch in stabilen Phasen als wesentlicher Bestandteil einer Unterstützung gelten. Sie bieten aber noch weitere von den Nutzern als hilfreich empfundene Eigenschaften. Im vorangestellten Zitat wird dies an der Charakterisierung „weder hektisch noch aufgeregt“ deutlich, die auf einen gelassenen, routinierten Umgang mit den Nutzern hindeutet. Dieser routinierte Umgang strahlt eine beruhigende Atmosphäre aus. Diese stellt eine Basis dar, die den Nutzern bei der Krankheitsbewältigung Halt bietet, wie folgender Textauszug zeigt:

„(...) die Diagnosen bringen so einiges an Verstimmung mit sich und ich bin froh hier gelandet zu sein, weil es mir hilft mich zu sortieren und das Feedback der Mitleser und -schreiber hilft auch sehr beim reflektieren“ (GDV, 16:01h, Z. 184-186).

Die „Diagnosen“ werden von dem Nutzer benannt und gleichzeitig negativ konnotiert („bringen so einiges an Verstimmung mit sich“). Die Nutzer sind „froh“, im Online-Forum einen Ort gefunden zu haben, der ihnen hilft, die „Verstimmung“ zu überwinden. Für depressiv Erkrankte spielen emotionale ‚Täler‘ eine wichtige Rolle, die immer wieder in phasenhaften Verläufen auftauchen und zu unterschiedlichen

124 ‚Netiquette‘, aus dem englischen Wort „net“ für Netz/Internet und dem französischen Wort „étiquette“ zusammengesetzt, bezeichnet den respektvollen und achtsamen Umgang von Individuen in elektronischen Kommunikationszusammenhängen.

Zeiten für sie bedeutsam sein können. Damit einher geht ein erhöhter Bedarf, Unterstützung zu erhalten.

Die Reflexion der eigenen Situation über das Geschriebene ist ebenfalls Bestandteil der strukturgebenden Funktion und bezieht eine zweite Ebene, die der Konsequenzen der Nutzung, mit ein. Durch die asynchrone schriftliche Kommunikation wird ein Grad an Reflexion erreicht, der über rein mündliche Kommunikation nicht möglich ist: Das virtuell abgespeicherte Geschriebene kann immer wieder abgerufen und erneut durch die Nutzer ‚erlesen‘ werden. Die zeitliche Dimension des Verschriftlichten – die zeitversetzte cvK¹²⁵ – und die mit ihr verbundene Revision durch ‚nachlesen‘ ist auf dieser zweiten Ebene zu verorten. Asynchronität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die zeitliche Versetzung (vom Ereignis zur Niederschrift) die Ab-speicherung erst ermöglicht. Anders als bei der zeitgleichen Face-to-Face-Kommunikation spielt bei der virtuellen Asynchronität die Speicherung eine wichtige Rolle¹²⁶.

Zugleich werden die anderen Nutzer durch die Veröffentlichung im Online-Forum mit einbezogen. Ihre reflexive Haltung wird eingefordert und als „Feedback“ zu den eigenen Beiträgen wahrgenommen. Der Austausch dient so dem „Sortieren“ und der Strukturierung eigener Gedanken und Gefühle sowie der Verortung der eigenen Position des einzelnen Nutzers. Die asynchrone schriftliche Kommunikation stellt zugleich sicher, dass das Geschriebene im virtuellen Raum des Depressions-Online-Forums immer wieder abrufbar und ‚besuchbar‘ ist. Die Reflexion ist so nicht auf den Augenblick des aktuellen Schreibens beschränkt, sondern vollzieht sich in einem längeren zeitlichen Fenster, das immer offen steht und das ‚Nachlesen‘ ermöglicht.

„Dieses Forum ermuntert einen sehr dazu, an sein für sich gestecktes Ziel zu kommen und man wird gut aufgefangen wenn man in einer Krise steckt. Auch finde ich gut das hier zu einem wirklichen Austausch kommt!“ (GDV, 19:52, Z. 307-309).

Die Teilnahme am Forum kann bei dem Erreichen der selbst „gesteckten Ziele“ helfen, hat überdies Auffangfunktion und kann Halt, Orientierungshilfe und Unterstützung geben, „wenn man in einer Krise steckt“. Krisen der Nutzer werden – wie im

125 Siehe 2.1 Computervermittelte Kommunikation, S. 39ff.

126 Siehe dazu auch 2.1.1 Rahmungen computervermittelter Kommunikation, S. 42.

weiteren Verlauf herausgearbeitet wird – mit der Partizipation am Online-Forum überwunden.

Zugleich wollen und sollen die Depressions-Online-Foren nicht ‚virtueller Heilungs-ort‘ sein, sondern sie stellen eine Ergänzung des schon real bestehenden Hilfenetzes dar. Die Online-Foren können die Erkrankten „auffangen“ und unterstützen, wenn eine krisenhafte Situation eingetreten ist, jedoch müssen sie als *zusätzliches* Element zu realweltlichen Unterstützungsleistungen und Hilfen genutzt werden. Sie können in bestimmten situativen Krisen eine Unterstützungsleistung und erste Anlaufstelle bieten, jedoch müssen die erkrankten Nutzer professionelle Hilfe außerhalb des Online-Forums aufsuchen¹²⁷.

Das Archiv

„Wenn man will, findet man über A L L E Themen die einen betreffen oder betreffen können hier Fachlich U N D Kompetent Rat. Man braucht nicht noch mal separat auf Suche gehen“ (GDII, 17:15h, Z. 798-801).

Über die bereits benannten Funktionen hinaus, die der Nutzung der Depressions-Online-Foren zugeschrieben werden, ist eine weitere anzuführen: Die Online-Foren werden auch als Archiv genutzt. Diese Funktion baut auf der asynchronen cvK auf: „A L L E“ Themen, die Nutzer aktuell oder auch in Zukunft betreffen, können im Online-Forum gesucht, gefunden und abgerufen werden. Abgespeichertes Wissen wird für andere zugänglich und kann Hilfe und Unterstützung bieten. Auch in dieser Funktion als Ort der Speicherung von Informationen und spezifischem Wissen übernehmen die Online-Foren eine wichtige unterstützende Funktion für ihre Nutzer.

„Fachlich U N D Kompetent“ wird im zitierten Beitrag deutlich hervorgehoben und damit darauf verwiesen, dass die hier vorgefundenen Informationen als qualitäts-gesichert¹²⁸ gelten und zielgerichtet abgerufen werden können („nicht noch mal separat auf Suche gehen“). Die Forderung nach Qualitätssicherung der Informationen bezieht sich vor allem auf die Erfahrung, dass Online-Foren zu gesundheitlichen Themen auch immer wieder Ziel der Einflussnahme durch die Industrie geworden sind – der Pharmaindustrie. Innerhalb der Online-Foren wurde versucht, durch

127 Dies gilt zumindest, wenn es sich um schwere, langanhaltende krisenhafte Verläufe handelt.

128 Hier steht die Sichtweise der Nutzer auf die Inhalte in den Online-Foren im Vordergrund. „Qualitäts-gesichert“ bezieht sich hier nicht auf einen durch externe Experten gesicherte Prüfung.

„gefakte“ Beiträge bestimmte Informationen, Werbungen und Einflussnahmen zu lancieren¹²⁹. Dies wird in beiden untersuchten Foren durch die strikte Beobachtung der Beiträge durch das Team zu verhindern versucht. Das Team spielt eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von „Sicherheit“ und „Kontrolle“ der Informationen, die von Nutzern untereinander ausgetauscht und abgerufen werden (siehe 5.4 Moderatoren, S. 87ff.). Indem Nachrichten bei Veröffentlichung einer Sichtung unterzogen werden, wird die Glaubwürdigkeit dieses Archivs verbürgt.

Der im Zitat erwähnte „kompetente Rat“ weist zudem auf die Kontaktaufnahme mit Anderen hin, die über spezialisiertes Wissen in einem bestimmten Feld verfügen. Kompetenten Rat einzuholen schließt die Aktivität dieser Anderen ein, setzt aber auch voraus, dass das Gegenüber über die entsprechende Kompetenz verfügt. Die Nutzer schreiben sich selbst einen hohen Grad an Kompetenz zu¹³⁰. Das Forum wird so als Ort angesehen, an dem Informationen zusammengetragen, aufbereitet¹³¹ und zur Verfügung gestellt werden. Somit wird es aus Sicht der Nutzer zu einer wichtigen Anlaufstelle, die die Informationen so bündelt, wie die Nutzer es erwarten.

Der Verweis im obigen Zitat auf die nicht erforderliche „separate Suche“ zeigt, dass es aus Nutzersicht hilfreich ist, dass das Online-Forum zu jeder Zeit von zuhause aus erreichbar ist. Die Depression führt die Erkrankten immer wieder in Stimmungstiefs, die ihnen eine soziale Kontaktaufnahme erschwert. Über die Depressions-Online-Foren wird die Kontaktaufnahme und Informationssuche in die heimischen vier Wände verlegt. Das Online-Forum wird gleichsam zur ‚Bibliothek zuhause‘ und damit zu einem niedrigschwelligen Zugang zu Information und Austausch.

„Stabilisierung meines Zustandes. Rückhalt, um in schlechten Phasen nicht alleine zu sein. Nachlesen, wenn besondere Fragen auftauchen (bei mir z.B. Nebenwirkungen von Medikamenten ...)“ (GDI, 16:32h, Z.1189-1192).

Das Depressions-Online-Forum wird im zitierten Beitrag zudem als unterstützendes Medium beschrieben, das bei der Stabilisierung des Gesundheitszustandes hilft und

129 Dies wurde bereits im dritten Kapitel (S. 80ff.) der vorliegenden Arbeit dargestellt und wird in der Diskussion der empirischen Ergebnisse erneut aufgegriffen.

130 Die Kompetenzzuschreibung richtet sich phasenweise auf die eigene Person oder auf die Anderen: Geht es den Nutzern schlecht, finden sie in den Anderen kompetente Kontaktpartner. Geht es ihnen gut, sehen sie sich als kompetent, die Anderen zu unterstützen.

131 Die Aufbereitung findet auf zweierlei Weise statt: Einerseits bindet die Forumsleitung Informationen aus externen Quellen ein. Andererseits ist die Bearbeitung der Beiträge der Nutzer durch die Moderatoren als Aufbereitung zu sehen.

als Brücke zu Anderen das Einsamkeitsgefühl minimiert. Über den virtuellen Raum des Forums wird so eine Beziehung zu anderen Nutzern hergestellt, die bei Fragen kontaktiert werden können. Mit „Rückhalt“ ist hier gemeint, dass der virtuelle Ort des Depressions-Online-Forums genutzt wird, um sich mit Gleichgesinnten auszutauschen und sich in dem Gefühl zu verbinden, „nicht alleine“ mit den eigenen Problemen und Gefühlen zu sein. Das Depressions-Online-Forum wird als funktionaler Ort der Wissensgenerierung und -speicherung gesehen, in dem die Nutzer, „wenn besondere Fragen auftauchen“, aktiv nach Antworten suchen. Dies geschieht in einer Umgebung, in der sich der Nutzer sicher fühlt und auf empathische Andere trifft.

Diese Vergemeinschaftung vollzieht sich nicht nur, indem andere Nutzer befragt oder angeschrieben werden, sie kann auch aktiv über die Suchfunktion im Online-Forum geschehen (siehe 5.1 Feldbeschreibung, S. 112).

Das Depressions-Online-Forum stellt nämlich in seiner Funktion als virtuelle Bibliothek zahlreiche Informationen bereit, z.B. zu grundlegenden Fragen der medikamentösen Behandlung, zu rechtlichen Grundsätzen, zu Berentung, Versicherungen usw. Dieser Aspekt der Beratung taucht an unterschiedlichen Stellen in den Online-Gruppendiskussionen mit den Nutzern auf. Die Informationsfunktion der Depressions-Online-Foren wird immer wieder von den Nutzern hervorgehoben. Die Foren haben mit ihrer archivarischen Funktion, der schriftlichen Speicherung der Beiträge und der darin enthaltenen Informationen eine wichtige unterstützende Bedeutung für die Nutzer.

„Hinzu kommt noch, dass die Konzentration bei vielen von uns mit der Erkrankung nachgelassen hat, man vieles dann vergißt und so schriftlich im Forum doch immer mal wieder nachlesen kann“ (GDII, 13:11h, Z. 709-711).

Das Zitat zeigt an, worin unter anderem die Unterstützung besteht. Denn die Funktion des Online-Forums als Archiv unterstützt die Erkrankten, insbesondere bei den auftretenden Konzentrationsstörungen, die in vielen Fällen mit einer depressiven Erkrankung einhergehen. Das Vergessen ist für viele Erkrankte in Phasen der Depression ein Problem und wird auch von den Nutzern in den Depressions-Online-

Foren benannt¹³². Der Textauszug deutet an, dass das Online-Forum gerade für depressiv Erkrankte eine wichtige Funktion übernehmen kann, da es ihnen dabei hilft, dem Vergessen entgegenzuwirken, da in schriftlicher Form Informationen und gespeicherte Erinnerungen abgerufen werden können. Das Archiv wird durch die (asynchrone) Verschriftlichung zu einem Ort der Erinnerung des eigenen Leidensweges und der Krankheitserfahrungen. Die zeitversetzte Kommunikation und Speicherung im virtuellen Raum ist damit Grundvoraussetzung für die Archivfunktion. „Nachlesen“ wird so ein zentrales Mittel der Krankheitsreflexion. Auf diese Weise ist das Online-Forum als Archiv nicht nur für die Generierung von informationalem Wissen von Bedeutung, sondern auch für die persönliche Reflexion und Verarbeitung der eigenen Krankheitsgeschichte.

Der Zufluchtsort

Die Depressions-Online-Foren werden besonders in schwierigen Phasen des Krankheitsverlaufs zu einem Zufluchtsort für Gedanken und Gefühle, die im virtuellen Raum verschriftlicht und gespeichert werden können.

„Wenn es mir schlecht geht und ich unbedingt mich mitteilen muss, schreibe ich hier etwas nieder. Es befreit mich, dass ich mir etwas von der Seele geschrieben habe. Umso schöner ist es dann noch, wenn Mitglieder an meinen Gedanken teilnehmen oder mir sogar liebe Worte oder hilfreiche Vorschläge machen“ (GDV, 21:33h, Z. 719-722).

In diesem Eintrag wird die besondere Funktion der Online-Foren in schwierigen Phasen des Krankheitsverlaufs hervorgehoben. Das Mitteilungsbedürfnis ist in diesen Phasen erhöht und das Online-Forum wird genutzt, um sich anderen, gleichgesinnten Nutzern mitzuteilen und sich mit ihnen auszutauschen. Dieser Austausch wird zudem als „schön“ wahrgenommen, wenn andere in Form von „lieben Worten“ oder „hilfreichen Vorschlägen“ Bezug auf den Nutzer nehmen.

Für viele Nutzer sind die Depressions-Online-Foren Orte des „sich etwas von der Seele Schreibens“. An diesen wird das Abgelegte und Gespeicherte für die Nutzer immer wieder lesbar und erfahrbar. Die „Niederschrift“ der eigenen Gedanken und Gefühle ist wichtiger Bezugspunkt der Nutzung. Dies ist in einem ersten Schritt nicht

132 Wie zu Beginn der vorliegenden Arbeit dargestellt, sind Konzentrationsschwäche und das nachlassende Erinnerungsvermögen bei depressiven Erkrankungen eine Belastung (siehe 1 Depression: Bedeutung im Krankheitsspektrum, S. 20ff.).

abhängig von anderen Nutzern und dient zunächst einem Selbstzweck. Erst in einem zweiten Schritt werden die anderen Nutzer einbezogen. Der zitierte Beitrag zeigt dies eindrücklich: „(...) schöner ist es dann noch (...)“: Die verschriftlichten Gedanken und Gefühle stehen für sich und erfüllen so einen sich selbst genügenden Zweck; sie können ohne eine weitere Anteil- oder Bezugnahme für sich stehen. Erst in einem zweiten Schritt werden die anderen Nutzer angesprochen und einbezogen.

An dieser Stelle zeigt sich eine weitere Unterstützungsleistung der Depressions-Online-Foren für die Nutzer: Sie beugen sozialer Isolation vor. Durch die empathischen Anderen im Forum wird eine Atmosphäre geschaffen, in der die Nutzer sich ein Problem „von der Seele schreiben“ können, das sie belastet. Dadurch dass in den Online-Foren auf die Anliegen der Nutzer Bezug genommen wird und sie so Kontakt zu anderen aufnehmen, sind sie nicht (mehr) sozial isoliert.

„(...) ich meine, Leute, die das Heimwerken als Teil von sich sehen, schmökern und stöbern gerne auf Heimwerkerseiten – Katzenliebhaber schreiben in Katzenforen – Im Echten Leben kann man das wahrlich nicht tun, das würde einem alles ruinieren“ (GDI, 10:20h, Z. 586-588).

Das Forum lässt sich als Zufluchtsort charakterisieren, an dem die Gedanken und Gefühle frei formuliert und niedergeschrieben werden können, ohne dass die Nutzer das Gefühl haben, sich verstellen zu müssen. Hier wird zwischen der Außenwelt („Echten Leben“) und den Wünschen, Gedanken und Empfindungen des Selbst getrennt. In der realen Welt („im Echten Leben“) können depressive Gedanken und Gefühle, kann die als ausweglos empfundene Lebenssituation eher nicht mitgeteilt werden. Anders im Online-Forum. Es wird so zum Ort der Zuflucht für die eigenen Gedanken und Gefühle.

Der Vergleich des Depressions-Online-Forums mit Hobby-Foren für Heimwerker oder Katzenliebhaber spielt auf eine enge Verbindung der Nutzer untereinander an, die durch den gemeinsamen Erfahrungszusammenhang entsteht. Zudem zeigt sich darin ein starkes Interesse, sich in einem Forum zu engagieren, zu dem nicht jeder Zugang hat. In diesem Sinn lassen sich die Depressions-Online-Foren als spezialisierte Online-Foren bezeichnen. Die Nutzer formulieren ihre Erwartung, in diesem Raum alles offenbaren und verhandeln zu können, was die Krankheit „Depression“ betrifft, ohne Gefahr zu laufen, damit „alles [zu] ruinieren“. Mit dem Verweis auf einen krisenhaften realweltlichen Umgang mit den Gedanken und Gefühlen zeigt

sich, dass der Zufluchtsort Online-Forum von den Nutzern als Schutzraum angesehen wird. Hinter dem Zitat „das würde einem alles ruinieren“ steht die Erfahrung, dass sich der Austausch von Gedanken und Gefühlen die Erkrankung betreffend im realen Leben als schwierig erweist. Würden die Nutzer im „echten Leben“ so ausführlich und dezidiert wie im Depressions-Online-Forum über ihre Erkrankung sprechen, dann könnten sie Gefahr laufen, dass ihre direkte soziale Umwelt mit Unverständnis reagiert. Durch die Verhandlung im virtuellen Raum wird das direkte soziale Umfeld „verschont“ und das Niedergeschriebene an einem Ort veröffentlicht, wo andere Nutzer aus eigener Betroffenheit Verständnis und Empathie aufbringen. Die Dichte gleichermaßen Erkrankter ist nirgendwo höher als in solchen gesundheitsbezogenen Online-Foren. Gleichzeitig bietet die Anbindung über Datenleitung Distanz, um nicht einem hohen Konformitätsdruck ausgesetzt, gar ausgeliefert zu sein.

Die empathische Hinwendung spielt für die Nutzer der Depressions-Online-Foren eine besondere Rolle, denn die eigene Krankheitsgeschichte und die damit verbundenen Erfahrungen kann keinesfalls mit jedem verhandelt werden. Es bedarf eines empathischen Gegenübers und eines besonderen Ortes, an dem dies geschehen kann. Das Depressions-Online-Forum stellt einen solchen Ort der Zuflucht dar, an dem Gedanken und Gefühle geäußert werden können, die im „echten Leben“ nicht offenbart werden können. So unterstützt der Zufluchtsort den empathischen Umgang der Nutzer mit der Erkrankung und dient dem Schutz vor Stigmatisierung.

5.2.2 Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge der Partizipation: Doppelentlastung

Der folgende Aspekt „Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge“ schließt an bereits dargestellte Überlegungen an. Mit dem „Konnex“ sind die Verknüpfungen bezeichnet, die sich zwischen der Partizipation der Depressions-Online-Foren und dem realweltlichen Leben ergeben. Auf der einen Seite sind die Verbindungen zu den direkten und indirekten Sozialbeziehungen, auf der anderen Seite die Verbindungen zum Versorgungssystem gemeint. Die Nutzung der Online-Foren steht nicht abgeschlossen für sich allein. Wie bereits aufgezeigt, steht eben diese Nutzung im virtuellen Raum in direktem Bezug zum „wirklichen Leben“ und beeinflusst dieses. Dieser Konnex entfaltet sich auf unterschiedlichen Ebenen: (a) Die direkten Einflussnahmen

auf die soziale Umgebung und (b) die Verbindungen zum realen Versorgungssystem. Im Folgenden wird zwischen diesen beiden Dimensionen unterschieden und die Inhalte werden ausgeleuchtet.

Die direkte Einflussnahme auf die soziale Umgebung

Wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt, sind die Online-Foren ein Ort der Zuflucht und haben damit eine Rückhalt stiftende Funktion für die Nutzer. Dieser virtuelle Ort, der ohne die Bezugnahmen anderer Nutzer auskommt und als Platz der Niederschrift der eigenen Gedanken und Gefühle durch die Nutzer gesehen wird, hat, bezogen auf die erste Dimension des „Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge“, eine weitere Funktion, wie die Teilnehmer der Gruppendiskussionen hervorheben. Für diese erste Dimension spielen die realweltlichen Sozialbeziehungen in Verbindung mit den Online-Foren eine wesentliche Rolle. Inwiefern die „soziale Umgebung“ hier gemeint und einbezogen ist, wird nachfolgend zu klären sein.

„Aber was ich sehr wichtig finde, bei unseren Erkrankungen kann es dazu kommen, dass man sich der Außenwelt gegenüber gehemmt fühlt und wenn man sich dann mal traut, in einem Forum etwas zu schreiben und darauf nette Antwort bekommt, beflügelt einen das schon, dort weiter zu schreiben“ (GDV, 20:06h, Z. 272-276).

Einige Symptome, die mit der Krankheit Depression einhergehen, sind gerade mit den Spezifika der Online-Foren und der Kommunikation im Internet verbunden. Hier spielt vor allem die schon benannte Asynchronität der Kommunikation eine wichtige Rolle (siehe Tabelle 2, S. 42).

Im zitierten Beitrag wird das Gefühl beschrieben, im direkten Face-to-Face-Kontakt mit der sozialen Umgebung „gehemmt“ zu sein. Dies kann über die Asynchronität der Kommunikation in den Online-Foren aufgelöst und umgangen werden. Die Teilnahme an einem Depressions-Online-Forum und der sich hieraus ergebende kommunikative Zusammenhang können nämlich als niedrigschwelliger Zugang angesehen werden, der die Erkrankten darin unterstützt, ihre Zurückgezogenheit und Verslossenheit zu überwinden.

„Nette Antworten“ von anderen Nutzern zu erhalten, spornt die Nutzer an, sich aktiv mitzuteilen und etwas von sich preiszugeben. Die Bestätigung durch andere Nutzer wirkt beflügelnd. Die mögliche Unfähigkeit, sich innerhalb realweltlicher Bezüge kommunikativ zu öffnen, kann so über Online-Foren aufgebrochen werden. Diese

übernehmen somit die Funktion eines stetigen, wohlwollenden, anspornenden und „beflügelnden“ Kontaktes mit anderen, auch wenn sich dies über das Interface eines Computers abspielt. Dieser niedrighschwellige Zugang zu einem Austausch ist für depressiv Erkrankte eine Möglichkeit, aus schweren lethargischen Zuständen herauszukommen. Die empfundene Hilflosigkeit durch die Nutzung des Online-Forums zu durchbrechen ist somit ein wichtiges Hilfsmittel, um einen kommunikativen Anschluss herzustellen. Dieser Anschluss stellt eine Anlaufstelle und erste Hilfe dar und hat für die Nutzer einen unterstützenden Charakter, der die kommunikative Offenheit fördert. So entsteht ein Anschluss für Selbsthilfebestrebungen: Die Nutzer unterstützen sich in diesem Sinne nicht nur gegenseitig, sondern befinden sich im Online-Forum an einem (virtuellen) Ort, an dem ein offener Austausch über die Krankheit geschehen kann. Ängste vor Stigmatisierung werden gelindert und die Nutzer erfahren durch die Anonymität des Online-Forums Schutz durch Distanz.

Zudem ist der Aspekt der Gruppe zentral: Die gegenseitigen Bezugnahmen der Nutzer untereinander sind ein wichtiges Moment der asynchronen cvK. Der Anschluss an eine Gruppe und damit der Austausch und die gegenseitige Unterstützung stehen hier an zentraler Stelle. Auf welche Weise im virtuellen Raum Gruppenzusammenschlüsse und gegenseitige Bezugnahmen möglich sind, wird am empirischen Material noch zu zeigen sein, denn hier stehen die asynchrone cvK, die Anonymität sowie die strukturellen Besonderheiten einer Gruppenorientierung entgegen.

„Obwohl mir meine Psychologin daraufhin davon abgeraten hat, wieder hierher zu kommen, fühlte ich mich doch gut aufgehoben und verstanden, weil ich im wirklichen Leben halt niemanden hatte, mit dem ich auf dieser Ebene reden konnte“ (GDVI, 17:01h, Z. 247-250).

Im vorangestellten Zitat wird ein weiterer Aspekt des Konnex innerhalb dieser Dimension deutlich: Auf der einen Seite weist der Nutzer die Vorbehalte der Psychologin gegenüber seiner Teilnahme am Depressions-Online-Forum hin, auf der anderen Seite hebt er hervor, dass es sich hier um einen Ort des Austausches handelt, der eine besondere Anziehungskraft auf ihn ausübt. Im Online-Forum kann, anders als im „wirklichen Leben“, offen über die eigene Erkrankung geschrieben werden. Den Rat der Therapeutin nimmt er nicht an, sondern setzt die Teilnahme am Online-Forum fort. Die Ebene, auf die rekurriert wird, macht deutlich, *dass das Depressions-Online-Forum hier eine besondere Kommunikationsebene bietet, auf der spezifische*

Sachverhalte verhandelt werden können, die in anderen Kommunikationszusammenhängen auf diese Weise von den Nutzern nicht besprochen werden können. Das „wirkliche Leben“ hält nur wenige vergleichbare Strukturen bereit, um sich auszutauschen. Die Teilnehmer des Online-Forums finden sich dagegen auf dieser besonderen „Ebene“ des Austausches.

Im zitierten Beitrag kommt nicht nur eine empfundene Isolation und Einsamkeit zum Ausdruck, sondern auch eine aktiv gestaltete Suche nach Möglichkeiten, diese Lücke zu schließen. In den Depressions-Online-Foren versuchen die Nutzer, im virtuellen Raum auszugleichen, was ihnen in ihrer direkten realweltlichen Umgebung nicht möglich ist. So wird das offene Verhandeln der Krankheitserfahrungen im Depressions-Online-Forum zu einer Unterstützungsleistung, die von den Nutzern gerade gesucht und daher gerne in Anspruch genommen wird.

„Und das Schöne ist, ich muss nicht mit z.B. meinem sehr lieben Mann über solche Belastungen sprechen, da er vieles sowieso nicht nachvollziehen kann und ich dann denke, dann muss ich ihn damit auch nicht belästigen“ (GDV, 21:33h, Z. 723-725).

Die Entlastung durch das Schreiben in den Online-Foren hat eine noch weiter reichende unterstützende Funktion, wie der vorangestellte Beitrag zeigt. Nicht nur das Schreiben als solches, das die Funktion der Entlastung für die Erkrankten erfüllt, ist Bezugspunkt, sondern auch die Entlastung der direkten sozialen Umgebung. Die entlastende Wirkung schließt hier auch andere im persönlichen Umfeld ein und stellt auf diese Weise eine Doppelentlastung für die Nutzer dar. Diese wirkt sich nicht nur auf den Nutzer selbst aus, sondern wird erweitert und bezieht sich auf die direkten Kontakte im „wirklichen Leben“. Der Austausch über die eigenen Krankheitserfahrungen kann sich belastend („belästigen“) auf Sozialbeziehungen auswirken. Im Zitat zeigt sich – wie an vielen anderen Punkten der Online-Gruppendiskussionen – dass sich die Nutzer vielfach Unverständnis in ihrem direkten sozialen Umfeld ausgesetzt sehen. Die Teilnahme am Online-Forum wird auf diese Weise von den Nutzern als eine Doppelentlastung empfunden: Auf der einen Seite steht die Entlastung der eigenen Person durch das Schreiben im Online-Forum, auf der anderen Seite die Entlastung des direkten sozialen Umfeldes, das „viele sowieso nicht nachvollziehen kann“ und mit Unverständnis reagiert oder reagieren würde. Das Online-Forum ist virtueller Fixpunkt einer empfundenen Doppelentlastung der Nutzer. Auch folgendes Zitat verdeutlicht dies:

„(...) habe ich diesen Teilaspekt fast komplett ins Internet verlagert. Meine Psychotherapie und meine 3 Foren (s.o.) decken meinen Gesprächsbedarf und mein Mitteilungsbedürfnis voll und ganz“ (GDVI, 17:08h, Z. 490-492).

Der hier zitierte Nutzer weist darauf hin, dass er im Internet und in der Psychotherapie über seine Erkrankung sprechen bzw. schreiben kann. Damit sind „Gesprächsbedarf“ und sein „Mitteilungsbedürfnis“ abgedeckt und er benötigt keine weitere Unterstützung.

Der „Teilaspekt“, der hier benannt wird, bezieht sich auf die Aspekte des Lebens, die unmittelbar mit der Erkrankung und den damit verbundenen Erfahrungen, Gedanken und Gefühlen verknüpft sind. Der „Gesprächsbedarf“, der sich hieraus ergibt, wird in spezifische Kanäle verlegt und dort verarbeitet. Das persönliche Umfeld, also Familie und enger Freundeskreis, werden aus diesem benannten „Teilaspekt“ ausgeschlossen und die Verhandlung(en) darüber fast ausschließlich „ins Internet verlagert“. Die Kommunikation über die Erkrankung findet auf diese Weise abgegrenzt von der direkten sozialen Beziehungswelt, asynchron und schriftlich im Depressions-Online-Forum statt. Der sich hier darstellende Konnex bezieht die professionelle Versorgung, den Psychotherapeuten, zum Online-Forum hinzu. Hier ist die Verhandlung der Thematik im Versorgungssystem direkt mit der Verhandlung im Online-Forum gekoppelt.

Die Verbindungen zum realen Versorgungssystem

Wie bereits beschrieben hängen die realweltliche Umgebung und die dazu gehörenden Sozialbeziehungen eng mit dem Handeln im virtuellen Raum zusammen. Auf der einen Seite steht die Entlastung der direkten sozialen Beziehungen, auf der anderen Seite steht die Verhandlung und Reflexion, die in den virtuellen Raum verschoben wird. Neben der vorangestellten Dimension (a) „Die direkte Einflussnahme auf die soziale Umgebung“ wird jetzt der Fokus auf die zweite Dimension (b) „Der Konnex zum realen Versorgungssystem“ gelegt.

„Das Forum hat mir geholfen zur Unterstützung meiner Psychotherapie auch auf Medikamente zu greifen, bzw. in eine Klinik zu gehen. Dies kam für mich vorher absolut nicht in Frage. Aber die wohlwollenden Beiträge haben mich umgestimmt. Zunächst einmal konnten mir die Betroffenen von ihren Erfolgen erzählen, die ihre jeweiligen Behandlungen gezeigt haben. Und das machte mir Mut, es selber zu probieren“ (GDI, 20:12h, Z. 996-1000).

Das Online-Forum wird im zitierten Beitrag als Ort beschrieben, an dem die professionelle Versorgung als wesentlicher positiver Bestandteil der Therapie angesehen wird. Durch die anderen Nutzer wird die medikamentös begleitende Therapie als ein möglicher Weg aufgezeigt und durch „wohlwollende Beiträge“ wird der Nutzer „umgestimmt“. Die Erfolgsgeschichten durch die Behandlungen der anderen Erkrankten unterstützen den Nutzer dabei, eine andere Sichtweise einzunehmen, und machen ihm „Mut, es selbst zu probieren“.

Der Austausch mit den anderen Nutzern im Depressions-Online-Forum führt so zur Akzeptanz therapeutischer Maßnahmen und zum Abbau von psychischen Stressoren. Über diese Brücke wird das Online-Forum zu einem Verstärker und Prozessor, welcher einen Verlauf anstößt, Weichen stellt und aus dem virtuellen Raum heraus direkt Einfluss auf die Erkrankten in der realen Welt nimmt. Dies führt dazu, dass die Perspektiven auf mögliche Behandlungen und Behandlungsformen erweitert und durch die Nutzer empowert werden¹³³.

„Einmal habe ich auch einen Teil eines Threads hier ausgedruckt und meinem Therapeuten in die Hand gedrückt. Ich konnte meinen Wunsch auf einen Klinikaufenthalt und meine Bedenken dem gegenüber einfach nicht aussprechen. Also habe ich meine Postings und die zugehörigen Antworten anderer User einfach dem Therapeuten in die Hand gedrückt“ (GDI, 23:06h, Z. 784-787).

Ein zentraler Punkt der Verbindung zwischen der Teilnahme am Online-Forum und dem realen Versorgungssystem wird an dieser Stelle deutlich: Die direkte Verbindung zwischen der im Online-Forum ablaufenden verschriftlichten Kommunikation und der Verbindung von Patient und Therapeuten in der Face-to-Face-Kommunikation. Zentral ist hier die Rückspiegelung des virtuell Verhandelten in die Arzt-Patient-Situation, in der auf diese Weise der virtuelle Ort ‚Online-Forum‘ ein ganz realer Bezugspunkt in der – gänzlich realen – Therapie wird. Was nicht „ausgesprochen“ werden kann, in der schriftlichen Kommunikation des Online-Forums aber formuliert wurde, kann so reales und wichtiges Datum zwischen Patient und Arzt, Klient und Therapeut werden. In dem Moment, in dem der „Teil eines Threads hier

133 Wie weiter unten (siehe 5.3 Betreiberseite, S. 174ff.) noch zu klären sein wird, kann man in diesem Rahmen auch von einer ‚Übernahme‘ sprechen, denn die Sichtweisen, die im Forum vertreten werden, sollen in den meisten Fällen auch von den anderen (allen) Nutzern im Online-Forum übernommen werden. Dies soll sicherstellen, dass alle Akteure, die aktiv im Online-Forum mitwirken, in die gleiche Richtung gehen.

ausgedrückt und meinem Therapeuten in die Hand gedrückt“ wird, wird das virtuelle Handeln in den Kontext der therapeutischen Situation gestellt.

Wenn schriftlich verhandelt wird, was nicht ausgesprochen werden kann, dann ergeben sich hieraus direkte Konsequenzen für den Konnex zwischen der realweltlichen Versorgung und dem virtuellen Ort ‚Depressions-Online-Forum‘: Hier wird expliziert, dass das, was im Forum geschrieben wurde, in das „Echte Leben“ rückgespiegelt wird.

Die verschriftlichte Kommunikation des Online-Forums wird dem Therapeuten „in die Hand gedrückt“ mit der Absicht, die Therapie dadurch positiv neu zu gestalten. Die direkte Verbindung der virtuellen Welt des Forums mit der real-weltlichen Sitzung beim Therapeuten wird hier also als Möglichkeit vorgestellt, den virtuellen Zufluchtsort zu verlassen, um einem Außenstehenden einen Blick in die sonst verschlossene und anonyme Welt des Depressions-Online-Forums zu gewähren. So ist das Online-Forum ein Schutzraum, aus dem heraus verschriftlichte Beiträge („Postings“) „mitgenommen“ werden können, um sie im „Echten Leben“ zu diskutieren. Dem Therapeuten werden mehr Informationen an die Hand gegeben, damit wird die therapeutische Handlungspraxis in Bezug auf den Erkrankten erweitert und die reale Versorgungspraxis durch den Nutzer aktiv mit gestaltet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass diese beiden Dimensionen des Konnex zwischen (a) realen sozialen Beziehungen und (b) realem Versorgungssystem, verbunden mit der bereits vorgestellten „Strukturgebenden Funktion“, zentrales Moment der Teilnahme an den Online-Foren sind. Ausgehend von der Frage nach der Funktion der Online-Foren für die Nutzer und den Potenzialen der Unterstützung, die sie aufgrund ihrer Teilnahme erfahren wollen, ergeben sich hieraus wichtige damit verbundene Aspekte: Die Online-Foren haben nicht nur direkten Einfluss auf die teilnehmenden Personen, vielmehr bleiben ihre Handlungen in diesem Raum nicht ohne Konsequenzen für die direkten sozialen Beziehungen im realen Leben. Durch die Verknüpfung zum realen Versorgungssystem wird herausgestellt, dass das virtuell Verhandelte direkt auf das Versorgungsgeschehen wirken kann.

Mit der Unterstützung durch das Forum werden die Nutzer motiviert, in das Versorgungsgeschehen einzugreifen, sodass sie Zugangshürden überwinden und sich in das professionelle Versorgungssystem begeben und therapeutische Maßnahmen akzep-

tieren. So sind Bezüge zu den direkten sozialen Beziehungen möglich, aber gleichfalls zu dem Versorgungssystem¹³⁴.

5.2.3 Fluide Gruppenzugehörigkeit: Erschwertes reziprokes Handeln in virtuellen Bezügen

Nach dem Blick auf den Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge richtet sich nun das Augenmerk auf die Binnenperspektive der Online-Foren. Die Untersuchung wendet sich der Sichtweise der Nutzer auf die „virtuelle Gruppe“ zu und damit der dritten und letzten übergeordneten Kategorie „Fluide Gruppenzugehörigkeit“.

Zentrales Moment der Teilnahme am Online-Forum ist die Bezugnahme auf andere Nutzer. Es ist das reziproke Handeln, über das Unterstützung und Hilfe im virtuellen Raum realisiert wird. Ohne die Eröffnung von Themen auf der Web-Seite des Forums und die Antworten hierauf gäbe es dort keine Kommunikation. Diese Bezugnahmen können sich unterschiedlich darstellen. Zu fragen ist jedoch, wie es um die Sichtweise der Nutzer bestellt ist. Im Folgenden werden spezifische Aspekte dieser Perspektive auf die virtuelle „Gruppe“ vorgestellt und wird gefragt, inwieweit es sich hier um eine Gruppe handelt, über die ein gegenseitiges Handeln und Bezugnehmen möglich ist.

Das Kommen und Gehen: Nutzerfluktuation

„Die User kommen und gehen, einige bleiben länger, andere verschwinden für einige Zeit, neue kommen hinzu. Als User würde ich es nicht oder zumindest nicht mehr als Gruppe werten“ (GDV, 12:13h, Z. 576-578).

In diesem Textauszug wird das Problem der hohen Fluktuation der Nutzer in den Depressions-Online-Foren angesprochen. Durch das „Kommen und Gehen“ im Online-Forum wird die Bildung einer Gruppe erschwert. Das Online-Forum und seine Nutzer sind einer ständigen Wandlung unterworfen, die sich in einer relativ hohen Nutzerfluktuation zeigt. „Als User würde ich es nicht oder zumindest nicht mehr als Gruppe werten“. Zu Beginn der Teilnahme gehen die Nutzer davon aus, dass sie sich

134 Dieser direkte Konnex virtueller Selbstbezogenheit und realer Versorgung wird auch in Bezug auf die Zusammenführung der Betreiber- und Nutzerperspektive noch einmal eine Rolle spielen und vor diesem Hintergrund wieder aufgegriffen (siehe 6 Diskussion: Depressions-Online-Foren zwischen virtueller sozialer Unterstützung und Selbsthilfebestrebungen, S. 198ff.).

einer Gruppe anschließen, jedoch wandelt sich dieser Blick und wird um-„gewertet“. Der Blick auf das Online-Forum und die anderen Nutzer verändert sich im zeitlichen Verlauf. Dazu trägt die hohe Fluktuation der Nutzer bei. Als Gruppe wird dieser Zusammenhang von den Nutzern nur noch bedingt wahrgenommen.

In einem zweiten Beitrag wird genau auf diesen Umstand hingewiesen. Dieser Diskutant fügt noch zwei weitere Aspekte hinzu:

„dafür ist zu viel kommen und gehen. Ich habe das Gefühl, dass es häufig User gibt, die sich hier anmelden, am Anfang auch relativ aktiv sind und viel schreiben und dann schnell wieder in der Versenkung verschwinden“ (GDII, 23:03, Z. 672-674).

Dieses „zu viel kommen und gehen“ der Nutzer, die sich zunächst aktiv am Forum beteiligen, erschwert es, sich im Forum an einzelnen Personen zu orientieren. Obwohl Nutzer als „relativ aktiv“ wahrgenommen werden, bleibt die Unsicherheit bestehen, wie lange dieses Engagement anhalten wird und sie sich einbringen werden. Obwohl also Nutzer zunächst aktiv im Forum lesen, Beiträge schreiben und auch eigene Themen eröffnen, wird die Erfahrung formuliert, dass auch diese aktiven Nutzer oft wieder aus dem Forum „in der Versenkung verschwinden“. Diese Unsicherheit, die in den Online-Gruppendiskussionen mit den Nutzern immer wieder diskutiert wird, beeinflusst die Teilnahme und die Orientierung der Nutzer im Depressions-Online-Forum. Unsicherheit bzgl. der Zuverlässigkeit der Kommunikation mit anderen über eine längere Zeit ist damit ein grundsätzliches Charakteristikum, das die Bindungen der Nutzer untereinander kennzeichnet¹³⁵.

Die hohe Fluktuation sowie die Unsicherheit, die damit verbunden ist, erschweren die Konzentration auf bestimmte Nutzer. Damit geht einher, dass die Orientierung an einzelnen Nutzern eher selten ist. Dadurch wird gleichsam eine feste Konstitution einer Gruppe im virtuellen Raum des Online-Forums erschwert. Reziprozität, die – zumindest für eine bestimmte Zeit – auf festen Bezugspersonen basiert, gibt es nur bedingt.

„ (...) ich hatte ja eine aktive Phase hier 2009, als ich eine kleine Krise hatte – da haben sich mir tendenziell schon immer die gleichen Leute gewidmet – und bin dann in der Versenkung verschwunden, wie Sarah [**Name einer anderen Teilnehmerin der Gruppendiskussion**] schreibt. Als ich jetzt wieder aktiv geworden bin, hat mir gleich eine

135 „Viel [zu] schreiben“ ist eine wichtige Form der kommunikativen Rahmung im Depressions-Online-Forum. Dies wird an unterschiedlichen Punkten in den asynchronen Online-Gruppendiskussionen deutlich hervorgehoben.

von damals wieder geschrieben – eine Mod [**Moderatorin**] – aber sonst habe ich niemanden wieder gesehen“ (GDI, 14:34h, Z. 1126-1130).

Auch in diesem Beitrag wird deutlich, dass die hohe Fluktuation der Nutzer wahrgenommen wird und dies sich auf die Erwartungshaltung gegenüber der Teilnahme am Online-Forum auswirkt. Es sind zu bestimmten Zeitpunkten „tendenziell schon immer die gleichen Leute“, die aktiv am Online-Forum teilnehmen und die inhaltlichen Beiträge bestimmen. „(...) aber sonst habe ich niemanden wieder gesehen“: Nach der längeren Phase der Abstinenz sind die bekannten Nutzer nicht mehr da. Lediglich eine Moderatorin ist noch aus der Phase vor der ‚Auszeit‘ im Online-Forum aktiv. Über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren ist es also möglich, dass ein großer Teil der aktiven Nutzer wechselt und nur sehr wenige über diesen Zeitraum hinweg aktiv im Online-Forum verbleiben. Diese Umbrüche verhindern *erstens*, dass es zu einer festen Orientierung an einzelnen Nutzern und so zur Konstituierung einer Gruppe kommt und *zweitens*, dass hierdurch eine Orientierung an dem Thematischen forciert wird. Wenn es nämlich nur sehr schwer möglich ist, sich über einen längeren Zeitraum an andere Nutzer zu binden und sich ihnen anzuschließen, dann steht eine Orientierung an einzelnen Themen im Fokus.

In dem zuletzt zitierten Beitrag wird noch ein zweiter Aspekt deutlich, der auf eine krankheitsspezifische Nutzungsweise hindeutet: Die aktiven und passiven Phasen im Online-Forum werden von den Nutzern, die schon längere Zeit im Forum aktiv sind, auf andere Art und Weise wahrgenommen als von denjenigen, die nur sehr kurz im Forum aktiv waren. Hier zeigt sich die an den Phasen der Krankheit orientierte Nutzungsweise. Aktive Phasen können von passiven Phasen abgelöst werden; der Krankheitsverlauf kann zu einer Forcierung der aktiven Teilnahme beitragen, aber auch zum Rückzug führen. Die beschriebene hohe Fluktuation der aktiven Nutzer ist auch zu einem Teil diesem besonderen Umstand der Spezifika der Krankheit geschuldet. Phasen starker Aktivität wechseln sich mit solchen geringer Aktivität ab, das Aktivitätsniveau hängt von den Krankheitsverläufen der Nutzer ab. Diese krankheitsbedingte Form der Nutzung, die sich hier zeigt, wird zu einer der zentralen Bedingungen einer Orientierung, die sich nicht auf einzelne Nutzer bezieht und in der Folge auch einer spezifischen Gruppenbildung und -aufrechterhaltung entgegensteht.

Depression und Co: Thematische Orientierung

Zu diesen dargestellten Binnenprozessen der Online-Foren gesellt sich ein weiterer wichtiger Aspekt der „Fluidität“ der virtuellen Gruppe: die Forcierung der thematischen Orientierung in den Depressions-Online-Foren.

„In meiner Anfangszeit, habe ich fast alle Threads besucht. Doch schon bald gab es Dinge, die für mich keine Bedeutung hatten: z.B. die Hilfethreads zu Rentenfragen ... Auch bei den Medikamenten hielt ich mich zurück – so lange, bis ich selber welche einnehmen sollte, bzw. nehme“ (GDI, 20:12h, Z. 969-972).

Wie hier dargestellt wird, werden zu Beginn der Teilnahme „fast alle Threads“ besucht und gelesen. Im Verlauf erfolgen Schwerpunktsetzungen, die zu einer thematischen Fokussierung auf bestimmte Beiträge führen, die gelesen und kommentiert werden. Hier zeigt sich, dass es sich bei diesem Online-Forum eher nicht um eine feste Gruppe handelt, die wie eine Institution angesprochen wird und wie eine solche nach konstanten Kriterien antwortet. Wenn Nutzer in den Depressions-Online-Foren eingeloggt sind und innerhalb dieser umhersurfen, dann achten sie darauf, ‚was‘ geschrieben wird, nicht ‚von wem‘. Wie in dem Beitrag dargestellt, geht es darum, dort zu schreiben, wo es gerade für den einzelnen Nutzer thematisch interessant ist. Allerdings wird nur geantwortet, wenn die Antwort innovativ ist, nicht, wenn sie wiederholt, was schon zuvor geschrieben wurde (siehe 5.2.1 Die strukturgebende Funktion der Online-Foren: Unterstützung und Hilfe, S. 119ff.). Wenn sich aber die Nutzer an den Inhalten thematisch aufhängen und weniger darauf achten, ‚wer‘ etwas geschrieben hat, dann können sich kaum feste Gruppen von Nutzern konstituieren, denn die Nutzer verfolgen so vorrangig ‚wer‘ etwas ‚wo‘ und ‚wie oft‘ geschrieben hat und schreiben und beteiligen sich lediglich in thematisch für sie interessanten Threads (‚was‘). Wenn z.B. für einen Nutzer gerade das Thema „Beziehung und Depression“ interessant und persönlich von Belang ist, dann wird er sehr wahrscheinlich nicht in einem Thread mit dem Titel „Medikamente nerven“ lesen oder sich gar an der dortigen Diskussion intensiv beteiligen. Es geht also weniger um die Orientierung an einzelnen Nutzern als vielmehr um die Orientierung an thematisch relevanten Einheiten.

„Das Forum dient mir lediglich so zum Austausch, oder eben zum Zuhören“ (GDII, 20:03, Z. 532).

Der hier zitierte Beitrag fasst zusammen, was in den asynchronen Online-Gruppendiskussionen an vielen Stellen von den Nutzern ausgedrückt wird: Das Online-Forum wird als ‚eine‘ mögliche Form des Austausches gesehen, nicht aber als *das alleinige Instrument* der Hilfe erfahren. Wie schon unter der Kategorie „Zufluchtsort“ dargestellt wurde (S. 129f.), zeigt sich hier ein weiterer Aspekt, denn die Formulierungen „lediglich“ und „nur so zum Austausch“ weisen darauf hin, dass es noch eine andere Hilfe- und Unterstützungsleistung neben dem Online-Forum geben muss.

Das Online-Forum wird neben anderen Formen der Hilfe genutzt, um (1) sich mit anderen Erkrankten und ggf. deren Angehörigen auszutauschen, (2) spezifische Informationen zu beschaffen und (3) vor dem „echten Leben“ in einen Schutzraum zu entfliehen, der aber durchaus eine Verknüpfung zwischen virtuellem und „echtem Leben“ zulässt (siehe 5.2.2 Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge der Partizipation: Doppelentlastung, S. 131ff.). Neben dem Online-Forum können es nun ganz unterschiedliche Dinge und Bereiche sein, die von den Nutzern zusätzlich in Anspruch genommen werden: Von der lokalen Selbsthilfegruppe über eine stationäre oder ambulante Therapie bis hin zum Austausch mit Familie, Freunden und Bekannten im „echten Leben“. Was hier mit dem „Zuhören“ verknüpft ist, ist die Tatsache, dass es eine Vielzahl von Nutzern gibt, die nicht mit eigenen Beiträgen am Depressions-Online-Forum teilnehmen, sondern sich nur lesend durch den virtuellen Raum bewegen. Diese Nutzer bringen sich nicht mit eigenen Beiträgen ein, beteiligen sich nicht aktiv an den Diskussionen, sondern sind als sogenannte ‚Lurker‘ in den Foren unterwegs. Gegenüber diesen nur lesend im Online-Forum sich bewegenden Nutzern sind es vor allem die aktiv schreibenden Nutzer, die das Online-Forum mit Inhalten füllen und die Diskussionen am Leben halten.

„Ich habe hier immer so mitgeschrieben: Wenn ich ein akutes problem hatte, einen thematischen spezifischen Thread aufgemacht, der dann auch ein bisschen länger lief, bis ich mit Hilfe der Schreiber zu einem vorläufigen ‚Ergebnis‘ gekommen war“ (GDI, 14:34h, Z. 1134-1136).

Die Diskussion um die aktive Teilnahme zeigt, dass sich hier unterschiedliche Formen der Nutzung darstellen lassen. „Immer so mitgeschrieben“ bezieht sich auf die Teilnahme am Forum als aktiver Leser und Schreiber. Das ‚Mitschreiben‘ bezeichnet das Antworten auf Anliegen anderer Nutzer. Es setzt das Lesen voraus, zeigt aber

gleichzeitig, dass das ‚Mitmachen‘ vom ‚Mitschreiben‘ abhängig ist. Nur durch die aktive Teilnahme im Sinne einer Bezugnahme auf Andere wird das Forum selbst zum Ort aktiven Bezugnehmens und einer ausgestalteten aktiven Partizipation. Die Beteiligung am *Schreiben mit Anderen* steht im Vordergrund:

Posten die Nutzer eigene Beiträge, erwarten sie auch „Ergebnisse“, die zur Auflösung eines zuvor formulierten Problemzusammenhangs beitragen sollen. Hier sind die anderen Nutzer zum ‚Mitschreiben‘ und aktiven Antworten aufgefordert, um in einem „thematischen spezifischen Thread“ zu einem „Ergebnis“ zu kommen, das im Verlauf von dem Themeninitiator als Lösung seines vorgetragenen Problems akzeptiert wird. Das Annehmen der Lösung durch den Nutzer, der das Thema begonnen hat, kann zeitlich variieren und hängt stark von der Beteiligung der anderen Nutzer ab.

„Ich bin hier aber auch nicht auf der Suche nach Freunden, sondern ich brauche nur ‚jemanden zum Reden‘. Freunde habe ich bereits genug, aber mit denen kann ich über Depression & Co. nicht sprechen“ (GDVI, 17:08h, Z. 487-489).

Das Verhandeln von „Depression & Co“ wird in die Bezüge des virtuellen Raumes verlagert und so von den direkten Sozialbeziehungen abgekoppelt. Diffuse Sozialbeziehungen werden außerhalb des Internets aufrechterhalten. Das Depressions-Online-Forum dient dazu „(...) jemanden zum Reden“ über die Krankheit zu finden, wobei dieser „jemand“ hier nicht näher beschrieben wird.

Im Textauszug deutet sich an, dass strikt zwischen privatem, realem Leben und Begegnungen im Depressions-Online-Forum unterschieden wird: Die Trennungslinie wird zwischen dem ‚normalen‘, realen Leben und der virtuellen anonymen Anlaufstelle Depressions-Online-Forum gezogen. Beides wird nicht vermischt, beide Lebensbereiche sollen voneinander getrennt bleiben. Das Depressions-Online-Forum wird zu einem abgegrenzten Ort, an dem über die Krankheit geschrieben werden kann, wogegen die reale Welt von diesem Austausch ausgeklammert bleibt. Familie und Freunde können und sollen nicht damit konfrontiert und belastet werden.

An dieser Stelle muss ein Aspekt, der bereits erwähnt wurde, wieder aufgegriffen und in die Kategorie der „Fluiden Gruppenzugehörigkeit“ aufgenommen werden, denn er ist ein wichtiger Aspekt, der zum Verständnis der „Fluidität“ in den Online-Foren beiträgt. Wie bereits unter „Das ewig Gleiche – ‚kein BlaBla‘“ (S. 120ff.) dar-

gestellt wurde, gibt es bestimmte, die Kommunikation der Nutzer untereinander einschränkende Regeln. Dazu gehört auch, dass es vonseiten der Betreiber unerwünscht ist, immer wieder ähnliche Inhalte im Online-Forum zu posten. Dies kann in der Folge Konsequenzen für die Schreiber haben. Durch diese bestimmte Regelmäßigkeit der Steuerung der Kommunikation der Nutzer untereinander wird zudem eine Gruppenbildung erschwert, denn das reziproke Handeln ist dadurch eingeschränkt. Hierin ist ein zentraler Punkt der „Fluidität“ zu finden, der über eine hohe Fluktuation und Unbeständigkeit der Bezugspersonen im virtuellen Raum hinausgeht: *Wenn es einem Nutzer nicht gestattet ist, zumindest kurz sein Mitgefühl oder seine emotionale Anteilnahme im Sinne eines kurzen Beitrags auszudrücken, dann wird für die einzelnen Nutzer eine direkte Bezugnahme zu anderen erschwert.* Hier kommen zwei Punkte zusammen:

- (1) Erstens die Bezugnahmen, die eher thematisch geschehen, orientieren sich nicht an Nutzern. In dieser *thematischen* Orientierung wird deutlich, dass im Vordergrund steht, ‚was‘ verhandelt wird und nicht ‚durch wen‘. So stehen die inhaltlichen Bezüge ohne direkten Link zur Person des Nutzers und werden durch ein übergeordnetes Thema hergestellt. Auf diese Weise wird eine Gruppenbildung oder eine direkte persönliche Verbindung zu anderen Nutzern erschwert.
- (2) Zweitens sind die hohe Nutzerfluktuation und der oft stattfindende Wechsel zwischen aktiven und passiven Phasen der Teilnahme zusätzliche Elemente, die die Bildung einer festen Gruppe erschweren. Mit der benannten „Fluidität“ ist somit eine spezifische Form bezeichnet, die sich als loser, nicht scharf trenn- und fassbarer Gruppenbildungsprozess zeigt.

Durch diesen Prozess wird die Orientierung an Inhaltlichem und somit an einzelnen Themen forciert. Im Umkehrschluss wird hierdurch die Generierung fester Gruppen im virtuellen Raum der Depressions-Online-Foren erschwert und findet eher nicht statt. Damit wird eine breitere Formatierung von Unterstützungsleistungen innerhalb der Online-Foren unterbunden. Die thematische Orientierung erschwert ein reziprokes Handeln, das auf längere, feste Bezüge abstellt, und die aufgrund dieser Strukturbedingung nur bedingt entstehen können. Hilfe- und Unterstützungsleistungen können auf diese Weise nur in begrenztem Rahmen stattfinden.

5.2.4 Zwischenfazit

Für die *Nutzerseite* konnte herausgearbeitet werden, dass die Teilnahme am Online-Forum unterschiedliche Funktionen übernimmt:

- (1) Das Online-Forum wird von den Nutzern als solide Grundlage gesehen, auf der sie in ihrem Krankheitserleben und ihrer Krankheitsbewältigung ernst genommen werden und die ihnen einen Halt bietet. Damit ist der Zugang zu Hilfe und Unterstützung im Online-Forum auf der einen Seite stark strukturiert, auf der anderen Seite dient eben diese Strukturierung der Unterstützung der Nutzer.
- (2) Das Online-Forum als ‚Archiv‘ ist für die Nutzer ein Ort der Erinnerung des eigenen Krankheitserlebens und eigener Krankheitserfahrungen. Dies ist wesentlich bestimmt durch die Verschriftlichung im virtuellen Raum und die asynchrone cvK. Das ‚Nachlesen‘ ist damit ein zentrales Moment der Krankheitsreflexion. Auf diese Weise ist das Online-Forum als Archiv nicht nur für die spezifische Generierung und das Abrufen von speziellem Wissen von Bedeutung, sondern auch für die Hinwendung zur eigenen Krankheitsgeschichte wichtig. Die Unterstützung, die hier generiert wird, lässt sich auf der einen Seite als informationell bezeichnen, auf der anderen Seite bietet sie die Möglichkeit zur Reflexion. Damit wird das Depressions-Online-Forum zum Ort der Aktivierung der nutzer-eigenen Ressourcen und schließt so an bestimmte Aspekte der Selbsthilfe an¹³⁶. ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ lässt sich als ein zentrales Moment benennen, das im weiteren Verlauf noch genauer in den Blick genommen wird. An dieser Stelle bleibt festzuhalten, dass Eigeninitiative, Gruppenprozesse, Struktur und gegenseitige Unterstützungsprozesse wichtige Aspekte der Funktion der Foren und somit der Partizipation ihrer Nutzer sind.
- (3) Das Online-Forum als ‚Zufluchtsort‘ ist zudem ein Schutzraum für die Nutzer. Der Zufluchtsort dient hier vor allem den Gedanken und Gefühlen, die im ‚echten Leben‘ nicht ausgesprochen und offenbart werden können. Aber das Online-Forum ist auch Ort der Entstigmatisierung, da im virtuellen Raum des Depressions-Online-Forens offen geschrieben werden kann, was im ‚wirklichen Leben‘ durch stigmatisierende Effekte verstellt ist. Der Zufluchtsort unterstützt die Of-

136 Diese werden in der Diskussion der Ergebnisse aufgegriffen und genauer dargestellt (siehe 6 Diskussion: Depressions-Online-Foren zwischen virtueller sozialer Unterstützung und Selbsthilfebestrebungen, S. 209ff.).

fenheit des Umgangs der Nutzer untereinander und mit der Erkrankung auf der Ebene, dass der Prozess der Aushandlung hier nicht stigmatisiert wird und damit eine emotionale Entlastung möglich wird. Hier schließt die Idee des offenen und emotional entlastenden Umgangs mit der Erkrankung an das Konzept sozialer Unterstützung an. Neben der Aktivierung der Ressourcen der einzelnen Nutzer ist der Zufluchtsort ebenso Teil einer über das Online-Forum generierten (Selbst-)Hilfe, die die Nutzer bestärken und unterstützen soll. Das Depressions-Online-Forum wird so zu einem virtuellen Ort der Unterstützung der Nutzer, die durch ihren gegenseitigen Kontakt empowern.

Ebenso wichtig für die Perspektive der Nutzer – aber auch für die der Betreiber – ist der ‚Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge‘, der sich auf zwei Ebenen ergibt: (a) die direkten Bezüge zu und Einflussnahmen auf die soziale Umgebung sowie (b) die Verbindungen zur realen Versorgung. Diese direkten Bezüge stellen eine Form vermittelnder sozialer Unterstützung dar, die die Nutzer als Doppelentlastung wahrnehmen und die sowohl auf der Ebene der direkten Sozialbeziehungen zu verorten ist wie auch eine Verbindung zum Versorgungssystem herstellt.

Die Ergebnisse machen zudem deutlich, dass die Binnenperspektive auf die Online-Foren zeigt, dass die Nutzer sich eher an Thematischem orientieren als an Personen. Dies wurde anhand der „fluiden Gruppenzugehörigkeit“ herausgearbeitet und für die Teilnahme am Online-Forum dargestellt. Mit der benannten ‚Fluidität‘ ist somit eine spezifische Form bezeichnet, die sich als loser und nicht scharf abgrenzbarer Gruppenbildungsprozess zeigt. Die Besonderheit dieses Prozesses ist, dass es innerhalb der Online-Foren eher zu keiner Bildung einer festen Gruppe kommt, da die Nutzer an Inhalten und somit einzelnen Themen orientiert sind, nicht jedoch an Personen.

5.3 Betreiberseite

Nach dem Blick auf die Depressions-Online-Foren (5.1 Feldbeschreibung) und auf die Nutzerseite (5.2 Nutzerseite) folgt nun die Darstellung und Analyse der Betreiberseite. Durch die mehrdimensionale Anlage der vorliegenden Arbeit werden neben der Betrachtung und Analyse der Foren und der Nutzer auch die Betreiber in den Fokus gerückt. Erst durch diese Multiperspektivität wird das Depressions-Online-Forum als Gegenstand fass- und darstellbar.

Grundlage dieser Analyse sind die Experteninterviews mit den Betreibern der beiden Depressions-Online-Foren. Auf welche Weise deren Sichtweisen, Ideen und Zielsetzungen mit der Perspektive der Nutzer in Einklang stehen oder diesen entgegenstehen, wird im Folgenden ebenfalls thematisiert. Die unterschiedlichen Perspektiven der Betreiber und der Nutzer werden anschließend durch die Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen mit den Moderatoren der Online-Foren erweitert und komplettiert (5.4).

5.3.1 Interner Aufbau: Hierarchische Konstrukte

Die Betreiber der Depressions-Online-Foren betonen in den Interviews wiederholt, dass die Online-Foren einem strukturierten Aufbau folgen und auch der Struktur der Mitarbeiter ein klar geordneter Aufbau zugrunde liegt. Dieser interne Aufbau schließt zum Teil an die in der Feldbeschreibung (S. 110ff.) vorgestellten Strukturen und ersten Einblicke in die beiden Depressions-Online-Foren an. Dort wurde schon herausgestellt, dass es innerhalb der Depressions-Online-Foren inhaltliche Schwerpunktsetzungen, organisierte Zuständigkeiten, klar abgegrenzte Bereiche usw. gibt. Für beide Online-Foren zeigt sich, dass sie aus einem starren Gefüge von Zuständigkeiten bestehen, die von den Betreibern für sich reklamiert werden. Innerhalb dieser hierarchischen Konstrukte agieren alle, die an den Foren beteiligt sind. An der Spitze stehen jeweils die Forumsleitungen, die über das wachen, was in den Online-Foren geschieht, und für alles zuständig und verantwortlich zeichnen. An zweiter Stelle steht das Team, das sich aus unterschiedlichen Gruppen von Mitarbeitern zusammensetzt und das ehrenamtlich und unentgeltlich an den Depressions-Online-Foren mitarbeitet¹³⁷.

Die Forumsleitungen betreiben die Online-Foren als Privatpersonen. Der Webspaces¹³⁸ und die damit verbundenen Kosten liegen in ihrem Verantwortungsbereich. Wird etwas über die Online-Foren verbreitet, was rechtlich problematisch bzw.

137 Alle im Team der Depressions-Online-Foren mitarbeitenden Personen werden nicht für ihre Mitarbeit bezahlt. Die Mitarbeit erfolgt ehrenamtlich. Es gibt keinen zentralen regionalen Standort der Online-Foren, die Mitarbeiter sind in ganz Deutschland, zum Teil aber auch in Österreich und der deutschsprachigen Schweiz verteilt und arbeiten ausschließlich über die Kommunikationsmöglichkeiten der Online-Dienste im Forum zusammen (vgl. EI I, Z. 1004-1006).

138 Beide Online-Foren sind über eine spezifische URL-Adresse zu erreichen. So sind sie mit dieser bei einem Anbieter von Webspaces (also einem bestimmten Datenvolumen) gemeldet.

verboten ist, haften die Leitungen als Privatpersonen¹³⁹. Beide Forumsleitungen weisen darauf hin, dass die Kosten für den Serverplatz und damit für die technische Aufrechterhaltung der Internetseiten von ihnen als Privatpersonen aufgebracht werden und es keinerlei Werbung gibt, über die sie sich finanzieren. Wie bereits in der Feldbeschreibung dargestellt, gibt es zwar Verlinkungen zu anderen Angeboten, jedoch keine Werbebanner usw.

„Gut, ich hab jetzt einen sehr guten Server, der mir jeden Platz bietet und der mich jetzt billiger kommt als der vorher, ähm im Jahr sind das rund 300 Euro nur für den Server, das – das ist machbar. Die Zeit darf man sowieso nicht rechnen, die man damit verbringt“ (EI I, Z. 1361-1364).

Aufgrund ihrer finanziellen Verantwortung verbleiben die Rechte allerdings auch ausschließlich bei denjenigen, die die Seiten betreiben und für die Kosten aufkommen. Zugänge gibt es so auch nur für diejenigen, die sich in finanzieller Weise für den Webespace engagieren. Da beide Online-Foren relativ umfangreich sind, ergeben sich hieraus auch höhere Kosten, denn es wird mehr Platz auf dem Server verbraucht. In den Interviews weisen beide Leitungen darauf hin, dass es sich in finanzieller Hinsicht immer weniger lohnt, die Online-Foren zu betreiben, denn je mehr Personen im Online-Forum schreiben und daran partizipieren, desto teurer wird es für die Betreiber. Durch das Schreiben und Posten in den Online-Foren wird der sogenannte „traffic“ erhöht und damit auch das Datenvolumen. So entstehen höhere finanzielle Belastungen.

„Also die laufenden Serverkosten und bis vor einem Jahr alle Anschaffungskosten für die Software usw. hab komplett ich getragen. Nach wie vor trag ich auch die laufenden Kosten, die monatlichen. Und da lass ich mir auch nicht reinspucken, ganz einfach weil ich mir immer das letzte Wort vorbehalte“ (EI II, Z. 372-374).

Die Forumsleitungen stehen als Privatpersonen hinter den virtuellen Angeboten und sind rechtlich wie finanziell verantwortlich. Dies ist ein zentraler Punkt, denn beide Online-Foren sind hochfrequentierte Orte, in denen viel Content generiert wird, für den die Forumsleitungen als Privatpersonen verantwortlich zeichnen.

Sie leiten die Online-Foren und übernehmen in der hierarchischen Ordnung die oberste Stelle. Diese starre Struktur steht einer freiheitlich demokratischen Ausrich-

139 Hinzuweisen wäre an dieser Stelle u.a. auf pornografische und volksverhetzende, aber auch auf diffuse, auf andere Weise rechtlich problematische Inhalte.

tung einer Hilfebestrebung entgegen. In dem Hinweis „(...) ganz einfach weil ich mir immer das letzte Wort vorbehalte“ zeigt sich, dass aus Sicht der Betreiber durch die finanzielle Verantwortung gleichzeitig sichergestellt wird, dass sie Verbindlichkeit(en) und Verantwortung übernehmen. Mit dem Verweis auf „das letzte Wort“, das vorbehalten wird, werden die Entscheidungsmacht und damit die Wirkmächtigkeit der Personen verdeutlicht, die diese Online-Foren ins Leben gerufen haben. Dies lässt einen Einblick in die hierarchische Struktur zu und zeigt, wer innerhalb der Online-Foren über die Definitionsmacht verfügt und über Form und Inhalt bestimmt. Zudem tritt eine klar aufgegliederte, starre Zuständigkeitsstruktur hervor, die das Geschehen innerhalb der Online-Foren durchzieht.

Auch haben die Leitungen als einzige Personen Zugang zu sämtlichen Bereichen der Online-Foren. Durch die Wirkmächtigkeit, die sie aus der Finanzierung ableiten, können die Forumsleitungen Zugriffsrechte an andere Personen delegieren oder diese entziehen. Sie können Räume – wie z.B. ‚Unterforen‘ – im Online-Forum einrichten, freigeben oder sperren.

„Dann wurde auch immer wieder das Wort Sponsor erwähnt, aber ich mach mich von keinem Sponsor abhängig. Ich will unabhängig sein und bleiben. Ich will keine Werbung in dem Forum und ich will vor allem mein eigener Herr bleiben“ (EI I, Z. 1513-1514).

Die Finanzierung hat nicht nur Auswirkungen auf die Ausgestaltung der inhaltlichen Struktur, sondern sie steht auch in Verbindung mit der Frage nach der Unabhängigkeit der Foren. In beiden Depressions-Online-Foren gibt es keine geschaltete Werbung. Dies macht das Erscheinungsbild der Webseiten zu einem geordneten, ‚seriös‘ wirkenden und auf den ersten Blick unabhängigen Laien-Angebot. Auf den Webseiten finden sich keine blinkenden und visuell überfrachteten Links, die die Nutzer vom Geschehen innerhalb des Online-Forums ablenken könnten¹⁴⁰. Dies ist für die Wirkung auf die Nutzer und vor allem auf potenzielle Nutzer wichtig. Die Art der Gestaltung soll, wie im vorangestellten Zitat deutlich wird, zugleich die Unabhängigkeit unterstreichen, die gerade im Bereich der gesundheitsbezogenen Themen im Internet eine wichtige Rolle spielt. In diesen sensiblen Bereichen versucht nämlich die Pharmaindustrie in der Vergangenheit immer wieder, Einfluss auf die Nutzer zu

140 Schon die Feldbeschreibung machte diesen Punkt deutlich (siehe S. 117). Die nicht vorhandene Werbung fällt ins Auge, da viele andere Angebote mit Werbung ‚überfrachtet‘ sind.

nehmen. Gerade mit dem Aufkommen des Internets und der breiteren Nutzung ab Mitte der 1990er- und dann der 2000er-Jahre nimmt die Werbung und noch mehr die Stimmungsmache im Internet – z.B. für Medikamente im Bereich der Behandlung von Depressionen und anderen psychischen Krankheiten – zu¹⁴¹, denn „(...) manche Gesundheitsforen [sind] längst zur Marketingwiese für Pharmaunternehmen geworden“ (Lenz/Zillien 2008: 163). So können z.B. angeblich Erkrankte im virtuellen Raum Werbung für ein bestimmtes Produkt oder für eine bestimmte Heilmethode machen, indem sie darauf in einem Post hinweisen und darstellen, wie hilfreich es angeblich war und wie sehr sie davon profitiert hätten. Die anderen Nutzer der Online-Foren können in solchen Fällen nicht erkennen, wer tatsächlich hinter einem Nickname steckt, denn solche Werbeagenten können wie jeder andere Nutzer im Online-Forum agieren und sind so nicht auf den ersten Blick als Vertreter der Pharmaindustrie zu erkennen.

Die Leitungen beider Depressions-Online-Foren haben sich daher vorgenommen, ihre Angebote gegenüber solchen Vorgehen bestimmter Anbieter von Arzneimitteln bzw. der Pharmaindustrie im Allgemeinen zu sperren. Der virtuelle Ort Depressions-Online-Forum soll nach dem Willen der Betreiber von Werbung und Einflussnahmen Dritter freigehalten werden. Dieser Ausschluss Dritter kann auch als Ausschluss nicht gewollter definitorischer Einflussnahmen betrachtet werden. So wird die stark hierarchische Struktur zu einem Mittel, dies zu gewährleisten, denn die Leitungen der Online-Foren bestimmen die Agenden. Wichtiges Ziel der Betreiber ist, die Online-Foren für die Nutzer zu einem Schutzraum auszubauen und diesen zu sichern. Die Nutzer nehmen das auf unterschiedliche Weise wahr (siehe 5.2 Nutzerseite, S. 119ff.).

Zur Einflussnahme – die im Gros das komplette Online-Forum betrifft – gehört auch die Auswahl und Berufung der Moderatoren bzw. überhaupt die Bestimmung und Besetzung der einzelnen Positionen. Wer, wann, wo und auf welche Weise eine bestimmte Position innehat oder übernimmt, hängt allein vom Willen der Forumsleitungen ab.

141 An dieser Stelle sei nur kurz auf den bereits zitierten Beitrag von Lenz und Zillien (2008, hier vor allem: 163f.) hingewiesen, der diesen Umstand auch hervorhebt.

5.3.2 Rekrutierungsmechanismen: ‚Wie er überhaupt mit anderen umgeht‘

Im Folgenden stehen die Fragen im Mittelpunkt, auf welche Weise das ehrenamtliche Team von Moderatoren und Administratoren zusammensetzt wird, welche Entscheidungskriterien dabei eine Rolle spielen und wer die Definitionsmacht innehat.

„Ich beobachte natürlich jeden im Forum und äh diejenigen, die lange da sind (p) oder auch weniger lang da sind, aber sehr intensiv schreiben und vor allem auf die anderen, wie eingehen. Ich beobachte, wie einfühlsam jemand ist oder wie (p) wie er überhaupt mit anderen umgeht. Was er schreibt, wie er schreibt, und danach überleg ich mir, ob ich den frage und bis jetzt hat noch jeder ja gesagt. Also ich wähl die Moderatoren danach aus, wie lang sie da sind als User“ (EI I, Z. 480-486).

Grundsätzlich gilt auch bei der Besetzung des Teams, dass die Forumsleitungen als erste in der hierarchischen Ordnung der Online-Foren die Personen auswählen, die sie für geeignet halten: Hier ist zum einen empathische Kompetenz, zum anderen strikte Verpflichtung auf die vorgegebenen Regeln wichtig.

Wie im Zitat deutlich wird, liegt der „Auswahl“ ein Prozess der Beobachtung zugrunde. Die Rekrutierung der Moderatoren erfolgt aus den Depressions-Online-Foren heraus: Nutzer werden zu Mitgliedern im Team. Die am Online-Forum beteiligten Mitarbeiter stellen eine Gruppe von ehemaligen Nutzern der Online-Foren dar und sind so schon im Voraus in bestimmte Prozesse und Abläufe eingeweiht. Im ausgewählten Zitat wird noch ein Weiteres deutlich hervorgehoben: Die Betreiber beobachten das Geschehen im Online-Forum sorgfältig. Das deutet an, dass es sich um einen stark kontrollierten Raum handelt. Dieser wird von der Forumsleitung ‚persönlich‘ – zusätzlich zu all den anderen im Forum ehrenamtlich Arbeitenden – überwacht. Auf der Suche nach potenziellen neuen Moderatoren werden die Nutzer ‚beobachtet‘ und deren ‚Schreiben‘ eingeschätzt. „(...) [W]ie einfühlsam jemand ist oder (...) wie er überhaupt mit anderen umgeht“, ist bei der Beurteilung durch die Forumsleitung ein wichtiges Kriterium. Zusätzlich zum Umgang – in schriftlicher Form – steht im Fokus, wie lange die Nutzer am Online-Forum partizipieren. Wie lange jemand als Nutzer schon am Online-Forum teilgenommen hat, ist insofern ein wichtiges Entscheidungskriterium, da sich an der Dauer und Intensität der Partizipation der Zuverlässigkeit der Teilnahme ebenso zeigt wie die Einstellung gegenüber den Regeln der Online-Foren. Ein Nutzer, der längere Zeit im Online-Forum aktiv ist, bietet der Leitung eine gewisse Gewähr dafür, für sich die Regeln übernommen zu haben. Die einzelnen Beiträge werden von den Forumsleitungen begutachtet und

eingeschätzt. Wer in das Team aufgenommen wird, entscheiden die Leitungen mit den erfahrenen Moderatoren zusammen. Dies geschieht, wie im folgenden Zitat deutlich wird, in einem „geschlossenen Bereich“, zu dem außer der Leitung nur bestimmte Mitarbeiter Zugang haben.

„Wir haben da einen geschlossenen Bereich, wo nur die Moderatoren drauf kommen. Hier da, die Moderatorensachen [**Interviewter zeigt auf das Unterforum**]. Und da wird das gemacht. Und meistens sind wir uns dann relativ schnell einig, wen wir da nehmen“ (EI II, Z. 497-498).

Allerdings wird, nachdem von den Forumsleitungen bestimmte Nutzer als potenzielle Moderatoren ausgewählt wurden, die Auswahl mit den übrigen Moderatoren der Online-Foren abgestimmt. Von den Teammitgliedern wird eine zweite Meinung eingeholt, denn diese müssen in der Folge mit dem neuen Moderator zusammen schreiben und im Forum arbeiten. Jedoch verbleibt die letzte Entscheidung darüber, wer neuer Moderator wird, bei der jeweiligen Forumsleitung. Die Mitbestimmung erweist sich so als Schein-Partizipation. Dies wird im „geschlossenen Bereich“, dem Unterforum, verhandelt, zu dem ausschließlich Moderatoren und Leitung Zugang haben.

Hier zeigt sich eine Möglichkeit, wie Nutzer als potenzielle Moderatoren erkannt und in der Folge in den Status des Moderators versetzt werden. In einem zweiten möglichen Schritt können auch die Moderatoren selbst andere Nutzer der Forumsleitung vorschlagen, die sie für geeignet halten.

„(...) und dann werden die [**potenziellen Moderatoren**] vorgeschlagen, meistens kommen dann von fast allen dieselben Vorschläge, es sind dann so drei, vier, fünf. Und dann schauen wir mal, wer denn gar nicht passt, den würfeln wir gleich raus“ (EI II, Z. 494-497).

Da die Moderatoren am intensivsten in den Online-Foren unterwegs sind und auch immer ein Auge auf die Nutzer haben – wer, was, wann, wo, wie schreibt –, können sie auch am ehesten potenzielle Moderatoren erkennen. Wie die Forumsleitung im Zitat hervorhebt, werden aus dem Kreis der Moderatoren oft die gleichen Nutzer als potenzielle Moderatoren vorgeschlagen. Zusammen wird dann entschieden, wer passt und wer wieder „rausgewürfelt“ wird. Weil die Moderatoren viel Zeit im Online-Forum verbringen, haben sie die Möglichkeit, Nutzer, die ihnen positiv auffallen, den jeweiligen Forumsleitungen vorzuschlagen und über diese dann mit dem Rest des Teams zu diskutieren.

„(...) die Sandwichtaktik ist da immer noch die beste [lacht]. Also erstmal sagen ‚du bist toll. Ich beobachte dich seit Monaten. Das was du hier schreibst find ich klasse‘ und äh ja kitzle seine Bereitschaft so ein bisschen raus. In jedem Fall fühlt sich jeder erstmal geehrt, denn Sie müssen wissen, die Mehrzahl der User dieses Forums hat ohnehin schon kaum Selbstwertgefühl, kein Selbstvertrauen, kein Selbstbewusstsein und wenn die dann so angesprochen werden, dass sie jetzt hier nen Job, ne Verantwortung übernehmen müssen, ist das toll“ (EI I, Z. 532-539).

Dieses Zitat verdeutlicht, wie eine Ansprache an potenzielle Moderatoren abläuft und wie sie von der Forumsleitung eingeschätzt wird. Nachdem der potenzielle Moderator durch die Forumsleitung beobachtet wurde, wird er über das interne Nachrichtensystem (PN: persönliche Nachricht) des Depressions-Online-Forums angeschrieben. Die „Sandwichtaktik“ der Leitung setzt darauf, nicht ‚mit der Tür ins Haus zu fallen‘: Es wird nicht direkt über Aufgaben, Aufgabenbereiche, Verantwortlichkeiten usw. geschrieben, die auf den Nutzer zukommen würden, sollte er in den Status des Moderators wechseln, sondern der potenzielle Moderator wird zuerst einmal in seinem Schreibverhalten und im Umgang mit den anderen Nutzern im Online-Forum gelobt. Erst in einem zweiten Schritt geht es dann um die möglichen Inhalte einer Tätigkeit und Aufgaben des Moderatorendaseins. Mit dem Hinweis darauf, dass die meisten Nutzer „kein Selbstvertrauen, kein Selbstbewusstsein“ haben, die Anfrage sie aber direkt motiviere, wird hervorgehoben, dass die Tätigkeit selbst eine motivierende Wirkung hat und die Nutzer sich „geehrt fühlen“ und sich daher auch für den „verantwortungsvollen Job“ engagieren.

Mit Bezug auf die Spezifika depressiver Erkrankungen lässt sich an dieser Stelle sagen, dass durch die genaue Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibung eine Überforderung der potenziellen Moderatoren vermieden wird. Der Umgang der Forumsleitungen mit den Erkrankten eröffnet einen Schritt zur Bewältigung bestimmter Symptomatiken depressiver Erkrankungen. Mit dieser Sichtweise zeigen sie, dass es weniger darum geht, eine punktuelle „Hilfeleistung“ zu bieten, sondern darum, einen Bewältigungsprozess in Gang zu setzen.

5.3.3 Aufgaben der Moderatoren: Aktive und passive Aufgaben

Wie bereits dargestellt, sind die Strukturen beider Depressions-Online-Foren durch hohe Komplexität charakterisiert, die sich in den unterschiedlichen Unterforen und den damit verbundenen Themengebieten niederschlägt. Sie zu bewältigen setzt vo-

raus, dass es eine Aufgabenteilung innerhalb der Teams gibt. Soll nämlich das spezifische Wissen Einiger für das Online-Forum nutzbar gemacht und Kontrolle und Schutz sichergestellt werden, dann können nicht alle Teammitglieder für alle Bereiche gleichzeitig zuständig sein. Vielmehr müssen sich die Teammitglieder auf die verschiedenen thematisch gesetzten Unterforen aufteilen und arbeitsteilig tätig werden. Aus Sicht der Betreiber gibt es verschiedene Aufgabengebiete; diese werden durch unterschiedliche Moderatoren abgedeckt.

Kontrolle und Schutz des virtuellen Raumes sicherzustellen ist eine der Aufgaben und bedeutet, dass die einzelnen Beiträge der Nutzer gelesen und die Diskussionen in den unterschiedlichen Themengebieten verfolgt werden. Das ist angesichts der Fülle an Beiträgen, die von den Nutzern täglich geschrieben werden, eine zeitaufwendige Aufgabe und setzt ein gut strukturiertes Team von in der Sache und im Umgang mit der Klientel kompetenten ehrenamtlichen Mitarbeitern in den Depressions-Online-Foren voraus.

„Die Moderatoren sind meistens für das ganze Forum zuständig, die bewegen sich aber in manchen Bereichen besonders gern. Wir haben aber auch Moderatoren, die für bestimmte (...) Bereiche zuständig sind“ (EI II, Z. 481-483).

Dieses Zitat der Forumsleitung des Depressions-Online-Forums II zeigt, dass es sowohl Universal-Moderatoren gibt als auch Moderatoren, die sich um spezifische Themenbereiche kümmern, in denen sie sich „besonders gern“ bewegen. Aus Sicht der Forumsleitung ist diese Aufteilung sinnvoll, da nicht jeder Moderator für das ganze Forum zuständig sein kann, sondern es für „bestimmte Bereiche“ besonders qualifizierte Personen geben muss.

Während diese thematische Aufteilung der Zuständigkeitsbereiche der Moderatoren im Depressions-Online-Forum II relativ offen ist, wird dies im Depressions-Online-Forum I strikter gehandhabt, wie der folgende Textauszug bestätigt:

„Sondern ich [**Depressions-Online-Forum I, Forumsleitung**] bin eigentlich fürs ganze Forum zuständig, während die anderen Moderatoren (p) sich die Bereiche untereinander aufteilen und das Wichtige ist, die wechseln auch immer mal wieder, aber im Moment haben wir wirklich seit Jahren einen festen Stand. Es kommen immer neue hinzu (...)“ (EI I, Z. 366-369).

Im Depressions-Online-Forum I wird aus Sicht der Forumsleitung deutlich zwischen den Zuständigkeitsbereichen der einzelnen Moderatoren unterschieden. Die Forums-

leitung weist auch im Zitat darauf hin, dass die Moderatoren, die für bestimmte Bereiche zuständig sind, auch „wechseln“ und sich die Zuständigkeiten „untereinander aufteilen“. Dies gründet nicht nur – wie das erste Zitat der Forumsleitung des Depressions-Online-Forums II vermuten lässt – auf eigenen Präferenzen der Moderatoren, sondern auch auf dem spezifischen ‚Mehrwissen‘, das sie in einem Bereich haben, denn sie werden gerade auch danach ausgewählt, in welchem spezifischen Bereich sie sich „besonders gern“ thematisch bewegen. Die übrigen Nutzer können von ihnen eine informationale und beratende Unterstützung erhalten. Ihre Aufgabe beschränkt sich nicht nur auf die Kontrolle eines Bereiches des Depressions-Online-Forums, vielmehr kann ihr Sonderwissen in ihrem spezifischen Bereich durch die anderen Nutzer abgerufen werden.

Das Engagement in einem bestimmten thematischen Bereich des Online-Forums schließt zudem eine Übernahme von Verantwortung ein, die die Tätigkeiten der Moderatoren bestimmen und charakterisieren soll.

„Denn die [**die Moderatoren**] wissen, sie haben damit mehr Verantwortung für das Forum“ (EI I, Z. 519-520).

Mit dem Verweis auf die Übernahme von Verantwortung wird von den Forumsleitungen (1) die Wichtigkeit der Aufgabe unterstrichen, (2) die Notwendigkeit der Auswahlkriterien herausgestellt und (3) implizit auf die Verantwortung in Anbetracht der Qualität der Beratung und informationalen Auskunft durch die Moderatoren hingewiesen.

Die Übernahme von Verantwortung bezieht sich hier auf der einen Seite auf das Depressions-Online-Forum selbst: Verantwortung wird für den Erhalt, die Sicherstellung der technischen Abläufe und den internen Ablauf übernommen (passive Aufgaben) ¹⁴². Auf der anderen Seite wird den Moderatoren Verantwortung für die Beratung der Nutzer des Online-Forums übertragen. Diese Möglichkeit, das Sonderwissen zu vermitteln und damit den hervorgehobenen Status als Moderator im Online-Forum zu übernehmen, schließt den verantwortungsvollen Umgang mit den Nutzern ein (aktive Aufgaben). Auch bei dem ‚Melden‘ von Vergehen und Regelverletzungen durch die Nutzer muss sich das Team darauf verlassen können, dass die Moderatoren

142 Siehe für den Begriff des Sonderwissens auch Hesse 1998, Sprondel 1979, Schütz 1964.

verantwortungsvoll handeln; hier wird sowohl für das Forum als auch für die Nutzer und die übrigen Mitglieder des Teams Verantwortung übernommen. Die Verantwortungsübernahme stellt sicher, dass das Depressions-Online-Forum nach festgelegten Regeln funktioniert und diese vom Team durchgesetzt werden. Aktive und passive Aufgaben umfassen unterschiedliche Aufgabenbereiche, die wiederum mit Verantwortung für die Nutzer sowie das Forum verknüpft sind. Administrative Aufgaben wechseln sich mit aktiven, die Nutzer betreffenden Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch die Moderatoren ab.

[Aufgaben der Moderatoren] Ja. Sperren, löschen, editieren, Beiträge verschieben, Threads zusammenfügen oder trennen“ (EI I, Z. 593-594).

In der Verantwortung der Moderatoren steht auch das Verwarnen von Nutzern und „Sperren, löschen editieren von Beiträgen“. Aktiv ist diese Aufgabe, sofern die Moderatoren direkt in das Geschehen im Online-Forum eingreifen. Posts von Nutzern werden z.B. gelöscht oder können editiert werden. Bevor ein Moderator jedoch einen Nutzer *sperren* kann, muss er dies mit der Forumsleitung absprechen. Moderatoren haben auch die Möglichkeit, Posts zu editieren – also zu ändern – und auch zu löschen oder ganze Themen/Threads zu schließen.

Diese passiven wie aktiven Aufgaben der Moderatoren setzen wichtige Eigenschaften voraus, die die beiden Forumsleitungen immer wieder hervorheben: „Empathie“ und „Einfühlungsvermögen“.

„Und darauf leg ich auch Wert bei den Moderatoren. Nicht dass die mir da mit der Tür ins Haus fallen, sondern wirklich einfühlsam auf alle zugehen. Selbst die schwierigen **[Nutzer]**. Wir haben ja den ein oder anderen sehr aggressiven User auch drin (...). Also Einfühlungsvermögen ist das A und O“ (EI I, Z. 1604-1608).

Die Nutzer, die zu Moderatoren in den Online-Foren ‚berufen‘ werden, sind Nutzer, die sich ‚bewiesen‘ haben. Der Beweis, den die potenziellen Moderatoren erbringen müssen, bezieht sich vor allem auf das „Einfühlungsvermögen“, denn das ist das „A und O“, will man den Nutzern – vor allem auch den „sehr aggressiven“ Nutzern und den „Schwierigen“ – in angemessener Weise begegnen. Die Leitungen heben diesen Aspekt immer wieder hervor. Sie setzen bei ihrer Auswahl auf Nutzer, die im Schreiben eine empathische Hinwendung anderen Nutzern gegenüber zeigen. Ein gewisser emotionaler wie zeitlicher Abstand zur eigenen Krankheitsgeschichte ist zudem ein wichtiger Aspekt. Als Moderator kommt nicht infrage, wer sich selbst

noch in einer schweren Krise befindet. Das eigene Krankheitserleben muss reflektiert werden können, das ist eine der Voraussetzungen, die die Forumsleitungen einfordern. Dieses besondere Moment wird in einem weiteren Teil, der die Moderatoren als solche betrifft, noch einmal genauer betrachtet (siehe 5.4 Moderatoren, S. 87ff.). Die Moderatoren mit ihrem besonderen Status sind wichtige Akteure innerhalb des Gefüges der Depressions-Online-Foren und werden im Weiteren noch genauer zu betrachten sein. Der Hinweis durch die Forumsleitungen an dieser Stelle dient vor allem der Veranschaulichung, auf welche besonderen Merkmale sie achten, wenn sie nach potenziellen Moderatoren suchen.

Werden Nutzer in den Status des Moderators erhoben, ist dies eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Denn der Aufstieg in den Status als Moderator stellt für diese Gruppe eine wichtige ‚Auszeichnung‘ dar. Diese wichtige Funktion wird weiter unten noch näher betrachtet (5.4 Moderatoren, S. 87ff.).

Wie bereits erwähnt, spielt der Umstand, dass die Moderatoren langjährige und immer noch aktive Nutzer im Online-Forum sind, eine wichtige Rolle. Ebenso sind die Forumsleitungen selbst ehemals Erkrankte und stellen so einen Zusammenhang zur Selbsthilfe her, zu deren Grundannahmen gehört, dass Selbsthilfebestrebungen nur unter selbst Erkrankten, ehemals Erkrankten und Angehörigen erfolgen können. Der Anschluss an diese wichtige Eigenschaft der Selbsthilfe ist ein entscheidender Punkt in der Beurteilung und Einschätzung der Depressions-Online-Foren vor dem Hintergrund der weiteren empirischen Ergebnisse.

Besonderheit des Depressions-Online-Forums I: Das „Buddy-System“

Eine Besonderheit des Depressions-Online-Forums I ist das sogenannte „Buddy-System“ (Paten-System). Dies ist ein spezielles System, um neue Nutzer in das Online-Forum einzuführen und diesen die Regeln des Forums zu vermitteln¹⁴³. Wichtiges Kernstück ist, dass Nutzer, die sich schon länger aktiv am Online-Forum beteiligen, sich als sogenannte „Buddies“ (Paten) um einen neuen Nutzer kümmern und ihm bei Fragen zur Seite stehen. Hiermit soll vermieden werden, dass neue Nutzer sich mit den immer gleichen anfänglichen Orientierungsproblemen an die Moderatoren wen-

143 Wie viele Nutzer insgesamt am Depressions-Online-Forum I in dieser Funktion und in diesem speziellen Status des „Buddy“ bzw. „Paten“ tätig sind, wird von der Forumsleitung nicht deutlich gesagt.

den. Das „Paten-System“ baut auf der Idee auf, neuen Nutzern direkt einen Ansprechpartner zur Seite zu stellen, der sich mit den Regeln des Online-Forums auskennt. So werden die Moderatoren entlastet, denn ihr Aufgabengebiet umfasst die Kontrolle des Raums ‚Online-Forum‘ und damit vor allem das Kontrollieren und Lesen der einzelnen Posts in den unterschiedlichen Unterforen. Diese eins-zu-eins-Betreuung setzt auf eine klar vordefinierte Einführung der Nutzer in das Online-Forum.

„Die ernenne ich auch dann immer wieder mal so. Also man kann sagen, es ist so ne langsame äh (p) es, es dient dazu die Buddies, die sich als wirklich gut erweisen, werden irgendwann Mod [**Moderator**]. Oder sie schreiben mir ‚ich hab keine Lust mehr‘ und werden zurückversetzt. Aber das kommt selten vor. Also in der Regel ist es so, dass ein User erst Buddy wird, vom Buddy zu Forenmod [**Forenmoderator**] aufsteigt“ (EI I, Z. 621-626).

Zugleich ist im Depressions-Online-Forum I der Status als „Buddy“ auch Vorbereitung auf den möglichen folgenden „Aufstieg“ zum Moderator. Durch diesen Zwischenschritt in der Aufgabenverteilung wird durch die Forumsleitung sichergestellt, dass sich die einzelnen „Buddies“ zuerst einmal im Online-Forum bewähren und zeigen, dass sie ihre Aufgaben erfüllen können. Erst danach „steigen sie auf“ zum Moderator. Diejenigen, die sich aus Sicht der Forumsleitung „als wirklich gut erweisen“, haben so also die Chance auf die weitere Mitarbeit und damit verbunden den Aufstieg zum Moderator. Innerhalb dieses ersten Schrittes als „Buddy“, der sich um einen bestimmten Nutzer kümmert, geschieht etwas, das man auch als eine Form der Initiation beschreiben kann. Dem Nutzer, der sich schon im Forum bewiesen hat, wird über den Status des „Buddy“ Vertrauen durch die Forumsleitung signalisiert. Wird das Vertrauen in den „Buddy“ bestärkt und ‚beweist‘ dieser sich in seiner neuen Rolle als Betreuer von Neuankömmlingen, ist der Aufstieg zum Moderator nicht weit.

5.3.4 Kooperation 2.0: Reale und virtuelle Zusammenschlüsse der Hilfe und Unterstützung

Beide Depressions-Online-Foren sind Laienzusammenschlüsse und weder einer professionellen Organisation zugeordnet noch durch professionelle Akteure geleitet oder begleitet. Wie bereits in der Feldbeschreibung (S. 110ff.) und zuvor innerhalb dieses Teils dargestellt, existieren die von Privatpersonen eingerichteten Online-Foren le-

diglich im virtuellen Raum und bieten ihren Nutzern Struktur und Unterstützung. Jedoch berichten beide Forumsleitungen von Versuchen der Kooperation mit realen Selbsthilfegruppen. Beide Leitungen haben eine kritische Sichtweise auf andere Akteure im realen Versorgungssystem. Dennoch gibt es einen Versuch der Kooperation mit der realen Selbsthilfe.

„Ja, wir haben versucht, an die aktuell bestehenden Selbsthilfegruppen heranzutreten, was heißt versucht, wir haben das gemacht und ihnen angeboten, weil sehr viele nur eine Telefonnummer drin haben und keinen Internetauftritt oder irgendwas (...)“ (EI II, Z. 529-531).

In diesem Zitat wird deutlich, dass es sich um ein Angebot von der Forumsleitung handelt, den „aktuell bestehenden Selbsthilfegruppen“ über die Plattform des eigenen Online-Forums eine größere Reichweite durch den Internetauftritt bereitzustellen. Nicht nur die Darstellung und Verlinkung der Adressen und Ansprechpartner usw., sondern auch die Einrichtung eines eigenen Bereichs für die jeweiligen Selbsthilfegruppen auf der Web-Seite des Online-Forums waren geplant. Dies zeigt, dass der Blick auf die reale Selbsthilfe dadurch geprägt ist, dass sie als rückständig und den neuen medialen Welten gegenüber als verschlossen erlebt wird. Die Betreiber sehen die real existierenden Selbsthilfegruppen aus einem defizitären Blickwinkel heraus. Der weitere Bericht der Forumsleitung zeigt, dass es in der Folge zu keiner Kooperation gekommen ist, denn die angesprochenen Selbsthilfegruppen reagierten nicht auf die Anfrage (EI II, Z. 531ff.).

Eine Kooperation ist vonseiten der Forumsleitungen der Depressions-Online-Foren erwünscht und wird als eine Bereicherung für ihr Angebot gesehen. Allerdings schließt dies ein, dass durch die Verlinkung und Einbindung auf die eigene Web-Seite des Online-Forums nicht nur die Reichweite der Selbsthilfegruppe erweitert, sondern vor allem auch die Nutzerzahl des Online-Forums selbst ansteigen würde. Doch stellt sich die Frage, wie diese Kooperationen realisiert werden könnten.

„(...) und es sind sehr viele **[reale Selbsthilfeszusammenschlüsse]** angeschrieben worden und nicht eine einzige Antwort“ (EI II, Z. 540).

Wie die Forumsleitung im Zitat verdeutlicht, sind Kooperationen bislang nicht entstanden, da es keine Reaktionen der realen Selbsthilfegruppen gab. Sieht man sich die schematischen Abbildungen der Strukturen der beiden Online-Foren an (Abbildung 10, S. 112 und Abbildung 12, S. 115), so ist festzustellen, dass im De-

pressions-Online-Forum II direkt auf der Startseite Verlinkungen ‚nach draußen‘ (in die reale Welt) angegeben sind. Dort sind Kontaktstellen, Kriseninterventionsstellen, die Telefonseelsorge usw. verlinkt. So wird von den Betreibern deutlich gemacht, dass es nicht nur das Online-Forum als Anlaufstelle gibt, sondern darüber hinaus Hilfen und Strukturen existieren, die für Erkrankte und Angehörige wichtige Unterstützungen sein können. Mit der Kooperation zwischen den realen Selbsthilfegruppen und den Online-Foren ist ein wichtiges Thema angesprochen, das nicht nur für die Forumsleitungen von Interesse ist. Auch spielen diese Kooperationen für die reale Selbsthilfe eine wichtige Rolle.

Von den Leitungen der Depressions-Online-Foren ist eine Kooperation gewünscht, diese wird als zweckdienlich und hilfreich für das eigene Angebot gesehen: auf der einen Seite, um auch die Online-Foren sichtbarer und zugleich offener darstellen zu können, auf der anderen Seite, um den Nutzern noch eine weitere Alternative anbieten zu können und die Selbsthilfegruppen mit in den virtuellen Ort einzubinden.

Die Kooperationen sind in diesem besonderen Fall von der Forumsleitung angedacht, um das Depressions-Online-Forum zu stärken und gleichzeitig der ‚rückständigen‘ realen Selbsthilfe eine Plattform zu geben, über die sie eine größere Anzahl von erkrankten Menschen und Angehörigen erreichen könnte.

5.3.5 Initialzündung: Die Gründung der Depressions-Online-Foren zwischen altruistischen und egozentrischen Motiven

Für beide Depressions-Online-Foren gilt, dass sie von den Forumsleitungen ins Leben gerufen wurden, nachdem diese selbst als Erkrankte nach Hilfe, Informationen und Gleichgesinnten im Internet gesucht haben. Beide Forumsleitungen berichten von vorherigen ausgiebigen eigenen Internetrecherchen. Beide suchten hiernach für sich einen Weg, um damit umzugehen. Die Idee und Zielsetzung, die zu Beginn hinter dem Entschluss stand, selbst ein Online-Forum aufzubauen, unterscheidet sich von der, die nach einigen Jahren des Bestehens heute den Online-Foren zugrunde liegt. In beiden Fällen wird es im Laufe der Zeit zu der feststehenden Idee, einen *Raum für Erkrankte* zu schaffen, in dem sich diese austauschen können und der *neben dem Versorgungssystem* einen festen Platz bei der Bewältigung der Krankheit und Unterstützung der Erkrankten einnimmt. Hier schließen beide Forumsleitungen

an Zielsetzungen der Selbsthilfe an: Erkrankten einen Raum zu schaffen, in dem sie Schutz vor Stigmatisierung erleben und einen Austausch untereinander beginnen können.

Im Fall des Depressions-Online-Forums II beschreibt die Forumsleitung den ‚Startschuss‘ und die Initialzündung des ersten ‚Onlinegehens‘ wie folgt:

„Und dann habe ich angefangen, dass ich Informationen gesammelt habe, und zwar aus der Sichtweise des Betroffenen an sich, und habe einfach nur eine Seite **[Webseite]** gestaltet. Eine Informationsseite, die war völlig plump, da stand einiges drauf, eben diese Sachen, die ich da gesammelt hab. Und das war’s dann. Es kamen unglaublich viele E-Mails in kürzester Zeit: Ja, wie ich denn dieses und jenes erlebt hätte und haben mir ihre Leidensgeschichten erzählt und das war dann einfach nicht mehr machbar für mich. Ich bin dann stundenlang dagesessen und hab nur E-Mails geschrieben“ (EI II, Z. 163-168).

Eine erste reine Informations-Webseite, auf der sich lediglich zusammengestellte Artikel und Informationen zur Erkrankung „aus der Sichtweise des Betroffenen an sich“ befanden, weckte plötzlich große Aufmerksamkeit seitens anderer Nutzer. Andere Nutzer kontaktierten den Betreiber via E-Mail. Über diesen anfänglichen Austausch mit anderen „Betroffenen“ wurde die Idee geboren, eine interaktive Möglichkeit zu schaffen, die einen direkten Austausch aller Beteiligten ermöglichte. Auf diese Weise entstand aus der zunächst konzipierten starren Informations-Webseite das interaktive Depressions-Online-Forum II. Die Idee der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ ist hier schon angelegt.

Die Idee, das Depressions-Online-Forum I zu gründen, wird auf eine andere Art und Weise geboren.

„Und dann ging nichts mehr. Ich war so krank, dass ich zuhause bleiben musste. Und in der Zeit habe ich am Rechner selbst nach Möglichkeiten gesucht, mich über diese Depression – das war für mich äh unvorstellbar, dass ich jetzt depressiv sein sollte – äh mich zu informieren und bin zwangsläufig in ein Forum geraten, das war einem Richie **[Name des Forumsleiters]**“ (EI I, Z. 58-62).

Der Weg von der Erkrankung und der Diagnose – „Ich war so krank, dass ich zuhause bleiben musste“ – über die Suche nach Informationen und Gleichgesinnten im Internet wird im vorangestellten Zitat der Forumsleitung des Depressions-Online-Forums I beschrieben. Die Idee, ein eigenes Online-Forum zu gründen, liegt in der vorangegangenen Erfahrung der Partizipation in einem anderen Online-Forum („[...] und bin zwangsläufig in ein Forum geraten, das war einem Richie“). Als selbst Er-

krankter war der zukünftige Forumsleiter im Internet auf der Suche nach anderen Erkrankten, um sich mit diesen über ihr Krankheitserleben und krankheitsspezifische Aspekte auszutauschen. Mit dem Hinweis auf die ‚Zwangsläufigkeit‘ des Findens eines Online-Forums zum Thema ‚Depression‘ wird deutlich, dass es sich auch nach Einschätzung der Forumsleitung um ein im Internet breit verhandeltes Thema handelt. Die Forumsleitung berichtet davon, dass der Eindruck und die ersten Erfahrungen in diesem Online-Forum sie dazu inspiriert haben, selbst ein solches Online-Forum zu gründen, um anderen Erkrankten eine Möglichkeit zu bieten, sich im Internet in einem geschützten Raum auszutauschen.

Festzuhalten ist, dass für das Depressions-Online-Forum I ein eher altruistisches Motiv der Gründung und Initiierung gilt, während die Gründung des Depressions-Online-Forums II einem eher egozentrischen Motiv der Gründung folgt. Innerhalb dieser beiden Spektren bewegen sich also die Initialideen der Gründungen dieser beiden Depressions-Online-Foren.

„Ich wollt nur Hilfe, ich wollt sonst gar nichts. Und aus Trotz habe ich dann dieses Diskussionsforum angeschlossen“ (EI II, Z. 166-167).

Wichtig für die Forumsleitungen sind Selbstüberzeugung sowie Stärkung der Empathie und des Einfühlungsvermögens, um erfolgreich ein Online-Forum für depressiv erkrankte Personen und ihre Angehörigen zu führen (Interview I, Z. 1589-1596). Die Errichtung des Forums erfolgte zudem, da die Forumsleitungen sich selbst als „Handlungstypen“ (EI I, Z. 81-84) bezeichnen und den Wunsch äußern, durch die Gründung eines Online-Forums für depressiv erkrankte Menschen etwas zum Positiven hin zu verändern.

„Ähm, ich kann ohne jemanden zu sehen, ohne viel über den zu wissen, weiß ich wer der ist, (pp) wie der tickt, was der braucht“ (EI I, Z. 1593-1594).

Die Empathie umfasst nicht nur das Verstehen des Anderen, sondern auch das Wissen um dessen Bedürfnisse. Dem Nutzer des Depressions-Online-Forums wird ein Raum zur Verfügung gestellt, den die Forumsleitungen selbst benötigt haben: ein Raum, in dem unterschiedliche Bedürfnisse befriedigt werden können und ein Raum, in dem das zur Verfügung gestellt wird, wovon die Forumsleitungen denken, dass die Nutzer es „brauchen“.

Die Leitungen sehen in den Nutzern der von ihnen betriebenen Depressions-Online-Foren erkrankte Menschen, die eine starke Strukturvorgabe „brauchen“, um mit der Depression zurechtzukommen. Aus der eigenen Krankheitserfahrung heraus steht für beide Leitungen fest, dass das, was sie subjektiv erlebt haben, auch für die übrigen Erkrankten gilt. Sie sehen die Nutzer als ‚helf-lose‘ erkrankte Menschen, denen durch das Online-Forum Unterstützungsleistungen zuteilwerden, die ihnen helfen, die Krankheit zu bewältigen.

Die Betreiber wollen den Nutzern auf der einen Seite einen virtuellen Raum schaffen, der geschützt ist und in dem sie sich austauschen können. Dieses Ziel wird konzipiert, nachdem sie die Erfahrung gemacht haben, dass die Teilnahme an einem Online-Forum hilfreich und von positivem Nutzen für Erkrankte sein kann. Auf der anderen Seite erscheint das altruistische Motiv einer Gründung, die auf sich selbst zurückgeworfen ist, zunächst einmal für sich steht und ‚nur‘ dem Zweck dient, dass eine erkrankte Person sich selbst eine Plattform schafft, auf der und über die Hilfe, positive Verstärkung und Unterstützung gesucht wird.

Im zeitlichen Verlauf des Bestehens und Betreibens der Online-Foren verändern sich die Sichtweisen und Zielsetzungen der Forumsleitungen – und damit die Ausrichtungen der Online-Foren. Zu fragen bleibt, was die aktuelle Idee und Zielsetzung der Betreiber ist. Im folgenden Teil wird diese Frage in den Mittelpunkt gestellt und aufbauend auf den altruistischen und egozentrischen Motiven der Gründung dargestellt.

5.3.6 Idee und Zielsetzung: „Das ist nicht das Ende, sondern ist der Beginn von was ganz Neuem“

Ausgehend von der Regelgeleitetheit der beiden Online-Foren, den Mechanismen der Rekrutierung der Teams und den spezifischen Arbeitsweisen wie Aufgabenbereichen der Teammitglieder sowie der schon dargestellten Initialzündung der Gründung soll im Folgenden der Fokus auf die aktuelle Idee und Zielsetzung der Online-Foren gerichtet werden. Hierfür sind die zuvor dargestellten Aspekte von Bedeutung, denn nur in der Zusammenschau lassen sich Idee und Zielsetzung einordnen und in der Folge deutend verstehen. Wesentlich ist, dass es sich um Aspekte handelt, die sich im zeitlichen Verlauf von der Initialzündung der Gründung bis hin zur aktuellen Sichtweise auf die Idee und Zielsetzung der virtuellen Räume geändert haben.

„Es war eigentlich immer meine Intention, dieses Forum in eine ganz bestimmte Richtung zu bringen: Erstens mal Neuankömmlinge zu motivieren, ihnen klarzumachen: Das ist nicht das Ende, sondern ist der Beginn von was ganz Neuem. Äh ja, Motivation, unter dem (p) läuft dieses Forum eigentlich für mich. Den Leuten ganz pauschal klarzumachen: Es ist deine Lebenssituation, die dich krank macht und wir können dir helfen“ (EI I, Z. 459-464).

Die Forumsleitung berichtet im voranstehenden Zitat über die Intention, die hinter dem Engagement steht, das Online-Forum für Erkrankte zu betreiben. „Neuankömmlinge“ sollen motiviert werden, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. In ihrer neuen Lebenssituation, die durch die Krankheit gekennzeichnet ist, sollen die Nutzer durch die Teilnahme am Online-Forum unterstützt werden („wir können dir helfen“).

Obwohl die grobe Vorstellung über die „Richtung“ am Anfang der Gründung des Online-Forums schon bestand, ist es erst im zeitlichen Verlauf möglich, die dann eingeschlagene Richtung weiter zu verfolgen und damit einen Prozess anzustoßen, der in der Folge zum von der Forumsleitung gewünschten Ergebnis führt. Der Verweis auf die zukünftige Ausrichtung, in die das Online-Forum erst noch gebracht werden muss, verdeutlicht dies.

Auch beschreiben beide Forumsleitungen ‚ihr‘ Online-Forum als ‚eigenes Gedankengut‘, über das sie als Person bestimmen und für das sie Verantwortung haben. Sie bestimmen über die speziellen Inhalte, die Struktur und Gliederung, haben Einfluss auf Zusammensetzung der Teams und das „letzte Wort“ bei der Auswahl der potenziellen Teammitglieder, sie sind als Privatperson haftbar für die Inhalte der Online-Foren usw. Sie machen mit den beiden Online-Foren jeweils ein spezifisches Angebot, das sie als Leitungen in „(...) eine ganz bestimmte Richtung (...)“ bringen wollen. Die Richtung wird von ihnen vorgegeben und maßgeblich durch sie bestimmt.

Diese erste Zielsetzung kann als „Motivation der Nutzer im virtuellen Raum“ charakterisiert werden. Im zuletzt zitierten Interviewausschnitt stellt die Forumsleitung heraus, ihr gehe es darum, durch die Teilnahme am Online-Forum den Nutzern klar zu machen, dass die Erkrankung nicht „das Ende“ ist und ihre Krise durch die Partizipation am Online-Forum überwunden werden kann. „Mithilfe der Teilnahme“ am Online-Forum soll den Nutzern vermittelt werden, dass der Austausch und Kontakt zu anderen Teilnehmern im Online-Forum als positive Unterstützung angesehen werden kann und ihnen bei der Bewältigung der Krankheit helfen soll. Zunächst ist zu ver-

muten, dass damit die Idee formuliert wird, die Teilnahme am Depressions-Online-Forum werde hier als ‚Allheilmittel‘ zur Überwindung der Krise angepriesen. Diese Idee geht allerdings darüber hinaus und stellt sich zugleich als ambivalent dar.

„Und da leisten die Mods [**Moderatoren**] – da leistet jeder in dem Forum großartige Arbeit. Wir kriegen viele überhaupt – oder versetzten viele erstmal in die Lage zum Arzt zu gehen. Sich Hilfe zu holen, das ist das (p), was ganz wenige tun“ (EI I, Z. 427-429).

Dies zeigt sich an vielen Stellen der geführten Experteninterviews und wird besonders an folgender Aussage der Forumsleitung deutlich: „Sich Hilfe zu holen“ – im Sinne der Hilfe aus dem realen Versorgungssystem – steht weit oben auf der Agenda, die von beiden Leitungen formuliert wird. Beide Forumsleitungen weisen darauf hin, dass die alleinige Teilnahme am Online-Forum keine geeignete Form der Bewältigung von Krisen und Krankheitserfahrungen wie schweren Depressionen ist. Die Aufgabe und Motivation hinter den Angeboten ist, die Menschen dabei zu begleiten, zu unterstützen und sie zu motivieren, im realen Versorgungssystem aktiv nach Hilfe(n) zu suchen und sie zu ermutigen, diese in Anspruch zu nehmen. Die *positive Sicht auf die reale Versorgung* steht dabei im Vordergrund. Die potenziell positive Sicht auf das reale Versorgungsgeschehen bedeutet, dass das Hauptaugenmerk darauf liegt, den Nutzern zu verdeutlichen, dass das Online-Forum als alleinige Hilfe nicht ausreicht, um schwere psychische Erkrankungen zu überwinden und die Depression zu bewältigen¹⁴⁴. Jedoch ist das Online-Forum Stütze und Hilfe, und durch die Mitarbeit der Moderatoren wird es auch zu einem informationellen Angebot der Beratung. Das Online-Forum erfüllt so unterstützende Bezugsmöglichkeiten, die für die Nutzer wichtige Hilfe(n) sind.

„(...) wir können euch sozusagen unterstützen, aber Hilfe suchen im Sinne von therapeutische Hilfe oder medizinische Hilfe, die müsst ihr euch woanders suchen“ (EI I, Z. 435-438).

Aus Sicht der Leitungen übernimmt das Online-Forum eine *motivierende* und *unterstützende* Funktion für die Nutzer. Therapie und medizinische Hilfe(n) werden innerhalb der Depressions-Online-Foren jedoch auf keinen Fall angeboten und sollen durch die Foren nicht ersetzt werden.

144 Auf eine medizinkritische Haltung der realen Selbsthilfe wird im Verlauf noch Bezug genommen und dieser Aspekt mit den hier dargestellten Ergebnissen kontrastiert.

In diesem Zusammenhang heißt „Hilfe“ mehr als nur eine beratende Funktion innerhalb des Prozesses der Bewältigung von Krisen. Hier findet kein partizipativer Entscheidungsprozess statt, sondern eine ‚Abnahme‘ der Entscheidung(en), indem Strukturen vorgegeben werden, die aus Sicht der Betreiber alternativlos von den Nutzern hingenommen werden sollen.

Die „Hilfe“ durch das Online-Forum muss aus Sicht der Betreiber um „Hilfe“ durch das reale Versorgungssystem ergänzt werden. Diese Sichtweise schließt ein, dass die Nutzer von der Forenleitung potenziell nicht als souverän, sondern als in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt angesehen werden. Ihnen muss eine Struktur vorgegeben werden, die sie befähigt, zusätzlich professionelle „Hilfe“(n) zu suchen.

Den Betreibern geht es um die Motivation und Unterstützung der Nutzer auf ihrer Suche nach Hilfe(n) im realen Versorgungssystem. Die Einschätzung der Forumsleitungen, dass die Online-Foren keine „therapeutischen Hilfen oder medizinischen Hilfen“ leisten, diese jedoch als wichtige Bestandteile einer Behandlung ansehen, zeigt, dass sie ihr Angebot als einen wichtigen Baustein im Prozess der aktiven Suche nach der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit sehen. Den Nutzern soll durch die Partizipation am Online-Forum eine positivere Sichtweise auf die Erkrankung ermöglicht werden, die gleichzeitig dazu führt, dass sie mögliche Hilfe(n) im realen Versorgungsgeschehen akzeptieren (können).

So zeichnet sich eine Ambivalenz ab: Auch wenn das reale Versorgungssystem als solches anerkannt und die Wichtigkeit der Behandlung in einem therapeutischen bzw. medizinischen Setting gesehen wird, stellen die Forumsleitungen heraus, dass die Krankheit ohne die Unterstützung und Hilfe des Depressions-Online-Forums nicht bewältigt werden kann. So wird die Unterstützungsleistung durch die Teilnahme am Online-Forum und gleichzeitig die Relevanz der Suche nach Hilfe im realen Leben unterstrichen. Die Verbindung zwischen dem Ziel, Menschen zu motivieren, sich Hilfe im realen Versorgungssystem zu suchen und dem Ziel, das Online-Forum als festen Bestandteil in die Begleitung und Unterstützung der Bewältigung der Krankheit zu integrieren und somit die Nutzer im Online-Forum zu halten, kann als zentrales Motiv beider Depression-Online-Foren gesehen werden. Dieses zentrale Motiv lässt sich mit dem Begriff der „Hilfe zur Selbsthilfe“ überschreiben und verdeutlicht, dass es hier um die *Aktivierung* der Nutzer durch die Online-Angebote

geht. Die aktive Nutzung wird so zur Unterstützung der Nutzer. *Sich anonym und ohne Angst vor Stigmatisierung durch Andere mit Erkrankten austauschen können, soll den Nutzern durch die beiden Online-Foren eröffnet werden*, so das zentrale Ziel der Betreiber.

5.3.7 Zwischenfazit

Für die *Betreiber* zeigt sich auf der einen Seite (a) die Dimension des egozentrischen Moments der Gründung: So dient das Online-Forum ‚nur‘ dem Zweck, dem Gründer als selbst Erkranktem eine Plattform zu bieten, auf der und über die Unterstützung, Hilfe und positive Verstärkung gesucht und eingefordert werden kann. Auf der anderen Seite (b) findet sich das altruistische Motiv der Gründung des Online-Forums: Es soll anderen erkrankten Menschen nutzen und ihnen eine Stütze und erste Anlaufstelle zur Hilfe und Selbsthilfe sein.

Wichtiges Ergebnis der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der Betreiber ist, dass sie in ihren Einschätzungen zum eigenen Online-Angebot zwischen zwei Polen changieren:

- (1) Sie stellen das Depressions-Online-Forum als virtuellen Ort dar, an dem erkrankte Menschen *Schutz* suchen können und motiviert werden, sich außerhalb des virtuellen Raums des Online-Forums Hilfe(n) zu suchen. *Das Versorgungssystem wird als zentrale Anlaufstelle bezeichnet, um Erkrankten bei der Bewältigung der Krankheit zu helfen*. Die Teilnahme am Forum soll den Nutzern auch den Zugang zum Versorgungssystem ebnen. Damit werden die Online-Foren zu einem wesentlichen Bestandteil der im Vorfeld stattfindenden Auseinandersetzung der Nutzer mit der Versorgung. Somit ist eine Einflussnahme auf Entscheidungen die Versorgung wie auch die Einstellung zur Versorgung betreffend gegeben. Die Betreiber geben mit ihrem virtuellen Angebot aber zudem eine starre Struktur vor, die durch einen hierarchischen Aufbau charakterisiert ist.
- (2) Auch stellen die Betreiber ihr Online-Forum als festen Bestandteil der *Begleitung* und *Unterstützung* der Nutzer auf ihrem Weg dar, ohne dass die Erkrankten auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfeleistung verzichten sollten. So wird das Forum selbst zu einem wichtigen *Hilfelinstrument*.

Die Betreiber bewegen sich zwischen diesen beiden Polen, wobei sie sich nicht klar auf einer der beiden Seiten verorten lassen. Auf diese Weise stellen sie ihre Angebote als die Nutzer empowernde Hilfebestrebungen dar, über die die Nutzer bei der Bewältigung ihrer Erkrankung unterstützt werden sollen.

So kann als wichtige Zielsetzung der Betreiber formuliert werden, dass es ihnen um die Motivation und Unterstützung der Nutzer im virtuellen Raum geht. Die Betreiber betrachten es als ihre Aufgabe, die Menschen zu begleiten, zu unterstützen und sie zu motivieren, psychische Zugangsbarrieren zu überwinden und im realen Versorgungssystem aktiv nach Hilfe(n) zu suchen. Eine positive Sicht auf das professionelle Versorgungssystem ist dabei handlungsleitend. Gleichzeitig wird das Depressions-Online-Forum hier als erste, niedrighschwellige Instanz gesehen, diesen Prozess zu initiieren und zu begleiten. Das Online-Forum kann als virtuelle begleitende Hilfe und Unterstützung beschrieben werden, die durch ihre starke Strukturvorgabe den Nutzern Halt gibt und sie bei ihrer Suche nach Hilfe(n) unterstützt und ermuntert. Diese Idee und Zielsetzung schließt in Teilen an die Konzeption von Selbsthilfe an.

(3) Es zeigt sich eine Haltung der Betreiber, die sich in einem steuernden und begleitenden Handeln im Umgang mit den Nutzern ausdrückt. *Das heißt, dass die Hilfe nicht an von den Nutzern geäußerten Bedürfnissen ausgerichtet ist.* Vielmehr folgen die Betreiber einer Zielvorstellung, die an der Annahme orientiert ist, die *Nutzer seien nicht autonom Handelnde*, denen sie mittels ihrer Foren Hilfe und Unterstützung von außen vorgeben müssen. Damit fordern die Betreiber für sich die Deutungshoheit über die Nutzer und deren Bedarf ein.

Die Strukturvorgabe der Betreiber zeigt sich in einem relativ starren hierarchischen Gefüge des Aufbaus und der Zuständigkeiten innerhalb der Depressions-Online-Foren, die sich nicht nur auf die Moderatoren auswirkt, sondern auch auf alle am Online-Forum teilnehmenden Nutzer Einfluss hat. Zudem wurde deutlich, dass die klare Struktur die Gefahr der Einflussnahme Dritter auf das Online-Forum minimiert. Die Betreiber sind es, die die Arbeitsaufträge an das Team verteilen und festlegen, was auf der Agenda steht. Wichtiges Ziel der Betreiber ist, die virtuellen Orte zu einem Schutzraum für die Erkrankten zu machen, sodass ein Raum entsteht, in dem die Nutzer, kontrolliert durch die Betreiber und ihre Teams, kommunizieren können.

Diese Hilfe ist allerdings ein zweiseitiges Schwert, denn die Kontrolle des virtuellen Raums ist für die Nutzer Schutz und Einschränkung zugleich.

5.4 Moderatoren

Nachdem der Blick auf die Nutzer- und Betreiberseite der Depressions-Online-Foren gerichtet wurde, wird nun eine dritte Perspektive eröffnet: die der Moderatoren der Depressions-Online-Foren. Wie bereits in der Darstellung der Betreiberseite deutlich hervorgetreten ist, sind die Moderatoren durch ihre Tätigkeit in den Depressions-Online-Foren ein wichtiges Element der Erstellung, der Strukturierung und Kontrolle des virtuellen Ortes.

Die Moderatoren der Online-Foren stellen eine Gruppe von ehemaligen und auch immer noch aktiven Nutzern dar. Zugleich sind sie durch ihre Aufgaben, die sie in den Depressions-Online-Foren übernehmen, und die Position, die sie innehaben, den Betreibern untergeordnet. Daher können sie als Bindeglied zwischen der Betreiber- und der Nutzerseite gesehen werden. Sie agieren also im Spannungsfeld zwischen der Vertretung der Interessen der Betreiber und ihren eigenen Interessen als ehemalige und immer noch aktive Nutzer. Sie nehmen eine dritte Position ein, die weder mit der Nutzer- noch mit der Betreiberposition kongruent ist: Sie befinden sich ‚zwischen den Stühlen‘.

Die Online-Gruppendiskussionen, die in beiden Online-Foren mit den jeweiligen Moderatoren geführt wurden, sind die empirische Grundlage des folgenden Ergebnisteils, der sich wie folgt gliedert: (1) „Ambivalenzen: Moderatorenstatus vs. Nutzer sein“, (2) „Hilfe zur Selbsthilfe: Unterstützung und Hilfe“ und (3) „Die Rollenausgestaltung als Moderator: Empathische Selbstwirksamkeitssteigerung“. Diese Perspektive auf die Online-Foren ist durch den Aspekt des größeren zeitlichen Abstandes der Teilnahme und um die Verbindung einer Binnen- und Außenperspektive erweitert. Die Moderatoren haben durch ihre langjährige Teilnahme und ihren besonderen Status Einblick in die ‚Organisation‘ Depressions-Online-Forum erhalten und haben – anders als die Nutzer – Zugang zu den unterschiedlichsten Bereichen innerhalb der Online-Foren. Dadurch sind sie eine wichtige Gruppe von Akteuren, die in den Depressions-Online-Foren den virtuellen Raum mitgestalten, kontrollieren und selbst nutzen.

5.4.1 Ambivalenzen: Moderatorenstatus vs. Nutzer sein

Mittels der schon beschriebenen Rekrutierungsmechanismen werden besonders engagierte und geeignete Nutzer von den Betreibern ausgewählt und in den Status des Moderators ‚erhoben‘. Dieser Prozess verläuft in beiden Online-Foren ähnlich¹⁴⁵. Nutzer werden beobachtet und ihre Beiträge über einen bestimmten Zeitraum durch die Forumsleitungen verfolgt, um ihre Schreibaktivitäten im Online-Forum zu überprüfen und zu sehen, ob sie eventuell als Moderatoren geeignet sind und sich in das Team einfügen können. Auf dem Weg der Berufung durch die Forumsleitungen werden in den Online-Foren aus ‚normalen‘ Nutzern Moderatoren¹⁴⁶. Dieser Umstand gestattet jedoch nicht den Umkehrschluss, dass mit der Statusänderung und der ‚Ernennung‘ zum Moderator das Dasein als Nutzer im Depressions-Online-Forum erlischt¹⁴⁷. Hier zeigt sich, dass es sich um Personen handelt, die im virtuellen Raum zwei Positionen übernehmen, innerhalb derer sie agieren. Der Moderatorenstatus wird zusätzlich zum Nutzer-Sein im Online-Forum erworben, beides steht nebeneinander.

Vom Geben und Nehmen: Reziprokes solidarisches Handeln

Der Gedanke der Reziprozität spielt in den Depressions-Online-Foren eine große Rolle. Das Geben und Nehmen von Informationen, Wissen, Hilfestellungen, emotionaler Anteilnahme usw. steht im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen.

„Mitte 2010 hatte ich einen schlimmen Rückfall ebenfalls wieder mit langen Klinikaufenthalten. Weiterhin bin ich in ambulanter Therapie. Ich habe das Forum wieder häufig für meine eigene Unterstützung benutzt. Heute ist das "Geben und Nehmen" wieder ausgeglichener. Auf's Forum kann und will ich aber noch nicht verzichten“ (GDIII, 14:46h, Z. 66-70).

145 Die Rekrutierungsmechanismen und Auswahlentscheidungen wurden bereits im Betreiberteil dargestellt (siehe Unterkapitel 5.2.3 Fluide Gruppenzugehörigkeit: Erschwertes reziprokes Handeln in virtuellen Bezügen, S. 155ff.).

146 Der besondere Status der Moderatoren lässt sich wie folgt definieren: Sie sind ehemalige und auch neben der Tätigkeit als Moderatoren in den Depressions-Online-Foren weiterhin aktive Nutzer. Da sie als Nutzer von den Betreibern selbst angesprochen wurden, um aus dem ‚normalen‘ Nutzerstatus in den eines Moderators ‚berufen‘ zu werden, haben sie als eine bestimmte Gruppe in den Online-Foren einen besonders genauen Einblick in die Binnenprozesse und -abläufe in den Depressions-Online-Foren.

147 Denn die Moderatorentätigkeit ist kein Garant für einen zukünftig krisenfreien stabilen Erkrankungsverlauf oder gar eine Heilung.

Für die Moderatoren der Depressions-Online-Foren bedeutet der phasenhafte Verlauf depressiver Erkrankungen, dass in Abhängigkeit zu den einzelnen Phasen das Aktivwerden zwischen der Rolle eines langjährigen Nutzers und der als Moderator hin- und herwechselt¹⁴⁸. In dieser Abhängigkeit wechseln die Moderatoren in akuten Phasen depressiver Erkrankungen eher in die Rolle des aktiven Nutzers, um Beiträge zu formulieren und zu posten, in denen sie eigene Anliegen vorbringen. Das „Geben und Nehmen“ wird auf diese Weise verschoben. Schaut man sich den Prozess dieses „Gebens und Nehmens“ genauer an, lässt sich feststellen, dass es sich um einen Prozess handelt, der nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossen ist. Das „Nehmen“ als Nutzer, der in das Online-Forum mit spezifischen Anliegen und Fragen hereinkommt, wechselt in ein „Geben“ als Nutzer im Forum, der sich durch sein besonderes Engagement auszeichnet. In der Folge wird im Status als Moderator dieses „Geben“ ausgebaut. Doch durch den Wechsel der Rollen kommt es auch in dieser Phase der Nutzung des Online-Forums zu einem „Nehmen“. In dieser Rolle des aktiven Nutzers werden eigene Anliegen formuliert und als Posts ins Forum geschrieben. So wendet der Moderator sich in eigener Sache an die anderen Nutzer, um für sich Hilfe und Unterstützung in Phasen der Krise einzufordern. Das Online-Forum wird also nicht nur zum ‚Weitergeben der eigenen Erfahrungen‘ genutzt, sondern schlägt in das Gegenteil um, indem es erneut in Anspruch genommen wird und als Ort des Austausches, der Unterstützung und der Hilfe in Krisensituationen genutzt wird. So werden die Phasen der Erkrankung zum Indikator für die Rollenwahrnehmung und -aneignung, die die Moderatoren durchmachen.

Mit dem Verweis auf den zeitlichen Bezug wird im zitierten Beitrag auch deutlich, dass es sich in diesem Zusammenhang um eine keinesfalls unilineare Entwicklung handelt, die nach einer bestimmten Phase „heute“ wieder im Gleichgewicht ist. Wurde also zuvor eher von dem Online-Forum und den anderen Nutzern Hilfe eingefordert, so ist das „Geben und Nehmen“ – „heute“ – wieder ausgeglichen, denn die Rolle als Moderator konnte wieder übernommen werden. Der Prozess des „Gebens und Nehmens“ kann als einer bezeichnet werden, der vom anfänglichen „Nehmen“ als

148 Die Phasen der Erkrankung, die hier angesprochen werden, wurden schon im vorangestellten Teil über die Nutzer dargestellt, in diesem Abschnitt über die Moderatoren bekommen sie allerdings eine andere Konnotation.

Nutzer in ein „Geben“ als Moderator übergeht und ab diesem Zeitpunkt immer wieder auch zwischen diesen beiden Polen pendeln kann.

Über die Spezifik des „Geben und Nehmens“ wird deutlich, wie sehr sich der Status des Moderators auf einen Ausgleich beider Pole auswirkt. Die Tätigkeit als Moderator im Online-Forum wird als reziprok erlebt, denn was in einer früheren Phase der Teilnahme als aktiver Nutzer in Anspruch genommen wurde, kann nun in der Rolle des Moderators an die anderen Nutzer zurückgegeben werden. Auf diese Weise ist es möglich, dass sich die aktiven Nutzer wieder mit einbringen und mit ihrem Rollenwechsel nicht nur ‚nehmen‘, sondern vor allem auch als Moderatoren andere Nutzer unterstützen und ‚geben‘. Die Mitarbeit ist mehr als nur die reine aktive Teilnahme¹⁴⁹. Bei den Moderatoren ist das „Geben“ um den wichtigen Aspekt der Forums-Mitgestaltung erweitert. Auch in den zwei folgenden Zitaten aus den Gruppendiskussionen der Moderatoren wird dies deutlich:

„Auch wenn ich mittlerweile Mod [**Moderator**] bin, bekomme ich in schlechten Zeiten, die es bei mir ja auch noch gibt, hier sehr wertvolle Unterstützung“ (GDIII, 20:40h, Z. 133-134).

„Trotzdem hat mir das Schreiben hier immer wieder dabei geholfen, stabil zu bleiben. Mir hat es auch besonders gut gefallen anderen eine Hilfe zu sein“ (GDVIII, 11:40h, Z. 63-65).

Die aktive Rolle des Moderators wechselt sich mit der eines ‚normalen‘ Nutzers ab. Dieser Umstand, der die Ambivalenz verdeutlicht, zeigt, dass dieser Rollenwechsel unmittelbar mit dem Verlauf der Erkrankung verknüpft ist. Wird die Rolle des ‚normalen‘ Nutzers erneut eingenommen, dann geschieht dies auf der Grundlage des Erkrankungszusammenhangs und somit des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs. Das Schreiben ist dabei wichtiger Bezugspunkt, der entlastend und „stabilisierend“ auf die Moderatoren wirkt. Wie schon für die Nutzer aufgezeigt, hat das asynchrone Schreiben unterschiedliche Funktionen (siehe S. 125ff.).

Moderator zu sein ist mit der Ausübung einer Doppelrolle verbunden. Die Rollenzugehörigkeit mit Übernahme des Status als Moderator ist ambivalent, denn der Status des Nutzers wird nicht komplett aufgegeben, sondern hierdurch erweitert. Die Brüche zwischen den Rollen werden zu Kristallisationspunkten, an denen die beiden

149 Bei den Nutzern ist das „Geben“ auch ein wichtiger Teil, bezieht sich aber auf die aktive Teilnahme am und im Online-Forum und beschränkt sich so auf das Schreiben und Lesen im Forum, das als aktive Teilnahme verhandelt wird.

ambivalenten Rollen deutlich hervortreten. Erst im Bruch der sonst routiniert und ‚normal‘ ablaufenden Kommunikation unter den Nutzern wird durch den Wechsel der Rolle deutlich, was das Besondere an der Rolle als Moderator ist¹⁵⁰. Die Moderatoren treten als Nutzer wieder in Erscheinung, wenn sie selbst in eine Situation kommen, in der sie Hilfe, Rat und Unterstützung benötigen. An ihnen zeigt sich deutlich, dass die ‚Gabe‘ auf einen längeren Zeitraum angelegt ist. Die Reziprozität der Handlungen stellt auf eine solidarisch agierende Gruppe ab, da es sich um einen Akt der Unterstützung handelt, der auf der Basis eines längeren zeitlichen Verlaufs gründet.

„Natürlich habe ich am Anfang meiner Zeit hier auch vieles einfach nur mal raus gelesen. Auch heute mache ich das noch ab und zu. Aber ich war damals auch schon dankbar für Hilfestellungen. Ich habe beides geschätzt. Das Verständnis für meine Gefühle, das Mitgefühl, aber auch Möglichkeiten/Anregungen, was ich tun könnte“ (GDVIII, 21:45h, Z. 368-375).

Die Diversität der Rollenzuschreibung zeitigt allerdings noch weitere Aspekte: Die Frage ist, auf welche Weise zwischen dem Status des Moderators und dem des Nutzers unterschieden wird. Für die Moderatoren gilt, dass sie am und im Online-Forum als ehrenamtlich Tätige mitarbeiten und dafür Sorge tragen, dass die Beiträge der Nutzer gelesen, kontrolliert und so qualitätsgesichert gefiltert werden. Sie sind Ansprechpartner bei Fragen und Problemen der Nutzer und sie sind auch dafür zuständig, auf die Anliegen der Nutzer zu reagieren. Die Moderatoren selbst beschreiben, dass sie ihre Rolle als ‚zwischen den Stühlen‘ wahrnehmen. Auf der einen Seite sollen sie sich nicht in schweren Krisen befinden, das heißt, das Ausmaß des Erkrankungszusammenhangs spielt hier eine wichtige Rolle. Auf der anderen Seite sind sie aber als ehemalige aktive Nutzer immer auch selbst Erkrankte und daher auch immer wieder mit ihren eigenen Anliegen im Online-Forum vertreten.

So agieren sie in einer Doppelrolle: Die eine kann ohne die andere nicht eingenommen werden, die beiden können nur in ihrer Ambivalenz betrachtet werden. Der Status als Moderator hängt unmittelbar mit dem des ehemaligen langjährigen Nutzers zusammen und vice versa. Denn auch die Rolle des Moderators schützt keinesfalls vor Rückschlägen und erneuten Krisen.

150 Siehe zu den Brüchen kommunikativer Rahmungen und ethnomethodologischer Grundmuster „Studies in Ethnomethodology“ von Garfinkel (1984).

„Ich trete hier auch noch als User/Patient auf, vielleicht weniger, wie ich es am Anfang getan habe. Ich habe aber auch als User/Patient keine Hemmungen, meinen Zustand so zu schildern, wie er ist, auch wenn ich mal wieder in einem Loch stecke und mir selbst nicht so zu helfen weiß“ (GDVIII, 12:38h, Z. 433-436).

In diesem Zitat aus einer der Online-Gruppendiskussionen mit den Moderatoren wird noch einmal deutlich: Es wird zwischen der Rolle des selbst erkrankten, für sich selbst eintretenden Nutzers (im hier zitierten Beitrag sogar der besondere Hinweis auf den Status des „Patienten“) und der Rolle des Moderators getrennt. Wenn es um das eigene Befinden geht und hier vor allem um einen krisenhaften Einbruch, dann agiert der Befragte nicht in der Rolle des Moderators, sondern als aktiver Nutzer. Dennoch ist diese Rolle mit dem Moderatorenstatus verbunden, denn die anderen Nutzer im Forum nehmen diesen Wechsel wahr und können auf diese Weise immer auch zuordnen, wer als Moderator gerade in der Rolle als Nutzer schreibt. Die Moderatoren stehen in der Öffentlichkeit des Depressions-Online-Forems und werden hier auch in dieser Rolle wahrgenommen. Der Verweis auf „(...) wenn ich mal wieder in einem Loch stecke und mir selbst nicht so zu helfen weiß“ zeigt, dass es sich um ein Hilfesuch handelt und dass es auch für einen Moderator nicht ausgeschlossen ist, sich als „hilflos“ oder „ratlos“ zu positionieren und mit seinem Anliegen in die Öffentlichkeit des Depressions-Online-Forems zu treten. Die Moderatoren zeigen damit, dass sie auch immer noch zu den aktiven Nutzern zählen und selbst Erkrankte sind.

Ihr Handeln im Online-Forum beschränkt sich nicht auf einen kurzen zeitlichen Korridor, sondern ist auf längere Zeit angelegt. Auf diese Weise kann solidarisches Handeln in den Online-Foren verwirklicht und hergestellt werden. Die Moderatoren stellen sicher, dass die Unterstützung und Hilfe in den Depressions-Online-Foren auf eine lange zeitliche Perspektive gestellt ist. Solidarisches Handeln setzt in diesem Zusammenhang auch immer die zeitliche Dimension voraus.

5.4.2 Hilfe zur Selbsthilfe: Unterstützung und Hilfe(n)

Neben der dargestellten Ambivalenz, die sich auf ein „Geben und Nehmen“ in den Depressions-Online-Foren und damit auf die beiden unterschiedlich wahrgenommenen Rollen sowie die Solidarität bezieht, gibt es einen weiteren Aspekt, an dem sich die Ambivalenz der Moderatorenrolle zeigt: „Hilfe zur Selbsthilfe“.

„Trotz allem traue ich mich mittlerweile aber, mein Gefühl dem anderen auch zu vermitteln und weise auch immer wieder mal darauf hin, dass wir hier Hilfe zur Selbsthilfe geben wollen“ (GDVIII, 21:45h, Z. 391-394).

Mit dem Verweis auf die „Hilfe zur Selbsthilfe“ ist ein klares Ziel der Online-Foren benannt, das sich auch schon in der Darstellung der Nutzer herauskristallisierte: Es handelt sich bei den Depressions-Online-Foren um eine Form der Hilfe, die nicht für sich allein steht, sondern erst in Kombination mit anderen Hilfen und anderer Unterstützung wirkungsvoll wird. Die Partizipation am Online-Forum ermöglicht es den Nutzern, selbst aktiv zu werden und damit, sich im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe selbst zu helfen. Der Ausgangspunkt ist die Eigeninitiative des Nutzers, die aus Sicht der Betreiber durch die Teilnahme am Online-Forum gestärkt werden soll (siehe 5.3 Betreiberseite, S. 146ff.).

Hier zeigt sich zum einen, dass die Moderatoren diese Sichtweise für sich übernehmen müssen, wollen sie im Online-Forum tätig sein. Zum anderen zeigt sich an der Bezeichnung „Hilfe zur Selbsthilfe“, dass es sich hier um eine Konstellation von unterschiedlichen Hilfen und somit Unterstützungsbestrebungen handelt, die zur Bearbeitung und Bewältigung der Erkrankung benötigt werden *und erst im Zusammenhang zu einem wirkungsvollen Gefüge werden*. Das Depressions-Online-Forum ist ein Teil neben anderen Hilfen. Auch die Eigeninitiative der Nutzer selbst wird damit hervorgehoben. Sie müssen aktiv werden, wollen sie im Modus der Selbsthilfe für sich einen Erfolg im Sinne der Krankheitsbewältigung verbuchen und aktiv Unterstützung einfordern.

Die Moderatoren sollen den Nutzern bei der Aktivierung der eigenen Ressourcen zur Seite stehen und sie darin unterstützen. Zusätzlich werden die Moderatoren hierdurch entlastet, sind doch in dieser Sichtweise auf die Wirkungsweise der Online-Foren die anderen Nutzer in den Prozess der „Hilfe zur Selbsthilfe“ einbezogen und aktivieren sich selbst.

„Bei mir schließt Hilfe zur Selbsthilfe mich als Moderatorin ein. Ich habe kein Problem damit die Rolle von mir als Nutzer mit der Rolle von mir als Moderatorin zu trennen. Ich trete mal als Nutzer auf um mir Hilfe zur Selbsthilfe zu holen und mal als Moderatorin auf um Hilfe und Unterstützung zu geben und zu moderieren. Konflikte, weil ich jetzt auch Moderatorin und nicht nur Nutzerin bin, gab es bei mir noch keine“ (GDIII, 10:31h, Z. 419-423).

Diese Dualität der Rollenzuschreibungen wird in den Online-Gruppendiskussionen der Moderatoren kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite, wie es im voranstehen-

den Zitat zum Ausdruck kommt, wird kein Rollenkonflikt zwischen dem Moderatorenstatus und dem Nutzerdasein gesehen, auf der anderen Seite gibt es auch kritische Auseinandersetzungen über diese spezifische Dualität. Hier werden die unterschiedlichen Rollenzuschreibungen, aber auch Rollenverständnisse deutlich, die mit diesen einhergehen, denn Nutzer und zur gleichen Zeit Moderator zu sein, ist keine leichte Aufgabe und erfordert ein hohes Maß an Reflexion des eigenen (Doppel-)Status und der differenten Aufgabenbereichen, die im Depressions-Online-Forum übernommen werden. Zudem wird hervorgehoben, dass es sich um unterschiedliche Formen der Hilfe handelt. Wenn als Nutzer agiert wird, dann um „Hilfe zur Selbsthilfe zu holen“, hier also eine Einforderung. Auch wird deutlich, dass das aktive Moment der eigenen Teilnahme vorangestellt wird; die Hilfe, die (ein)geholt wird, dient dem eigenen Selbstwirksamwerden im Sinne der Selbsthilfe, die von der eigenen Initiative ausgeht. Die Rolle des Moderators ist, diesen Anstoß zur Selbsthilfe zu initiieren und „Hilfe zur Unterstützung zu geben“. Zusätzlich wird noch auf das „Moderieren“ verwiesen, welches ergänzend zu den administrativen Aufgaben der Moderatoren¹⁵¹ gehört.

„Es ist immer einfacher, andere zu unterstützen, wenn man quasi mit dem Blick von außen draufschaut. Wenn ich aber selbst gerade drinstecke, dann benötige ich eben von den anderen den Blick von außen, den ich ja dann nicht mehr habe“ (GDVIII, 12:38h, Z. 440-445).

Der „Blick von außen“ zeigt sich als wichtiger Grundzug der Unterstützung, denn die Reflexion der eigenen Situation stößt den Bewältigungsprozess an. So wird von den Moderatoren ein wesentlicher Aspekt der Unterstützung innerhalb der Online-Foren formuliert: Sie helfen den Nutzern dabei, mit Abstand und reflektiert „von außen“ auf die Problemstellungen und Anliegen zu sehen. Diese wichtige Eigenschaft der Reflexion und Distanznahme ist auch für die Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe wichtig. Distanz zum eigenen Krankheitserleben erscheint vor diesem Hintergrund als Besonderheit der moderierenden Tätigkeit in den Depressions-Online-Foren und als Unterstützungsleistung durch die Moderatoren.

Die Ambivalenz zeigt sich in der Sichtweise auf die „Hilfe zur Selbsthilfe“, für die die Moderatoren – zusammen mit den anderen Nutzern im Online-Forum – zuständig

151 Die administrativen Aufgaben der Moderatoren sind bereits unter 5.3.3 Aufgaben der Moderatoren: Aktive und passive Aufgaben (S. 158ff.) dargestellt.

sind und die sie gleichzeitig für sich selbst einfordern („holen“). In den Online-Gruppendiskussionen mit den Moderatoren wird das Phänomen der *konfliktfreien Rollengestaltung* immer wieder hervorgehoben, jedoch zeigt sich in den Überschneidungen und der Gleichzeitigkeit der Rollenübernahmen ein Kristallisationspunkt der Moderatorentätigkeit. Hier wird deutlich, dass sie sich in einer ambivalenten Haltung befinden, die selbst Teil des Moderatorendaseins ist.

5.4.3 Die Rollenausgestaltung als Moderator: Empathische Selbstwirksamkeitssteigerung

Ausgehend von den bereits dargestellten Aspekten der Selbstsicht der Moderatoren kann der Aspekt der Ambivalenz bzw. der ambivalenten Haltung gegenüber den beiden Teilaspekten der Teilnahme am Online-Forum – der Nutzer auf der einen, der Moderator auf der anderen Seite – nun um einen weiteren ergänzt werden: Die Rollenausgestaltung als Moderator. Diese Kategorie setzt sich aus zwei Subkategorien zusammen: (1) Vorbildfunktion: Empathische Unterstützung und (2) Anerkennung: Selbstwirksamkeit durch Bestätigung.

Vorbildfunktion: Empathische Unterstützung

„Ich denke schon, dass man gewisse Voraussetzungen erfüllen muss, nämlich eine gewisse Stabilität. Wer noch völlig mit sich selbst beschäftigt ist und kaum seine Außenwelt wahrnehmen kann, kann auch nicht gut als Moderator helfen. Ebenso ist es wichtig, Einfühlungsvermögen zu haben, aber auch mal offene Worte zu sagen und dann die Wut des anderen auszuhalten. Und ein gewisser Teamgedanke sollte auch nicht fehlen. Wenn man nur sein eigenes Süppchen kochen will und nicht auch mal schaut, was die anderen Mods [**Moderatoren**] antworten, der bringt möglicherweise mehr Unruhe als nötig rein“ (GDIII, 19:22h, Z. 541-547).

Es gibt bestimmte Voraussetzungen, die die Moderatoren erfüllen müssen. Dies wird von ihnen selbst in den Gruppendiskussionen immer wieder hervorgehoben. Wie schon in der Darstellung der Betreiber herausgearbeitet, sehen auch die Moderatoren selbst bestimmte Attribute, die für die Übernahme des Moderatorenstatus wichtig sind. Im obigen Zitat wird dies exemplarisch deutlich.

Die Voraussetzungen, die die Moderatoren erfüllen müssen, lassen sich in unterschiedliche Aspekte gliedern. Ein wesentlicher Aspekt ist die von ihnen selbst benannte psychische „Stabilität“. Denn abgesehen davon, dass die Moderatoren, wie bereits dargestellt, immer auch zwischen ihren Rollen wechseln, müssen sie in erster

Linie schwere Krisen und Phasen der Erkrankung überwunden haben und sich in einem Zustand befinden, in dem sie im Online-Forum agieren können, ohne selbst handlungsunfähig zu sein. Jede Frage, die sich auf eigene Krankheitserlebnisse bezieht, stellt eine potenzielle Anfechtung der eigenen Gesundheit dar. Moderatoren müssen diese Anfechtungen produktiv verarbeiten. Sie dürfen sich dadurch nicht zurückwerfen lassen. Das bedeutet für die Auswahl der potenziellen Moderatoren, dass es sich um Nutzer handeln muss, die im Online-Forum im Lauf ihrer Teilnahme gezeigt haben, dass sie sich als engagierte Nutzer bewährt haben. Dies heißt, dass sie in der schriftlichen Kommunikation innerhalb ihres Depressions-Online-Forems auf die Belange und Anliegen anderer Nutzer eingehen, ihre eigenen Interessen bis zu einem bestimmten Grad zurückstellen, die Regeln einhalten und sich auf die anderen Nutzer einlassen.

Das Einfühlungsvermögen ist für denjenigen besonders wichtig, der als Moderator tätig ist. Wie die Nutzer, so erwarten auch die Forumsleitungen von den Moderatoren, dass sie sich in die Nutzer ‚einfühlen‘ können; Empathie ist dabei entscheidend. Auch die Nutzer formulieren, dass die eigene Betroffenheit der anderen Nutzer für sie ein wichtiges Kriterium der Partizipation am Online-Forum ist, denn dies ist einer der Gründe, warum sie sich im Online-Forum als einem Schutz- und Zufluchtsraum sicher fühlen¹⁵².

Um als Moderator tätig zu werden, ist die Übernahme des Teamgedankens ebenso wichtig. Die Fähigkeit, in einem Team zu agieren und mit anderen zusammen an einem übergeordneten Ziel zu arbeiten, muss bei den Moderatoren gegeben sein. Die Idee der Betreiber, die hinter den Online-Foren steht, muss als Leitgedanke und -idee übernommen werden. Der „Teamgedanke“ baut hierauf auf und verdeutlicht, dass es ohne einen Anschluss an die anderen „Mit-Moderatoren“ nicht zu einer Zusammenarbeit kommen kann. Nur so werden die Moderatoren von den Nutzern in den Online-Foren wahr- und ernstgenommen.

„In diesem Forum gibt es zumindest uns Mods [**Moderatoren**], die aufzeigen können, dass es wieder aufwärts geht. Und auch, dass wir Rückschläge einstecken müssen, ist sicherlich für die User hilfreich. Ich sehe mich auch ein bisschen dann in der Vorbildfunktion, nicht zu verzagen und die Stabilität wieder in Angriff zu nehmen“ (GDVIII, 19:22h, Z. 530-534).

152 Wie im Zitat angesprochen, ist es aber so, dass sich Nutzer, die in einer schweren Krise der Erkrankung stecken, nur schwer empathisch auf andere einstellen können.

Die Vorbildfunktion beinhaltet, dass durch die öffentliche Verhandlung der eigenen Erkrankung, auch durch die Moderatoren, den übrigen Nutzern in den Online-Foren auf der einen Seite gezeigt wird, dass es auch „(...) wieder aufwärts geht (...)“ und Wege der Bewältigung der Erkrankung gibt. Auf der anderen Seite wird den Nutzern aber auch gezeigt, dass es Erkrankte gibt, die nach einer Besserung ihres Zustands in einer erneuten Krise stecken und versuchen, „(...) Stabilität wieder in Angriff zu nehmen“ und aktiv an der Bewältigung zu arbeiten. Dieses nach außen hin Sichtbar-machen bezieht sich in diesem Fall auf die ‚Öffentlichkeit‘ des Online-Forums selbst, in dem und über das eine Öffentlichkeit hergestellt wird, die sich auf den kommunikativen virtuellen Raum bezieht. Hier stehen die Moderatoren für die anderen Nutzer sichtbar im Mittelpunkt und sind nicht geschützt, sondern mit ihrer Aufgabe und Rolle als Moderator im öffentlichen Raum vertreten. Die Rolle des Moderators ist im Online-Forum für alle Teilnehmenden sofort über sein Profil sichtbar, in dem vermerkt ist, dass er den Status des Moderators innehat.

Die Moderatoren haben also eine Vorbildfunktion, die sie in den Online-Foren vertreten und im öffentlichen Bereich der Online-Foren auftreten und damit nach außen hin den anderen Nutzern gegenüberreten. Hiermit wird auch der Status des selbstbetroffenen-Seins hervorgehoben, denn dieser ist hier von besonderer Bedeutung. Durch die Erfahrung der eigenen Erkrankung wird das geteilte Erleben zu einem besonderen Bezugspunkt, welcher durch die empathische Hinwendung die Vorbildfunktion prägt. Erst im eigenen Erleben der Erkrankung wird die Brücke zu den übrigen Nutzern geschlagen und so eine Vorbildfunktion der Moderatoren ermöglicht.

„(...) ich würde vielleicht noch hinzufügen, daß das Forum gut moderiert ist. Die User nehmen die Moderatoren wahr und fühlen sich ‚sicher‘ vor Pöbeleien oder Ähnlichem“ (GDVIII, 10:40h, Z. 270-275).

Die Nutzer im Online-Forum nehmen sich gegenseitig ebenso wahr, wie sie von den Moderatoren „wahrgenommen“ werden. Allerdings resultiert für die Nutzer das Gefühl der Sicherheit im Online-Forum durch die Wahrnehmung der Moderatoren. „Wahrgenommen“ in diesem Zusammenhang deutet ebenso darauf hin, dass die Nutzer sichtbar werden und von den Moderatoren beobachtet und kontrolliert werden. Die Nutzer positionieren sich im virtuellen Raum des Online-Forums.

„Pöbeleien“ bleiben durch die Kontrolle der Moderatoren aus. Sie nutzen ihre Kontrollfunktion und greifen ein, wenn Regelverstöße geschehen. Diese Sicherheit aufgrund der Überwachung der Online-Foren durch die Moderatoren spielt für die Sichtweise der Nutzer eine erhebliche Rolle – nicht nur für das Selbstverständnis der Moderatoren untereinander. Hier zeigt sich nämlich, dass durch die spezifischen Aufgaben der Moderatoren direkter Einfluss auf die Binnenprozesse der Depressions-Online-Foren, speziell auf die Interaktionsprozesse genommen wird. Die Herstellung von „Sicherheit“ für die Nutzer ist mit einem hohen Aufwand an Überwachung verbunden, der durch die Moderatoren durchgesetzt wird. So regeln und sichern sie den Umgang der Nutzer untereinander.

„Ich finde, es ist richtig und wichtig, dass den Usern auch gezeigt wird, dass es immer wieder zu Rückfällen kommen kann und wie man dann damit umgeht. Das kann man ja nur vermitteln, wenn man die entsprechende Erfahrung mit Depressionen gemacht hat“ (GDIII, 19:36h, Z. 638-640).

Die Vorbildfunktion der Moderatoren beinhaltet auch, dass sie den übrigen Nutzern zeigen, dass eine depressive Erkrankung nicht immer positiv verläuft, sondern dass auch andere Erkrankte immer wieder mit „Rückfällen“ zu kämpfen haben und die Erkrankung sie immer wieder einholen kann. Wichtig ist hier das Aufzeigen der gemeinsam geteilten Krankheitserfahrung, die diese positiven und negativen Aspekte zusammenführt. In den Depressions-Online-Foren sollen die Nutzer erfahren, dass andere Erkrankte sowohl positive Erfahrungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung sammeln wie auch negative, die sie in der Folge zu überwinden versuchen, und es sich nicht in ihrer Erkrankung ‚bequem machen‘. Die Vorbildfunktion der Moderatoren innerhalb der Online-Foren, v.a. für die anderen Nutzer ist also insofern bedeutsam, da sie sich auf beide Seiten bezieht: sowohl darauf, wenn es einem als Moderator in der Erkrankung gut geht und man Krisen überwunden hat als auch auf den Zustand der Krise, gegen die man auch als Moderator ankämpft und aus der man herauszukommen versucht.

„Schwer wird es für mich als Moderatorin, wenn ein User sich überhaupt nicht helfen lassen will und das Forum nur als Sprachrohr für Jammereien nutzt. Ich fühle mich dann hilflos, manchmal werde ich wütend“ (GDIII, 20:23h, Z. 326-328).

Aber nicht nur die negativen Aspekte der Erkrankung zeigen sich für die Nutzer an den Moderatoren, sondern die Moderatoren haben auch eine spezifische Sichtweise auf die Nutzer. Die Nutzer, die das Forum lediglich für „Jammereien“ nutzen, wer-

den von den Moderatoren wahrgenommen und zeigen ihnen ihre Grenzen auf. Die ehrenamtliche Arbeit hat im Umgang mit den Nutzern auch Schattenseiten, die den Moderatoren ihre ‚Hilflosigkeit‘ aufzeigen. Wollen Nutzer das Forum nämlich in einer negativen Art und Weise nutzen, sind auch die Moderatoren nicht immer in der Lage, dem Einhalt zu gebieten. Der Verweis ‚wütend‘ zeigt zudem auf, dass auch die Tätigkeit als Moderator selbst „triggernde“ Effekte haben kann und emotional nicht nur entlastend wirkt.

„Schwer wird es für mich: Wenn ich bei Usern immer wiederkehrende Suizidabsichten erkenne oder wenn der Kontakt zu Suizidgefährdeten plötzlich abreißt. Da kann man nicht wirklich helfen und macht sich Gedanken, was wohl passiert sein könnte“ (GDVIII, 14:12, Z. 307-310).

Die „triggernden“ und emotional belastenden Situationen für die Moderatoren haben noch eine weitere Dimension. Über belastende Situationen wird in den Gruppendiskussionen der Moderatoren auch geschrieben, wenn es in den Depressions-Online-Foren um die Formulierung von Suizidabsichten der Nutzer geht. Als emotional belastend werden diese Situationen von den Moderatoren erlebt, in denen Nutzer akute Suizidabsichten äußern und „plötzlich“ nicht mehr aktiv im Forum sind. Der erlebte Kontrollverlust und die Unsicherheit im Umgang mit der Situation lösen eine Krise aus, die von den Moderatoren bewältigt werden muss¹⁵³.

„Anders gesagt: mit virtuellen Getätschel wird keiner wieder gesund“ (GDVIII, 20:58, Z. 355-356).

Neben dem „triggernden“ Effekt der Partizipation und der emotional belastenden Situation für die Moderatoren werden die virtuellen Bezugnahmen auch kritisch gesehen. „Virtuelles Getätschel“ ist als negativierter Überbegriff zu verstehen, der sich auf Formen emotionaler Hinwendung bezieht. Die durch die Kanalreduktion charakterisierte asynchrone Kommunikation der Nutzer und Moderatoren untereinander

153 Dass die Formulierung von Suizidabsichten als belastendes Moment für die Moderatoren in den Online-Foren hervorgehoben wird, zeigt zudem, dass es in den Online-Foren um eine rechtliche Sicherheit geht (siehe 5.3 Betreiberseite, S. 164ff.). Die Foren haben keine professionellen Befugnisse und können ihren Nutzern keine Anweisungen für deren Alltagshandeln geben. Im Fall eines absehbaren Suizids (vor allem eines angekündigten Suizids) könnten sie aber strafrechtlich nah an unterlassener Hilfeleistung sein (siehe 2.2.1 Aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse: Chancen und Risiken, S. 52ff.). Es gibt eine rechtliche oder wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung zu den sogenannten ‚Suizid-Foren‘, ob es sich um einen strafrechtlich relevanten Rahmen handelt oder nicht – es gibt unterschiedliche Sichtweisen dazu (Eichenberg et al. 2006; Winkel 2005).

kann hilfreich und stützend sein, sie kann aber auch zu einem nicht ernst gemeinten und unwirksamen „Getätschel“ verkommen. Empathische Hinwendung dagegen ist ernstgemeinter Rat und beratende Unterstützung durch die Moderatoren.

„Wenn ich mir aber quasi ‚den Mund fusselig rede‘, wenn ich versuche, auf alle Wenn’s und Aber’s von Seiten der User irgendwie einzugehen und immer wieder neu nach einem Ausweg schaue und es kommt nichts von der anderen Seite zurück (...), dann werde ich auch ärgerlich. (...) In so einem Moment frage ich mich, warum ich mir hier eigentlich so eine Mühe gebe“ (GDVIII 23:20, Z. 388-393).

Das respektvolle gegenseitige aufeinander Bezugnehmen ist für den Austausch innerhalb der Depressions-Online-Foren wichtig und spielt gerade für die Moderatoren eine wichtige Rolle. Ihre Erwartungshaltung lautet: Die Ratschläge, Meinungen und Tipps, die sie den Nutzern geben, sollen von diesen nicht nur angenommen, sondern auch umgesetzt und kommentiert werden. Im letzten Zitat zeigt sich dies daran, dass es den Moderatoren um mehr geht als nur eine zustimmende Antwort von den Nutzern zu erhalten. Die Moderatoren, die sich „den Mund fusselig reden“ und sich „Mühe geben“, erwarten von ihrem Gegenüber, dass *dankbar angenommen* und *respektvoll geantwortet* wird. Die Bezugnahmen der Nutzer sind für sie auf der einen Seite wichtige Hinweise auf die Wirksamkeit ihrer Vorschläge und Tipps, auf der anderen Seite erwarten sie von den Nutzern – im Sinne einer reziprok aufeinander eingestellten kommunikativen Handlung – eine dankbare Rückmeldung.

Anerkennung: Selbstwirksamkeit durch Bestätigung

„Ich denke schon, dass der Status Mod [**Moderator**] ein bisschen Anerkennung bedeutet. Anerkennung für ein überdurchschnittliches Engagement. Die Nutzer selber haben m.E. wenig Einfluss da drauf“ (GDIII, 19:22h, Z. 552-554).

Nicht nur die Anerkennung der Nutzer spielt eine Rolle, sondern auch die Anerkennung, die in der ‚Ernennung‘ zum Moderator durch die Forumsleitungen zum Ausdruck kommt. Hierauf haben die anderen Nutzer, wie im vorangestellten Zitat betont, „wenig Einfluss“. Die Auswahl, wer, wann und wie zum Moderator oder eben auch zum „Buddy-User“ ‚befördert‘ wird, liegt allein in der Entscheidung der Forumsleitungen und nicht am Wohlwollen oder gar in der Entscheidungsgewalt der Nutzer. Die Voraussetzungen sind unterschiedlich, aber ein „überdurchschnittliches Engagement“ ist in jedem Fall ein wichtiger Punkt, der bei der Auswahl eine Rolle spielt. Dies hängt eng mit der Verbindung zu den anderen Nutzern im Online-Forum zu-

sammen. Zu fragen ist: Wie ist der Umgang untereinander, auf was wird Bezug genommen und wie stellt sich das „überdurchschnittliche Engagement“ dar? Hierüber müssen die Forumsleitungen entscheiden. Moderatoren werden nicht von anderen Nutzern vorgeschlagen oder ausgewählt. Nur andere Moderatoren können einen Einfluss auf die Auswahl haben, indem sie einen besonders gut ‚geeigneten‘ Nutzer den Forumsleitungen vorschlagen oder empfehlen (siehe 5.3.2 Rekrutierungsmechanismen, S. 151ff.). Die Entscheidungsmacht liegt ausschließlich bei den Leitungen selbst. Sie sind es auch, die die potenziellen Moderatoren aufgrund ihres „Schreibverhaltens“ fragen, ob sie es sich vorstellen können, als Moderator tätig zu werden. Besonders deutlich wird dies im folgenden Zitat, in dem noch einmal auf die „Anerkennung der Forumsleitung“ Bezug genommen wird:

„Als ich gefragt wurde, ob ich Moderatorin werden möchte, habe ich mich gefreut, weil ich es als Anerkennung der Forumsleitung meines Schreibverhaltens als gewöhnlicher Nutzer gesehen habe“ (GDVIII, 09:20h, Z. 566-569).

Die „Anerkennung der Forumsleitung meines Schreibverhaltens“ verweist auf den Fokus der Forumsleitungen, den schriftlichen Umgang („Schreibverhalten“) mit anderen Nutzern zu bewerten und den Moderatoren rückzumelden. Der „Aufstieg“ vom „gewöhnlichen Nutzer“ zum Moderator beinhaltet nicht nur Anerkennung durch die Leitungen der Online-Foren. Wichtig ist hier vor allem das Hervorheben des „Schreibverhaltens“ das von den Leitungen beobachtet wird und dann mit einem solchen Angebot, Moderator zu werden, belohnt wird. Die Anerkennung wird also über die Bewertung dieses spezifischen Verhaltens – innerhalb der Regeln der Online-Foren und innerhalb der kommunikativen Rahmungen der schriftlichen Kommunikation – verliehen und an den „gewöhnlichen Nutzer“ herangetragen.

„Es war ein Zeichen für mich, dass meine Beiträge in gewisser Art und Weise zum einen gut, zum anderen aber auch wertvoll für die User sind. Durch entsprechendes Feedback habe ich auch Anerkennung durch die User erhalten. Für mich war und ist es auch heute noch Motivation, dabei zu bleiben“ (GDVIII, 13:36h, Z. 592-596).

Hier kommt ein weiterer Aspekt der „Anerkennung“ ins Spiel, der allerdings in den Online-Gruppendiskussionen der Moderatoren kontrovers diskutiert wird: die „Anerkennung“ durch die Nutzer; denn auch über die „Anerkennung“ der Nutzer wird die Moderatorenrolle bewertet. Nicht nur die „Anerkennung“ durch die Forumsleitungen, die die Moderatoren ‚berufen‘, spielt eine Rolle für sie, sondern auch die positi-

ve Rückmeldung der Nutzer zu ihrer Moderatorentätigkeit. Mit diesen haben die Moderatoren täglich im Online-Forum zu tun, sie stehen in direktem schriftlichem Kontakt mit ihnen, während der Kontakt zu den Forumsleitungen eher sporadisch stattfindet. Zwar werden sie direkt von den Leitungen angeschrieben und können sich auch jederzeit an sie wenden, jedoch ist der Kontakt nicht so regelmäßig wie mit den Nutzern der Online-Foren. Das „Ausgewählt-Werden“ durch die Forumsleitung spielt zu Beginn eine erhebliche Rolle, denn damit beginnt die Heraushebung aus der Masse der anderen Nutzer und die Möglichkeit der Profilierung durch den Moderatorenstatus. Doch im weiteren zeitlichen Verlauf erfolgt die Aufrechterhaltung der „Anerkennung“ durch die Nutzer der Depressions-Online-Foren. Sie sind es, die den Moderatoren direktes Feedback zu ihren Beiträgen geben und mit ihnen in einen direkten kommunikativen Zusammenhang eintreten. Auf diese Weise spielt die Kommunikation zwischen Moderatoren und Nutzern eine wichtige Rolle.

Es steht also ein Prozess der Aufrechterhaltung der „Anerkennung“ hinter dem Einnehmen des Moderatorenstatus. Geht es zu Anfang um die „Anerkennung“ durch die Leitungen der Online-Foren, so wird die „Anerkennung“ in der Folge über die Zuwendung und kommunikativen Bezüge der Nutzer hergestellt. Dieser Prozess der „bleibenden Anerkennung“ ist für die Moderatoren wichtig, denn über diesen stellt sich die Bedeutung ihres Status als Moderator auf lange Sicht her. Durch die „Anerkennung“ der Forumsleitungen kommen die vormals ‚normalen‘ Nutzer in den Rang und Status eines Moderators, aber erst durch die kontinuierliche „Anerkennung“ der anderen Nutzer werden sie in ihrer Position gefestigt und gehalten.

5.4.4 Zwischenfazit

Die *Moderatoren* stehen als eine ambivalente Gruppe zwischen Betreibern und Nutzern; auf der einen Seite sind sie ehrenamtlich im Online-Forum tätig und verfolgen die Zielsetzungen der Betreiber, zugleich sind sie aber als Nutzer in den Depressions-Online-Forum aktiv. Sie sollen das Projekt der Betreiber voranbringen und gleichzeitig den Nutzern zur Seite stehen. Diese *Ambivalenz ihrer Rolle* – zwischen Betreiber- und Nutzerseite – zeichnet diese Gruppe aus. Die Moderatoren werden ausschließlich von den Betreibern in ihren Status ‚berufen‘; von deren Wohlwollen und Entschei-

dungsgewalt ist abhängig, wer Moderator und wer aus diesem Status wieder entlassen wird.

- (1) Die Betrachtung der Gruppe der Moderatoren hat gezeigt, dass sie ein unverzichtbarer Bestandteil der Online-Foren sind und sowohl für die *Strukturierung* wie auch die *Ausgestaltung der Hilfe und Unterstützung* mitverantwortlich sind¹⁵⁴. Ohne ihre Tätigkeit könnten die Ziele der Betreiber nicht umgesetzt und die Online-Foren nicht aufrechterhalten werden.
- (2) Bei den Depressions-Online-Foren handelt es sich um eine Form der Hilfe, welche nicht abgekapselt auf den virtuellen Raum beschränkt bleibt. Durch die Partizipation am Online-Forum soll es den Nutzern ermöglicht werden, durch ihre Eigeninitiative – selbst aktiv im Online-Forum zu sein – sich selbst zu helfen¹⁵⁵. Diese *Eigeninitiative der Nutzer*, die durch die Moderatoren gefördert und motiviert werden soll, zeigt eine Ähnlichkeit mit Selbsthilfebestrebungen an. Denn die Nutzer sollen darin unterstützt werden, ihre Krankheit erfolgreich zu bewältigen und zusätzlich zur Hilfe im Online-Forum das Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen. Dabei kommt den Moderatoren eine unterstützende Aufgabe zu.
- (3) Die Moderatoren werden von den Betreibern in diesen Status ‚berufen‘. In diesem Vorgehen kann ein weiterer Aspekt der Selbsthilfe gesehen werden: *Die Berufung zum Moderator als selbstwirksamkeitssteigernder Akt*. Hier wird den Moderatoren durch die Betreiber eine positive Eigenwahrnehmung vermittelt und mit dem Statusgewinn – in den Rang des Moderators aufgestiegen zu sein – eine empowernde und unterstützende Handlung vollzogen.
- (4) Durch die Gruppe der Moderatoren wird in den Depressions-Online-Foren über die starke Kontrolle, die sie ausüben, und Struktur, die sie den Foren geben, ein *Schutzraum* für die Nutzer hergestellt. Die Moderatoren stellen eine wichtige Hilfe-Instanz im Online-Forum dar, ihre ehrenamtliche Tätigkeit ist durch unterschiedliche Formen von Unterstützung, Begleitung und Hinwendung den Nutzern gegenüber gekennzeichnet (aktive und passive Aufgaben). Sie übernehmen

154 In der bisherigen Forschung zu gesundheitsbezogenen Online-Foren wurden diese nicht weiter beachtet (siehe 2.2.1 Aktuelle Entwicklung und Forschungsergebnisse: Chancen und Risiken, S. 52ff.).

155 Die Sichtweise der Betreiber spiegelt sich bei den Moderatoren darin wider, dass auch sie die Online-Foren nicht als alleinige Hilfe ansehen und den Ausgangspunkt von (Selbst)Hilfe in der Eigeninitiative des Nutzers sehen.

eine *empathische Vorbildfunktion* für die Nutzer, die für diese einen wichtigen Orientierungspunkt darstellt.

- (5) Aber die Tätigkeit als Moderator kann auch emotional belastend für die ehrenamtlich Tätigen sein und sie in ihrer Funktion als beratende und unterstützende Akteure im Depressions-Online-Forum zusätzlich fordern. Da sie in den Online-Foren viele Beiträge der Nutzer lesen und sich fortwährend mit möglicherweise ‚triggernden‘ Inhalten auseinandersetzen müssen, sind sie in einer fragilen Situation und damit einer besonderen Belastung ausgesetzt. Das Changieren zwischen den beiden Seiten, Nutzer auf der einen, Moderator auf der anderen Seite, erhält dadurch seinen fragilen Charakter.

Zusammenfassend zeigt sich am Beispiel der Rekrutierungskriterien für Moderatoren, dass neben empathischer Hinwendung zu den Nutzern von ihnen auch ein spezifisches thematisches Wissen eingefordert wird. Die Moderatoren beraten die Nutzer und unterstützen diese so informationell. Diese beiden wichtigen Funktionen – empathische Hinwendung und spezifisches Wissen – der Unterstützung durch die Moderatoren sind wichtige Faktoren im Prozess der Auswahl und verweisen auf die mit ihren speziellen Zuständigkeiten verbundenen Anforderungen. Zudem zeigt sich, dass die Betreiber mit der Auswahl und Berufung der Moderatoren eine spezifische Anerkennung ‚vergeben‘ und auf diese Weise deren Selbstwirksamkeit fördern. Dieser in den Ergebnissen aufgezeigte Prozess macht deutlich, dass sich auch hier die Ziele der Betreiber widerspiegeln: Alle Moderatoren sind auch zugleich ehemalige und immer noch aktive Nutzer, die die Betreiber den anderen Nutzern als Vorbilder „präsentieren“ können, und den Moderatoren selbst wird dadurch die Möglichkeit geben, im Online-Forum Verantwortung zu übernehmen. Zugleich dienen die Berufungen den Moderatoren als ‚Ritterschlag‘, über den nicht nur Anerkennung vermittelt, sondern auch die Selbstwirksamkeit gefördert wird.

Das Handeln der Moderatoren im Online-Forum beschränkt sich nicht auf einen kurzen Zeitabschnitt, sondern ist auf einen längeren Zeitraum angelegt. Die benannten Voraussetzungen der Betreiber zur ‚Ernennung‘ stellen auch sicher, dass die ‚Auserwählten‘, sich potenziell länger an das Depressions-Online-Forum binden. Nur auf diese Weise kann solidarisches Handeln in den Online-Foren verwirklicht und in der Folge reproduziert werden. Die Moderatoren stellen sicher, dass Unterstützung und Hilfe in den Depressions-Online-Foren auf eine lange zeitliche Perspektive gestellt sind.

6 Diskussion: Depressions-Online-Foren zwischen virtueller sozialer Unterstützung und Selbsthilfebestrebungen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die drei unterschiedlichen Perspektiven von Nutzern, Betreibern und Moderatoren in Depressions-Online-Foren auf empirischer Grundlage herauszuarbeiten sowie Funktionen, Sichtweisen, Einschätzungen, Ideen und Ziele zu untersuchen. Im Folgenden gilt es, die empirischen Befunde einer Gesamtbetrachtung zu unterziehen und bündelnd zu diskutieren. Um die vorgestellten empirischen Ergebnisse in einen übergeordneten Zusammenhang zu stellen und vor dieser theoretischen Hintergrundfolie zu erörtern, wird auf die zuvor vorgestellten theoretischen Überlegungen Bezug genommen, insbesondere auf die Betrachtungen der Konzepte sozialer Unterstützung wie der Selbsthilfe. Im Fokus der bisherigen Forschung standen vor allem die Nutzer der Depressions-Online-Foren. Doch hat die Analyse der Betreiberseite gezeigt, dass die Ziele und dahinterliegenden Strukturbedingungen dieser Angebote wesentlich für die Betrachtung der virtuellen Orte sind (siehe 2.2 Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme, S. 45ff.).

Erst in der Zusammenschau der verschiedenen Perspektiven wird deutlich, welche Form der Unterstützung hier angeboten und umgesetzt wird, ob und inwieweit sie an Selbsthilfebestrebungen anschließt oder ob sich hier im virtuellen Raum der Depressions-Online-Foren *neue Formen der Unterstützung und Hilfe* generieren. Diesen Fragen soll nun in der Diskussion der verschiedenen Perspektiven nachgegangen werden.

6.1 Virtuelle soziale Unterstützungsleistung durch schriftbasierte computervermittelte Kommunikation und strukturelle Rahmung

Die drei unterschiedlichen vorgestellten Perspektiven von *Nutzern, Betreibern* und *Moderatoren* in den Depressions-Online-Foren zeigen, dass es sich um ein breites Spektrum an Sichtweisen, Einschätzungen, Ideen und Zielen handelt. Diese sind verbunden durch den gemeinsamen Rahmen: das Depressions-Online-Forum.

Die Ergebnisse der Analysen zeigen für die *Nutzerseite*, dass die Teilnahme am Online-Forum unterschiedliche Funktionen übernimmt: (1) Das Online-Forum als ‚Archiv‘ ist für die Nutzer ein Ort der Erinnerung der eigenen Krankheitserfahrung. Dies

ist wesentlich bestimmt durch die asynchrone cvK. Das ‚Nachlesen‘ wird zum zentralen Moment der Krankheitsreflexion. Auf diese Weise ist das Online-Forum als Archiv nicht nur für die spezifische Generierung und das Abrufen von speziellem Wissen und Informationen für die Nutzer von Bedeutung, sondern auch für die Hinwendung auf die eigene Krankheitsgeschichte wichtig. (2) Das Online-Forum als ‚Zufluchtsort‘ ist zudem ein Schutzraum für die Nutzer. Dieser dient hier vor allem den Gedanken und Gefühlen, die im ‚echten Leben‘ nicht ausgesprochen, formuliert und offenbart werden können und schafft so einen Schutz vor Stigmatisierung. (3) Gruppenorientierung und -bildung werden durch die aufgezeigten Prozesse innerhalb der Online-Foren erschwert. (4) Der Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge stellt eine Form vermittelnder sozialer Unterstützung dar, die die Nutzer als Doppelentlastung wahrnehmen und die sowohl auf der Ebene der direkten Sozialbeziehungen zu verorten ist wie auch eine Verbindung zum Versorgungssystem herstellt.

Bei den *Betreibern* haben die Ergebnisse eine Verbindung zweier Zielsetzungen aufgezeigt: (a) Menschen zu motivieren, sich Hilfe(n) und Unterstützung im realen Leben zu suchen und (b) das Online-Forum als festen Bestandteil in die Begleitung und Unterstützung der Nutzer zu integrieren. Damit sind zugleich zwei zentrale Motive der Betreiber beider Depression-Online-Foren beschrieben. Die Aufgabe wird von den Betreibern darin gesehen, die erkrankten Menschen zu begleiten, zu unterstützen und sie zu motivieren, innerhalb der realen Versorgungsstrukturen aktiv nach Hilfe(n) zu suchen. Eine positive Sicht auf die professionelle Versorgung steht dabei im Vordergrund. Ebenso konnten die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit aufzeigen, dass die Betreiber ein relativ starres, hierarchisches Gefüge des Aufbaus und der Zuständigkeiten vorgeben. Es wurde auch herausgearbeitet, dass die klare Struktur die Gefahr der Einflussnahme Dritter auf das Online-Forum minimiert.

Die *Moderatoren* stehen als eine ambivalente Gruppe zwischen den Betreibern und Nutzern, da sie auf der einen Seite ehrenamtlich im Online-Forum tätig sind und die Zielsetzungen der Betreiber verfolgen und umsetzen; auf der anderen Seite sind sie zudem als Nutzer im Online-Forum aktiv. Diese ambivalente Rolle – zwischen Betreiber- und Nutzerseite – zeichnet sie aus. Deutlich wurde bei der Betrachtung dieser Gruppe, die in der bisherigen Forschung zu gesundheitsbezogenen Online-Foren meist unberücksichtigt blieb, dass sie einen wichtigen Bestandteil der Online-Foren darstellen. Durch sie konnte in der vorliegenden Arbeit eine Binnenperspektive auf

die Online-Foren eröffnet werden, die bislang von der Forschung stark vernachlässigt wurde. Sie sind in den Online-Foren diejenige Gruppe, die die Eigeninitiative der Nutzer fördert und diese motiviert, ihre Krankheit erfolgreich zu bewältigen und zusätzlich zur Hilfe im Online-Forum das Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen. Der Schutzraum für die Nutzer, aber auch die starke Kontrolle des virtuellen Raums können nur durch diese Gruppe sichergestellt werden.

Der Rahmen, der durch die Betreiber geschaffen wird und den virtuellen Ort des Online-Forums herstellt, ist starr konstruiert. Wie die empirischen Ergebnisse zeigen, haben die Betreiber jeweils sehr klare inhaltliche Gewichtungen gesetzt, die den Nutzern der Depressions-Online-Foren klare Grenzen auferlegen. Die Erstellung der mannigfaltigen thematischen Unterforen liegt bei den Betreibern und stellt die Blaupause für den Aufbau des virtuellen Raumes dar. Mit der thematischen Auswahl stellen sie so nicht nur den Rahmen her, sondern füllen diesen mit spezifischem Inhalt. Dies formt die Ausrichtung des jeweiligen Online-Forums: Durch die Bandbreite an Themen und Unterthemen sprechen die Depressions-Online-Foren eine große Anzahl von Nutzern an. Damit geht ein erhöhter Betreuungsaufwand einher. Ein zentraler Punkt ist die Sicherung und Kontrolle des angebotenen virtuellen Raums. Diese wird von den Betreibern als Ziel formuliert und von den Nutzern als wichtige Eigenschaft benannt, die einen Schutzraum herstellt und sich auf die Qualität der Inhalte auswirkt. Dies setzt voraus, dass die einzelnen Bereiche moderiert und von der Betreiberseite kontrolliert werden; daher müssen sich auch ehrenamtliche Nutzer im Online-Forum engagieren und diese Aufgaben übernehmen¹⁵⁶.

Wie die empirischen Ergebnisse darlegen, setzt sich die starke Strukturierung des Raumes durch die Betreiber in der Auswahl des Teams fort. Die Forumsleitungen haben die Entscheidungsgewalt darüber, wer am und im Online-Forum im Team mitarbeitet. Nach klar vorgegebenen Auswahlkriterien werden Nutzer in einem Prozess der Prüfung zu Moderatoren ernannt. Hier lässt sich von einer Kette von Bedingungen sprechen, die die Betreuung der Nutzer im virtuellen Raum sicherstellen: Während die starre Strukturvorgabe der Betreiber aus einer strikten Haltung resultiert, stellt diese Struktur für die Nutzer einen klaren Rahmen her, in dem nur auf

156 Das lässt sich bereits anhand des strukturellen Aufbaus beider Online-Foren ablesen (siehe Abbildungen 10-13, S. 118-124).

bestimmte, vorgegebene Art und Weise kommuniziert werden kann. Diese führt wiederum zur Stärkung der Struktur, denn sie wird nicht nur durch die Haltung der Betreiber repliziert, sondern auch durch die Handlungen der Nutzer gefestigt. Damit ist der Zugang zur Hilfe und Unterstützung im Online-Forum auf der einen Seite stark strukturiert, auf der anderen Seite dient eben diese Strukturierung der Unterstützung der Nutzer.

Diese starre Strukturvorgabe und Einflussnahme der Betreiber auf die Online-Foren zeigt zugleich zwei wichtige Aspekte:

- (1) Dadurch, dass sich die Betreiber als Privatpersonen für das Online-Forum, dessen Ausrichtung und inhaltliche Ausgestaltung verantwortlich fühlen, müssen sie diesen Raum auch kontrollieren, da sie sonst Gefahr liefen, als Privatperson in die Haftung genommen zu werden.
- (2) Das verweist sogleich auf einen weiteren Aspekt, denn die Betreiber sind nicht nur für die Inhalte verantwortlich, die sie selbst einstellen und den Nutzern zur Verfügung stellen, sondern gleichzeitig auch für die Inhalte, die die Nutzer produzieren (user-generated-content). Wie die empirischen Ergebnisse zeigen, sehen die Betreiber sich als Verwalter und Eigentümer des virtuellen Raums, den sie zur Verfügung stellen und für den sie Verantwortung übernehmen. Für die Betreiber steht also die rechtliche und moralische Verantwortung für ihr Angebot im Vordergrund. Moralische Verantwortung ist verknüpft mit der inhaltlichen Ausgestaltung des Online-Angebots. Die Betreiber zeichnen verantwortlich für die Außenpräsentation ihres Angebots und für die Innenwirkung auf die Nutzer.

Auf der Seite der Nutzer zeigt sich eine Präferenz für eine klar vorgegebene Struktur, die sie als hilfreich ansehen. Hier zeigen sich Charakteristika der Spezifik der Erkrankung an einer Depression. Bedingt durch bestimmte Einflüsse einer depressiven Episode, die u.a. durch die Hauptsymptome ‚Anhedonie‘ (s.o., S. 19) und eine erlebte und empfundene schnelle Ermüdung und Energielosigkeit gekennzeichnet sind, wird von den Nutzern gerade die Vorgabe einer festen Struktur für ihre Teilnahme am Depressions-Online-Forum als hilfreich erlebt und geschätzt (DGPPN et al. 2009; ICD-10-GM 2015; siehe 1.2 Krankheitsbild Depression, S. 17ff.). Aber auch die spezifische Symptomatik einer depressiven, gedrückten Stimmung sowie Interessenverlust und Freudlosigkeit an vielem, das zuvor als Freude bringend und entspannend

erlebt wurde, spielen als Motive der Nutzung der Online-Foren eine wichtige Rolle (Bermejo et al. 2012; Griffiths et al. 2009a, 2009b; Wittchen/Hoyer 2011; siehe 1.4 Krankheitsbezogene Herausforderungen und Belastungen, S. 22ff.). Die Nutzer ordnen sich einer Struktur unter, die sie in einem ersten Schritt einschränkt. Jedoch unterstützt sie die Struktur auch gerade bei der Überwindung der Aktivitätseinschränkung und hilft ihnen dabei, im virtuellen Raum des Online-Forums aktiv zu agieren.

Die Unterstützung der Nutzer durch eine starre Strukturvorgabe wie einen klar reglementierten Bereich ist eine Form der sozialen Unterstützung, die sich auf eine instrumentelle Form der sozialen Unterstützung bezieht. Diese Form stellt für die Online-Foren einen weiteren wichtigen Aspekt dar, denn durch die starre Strukturvorgabe befinden sich die Nutzer in einem virtuellen Raum, der zwar eine instrumentelle Unterstützung darstellt, zugleich aber auch durch die Struktur einen leitenden Charakter hat.

Die unterschiedlichen Dimensionen sozialer Unterstützung lassen sich auch in Teilen in den Depressions-Online-Foren wiederfinden. Jedoch zeigt sich hier deutlich, dass der virtuelle Rahmen der Online-Foren weiter gespannt ist. Wichtig für die Konzeption sozialer Unterstützung ist die wahrgenommene Sicherheit innerhalb eines sozialen Gefüges, Unterstützung auf unterschiedlichen Ebenen zu erhalten und Hilfe einfordern zu können (Badura 1981a; Badura et al. 1983; Bermejo et al. 2012; Borgetto 2004, 2013; Preiß 2010; Trojan et al. 2012; Rojatz/Forster 2015; siehe 3.2.2 Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung, S. 79). Dies wurde im empirischen Material aufgezeigt: Die Nutzer wie die Moderatoren befinden sich in einem Raum, von dem sie annehmen, dass sie über diesen Unterstützung erhalten. Im zeitlichen Verlauf der Partizipation am Online-Forum wird die wahrgenommene Unterstützung durch die anderen Nutzer wie auch die Moderatoren verstärkt. Die reziproken Hilfe-Strukturen sind für den Erhalt dieser Wahrnehmung entscheidend. Empfundene emotionale und würdigende Unterstützung zeigt sich deutlich auf der Seite der Nutzer (Bruns 2012; Diewald/Sattler 2010). Für die Moderatoren wurde klar herausgearbeitet, dass es sich bei ihnen um eine Gruppe handelt, die sowohl instrumentelle, informative wie auch beratende Unterstützungsleistungen in den Depressions-Online-Foren anbietet und umsetzt. Die mehrdimensionale Gliederung sozialer Unterstützungsleistungen passt in der theoretischen Fassung allerdings nicht in Gänze für die Online-Foren, da es sich hier um einen neuen kommunikativen Rahmen handelt, der

durch die niedrighschwellige asynchrone cvK charakterisiert ist (Beck 2010, 2014; Döring 2014). Diese ermöglicht es den Nutzern, sich wieder auf einer unteren Stufe der Aktivität zu motivieren, aktiv zu schreiben und sich so im Raum des Online-Forums zu engagieren und mit anderen Personen virtuell in Kontakt zu treten. Dieser Kontakt entfaltet in der Folge wieder unterschiedliche Formen sozialer Unterstützung, die von emotionaler Anteilnahme über informativen Austausch bis hin zu würdigender Unterstützung reichen.

Die Nutzer übernehmen die vorgegebenen Strukturen der Betreiber für sich und erfahren so eine strukturelle und instrumentelle Unterstützung. Über die große Themenwahl und breite Fassung der thematischen Bezüge (siehe 5.1 Feldbeschreibung, S. 110ff.) wird eine große Zahl von Nutzern angesprochen. Dennoch bleibt als ein wichtiges Ergebnis festzuhalten, dass nur diejenigen Nutzer im Online-Forum über einen längeren Zeitraum aktiv sind, die sich dem System ‚Depressions-Online-Forum‘ unterordnen. Beispielhaft sei an dieser Stelle noch einmal an den weiter oben dargestellten Umgang der Betreiber mit nur kurzen, nicht inhaltlich begründeten Kommentaren der Nutzer verwiesen (siehe 5.2.1 Die strukturelle Funktion der Online-Foren: Unterstützung und Hilfe, S. 119ff.). Hier wird durch ein starres Regelwerk den Nutzern der Bezugsrahmen für die Kommunikation untereinander vorgegeben. Auch auf dieser Ebene nehmen die Betreiber Einfluss auf die Kommunikation der Nutzer im Depressions-Online-Forum. Doch wichtig in der Zusammenschau der unterschiedlichen Perspektiven ist, dass es eine innere Erwartungshaltung der Nutzer gibt. Diese zeigt sich in der Erwartung den Betreibern gegenüber, den Nutzern eine Struktur vorzugeben, an der sie sich orientieren können. Gerade vor dem Hintergrund der zu Beginn der Arbeit vorgestellten Zusammenhänge des Krankheitsbildes nimmt hier das Online-Forum eine spezifische Rolle in der Bewältigung der Krankheit ein. Die Nutzer müssen sich dem starren Regelwerk unterwerfen und die Strukturbedingungen annehmen, wollen sie über einen längeren Zeitraum im virtuellen Raum Unterstützung und Hilfe erfahren.

Neben den Nutzern spielen hierbei auch die Moderatoren eine wichtige Rolle. Bei ihnen, so konnte gezeigt werden, handelt es sich um eine Gruppe von ehemaligen und immer noch aktiven Nutzern, die von den Forumsleitungen ausgewählt werden, um im Depressions-Online-Forum ehrenamtlich tätig zu werden; sie haben die Sichtweise der Betreiber für sich übernommen (siehe 5.4 Moderatoren, S. 87ff.). Für

sie steht im Zentrum der ehrenamtlichen Tätigkeit, dass sie die Nutzer dazu animieren, selbst aktiv zu werden. Dies schließt den beschriebenen Modus der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ ein (ebd.). Neben dem Aufrechterhalten des virtuellen Raums, seiner Strukturen und Regeln, sind die Moderatoren maßgeblich dafür zuständig, den Nutzern zu vermitteln, selbst aktiv zu werden. Auf diese Weise erhöhen sie bei den Nutzern die wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in den Depressions-Online-Foren. Diese Unterstützung lässt sich auf dem breiten Spektrum sozialer Unterstützung auf unterschiedlichen Ebenen verorten (Bruns 2012; Preiß 2010). Zum einen handelt es sich um instrumentelle Unterstützung durch die Struktur des Online-Forums, zum anderen bieten die Moderatoren im Rahmen der von ihnen betriebenen ‚Aktivierung‘ zugleich emotionale wie beratende Unterstützung (Friedrich 2012; Diewald/Sattler 2010; Knoll/Burkert 2008; siehe 3.2.1 Inhaltliche Dimensionen sozialer Unterstützung, S. 77f.). Die Idee, die Nutzer zu aktivieren, selbstwirksam zu handeln, stellt die Besonderheit des virtuellen Raumes heraus. Hier wird deutlich, dass die Moderatoren wichtige Aufgaben übernehmen, die unterschiedliche Bereiche sozialer Unterstützung fassen, gleichzeitig aber auch die Eigeninitiative der Nutzer selbst ins Zentrum stellen. Hilfe zur Selbsthilfe wird so zu einem wichtigen Konzept, das in den Depressions-Online-Foren über die Struktur wie über die Moderatoren hergestellt und reproduziert werden soll.

Die Nutzer können nur auf diese Weise Teil der Gemeinschaft im Online-Forum werden, die die wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung erhöht. Zusätzlich werden die Moderatoren hierdurch entlastet, sind doch in dieser Sichtweise auf die Wirkungsweise der Online-Foren die anderen Nutzer in den Prozess der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ mit einbezogen. So werden die Moderatoren entlastet, denn es ist nicht ihre alleinige Aufgabe, den anderen Nutzern im Forum ‚eine Hilfe zu sein‘¹⁵⁷.

Die Moderatoren spielen in der Zusammenschau des Phänomens ‚Depressions-Online-Forum‘ eine wichtige Rolle: Sieht man sich die Ziele der Betreiber an, so wird deutlich, dass diese nur umsetzbar sind, wenn ihre Ziele und Sichtweisen auch von den Nutzern übernommen werden. Dazu wird im Online-Forum eine Gruppe benötigt, die dies vermittelt und koordiniert. Auch stellt die Gruppe der Moderatoren

157 Anders als es sich bislang im aktuellen Stand der Forschung darstellte, spielen die Moderatoren für das Zusammenhanggefüge der Depressions-Online-Foren eine entscheidende Rolle (Blume/Hegerl 2008; Fekete 2002; Foster/Roffe 2009; Nimrod 2012; Uden-Kraan et al. 2010).

eine besondere Gruppe von Nutzern dar, die als ehemalige Nutzer längere Zeit in den Online-Foren aktiv sind und einen besonderen Blick auf die Binnenprozesse haben. Wie dargestellt, sind sie eine ambivalente Gruppe und changieren zwischen den Aufgaben, die sie als Vertreter der Betreiber im Online-Forum innehaben, und den Anliegen, die sie als immer noch aktive Nutzer haben. Das für das Depressions-Online-Forum I vorgestellte „Buddy-System“ (siehe 5.3 Betreiberseite, S. 153ff.) zeigt eindrücklich, dass es sich um eine Einführung und Initiation des Nutzers in das Online-Forum handelt und hierauf ein Schwerpunkt durch die Forumsleitung gelegt wird. Dies zeigt, dass es den Betreibern – mithilfe der Moderatoren – gelingt, sich auf die Nutzer einzustellen und ihnen etwas an die Hand zu geben, das sie in das Forum thematisch einführt sowie die Nutzer mit den Gepflogenheiten vertraut macht. Die Eins-zu-Eins-Betreuung, die hier deutlich hervortritt, zeigt auf, dass es auf der Seite der Betreiber um eine klare Kontroll-Funktion geht. Die Betreuung der Nutzer durch schon erfahrene andere Nutzer soll sicherstellen, dass Regeln und Strukturen eingehalten und befolgt werden. Diese Form der Kontrolle und Einführung kann zwar auf der einen Seite als eine Form der Unterstützungsleistung gesehen werden, jedoch stellt diese auf der anderen Seite eine deutliche strikte Betreuungsstruktur dar. Durch den mehrperspektivischen Zugang der vorliegenden Arbeit konnte herausgearbeitet werden, dass sich für die Betreiber, Nutzer und auch die Moderatoren unterschiedliche Perspektiven auf die Dimensionen sozialer Unterstützung aufzeigen lassen.

Neben diesem wichtigen Punkt der Unterstützung der Nutzer durch das Depressions-Online-Forum und die klaren strukturellen Vorgaben spielt vor allem auch die asynchrone cvK für die weitere Diskussion der empirischen Ergebnisse vor der theoretischen Hintergrundfolie eine besondere Rolle, die bislang nur marginal in den Blick genommen wurde, jetzt aber einer genaueren Betrachtung unterzogen wird (Döring 2013, 2014; Karlheim/Steffen 2013b; Schirmer et al. 2014). Die spezifischen Zielsetzungen und Funktionen bezogen auf die Partizipation und Aufrechterhaltung des Angebots ‚Depressions-Online-Forum‘ gestalten den virtuellen Raum. Innerhalb dieses Raumes hat die asynchrone cvK einen erheblichen Einfluss, da sie die kommunikative Grundlage der Online-Foren darstellt.

Im Folgenden soll mit Rückgriff auf die im zweiten Kapitel dargestellten kommunikativen Grundlagen wie auch auf die im dritten Kapitel herausgestellten theoretischen Bezüge zur sozialen Unterstützung eine Verbindung in der Diskussion der Ergebnisse hergestellt und aufgezeigt werden, inwiefern die Spezifika kommunikativen Handelns, wie sie in der Ergebnisdarstellung bereits deutlich geworden sind, als Unterstützungsleistung im virtuellen Raum der Depressions-Online-Foren zu sehen sind.

Für diese neu geschaffenen virtuellen Räume ist es unumgänglich, noch einmal gesondert zu betrachten, dass sich hier neue kommunikative Zusammenhänge herstellen, in denen die Nutzer handeln. In den empirischen Ergebnissen zeigt sich, dass die asynchrone cvK für die Nutzer eine besondere Rolle spielt, da durch diese erst die besonderen kommunikativen Anschlüsse und kommunikativen Rahmungen ermöglicht werden. Über die asynchrone cvK stellen sich im virtuellen Raum die *virtuellen sozialen Unterstützungsleistungen* her. Betreiber, Moderatoren wie Nutzer bewegen sich in diesen Rahmungen und stellen durch die Struktur und den Content einen besonderen virtuellen Raum her. Mit Rückbezug auf den dargestellten Stand der Forschung zeigt sich: Vereinzelt Studien heben hervor, dass das Schreiben in Bezug auf psychische Erkrankungen eine besondere Stellung für die Krankheitsbewältigung und den Umgang mit der jeweiligen Erkrankung hat (Abholz/Schmacke 2014; Eichenberg et al. 2013; Jia et al. 2015; Kurth et al. 2012; siehe 1.4 Krankheitsbezogene Herausforderungen und Belastungen, S. 22f.). Bislang haben rein quantitativ ausgerichtete Studien festgehalten, dass die Möglichkeit der schriftlichen Kommunikation, der Ausdruck von Emotionen und das Sammeln von Informationen wichtige Beweggründe für die Teilnahme der Nutzer an den Online-Foren sind (Blume et al. 2009; Blume/Hegerl 2008; Breuer/Baker 2015; Brunner et al. 2009; Griffiths et al. 2009a, 2009b; Hegerl/Kocalevent 2010; Johnsen et al. 2002; Kaufman 2015; Kardorff 2008; Melling/Houquet-Pincham 2011; Pfeil 2010; Reindl 2009; Sander/Schulz 2015; siehe 2.2.1 Aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse: Chancen und Risiken, S. 47ff.). Auf welche Weise das Schreiben hilfreich und entlastend wirkt und wie hie-

rüber eine Form von sozialer Unterstützung hergestellt wird, ist im Folgenden zu fragen¹⁵⁸.

Die Befunde der vorliegenden Arbeit zeigen, dass das Schreiben im Depressions-Online-Forum unterschiedliche Funktionen der *virtuellen sozialen Unterstützung* für die Nutzer übernimmt:

- (1) Auf den Allgemeinzustand der Nutzer der Depressions-Online-Foren nimmt die asynchrone cvK Einfluss und hat Auswirkungen auf die empfundene und wahrgenommene Unterstützung (Beck 2014; Döring 2014; Höflich 2003; Preiß 2010). Denn die Archiv-Funktion des Online-Forums stellt sich als wichtiger Aspekt auf der Seite der Nutzer heraus. *Das Depressions-Online-Forum als Archiv ist Ort der Erinnerung des eigenen Leidensweges und der individuellen Krankheitserfahrungen sowie Krankheitserinnerungen, welche erst durch die Verschriftlichung im virtuellen Raum erfahrbar werden.* Hierin wird deutlich, dass es sich auf der einen Seite um den Austausch persönlicher Krankheitserlebnisse handelt und damit um einen Austausch mit anderen Nutzern, der beratende Anteile haben kann. Auf der anderen Seite wird der virtuelle Raum der Online-Foren als Archiv genutzt, um auf sich selbst bezogen emotionale Unterstützung zu erfahren. An diesem Punkt ist reziprokes Handeln nicht erforderlich. Hier stellt sich eine virtuell auf sich selbst bezogene Unterstützung ein, die auf emotionale Entlastung wie auch beratende Unterstützung zielt.
- (2) Dieser dargestellte Erfahrungszusammenhang wird durch seine verschriftlichte Virtualität teilbar. Anderen Personen kann über den virtuellen Raum des Online-Forums mitgeteilt werden, wie es aktuell um die eigene Krankheitserfahrung, das Krankheitserleben usw. steht. Die schriftbasierte cvK wird so zu einem wichtigen Bestandteil dieses teilbaren Erfahrungszusammenhangs. *Das Nachlesen und Teilen dieser Erfahrungen ist damit ein zentrales Mittel der eigenen Krankheitsreflektion und trägt damit zu einer Stärkung der ‚nutzer-eigenen‘ Ressourcen bei.*

158 Auf diesen Umstand weisen auch Evans et al. (2011) in ihrer Studie hin, in der sie ein Online-Forum untersuchten, welches sich an Frauen richtet, die an einer postpartalen Depression leiden: „A total of 512 postings were collected and analyzed. Most of the participants’ postings pertain to emotional support (41.6%) followed by informational (37.5%) and instrumental support (20.9%)” (Evans et al. 2011: 407).

- (3) Das Online-Forum als Schutzraum vor Stigma, aber auch als Zufluchtsort, in dem alles verhandelt werden kann, das die „Echte Welt“ nicht verstehen kann, ist wichtiger Bezugspunkt für die Nutzer. Das Forum als Ort im virtuellen Raum gibt nun die Möglichkeit, die Gedanken festzuhalten und „loszuwerden“. Im realen sozialen Umfeld können die Gedanken und Gefühle von den Erkrankten nicht in vergleichbarer Form geäußert, mitgeteilt und besprochen werden. *Die Anonymität spielt, neben den schon dargestellten wichtigen Eigenschaften des Archivs, der soliden Plattform und des Schutzraums eine wichtige Rolle, da durch diese die Nutzer sich über das tabuisierte Thema ohne Angst vor Stigmatisierung austauschen können. Der Zufluchtsort, der von den Betreibern errichtet wird, ist für die Nutzer von besonderer Bedeutung: Sie können sich durch Schutz und Kontrolle in einem Bereich schriftlich äußern, in dem sie keine Angst vor negativen Bezugnahmen haben müssen. Hierin wird (a) instrumentelle Unterstützung den Nutzern durch das Online-Forum zugänglich und zugleich auf (b) stressauslösende Problemzustände Bezug genommen* (Badura 1981a; Badura et al. 1983; Borgetto 2004, 2013; Preiß 2010).
- (4) Auf diese Weise ist das Depressions-Online-Forum als Archiv nicht nur für die spezifische Generierung von speziellem Wissen von Bedeutung, das an diesem Ort abgespeichert und so immer wieder abrufbar wird, sondern auch für die persönliche, jeden einzelnen Nutzer betreffende, reflexive Hinwendung zur eigenen Krankheitsgeschichte wichtig. *Das Wiedererleben und Nachvollziehen der eigenen Krankengeschichte ist hier wesentlicher Bezugspunkt der asynchronen cvK.* Diese wichtigen Ergebnisse stehen z.T. konträr zu Ergebnissen anderer Studien. In der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass das qualitative Design auf der einen und der mehrperspektivische Ansatz auf der anderen Seite einen tieferen und eingehenderen Blick auf das Phänomen ‚Depressions-Online-Forum‘ ermöglicht und bis dato unbekannte Aspekte an die Oberfläche hebt. Die vorgelegten Befunde zeigen aber auch, dass die Form der cvK, wie sie in einem Online-Forum ermöglicht wird, nicht nur positive Effekte virtueller sozialer Unterstützung hat:
- (5) Die *Kontrolle des Raums durch die Betreiber* bzw. die Moderatoren soll den Nutzern einen geschützten Raum bieten, in dem sie sich ‚frei‘ austauschen können. Durch die schriftbasierte cvK geht es nicht nur darum, dass Nutzer selbst den Inhalt herstellen, indem sie Beiträge im Online-Forum schreiben, sondern sie

lesen auch die schriftlichen Beiträge anderer im Forum. Dies kann einen negativen Einfluss auf die Nutzer haben. Wie bereits Studien für die reale Selbsthilfe gezeigt haben, kann die ständige und fortwährende Beschäftigung in der Selbsthilfegruppe zu einem „(...) Weg in die Krankheitswelt anstatt der Integration der Krankheit in die Lebenswelt (...)“ (Rosenbrock 2001: 38) führen (Rosenbrock 1998; Schafft 1987). Dies gilt in besonderem Maße für Depressions-Online-Foren. *Denn obwohl Betreiber und Moderatoren darauf bedacht sind, genau diesen Umstand zu verhindern, ist es in einem Online-Forum nicht möglich zu kontrollieren oder zu überwachen, wer, wann, wo, wie lange liest. Dies kann dazu führen, dass es möglich ist, als Lurker¹⁵⁹ im Forum unterwegs zu sein und ‚nur‘ Beiträge zu lesen mit dem Ergebnis, dass das Forum zu einer Form des ‚Triggers‘ wird.* Dieser Umstand wurde bereits in anderen Studien aufgezeigt. In der vorliegenden Arbeit erhält dieser Aspekt eine besondere Bedeutung, da die Kontrollinstanz der Betreiber wie auch die Schutzfunktion der Moderatoren im Online-Forum darauf abzielen, das Forum in Gänze zu beobachten und die Nutzer vor den ‚triggernden‘ Eigenschaften zu schützen. Dies kann jedoch nur zu einem gewissen Maße geschehen und kann sich nicht auf das ‚Lesen‘ beziehen, denn hier sind der Kontrolle technische Hürden gesetzt.

- (6) Aber auch die Archiv-Funktion der Depressions-Online-Foren für die Nutzer erscheint aus diesem Blickwinkel nicht nur positiv: *Zu jeder Tages- und Nachtzeit nicht nur schreiben zu können, sondern auch seine eigenen Beiträge wieder und wieder lesen zu können, kann auch einen negativen Effekt auf die Nutzer haben, denn auf diese Weise kann es dazu kommen, dass der Nutzer sich – fortwährend auf sich selbst zurück geworfen – mit der eigenen Erkrankung beschäftigt.* Hier gibt es bislang nur sehr begrenzte wissenschaftliche Erkenntnisse, welche die Ergebnisse zu realer sozialer Unterstützung mit denen im virtuellen Raum vergleichen und sich auf diese beziehen. Diese Lücke in der Forschung muss geschlossen werden, will man Chancen und Risiken der Teilnahme an Depressions-Online-Foren zuverlässig einschätzen und Funktionsweisen in andere Strukturen in der Versorgung übertragen, um so die Hilfe- wie auch Unterstützungsleistungen für Erkrankte auszubauen und zu verbessern.

159 Für den Begriff des ‚Lurker‘ siehe 2.1 Computervermittelte Kommunikation, S. 48.

Auch wenn es in der theoretischen Darstellung zur sozialen Unterstützung keine negative Konnotation gibt, muss doch auf die mögliche entgegengesetzt wirkende Eigenschaft der virtuellen Bereiche hingewiesen werden (Bruns 2012; Diewald/Sattler 2012). Dieser stehen im Kontrast zu den positiv verstärkenden Eigenschaften der virtuellen sozialen Unterstützung, die sich in den unterschiedlichen Bereichen zeigt. Auch die wahrgenommene Unterstützung spielt vor diesem Hintergrund eine wichtige Rolle, denn die Betreiber intendieren mit ihren Angeboten nicht alle der vorgestellten unterstützenden Aspekte der Online-Foren den Nutzern zur Verfügung zu stellen bzw. diese zu ermöglichen. Die Nutzer der Depressions-Online-Foren nehmen in den virtuellen Räumen soziale Unterstützung wahr, auch wenn die Intention der Betreiber mit ihrem Angebot nicht mit diesen Einschätzungen und Wahrnehmungen deckungsgleich sind. Hier wird an den empirischen Ergebnissen deutlich, dass sich in den Depressions-Online-Foren Formen sozialer Unterstützung – reale wie auch wahrgenommene – generieren. Diese werden jedoch deutlich durch die Virtualität der Kommunikation beeinflusst. Die vorgestellten Dimensionen asynchroner cvK, die für die Nutzer eine wichtige Funktion erfüllen, machen deutlich, dass die Qualität sozialer Unterstützung erweitert wird. *Die Virtualität sozialer Unterstützung zeigt sich in den verschiedenen Funktionen, die die Partizipation an den Depressions-Online-Foren für die Nutzer innehat.*

6.2 Virtuelle individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfebestrebungen

Das Bild der Depressions-Online-Foren stellt sich nur in Gänze dar, sieht man sich die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure im Feld an. Mit den vorgelegten Ergebnissen dieser Arbeit wird der Blick hierauf gerichtet, denn Betreiber-, Nutzerseite und Moderatoren sind nicht voneinander zu trennen und müssen gemeinsam betrachtet werden.

Zu den bereits diskutierten empirischen Befunden vor dem Hintergrund theoretischer Annahmen zur sozialen Unterstützung steht im folgenden Teil der Ergebnisdiskussion das Konzept der individuellen und gemeinschaftlichen Selbsthilfe im Fokus. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zudem herauszuarbeiten, welche Art von wechselseitiger Unterstützung und Hilfe sich in den Depressions-Online-Foren identifizieren lässt. Die Hilfebestrebungen stehen im folgenden Teil im Zentrum der Betrachtungen

wie auch die Frage nach dem Anschluss der Bestrebungen an individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfeformen. Der virtuelle Raum des Online-Forems stellt auch hier ein besonderes Phänomen dar.

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit kann deutlich herausgestellt werden, dass es sich um eine angestrebte Verknüpfung des Laien-Potenzials mit dem des Versorgungssystems handelt. Weiterhin zeigen die empirischen Ergebnisse, dass die Betreiber beider Online-Foren auf eine Verschränkung des Hilfefotenzials des jeweiligen Online-Forems setzen, gleichzeitig jedoch eine Verknüpfung mit dem realen Versorgungssystem herbeiführen wollen. Sie wollen den Nutzern über das Depressions-Online-Forum vermitteln, dass es sich hierbei um ein Hilfe-Angebot handelt, das nur einen unterstützenden Charakter bei der Bewältigung der Krankheit hat. Den vorgelegten Befunden zufolge geht es sowohl um den ‚empowernden‘ Charakter des Austausches mit anderen Erkrankten als auch um die *Senkung der Hemmschwelle* bei den Nutzern, ein Angebot im realen Versorgungssystem zu suchen und anzunehmen. Dieser Aspekt der Verschränkung von Laien-Potenzialen auf der einen und Herabsetzung der Hemmschwelle gegenüber dem realen Versorgungssystem auf der anderen Seite zeichnet beide Online-Foren aus. Dieses wichtige Ergebnis der vorliegenden Arbeit konterkariert viele der bislang dargestellten Erkenntnisse zu Online-Foren im Bereich der gesundheitlichen Laien-Zusammenschlüsse im Internet (Barak et al. 2008; Blume et al. 2009; Döring 2014; Eichenberg 2010, 2011; Eichenberg et al. 2013; Sander/Schulz 2015; Winkel 2005; siehe 2.2.1 Aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse: Chancen und Risiken, S. 47ff.).

Diese Ergebnisse weisen auf die Verzahnung mit dem theoretischen Konzept der Selbsthilfe hin, jedoch zeigen die empirischen Ergebnisse zudem auf, dass sich Diskrepanzen ergeben. Der theoretische Bezugspunkt ‚Selbsthilfe‘ lässt sich an einigen Punkten wiederfinden, an einigen anderen Punkten wird dagegen deutlich, dass das theoretische Konstrukt ‚Selbsthilfe‘ nur in Teilen auf die Depressions-Online-Foren anzuwenden ist. Durch die Virtualität, die cvK und die besonderen Attribute der Online-Foren ergeben sich hier weitere Charakteristika einer *virtuell vermittelten Hilfe* (Borgetto 2013; Geene et al. 2011; Trojan et al. 1986; Trojan 2012; Trojan et al. 2012; Wohlfahrt/Breitkopf 1996; siehe 3 Selbsthilfe und soziale Unterstützung, S. 61ff.).

Die Betreiber und Moderatoren sind es, die eine klare Verbindung ihres Angebots mit den Grundzügen des theoretischen Modells der Selbsthilfe herstellen, indem sie darauf bedacht sind,

- (a) ein reiner Laien-Zusammenschluss zu bleiben,
- (b) unabhängig vom professionellen Versorgungssystem zu bleiben (siehe hier den Umgang mit der möglichen Einflussnahme der Pharma-Industrie auf die Online-Foren),
- (c) ein kostenloses Angebot zu schaffen, das ehrenamtlich betrieben und aufrechterhalten wird und nicht auf die ökonomische Gewinnmaximierung setzt,
- (d) die Angebote ausschließlich an Erkrankte und Angehörige zu richten und
- (e) gegenseitige Hilfe sowie Empowerment zu stärken (Trojan 2012; Trojan et al. 2012).

Auf der anderen Seite wird aber von den Betreibern formuliert, dass es sich bei ihrem Angebot nur um eine zusätzliche Hilfe handelt, die nicht als alleinige Hilfe zu sehen ist, sondern erst im Zusammenspiel von Erkrankten, dem Online-Forum und dem professionellen Versorgungssystem ihre Wirkung entfaltet. *Wie dargestellt, changieren die Betreiber der beiden Online-Foren zwischen zwei Polen: auf der einen Seite der Betonung des Online-Forums als „Zusatzangebot“, das als alleinige Hilfe nicht greift und der Verweis auf die zusätzlichen Hilfen im realen Versorgungssystem, auf der anderen Seite der Hinweis darauf, dass das Online-Forum für Erkrankte einen wichtigen Teil der Bewältigungsarbeit übernimmt und sie unterstützt.* Diese Ambivalenz zeigt sich besonders deutlich an der Gruppe der Moderatoren, die zwischen Nutzer- und Betreiberseite agieren.

Der reine Laien-Zusammenschluss, wie er in der Selbsthilfe gefordert und umgesetzt wird (vgl. Borgetto 2002, 2004, 2013), zieht sich auch durch den Aufbau der beiden Online-Foren. Alle an der ehrenamtlichen Arbeit des Online-Forums Beteiligten sind Erkrankte oder Angehörige. Zum Selbstverständnis der Online-Foren gehört es, dass professionelle Akteure in der Beratung und Unterstützung der Depressions-Online-Foren hier keinen Platz haben. Der Umstand, dass die Online-Foren besonders darauf achten, dass sie frei von Werbung und Angeboten Dritter sowie frei vom Einfluss der Pharma-Industrie bleiben, macht sie zu einem abgeschlossenen virtuellen Bereich, der sich im Sinne der Selbsthilfe ausschließlich auf die Belange der Erkrankten und

Angehörigen stützt (Borgetto 2013; Fellhauer 2008; Gaber/Hundertmark-Mayser 2005; Trojan 2012). Dies zielt darauf, dass der Einfluss Dritter so gering wie möglich gehalten wird. Die Schlussfolgerungen im bereits dargestellten Teil zeigen deutlich, dass es den Betreibern darum geht, den Nutzern einen geschützten Raum bereitzustellen¹⁶⁰.

Die Grundzüge eines unabhängigen – zumindest vom professionellen Versorgungssystem sowie der Pharmaindustrie unabhängigen – (Selbst)Hilfeangebots machen deutlich, dass es klare Zielvorgaben der Betreiber gibt. Die Moderation und Betreuung sind hier die Türwächter, die eine Einflussnahme Dritter verhindern. Durch die Zielsetzung der Betreiber, einen Schutzraum herzustellen, ergeben sich die beschriebenen starren Strukturen, die auf der einen Seite Unterstützung für die Nutzer sind, auf der anderen Seite einen freien Austausch der Nutzer untereinander erschweren. Die Aufgaben der Moderatoren sind auf die Betreuung der Nutzer hin ausgelegt. Freiheitlich-demokratische Strukturen, wie sie wichtiger Bestandteil der Selbsthilfe sind und die Bewältigungsaufgaben der Beteiligten mindern sollen, sind in den beiden Online-Foren eher nicht zu finden. Im Zusammenhang mit den beiden Depressions-Online-Foren kann hier also von einer Form der Betreuung durch die Betreiber gesprochen werden. *Durch die Moderation der Online-Foren und die Kontrolle vonseiten der Betreiber stehen die Nutzer unter ständiger Beobachtung. Der Umgang innerhalb des Gefüges ist eher mit einer starren Struktur einer Betreuung zu vergleichen als mit einer freien Hilfeleistung oder eben einer Struktur, wie sie in der realen Selbsthilfe zu finden ist.*

Mit Blick auf das Internet als Forums- und Diskussionsmedium ist wichtig zu betrachten, dass es durch die anonymen Strukturen nur sehr schwer möglich ist zu verhindern, dass über „user-generated-content“ Werbung für Produkte der Pharmaindustrie in das Forum einfließt (Höflich 2013; Lenz/Zillien 2008; siehe 2.1.1 Rah-

160 Wie zu Beginn bereits beschrieben, sind die Angebote im Internet so mannigfaltig wie unüberschaubar (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013a, 2013b). Die beiden dargestellten wesentlichen Formen sind: Zum einen (a) virtuelle Angebote von real existierenden Selbsthilfegruppen, die z.B. über Online-Foren, Informationsportale, Soziale Netzwerke wie Facebook, Google+ o.ä. ihre Reichweite ausdehnen. (b) Zum anderen besteht das ‚rein‘ virtuelle Angebot, das ausschließlich in und über die Neuen Medien existiert und auch nur in diesem ‚losen‘ virtuellen Rahmen agiert, ohne dass sie in einer realen Selbsthilfegruppen ihren Widerhall finden (Döring 2014; Walther/Hundertmark-Mayser, 2011), wie es bei den Depressions-Online-Foren I und II der Fall ist.

mungen computervermittelter Kommunikation, S. 38ff.). Wollen Chancen und Risiken dieser Laien-Zusammenschlüsse auch in Zukunft eingeschätzt und bewertet werden, müssen Betreiber- und Nutzerseite zusammengesehen werden. Dies ist in der Forschung bislang nicht geschehen und muss in zukünftigen Forschungszusammenhängen stärker berücksichtigt werden, gerade wenn es in der Folge um eine Umsetzung bestimmter Aspekte dieser virtuellen Bereiche in die reale Versorgung gehen soll. Sollen hier Strukturen angeglichen und beeinflusst werden, kann man eine genaue Gesamtschau des Phänomens der virtuellen Laien-Zusammenschlüsse in den Online-Foren zu gesundheitsrelevanten Themen nicht außer Acht lassen.

Wichtiges Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist zudem, dass die Gruppenbildung in den Depressions-Online-Foren erschwert ist.

- (1) Zum einen spielt die thematische Orientierung der Nutzer eine wichtige Rolle. Für sie steht im Vordergrund, ‚was‘ verhandelt wird und nicht ‚durch wen‘. So stehen die inhaltlichen Bezüge ohne direkte Verbindung zur Person des Nutzers und werden durch ein übergeordnetes Thema hergestellt.
- (2) Die hohe Nutzerfluktuation und oft stattfindende Wechsel zwischen aktiven und passiven Phasen der Teilnahme erschweren den Bildungsprozess einer Gruppe im Online-Forum. Die krankheitsspezifische Form der Nutzung, die sich hier zeigt, wird zu einer der zentralen Bedingungen einer Orientierung, die sich nicht auf einzelne Nutzer bezieht und in der Folge auch einer spezifischen Gruppenbildung und -aufrechterhaltung entgegensteht.

Hier lässt sich auf ein wesentliches Merkmal der cvK eingehen, das besonders auf der Seite der Nutzer herausgearbeitet werden konnte und den aktuellen Stand der Forschung um wichtige Aspekte ergänzt: *Bedingt durch die schriftliche Kommunikationsform im Online-Forum findet hier im Sinne der Kanalreduktion eine „Entpersonalisierung“ statt* (Beck 2014; Döring 2011; siehe 2.1 Computervermittelte Kommunikation, S. 35ff.). Wie beschrieben ist diese, der theoretischen Fassung dieses Konzeptes folgend, wesentlich auf das Fehlen der leiblichen Co-Präsenz im virtuellen Raum zurückzuführen. Für die Online-Foren zeigt sich am empirischen Material, dass die Orientierung der Nutzer eher nicht an anderen einzelnen Nutzern erfolgt, sondern sich in thematische Einheiten gliedert (siehe 5.2.3 Fluide Gruppenzugehörigkeit, S. 138f.). Dieser besondere kommunikative Zusammenhang erschwert eine

Gruppenbildung und Gruppenorientierung im Depressions-Online-Forum. Betreiber und Nutzer stellen keine Einheit dar, sondern sind im virtuellen Raum des Online-Forums lose verknüpft. Obwohl man davon ausgehen könnte, dass durch die hohe Zahl von Nutzern in den Online-Foren sich feste Gruppen konstituieren könnten, kommt es nicht zu Gruppenbildungsprozessen und die spezifische Kommunikationsform trägt zu diesem Nicht-Zustandekommen bei. *Im Sinne des Kanalreduktionsmodells lässt sich sagen, dass eine Vergemeinschaftung der Nutzer zu einer – wie in der realen Selbsthilfe vorgemachten – Einheit, die für die Belange ihrer Mitglieder eintritt, strukturell erschwert ist* (Beck 2014; Borgetto 2013; Döring 2014; Karlheim/Steffen 2013a, 2013b; Preiß 2010; Trojan 2012). Die Spezifika der cvK verstärken die Tendenz, dass sich Nutzer an thematischen Einheiten orientieren und keine direkte Verbindung zwischen Personen aufgebaut wird, die dann in der Folge als feste Gruppe agieren. Auch sind die hohe Nutzerfluktuation und der oft stattfindende Wechsel von aktiven und passiven Phasen der Teilnahme zusätzliche Elemente, die die Bildung einer festen Gruppe eher hemmen.

Diese fluiden Gruppenzusammenhänge, wie sie im empirischen Teil herausgearbeitet wurden, zeigen auf, dass es in den – virtuell verfassten – Online-Foren nicht zu einem Zusammenschluss kommt, wie er in der real agierenden Selbsthilfe in den Entwicklungslinien zu konstatieren ist (Geene et al. 2011). Mit Blick auf diese Entwicklungswellen der Selbsthilfe in Deutschland muss festgehalten werden, dass es sich in den Depressions-Online-Foren nicht um Zusammenschlüsse handelt, die auf Ziele größerer Reichweite ausgerichtet sind (Borgetto 2013; Daum 1984; Geene et al. 2011; Matzat 1991; siehe 3.1.3 Die Welle der Entwicklung: Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland, S. 69ff.).

Somit wird ein spezifischer Handlungsrahmen der virtuell agierenden Online-Foren deutlich: Die Anonymität, die in den Online-Foren beibehalten wird, stellt ihr Alleinstellungsmerkmal dar. Dieser Umstand grenzt sie unter anderem zur real agierenden Selbsthilfe ab, die einen deutlich umrissenen lokalen Bezugspunkt sowie einen nicht-anonymen Rahmen schafft. Hieran zeigt sich jedoch, dass der Rahmen der Online-Foren die Übernahme einer Rolle als sozialpolitischer Akteur erschwert. Die vorgestellten Zieldimensionen machen deutlich, dass es sich bei den beiden Depressions-Online-Foren um Zusammenschlüsse handelt, für die bislang keine Idee formuliert und umgesetzt wurde, ihre Ziele zu bündeln und als sozialpolitischer Akteur aufzu-

treten. Dies scheint umso verwunderlicher, als dass es sich um mitgliederstarke Zusammenschlüsse handelt, an denen und in denen eine große Anzahl von Menschen auch tatsächlich aktiv partizipiert.

Zudem sind die Merkmale der Funktion des ‚Archivs‘ wie auch des ‚Schutzraums‘ Hinweise auf eine individuell genutzte, nicht auf Reziprozität aufbauende Hilfeleistung. Hier wird deutlich, dass die Nutzer auch ohne direkten Bezug zu anderen die Online-Foren nutzen, um aktiv nach Problemlösungen zu suchen. Wie beschrieben, lässt sich der Begriff der Selbsthilfe auf einer analytischen Ebene danach aufteilen, inwiefern das Individuum oder die Peers an der zu erbringenden Hilfe beteiligt sind (Grunow 1998; Nestmann/Weinhold 2008; Preiß 2010; Trojan/Kofahl 2011; Trojan et al. 2012). *Die Nutzer in den Depressions-Online-Foren helfen sich in dem Sinne ‚selbst‘, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf die eigene Person richten und erst in einem zweiten Schritt bezogen auf andere im Sinne einer gemeinschaftlichen Hilfe agieren.*

So verstanden sind es „*self-help*“-Bestrebungen, die am Anfang jeder gemeinschaftlichen gegenseitigen Hilfe stehen. In der bisherigen Forschung wurde dieser Aspekt nicht weiter berücksichtigt und lediglich Bezug zu den gemeinschaftlichen Hilfebestrebungen genommen (Barney et al. 2011; Breuer/Baker 2015; Fekete 2002; Foster/Roffe 2009; Hegerl/Kocalevent 2010; Macias et al. 2005; Winkel 2005; siehe 3.1 Individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfe, S. 62ff.)¹⁶¹. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stehen diesem Bezug konträr entgegen und lassen die Depressions-Online-Foren in einem anderen Licht erscheinen. Neben den schon beschriebenen gemeinschaftlichen Bestrebungen der Unterstützung und Hilfe stehen die Online-Foren zudem für einen virtuell geprägten Bereich, der die individuelle, auf sich selbst zurückgeworfene Selbst-Hilfe ermöglicht und durch die Spezifika der Nutzungsbedingungen forciert. *Mit Rückgriff auf die gemeinschaftliche Selbsthilfe lässt sich hier*

161 Die Ziele geringer Reichweite, z.B. die Unterstützung anderer Mitglieder, das Erreichen eines selbstständigen Umgangs mit der eigenen Krankheit oder der eines anderen Menschen in der Selbsthilfegruppe, lassen sich bei beiden Online-Foren finden (vgl. Borgetto 2004). Diese lassen sich sowohl für die Seite der Betreiber formulieren als auch für die Seite der Nutzer. Während deutlich wird, dass es sich bei der Zielsetzung im virtuellen Raum um Ziele geringerer Reichweite geht, lässt sich auf Grundlage der vorgestellten Ergebnisse dieser Arbeit klar von einer Ausweitung sprechen, die sich in unterschiedlichen Punkten fassen lässt.

anschließen und aufzeigen, dass Gruppenbildungsprozesse und eine Gruppenorientierung in den virtuellen Orten der Online-Foren weitgehend nicht stattfinden.

Dies leitet über zu dem Aspekt der „Partizipation“. Hier lässt sich mit Anschluss an Trojan et al. (2012: 272) sagen, dass es sich um einen erlebten und in der Folge ausagierten „Kontrollgewinn“ des Individuums handelt, der von den Teilnehmern als positive Wendung gesehen wird. Die Nutzer der Online-Foren beschreiben die Partizipation als eine wichtige Form der Unterstützung. Der Kontrollgewinn zeigt sich auf der Seite der Nutzer deutlich in dem vorgestellten 5.2.2 „Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge“ (S. 131ff.). Dem steht nicht entgegen, dass sich der Kontakt über das Interface eines Computers abspielt und so – im Sinne der Kanalreduktion (s.o.) – nicht in realweltlichen Bezügen. Dieser Einfluss der Online-Foren auf die Nutzer gibt ihnen Kontrollgewinn zurück, auch im Sinne einer aktiven Hilfe, die sich auf den einzelnen Nutzer beschränkt und nicht immer in Bezug auf andere reziprok sein muss.

Für die Nutzer steht fest: Es bedarf eines gesonderten Ortes, an dem sie ihre Gedanken und Gefühle die Erkrankung betreffend formulieren und aussprechen – oder hier besser ‚ausschreiben‘ – können. *Das Online-Forum ist wesentlicher Schutzraum und Ort der Zuflucht für die Gedanken und Gefühle, die gegenüber den Menschen im realen Leben nicht ausgesprochen und offenbart werden können. Hier findet sich auch einer der Leitgedanken der Selbsthilfe wieder, der sich in der Idee des Schutzraums vor Stigma zeigt: Das Online-Forum als Zufluchtsort* (siehe 5.2 Nutzerseite, S.129f.).

Zudem gibt es die Kooperationsbestrebungen zwischen virtuellen Hilfebestrebungen und realen Selbsthilfeszusammenschlüssen. Wie auf empirischer Basis gezeigt werden konnte, sind Kooperationen mit der realen Selbsthilfe angestrebt, die jedoch bislang von dort nicht angenommen worden sind (siehe 5.3.3 Kooperation 2.0, S. 158ff.)¹⁶². Auf die Anfrage der Forumsleitung an reale Selbsthilfegruppen nach einer Kooperation blieb eine Reaktion bislang aus. Sieht man sich die Strukturen der beiden De-

162 Für die Depressions-Online-Foren lässt sich mit Blick auf die Ergebnisse der Analyse sagen, dass es sich gerade in Bezug auf die Frage nach Datenschutz sowie der Herstellung eines Schutzraums für Nutzer durch die Betreiber starke Bestrebungen gibt, dies zu gewährleisten und sich auch – über den Kooperationsversuch – nach außen zu öffnen und reale Selbsthilfegruppen einzubeziehen (Walther/Hundertmark-Mayser 2011).

pressions-Online-Foren (siehe Abbildungen 10-13, S. 112-117) an, so ist festzustellen, dass es bei Depressions-Online-Forum II direkt auf der Startseite Verlinkungen ‚nach draußen‘ in die reale Welt gibt. Dort sind Kontaktstellen, Kriseninterventionsstellen, die Telefonseelsorge usw. verlinkt. Das Forum macht direkt auf der Start-Web-Seite deutlich, dass es nicht nur das Online-Forum als Anlaufstelle gibt, sondern darüber hinaus andere Hilfen und Strukturen existieren, die für Erkrankte und Angehörige wichtige Bezugspunkte der Krankheitsbewältigung sein können.

Für die Depressions-Online-Foren heißt das, dass es sich hier um einen rein im virtuellen Raum verbleibenden Laien-Zusammenschluss handelt, der weder von seinen strukturellen Gegebenheiten noch von seiner Form dargebrachter Hilfeleistung den Prämissen realer Selbsthilfe entspricht, daher nicht am realen Geschehen der Selbsthilfe teilnimmt und nicht historisch an diese Entwicklung anschließt, sondern vielmehr eine eigene virtuell gestaltete Entwicklungslinie fortführt.

6.3 Eine neue Welle der Entwicklung: Virtuelle Unterstützungs- und Selbsthilfebestrebungen in den Depressions-Online-Foren

Mit Rückgriff auf die bisher dargestellte Diskussion der empirischen Ergebnisse bleibt zu fragen, inwiefern die Unterstützungsleistung wie die Selbsthilfe in den Depressions-Online-Foren durch den virtuellen Raum verändert wird. Die vorliegende Arbeit stellt die bisherigen Thesen zu Selbsthilfe im virtuellen Raum infrage. Auch wenn sich viele der Aspekte sozialer Unterstützungsleistungen in den Depressions-Online-Foren wiederfinden, sind sie durch den virtuellen Raum geprägt, und das gilt ebenso für die Konzeption der Selbsthilfe.

Durch die mehrperspektivische Anlage wird ein breiterer Blick auf das Phänomen der Depressions-Online-Foren ermöglicht. Mit der Verbindung der theoretischen Konzepte der sozialen Unterstützung und der Selbsthilfe auf den virtuellen Bereich der Online-Foren wird eine Forschungslücke geschlossen und zudem neue Erkenntnisse zur Virtualität sozialer Unterstützung und Selbsthilfebestrebungen in den Depressions-Online-Foren geliefert.

Für das Konzept der sozialen Unterstützung wurde aufgezeigt, dass innerhalb der Online-Foren auf unterschiedlichen Ebenen Unterstützungsleistungen erbracht werden. Die Besonderheit der asynchronen cvK spielt hierbei eine wichtige Rolle, denn

diese strukturiert die Kommunikation der Nutzer innerhalb der Online-Foren. Auf diese Weise können z.B. informationale wie auch beratende Unterstützungsleistungen von Nutzern abgerufen werden, ohne in direkten Kontakt mit anderen Nutzern zu treten. Das Online-Forum als Archiv und Schutzraum ermöglicht eine Form der Unterstützung, die durch die vorgestellten asynchronen, anonymen, textspeichernden Strukturen von den Nutzern als hilfreich und entlastend wahrgenommen wird. Zudem sind die starre strukturelle Ordnung und Regelgeleitetheit, die von den Betreibern eingerichtet und umgesetzt werden, eine wichtige instrumentelle Unterstützung für die Nutzer. Aspekte sozialer Unterstützung lassen sich in den Depressions-Online-Foren finden, jedoch sind diese durch den virtuellen Raum und die cvK geprägt. Emotionale Entlastung durch die Partizipation spielt hier eine ebenso große Rolle wie auch die Aktivierung der Selbstwirksamkeit der erkrankten Nutzer, zudem sind strukturelle Unterstützungsleistung und Erhöhung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung positive Aspekte.

Wie bereits in den vorangegangenen Punkten betont, ist die Frage noch nicht abschließend beantwortet, inwieweit es sich bei den Online-Foren um Orte der Selbsthilfe handelt. Dieser Punkt erscheint zum Ende der vorliegenden Arbeit noch einmal in einem anderen Licht. Mit Rückgriff auf die schon diskutierten Ergebnisse kann der Fokus nun auf diese Frage gerichtet werden. Im Stand der Forschung wurde deutlich, dass von vielen Forschern die These vertreten wird, gesundheitsbezogene Online-Foren seien gleichzusetzen mit Selbsthilfegruppen (Barney et al. 2011; Breuer/Baker 2015; Eichenberg et al. 2006; Eichenberg 2010; Evans et al. 2011; Eysenbach et al. 2004; Foster/Roffe 2009; Nimrod 2012; Uden-Kraan et al. 2010). *Im Anschluss an die dargestellten Wellen der Entwicklung im dritten Kapitel (S. 69ff.) muss im Anschluss an die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit davon ausgegangen werden, dass die These der Selbsthilfe in den Online-Foren nur bedingt Gültigkeit besitzt.*

Gerade der Bereich der individuellen Selbsthilfe, der in der theoretischen Diskussion im anglo-amerikanischen Raum zwar diskutiert wird, aber nicht auf die *virtuellen* Zusammenhänge angewendet wird, zeigt, dass es in der Forschung zu gesundheitsbezogenen Online-Foren bislang nur um die gemeinschaftliche Organisationsform der Selbsthilfe ging (Borgetto 2004, 2013; Bruns 2012; Preiß 2010; Trojan 2012). Dadurch wurden bislang die individuellen Selbsthilfebestrebungen im virtuellen Raum konterkariert. Dies macht deutlich, dass es eben nicht nur gemeinschaftliche

Hilfeleistungen sind, die auf reziprokes Handeln der Beteiligten setzen, sondern vor allem auch individuelle Handlungen, die ohne den Anschluss anderer auskommen und in den Depressions-Online-Foren einen wichtigen Aspekt der Hilfebestrebungen und Unterstützungsleistungen darstellen. So wird deutlich, dass die vorgestellten Ergebnisse einen neuen Rahmen der Beteiligung und Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Online-Foren aufzeigen.

In Anlehnung an die vorgestellten Entwicklungslinien der Selbsthilfe kann im Anschluss an die Ergebnisse dieser Arbeit von einer nächsten Stufe gesprochen werden (Geene et al. 2011). Denn die Online-Foren schließen weder inhaltlich-theoretisch in Gänze an das Konzept der Selbsthilfe an noch treten sie in einen geschichtlich-historischen Zusammenhang. *Damit ist eine neue – fünfte – Welle der Entwicklung eingeläutet*¹⁶³.

Diese fünfte Welle ist vorrangig dadurch charakterisiert, dass ein großer Teil von Aktivitäten, die gemeinhin als Selbsthilfe bezeichnet werden, über das Internet stattfindet. Vor allem auch individuelle Aspekte von Selbsthilfe lassen sich hier finden, die bislang nicht in den Blick genommen wurden. Der virtuelle Raum ist geprägt durch die asynchrone cvK. Die Betreiber verfolgen unterschiedliche Ziele mit ihren Angeboten, eine Verbindung zur realen Selbsthilfe wird angestrebt, jedoch nicht vollzogen; ebenso erstellen sie einen Raum, in dem durch eine starre strukturelle Ordnung den Nutzern ein festes Gefüge vorgegeben wird, in dem sie sich kommunikativ wie auch inhaltlich bewegen können. Form und Inhalt sind in dieser Weise miteinander verknüpft und sind nur in der Zusammenschau zu erkennen und so auch deutend zu verstehen.

Die fünfte Welle der Entwicklung, die sich in den Depressions-Online-Foren zeigt, schließt nicht an die Zielsetzungen der realen Selbsthilfe an und verfolgt zudem davon zu unterscheidende Ziele. In den Zusammenhängen der Online-Foren werden die Potenziale sozialer Unterstützung anders ausgeschöpft als bislang in der theoretischen Diskussion dazu dargestellt wurde (Almeida et al. 2010; Bruns 2012; Badura 1981a; Badura et al. 1983; Borgetto 2004, 2013; Preiß 2010). Die Ergebnisse zeigen,

163 Die Einflussnahme im Sinne eines partizipativen Lobbyismus auf Institutionen und politische Akteure wie Versorgungsakteure, wie sie von Borgetto (2004) aber auch Trojan (2012) beschrieben werden und als Ziele größerer Reichweite definiert sind, lassen sich in Bezug auf die beiden Online-Foren nicht ausmachen. Auf der Agenda der Betreiber stehen diese Zielsetzungen nicht.

dass die sozialen Unterstützungsleistungen im virtuellen Raum unter anderem durch die starre Strukturvorgabe wie die asynchrone cvK eine andere Qualität aufweisen als bislang in der theoretischen Darstellung gefasst. Die Selbsthilfe zeigt sich in den Online-Foren auf der einen Seite auch in individualisierter Form und nicht nur auf der Ebene gegenseitiger Bezugnahmen und Hilfen, auf der anderen Seite sind freiheitliche, selbstentfaltende Initiativen durch die starren strukturellen Rahmungen der Betreiber verunmöglicht. Dies wird von den Nutzern und den Moderatoren nicht eingeklagt, sondern als exklusives unterstützendes Merkmal angesehen. Diese Form der Selbsthilfebestrebungen im virtuellen Raum zielt weniger auf die Stärkung von Empowerment in Gruppenprozessen als mehr auf die Aktivierung des einzelnen Nutzers und seiner Selbstwirksamkeit und Selbststeuerungsfähigkeit. *Vor dem Hintergrund der Entwicklungslinien lässt sich für diese fünfte und neue Welle festhalten, dass eine Handlung als sozialpolitischer Akteur im Sinne der Ziele größerer Reichweite, wie sie für die Selbsthilfe maßgeblich sind, nicht angestrebt wird* (vgl. Borgetto 2013; Trojan et al. 2012). Die Depressions-Online-Foren verbleiben im virtuellen Raum und nehmen keinen weiteren Bezug auf die Ausweitung ihres Einflusses und damit die Vertretung ihrer Nutzer nach außen.

Die Depressions-Online-Foren stellen eine als neu zu bezeichnende Form der virtuellen (Selbst)Hilfe dar: Diese ist dadurch charakterisiert, dass sie individualisiert ist, das Krankheitsthema engführend behandelt, den gesellschaftlichen Kontext weitgehend ausblendet und somit nicht Bezug zu den traditionellen Bestrebungen der realen Selbsthilfe nimmt. Diese Bestrebungen im virtuellen Raum der Depressions-Online-Foren schließen nur in Teilen an die Entwicklungslinien und Grundprinzipien der Selbsthilfe an, die sozialen Unterstützungsleistungen sind durch die Besonderheiten der cvK geprägt und erscheinen vor der theoretischen Hintergrundfolie in einem neuen Licht. Strukturelle wie instrumentelle soziale Unterstützungsleistungen werden ergänzt durch spezifische virtuelle Formen der Nutzung der asynchronen cvK und die besonderen Merkmale der Online-Foren.

7 Fazit: Relevanz und Perspektive

Anknüpfungspunkt der vorliegenden Arbeit sind die Beobachtungen, dass das Internet in Bezug auf gesundheitsbezogene Themen für viele Menschen immer wichtiger wird, dass psychische Krankheiten – allen voran Depressionen – auf dem Vormarsch sind und gerade Online-Foren zu diesen Themen im Internet hochfrequentierte virtuelle Räume sind, in denen sich Menschen informell und neben Angeboten des Versorgungssystems austauschen und informieren (Baumann/Czerwinski 2015; Eichenberg et al. 2013; Griffiths et al. 2009a, 2009b; Karlheim/Steffen 2013a, 2013b; Rademacher/Remu 2010; Rossmann/Karnovvski 2014; Wirth 2010; Zschorlich et al. 2015).

Der mehrperspektivische Ansatz dieser Arbeit erlaubt einen breiteren und genaueren Blick auf die Depressions-Online-Foren, die einzelnen Akteure in diesem Feld, ihre Sichtweisen, Ziele wie auch die Funktionen, die die virtuellen Orte als Hilfe und Unterstützung für die Nutzer bieten. Gerade die Betreiber der Online-Foren wurden bislang nicht von der Forschung in den Fokus gesetzt, sondern lediglich die Nutzer untersucht. Auch die Moderatoren als ambivalente Gruppe innerhalb des Gefüges ‚Online-Forum‘ sind bislang nicht wissenschaftlich untersucht worden. Auf diese Lücken in der Forschung geht die vorliegende Arbeit ein und erschließt so wichtige Erkenntnisse. Nicht nur die Nutzer sind wichtiger Akteur in diesem Feld, sondern gerade auch die Betreiber, die den virtuellen Raum strukturieren, sowie die Moderatoren, die als ambivalente Gruppe die Nutzer unterstützen, die Ideen und Ziele der Betreiber im Online-Forum durchsetzen und auch selbst als aktive Nutzer in Erscheinung treten.

Das Krankheitsgeschehen bei Depressionen weist einige Merkmale auf, die eine Nutzung der cvK begünstigen (Barney et al. 2011; Breuer/Baker 2015; Döring 2014; Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013b). In den virtuellen Laien-Zusammenschlüssen, die sich in den Depressions-Online-Foren konstituieren, bildet sich eine neue Form der virtuellen informellen Hilfe und Unterstützung heraus, die sich bislang in weiten Teilen neben dem professionellen Versorgungsgeschehen im Internet generiert. Dies spielt sich vor der benannten Debatte um die wachsende Bedeutung informeller Hilfen für die formelle Versorgung ab (Abholz/Schmacke 2014;

Bermejo et al. 2010, 2012; Grieken et al. 2015; Hölzel et a. 2011; Pilars de Pilar et al. 2012; Schürler-Maly/Abholz 2008; Wittchen et al. 2010; siehe 1.4 Krankheitsbezogene Herausforderungen und Belastungen, S. 22ff.). Bislang gibt es keine einheitlichen Aussagen über die positiven wie negativen Effekte der Teilnahme an Online-Foren für die Nutzer im psychosozialen Bereich (Barney et al. 2011; Griffiths et al. 2009a, 2009b, 2015; Kardorff 2007, 2008; Melling/Houguet-Pincham 2011; Reindl 2009). Die Forschungslage im deutschsprachigen Raum ist in diesem Feld eine sehr dünne und beschränkt sich zu einem großen Teil auf psychologische, soziologische und sprachwissenschaftliche Untersuchungen (Döring 2014; Eichenberg 2010, 2011, 2013; Winkel 2005; siehe 2.2 Depressions-Online-Foren: Eine Bestandsaufnahme, S. 45ff.). Zudem wird die These vertreten, dass es sich bei den Depressions-Online-Foren um „virtuelle Selbsthilfe-Zusammenschlüsse“ handelt (Barney et al. 2011; Breuer/Baker 2015; Evans et al. 2011; Foster/Roffe 2009; Nimrod 2012; Uden-Kraan et al. 2010). Wie in der Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Konzepte der Selbsthilfe wie dem der sozialen Unterstützung herausgearbeitet wurde, schließen die Depressions-Online-Foren nur in Teilen an diese Konzepte an. Vielmehr ist hier von virtuellen sozialen Unterstützungsleistungen zu sprechen, die durch die cvK und die spezifischen Funktionen geprägt sind, die durch diese ermöglicht werden. Für die Selbsthilfe wurde aufgezeigt, dass es sich bei den Online-Foren um virtuelle Orte handelt, in denen nicht nur gemeinschaftliche, reziproke Hilfeleistungen stattfinden, sondern auch individuelle (Selbst)Hilfeleistungen, die durch den virtuellen Raum bestimmt sind.

Diese spielt sich in einem neuen Raum ab, dem Online-Forum. Für die Beurteilung und Einschätzung der Online-Foren aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist es unumgänglich, den Blick gleichermaßen auf die Nutzerperspektive und die Betreiberperspektive zu richten. Die vorliegende Arbeit zeigt mit ihrem innovativen methodischen Design auf, dass gerade für die Versorgungsforschung wichtige Aspekte in diesem Bereich liegen und Online-Foren zu gesundheitsrelevanten Themen hochfrequentierte virtuelle Räume darstellen, die Erkrankten und Angehörigen einen Anlaufpunkt bieten.

Anhand der theoretischen Konzeptualisierung sozialer Unterstützung sowie Selbsthilfe wurden in dieser Arbeit die Ergebnisse zusammengeführt und diskutiert (siehe 6 Diskussion, S. 187ff.). Der bisherige Stand der Forschung konnte auf diese Weise

um wesentliche Befunde erweitert werden und das Phänomen ‚Depressions-Online-Forum‘ besser gefasst werden. Die Ergebnisse lassen sodann auch Schlüsse auf einer weiteren Ebene zu, denn sie verweisen nicht nur auf die thematische Setzung ‚Depression‘, sondern auf allgemeine Bestrebungen im virtuellen Raum. Die vorliegende Studie erweitert diesen Fokus nun und zeigt anhand der vorgelegten Ergebnisse auf, dass Online-Foren einer differenzierteren Betrachtung unterzogen werden müssen, sollen Chancen und Risiken aufgezeigt und in der Folge eingeschätzt werden. Die Betreiber, Nutzer und die Moderatoren sind wichtige Akteure in diesem Feld, durch den mehrperspektivischen Ansatz der vorliegenden Arbeit konnten diese in den Blick genommen werden. Zukünftige gesundheitswissenschaftliche Forschung muss an diesem Punkt weiter ansetzen.

Im Folgenden werden theoretische und methodische Implikationen diskutiert und um eine versorgungspraktische Perspektive erweitert.

7.1 Theoretische Implikationen: Soziale Unterstützung und Selbsthilfe im Zeichen computervermittelter Kommunikation?

Um direkten Anschluss an die Diskussion der Ergebnisse im vorigen Kapitel zu nehmen, wird im Folgenden auf einige Aspekte eingegangen, die auf theoretischer Ebene anzusiedeln sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen nun mehrere Schlüsse zu, die auf einer theoretischen Ebene von Bedeutung sind.

Die Befunde der vorliegenden Arbeit zeigen unterschiedliche *Funktionen virtueller sozialer Unterstützung*, die das Schreiben im Depressions-Online-Forum für die Nutzer übernimmt. Das Depressions-Online-Forum als *Archiv* dient der Erinnerung der individuellen Krankheitserfahrungen. Der Austausch persönlicher Krankheitserlebnisse mit anderen Nutzern steht hier ebenso im Fokus wie auch auf sich selbst bezogene virtuell vermittelte emotionale Unterstützung. Hier stellt sich eine virtuell auf sich selbst bezogene Unterstützung ein, die auf emotionale Entlastung wie auch beratende Unterstützung zielt. Die Anonymität spielt hierbei eine entscheidende Rolle, da die Nutzer sich über ihre Erkrankung ohne Angst vor Stigmatisierung im Depressions-Online-Forum austauschen können. Der *Zufluchtsort* ist für die Nutzer von besonderer Bedeutung: Sie können sich durch Schutz und Kontrolle in einem Bereich schriftlich äußern, in dem sie keine negativen Bezugnahmen fürchten müssen. Hierin

wird (a) den Nutzern *instrumentelle soziale Unterstützung* durch das Online-Forum zugänglich und zugleich auf (b) *Stress auslösende Problemzustände* Bezug genommen. Hierbei ist das Wiedererleben und Nachvollziehen der eigenen Krankengeschichte wesentlicher Bezugspunkt der asynchronen cvK.

Die Diskussion der empirischen Ergebnisse zeigt: Die Mechanismen greifen auf diese Weise nicht mehr, die soziale Unterstützung in der Face-to-Face-Situation unterscheidet sich von der *virtuell vermittelten sozialen Unterstützung* in den Depressions-Online-Foren. Hierin zeigt sich eine andere Qualität der sozialen Unterstützung. Die Reduktion durch die ‚abgeschnittenen‘ kommunikativen Kanäle spielt hierbei ebenso eine Rolle wie die spezifische Kommunikationsstruktur der cvK wie auch die strukturellen Besonderheiten der Online-Foren.

Traditionelle Konzepte sozialer Unterstützung sind durchaus nützlich für die Analyse der Depressions-Online-Foren, denn auch hier ist soziale Unterstützung zu finden, jedoch hat die soziale Unterstützung im virtuellen Raum eine andere Qualität, die sich vor allem auf die Reichweite der Dimensionen dieser sozialen Unterstützung bezieht. So ist beispielsweise *emotionale Unterstützung*, die durch das Medium reduziert ist – kanalreduziert. Bei der Struktur zeigt sich eine besondere Form, denn im virtuellen Raum treffen große Gruppen von Nutzern im anonymen Online-Forum aufeinander, die gegenseitig aufeinander Bezug nehmen. Jedoch sind diese Bezugnahmen durch eine Distanz und einen erschwerten Gruppenbildungsprozess gekennzeichnet. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass viele *individuelle Hilfe- und Unterstützungsformen* auf den Nutzer selbst bezogen sind und dass keinesfalls immer reziprokes Handeln im Vordergrund steht. Teilweise finden sich die Grundannahmen struktureller sozialer Unterstützung wie Reziprozität, Aufbau von Vertrauen, Austausch von Gefühlen, Bildung von Koalitionen in den Depressions-Online-Foren wieder. Diese sind jedoch aufgrund der Anonymität und den hierdurch verbundenen erschwerten Gruppenbildungsprozess, die Asynchronität der Kommunikation sowie durch die starren strukturellen Gegebenheiten der Depressions-Online-Foren beschnitten.

Die *informationale soziale Unterstützung*, wie sie in der traditionellen Theorie sozialer Unterstützung verstanden wird, geschieht in Form von Ratschlägen, Anweisungen und Informationen im Allgemeinen. Diese Dimension kann im Kontext gesundheits-

relevanter Informationen eine besondere Ressource darstellen, denn Wissen und Informationen zu vermitteln, auf deren Grundlage eine Handlung vollzogen wird, stellt eine wichtige Unterstützung in den unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Bezügen dar (Bruns 2012; Preiß 2010; Trojan 2012; siehe 3.2.2 Effekte sozialer Unterstützung, S. 81f.). Für die theoretische Auseinandersetzung zeigt sich, dass auch die *wahrgenommene soziale Unterstützungsleistung* durch die Depressions-Online-Foren positiv verstärkt wird und der virtuelle Raum durch die Nutzer als potenzielle Unterstützung angesehen wird. Dadurch fühlen sie sich in ihrem Empowerment bestärkt.

Vor dem Hintergrund virtueller Unterstützung im Online-Forum lässt sich sagen, dass durch die aufgezeigten Funktionen des Archivs wie auch des Schutzraums die speichernden Eigenschaften der cvK die informationale soziale Unterstützung verändern. Hier eröffnet sich ein großes Feld der virtuell geprägten informationalen Unterstützung, denn in den Online-Foren kann zeit- und ortsunabhängig, in Verbindung mit anderen Nutzern, anonym auf eine große Bandbreite von verschriftlichten Informationen Bezug genommen werden. Die Nutzer agieren hier als eigene Produzenten der Informationen, die sie selbst abrufen (user-generated-content). Das heißt, die *virtuell vermittelte soziale Unterstützung* hat eigene Dimensionen, die die Face-to-Face Form erweitern. In der theoretischen Debatte wurden diese Punkte bislang nicht beachtet; hier nimmt die vorliegende Arbeit Bezug auf eine theoretische Debatte, die weitergeführt werden muss. Auch für die Theorie der Selbsthilfe zeigen sich wichtige theoretische Implikationen, die einen gänzlich neuen Beitrag leisten.

Für die ‚althergebrachte‘ Selbsthilfe gelten bestimmte *Grundmerkmale* ihrer Ausgestaltung: Sie sind (a) reine Laien-Zusammenschlüsse, (b) unabhängig vom professionellen Versorgungssystem, (c) ein kostenfreies Angebot, das ehrenamtlich betrieben und aufrechterhalten wird und nicht auf eine ökonomische Gewinnmaximierung setzt, (d) Angebote, die sich nur an Betroffene und Angehörige richten. Schließlich (e) bauen sie auf der gegenseitigen Hilfe sowie der Stärkung des Empowerment auf (Borgetto 2013; Trojan 2012; siehe 3.1 Individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfe, S. 61ff.). Für die Depressions-Online-Foren konnte gezeigt werden, dass durch die starre Strukturvorgabe und den Charakter der Betreuung durch die Betreiber eine vergleichbare freie, gemeinschaftliche Selbsthilfe nicht vorliegt. Die Betreiber bezeichnen ihr Angebot als ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ und verorten es in damit in der Selbsthilfe, doch gehen die Online-Foren über die Kriterien und theoretischen Über-

legungen zur realen Selbsthilfe hinaus. Die Bestrebungen der Betreiber richten sich fast ausschließlich auf den virtuellen Raum und verbleiben damit auf einer niedrigen Ebene der *Zieldimensionen*: Die Online-Foren schließen nicht direkt an die Entwicklungslinie der realen Selbsthilfe an, sondern sind entkoppelt davon. Die Zieldimensionen, wie sie für die reale Selbsthilfe entwickelt wurden, finden sich in den virtuellen Zusammenhängen nur bedingt wieder.

Zu fragen bleibt hier, inwieweit die virtuellen Laienzusammenschlüsse im Sinne einer partizipativ gestalteten gemeinschaftlich organisierten Selbsthilfe-Bewegung als sozialpolitischer Akteur wirksam werden und dies als ihr Ziel formulieren können. Die partizipativen Bestrebungen breiten sich im virtuellen Raum aus, jedoch verlassen sie diesen nicht. Die Wirkmächtigkeit als sozialpolitischer Akteur wird bislang nicht als Aufgabe oder Ziel der Depressions-Online-Foren wahrgenommen. *Die Bestrebungen schließen nicht an die Entwicklungen der realen Selbsthilfe an – weder in historischer noch in aktuell handlungspraktischer Perspektive.* Hierbei spielt die besondere Form der Kommunikation sowie die virtuelle Verortung eine wesentliche Rolle: Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Online-Foren den Nutzern nicht nur als Informationsquelle oder ‚reiner‘ Ort des Austausches dienen, wie es in einigen Studien konstatiert wird, sondern unter anderem die Funktion eines ‚Schutzraums‘ und eines ‚Archivs‘ übernehmen wie auch ein Ort individuell gestalteter Unterstützung und Hilfebestrebungen sind (Evans et al. 2011; Kaplan et al. 2011; Pfeil 2010). Das ‚Archiv‘ ist für die Nutzer ein Ort der Erinnerung des eigenen Krankheitserlebens und der Krankheitserfahrungen. Dies ist wesentlich bestimmt durch die Verschriftlichung im virtuellen Raum und die asynchrone Kommunikationsform. Der Zufluchtsort bzw. ‚Schutzraum‘ dient den Nutzern vor allem dazu, Gedanken und Gefühle zu formulieren, die im ‚echten Leben‘ nicht ausgesprochen und offenbart werden können. Aus Sicht der Nutzer kann die Teilnahme am Online-Forum auch der Stärkung des eigenen Empowerments dienen; dies steht auch als eine wichtige Perspektive der Betreiberseite auf deren Agenda. Gerade der beschriebene Schutzraum sowie das Archiv zeigen zudem deutlich auf, dass die Selbstermächtigung und Selbstwirksamkeitssteigerung innerhalb der besonderen kommunikativen Form ihre Funktion erfüllt. Doch diese ergibt sich zuerst einmal durch die Form an sich. Nicht die Funktion ergibt hier die Form, sondern die Form die Funktion. Das heißt, das Online-Forum wird von den Nutzern u.a. als Schutzraum und Archiv genutzt, ob-

wohl diese spezifischen Funktionsweisen von den Betreibern nicht direkt intendiert waren. Es stellt deutlich heraus, dass es sich hier um einen besonderen virtuellen Ort handelt, der durch seine Form der asynchronen schriftbasierten Kommunikation eine besondere Stellung für die Nutzer einnimmt.

Die Diskussion der Ergebnisse vor dem theoretischen Rahmen der Selbsthilfe zeigt, dass sich auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse nur bis zu einem gewissen Punkt von Selbsthilfe in den Online-Foren sprechen lässt. Einige Aspekte lassen sich in den Online-Foren wiederfinden und als ‚virtuell‘ bezeichnen, andere stehen diesen konträr gegenüber bzw. erweitern sie um wichtige Aspekte. Die Entwicklung der Depressions-Online-Foren zeigt, dass sie ahistorisch nicht an die Wellen der Entwicklung anschließen, sondern hier einen neuen, unabhängig davon bestehenden Rahmen herstellen. *Dies lässt sich in einer neuen, fünften Welle der Entwicklung darstellen.*

Weiterhin lässt sich festhalten, dass die bislang übernommene Attribuierung der Online-Foren als ‚Orte virtueller Selbsthilfe‘ auf Grundlage der vorliegenden Arbeit nicht einfach übernommen und weitergeführt werden kann (Eysenbach et al. 2004; Griffiths et al. 2009b, 2015; Walther/Hundertmark-Mayser 2011). Die starre Strukturvorgabe, das Handeln der Moderatoren im Online-Forum, die fluide Gruppenzugehörigkeit und Orientierung an thematischen Einheiten wie auch der Versuch der Herstellung von Kooperationen mit real existierenden Selbsthilfegruppen zeigen deutlich auf, dass es eine Reihe von Unterschieden gibt, die einen direkten Vergleich bzw. Anschluss an die reale Selbsthilfe verstellen. Die Betreiber der Online-Foren changieren zwischen dem Anspruch, alleinige Hilfe für Erkrankte und Angehörige zu sein und dem Anspruch, eine Verbindung zum realen Versorgungssystem herzustellen. Die Nutzungsweise der Online-Foren sowie die von ihnen verfolgten Zieldimensionen zeigen neue Richtungen auf und sind als neue Formen einer virtuellen Selbsthilfe zu sehen, die ein ganz eigenes Verständnis von Selbsthilfe über die virtuellen Kanäle offenlegt.

Neben den dargestellten gemeinschaftlichen Bestrebungen der Unterstützung und Hilfe stehen die Online-Foren zudem für einen virtuell geprägten Bereich, der die *individuelle, auf sich selbst zurückgeworfene Selbst-Hilfe* (self-help) ermöglicht und durch die Spezifika der Nutzungsbedingungen forciert. Dies wurde bislang in der

Debatte um gesundheitsbezogene Online-Foren nicht fokussiert. *Mit Rückgriff auf die gemeinschaftliche Selbsthilfe zeigt sich hier, dass Gruppenbildungsprozesse in den Online-Foren weitgehend nicht stattfinden und eine Verstärkung virtueller individueller Selbst-Hilfebestrebungen generiert wird.*

Zum ersten Mal wurde in dieser Arbeit nicht nur der Blick durch den mehrgliedrigen Ansatz erweitert, sondern gleichzeitig wurden auch die althergebrachten theoretischen Konzepte sozialer Unterstützung und Selbsthilfe kritisch in ihrer Anwendbarkeit auf die neuen Phänomene betrachtet. Diese beiden theoretischen Konzepte sind nicht nur auf Face-to-Face-Basis entwickelt, sondern sind auch seit einigen Jahren nicht mehr weiter entwickelt worden. Dies zeigt sich besonders vor dem Hintergrund der medialen Ausweitung: Die vorliegende Arbeit hat zum ersten Mal den Blick darauf gerichtet, welche Unterstützungs- und Hilfeleistungen sich im Bereich der Neuen Medien wiederfinden. Die Diskussion der empirischen Betrachtungen erschließt eine weiterführende Perspektive: Virtuelle Formen von sozialer Unterstützungsleistungen lassen sich in den Depressions-Online-Foren finden. Das Konzept der unterschiedlichen Dimensionen der theoretischen Annahmen ist virtuell geprägt, lässt sich aber dennoch anwenden.

Für eine theoretische Betrachtung und theoretische Weiterentwicklung muss eine Verbindung realer und virtueller Bestrebungen von sozialer Unterstützung und Selbsthilfe im theoretischen Vorankommen abgebildet werden. Der rasanten Entwicklung der Neuen Medien und dem medialen Handeln der Nutzer muss Rechnung getragen werden. Es ist festzuhalten, dass gerade die mediale Entwicklung einem raschen Wandel unterliegt und sich hier in relativ kurzer Zeit Veränderungen ergeben (Döring 2014; Höflich 2013; Karlheim/Steffen 2013b). Nicht nur mit Studien zur Nutzungsweise, sondern auch mit Studien, die virtuelle Arrangements zur Bewältigung von Krankheit mit denen in der realen Welt verknüpft, muss die gesundheitswissenschaftliche Forschung erweitert werden.

Wie aufgezeigt werden konnte, verschwimmen die Grenzen zwischen ‚ausschließlich‘ Virtuellem und ‚ausschließlich‘ Realem. Doch bislang gibt es keine weitreichenderen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsbestrebungen, um den Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge genauer in den Blick zu nehmen: Hier ist noch immer eine Forschungslücke zu konstatieren. Gerade mit Blick auf die Entwicklung

der mobilen Internetanbindungen gibt es hier wichtige Bezugspunkte für die zukünftige gesundheitswissenschaftliche Forschung¹⁶⁴. Denn die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen, dass der Konnex realweltlicher und virtueller Bezüge eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Krankheiten wie bei der Entwicklung und Ausgestaltung der virtuellen Bereiche sozialer Unterstützung und (Selbst)Hilfebestrebungen spielt. Dieser Fokus führt zu einem besseren Verständnis, auf welche Art und Weise Nutzer die Neuen Medien in ihren Versorgungs-Alltag einbinden. Die „(wo)menpower“, die dahinter steht, wächst stetig an und hat über die letzten Jahre immer mehr an Bedeutung gewonnen. Immer mehr Menschen suchen online, was sie in den realen Versorgungsstrukturen nicht finden, und vernetzen sich virtuell. Hier muss ein Fokus zukünftiger Forschung und Theoriebildung liegen.

7.2 Methodische Implikationen: Neue qualitative Methoden für den virtuellen Raum

Anknüpfend an die Überlegungen zu den theoretischen, folgen nun die Ausführungen zu den methodischen Implikationen. Diese sind im Zusammenhang des Phänomens ‚Depressions-Online-Forum‘ von besonderer Bedeutung, denn dieser Arbeit liegt ein innovatives qualitatives methodisches Design zugrunde. Dieses ermöglichte den empirischen Zugang zu dem spezifischen Feld ‚Depressions-Online-Forum‘. Die Besonderheit der methodischen Konzeption der vorliegenden Arbeit liegt in der Erhebungssituation begründet. *In den Depressions-Online-Foren wurden asynchrone Online-Gruppendiskussionen durchgeführt: Das Medium ‚Online-Forum‘ wurde so Teil des Erhebungsinstruments.*

Das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit stellte eine Herausforderung auf unterschiedlichen Ebenen dar: Ziel war es, im Sinne der *Gegenstandsangemessenheit* Daten in einem methodisch neu zu erschließenden Feld zu erheben: dem Depressions-Online-Forum (siehe 4 Methodisches Vorgehen: Neue Medien – Neue Methoden, S. 87ff.). Die Erhebung vollzog sich in zwei Schritten. Die mehrperspektivische Anlage setzte Nutzer, Moderatoren und die Betreiber in den Fokus der Betrachtungen. Für die Experteninterviews mit den Betreibern ist festzuhalten, dass es hier eine

164 Hier ist mit Blick auf eine theoretische Fassung der besonderen Phänomene, die in den Online-Foren ablaufen, zu sagen, dass auch Erweiterungen von kommunikativen theoretischen Konzepten im Bereich der gesundheitswissenschaftlichen Forschung erarbeitet werden müssen.

relativ breite methodische Literaturbasis gibt. Diese besondere Form des qualitativen Interviews ist in einer Reihe von grundlegenden Artikeln von Meuser und Nagel (1997, 2005a, 2005b, 2009) sowie von Bogner und Menz (2005, 2009) aufgearbeitet und dargelegt worden.

Anders verhält es sich mit der in dieser Arbeit angewendeten *asynchronen Online-Gruppendiskussion*. Zu dieser Erhebungsmethode gibt es bislang nur sehr wenige Veröffentlichungen, die auf die methodischen Spezifika eingehen. Sie stellt eine von Grund auf innovative Herangehensweise dar (Adler/Zarchin 2002; Bampton/Cowton 2002; Campbell et al. 2001; Erdogan 2001; Fox et al. 2007; Gaiser 2008; Mann/Stewart 2000; Murray 1997; Sander/Schulz 2014; siehe 4.3 Asynchrone Online-Gruppendiskussion: Nutzerseite, S. 95ff.). Die Wahl dieser Erhebungsmethode leitet sich aus folgenden Vorüberlegungen ab:

- (1) Die Nutzer der Online-Foren können potenziell aus ganz Deutschland, der deutschsprachigen Schweiz oder auch Österreich kommen sowie vom Ausland aus am Forum partizipieren; so entstehen erhebliche Schwellen für die Durchführung von Face-to-Face Gruppendiskussionen.
- (2) Zweitens wird mit diesem methodischen Vorgehen sichergestellt, dass die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet ist und eine gewisse Distanz zwischen Forscher und Befragten eingehalten wird. Dies ist gerade in Anbetracht einer sensiblen und gesellschaftlich tabuisierten wie stigmatisierten Thematik wie der Erkrankung an Depression von besonderer Bedeutung.
- (3) Und drittens wird mit der Gruppendiskussion über das Internet die den Nutzern bekannte und vertraute Kommunikationsform aus dem Feld direkt auf die Erhebungssituation übertragen. Man könnte in diesem Rahmen von einer ‚professionellen Natürlichkeit‘¹⁶⁵ der Kommunikationsform sprechen, da die Teilnehmer im Umgang durch ihre Partizipation an den Online-Foren sicher im Umgang mit der textbasierten Kommunikation sind; sie sind mit der Kommunikation per Tastatur vertraut.

Gerade der letzte Punkt ist für das Feld ‚Depressions-Online-Forum‘ entscheidend, denn die vertraute Kommunikation der Nutzer im Online-Forum ist die asynchrone

165 Der Autor dankt Dr. Wolfgang Menz für Diskussionen rund um den Begriff der ‚natürlichen Professionalität‘.

cvK. Diese ‚professionelle Vertrautheit‘ im kommunikativen Rahmen, ermöglichte es den Nutzern, während ihrer Teilnahme an der Erhebung in einer ihnen bekannten kommunikativen Umgebung zu verbleiben. Die Nutzer sind für den Erhebungszusammenhang nicht aus dem Feld ‚herausgerissen‘ und in ein neues Setting gerückt worden, sondern die asynchronen Online-Gruppendiskussionen ermöglichten es ihnen wie dem Forscher, im zu betrachtenden Feld selbst zu verbleiben und in diesem die Datenerhebung durchzuführen.

Da es bislang keine ausführlichen methodischen Auseinandersetzungen zu dieser besonderen Erhebungsmethode gibt, stellt das beschriebene methodische Vorgehen wie die hier vorgestellten Überlegungen und weiteren Implikationen einen ersten systematischen Versuch dar, Erkenntnisse zu bündeln und diese methodisch nutzbar zu machen (siehe 4 Methodisches Vorgehen: Neue Medien – neue Methoden, S. 100ff.).

Im Fokus der vorliegenden Arbeit stand zudem, den Teilnehmern der asynchronen Online-Gruppendiskussionen Anonymität und Schutz zu gewährleisten. Die Einbeziehung der Forumsleitungen in die Erhebungssituation hatte zum Ziel, ein offenes Vorgehen in einem sensiblen Feld zu gewährleisten. Denn im Rahmen des vorliegenden Forschungsthemas ist es von besonderer Bedeutung, einen offenen Umgang mit dem Forschungszusammenhang sicherzustellen wie Vertrauen zu schaffen (siehe 4.1 Der Weg in ein verschlossenes Feld, S. 89f.). Gerade ethische Gesichtspunkte spielen in der qualitativen Online-Forschung eine wichtige Rolle, die bislang noch wenig in den Blick genommen worden ist (Li 2008; Unger/Narimani 2012). In diesem Rahmen spielen Anonymität und die Frage der Sicherheit der Daten bzw. des Datenschutzes eine wichtige Rolle¹⁶⁶. ‚Datenschutz und Internet‘ sind nicht nur gesamtgesellschaftlich wichtige Aspekte, sondern ihnen ist auch im Rahmen der Erhebung – qualitativ wie quantitativ – gesonderte Aufmerksamkeit zu schenken.

Gerade die gesundheitswissenschaftliche Forschung muss sich diesen Aspekten und Fragen stellen, denn dass sich das Thema ‚psychische Erkrankungen‘ als eines der am meisten verhandelten Themen im Internet darstellt, ist u.a. dem Umstand ge-

166 Auch in dem 2014 erschienenen Sammelband „Die qualitative Analyse internetbasierter Daten: Methodische Herausforderungen und Potenziale von Online-Medien“ (Schirmer et al. 2014) findet sich keine Diskussion über ethische, datenrechtliche Aspekte sowie keine Auseinandersetzung mit der Rolle der Anonymität und den Schutz der Teilnehmenden an der Forschung.

schuldet, dass es immer noch stark gesellschaftlich tabuisiert und stigmatisiert ist (Barney et al. 2006; Blume/Hegerl 2008; Griffiths 2009a, 2009b, 2015; siehe 2 Depressions-Online-Foren: Kontext der kommunikativen Grundlagen und Bestandsaufnahme der Chancen und Risiken, S. 34ff.). Gesundheitswissenschaftliche Forschung, die innerhalb dieses heiklen Themenkomplexes agiert, muss den Schutz durch Anonymität und Distanz der eigenen Person gewährleisten. Ein Beispiel für ein forschungspraktisch anderes Vorgehen als es in der vorliegenden Arbeit vorgestellt wurde, ist die Studie von Kenny (2005). Hier wurde im Rahmen einer Pflegestudie ein Teilprojekt durchgeführt, in dem die teilnehmenden Personen in einem eigens dafür eingerichteten Online-Forum bzw. auf einer eigenen Web-Seite diskutieren konnten (ebd.). An diesem Beispiel wird deutlich, dass gerade in der Umsetzung von forschungspraktischen Fragen eine Bandbreite an möglichen Formen abzuwägen ist. Deutlich wird aber auch, dass die vorliegende Arbeit einen wichtigen Beitrag zur methodischen Entwicklung im Rahmen der Neuen Medien leistet.

Vor allem im Rahmen einer immer stärker werdenden qualitativen Versorgungsforschung muss auch das Internet als relevantes und stark wachsendes Feld in den Blick genommen werden (Karbach et al. 2012; Meyer/Stamer 2014; Meyer et al. 2012). *Anders als es in der Debatte um qualitative Forschung im Internet dargestellt wird, ist hier nicht das ‚Eldorado der Daten‘ zu finden. Die realen ‚hard-to-reach-groups‘ verbleiben auch im Internet ‚hard-to-reach-groups‘.* Für den Forscher ist gerade in diesem Gebiet sorgsames, sensibles und empathisches Vorgehen beim Feldzugang unerlässlich. In Rückgriff auf die vorgestellten Erfahrungen beim Feldzugang der vorliegenden Arbeit ist dieser Punkt besonders hervorzuheben, denn hierin zeigen sich einige Schwierigkeiten: In dem hochsensiblen Feld ‚Depression-Online-Forum‘ ist grundsätzlich von verdeckter Forschung abzuraten, denn hier spielt der Schutz der Nutzer wie der zu erhebenden Daten und die Zusicherung der Anonymität eine große Rolle. Dies ist in diesem Rahmen besonders hervorzuheben und spielt hier eine bedeutendere Rolle als in vielen realen Forschungszusammenhängen.

Gesundheitswissenschaftliche qualitative Forschung muss ihre Methoden weiterentwickeln, verändern und den Phänomenen angemessen anpassen, will sie in einer veränderten Lebenswelt der Nutzer nicht ihre Bezugspunkte verlieren.

Die vorliegende Arbeit leistet hier ihren methodischen Beitrag, indem die asynchronen Online-Gruppendiskussionen forschungspraktisch umgesetzt und für die gesundheitswissenschaftliche Forschung nutzbar gemacht wurden. Weitere Forschung muss in und an der weiteren Umsetzung arbeiten, um diese Methode weiter anzupassen und auszubauen. Gerade für die spezifische(n) Auswertungsstrategie(n) sind noch einige Fragen offen, die im Rahmen dieser Arbeit nur kurz aufgegriffen werden konnten (siehe 4.3.2 Besonderheiten des methodischen Designs im virtuellen Raum, S. 100ff.). Für zukünftige Forschung stellt sich hier eine methodische Herausforderung. Hier steckt methodisches Potenzial, das bislang noch nicht ausgeschöpft ist.

Die qualitative Forschung, die sich auf den Bereich der Neuen Medien bezieht, ist immer noch in ihren Anfängen begriffen (Bergmann/Meier 2007; Schirmer et al. 2014; Ullrich/Schiek 2014)¹⁶⁷. Im Sinne der Gegenstandsangemessenheit muss hier zukünftige Forschung vermehrt ansetzen und mehr und mehr dieses Feld – auch und gerade als Erhebungsfeld/-raum – erschließen. Erste Hürden sind genommen, jedoch bedarf es noch erheblicher methodischer wie forschungspraktischer Anstrengungen. Qualitative Methoden müssen und wollen aber gerade in ihrem Selbstverständnis ‚explorativ‘ sein; auf der Suche nach Neuem kommen sie nicht umhin, auch methodisch immer wieder neue, unbekannte Wege zu beschreiten. *In diesem Sinne ist es nicht der ‚neue Wein in alten Schläuchen‘, sondern viel mehr ‚der neue Wein in neuen Schläuchen‘, denn nicht nur das Phänomen ist ‚neu‘, sondern auch das Erhebungsinstrument selbst.*

Für die Analyse ist festzuhalten, dass in der vorliegenden Arbeit mit der Grounded Theory eine Auswertungs-/Analysemethode gewählt wurde, die für sich in Anspruch nimmt, auf jedweden Kontext anwendbar zu sein (Strauss 1991); also auch für die in einem neuen Zusammenhang entstandenen Texte der Teilnehmer an den asynchronen Online-Gruppendiskussionen. Zukünftig muss hier ein Schwerpunkt qualitativer Forschung liegen, denn eine direkt auf die spezifischen Daten zugeschnittene und methodologisch begründete Analysemethode ist hier von Bedeutung (vgl. Schirmer et al. 2014; Ullrich/Schiek 2014). Bislang gibt es kaum ausgearbeitete Ansätze qualitativer Analysemethoden, die sich explizit auf Daten beziehen, die im Rahmen der

167 Eine ausführlichere Betrachtung und Begründung, warum „(...) Qualitative Forschung [...] häufig zögerlich in der Verwendung und Analyse von Online-Medien [ist]“ (Schirmer et al. 2014: 8), findet sich in eben diesem zitierten Sammelband: Schirmer et al. (2014).

Neuen Medien erhoben wurden (Sander/Schulz 2014). Eine Ausnahme bildet hier die Ethnografie, die unter dem Stichwort und der Arbeitsbezeichnung „Netnographie“ (Kozinets 1998) schon am Ende der 1990er-Jahre einen ausgearbeiteten Ansatz zur Analyse und Beobachtung in und über die Neuen Medien hatte (vanovic/Bartl 2009). Für die mediale kommunikative Forschung – eingeschlossen die Rezeptionsforschung – gibt es ebenso einige Ansätze, methodische Spezifika im Bereich der Analyseverfahren anzuwenden und auszuarbeiten (Sander/Schulz 2015). Aber auch in diesem Bereich finden sich die Bestrebungen noch am Anfang.

Hier ist noch ein weiterer Bereich der methodischen Entwicklung zu sehen, zu dem die vorliegende Arbeit einen Beitrag leistet. Die asynchronen Online-Gruppendiskussionen wurden aufgegriffen, um sie als Erhebungsverfahren online auszubauen und für qualitative Forschung nutzbar zu machen. Das methodische Vorgehen kann in diesem Rahmen als innovativ bezeichnet werden und stellt einen direkten Bezug zu den Grundsätzen qualitativer Forschung her. Da es sich um einen der ersten Ansätze handelt, müssen hier weitere Arbeiten folgen, um noch zusätzliche Aspekte dieser spezifischen Methode zu ergründen und zu erforschen. *Neben der Analyse, die weiterentwickelt werden kann und sollte, sind es forschungsethische Überlegungen sowie die forschungspraktische Umsetzung, die auf Grundlage der vorgestellten methodischen Erweiterungen dieser Arbeit in der Zukunft ausgebaut werden sollten.* Vor allem für die qualitative Versorgungsforschung lässt sich sagen, dass hier Aufgaben für zukünftige Forschung liegen, die unmittelbar für ihre Gegenstandsbereiche hilfreich und weiterführend sind. Der innovative Charakter geht dabei auf die Kernidee qualitativer Forschung zurück und lässt ein exploratives, auf Neues ausgeichtetes methodisches Vorgehen möglich werden.

7.3 Versorgungspraktische Aspekte: Expansion statt Kompression

Abschließend bleibt noch, die versorgungspraktischen Aspekte zu betrachten. Mit Blick auf die hier im Mittelpunkt stehende Thematik und die Verortung der Arbeit wird im Folgenden der Akzent auf die *Verknüpfung realer und virtueller Arrangements* gelegt sowie die Frage gestellt, wo und auf welche Weise die vorgelegten Ergebnisse Einfluss auf die Versorgungsstrukturen nehmen können. Zudem wird auch

die Veränderung der Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen durch die Nutzer in den Blick genommen.

Die starke Zunahme von psychischen Krankheiten in den Industrienationen ist wichtiger Bezugspunkt einer im Wandel begriffenen Versorgung von erkrankten Menschen. Kennzeichnend für psychische Krankheiten sind langandauernde, dynamische und komplexe Verläufe, die gerade eine solche Versorgung nach sich ziehen und eine umfassende Unterstützung erfordern. Das aktuelle Versorgungssystem wird den hieraus entstehenden Anforderungen bislang nur ungenügend gerecht. Psychische Erkrankungen erfordern ein umfassendes und verknüpftes Versorgungsgeschehen. Jedoch zeigt sich für viele Erkrankte eine durch Desintegration und Lücken gekennzeichnete Versorgung, die ihnen abverlangt, sich selbst aktiv um ihre Belange und ihren Bedarf zu kümmern. Hier wird die Bedeutung informeller Hilfen deutlich, die neben der formellen Versorgungsstruktur eine immer größere Bedeutung für Erkrankte und Angehörige erlangen. Wie bereits dargestellt zeigt sich Optimierungspotenzial in der Versorgung, hier insbesondere „(...) in der Kooperation auf den verschiedenen Versorgungsebenen“ (Bermejo et al. 2012: 625). Die unterschiedlichen Bereiche der Versorgung – ambulant, teilstationär, stationär – sowie die Behandlungsphasen – Akut-, Erhaltungs-therapie, Rückfallprophylaxe, Nachsorge – müssen koordiniert und miteinander verknüpft werden, soll eine effektive und effiziente Patientenbegleitung erreicht werden (siehe 1.4 Krankheitsbezogene Herausforderungen und Belastungen, S. 22ff.). Zudem sind Versorgungsprozesse bislang nicht oder nur unzureichend aufeinander abgestimmt. Oft liegen Monate zwischen einer spezifischen Diagnose und dem Beginn der Behandlung; vor allem die ambulanten psychotherapeutischen Interventionen sind durch solche Verzögerungen gekennzeichnet (BPtK 2011, 2013; Bramesfeld/Schwartz 2007; Hölzel et al. 2014; Radisch et al. 2013; Richter et al. 2008; Siegfried 2008; Sikorski et al. 2014). Die Online-Foren bieten den erkrankten Menschen einen Ankerpunkt, um sich in den durch Unterversorgung gekennzeichneten Krisen – ausgelöst durch die Erkrankung – virtuelle Hilfe und Unterstützung zu suchen.

Im Bereich der Selbsthilfe zeigt sich, dass die Online-Foren keinesfalls direkt an die real existierenden Gruppen anschließen. Sie ergänzen diesen Raum um den des virtuellen Ortes. Jedoch schließen sie nicht an althergebrachte Zielsetzungen an und sind nicht in Form von Partnerschaften und Zusammenschlüssen organisiert. Wie auf

der Betreiberseite dargestellt, sind Bestrebungen deutlich geworden, *Verknüpfungen zwischen den Nutzern der Online-Foren und Nutzern der realen Selbsthilfegruppen* herzustellen. Diese Bestrebungen finden ihren Widerhall in ersten Versuchen der NAKOS, diese mitzugestalten und zu koordinieren (NAKOS 2012; Walther/Hundertmark-Mayser 2011). Beide Seiten – reale Selbsthilfe auf der einen, Online-Foren auf der anderen Seite – könnten von einer Kooperation und Zusammenarbeit profitieren und damit die ‚dritte Säule‘ des Versorgungssystems erweitern und ausbauen. Bislang ist dies nicht geschehen oder Versuche in dieser Richtung sind gescheitert (Karlheim/Steffen 2013a, 2013b).

Neuere Untersuchungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Walther/Hundertmark-Mayser, 2011) zeigen, dass es tiefsitzende Vorbehalte der realen Selbsthilfe gegenüber den im Internet sich neu generierenden Angeboten gibt. Daran, dass die beiden hier untersuchten Depressions-Online-Foren zu den größten virtuellen Zusammenschlüssen zu dieser Thematik im deutschsprachigen Bereich gehören, zeigt sich, dass sich über Kooperationen wirkmächtige Zusammenschlüsse generieren können. Ein Beispiel für eine in den Anfängen begriffene Kooperation ist die Initiative der *Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen* (NAKOS), die seit 2011 eine eigene Informationsplattform anbietet, auf der Online-Foren zu den unterschiedlichsten Thematiken verzeichnet sind (NAKOS 2012; Walther/Hundertmark-Mayser 2015). Auf diesen reinen Informationsseiten können sich Angehörige und Erkrankte über spezifische Online-Angebote informieren (Walther/Hundertmark-Mayser 2011, 2015). Die reale Selbsthilfe sieht den Status und die Wirkung von rein im Internet agierenden Initiativen dagegen eher kritisch (Brandstetter et al. 2011; Walther/Hundertmark-Mayser 2015). So werden von der realen Selbsthilfe die Gefahren der Onlinesucht, Probleme des Datenschutzes, vor allem aber die mangelnde Qualität und problematische Qualitätssicherung von Onlineangeboten als kritische Punkte angeführt (Walther/Hundertmark-Mayser 2011, 2015). *Diese sind keinesfalls der Face-to-Face Interaktion gleichzustellen oder können diese gar ersetzen, denn sie ermöglichen nur zu einem geringen Teil die Herausbildung von sozialen Kompetenzen und „erschweren u.a. die Konfrontation und Auseinandersetzung“ mit der jeweiligen Problematik (ebd.).* Innerhalb der Online-Foren wird eine Minderung stigmatisierender Erfahrungen vorangetrieben, die die Nutzer in ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt und sie im virtuel-

len Raum empowert, selbst auch außerhalb dieses Raumes nach Hilfe(n) und Unterstützung zu suchen.

Ein wichtiger Begriff in diesem Zusammenhang ist der der ‚*Expansion*‘. Hiermit ist gemeint, dass die Akteure in diesem Bereich durch eine Zusammenlegung ihrer Bereiche bzw. durch eine Verknüpfung nicht nur ihre ‚(wo)man-power‘ erhöhen könnten, sondern auch ihren Einfluss auf die erste und zweite Säule des Versorgungsgeschehens ausbauen würden. Das Agieren als sozialpolitischer Akteur, der bislang auf der virtuellen Seite kaum bis gar nicht in den Blick genommen wurde, ist als ein wichtiges Ziel zu nennen. Hiermit schließt sich der Kreis des oben Dargestellten. Die virtuellen Angebote verbleiben in einer relativen Handlungsstarre, wenn sie ihren Möglichkeitsspielraum nicht ausbauen und erweitern. Auf der anderen Seite steht die reale Selbsthilfe bislang meist ohne direkte Verknüpfung in den virtuellen Raum. Hier sind *Zusammenarbeit* und *Kooperationen* zwischen den Bereichen wünschenswert. Der Ausbau der virtuellen Online-Foren und die Verknüpfung mit den realen Selbsthilfegruppen, die lokal verortet sind, birgt ungeahnte Chancen und könnte eine neue Form der Kooperation hervorbringen, die wiederum über kurz oder lang zu einer Veränderung der Strukturen führt. Anstatt einer Rückbesinnung auf alte Ideale wären eine Öffnung auf der einen Seite und ein Schulterschluss auf der anderen Seite ein wichtiges Signal, um die bestehende Selbsthilfe in Deutschland auszuweiten und um wichtige virtuelle Aspekte zu ergänzen.

Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass die virtuelle soziale Unterstützung, die durch die Depressions-Online-Foren ermöglicht wird, die Nutzer zunehmend empowert, sich auch außerhalb des virtuellen Raumes Hilfe(n) zu suchen. Für die Betreiber der Online-Foren konnte herausgearbeitet werden, dass sie die Verknüpfung ihres Online-Angebotes mit der realen Versorgung herbeiführen und die Nutzer auf diese Weise unterstützen wollen, sich zusätzlich zur Teilnahme am Online-Forum Hilfe(n) und Unterstützung – real – zu suchen. Damit tragen die Online-Foren nicht nur dazu bei, Zugang zur professionellen Versorgung zu ebnen, sondern auch den Nutzern in Zeiten von Krisen einen Schutzraum zu bieten, der eine latente Unterversorgung auf-fängt und eine wichtige Ergänzung zur Versorgung darstellt. Es zeichnet sich neues Potenzial der Unterstützung durch die Online-Foren ab, das durch virtuelle Formen der sozialen Unterstützung charakterisiert ist und keine klare Abgrenzung mehr zwischen realer Versorgung und virtueller Teilnahme am Online-Forum vollzieht. Durch

diese Befunde wird hervorgehoben, dass nicht nur die scharfe Trennung von virtuell und real – im Rahmen von Versorgung – aufrechtgehalten werden kann, sondern diese Verknüpfung beider Bereiche zukunftsweisend ist und hierdurch neue Formen der Gestaltung der Versorgung möglich werden, die bislang kaum in den Blick genommen wurden.

Ferner gibt es noch immer eine hohe *Unsicherheit professioneller Akteure* in der Versorgungslandschaft – seien es Ärzte, Therapeuten oder Pflegende – bezogen auf das, was ihre Patienten im Internet ‚machen‘ (Deen et al. 2013)¹⁶⁸. Neben den schon vorgestellten Punkten, die für die Versorgung wichtig sind, bleibt hier zu fragen, wie die Akteure im Versorgungsgeschehen besser aufgeklärt und sensibilisiert werden können (Loh et al. 2004). Es zeigt sich nämlich, dass es nur zu einer grundlegenden Konnexität kommen kann, wenn beide Seiten – virtuell wie real – bereit sind, sich anzunähern. Die Ergebnisse stellen die Bereitschaft der Betreiber heraus, hier eine Verbindung herzustellen. Diese ist unumgänglich, sollen neue Formen der Versorgung entwickelt und bereitgestellt werden. Doch hier muss konstatiert werden, dass es einen erhöhten Bedarf an Information und Aufklärung über das ‚virtuelle Feld‘ auf der Seite der Akteure im Versorgungssystem gibt (Karlheim/Schmidt-Kaehler 2012; Karlheim/Steffen 2013b). Auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen auf, dass von den Nutzern sowie den Betreibern eine hohe Diskrepanz gesehen wird, denn die Akteure im Versorgungsgeschehen sind nicht bereit, auf Verknüpfungen mit dem virtuellen Arrangements einzugehen und diese mit in den Versorgungsalltag zu integrieren: Viele der Akteure haben bislang nur wenig Verständnis für die virtuell ausgebildeten Strukturen (Walther/Hundertmark-Mayser 2011, 2015). Hier muss die Forschung ansetzen, um das Verständnis zu erhöhen und das Wissen um diesen Bereich zu verbessern. Denn dies ist die Grundvoraussetzung, die geschaffen werden muss, um eine Verbindung zu schaffen. Schulungsangebote sind hier ein wichtiger Ansatzpunkt, um dieses Wissen zu vermitteln, aber auch um zu sensibilisieren und heranzuführen (Karlheim/Steffen 2013b). Herausforderungen und Hürden bestehen, denn bislang ist eher von einer ablehnenden Haltung auf der Seite des realen Versor-

168 Die Arbeit von Deen et al. (2013) hat als eine von wenigen Studien die Sichtweise von Therapeuten auf den Umgang ihrer Patienten mit den Neuen Medien zum Gegenstand. Bislang gibt es nur wenige weitere Arbeiten, die diesen Fokus setzen.

gungssystems zu sprechen (Deen et al. 2013; Walther/Hundertmark-Mayser 2011; Wohlfahrt 2010).

Diese wichtigen Punkte leiten über zu einem weiteren Aspekt der versorgungspraktischen Implikationen: *Einführung und Ergänzung durch mögliche virtuelle Versorgungsarrangements*. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen deutlich – ergänzend zum bisherigen Stand der Forschung – dass die Online-Foren für die Nutzer verschiedene Funktionen übernehmen. Es steht die Frage im Mittelpunkt, welche dieser spezifischen Funktionsweisen für die Versorgung von an Depression erkrankten Menschen und ihren Angehörigen nutzbar gemacht werden können. Dadurch, dass sich die Lebenswelten der Nutzer in einem ständigen Wandel befinden und durch die ‚Mediatisierung‘ – also das veränderte Medienhandeln – sich auch dieser Bereich ihrer Lebenswelt wandelt, sind hier Anknüpfungspunkte im Versorgungssystem zu schaffen, die dem Rechnung tragen (Krotz 2008).

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit wäre z.B. an eine veränderte Nachsorgestrategie im stationären Bereich zu denken. In der psychiatrischen Versorgung von an Depression erkrankten Menschen wäre eine – auf asynchroner Kommunikation aufbauende – Nachsorge im Anschluss an einen stationären Aufenthalt für manche Patienten sinnvoll. Hier wäre an eine durch die professionellen Akteure begleitete Foren-Struktur ebenso zu denken wie an individuelle Blogs einzelner Nutzer, über den diese virtuell Kontakt halten können. Unterschiedliche Szenarien sind hier denkbar. In diese muss einfließen, dass die spezifische Funktionsweise des Archivs – die strukturgebende Funktion usw. – für die Nutzer nicht nur im Bereich der Online-Foren wichtig ist, sondern auch in Versorgungsarrangements überführt werden kann.

Ebenso bleibt der Einfluss der Online-Foren auf die Nutzer ein wichtiger Aspekt: Sie stehen den Nutzern als wichtiger Ankerpunkt in Zeiten von Krisen und Unterversorgung zur Verfügung und werden von ihnen besonders dann intensiv genutzt. Die Teilnahme kann zudem stigmatisierende Effekte mindern und sie in ihrer Selbstwirksamkeit unterstützen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Depressions-Online-Foren nicht nur als losgelöste Entitäten gesehen werden können, die lediglich im virtuellen Raum Einfluss ausüben. *Vielmehr können sie als ein Schlüssel zu einer positiven Hinwendung zur Versorgung gesehen werden*. Das bedeutet, die Betreiber und Moderatoren der Online-Foren wollen den Nutzern einen

klaren Weg der Krankheitsbewältigung vorgeben, indem sie den Nutzern auch die professionelle Versorgung als Hilfe und Unterstützung aufzeigen und mit ihrem Angebot den Weg in die Versorgung ebnen. *Die Online-Foren werden so zu einem wichtigen Baustein in der Krankheitsbewältigung der Nutzer und gleichzeitig zu einem Verbindungsglied mit der professionellen Versorgung und stellen eine Ergänzung der Versorgung dar; damit entsteht durch sie ein neues Potenzial der Unterstützung, die für die Nutzer positiven Charakter hat und durch die aufgezeigten Erweiterungen der virtuellen sozialen Unterstützung charakterisiert ist.*

Zu den weiteren Aspekten, die zukünftige Forschung in dem spezifischen Bereich der Versorgungsforschung weiter berücksichtigen muss, gehören ganz entscheidend die Angehörigen. Für die Erforschung von Online-Foren kann gesagt werden, dass diese Gruppe bislang gänzlich ignoriert wurde. Doch es zeigt sich, dass es eine nicht zu unterschätzende Zahl von Angehörigen in den Online-Foren gibt, die hier im virtuellen Raum aktiv sind. Im Zusammenspiel der Versorgungsarrangements spielen sie eine wichtige Rolle. Diese Gruppe von Nutzern muss mehr in das Blickfeld genommen werden. Nicht nur die psychisch Erkrankten selbst sind wichtiger Bezugspunkt, sondern auch deren Angehörige. In beiden Online-Foren gibt es eigene Unterforen für diese Gruppe, was deren Stellung unterstreicht. Am Beginn der hier vorgestellten Studie wurde versucht, die Angehörigen einzubeziehen, doch die Bereitschaft war nicht groß genug. So kamen keine Gruppendiskussionen mit dieser Gruppe der Nutzer der Online-Foren zustande, die in die Auswertung eingeflossen sind. Sie stellen einen wichtigen Bezugspunkt dar, gerade für den Bereich der virtuellen Versorgung. Diese Gruppe und ihr Bedarf an Information, Austausch usw. muss in den Blick genommen werden, denn weitere versorgungspraktische Implikationen müssen sich auch auf diese Gruppe beziehen.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H./ Schmacke, N. (2014): Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung in der Hausarztpraxis. In: Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Klauber, J./ Günster, C./ Gerste, B./ Robra, B.-P./ Schmacke, N. (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer, S. 7-19.
- Adler, C. L./ Zarchin, Y. R. (2002): The “virtual focus group”: Using the Internet to reach pregnant women on home bed rest. In: Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 31 (4), S. 418-427.
- Alexander, S. C./ Peterson, J. L./ Hollingshead, A. B. (2003): Help is at your keyboard: Support groups on the Internet. In: Group communication in context: Studies of bona fide groups. Frey, L. R. (Hrsg.). 2. Aufl., London, Lawrence Erlbaum Associates, S. 309-334.
- Almeida, J. /Subramanian, S. V./ Kawachi, I./ Molnar, B. E. (2010): Is Blood Thicker Than Water? Social Support, Depression and the Modifying Role of Ethnicity/Nativity Status. In: Journal of Epidemiology and Community Health, 65, S. 51-56.
- American Psychiatric Association (APA) (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Dt. Bearb. Saß, H./ Houben, I. Göttingen, Hogrefe.
- Angermeyer, C. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – Ein Überblick. In: Psychiatrische Praxis, 30 (7), S. 358-366.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe. Tübingen, Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2011): PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression: Barrierefreie Internetversion. Online veröffentlicht unter: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-1aufl-vers1.0-pll.pdf> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Ayaß, R. (2005): Interaktion ohne Gegenüber? In: Online-Vergesellschaftung? Mediensoziologische Perspektiven auf neue Kommunikationstechnologien. Jäckel, M./ Mai, M. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 33-49.
- Badura, B./ Bauer, J./ Kaufhold, G./ Lehmann, H./ Waltz, M. (1983): Herzinfarkt-rehabilitation und soziale Unterstützung: Erste Ergebnisse der Oldenburger Longitudinalstudie. In: Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Ferber, C. v./ Badura, B. (Hrsg.). München, Oldenburg Verlag, S. 191-220.
- Badura, B. (1981a): Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit: Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Bandura, B. (Hrsg.). Frankfurt a.M., Suhrkamp, S. 13-39.
- Badura, B. (1981b): Krankheitsbedingte Belastungen und Unterstützungen. In: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit: Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Bandura, B. (Hrsg.). Frankfurt a.M., Suhrkamp, S. 168-184.
- Ballenger, J. C. (1999): Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. In: Journal of Clinical Psychiatry, 60 (2), S. 29-34.
- Bampton, R./ Cowton, C. (2002): The E-Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 3 (2). Online veröffentlicht unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs020295> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Barak, A./ Boniel-Nissim, M./ Suler, J. (2008): Fostering empowerment in online support groups. In: Computers in Human Behavior, 24 (3), S. 1867-1883.
- Barney, L. J./ Griffiths, K./ Banfield, M. (2011): Explicit and implicit information needs of people with depression: a qualitative investigation of problems reported on an online depression support forum. In: BioMed Central, 88 (11), S. 1-11.
- Barney, L. J./ Griffiths, K./ Jorm, A./ Christensen, H. (2006): Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40 (1), S. 51-54.
- Bar-Lev, S. (2010): 'Do you feel sorry for him?': Gift relations in an HIV/AIDS online support forum. In: Health, 14 (2), S. 147-161.
- Barmer GEK (2014): Gesundheitsreport 2014: Psychische Gesundheit im Erwerbsleben. Online veröffentlicht unter: <https://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesund>

- heitsangebote-fuer-Beschaefigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreport-2015.html (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Barmer GEK (2011): Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. St. Augustin, Asgard-Verlag.
- Barmer GEK (2009): Gesundheitsreport 2009: Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Online veröffentlicht unter: <http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/2009BarmerGesundheitsreport.pdf> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Bastian, H./ Waltering, A./ Zschorlich, B. (2010): Gesundheitsinformation.de und Informationsbedürfnisse. Aktueller Stand und Herausforderungen. In: Public Health Forum, 18 (3), S. 11.e1-11.e3.
- Bauer, S./ Okon, E./ Meermann, R. (2011): Nachsorge nach stationärer Psychotherapie für Essstörungen. Wirksamkeit eines SMS-basierten Programms. In: Psychotherapeut, 56 (6), S. 509-515.
- Bauer, S./ Kordy, H. (2008): E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg, Springer Medizin Verlag.
- Baumann, E./ Czerwinski, F. (2015): Erstmal Dr. Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Gesundheitsmonitor 2015: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Böcken, J. / Braun, B. / Meierjürgen, R. (Hrsg.). Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 57-79.
- Baumann, E. (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe – Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Gesundheitsmonitor 2006. Böcken, J./ Braun, B./ Landmann, J. (Hrsg.). Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 117-153.
- Beck, K. (2014): Soziologie der Online-Kommunikation. Wiesbaden, Springer.
- Beck, K. (2010): Soziologie der Online-Kommunikation. In: Handbuch Online-Kommunikation. Schweiger, W./ Beck, K. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 15-36.
- Becker, H. S. (1966): Außenseiter. Frankfurt a. M., Fischer.
- Behrendt, J. H. / Deneke, C. / Itzwerth, R. / Trojan, A. (1981): Selbsthilfegruppen vor der Vereinnahmung? In: Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitswesen. Bardura, B. / Ferber, C. v. (Hrsg.). München, Oldenbourg, S. 91-124.
- Berger, T. (2009): „Meet the E-Patient“: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten. In: Gesundheit und neue Medien: Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Kryspin-Exner, I./ Stetin, B. (Hrsg.). Wien, Springer, S. 73-83.
- Berger, T./ Caspar, F. (2008): Von anderen Patienten lernen: Konsequenzen neuer Entwicklungen im Internet für webbasierte, psychotherapeutische Angebote. In: Psychotherapeut, 53 (2), S. 130-137.
- Berger, M. (2004): Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. In: Nervenarzt, 75 (2), S. 195-204.
- Bergmann, J./ Meier, C. (2007): Elektronische Prozessdaten und ihre Analyse. In: Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Flick, U./ Kardorff, E. v./ Steinke, I. (Hrsg.). 5. Aufl. Reinbek, Rowohlt, S. 429-436.
- Bergmann, J. (2006): Qualitative Methoden der Medienforschung: Einleitung und Rahmung. In: Qualitative Methoden der Medienforschung. Ayaß, R./ Bergmann, J. (Hrsg.). Reinbek, Rowohlt, S. 13-41.
- Bermejo, I./ Hölzel, L./ Voderholzer, U./ Tebartz van Elst, L./ Berger, M. (2012): „Optimal versorgt bei Depression“ – Freiburger Modell zur Integrierten Versorgung depressiver Erkrankungen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 106 (9), S. 625-630.
- Bermejo, I. Böhm, K./ Hundertmark-Mayser, J./ Klärs, G. (2009): Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 52 (10), S. 897-904.
- Bermejo, I./ Kriston, L./ Berger, M./ Härter, M. (2010): Ambulante Depressionsbehandlung – eine vergleichende Analyse des fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsektors. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 60 (8), S. 326-328.
- Bermejo, I./ Bachmann, L./ Kriston, L. (2008): Fachärztliche Depressionsbehandlung – subjektive Wahrnehmung der Versorgungssituation und erlebte Barrieren. In: Psychiatrische Praxis, 35 (3), S. 392-398.
- Bessdo-Baum, K. / Wittchen, H.-U. (2011): Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Klinische Psychologie & Psychotherapie. Wittchen, H.-U./ Hoyer, J. (Hrsg.). Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S. 879-914.

- Bieschke-Behm, M./ Liefert, G. (2011): Fünf Jahre Arbeitskreis Forum Angst und Depressionen: Ein gelungenes Beispiel für die Kooperation von Betroffenen und Selbsthilfeunterstützern. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.). Gießen (Eigenverlag), S. 81-85.
- Blume, A./ Havers, I./ Hegerl, U./ Karch, S./ Kunz, J./ Megrl, R./ Niedermeier, N./ Pfeiffer-Gerschel, T. (2009): Evaluation eines Online-Diskussionsforums für an Depression Erkrankter und Angehörige: Eine Untersuchung zu Motiven und Auswirkungen der Teilnahme. In: Neuropsychiatrie, 23 (1), S. 42-51.
- Blume, A./ Hegerl, U. (2008): Internetbasierte Kommunikation im Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“: Erfahrungen und Chancen. In: E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Bauer, S./ Kordy, H. (Hrsg.). Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S. 61-72.
- Blumer, T./ Renneberg, B. (2010): Lebt es sich im Internet leichter? Borderlinespezifische Kognitionen und Internetnutzung. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58 (1), S. 55-62.
- Böcken, J./ Braun, B./ Landmann, J. (2009): Gesundheitsmonitor 2009: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Böhm, A. (2007): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Flick, U./ Kardorff, E. v./ Steinke, I. (Hrsg.). 5. Aufl. Reinbek, Rowohlt, S. 475-484.
- Bogner, A./ Menz, W. (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung: Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Experteninterviews: Theorie, Methode, Anwendung. Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.). 3. Aufl., Wiesbaden, VS, S. 7-34.
- Bogner, A./ Menz, W. (2005): Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnis, Wissensformen, Interaktion. In: Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.). 2. Aufl., Wiesbaden, VS, S. 33-70.
- Bohnsack, R. (2007): Gruppendiskussion. In: Flick, U./ Kardorff, E. V./ Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 5. Aufl., Reinbek, Rowohlt, S. 369-382.
- Bohnsack, R. (2002): Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode. In: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Schaeffer, D./ Müller-Mundt, G. (Hrsg.). Bern, Hans Huber, S. 305-325.
- Borch, S./ Wagner, S. J. (2009): Motive und Kontext der Suche nach Gesundheitsinformationen – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde anhand des telefonischen Gesundheitssurveys. In: Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Roski, R. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 60-87.
- Borgetto, B. (2013): Gesundheitsbezogene gemeinschaftliche Selbsthilfe – eine soziale Bewegung? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2013. Gießen (Eigenverlag), S. 129-138.
- Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit: Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern, Hans Huber.
- Borgetto, B. (2002): Selbsthilfe im Gesundheitswesen: Stand der Forschung und Forschungsbedarf. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 45 (1), S. 26-32.
- Borgetto, B./ Troschke, J. v. (2001): Einleitung. In: Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. In: Borgetto, B./ Troschke, J. v. (Hrsg.). Freiburg, Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, S. 9-12.
- Borkman, T. (1999): Understanding Self-help/mutual Aid: Experiential Learning in the Commons. New York, Ruthgers University Press.
- Boshoff, K./ Alant, E./ May, E. (2005): Occupational therapy managers' perceptions of challenges faced in early intervention service delivery in South Australia. In: Australian Occupational Therapy Journal, 52 (3), S. 232-242.
- Boos, M./ Jonas, K. J. (2008): Medienvermittelte Kommunikation. In: Medienpsychologie. Batinic, B./ Appel, M. (Hrsg.). Heidelberg, Springer, S. 195-218.
- Brandstetter, M./ Neidl, A./ Stricker, B. (2011): Personenbezogene Selbsthilfe in Foren des www: Eine Skizze zum Forschungsbericht. In: E-Beratungsjournal, 3 (7). Online veröffentlicht unter: http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0111/brandstetter.pdf (Aufgerufen am 08.10.2015).
- Bramesfeld, A./ Schwartz, F. W. (2007): Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Psychiatrische Praxis, 34 (1), S. 247-251.

- Braun, B./ Marstedt, G. (2011): Der informierte Patient: Wunsch und Wirklichkeit. In: Wandel der Patientenrolle. Hoefert, H. W./ Klotter, C. (Hrsg.). Göttingen, Hogrefe, S.47- 65.
- Breuer, L./ Barker, C. (2015): Online Support Groups for Depression: Benefits and Barriers. In: Self-Help & Self-Care, 12 (1), S. 1-8.
- Brill, A. (2000): Paradoxe Kommunikation im Netz: Zwischen Virtueller Gemeinschaft, Cyberspace und Virtuellen Gruppen. In: Virtuelle Gruppen: Charakteristika und Problemdimensionen. Thiedeke, U. (Hrsg.). Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, S. 94-112.
- Bruggen, E./ Willems, P. (2009): A critical comparison of offline focus groups, online focus groups and e-Delphi. In: International Journal of Market Research, 51 (3), S. 363-381.
- Brunner, A./ Engelhardt, E./ Heider, T. (2009): Foren-Beratung. In: Handbuch Online-Beratung. Hintenberger, G./ Kühne, S. (Hrsg.). Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S. 79-90.
- Bruns, W. (2012): Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen. Wiesbaden, Springer VS.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Online veröffentlicht unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/fast-jede-zw.html> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011): Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie. Online veröffentlicht unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/wartezeiten-1.html> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Busch, M. A./ Maske, U. E./ Ryl, L./ Schlack, R./ Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 56 (5-6), S. 733–739.
- Campbell, M. K./ Meier, A./ Carr, C./ Enga, Z./ James, A. S./ Reedy, J./ Zheng, B. (2001): Health behavior changes after colon cancer: A comparison of findings from face-to-face and on-line focus groups. In: Family Community Health, 24 (3), S. 88-103.
- Caplan, G. (1974): Support Systems and Community Mental Health. Lectures on Concept Development. Behavioral Publications, New York
- Cloerkes, G. (2007): Soziologie der Behinderten: Eine Einführung. Heidelberg, Universitätsverlag Winter.
- Cobb, S. (1976): Social Support as a Moderator of Life Stress. In: Psychosomatic Medicine, 38 (5), 300-314.
- Cruwys, T./ Gunaseelan, S. (2016): "Depression is who I am": Mental illness identity, stigma and wellbeing. In: Journal of Affective Disorders, 189 (1), S. 36-42.
- Cohen, S./ Syme, L.(1985): Social Support and Health. Orlando, Academic Press.
- Cornfort, C./ Hill, A./ Reilly, J. (2007): How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. In: Family Practice, 24 (3), S. 358-364.
- Cutrona, C. E./ Suhr, J. A. (1992): Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. Community Research, 19 (2), S. 154-174.
- Das, A./ Faxvaag, A. (2014): What Influences Patient Participation in an Online Forum for Weight Loss Surgery? A Qualitative Case Study. In: Interactive Journal for Medical Research, 3(1), e:4.
- Daum, K. W. (1984): Selbsthilfegruppen. Eine empirische Untersuchung von Gesprächs-Selbsthilfegruppen. Rehburg-Loccum, Psychiatrie-Verlag.
- Davison, K. P./ Pennebaker, J. W./ Dickerson, S. (2000): Who talks? The social psychology of illness support groups. In: American Psychologist, 55 (2), S. 205-217.
- Deen, S./ Withers, A./ Hellerstein, D. (2013): Mental health practitioners' use and attitudes regarding the Internet and social media. In: Journal of psychiatric practice, 19 (6), S. 454-463.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2016): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien 2015. Fachserie 15, Reihe 4. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt. Online veröffentlicht unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/The_matisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/PrivateHaushalte/PrivateHaushalteIKT21504001_57004.pdf?__blob=publicationFile (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2015a): Pressemitteilung Nr. 466 vom 16.12.2015: Fast jede zweite Person ab 65 Jahre nutzt das Internet. Online veröffentlicht unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/12/PD15_466_63931.html (Aufgerufen am 10.02.2016).

- Destatis – Statistisches Bundesamt (2015b): IT-Nutzung. Private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien 2015. Online veröffentlicht unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/ITNutzung/Tabellen/NutzungInternetAlter_IKT.html (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2014): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Online veröffentlicht unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/PrivateHaushalte/PrivateHaushalteIKT2150400147004.pdf;jsessionid=B39D406E45ECCFDCDD143B9244971B85.cae4?__blob=publicationFile (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Deutsche Gesellschaft Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG), (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) (2009): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung. Ders. (Hrsg.).
- Diewald, M./ Sattler, S. (2010): Soziale Unterstützungsnetzwerke. In: Handbuch Netzwerkforschung. Stegbauer, C./ Häußling, R. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 689-700.
- Diewlad, M. (1991): Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin, Sigma.
- Döring, N. (2014): Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In: Handbuch Gesundheitskommunikation. Hurrelmann, K./ Baumann, E. (Hrsg.). Bern, Huber, S. 286-305.
- Döring, N. (2013): Modelle der Computervermittelten Kommunikation. In: Grundlagen der praktischen Information und Dokumentation. Kuhlen, R./ Semar, W./ Strauch, D. (Hrsg.). 6. Aufl., Berlin, de Gruyter, S. 424-429.
- Döring, N. (2008): Reduced Social Cues/Cues Filtered Out Approach. In: Schlüsselbegriffe der Medienpsychologie. Krämer, N./ Schwan, S./ Unz, D./ Suckfüll, M. (Hrsg.). Stuttgart, Kohlhammer, S. 290-297.
- Döring, N. (2003): Sozialpsychologie des Internet: Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. 2. Aufl., Göttingen, Hogrefe.
- Döring, N. (2001): Sozialpsychologische Chat-Forschung: Methoden, Theorien, Befunde. In: Chat-Kommunikation: Sprache, Interaktion, Sozialität und Identität in synchroner computervermittelter Kommunikation. Beißwenger, M. (Hrsg.). Stuttgart, ibidem-Verlag, S. 141-186.
- Döring, N. (2000a): Geschlechterkonstruktionen und Netzkommunikation. In: Soziales im Netz: Sprache, Beziehungen und Kommunikationskulturen im Internet. Thimm, C. (Hrsg.). Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 182-207.
- Döring, N. (2000b): Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: Internet für Psychologen. Batinic, B. (Hrsg.). 2. Aufl., Göttingen, Hogrefe, S. 509-548.
- Durkheim, E. (1987): Der Selbstmord. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Eichenberg, C./Wolters, C./Brähler, E. (2013): The Internet as a Mental Health Advisor in Germany: Results of a National Survey. In: PLoS ONE, 8 (11), S. e79206.
- Eichenberg, C. (2011): Psychotherapie und Internet. In: Psychotherapeut, 6 (2), S. 468-474.
- Eichenberg, C. (2010): Empirische Befunde zu Suizidforen im Internet. In: Suizidprophylaxe, 141 (2), S. 67-74.
- Eichenberg, C. (2006): Suizidforen im Internet: Gefahren oder präventiver Nutzen? In: Internet-Devianz: Kriminalprävention geht uns alle an. Berlin, Deutsches Forum für Kriminalprävention, S. 137-160. Online veröffentlicht unter: www.kriminalpraevention.de/downloads/as/internet/Internet-Devianz-finalweb.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Eichenberg, C./ Otte, T./ Fischer, G. (2006): Suizidselfhilfe-Foren im Internet: Eine Befragungsstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), S. 30-38.

- Erdogan, G. (2001): Die Gruppendiskussion als qualitative Datenerhebung im Internet: Ein Online-Offline-Vergleich. In: *kommunikation@gesellschaft*, 2 (2). Online veröffentlicht unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0228-200102040> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Erlemeier, N./ Teising, M./ Lindner, R. (2014): Gesellschaftliche Aspekte der Suizidprävention im Alter. In: *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen*. Lindner, R./ Hery, D./ Schaller, S./ Schneider, B./ Sperling, U. (Hrsg.). Berlin, Springer, S. 171-177.
- Evans, M./ Donelle, L./ Hume-Loveland, L. (2011): Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. In: *Patient Education and Counseling*, 87 (12), S. 405-410.
- Eysenbach, G./ Powell, J./ Englesakis, M./ Rizo, C./ Stern, A. (2004): Health related virtual communities and electronic support groups: Systematic review of the effects of online peer to peer interactions. In: *British Medical Journal*, 328 (15), S. 1166-1170.
- Fava, G. A./ Ruini, C./ Rafanelli, C./ Finos, L./ Conti, S./ Grandi, S. (2004): Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. In: *American Journal of Psychiatry*, 161 (10), S. 1872-1876.
- Fellhauer, G. (2008): Da hilft kein Arzt und kein Apotheker: Risiken und Nebenwirkungen des Internets für eine bundesweite Selbsthilfegruppe. In: *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Hrsg.). Gießen, Focus, S. 16-20.
- Fekete, S. (2002): The Internet – A New Source of Data on Suicide, Depression and Anxiety: A Preliminary Study. In: *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy of Suicide Research*, 6 (4), S. 351-362.
- Fiedler, G./ Neverla, I. (2003): Suizidforen im Internet: Überblick zum Forschungsstand und weiterführende Perspektiven. In: *Medien und Kommunikationswissenschaft*, 51 (3), S. 557-571.
- Fischer, J. (2008): Depressionen im Alter – Erkennen und Behandeln. In: *Notfall & Hausarztmedizin*, 34 (3), S. 310-319.
- Flick, U. (2002): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek, Rowohlt.
- Forster, R./ Rojatz, D./ Schmied, H./ Pelikan, J. M. (2013): Selbsthilfegruppen und Gesundheitsförderung im Krankenhaus – eine entwicklungsfähige Allianz für Gesundheit. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (1), S. 9-14.
- Forster, R./ Braunegger-Kallinger, G./ Krajic, K. (2011): Selbsthilfeorganisationen als „Stimme der Patienten“: Erfahrungen und Herausforderungen von Interessenvertretung und Beteiligung. In: *Selbsthilfe im Wandel*. Meggeneder, O. (Hrsg.). Frankfurt a.M., Mabuse, S. 9-40.
- Foster, C./ Roffe, L. (2009): An Exploration of the Internet as a Self-Management Resource. In: *Journal of Research in Nursing*, 14 (1), S. 13-24.
- Fox, F. E./ Morris, M./ Rumsey, N. (2007): Doing synchronous online focus groups with young people: Methodological reflections. In: *Qualitative Health Research*, 17 (4), S. 539-547.
- Friedrich, S. (2012): *Ressourcenorientierte Netzwerkmoderation. Ein Empowermentwerkzeug in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden, Springer VS.
- Fromm, B./ Baumann, E./ Lampert, C. (2011): *Gesundheitskommunikation und Medien Ein Lehrbuch*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Gaebel, W./ Kowitz, S./ Fritze, J./ Zielasek, J. (2013): Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 110 (47), S. 799-808.
- Gaber E./ Hundertmark-Mayser J. (2005): Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen: Beteiligung und Informiertheit in Deutschland: Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003. In: *Gesundheitswesen*, 67 (9), S. 620-629.
- Gaiser, T./ Schreiner, A. E. (2009): *A Guide to Conducting Online Research*. London, Sage.
- Gaiser, T. (2008): Online Focus Groups. In: *The Sage Handbook of online research methods*. Fielding, N./ Lee, R./ Blank, G. (Hrsg.). London, Sage, S. 290-306.
- Gaiser, T. (1997): Conducting online focus groups. A methodological discussion. In: *Social Science Computer Review*, 15 (2), S. 135-144.
- Galarce, E. M./ Ramanadhan, S./ Viswanath, K. (2011): Health information seeking. In: *The Routledge Handbook of Health Communication*. Thompson, T. R./ Parrott, R./ Nussbaum, J. F. (Hrsg.). 2. Aufl., Routledge, New York, S. 167-180.
- Garfinkel, H. (1984): *Studies in Ethnomethodology*, Polity Press, Cambridge.
- Geddes, J. R./ Carney, S. M./ Davies, C./ Furukawa, T. A./ Kupfer, D. J./ Frank, E./ Goodwin, G. M. (2003): Relapseprevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. In: *Lancet*, 361 (9358), S. 653-661.

- Geene, R./ Bauer, R./ Hundermark-Mayser, J. (2011): Selbsthilfeunterstützung in Deutschland – Geschichte und Perspektiven. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011. Deutsche Arbeitsgemeinschaft e.V. (Hrsg.), Gießen (Eigenverlag).
- Geene, R./ Huber, E./ Hundermark-Mayser, J./ Möller-Böck, B./ Thiel, W. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 52 (3), S. 11-20.
- Gensichen, J./ Petersen, J./ Karroum, T. (2011): Positive impact of a family practice-based depression case management on patient's self-management. In: General Hospital Psychiatry, 33 (1), S. 23-28.
- Gensichen, J./ Huchzermeier, C./ Aldenhoff, J.B. (2005): Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis. Eine praxis-kritische Einschätzung internationaler Leitlinien. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99 (2), S. 57-63.
- Gerste, B./ Roick, C. (2014): Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Klauber, J./ Günster, C./ Gerste, B./ Robra, B.-P./ Schmacke, N. (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer, S. 21-54.
- Goffman, E. (1975): Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M., Suhrkamp
- Goffman, E. (1972): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Günther, J. (2015): Soziale Unterstützung und Nachbarschaft. In: Soziale Nachbarschaften. Gesichte, Grundlagen, Perspektiven. Reutlinger, C./ Stiehler, S./ Lingg, E. (Hrsg.). Wiesbaden, VS. S. 189-200.
- Gräf, L. (1997): Locker verknüpft im Cyberspace: Einige Thesen zur Änderung sozialer Netzwerke durch die Nutzung des Internet. In: Soziologie des Internet: Handeln im elektronischen Web-Werk. Ders. (Hrsg.). Frankfurt, Campus, S. 99-124.
- Grieken, R. A. v./ Kirkenier, A./ Koeter, W./ Nabitz, U./ Schene, A. (2015): Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. In: Health Expectations, 18 (5), S. 1339–1348.
- Griffiths, K./ Reynolds, J./ Vassallo, S. (2015): An Online, Moderated Peer-to-Peer Support Bulletin Board for Depression: User-Perceived Advantages and Disadvantages. In: Journal of Medical Internet Research, 2 (2), S. e14/1-11.
- Griffiths, K./ Callear, A. L./ Banfield, M. (2009a): Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (1): Do ISGs Reduce Depressive Symptoms? In: Journal of Medical Internet Research, 11 (3), S. e40.
- Griffiths, K./ Callear, A./ Banfield, M./ Tam, A. (2009b): Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (2): What Is Known About Depression ISGs? In: Journal of Medical Internet Research, 11 (3), S. 1-15.
- Grunow, D. (1998): Selbsthilfe. In: Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Hurrelmann, K./ Laaser, U./ Razum, O. (Hrsg.). Weinheim, Juventa, S. 1053-1078.
- Grunow, D. (1987): Soziale Ressourcen in der alltäglichen Gesundheitsselbsthilfe. In: Soziale Netzwerke. Kneupp, H./ Röhrle, B. (Hrsg.). Frankfurt a.M., Campus, S. 245-267.
- Haubl, R. (2008): Depression und Gesellschaft. In: Volkskrankheit Depression: Dokumentation der Gesundheitskonferenz des Gesundheitsbeirats 2006. Vorstand des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München (Hrsg.). Online veröffentlicht unter: http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/html/pdf/depression_1011_2008.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Hauff, M. v. (1989): Neue Selbsthilfebewegung und staatliche Sozialpolitik. Eine analytische Gegenüberstellung. Wiesbaden, Universitätsverlag.
- Hegerl, U./ Kocalevent, R.-D. (2010): Depression und Suizidalität. In: Public Health Forum, 66 (18), S. 13.e1-13.e3.
- Herrmann, M./ Gensichen, J. (2015): Leitlinien in der hausärztlichen Praxis – das Beispiel Depression. In: Die Psychiatrie, 12 (2), S. 28-34.
- Herzlich, C. (1991): Soziale Repräsentanten von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Flick, U. (Hrsg.). Heideberg, Asanger, S. 293-302.
- Herzlich, C. (1973): Health and Illness. A social Psychological Analysis. London, Academic Press.
- Hesse, H. A. (1998): Experte, Laie, Dilettant: Über Nutzen und Grenzen von Fachwissen. Opladen, Westdeutscher Verlag.

- Hintenberger, G./ Kühne, S. (2009): Veränderte mediale Lebenswelten und Implikationen für die Beratung. In: Handbuch Online-Beratung. Hintenberger, G./ Kühne, S. (Hrsg.). Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13-23.
- Hirschmann, A. (1984): Engagement und Enttäuschung: Über das Schwanken der Bürger zwischen Privatwohl und Gemeinwohl. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Hirsch, B. (1980): Natural Support Systems and Coping with Major Life Changes. In: American Journal of Community Psychology, 8, S. 159-172.
- Höflich, J. R. (2013): Bewegungen, Stillstände und die anwesenden Anderen: Mobile Kommunikation im öffentlichen Raum. In: Locative Media. Medialität und Räumlichkeit – Multi-disziplinäre Perspektiven zur Verortung der Medien/ Multidisciplinary Perspectives on Media and Locality. Buschauer, R./ Willis, K. S. (Hrsg.). Bielefeld, transcript, S. 185-200.
- Höflich, J. R. (2011): Mobile Kommunikation im Kontext. Studien zur Nutzung des Mobiltelefons im öffentlichen Raum. Berlin, Peter Lang.
- Höflich, J. R./ Hartmann, M. (2006): Mobile Communication in Everyday Life: Ethnographic Views: Observations and Reflections. Berlin, Frank & Timme.
- Höflich, J. R. (2003): Mensch, Computer und Kommunikation: Theoretische Verortungen und empirische Befunde. Frankfurt a. M., Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Höflich, J. R. (1996): Technisch vermittelte interpersonale Kommunikation: Grundlagen, organisatorische Medienverwendung, Konstitution „Elektronischer Gemeinschaften“. Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Hölzel, L./ Bermejo, I./ Kriston, L./ Wolff, A. v./ Kornacher, J./ Harter, C./ Büttig, S./ Sacher, E./ Härter, M. (2014): Verweildauer in der stationären Depressionsbehandlung. Ergebnisse einer Multicenterstudie zum Effekt eines neuen Behandlungsmodells. In: Der Nervenarzt, 85 (3), S. 344-349.
- Hölzel, L./ Härter, M./ Reese, C./ Kriston L. (2011): Risk factors for chronic depression – A systematic review. In: Journal of Affective Disorders, 129 (1), S. 1-13.
- Hölzel, L./ Kriston, L./ Härter, M. (2010): Unter welchen Bedingungen bleibt eine stationäre Depressionsbehandlung erfolglos? Eine Analyse an routinemäßig erhobenen Daten von 511 Patienten. In: Psychiatrische Praxis, 37 (1), S. 27-33.
- Hopf, C. (2007): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Flick, U./ Kardorff, E. v./ Steinke, I. (Hrsg.). 5. Aufl., Reinbek, Rowohlt, S. 349-360.
- Hopf, C. (1978): Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie, 7 (2), S. 97-115.
- Houston, T./ Cooper, L./ Ford, D. (2002): Internet support groups for depression: A 1-year prospective cohort study. In: American Journal of Psychiatry, 14 (3), S. 211-220.
- Illich, I. (1977): Die Nemesis der Medizin: Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbek, Rowohlt.
- Interantionale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) (2015): Online veröffentlicht unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/#V> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Initiative D21 (2014): Digital – Index 2014: Die Entwicklung der digitalen Gesellschaft in Deutschland. Online veröffentlicht unter: http://www.initiated21.de/wp-content/uploads/2014/11/14_1107_digitalindex_WEB_FINAL.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Initiative D21 (2012): (N)Onliner Atlas 2012. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Online veröffentlicht unter: <http://www.initiated21.de/wp-content/uploads/2012/06/NONLINER-Atlas-2012-Basiszahlen-f%C3%BCr-Deutschland.pdf> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Initiative D21 (2011): (N)Onliner Atlas 2011. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Online veröffentlicht unter: <http://www.initiated21.de/wp-content/uploads/2011/07/NOnliner2011.pdf> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Initiative D21 (2010): (N)Onliner Atlas 2010. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Online veröffentlicht unter: http://www.initiated21.de/wp-content/uploads/2010/06/NONLINER_2010.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Im, E./ Guevara, E./ Chee, W. (2007): The pain experience of Hispanic patients with cancer in the United States. In: Oncology Nursing Forum, 34 (4), S.861-868.
- Ivanovic, I./ Bartl, M. (2009): Netnography – Finding the right balance between automated and manual research. In: Web-Monitoring. Brauckmann, P. (Hrsg.). Konstanz, UVK, S. 84-95.
- Jähn, K. (2010): Webportale für Gesundheit. In: Public Health Forum, 18 (3), S. 9.e1-9.e3.

- Jia, H./ Zack, M./ Thompson, W./ Crosby, E./ Gottesman, I. (2015): Impact of depression on quality-adjusted life expectancy (QALE) directly as well as indirectly through suicide. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 (6), S. 939-949.
- Johnsen, J.-A./ Rosenvinge, J./ Gammon, D. (2002): Online group interaction and mental health: An analysis of three online discussion forums. In: *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (2), S. 445-449.
- Kadam, U. T./ Croft, P./ McLeod, J./ Hutchinson, M. (2001): A qualitative study of patients' views on anxiety and depression. In: *British Journal of General Practice*, 51 (3), S. 375-380.
- Karbach, U./ Stamer, M./ Holmberg, C./ Güthlin, C./ Patzelt, C./ Meyer, T. (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland – ein exemplarischer Überblick. In: *Gesundheitswesen*, 74 (2), S. 516–525.
- Kardorff, E. V. (2010): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: *Diskriminierung*. Hommel, U./ Scheer, A. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 279-305.
- Kardorff, E. V. (2008): Virtuelle Netzwerke – neue Formen der Kommunikation und Vergesellschaftung? In: *Weltweite Welten: Internet-Figurationen aus wissenssoziologischer Perspektive*. Willems, H. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 23-55.
- Kardorff, E. V./ Ohlbrecht, H. (2008): Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel – soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben*. Mecklenburg, H./ Storck, J. (Hrsg.). Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Kardorff, E. V. (2007): Kein Ende der Ausgrenzung Verrückter in Sicht? In: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit*. Anhorn, R./ Bettinger, F./ Stehr, J. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 253-272.
- Karlheim, C./ Steffen, H.-T. (2013a): Die fünfte Welle: Selbsthilfe in Deutschland zwischen ‚realer‘ und ‚virtueller‘ Selbstbezogenheit. In: *Neue Praxis*, 43 (3), S. 263-273.
- Karlheim, C./ Steffen, H.-T. (2013b): Neue Medien und die Selbsthilfe: Bürger- und Patientenbeteiligung zwischen Expansion und Kompression? In: *Soziale Arbeit*, 62 (12), S. 498-505.
- Karlheim, C./ Schmidt-Kaehler, S. (2012): Die Internetrevolution – Implikationen für die Patientenberatung. In: *Lehrbuch Patientenberatung*. Schaeffer, D./ Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.). 2. Aufl., Bern, Huber, S. 133-144.
- Kaplan K./ Salzer M. S./ Solomon P./ Brusilovskiy E./ Cousounis P. (2011): Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: A randomized controlled trial. In: *Social Science Medical*, 72 (1), S. 54-62.
- Kaufmann, S. (2015): Creating a therapeutic community in an adolescents' online support forum for depression. Dissertation, University of the Witwatersrand.
- Kelle, U./ Metje, B./ Tobor, A. (2009): Qualitative Evaluationsforschung im Internet – Online-Foren als Werkzeuge interpretativer Sozialforschung. In: *Sozialforschung im Internet: Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. Jakob, N./ Schoen, H./ Zerback, T. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 182-195.
- Kenny, A. J. (2005): Interaction in cyberspace: An online focus group. In: *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4), S. 414-422.
- Kiesler, S./ Siegel, J./ McGuire, T. (1984): Social Psychological Aspects of Computer-Mediated Communication. In: *American Psychologist*, 39 (10), S. 160-172.
- Kim, A. J. (2000): *Community building on the Web*. Berkeley/California, Peachpit Press.
- Kirchmair, R. (2008): Neue Wege in der qualitativen Online Forschung. In: *Planung & Analyse*, 24 (1), S. 55-57.
- Klein, A. (2008): *Soziales Kapital online: Soziale Unterstützung im Internet: Eine Rekonstruktion virtualisierter Formen sozialer Ungleichheit*. Dissertation, Universität Bielefeld. Online veröffentlicht unter: http://bison.unibielefeld.de/volltexte/2008/1260/pdf/Klein_Alexandra_Dissertation.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Kleinberg, A./ Aluoja, A./ Vasar, V. (2013): Social support in depression: structural and functional factors, perceived control and help-seeking. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22 (4), S. 345-353.
- Klotter, C. (2010): *Gesundheitskommunikation im Wandel*. In: *Achtung: Patienten online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren*. Koch, C. (Hrsg.). Wiesbaden, Gabler, S.63-88.

- Knoll, N./ Burkert, S. (2008). Soziale Unterstützung als Ressource der Krankheitsbewältigung. In: *Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf*. Schaeffer, D. (Hrsg.). Bern, Huber, S. 223-243.
- Kofahl, C./ Hollmann, J./ Möller-Bock, B. (2009): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund: Chancen, Barrieren, Potenziale. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 52 (1), S. 55-63.
- Kloimstein, K. (2013): Zur Situation von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen und ihre Erfahrungen mit professionellen Helfern und Helferinnen. In: *soziales_kapital*, 9 (2), S. 196-222.
- Kozinets, R. V. (1998): On netnography: Initial reflections on consumer research investigations of cyberculture. In: *Advances in Consumer Research*, 25 (1), S. 366-371.
- Kray, R. (2010): Achtung: Patientendämmerung online! In: *Achtung: Patienten online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren*. Koch, C. (Hrsg.). Wiesbaden, Gabler, S. 5-18.
- Krotz, F. (2008): Kultureller und gesellschaftlicher Wandel im Kontext des Wandels von Medien und Kommunikation In: *Medienkultur und soziales Handeln*. Thomas, T. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 44-62.
- Kruse, J./ Herzog, W. (2012): Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. Universitätsklinikum Marburg, Universitätsklinikum Heidelberg (Eigenverlag).
- Kummervold, P./ Gammon, D./ Bergvik, S./ Johnson, J.-A./ Hasvold, T./ Rosenvinge, J. (2002): Social support in a wired world: Use of online mental health forums in Norway. In: *Nord Journal Psychiatry*, 56 (1), S. 59-65.
- Kurth, B. M. (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55 (2), S. 980-990.
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. 4. Aufl., Weinheim, Beltz.
- Lamnek, S. (1998): *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- Layard, R./ Chisholm, D./ Patel, V./ Saxena, S. (2013): *Mental Illness and Unhappiness*. DIW Berlin (Hrsg.). Online veröffentlicht unter: <https://data.soep.de/publications/90> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Lea, M./ O'Shea, T./ Fung, P./ Spears, R. (1992): "Flaming" in computer-mediated communication: Observations, explanations, implications. In: *Contexts of computer-mediated communication*. Lea, M. (Hrsg.). London, Harvester-Wheatsheaf, S. 89-112.
- Leiberich, P./ Loew, T./ Nedoschill, J./ Nickel, M. (2004): Selbsthilfe und Beratung im Internet: Mündige Benutzer können die Arzt-Patienten-Beziehung neu gestalten. In: *Medizinische Klinik*, 99 (5), S. 263-268.
- Lenz, T./ Zillien, N. (2008): Gesundheitsinformationen in der Wissensgesellschaft: Empirische Befunde zur gesundheitlichen Internetnutzung. In: *Social Software: Formen der Kooperation in computerbasierten Netzwerken*. Jäckel, M./ Stegbauer, C. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 155-173.
- Lewis, S. (1995): A search for meaning: Making sense of depression. In: *Journal of Mental Health*, 4 (4), S. 369-382.
- Li, J. (2008): Ethical Challenges in Participant Observation: A Reflection on Ethnographic Fieldwork. In: *The Qualitative Report*, 13 (1), S. 100-115. Online veröffentlicht unter: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-1/li.pdf> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Lin, J./ Baumeister, H. (2015): Internet- und Mobilebasierte Interventionen in der Psychotherapie. In: *Public Health Forum*, 23 (3), S. 76-82.
- Lieberman, M. (2007): The role of insightful disclosure in outcomes for women in peer-directed breast cancer groups: A replication study. In: *Psycho-Oncology*, 16 (10), S. 961-964.
- Liebold, R./ Trinczek, R. (2002): Experteninterview. In: *Methoden der Organisationsforschung: Ein Handbuch*. Kühl, S./ Strodtholz, P. (Hrsg.). Reinbek, Rowohlt, S. 33-71.
- Link, B. G./ Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing stigma. In: *Annual Review of Sociology*, 27 (2), S. 363-385.
- Loh, A./ Meier, K./ Simon, S. (2004): Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 47, S. 977-984.
- Loos, P./ Schäffer, B. (2001): *Das Gruppendiskussionsverfahren – Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Opladen, Leske + Budrich.

- Lueger, M. (2000): Grundlagen qualitativer Feldforschung: Methodologie – Organisierung – Materialanalyse. Wien, WUV.
- Ludwigs, S. (2011): Potentiale von Web 2.0 und Social Media für die gesundheitliche Aufklärung. In: Web 2.0 und Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung. Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Köln (Eigenverlag), S. 33-68.
- Luhmann, N. (2004): Die Realität der Massenmedien. Wiesbaden, VS.
- Macias, W./ Stravchansky Lewis, L./ Smith, T. (2005): Health-Related Message Boards/Chat Rooms on the Web: Discussion Content and Implications for Pharmaceutical Sponsorships. In: Journal of Health Communication, 10 (3), S. 209-223.
- Mann, C./ Stewart, F. (2000): Internet communication in qualitative research: A handbook for researching online. London, Sage.
- Matzat, J. (2008): Zur Erinnerung an Michael Lukas Moeller: Die Gründung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.). Gießen (Eigenverlag), S. 11-15.
- Matzat, J. (1991): Was sind Selbsthilfegruppen? Informationen über Grundsätzliches. In: ISAB-Berichte aus Forschung und Praxis Nr. 10: Selbsthilfegruppen. Eine Chance für Jeden. Selbsthilfeunterstützung – eine Aufgabe für Staat und Kommune. Köln (Eigenverlag), S. 20-28.
- Mauss, M. (2009): Die Gabe: Die Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften. Frankfurt a.M., Suhrkamp. Zuerst 1925.
- McDaid, D./ Park, A. (2011): Online Health: Untangling the Web. Online veröffentlicht unter: <http://www.bupa.com/jahia/webdav/site/bupacom/shared/Documents/PDFs/media-centre/Health%20Pulse%20-%20HW/Online%20Health%20-%20Untangling%20the%20Web.pdf> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- McKechnie, V./ Barker, C. / Stott, J. (2014): The Effectiveness of an Internet Support Forum for Carers of People With Dementia: A Pre-Post Cohort Study. In: Interactive Journal for Medical Research, 16 (2), e: 68.
- Meißner, S. (2014): Die Medialität und Technizität internetbasierter Daten: Plädoyer für mehr Offenheit der Qualitativen Sozialforschung. In: Die qualitative Analyse internetbasierter Daten: Methodische Herausforderungen und Potenziale von Online-Medien. Schirmer, D. /Sander, N. /Weninger, A. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 33-50.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (MPFS) (2015): Jim-Studie 2015. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchungen zum medienumgang 12- bis 19-jähriger. Online veröffentlicht unter: http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf15/JIM_2015.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Melchior, H. / Schulz, H./ Härter, M. (2014): Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 57 (2), S. 224-233.
- Melling, B./ Houguet-Pincham, T. (2011): Online Peer Support for Individuals with Depression: A Summary of Current Research and Future Considerations. In: Psychiatric Rehabilitation Journal, 34 (3), S. 252-254.
- Meuser, M./ Nagel, U. (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Experteninterviews: Theorie, Methode, Anwendung. Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.). 3. Aufl., Wiesbaden, VS, S. 35-60.
- Meuser, M./ Nagel, U. (2005a): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.). 2. Aufl., Wiesbaden, VS, S. 71-94.
- Meuser, M./ Nagel, U. (2005b): Vom Nutzen der Expertise: ExpertInneninterviews in der Sozialberichterstattung. In: Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.). 2. Aufl., Wiesbaden, VS, S. 257-272.
- Meuser, M./ Nagel, U. (1997): Das Experteninterview: Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Friebertshäuser, B./ Prengel, A. (Hrsg.). Weinheim, Juventa, S. 481-491.
- Meyer, T./ Stamer, M. (2014): Qualitative Versorgungsforschung. In: Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik. Medizinische Psychologie, 64 (2), S. 448. DOI: 10.1055/s-0034-1387405.

- Meyer, T./ Karbach, U./ Holmberg, C./ Güthlin, C./ Patzelt, C./ Stamer, M. (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. In: Gesundheitswesen, 74 (2), S. 510-515.
- Misoch, S. (2004): Identitäten im Internet: Selbstdarstellung auf privaten Homepages. Konstanz, UVK Verlagsgesellschaft.
- Moessner, M./ Zimmer, B./ Wolff, M./ Bauer, S. (2008): Neue Medien für die gesundheitliche Versorgung. In: Psychotherapeut, 53 (4), S. 277-283.
- Morris, M./ & Ogan, C. (1996): The Internet as Mass Medium. In: Journal of Communication, 46 (1), S. 39-50.
- MSL Germany (2012): Wie social ist das Gesundheits-Web? Die MSL-Gesundheitsstudie 2012. Berlin, MSLGROUP Germany (Eigenverlag).
- Murray, P. J. (1997): Using focus groups in qualitative research. In: Qualitative Health Research, 4 (7), S. 542-549.
- Murray, C./ Lopez, A. (1996): The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, Harvard School of Public Health and World Health Organization (Eigenverlag).
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2012): Nach welchen Kriterien werden die Foren auf der Liste ausgesucht? Online veröffentlicht unter: <https://www.selbsthilfe-interaktiv.de/content/nach-welchen-kriterien-werden-die-foren-auf-der-liste-ausgesucht> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Nestmann, F./ Weinhold, K. (2008): Gesundheitshilfe im Alltag. In: Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Bals, T./ Hanses, A./ Melzer, W. (Hrsg.). Weinheim, Beltz/ Juventa, S. 279-293.
- Neverla, I./Brichta, M./Kamp, H.-C./ Lüdecke, D.K. (2007): Wer krank ist, geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. München, Verlag Reinhard Fischer.
- Nimrod, G. (2012): The Membership Life Cycle in Online Support Groups. In: International Journal of Communication 6 (12), S. 1245-1261.
- Nowak P. (2011): Wohin geht die Selbsthilfe in der Gesundheitsgesellschaft? In: Selbsthilfe im Wandel der Zeit: Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Meggeneder, O. (Hrsg.). Frankfurt a. M., Mabuse Verlag, S 41-66.
- Nguyen, T./ Phung, D./ Dao, B./ Venkatesh, S. / Berk, M. (2014): Affective and Content Analysis of Online Depression Communities. In: Affective Computing, 5 (3), S. 217-226.
- Ohlms, U. (2003): Meine Selbsthilfegruppe heißt: www.brustkrebs-info.net. In: Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2003. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Hrsg.). Gießen, Fokus, S. 56-60.
- Payk, T. (2010): Depression. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- Peacock, S./ Robertson, A./ Williams, S./ Clausen, M. (2009): The role of learning technologists in supporting e-research. In: ALT-J, Research in technology and learning, 17 (2), S. 115-129.
- Pfeil, U. (2010): Online Support Communities. In: Social Computing and Virtual Communities. Zaphiris, P./ Siang, C. (Hrsg.). Boca Raton, Chapman & Hall/CRC Press, S. 121-150.
- Pietsch, B./ Härter, M./ Nolting, A./ Nocon, M./ Kulig, M./ Gruber, S./ Rüther, A./ Siering, U./ Perleth, M. (2014): Verbesserte Versorgungsorientierung am Beispiel Depression – Ergebnisse aus dem Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). In: Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Klauber, J./ Günster, C./ Gerste, B./ Robra, B.-P./ Schmacke, N. (Hrsg.).Stuttgart, Schattauer, S. 55-76.
- Pilars de Pilar, M./ Abholz, H./ Becker, N./ Sielk, M. (2012): Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? In: Psychiatrische Praxis, 39 (2), S. 71-78.
- Preiß, H. (2010): Gesundheitsbezogene virtuelle Selbsthilfe – Soziale Selbsthilfe über das Internet. Aachen, Shaker Verlag.
- Rabe-Menssen, C. (2009): Zum Problem der niedrigen Erkennungsrate psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung. In: Psychotherapie Aktuell, 2, S. 16-19.
- Rademacher, L./ Remus, N. (2010): Kommunikationsmanagement im Gesundheitswesen. Achtung: Patienten online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Koch, C. (Hrsg.). Wiesbaden, Gabler, S. 41-61.

- Radisch, J./ Büchtemann, D./ Kästner, D./ Kopke, K./ Moock, J./ Rössler, W./ Bramesfeld, A. (2013): Eine literatur- und expertengestützte Analyse der Versorgungspraxis von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis*, 40, S. 252-258.
- Reindl, R. (2009): Onlineberatung – zur digitalen Ausdifferenzierung von Beratung. In: *Journal für Psychologie*, 17 (1), S. 16-29.
- Rezabek, R. (2000): Online Focus Groups: Electronic Discussions for Research. In: *Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). Online veröffentlicht unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001185> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Richter, D./ Berger, K./ Reker, T. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. In: *Psychiatrische Praxis*, 35 (2), S. 321-330.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin (Eigenverlag).
- Robert Koch-Institut (RKI) (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin (Eigenverlag).
- Robert Koch-Institut (RKI) (2006): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2004, 2. Welle). Berlin (Eigenverlag).
- Rojatz, D./ Forster, R. (2015): Gemeinschaftliche Selbsthilfe als Gesundheitsförderung pur!? Analyse des Verhältnisses anhand von Grundsatzdokumenten und gemeinsamer Praxis. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10 (3), S. 263-272.
- Rosenbrock, R. (2001): Funktionen und Perspektiven gesundheitsbezogener Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. In: *Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen*. Borgetto, B./ Troschke, J. v. (Hrsg.). Freiburg, Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, S. 28-40.
- Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik. In: *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hrsg.). Weinheim, Juventa, S. 707-751.
- Rossmann, C./ Karnowski, V. (2014): eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil. In: *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Hurrelmann, K./ Baumann, E. (Hrsg.). Bern, Verlag Hans Huber, S. 271-285.
- Salis, L. (2008): Die Behandlung depressiver Störungen durch den Allgemeinarzt im Unterschied zu Facharzt. Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Sander, N. / Schulz, M. (2015): Herausforderungen und Potentiale bei online geführten Gruppendiskussionen. In: *Soziologie*, 44 (3), S. 329-345.
- Sander, N./ Schulz, M. (2014): Mediatisierte Online-Kommunikation. Forschungspraktische Verworkbenheit von Medientechnologie, Erhebungssituation und kontextsensitivem Auswertungsverfahren. In: *Die qualitative Analyse internetbasierter Daten: Methodische Herausforderungen und Potenziale von Online-Medien*. Schirmer, D./ Sander, N./ Wenninger, A. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 161-198.
- Sarason, I./ Sarason, B./ Brock, D./ Pierce, G. (1996): Social Support: Current status, current issues. In: *Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity*. Spielberger, C./ Sarason, I. (Hrsg.). Washington, Taylor & Francis, S. 3-28.
- Schaeffer, D. (1985): Formen der Expertisierung in Selbsthilfegruppen. In: *Medizin Mensch Gesellschaft*, 10 (1), S. 39-44.
- Schaeffer, D./ Garms-Homolova, V. (1985): Die Rolle der Selbsthilfegruppen im Netzwerk der gesundheitlichen Versorgung – aufgezeigt am Beispiel der Krebsnachsorge. In: *Öffentliches Gesundheitswesen*, 47 (2), S. 555-559.
- Schafft, S. (1987): Psychische und soziale Probleme krebserkrankter Frauen: Über die Bewältigung einer Krebserkrankung im sozialen Umfeld, der medizinischen Versorgung und in Selbsthilfegruppen. München, Minerva.
- Schaller, S./ Teising, M./ Lindner, R./ Wächtler, C. (2014): Erklärungsansätze für Suizidalität im Alter. In: *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen*. Lindner, R./ Hery, D./ Schaller, S./ Schneider, B./ Sperling, U. (Hrsg.). Berlin, Springer, S. 47-56.
- Scheff, T. (1999): *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*. Chicago, Aldine.
- Scheff, T. (1973): *Das Etikett Geisteskrankheit*. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Schirmer, D. /Sander, N. /Wenninger, A. (2014): Herausforderungen und Potenziale von Online-Medien für die qualitative Forschung: Eine Einführung. In: *Die qualitative Analyse internetbasierter Daten: Methodische Herausforderungen und Potenziale von Online-Medien*. Ders. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 7-33.

- Schmidt, J. (2008): Was ist neu an Social Web? Soziologische und kommunikationswissenschaftliche Grundlagen. In: Kommunikation, Partizipation und Wirkungen im Social Web. Bd. 1: Grundlagen und Methoden. Zerfaß, A./ Welker, M. / Schmidt, J. (Hrsg.). Köln, Halem, S. 18-40.
- Schmidt-Kaehler, S. (2007): Praxisleitfaden Patientenberatung. Planung, Umsetzung und Evaluation. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Schmidh-Kaehler, S. (2005): Patienteninformation und -beratung im Internet: Transfer medientheoretischer Überlegungen auf ein expandierendes Praxisfeld. In: Medien und Kommunikationswissenschaft, 53 (3), S. 471-485.
- Schomerus, G. (2010): Das Stigma psychischer Krankheit: Ein Gegenstand der Psychotherapie? In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58 (1), S. 253-255.
- Schürer-Maly, C./ Abholz, H. (2008): Hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depression: Wie, warum und mit welchem Erfolg? Eine systematische Literaturübersicht. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 84 (3), S. 327-335.
- Schütz, A. (1964): The well-informed citizen: An essay on the social distribution of knowledge. In: Alfred Schütz: Collected Papers II: Studies in Social Theory. Brodersen, A. (Hrsg.). The Hague, Martinus Nijhoff, S. 120-134.
- Schulz, H./ Barghaan, D./ Koch, U./ Harfst, T. (2011): Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In: Klinische Psychologie und Psychotherapie. Wittchen, H./ Hoyer, J. (Hrsg.). Berlin, Springer, S. 361-380.
- Schulz, H./ Barghaan, D./ Harfst, T./ Koch, U. (2008): Psychotherapeutische Versorgung. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41, S. 92-102.
- Seale, C./ Charteris-Black, J./ MacFarlane, A./ McPherson, A. (2010): Interviews and Internet forums: A comparison of two sources of qualitative data. In: Qualitative Health Research, 20 (5), S. 595-606.
- Sielk, M./ Altiner, A./ Janssen, B./ Becker, N./ de Pilars, M./ Abholz, H. (2009): Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. In: Psychiatrischer Praxis, 36 (2), S. 169-174.
- Siegfried, S. (2008): Integrierte Versorgung psychisch Kranker. Erfahrungen im Netzwerk. In: Psychoneuro 34 (2), S. 318-320.
- Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. 6. Aufl. München, Elsevier, Urban & Fischer.
- Sikorski, C./ Luppä, M./ Riedel-Heller, S. (2014): Innovative Versorgungsansätze zur Behandlung von Depression. In: Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Klauber, J./ Günter, C./ Gerste, B./ Robra, B.-P./ Schmacke, N. (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer, S. 77-98.
- Smith, K./ Christakis, N. (2008): Social Networks and Health. In: Annual Review of Sociology, 34, S. 405-429.
- Stegbauer, C. (2005): Soziale Formen im Internet. In: Online-Vergesellschaftung? Mediensoziologische Perspektiven auf neue Kommunikationstechnologien. Jäckel, M./ Mai, M. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 201-222.
- Stegbauer, C. (2002): Begrenzungen und Strukturen internetbasierter Kommunikationsgruppen. In: Soziales im Netz: Sprache, Beziehungen und Kommunikationskulturen im Internet. Thimm, C. (Hrsg.). Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 18-38.
- Stewart, K./ Williams, M. (2005): Researching online populations: The use of online focus groups for social research. In: Qualitative Research, 5 (4), S. 395-416.
- Sprondel, W. (1979): „Experte“ und „Laie“: Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie. In: Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften. Sprondel, W./ Grathoff, R. (Hrsg.). Stuttgart, Enke, S. 104-154.
- Strauss, A. L. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theorienbildung in der empirischen soziologischen Forschung. München, Wilhelm Fink Verlag.
- Strassnig, B. (2009): Enblicke in Online-Research – Das Internet als Medium der Datenerhebung. In: Gesundheit und neue Medien: Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Kryspin-Exner, I./ Stetin, B. (Hrsg.). Wien, Springer, S. 277-296.
- Stremlow, J./ Gysel, S./ Mey, E./ Voll, P. (2004): „Es gibt Leute, die das Gleiche haben ...“: Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz. Luzern, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Strübing, J. (2008): Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden, VS.

- Strübing, J. (2007): Research as pragmatic problem-solving: The pragmatist roots of empirically-grounded theorizing. In: *The Sage Handbook of Grounded Theory*. Bryant, A/ Charmaz, K (Hrsg.). London, Sage, S. 581-601.
- Tate, D. F./ Finkelstein, E. A./ Khavjou, O./ Gustafson, A. (2009): Cost effectiveness of internet interventions: Review and recommendations. In: *Annals of Behavioral Medicine* 38 (2), S. 40-45.
- Thiel, W. (2011): Selbsthilfe heute und morgen. NAKOS Info 105. Online veröffentlicht unter: http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/Infomaterial2011/NAKOS_INFO_105_Schwerpunktbeitraege.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Thiel, W. (1999): Selbsthilfe und »informeller Sektor« auf der lokalen Ebene. In: *Kommunalpolitik: Politisches Handeln in den Gemeinden*. Wollmann, H./ Roth, R. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 263-273.
- Thiedeke, U. (2000): Virtuelle Gruppen: Begriffe und Charakteristik. In: *Virtuelle Gruppen: Charakteristika und Problemdimensionen*. Ders. (Hrsg.). Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, S. 23-73.
- Trojan, A. (2012): „Selbsthilfebewegung“ und Public Health. In: *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. Hornberg, C./ Schott, T. (Hrsg.). Wiesbaden, VS-Verlag, S. 87-104.
- Trojan, A./ Nickel, S./ Kofahl, C. (2012): Selbsthilfe: Partizipation als Kontrollgewinn. In: *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Rosenbrock, R./ Hartung, S. (Hrsg.). Bern, Hans Huber, S. 272-284.
- Trojan A./ Kofahl, C. (2011): Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Werbach-Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung, S. 491-496.
- Trojan, A./ Deneke, C./ Guderian, H./ Schorsch, E.M. (1986): „Seitdem ich diese Gruppe habe, lebe ich richtig auf ...“: Aktivitäten, Ziele und Erfolge von Selbsthilfegruppen. In: *Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen*. Trojan, A. (Hrsg.). Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, S. 163-210.
- Trojan, A. (1980): Demokratisierung des Gesundheitswesens durch Mitwirkung Betroffener. In: *Forum für Medizin und Gesundheitspolitik*, 14 (4), S. 14-33.
- Uden-Kraan, C. F./ Drossaert, C./ Taal, E./ Seydel, E./ Laar, M. (2010): Patient-initiated online support groups: motives for initiation, extent of success and success factors. In: *Journal of Telemedicine and Telecare*, 16 (2), S. 30-34.
- Uden-Kraan, C. F./ Drossaert, C./ Taal, E./ Smit, W. M./ Bernelot M./ Hein J./ Siesling, S./ Seydel, E. R./ Laar, M. (2009): Health-related Internet use by patients with somatic diseases: Frequency of use and characteristics of users. In: *Informatics for Health & Social Care*, 34 (1), S. 18-29.
- Ullrich, C. G./ Schiek, D. (2014): Forumsdiskussionen im Internet als reaktives Instrument der Datenerhebung. Ein Werkstattbericht. In: *Die qualitative Analyse internetbasierter Daten: Methodische Herausforderungen und Potenziale von Online-Medien*. Schirmer, D./ Sander, N./ Wenninger, A. (Hrsg.). Wiesbaden, VS, S. 133-160.
- Unger, H./ Narimani, P. (2012): Ethische Reflexivität im Forschungsprozess: Herausforderungen in der Partizipativen Forschung. In: *Discussion Paper, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*. Online veröffentlicht unter: <http://hdl.handle.net/10419/70197> (Abgerufen am 10.02.2016).
- Vilmar, F./ Runge, B. (1986): Soziale Selbsthilfe – Privatisierung oder Vergesellschaftung des Sozialstaates. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 44 (9), S. 5-10.
- Walendzik, A./ Rabe-Menssen, C./ Lux, G./ Wasem, J./ Jahn, R. (2011): Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (Hrsg.). Berlin (Eigenverlag).
- Walther, M./ Hundertmark-Mayser, J. (2015): Selbsthilfe im Internet: Autonomie und Vertraulichkeit gewährleisten im Angesicht von Google und Facebook. In: *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.). Gießen (Eigenverlag), S. 192-198.
- Walther, M./ Hundertmark-Mayser, J. (2011): Virtuell ist auch real: Selbsthilfe im Internet Formen, Wirkungsweisen und Chancen. In: *NAKOS Extra*, 38. Online veröffentlicht unter: http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/Infomaterial2012/NAKOS_EXTRA_38.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Winkel, S. (2005): Suizidalität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die Nutzung von Gesprächsforen im Internet. Dissertation, Universität Bremen. Online veröffentlicht unter: http://elib.suub.uni-bremen.de/diss/docs/E-Diss1238_sui.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Wittchen, H.-U./ Hoyer, J. (2011): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Springer.

- Wittchen, H.-U./ Jacobi, F./ Klose, M./ Ryl, L. (2010): Depressive Erkrankungen. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Online veröffentlicht unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Depression_inhalt.html (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Wittchen, H.-U./ Jacobi, F. (2006): Epidemiologie. In: Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Stoppe, G./ Bramesfeld, A./ Schwartz, F.-W. (Hrsg.). Berlin, Springer, S. 15-38.
- Wirth, U. (2010): Health 2.0 – Soziale Netzwerke im Gesundheitssektor. In: Praxis Wissensmanagement, 10 (6). Online veröffentlicht unter: http://www.emk-trier.de/fileadmin/user_upload/mda/2010_06_003.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Wolf, M. (2014): E-Mail in der Psychotherapie – Entwicklung und Evaluation eines E-Mail basierten Nachsorgeprogramms für die stationäre Psychotherapie. Dissertation, Universität Heidelberg.
- Wolff, S. (2007): Wege ins Feld und ihre Variationen. In: Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Flick, U./ Karsdorff, E. V./ Steinke, I. (Hrsg.). 5. Aufl., Reinbek, Rowohlt, S. 334-349.
- Wohlfahrt, N. (2010): Zur aktuellen Entwicklung der Selbsthilfe. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Hrsg.). Gießen (Eigenverlag), S. 115-122.
- Wohlfahrt, N./ Breitkopf, H. (1996): Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen. Entwicklung - Unterstützung – Arbeitsformen. In: Die Zukunft des Sozialstaates. Freiwilliges soziales Engagement und Selbsthilfe. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.). Düsseldorf (Eigenverlag), S. 365-634.
- Wohlfahrt, N./ Breitkopf, H. (1995): Selbsthilfegruppen und Soziale Arbeit: Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg i.Br., Lambertus.
- Wolfersdorf, M. (2002): Krankheit Depression. Erkennen, verstehen und behandeln. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- World Health Organization (WHO) (2014): Mental Health – Data and Statistics. World Health Organisation. Online veröffentlicht unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> (Aufgerufen am 10.02.2016).
- World Health Organization (WHO) (2008): The global burden of disease: 2004 update. Online veröffentlicht unter: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (Aufgerufen am 10.02.2016).
- Zielke, M. (2009): Die psychotherapeutische Ambulanz im Vorfeld und im Nachgang stationärer verhaltensmedizinischer Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in der Psychosomatik – Differenzielle Zuweisungen und Krankheitsverläufe. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 84 (22), S. 84-108.
- Zielke, M. (2008): Kosten-Nutzen der psychosomatischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In: Rehabilitation in der Psychosomatik. Schmidt-Ott, F./ Lamprecht, S./ Wiegand-Grefe, C./ Jacobi, G./ Paar, R./ Meermann, R. (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer, S. 399-444.
- Zschorlich, B./ Gechter, D./ Janßen, I. M./ Swinehart, T./ Wiegand, B./ Koch, K. (2015): Gesundheitsinformationen im Internet. Wer sucht was, wann und wie? In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109 (1), S. 66-68.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Christoph Karlheim, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift mit dem Titel „Hilfe@Depressions-Online-Forum: Eine qualitative Studie zu Unterstützungs- und Hilfebestrebungen in Depressions-Online-Foren im Internet“ selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Die inhaltlich oder wörtlich übernommenen Literaturquellen wurden als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde keiner anderen Universität als Dissertation vorgelegt. Es wurden keine anderen Dissertationen an einer anderen in- oder ausländischen Universität eingereicht.

Bielefeld, den 17.06.2016

Christoph Karlheim