

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Ruhr-Universität Bochum, LWL-Universitätsklinikum Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Förderkennzeichen:	01VSF18043
Akronym:	OMPRIS
Projekttitel:	Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspiel-abhängigkeit und Internetsucht
Autoren:	Dr. med. Jan Dieris-Hirche, MSc. Laura Bottel, Prof. Dr. Nina Timmesfeld, Prof. Dr. Dr. Anja Neumann
Förderzeitraum:	1. November 2019 – 31. Oktober 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	4
1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner.....	6
3.	Projektziele.....	7
4.	Projektdurchführung.....	9
5.	Methodik.....	11
6.	Projektergebnisse.....	21
	A) Erreichbarkeit und Interesse am OMPRIS Projekt sowie Teilnahme am Screening Selbsttest.....	21
	B) Wirksamkeit der OMRPIS Intervention - die RCT Studie.....	22
	C) Weitervermittlung in analoge Hilfsangebote und Zufriedenheit der Betroffenen mit der OMPRIS Intervention.....	30
	D) Einfluss durch die COVID-19 Pandemie.....	33
	E) Gesundheitsökonomische Evaluation.....	34
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	38
	Durchführbarkeit und Effektivität der OMPRIS Intervention.....	38
	Gesundheitsökonomische Analysen.....	41
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	42
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	44
10.	Literaturverzeichnis.....	45

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

11.	Anhang	48
12.	Anlagen.....	50

I. Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AfA	Absetzungen für Abnutzungen
AICA-S	Assessment of Internet and Computer Game Addiction (in Deutsch: Skala zum Online-Suchtverhalten OSV)
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMJ	British Medical Journal
DRKS	Deutschen Register für klinische Studien
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Ausgabe)
EQ-5D-5L	EuroQoL – 5 Dimensionen – 5 Level
GD	Gaming Disorder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11. Ausgabe)
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
IG	Interventionsgruppe
INS	Internetnutzungsstörung
Max	Maximum
Min	Minimum
MI	Motivational Interviewing
MW	Mittelwert
N	Anzahl
OMPRIS	Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht
OSV	Skala zum Online-Suchtverhalten
PI	Personen mit Inanspruchnahme
QALY	Quality Adjusted Life Years
RC	Reliable Change
RCT	Randomized Controlled Trail
SD	Standardabweichung
WG	Wartegruppe
WKG	Wartekontrollgruppe

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: OMPRIS Versorgungsform	10
Abbildung 2: Wohnorte der Teilnehmenden	21
Abbildung 3: Verteilung der Symptomschwere (OSV Score)	22
Abbildung 4: Studienprofil	23
Abbildung 5: Veränderung des primären Outcomes über die Zeit.....	26
Abbildung 6: Kategoriale Veränderung der Symptomschwere (Prä-Post) mittels AICA-S	
Fragebogen.....	27

Abbildung 7: Häufigkeiten der INS Diagnosen nach AICA-SKI:IBS Interview, pre (T0) – post (T2) Vergleich in der IG und KG	28
Abbildung 8: Persönlichkeitsausprägung nach BIG-5; IG vs. KG	29
Abbildung 9: Wie zufrieden warst du mit OMPRIS? (Skala 0-10)	31
Abbildung 10: Detaillierte Auswertung der Zufriedenheit (Skala 1-5)	32
Abbildung 11: Einfluss der Covid-19 Pandemie auf den Internetkonsum	34

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auflistung der beteiligten Projektpartner	6
Tabelle 2: Fragebögen und Messzeitpunkte	17
Tabelle 3: Baseline Charakteristik der Teilnehmenden	24
Tabelle 4: Behandlungsempfehlungen - Behandler:innenperspektive.....	30
Tabelle 5: Behandlungsempfehlungen - Betroffenenperspektive.....	30
Tabelle 6: Art der Weiterbehandlungsempfehlungen	31
Tabelle 7: Beeinflussung des Internetkonsums durch die Covid-19 Pandemie.....	33
Tabelle 8: Soziodemografische Variablen getrennt nach Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe	35
Tabelle 9: EQ-5D-5L Indexwert abhängig von Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe und den Zeitpunkten T0 und T2.....	36
Tabelle 10: EQ-VAS abhängig von Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe und den Zeitpunkten T0 und T2.....	36
Tabelle 11: p-Werte der Gruppenunterschiede zu T0 und T2 in den erhobenen Kostenkategorien aus GKV-Perspektive.....	37
Tabelle 12: p-Werte der Gruppenunterschiede zu T0 und T2 in den erhobenen Kostenkategorien aus gesellschaftlicher Perspektive.....	37

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Nutzung des Internets spielt eine immer größere Rolle im Alltag der Menschen unserer Gesellschaft. Ein Großteil der Menschen nutzt das Internet in einem kontrollierten Maß zur Informationsgewinnung und Freizeitwecken. Etwa 2-3% aller Deutschen entwickeln jedoch eine pathologische und suchthafte Internetnutzung (Internetnutzungsstörung; INS) und verlieren die Kontrolle über das Computerspielen, Streaming, Online-Pornografie oder Online-Shopping, was zu negativen sozialen und gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen führen kann. Die Gaming Disorder (GD) als häufigste INS wurde daher von der WHO als Verhaltenssucht in den seit 2023 geltenden ICD-11 Katalog aufgenommen. In Deutschland fehlen jedoch noch spezifische therapeutische Versorgungsangebote, um die Betroffenen wohnortnah und zeitig zu behandeln. Daher braucht es nun schnelle, niedrigschwellige und wohnortunabhängige, therapeutische Innovationen, um eine Versorgung der Betroffenen in Deutschland zu gewährleisten.

Zielsetzung: Mit OMPRIS wurde erstmals eine innovative und kompakte, onlinebasierte Kurzzeit-Intervention entwickelt, die zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht führen soll. Betroffene wurden also dort therapeutisch abgeholt, wo sie „süchtig“ waren – im Internet. Im Rahmen dieser Versorgungsforschungsstudie wurden die Annahme der Versorgungsform, die Effektivität der Intervention sowie die gesundheitsökonomischen Faktoren methodisch hochwertig untersucht.

Methodik: Kern der OMPRIS Versorgung bildete eine 4-wöchige telemedizinische Intervention mit bis zu zwei webcambasierten psychotherapeutischen Sitzungen pro Woche im 1:1 Setting zwischen INS Betroffenen und Therapierenden, sowie einer webcambasierten Sozialberatung. Die Wirksamkeit von OMPRIS wurde im Zuge einer qualitativ hochwertigen randomisierten, kontrollierten, prospektiven Studie (RCT) im Wartegruppendedesign untersucht. In der Analyse wurde zudem für mögliche Störfaktoren (Schwere der Störung, psychische Komorbidität, Art der Internetstörung) kontrolliert. Primärer Outcome der OMPRIS-Studie war die Reduktion der Suchtsymptomatik gemessen mit der Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen. Sekundäre Outcomes waren die Reduktion von psychischen Belastungen (Depressivität und Ängstlichkeit), die Steigerung der Veränderungsmotivation bzgl. der Mediennutzung und der Lebensqualität/-zufriedenheit sowie des globalen Funktionsniveaus. Explorativ sollte zudem untersucht werden, ob es prädiktive Faktoren gibt, die einen Erfolg der Intervention voraussagen.

Ergebnisse: Insgesamt füllten vom 16. August 2020 bis zum 11. März 2022 3007 Menschen einen standardisierten Screeningfragebogen zur Internetnutzung über die Projektplattform aus. Von diesen wurden insgesamt 180 Betroffene entweder in die Interventionsgruppe (n=89) oder die Wartegruppe (n=91) randomisiert. Damit konnten die notwendigen Rekrutierungszahlen übertroffen werden. Die abschließenden Analysen nach Abschluss der Studienrekrutierung zeigten eine statistische und klinische relevante Wirksamkeit der telemedizinischen OMPRIS Intervention. Betroffene mit INS zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Reduktion der Suchtsymptomatik, Mediennutzungszeiten, Depressivität und Ängstlichkeit, sowie einer Steigerung der Veränderungsmotivation und Lebenszufriedenheit. Zudem konnten die gefundenen therapeutischen Effekte auch 6 Wochen und 6 Monate noch gleichbleibend nachgewiesen werden, sodass von einem klinisch wirksamen Effekt auszugehen ist. Die therapeutische Effektstärke der Kurzzeitintervention bzgl. der Suchtsymptomreduktion lag mit $d = 0.92$ in einem relevanten Wirkungsbereich und ist damit mit vielen anderen analogen psychotherapeutischen Effektstärken vergleichbar. Zudem zeigte die Intervention eine erfreulich geringe Abbruchquote (9%) und eine hohe Zufriedenheit bei den Betroffenen, was die exzellente Akzeptanz auf Seiten der Betroffenen belegt.

Diskussion: Zusammenfassend belegt die OMPRIS Studie erstmals, dass die Behandlung von Betroffenen mit INS mittels einer telemedizinischen, webcambasierten Intervention wirksam ist und von den Betroffenen angenommen wird. Aus unserer Sicht ist die Integration in das kassenärztliche Versorgungssystem damit dringend zu empfehlen, um frühzeitig Menschen mit problematischem Internetnutzungsverhalten durch ein niedrigschwelliges und wohnortunabhängiges Therapieangebot zu versorgen und der Chronifizierung einer INS frühzeitig und schnell entgegenzuwirken. OMPRIS könnte somit wohnortunabhängig in unterschiedlichen Phasen der kassenärztlichen Versorgung (z.B. prästationär als Motivationsförderung, poststationär als Nachsorge, oder gar als alleinige Intervention) eingesetzt werden, um INS-Patienten wohnortunabhängig und zentral durch vorhandene universitäre INS-Spezialambulanzen versorgen zu lassen. OMPRIS schließt damit die bestehende Versorgungslücke für diese Patientengruppe. Perspektivisch könnte die OMPRIS Versorgungsstruktur auch auf artverwandte andere Störungsbilder angepasst und modifiziert werden.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Auflistung der beteiligten Projektpartner

Name	Institution	Telefon, Fax, E-Mail	Verantwortlichkeit/Rolle
Dr. med. Jan Dieris-Hirche (PI und Ansprechpartner)	LWL-Universitätsklinikum der Ruhr Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Telefon: 0234-5077-3135 Telefax: 0234-5077-3759 jan.dieris-hirche@rub.de	Konsortialführung/ Entwicklung von OMPRIS/ Projektleitung/ Versorgung/ Administration/ Projektmanagement
Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Herpertz (Direktor der Klinik)	LWL-Universitätsklinikum der Ruhr Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Telefon: 0234-5077-3110 Telefax: 0234-5077-3759 stephan.herpertz@rub.de	Konsortialführung/ Direktor der Klinik
Univ.-Prof. Dr. med. Bert te Wildt	Psychosomatische Klinik Kloster Dießen / Ruhr-Universität Bochum	Telefon: 08807 2251-610 Telefax: 08807 2251-240 bert.tewildt@arte-med.de	Konsortialpartner/ Konzeptentwicklung/ Versorgung
Univ.-Prof. Dr. med. Peter Henningsen	Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München	Tel.: 089 4140-4311 Fax: 089 4140-4315 P.Henningsen@tum.de	Konsortialpartner/ Versorgung
Dr. sc. hum. Klaus Wölfling	Ambulanz für Spielsucht/Kompetenzzentrum Verhaltenssuchte der Poliklinik und Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,	Tel: 06131 17-6147 Fax: 06131 17-6439 woelfling@uni-mainz.de	Konsortialpartner/ Versorgung

	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz		
Prof Dr. med. Dr. rer. pol. Anja Neumann & Dr. PH Silke Neusser	Lehrstuhl für Medizinmanagement, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen	Tel.: +49 201 183-4077 Fax: +49 201 183-4073 anja.neumann@medman.uni.due.de	Konsortialpartner/ gesundheits- ökonomische Evaluation
Prof. Dr. Nina Timmesfeld	Ruhr-Universität Bochum Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie	Telefon: +49 234 32 27790 Telefax: +49 234 32 14325 nina.timmesfeld@rub.de	Konsortialpartner/ klinische Evaluation/ Biometrie
Rainer Beckers M.P.H., M.A.	ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH	T +49 234 97 35 170 F +49 234 97 35 1730 r.beckers@ztg-nrw.de	Konsortialpartner/ Online-Usability Konzepte/ Vernetzungsstrategien
Dr. Kai Müller (1. Vorsitzender)	Fachverband Medienabhängigkeit e.V.	Tel.: 0251 591-4837 Fax: 0251 591-5484 k.mueller@fv-medienabhaengigkeit.de	Kooperationspartner/ fachliches Netzwerk

3. Projektziele

Seit der Freigabe des Internets 1993 kam es zu einer rasanten und stetig ansteigenden gesellschaftlichen Verbreitung und Nutzung. Im Jahr 2021 waren 91% aller Deutschen zumindest gelegentlich online (Initiative D21 e. V., 2022). Parallel zur revolutionären Entwicklung des Internets traten jedoch auch Internet-assoziierte Störungsbilder in Form von Verhaltenssüchten auf, die seit nunmehr 20 Jahren beforscht werden. Im Jahr 2013 wurde erstmals die *Internet Gaming Disorder* als Forschungsdiagnose in den Anhang des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-5 aufgenommen (American Psychiatric Association, 2013). Zudem ist die Diagnose einer Gaming Disorder (GD) im neu erschienen ICD-11 unter den Verhaltenssüchten klassifiziert (World Health Organization, 2019). Der Begriff Internetnutzungsstörungen (INS) gilt als Oberbegriff für die verschiedenen Arten einer pathologischen Nutzung von Internetinhalten, wie Online-Pornographie, Soziale Netzwerkseiten oder Online-Shopping (Montag et al., 2021). Derzeit wird eine erste AWMF S1-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit INS erarbeitet, bei der mehrere Experten inkl. der Konsortialführung des OMPRIS Konsortiums beteiligt sind (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., 2020).

Im Rahmen der Covid-19 Pandemie spielte das Störungsbild eine immer größere Rolle im medizinischen Versorgungs- und Krankenkassensystem. In der 2022 veröffentlichten DAK-Studie „Mediensucht während Corona-Pandemie“ wird im Vergleich zu 2019 (vor der Pandemie) eine um 50% gestiegene Prävalenz einer pathologischen Nutzung bei Kinder und Jugendlichen (Alter 10-19 Jahre) von Social Media (4,6%) und Gaming (4,1%) herausgestellt (DAK-Gesundheit, 2022).

Die bereits 2011 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebene und 2013 nachevaluierte, repräsentative PINTA Studie (Prävalenz der Internetabhängigkeit) zeigte, dass deutschlandweit etwa 550.000 Menschen (1,5%) im Alter zwischen 14 und 64 Jahren von einer INS betroffen sind. Beide Geschlechter waren nahezu gleich häufig betroffen. Jüngere Teilnehmer wiesen höhere Prävalenzen für INS auf (bis 4,0%). Die Schätzung für einen schädlichen Internetgebrauch lag bei 4,6% der Gesamtstichprobe (Rumpf et al., 2014). Menschen mit INS weisen meist psychische Komorbiditäten mit hohen psychosozialen Belastungen und globalen Funktionseinschränkungen auf, wobei die Kausalität bisher nicht belegt ist. Die häufigsten komorbiden Störungen sind Depressionen, soziale Phobien/ Angststörungen, ADHS und Persönlichkeitsstörungen (Lee et al., 2014). Als Risikofaktoren gelten das männliche Geschlecht, junges Alter, niedrige soziale Kompetenz, Impulsivität und Aggressivität, Einsamkeit, eine hohe Internetnutzungsdauer, Problemverschleppung und Vermeidungsverhalten. Soziale Kompetenz, Selbstsicherheit und soziale Integration gelten als Schutzfaktoren (Mihara & Higuchi, 2017). Longitudinale Studien belegen die zeitliche Stabilität der INS nach 6 Monaten (Lemmens et al., 2011) und 2 Jahren (Brunborg et al., 2014), wobei die Befundlage insgesamt nicht einheitlich ist (Mihara & Higuchi, 2017).

Die bis heute noch lückenhafte Versorgungssituation von Menschen mit INS und GD führen aktuell zu einer Unterversorgung der Betroffenen, die meist viel zu spät - oft erst unter Druck des sozialen Systems - in Behandlung kommen. Dies führt zu chronischen Krankheitsverläufen, in denen es zu deutlichen sozialen Funktionsdefiziten (Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes, Abbruch des Studiums, soziale Isolation, Verwahrlosung) kommen kann. Begeben sich Betroffene in psychotherapeutische Behandlung, werden meist die psychischen Komorbiditäten (Depressionen, ADHS, Angststörungen) behandelt; die INS bleibt meist aufgrund fehlender störungsorientierter Therapieansätze unzureichend behandelt. Zudem wird v.a. der schädliche Gebrauch des Internets, aber auch die INS, gesellschaftlich und therapeutisch immer noch verharmlost. Eine mögliche frühe, (sekundär-) präventive Intervention wird somit oftmals zu spät in Betracht gezogen. In einer BMG finanzierten Pilotstudie (Online-Ambulanz-Service für Internetsüchtige (OASIS), 2016-2018) unserer Forschungseinheit konnten wir erstmals zeigen, dass Betroffene mit INS über ein niedrigschwelliges Onlineangebot (damals 2 Sessions zur Diagnostik und Motivierung) erreichbar waren, entdeckten jedoch auch mögliche Barrieren in der Kontaktaufnahme (Bottel et al., 2021; Te Wildt et al., 2018).

In der hier vorliegenden Versorgungsforschungsstudie sollte daher, auf den damaligen Erkenntnissen aufbauend, erstmalig eine komplette und effiziente telemedizinische Behandlungsform entwickelt und evaluiert werden, um somit tatsächlich die vorherrschende Versorgungslücke zu schließen. Betroffene sollten effektiv, frühzeitig und schnell im Suchtraum Internet abgeholt, motiviert und behandelt werden. Um eine möglichst hohe therapeutische Beziehung entstehen zu lassen, wählten wir die intensivste Form der telemedizinischen Behandlung in Form einer webcambasierten Onlinetherapie.

Aus der o.g. Herleitung ergeben sich folgende konkrete Projektziele, die im Rahmen der OMPRIS Studie bearbeitet werden sollen:

OMPRIS Projektziele:

- A) Entwicklung eines innovativen telemedizinischen, d.h. niedrigschwelligen und frühzeitig einsetzbaren, störungsspezifischen und manualisierten Screening- und Versorgungsangebotes (OMPRIS), um betroffene und gefährdete Menschen mit problematischer Internetnutzung im „Suchtraum“ Internet „abzuholen“. Erhebung der generellen Erreichbarkeit von Interessierten und Betroffenen über die OMPRIS Homepage und OMPRIS Plattform im Internet.
- B) Evaluierung der Wirksamkeit der OMPRIS Intervention und der Durchführbarkeit (Akzeptanz, Abbruchraten, Zufriedenheit). Insbesondere sollte die Motivation zur

Veränderung der Mediennutzung gefördert und die INS-Suchtsymptomatik reduziert werden. Dieses Projektziel wurde mittels einer RCT-Studie bearbeitet.

- C) Bei Indikation sollten Betroffene gezielte Unterstützung bei der Vermittlung in geeignete Internetsuchtorientierte Hilfsangebote (z.B. in spezialisierte Behandlungszentren) erhalten, insofern diese überhaupt vorhanden sind. Hierbei wurde das Netzwerk des Kooperationspartners Fachverband Medienabhängigkeit e.V. genutzt. Zudem wurde die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem OMPRIS Programm evaluiert.
- D) Aus gegebenem Anlass wurde ergänzt: Welchen Einfluss hatte die Covid-19 Pandemie auf die Teilnehmenden im OMPRIS Projekt?
- E) Gesundheitsökonomische Analysen und Bewertung der OMPRIS Versorgung.

Hypothesen der RCT-Studie (Teil B):

Primäre Hypothesen:

1.) Die Teilnahme an OMPRIS führt bei den Teilnehmenden zu einer signifikant stärkeren Reduktion der Mediensuchtsymptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Sekundäre Hypothesen:

2.) Die Teilnahme an OMPRIS führt bei den Teilnehmenden zu einer signifikant stärkeren Zunahme der Veränderungsmotivation im Vergleich zur Kontrollgruppe.

3.) Die Teilnahme an OMPRIS führt bei den Teilnehmenden zu einer signifikant stärkeren Zunahme der (gesundheitsbezogene) Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe.

4.) Die Teilnahme an OMPRIS führt bei den Teilnehmenden zu einer signifikant stärkeren Reduktion der Depressivität und Ängstlichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe.

5.) Die Teilnahme an OMPRIS führt bei den Teilnehmenden zu einer signifikant stärkeren Zunahme der Selbstwirksamkeit, des allgemeinen sozialen Funktionsniveau und aktuellen Lebenszufriedenheit im Vergleich zur Kontrollgruppe.

6.) Explorativ werden mögliche Faktoren (störungsbezogen und personenbezogen) untersucht, die eine erfolgreiche Teilnahme an OMPRIS bedingen könnten.

4. Projektdurchführung

Die neue Versorgungsform OMPRIS wurde so entwickelt, dass alle Bestandteile einer qualifizierten medizinischen Versorgung von Menschen mit INS telemedizinisch durchgeführt werden konnten (z.B. ausführliche Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung, Sozialberatung, digitaler Behandlungsbericht, Notfallkontakte etc.). Ziel war es, eine möglichst niedrigschwellige und wohnortunabhängige Versorgungsform für INS zu kreieren. Die OMPRIS Studie nutzt Erkenntnisse bzgl. Rekrutierungsstrategien und Machbarkeit aus einer von unserer Forschungsgruppe zwischen 2016 und 2018 durchgeführten Pilotstudie (Bottel et al., 2021; Te Wildt et al., 2018).

Die intensive 4-wöchige telemedizinische OMPRIS Versorgungsform (Strukturierte Online-Diagnostik, 8-10 Webcam-basierte Therapiesitzungen (2x/Woche), 1-3 Webcam-basierte Sozialberatungen) im 1:1 Setting für Menschen mit problematischem Internetkonsum verfolgte das Ziel die Betroffenen dort abzuholen, wo ihre Sucht entstanden ist und gleichzeitig die Suchtsymptomatik der Betroffenen im Laufe der Beratung zu reduzieren. OMPRIS bietet einen für diesen Einsatz neu entwickelten, störungsorientierten und manualisierten Behandlungsansatz und basiert auf motivationsfördernden und störungsorientierten Interventionen. Auf Basis bisher publizierter Therapiemanuale für analoge Therapien sowie langjähriger klinischer Erfahrungen in der Behandlung von Menschen mit INS wurden ausgewählte verhaltenstherapeutische, suchtherapeutische,

alltagsstrukturierende, ressourcenfördernde, medienpädagogische Interventionen in einem speziell für die webcambasierte OMPRIS-Intervention entwickelten Manual erarbeitet (Pape et al., 2023). Das OMPRIS Manual ist als Anlage 1 und 2 dem Ergebnisbericht beigelegt. Ergänzend wurde eine manualisierte, sozialarbeiterische Arbeitshilfe zur Überwindung sozialmedizinischer Probleme erarbeitet (Anlage 3). Die grundlegende therapeutische Haltung orientierte sich an der motivationsfördernden Gesprächsführung des in der Suchtmedizin etablierten Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2012). Der Screening- und Diagnostikphase folgt eine ca. 4-wöchige Behandlungsphase samt katamnestic Nachuntersuchungen nach Behandlung, nach 6 Wochen und nach 6 Monaten (Abb. 1).

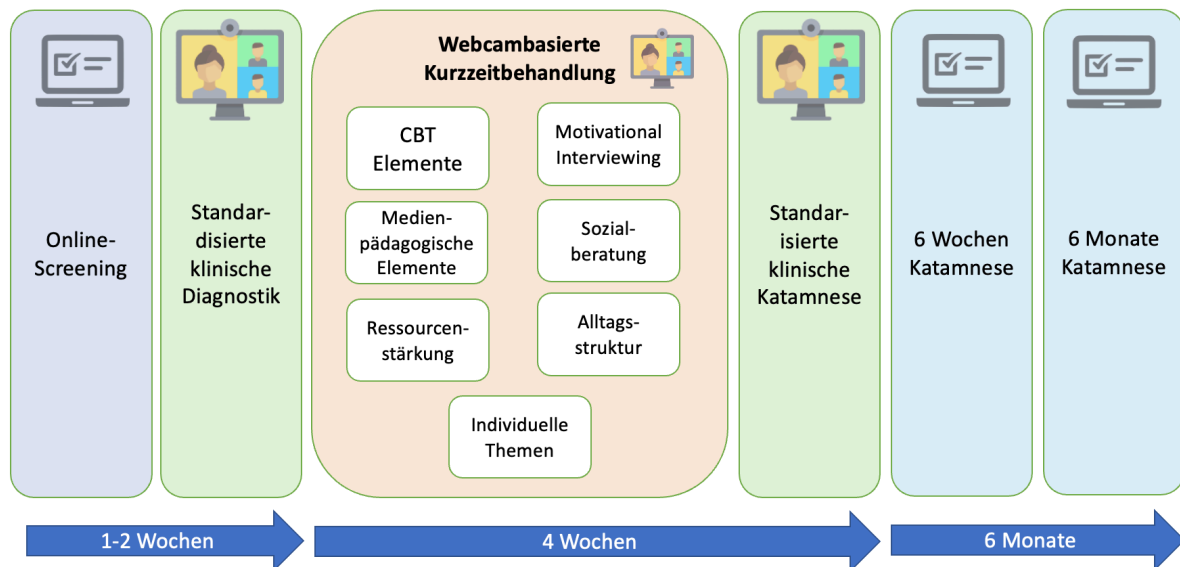


Abbildung 1: OMPRIS Versorgungsform

Im ursprünglichen Projektantrag sollte die webcambasierte OMPRIS-Beratung in Kleinstgruppen stattfinden. Aufgrund von damaligen datenschutzrechtlichen Bedenken, die durch die Ethikkommission der Ruhr-Universität Bochum geäußert wurde, wurde die Intervention in Absprache mit den Konsortialpartnern und dem Förderer in ein 1:1 Setting via Webcam modifiziert. Durch die frühzeitige Konzeptänderung direkt zu Beginn der Projektlaufzeit und der zugrundeliegenden Flexibilität der Methoden für die Beratung, die sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting ihre Wirksamkeit gezeigt hat, war die Umstellung möglich. Durch Vorarbeiten der Konsortialführung sowie der effizienten Zusammenarbeit zwischen den durchführenden Kliniken konnte der Mehraufwand an Beratungen zwischen den Zentren verteilt und die Projektziele fristgerecht erreicht werden. Das im Rahmen der OMPRIS Studie genutzte OMPRIS-Portal ist eine webbasierte Plattform zur effizienten Durchführung der gesamten OMPRIS-Intervention sowie der Studienfunktionen. Kernfunktionalitäten sind z.B. die Anmeldung und Erstellung von Nutzerkonten, Verwaltung/Buchen von Terminen, Erhebung von diagnostischen Fragebögen, Darstellung der Scores für die Therapeut:innen, Controlling der Therapieprozesse, 1:1 verschlüsselte Videokonferenzfunktion, digitales Whiteboard, digitale Arbeitsblätter, automatische Teilnahmebescheinigungen. Studienspezifische Funktionen (z.B. automatische Randomisierung und Zuteilung, Pseudonymisierung, Trennung von Klarnamen und patientenbezogenen Therapiescores) wurde am Ende der Projektlaufzeit entfernt. Im Rahmen des Projektes selbst wurden keine IT-Standards, Profile oder Leitfäden entwickelt. Die Plattform wurde als Fremdleistung vergeben und der Hersteller verwendet Standard-Web-Technologien wie beispielsweise das Web-RTC-Protokoll für die Videokonferenz. Die im

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

Projekt genutzte Version der OMPRIS Plattform beruhte auf einer für die Projektzwecke modifizierten und angepassten Plattform des Anbieters HeymerConsult (Hevido). Das Lastenheft in als Anlage 7 einsehbar.

Die OMPRIS Studie wurde initiiert, geplant und koordiniert durch die Konsortialführung LWL-Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum (Zentrum West). Drei weitere Kliniken mit fachlicher Expertise in der Behandlung von Menschen mit INS (Zentrum Mitte: Mainz, gemeinsames Zentrum Süd: Dießen & München) nahmen an der Studie teil und unterstützten die Umsetzung der Prozesse, Rekrutierung und Behandlung der Betroffenen. Die Evaluationen und statistischen Analysen wurden durch die Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Ruhr-Universität Bochum sowie dem Lehrstuhl für Medizinmanagement, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, übernommen. Die Entwicklung der Online-Umgebung (rechtliche Aspekte, Datensicherheit etc.) sowie die onlinebezogenen Strategien (Positionierung etc.) wurden durch das ZTG (Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH) koordiniert bzw. unterstützt. Bei der Verbreitung und Bekanntmachung des OMPRIS-Angebots sowie der Vermittlung an wenigen existierenden deutschlandweiten Hilfsangebote unterstützte der Fachverband Medienabhängigkeit e.V. durch sein bestehendes bundesweites Netzwerk.

5. Methodik

Studiendesign

Es wurde eine multizentrische, prospektive, einfach verblindete, randomisierte kontrollierte Studie mit Therapeut:innen aus vier auf INS spezialisierten universitären, medizinischen Zentren in Deutschland durchgeführt. Rekrutierung, Diagnostik und Therapie erfolgten vollständig online. Die Zuteilung zu den Zentren erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Die Studie wurde führend von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum genehmigt. Ethikvoten der anderen Studienzentren wurden in Folge ebenfalls eingeholt.

Das Studienprotokoll wurde zudem open access im Journal BMJ veröffentlicht (Dieris-Hirche et al., 2021) und ist online unter folgendem Link abrufbar: doi: [10.1136/bmjopen-2020-045840](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045840). Dem Studienprotokoll sind ausführliche Details insbesondere zur Methodik (Darstellung des Studiendesigns, Zielpopulation, Ein- & Ausschlusskriterien, Rekrutierung, Randomisierung, Verblindung, Operationalisierung der Endpunkte, Auswertungsmethodik) zu entnehmen, sodass an dieser Stelle nur eine verkürzte Übersicht der Studienmethodik beschrieben wird. Zusätzlich wurde die OMPRIS-Studie vor Beginn der Rekrutierung im Deutschen Register für klinische Studien (DRKS) registriert und der Studienablauf mit allen relevanten Aspekten dargestellt (DRKS00019925; <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00019925>). Ausführliche Details zur Entwicklung der psychotherapeutischen OMPRIS Behandlungsstrategien sowie der Empfehlungen zur Anpassung an die telemedizinischen Bedingungen sind der 2023 open access publizierte Darstellung des Manuals (DOI: [10.3389/fpsyt.2023.1053930](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1053930)) zu entnehmen (Pape et al., 2023). Die zentralen Hauptergebnisse der RCT Studie sind unterdessen open access (DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102216>) im Journal eClinicalMedicine (THE LANCET Discovery Science) publiziert (Dieris-Hirche et al., 2023).

Zielpopulation und Procedere der Rekrutierung und Durchführung

Das OMPRIS Angebot stand allen Interessierten und Betroffenen deutschlandweit vom 16. August 2020 bis zum 11. März 2022 zur Verfügung. Die Rekrutierung erfolgte online über die Studienhomepage und OMPRIS-Plattform www.onlinesucht-hilfe.com. Das Angebot war

über Internetsuchmaschinen auffindbar. Zusätzlich wurden über Pressemitteilungen, Zeitungsartikel, Fachvorträge, Social Media Beiträge, Radio- und TV-Interviews sowie über Podcast-Teilnahmen auf das Angebot aufmerksam gemacht. Über den Kooperationspartner Fachverband Medienabhängigkeit e.V. wurden zudem im Netzwerk beteiligte Behandler:innen aus ganz Deutschland über das OMPRIS Angebot informiert.

Interessierte Betroffene konnten direkt auf der Studienhomepage Informationen über das Störungsbild der INS und Gaming Disorder durchlesen. Zudem wurde ein Selbsttest (Wölfling et al., 2016) angeboten. Nach Durchführung des Selbsttestes bekamen die Teilnehmenden eine Rückmeldung über eine möglicherweise riskante oder pathologische Internetnutzung und es wurde eine Einladung zur Teilnahme an der OMPRIS Intervention angeboten. Ergänzend wurden Informationen zum Studienablauf (z.B. Wartegruppendedesign und Randomisierung) gegeben. Danach konnten sich die Teilnehmenden ein Benutzerkonto erstellen und einen Termin für die webcambasierte Teilnahmeaufklärung buchen. Im Zuge dieses Termins wurden alle offenen Fragen der Teilnehmenden geklärt, die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft, der Studienablauf skizziert und das Einverständnis der Teilnehmenden (bei unter 18-Jährigen auch die Einwilligung eines Elternteiles) explizit erfragt. Nach dem erfolgreichen Teilnahmeaufklärungsgespräch und Einschluss der Teilnehmenden wurde ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung psychischer Störungen sowie zur Diagnostik einer INS durchgeführt. Folgend wurden die Fragebögen zur Baseline-Messung (T0) durch die Teilnehmenden ausgefüllt. Sobald die Baseline-Messung abgeschlossen war, wurden die Teilnehmenden automatisch randomisiert und entweder der Interventionsgruppe (IG) oder Wartegruppe (WG) zugeordnet. In den folgenden vier Wochen nahmen die Teilnehmenden der IG an der manualisierten OMPRIS-Intervention teil. Teilnehmende der WG erhielten in dieser Zeit keine Intervention (Wartezeit), konnten aber nach der Wartezeit an OMPRIS teilnehmen.

Ein- & Ausschlusskriterien:

Um eine möglichst niedrige Schwelle zur Teilnahme zu ermöglichen, wurden breite Einschlusskriterien gewählt:

1. Vorliegen einer pathologische oder riskanten Internetnutzung nach DSM-5 und ICD-11 Kriterien oder subjektiv hoher Leidensdruck bzgl. der Internetnutzung.
2. Alter ab 16. Lebensjahr (unter 18 Jahre mit Einwilligung mind. eines Elternteils in Form einer kurzen schriftlichen Einwilligung und einer kurzen webcambasierten Bestätigung).
3. Möglichkeit zur regelmäßigen Nutzung einer Internetanbindung mit Webcam und/oder mindestens Mikrofon sowie eine Emailadresse.
4. Ausreichendes Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache.
5. Informierte Zustimmung zur Auflösung der Pseudonymisierung im Notfall (d.h. bei konkreter Suizidalität).

Als Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

1. Vorliegen von psychotischen Symptomen (akut oder in den letzten 6 Monaten).
2. Akute Suizidalität oder Selbstgefährdung mit Behandlungsindikation.
3. Schwere Intelligenzminderung, die einer Teilnahme entgegenstehen.
4. Im Vordergrund stehende Substanzabhängigkeit.
5. Vorliegen bekannter somatischer Vorerkrankungen, die selber oder deren Behandlung durch hormonbeeinflussende Medikamente mit einer Impulskontrollstörung einhergehen könnten (z.B. Morbus Parkinson mit dopaminerger Medikation).
6. Aktuell bereits laufende psychotherapeutische Behandlung aufgrund der Internetbezogenen Störung.

7. Konsum von illegalen Internetinhalten (aus gegebenen Anlässen nachträglich ergänzt; nicht im Studienprotokoll als Ausschlusskriterium genannt)

Stellte sich im klinischen Interview im Rahmen der Eignungsuntersuchung fest, dass Interessenten primär an einer sexuelle Präferenzstörung litten und illegale Inhalte als hauptsächliche problematische Internetnutzung angaben, wurde an entsprechende spezialisierte Anlaufstellen (Dunkelfeld Projekt) vermittelt bzw. verwiesen. Die Teilnahme an OMPRIS war dann nicht möglich, da OMPRIS nicht für die Behandlung von Präferenzstörungen entwickelt wurde.

Weitere Informationen sind dem publizierten Studienprotokoll zu entnehmen (Dieris-Hirche et al., 2021). Die Teilnehmer wurden zu Beginn der ersten Webcam-Sitzung informiert und aufgefordert, Fragen zu stellen. Die Einverständniserklärungen konnten jederzeit von der Website der Studie heruntergeladen werden. Alle Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis. Bei Teilnehmern unter 18 Jahren wurde zusätzlich die Zustimmung eines Elternteils per Webcam und in schriftlicher Form eingeholt. Den Teilnehmern wurden Gutscheine für das rechtzeitige Ausfüllen der Online-Fragebögen angeboten, weitere finanzielle Anreize gab es jedoch nicht. Alle Teilnehmerinnen erhielten nach ihrer letzten Sitzung einen kurzen, automatisch generierten Feedback-Bericht per E-Mail, der eine kurze OMPRIS-Beschreibung, eine Teilnahmebestätigung, eine INS-Diagnose und (falls zutreffend) eine personalisierte Empfehlung für die weitere Behandlung enthielt.

Fallzahlen

Vor Durchführung der Studie wurde eine wissenschaftlich abgeleitete Stichprobenkalkulation durchgeführt. Die detaillierte Methodik und Powerkalkulation ist dem publizierten Studienprotokoll zu entnehmen (Dieris-Hirche et al., 2021). Unter der Annahme einer Drop-out-Rate von 30 % sollten insgesamt N=162 Patient:innen in die Studie randomisiert werden (n=81 pro Gruppe). Im Rahmen der Rekrutierungsphase konnten insgesamt N=180 Patient:innen in die Studie eingeschlossen und randomisiert werden (IG = 89; WG = 91). Die Abbruchquote in der Interventionsgruppe war erfreulich niedrig (8 von 89 Patient:innen der IG, 8,98%). Insgesamt konnte damit eine gute statistische Power in den Analysen erreicht werden.

Randomisierung und Verblindung

Die Teilnehmerinnen wurden automatisch im Verhältnis 1:1 entweder der OMRPIS Interventionsgruppe (IG) oder der Wartegruppe (WG) zugewiesen. Dabei wurden mittels balancierter Randomisierung (Borm et al., 2005) folgende 4 relevante Faktoren kontrolliert: Symptomschwere zu Baseline, Geschlecht, Alter und Art der INS. Folgende Prozesse wurden verblindet durchgeführt:

- Randomisierung der Patient:innen (Verblindung der Zuordnung)
- Diagnostik vor der Intervention (Verblindung der Zuordnung)
- Gruppenzugehörigkeit während der Behandlung (Verblindung der Therapeut:innen)
- Erhebung der primären und sekundären Outcomes (Verblindung der Zuordnung und Untersucher:innen)
- Datenmanagement vor der Auswertung (Verblindung der Zuordnung)
- Analyse der Outcomes (Verblindung der Zuordnung)

Patient:innen der Wartegruppe wurde nach der Wartezeit die Teilnahme an der OMPRIS Intervention angeboten. Diese hier erhobenen Daten gingen nicht in die RCT-Analyse ein.

Weiter Informationen zur Randomisierung und Verblindung sind dem publizierten Studienprotokoll zu entnehmen (Dieris-Hirche et al., 2021).

Outcomes

Detaillierte Informationen zu Qualitätskriterien der genutzten Messinstrumente sowie der Messzeitpunkten finden sich im veröffentlichten Studienprotokoll (Dieris-Hirche et al., 2021) sowie in Tabelle 2.

Primärer Outcome

Als *primärer Outcome* wurde der Schweregrad der INS-Symptome gewählt, der mittels der standardisierten Skala zum Online-Suchtverhalten OSV-S (engl. AICA-S) (Wölfling et al., 2016) erhoben wurde. Die Skala besteht aus 14 Items (fünfstufige Likert-Skala), die sich auf die DSM-5-Kriterien INS bzw. Gaming Disorder beziehen und umfasst folgende Bereiche: Craving, Kontrollverlust, Toleranz, erfolglose Versuche der Abstinenz/Kontrolle, Zeit online und Entzugssymptome. Darüber hinaus werden die subjektiv erlebten negativen Folgen für Schule, Arbeit, Gesundheit und soziale Kontakte erhoben. Zuletzt werden die genauen Nutzungszeiten, die bevorzugten Online-Aktivitäten und der subjektiv problematischste Bereich der Internetnutzung erhoben. Es wird ein Gesamtscore nach einer Auswertungsmatrize gebildet und es können Werte zwischen 0 und 27 Punkten erreicht werden. Eine Punktzahl zwischen 7,0 und 13,0 Punkten wird als *moderat abhängiges (missbräuchliches) Nutzungsverhalten* eingestuft, eine Punktzahl über 13,5 Punkten gilt als *abhängiges (pathologisches) Nutzungsverhalten*. Die Reliabilität und Validität des OSV-S wurden ausführlich an mehreren großen Stichproben getestet und belegt (interne Konsistenz von $\alpha=0.86$ (Wölfling et al., 2011)). Der OSV-S Fragebogen gilt als einer der besten klinischen Fragebögen zur Messung von pathologischer Computer- und Internetnutzung (King et al., 2020).

Sekundäre Outcomes

Detaillierte Informationen wie Literaturquellen, Qualitätskriterien und Messzeitpunkte finden sich im veröffentlichten Studienprotokoll (Dieris-Hirche et al., 2021).

Als sekundäre Outcomes wurden erhoben (siehe Tabelle 2):

Als Selbstbeurteilung

- Depressionssymptome (PHQ-9)
- Angstsymptome (GAD-7)
- Motivationale Veränderungsbereitschaft bzgl. des Internetkonsums (iSOCRATES)
- Globale Lebenszufriedenheit (L-1)
- Allgemeine Selbstwirksamkeit (GSE)
- Big-Five-Persönlichkeitseigenschaften (BFI-10)
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)

Als Fremdbeurteilung

- Globales Funktionsniveau (GAF), erhoben verblindet durch eine geschulte Psychologin

Sonstige Parameter

Darüber hinaus wurden soziodemografische Daten sowie eine Internetnutzungshistorie mit Nutzungszeiten und -häufigkeiten, Art der Nutzung und ein globales Maß für pathologische Internetnutzung (CIUS) erhoben. Für den Fall von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen sowie der Umgang mit Suizidalität wurden SOPs entwickelt (siehe Anlage 8 und 9). Die Suizidalität wurde bei jeder Sitzung überprüft und dokumentiert. Alle Checklisten sind der Anlage 12 bis 15 zu entnehmen.

Die Erhebung der komorbiden psychischen Störungen wurde mithilfe des standardisierten psychiatrischen diagnostischen Interviews MINI 7.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview) einmalig zu Baseline durchgeführt. Zusätzlich wurde das Vorliegen einer Internetnutzungsstörung mittels des standardisierten klinischen Interviews AICA-SKI:IBS

(Assessment of Internet and Computer Game Addiction Structured Clinical Interview) zu Baseline und nach Intervention durchgeführt. Beide klinischen Interviews wurde von der Raterin verblindet durchgeführt. Diese war eine Psychologin in fortgeschrittener psychotherapeutischer Ausbildung mit Erfahrung in klinischer Diagnostik. Zudem erhielt sie eine Schulung. Der diagnostische Prozess wurde manualisiert und ist der Anlage 4 zu entnehmen.

Zur Durchführung der gesundheitsökonomischen Analyse wurden zahlreiche Parameter der Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Leistungen sowie die Lebensqualität (EQ-5D-5L) erhoben. Die Entwicklung des gesundheitsökonomischen Instrumentes ist im Anhang E des Ergebnisberichtes beschrieben (Tabelle E1); die genutzten Fragebögen sind als Anlage 10 und 11 einsehbar.

Beschreibung der OMPRIS Intervention und der OMPRIS Therapeut:innen

Im Rahmen des OMPRIS Projektes wurde eine telemedizinische, webcambasierte Behandlungsform neu entwickelt. Betroffene aus ganz Deutschland konnten über die Homepage www.onlinesucht-hilfe.com im Rahmen eines kostenlosen Selbsttestes auf pathologische Internetnutzung testen und sich danach bei Motivation für die Teilnahme an der Online-Behandlung registrieren. Die OMPRIS Intervention wurde auf Basis vorhandener therapeutischer Materialien, Expertenrat und jahrelanger klinischer Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Internetnutzungsstörungen entwickelt und manualisiert. Es wurde ein Manual samt Arbeitsmaterialien angefertigt, das diesem Bericht als Anlage angefügt ist. Zudem wurden die Entwicklungsschritte, die psychotherapeutischen Inhalte und Strategien sowie die Empfehlungen zur Umsetzung/Anpassung an die telemedizinische Umgebung als wissenschaftlicher Methodenartikel publiziert (Pape et al., 2023)(DOI: [10.3389/fpsy.2023.1053930](https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1053930)). Eine sehr reduzierte Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte und Ansätze ist der Tabelle A 1 im Anhang 1 des Ergebnisberichtes zu entnehmen.

Die OMPRIS Intervention bestand einerseits aus einer Anzahl von spezifischer psychotherapeutischer Einzelsitzungen (webcambasiert) sowie einer individualisierten, webcambasierten Sozialberatung. Auch die erwartbaren Themenfelder der Sozialberatung wurde soweit möglich manualisiert und ist diesem Bericht als Anlage 4 angefügt.

Insgesamt dauerte die intensive Online-Intervention 4 Wochen, wobei mehrere Sessions pro Woche (2 psychotherapeutische plus ggf. Sozialberatung a ca. 60 Minuten) durchgeführt wurden. Insgesamt konnten die Betroffenen somit eine Dosis von ca. 10 Sessions Behandlung plus 2 Sessions Diagnostik (vorher und nachher) erhalten.

Die webcambasierte, psychotherapeutische Intervention wurde von insgesamt 7 OMPRIS Therapeut:innen (6 weibliche, 1 männlicher) durchgeführt. Zusätzlich wurden die Eingangs- und Abschlussdiagnostik (klinische Interviews) durch eine verblindete Raterin durchgeführt.

Die OMPRIS Therapeut:innen waren alle Psycholog:innen (Masterabschluss) und waren alle jahrelange Mitarbeitende der klinischen Spezialambulanzen zur Behandlung von Internetnutzungsstörungen, d.h. hatten Erfahrung in der Beratung und Behandlung von Betroffenen. Die Raterin war eine Psychologin in weit fortgeschrittener psychotherapeutischer Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin und war sehr erfahren in der Durchführung von klinischen Interviews und klinischer Einschätzung von Symptomschweren.

Alle OMPRIS Therapeut:innen erhielten eine Schulung in Motivational Interviewing sowie in der Verwendung des OMPRIS Manuals. Zudem bekamen Sie alle Therapiematerialien zur Verfügung gestellt. Die Raterin erhielt eine Schulung in der Durchführung des AICA:SKI-IBS Interviews zur Diagnostik einer Internetnutzungsstörung.

Auswertungsmethodik und -strategie des RCTs

Vor Auswertung und Beginn der Analysen wurden zwei statistische Analysepläne (SAP) entwickelt, die das genaue Vorgehen (genaue Analysen, Umgang mit Störvariablen etc.) vorab definierten und festlegten (Anlage 5 und 6). SAP 1 wurde durch die Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Ruhr-Universität Bochum (Bochum, Prof. Dr. Timmesfeld) erstellt und definiert das statistische Vorgehen bezüglich der klinischen primären und sekundären Endpunkte. SAP 2 wurde vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen (Duisburg-Essen, Prof. Dr. Dr. Neumann) erstellt und definiert das Vorgehen der gesundheitsökonomischen Analysen. Weitere Informationen sind auch dem publizierten Studienprotokoll zu entnehmen (Dieris-Hirche et al., 2021).

Die primären und sekundären Outcomes wurden zu Studienbeginn (T0), zur Mitte der Behandlung (ca. 2 Wochen nach Behandlungsbeginn; T1), nach der Behandlung (ca. 4 Wochen nach Behandlungsbeginn; T2), 6 Wochen nach Beginn der Intervention (6-Wochen-Follow-up; T3) und 6 Monate nach der Randomisierung (6-Monats-Follow-up; T4) gemessen (Tabelle 2). Die Ergebnisse wurden deskriptiv nach Behandlungsgruppen und Messzeitpunkten analysiert. Die Analyse des primären Outcomes OSV-S erfolgte nach dem Intention-to-treat-Prinzip (ITT) und umfasste alle randomisierten Teilnehmer:innen. Die sekundären Endpunkte wurden in modifizierten ITT-Populationen ausgewertet. Diese umfassen alle randomisierten Teilnehmer:innen, deren jeweiliger sekundärer Endpunkt zu T0 und zu T2 gemessen wurde. Die Hauptanalysen wurden mittels einer Kovarianzanalyse (ANCOVA) durchgeführt, d.h. einer linearen Regressionsanalyse, bei der die Post-Treatment-Messung (T2) des jeweiligen Scores als abhängige Variable und die Baseline-Pre-Treatment-Messung (T0) als Kovariate verwendet wurde. Weitere (Ko-)Variablen im Modell waren die Interventionsgruppe, der Typ der INS, das Alter, das Geschlecht und ein binärer Indikator, ob eine psychiatrische Komorbidität vorliegt. Die Art der INS wurde unterteilt in (1) Online-Streaming, (2) Online-Spiele, (3) Online-Pornografie, (4) soziale Netzwerke und Chatten und (5) andere Genres (Online-Shopping, Informationsrecherche, Online-Glücksspiel und Schreiben von E-Mails). Zur Erhebung der aktuellen psychiatrischen Komorbidität wurde das standardisierte klinische Interview MINI 7.0.2 bei Studienbeginn erhoben. Wenn die Messung des primären OSV-S Ergebnisscores nach der Behandlung (T2) nicht vorlag, wurde er durch den OSV-S Score zum Zeitpunkt T1 ersetzt, sofern verfügbar, oder durch multiple Imputation. Darüber hinaus wurden eine Per-Protocol-Analyse und Sensitivitätsanalysen für das primäre Outcome durchgeführt. Cohens' d wurde aus dem Regressionsmodell geschätzt und als Effektgrößenindikator verwendet. Mit Hilfe einer Moderatorenanalyse wurden mögliche Prädiktoren (z. B. personenbezogene Merkmale) für die erfolgreiche Teilnahme an der OMPRIS-Intervention untersucht. Zu diesem Zweck wurden Modelle mit Interaktionen zwischen der Intervention und dem Schweregrad der INS bei Studienbeginn (OSV bei T0), dem Alter, dem Geschlecht und der Art der INS berechnet. Die Charakterisierungen der Stichproben (Alter, Geschlecht, soziodemografische Daten, Mediennutzung, Persönlichkeitsstile) wurden deskriptiv ausgewertet, Gruppenunterschiede bzgl. der BFI-10 Scores wurde mittels t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Die Verteilungen der kategorialen INS Diagnosekriterien pre-post wurden deskriptiv und mittels des McNemar-Tests für verbundene Stichproben ausgewertet. Alle statistischen Analysen wurden in R, Version 4.2.1 oder SPSS, Version 28.0 und mit einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 5 % durchgeführt.

Studiendauer, Messzeitpunkte und Follow-up Messungen

Studiendauer:

Der Förderzeitraum umfasste 3 Jahre (1. November 2019 bis 31. Oktober 2022). Die Rekrutierung (Einschluss in die Studie) wurde zwischen dem 16. August 2020 und dem 11. März 2022 durchgeführt. Die letzte Follow-up Erhebung erfolgte am 11. September 2022.

Messzeitpunkte:

Die Teilnehmenden füllten vor der Randomisierung (T0, Pre-Intervention), in der Mitte der Interventions-/Wartezeit (T1, Mid-Intervention) und nach der Interventions-/Wartezeit (T2, Post-Intervention) Fragebögen zu den primären und sekundären Outcomes aus. Zur Ermittlung der Langzeitwirkung wurde nach 6 Wochen (T3) und 6 Monate (T4) nach der Intervention/Wartezeit Follow-Up Messungen durchgeführt. Für die Teilnehmenden der WG bestand die Möglichkeit nach der Wartezeit und der für das RCT relevanten Post-Intervention Messung (T2) an der OMPRIS-Intervention teilzunehmen.

Detaillierte Informationen zu den Messzeitpunkten sowie den jeweils dort eingesetzten Instrumenten finden sich im veröffentlichten Studienprotokoll (Dieris-Hirche et al., 2021) sowie in Tabelle 2.

Tabelle 2: Fragebögen und Messzeitpunkte

	T0a Eignung	T0 Baseline	Jede Session	T1 Mitte der Intervention	T2 Nach Intervention	T3 and T4 Follow-up	
Erwarteter Zeitpunkt der Messung	1 Woche			Nach 2 Wochen	Nach 4 Wochen	6 Wochen nach T2	6 Monate nach Randomisierung
Einwilligung	x						
Lifestyle Parameter		x			x	x	x
Behandlungsinformationen		x					
Zufriedenheit			x		x		
Stimmung			x				
AICA-SKI:IBS		x			x		
Gruppenvergleich							
AICA-S	x	x		x	x	x	x
iSOCRATES		x		x	x	x	x
L-1		x			x	x	x
PHQ-9		x			x	x	x
GAD-7		x			x	x	x
GAF		x			x		
CIUS		x		x	x	x	x
GSE		x			x	x	x
Deskriptive Beschreibung (nur in der Interventionsgruppe verfügbar)							
Weitervermittlungsrates						x	x
Basis-Charakteristika							
Soziodemografie	x						

MINI		x					
BFI-10		x					
Gesundheitsökonomische Parameter							
Ressourcenv erbrauch		x			x	x	x
EQ-5D-5L		x			x	x	x

Anmerkungen: AICA-S (d.: OSV), Skala zur Bewertung der Internet- und Computerspielsucht; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; GAD-7, Generalised Anxiety Disorder-7; GAF, Global Assessment of Functioning; CIUS, Compulsive Internet Use Scale; L-1, General Life Satisfaction Short Scale; GSE, General Self-Efficacy Scale; iSOCRATES, Stage of Readiness and Treatment Eagerness for Internet use disorder; BFI-10, Big Five Inventory

Methodik der gesundheitsökonomischen Evaluation

Als Datengrundlage für die gesundheitsökonomischen Analysen diente der Onlinefragebogen, der durch die Teilnehmer:innen ausgefüllt wurden (siehe Anlage 10 & 11). Durch das Design als Online-Fragebogen mit von der Software vorgegebenen Bedingungen beim Ausfüllen gab es kaum klassische Missings. Technisch bedingt kam es lediglich zu einigen wenigen bei wenigen Häufigkeiten (z.B. Anzahl Hausarztbesuche, wenn vorher „ja“ angegeben wurde). Diese Missings wurden mit dem Median der Gruppe ersetzt. Die gesundheitsökonomischen Analysen wurden also auf Basis von N=169 Datensätzen durchgeführt.

Die gesundheitsökonomische Evaluation war geplant als Kosten-Wirksamkeits-Analyse sowie als Kosten-Nutzwert-Analyse. Die durch einen Studienteilnehmenden verursachten Kosten im Gesundheitssystem wurden mittels eines dreistufigen Prozesses ermittelt. Zunächst wurden für die Analyse relevante Kostenkomponenten identifiziert, der Verbrauch der Ressourcen quantifiziert, und zuletzt wurden Preise für die Ressourcen recherchiert. Das Vorgehen der Kostenberechnung basiert auf publizierten gesundheitsökonomischen Empfehlungen für Deutschland (Bock et al., 2015; Grupp et al., 2017; Krauth et al., 2005; Scholz et al., 2020). In die Analyse wurden direkte medizinische Ressourcenverbräuche im ambulanten und stationären Sektor eingeschlossen. Einbezogen wurden hierbei ambulante Arztkontakte, Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Rehabilitation und Heilmittel. Des Weiteren wurden indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung untersucht. Zuletzt wurden direkte nicht-medizinische Ressourcenverbräuche hinsichtlich Hilfeleistungen im Alltag aufgrund psychischer Erkrankungen erfasst. Die Erfassung relevanter Hilfeleistungen orientiert sich an der Publikation von Grupp et al. und wurde entsprechend der Bedarfe der Zielgruppe in der vorliegenden Studie weiterentwickelt (Grupp et al., 2017). Zudem wurden Ressourcenverbräuche hinsichtlich Wohnform, erhaltene Geldleistungen, Schulden, berufsbegleitenden Maßnahmen, Angeboten im sozialpsychiatrischen Bereich und Einfluss des Online-Verhaltens auf Schule/Ausbildung/Arbeit einbezogen.

Der Ressourcenverbrauch im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde retrospektiv über eine wiederholte Fragebogenerfassung ermittelt (Messpunkte: T0 Baseline und T2 Post-Intervention). Die Erhebung erfolgte in Form einer Online-Befragung. Das Fragen- und Antwortformat basierte auf publizierten Erhebungsbögen und darüber hinaus selbst entwickelten Fragen (Bock et al., 2015; Grupp et al., 2017). Im Anhang E (Tabelle E1) werden die Quellen der jeweiligen Fragen dargestellt. Die Fragebögen sind in der Anlage 10 und 11 einsehbar. Zum Zeitpunkt T0 wurden retrospektiv die Ressourcenverbräuche der letzten 10 Wochen erhoben. Nach der vierwöchigen Intervention/Wartezeit erhielten alle Probanden online den Fragebogen T2, der nach maximal 28 Tagen ausgefüllt werden musste. Der Fragebogen T2 erfragte Ressourcenverbräuche seit der Baseline-Erhebung T0. Zur Herstellung vergleichbarer Zeiträume, wurden für jeden Probanden individuell Kosten/Tag berechnet. Zur Bepreisung von ambulanten Arztkontakten, Krankenhausaufenthalten, Rehabilitation und Heilmitteln wurden größtenteils veröffentlichte Standardkostensätze verwendet (Bock et al.,

2015; Grupp et al., 2017). Zusätzlich wurden Informationen aus Quellen wie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu Grunde gelegt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022). Die Hilfe im Alltag wurde zum einen mit dem Nettolohn im Bereich der Hilfe durch Angehörige (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022b) sowie mit einem Standardkostensatz im Bereich des ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes (Grupp et al., 2017) und Gehaltsangaben des Entgeltatlasses der Arbeitsagentur bepreist (Bundesagentur für Arbeit, 2021). Der Preis für den Produktivitätsausfall wurde nach dem Friktionskostenansatz berechnet (IQWiG, 2022) und mit dem durchschnittlichen Bruttolohn (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022b), zuzüglich Arbeitgeberanteil (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022a) bewertet.

Über die LAUER TAXE® wurden Medikamentenpreise, unter Berücksichtigung der in Schwalm et al. beschriebenen Methodik, recherchiert (Schwalm et al., 2020). Die Medikamentenpreise wurden auf Wirkstoffebene in der LAUER TAXE® gesucht. Nach Empfehlung von Schwalm et al. wurde der durchschnittliche Preis der drei günstigsten Präparate auf Basis der größtmöglichen Packung berechnet (Schwalm et al., 2020). Hierbei wurde bei Medikamenten in Tablettenform die Packungsgröße auf maximal 100 Stück begrenzt, da angenommen wird, dass für den Privatgebrauch in der Regel keine größeren Packungsgrößen verwendet werden. Kann die Dosierung des Medikaments pro Tag nicht den Angaben des Fragebogens entnommen werden, wird die defined daily dose (DDD) herangezogen (Fricke et al., 2009). Bei unzureichender Zuordenbarkeit einer Medikamentenangabe zu einem Wirkstoff wurden dem Arzneimittelverordnungsreport der Preis pro DDD für eine Medikamentenobergruppe entnommen (Ludwig et al., 2021). Die Bereiche Wohnform, erhaltene Geldleistungen, Schulden, berufsbegleitende Maßnahmen, Angebote im sozialpsychiatrischen Bereich und Einfluss des Online-Verhaltens auf Schule/Ausbildung/Arbeit wurden deskriptiv ausgewertet. Eine Darstellung der Kosten für diese Ressourcenverbräuche erfolgte nicht.

Die gesundheitsökonomische Evaluation wird zum einen aus der Perspektive der Gesellschaft, zum anderen aus der Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt. Der zuvor beschriebene dreistufige Prozess der Kostenberechnung wird jeweils für beide Perspektiven durchlaufen.

Über eine Befragung der planenden und durchführenden Personen der Intervention, wurden aufgewendete Personal- und Sachressourcen der Intervention, differenziert nach der Konzeption der Intervention, laufenden Kosten der Intervention, Kosten der Interventionsdurchführung und Schulung eines Interventionszentrums, erhoben. Personalkosten zuzüglich des Arbeitgeberanteils der Lohnnebenkosten unterschiedlicher Berufsgruppen wurden der Verdienststrukturerhebung 2018 entnommen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022a, 2022b). Preise für Computerhardware wurden unter Berücksichtigung der Absetzungen für Abnutzungen (AfA) auf den verwendeten Zeitraum angerechnet (Bundesministerium der Finanzen, 2000). Die Preise der Softwareerstellung, der Softwarenutzung, des Servers, der Reisekosten, der Sachausgaben für Manuale und der Computerhardware entstammten projektinternen Quellen. Alle Preise bzgl. der Berechnung der gesundheitsbezogenen Kosten und der Interventionskosten werden für das Basisjahr 2021 mittels Verbraucherpreisindex inflationsbereinigt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021). Für die Kosten-Wirksamkeits-Analyse wurden alle Komponenten der Interventionskosten berücksichtigt, die den Teilnehmenden direkt zugeordnet werden konnten.

Hinsichtlich der Kosten-Wirksamkeits-Analyse wurden die Ergebnisse der für die Messung des primären Endpunktes eingesetzten Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (OSV-S; engl.: AICA-S) als Outcome-Parameter einbezogen (Wölfling et al., 2016; Wölfling et al., 2010), die mittels Berechnung des Reliable Change (RC) Index Personen mit und ohne RC unterscheidet (Jacobson & Truax, 1991; Wölfling et al., 2010).

Zusätzlich wurde das Outcome der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels EQ-5D-5L als Grundlage für die Kosten-Nutzwert-Analyse erhoben (EuroQol Group, 2023). Der EQ-5D-5L adressiert fünf Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die mit fünf Leveln

bewertet werden können. Zusätzlich wird über eine visuelle Analogskala (0-100) der Gesundheitszustand des Befragungstages angegeben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird im Ergebnis als Indexwert (0-1) angegeben. Mittels Multiplikation des jeweiligen ermittelten Indexwertes mit der Lebensdauer (Zeithorizont der Intervention von T0-T2) erfolgt die Ermittlung der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY), die als Outcome in die Kosten-Nutzwert-Analyse eingehen. Sowohl Kosten-Wirksamkeits-Analyse, als auch Kosten-Nutzwert-Analyse werden lediglich bei Vorliegen signifikanter Gruppenunterschiede des jeweiligen Outcomes durchgeführt.

Die Analyse wurde in SPSS (Version 27) und Microsoft Excel (Office 2016) vorgenommen. Es erfolgte eine deskriptive Kostenauswertung. Die Gesamtkosten, sowie die Einzelkomponenten der Kosten, wurden für die Gesamtpopulation sowie getrennt nach Interventions- und Wartekontrollgruppe (IG und WKG) berechnet. Zusätzlich wurden Median, Mittelwert, Standardabweichung (SD), Minimum, Maximum, Häufigkeiten und Prozentsätze angegeben. Mittelwertunterschiede wurden bei mindestens ordinal skalierten abhängigen Variablen mittels Mann-Whitney-U-Test, bei nominal skalierten abhängigen Variablen mittels Chi-Quadrat-Test auf statistische Signifikanz geprüft. Das Signifikanzniveau wurde für alle Analysen auf 5% festgelegt. Fehlende Daten zu Ressourcenverbräuchen wurden nach Möglichkeit mittels Übernahme des Medians der Gruppe ersetzt.

Im Rahmen einer modifizierten ITT-Analyse wurden in die gesundheitsökonomische Evaluation alle randomisierten Probanden mit vorliegenden Erhebungen (AICA-S und gesundheitsökonomischer Fragebogen) zu T0 und T2 eingeschlossen.

Die Berechnung der inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Relation (ICER) erfolgte im Differenz-in-Differenz (DiD) Ansatz, um mögliche Unterschiede in Kosten und Outcome zwischen den Gruppen in T0 auszugleichen. Im Rahmen einer deterministischen Sensitivitätsanalyse wurde der Einfluss der wesentlichen zwischen den Gruppen abweichender Kostenkomponenten durch eine Variabilität +/- 10% auf die ICER überprüft.

Methodik der Auswertung zur Weitervermittlungsrate, Zufriedenheit und Einfluss der Covid-Pandemie

Die Auswertungen der quantitativen Daten wurden rein deskriptiv unter Angabe von Häufigkeiten (n, %) ausgewertet. Die Freitextrückmeldungen waren freiwillig und wurden aufgrund des geringen Rücklaufes deskriptiv dargestellt. Eine weitere qualitative Auswertung erfolgte nicht.

Wege der Datenerhebung

Alle Daten (personenbezogene Daten, Outcomes, sonstige Angaben) wurden direkt von den Teilnehmenden über die OMPRIS Studienplattform eingegeben. Alle Outcomes und weitere Daten wurden als Fragebögen zur Selbsteinschätzung eingegeben und waren damit verblindet für die Untersuchenden und Therapeut:innen. Lediglich die klinischen Interviews und der GAF wurden durch Fremdrating durch die Diagnostikerin erhoben und auch direkt in die OMPRIS Plattform eingegeben. Diese Daten waren verblindet für die Therapeut:innen. Zusätzlich wurden Verlaufsdocumentationen (sog. Checklisten) nach jeder Therapieeinheit durch die Therapeut:innen über die OMPRIS-Plattform dokumentiert (Anlage 12 bis 15).

6. Projektergebnisse

Die Darstellung der Projektergebnisse ist nach den Projektzielen A) bis E) gegliedert.

A) Erreichbarkeit und Interesse am OMPRIS Projekt sowie Teilnahme am Screening Selbsttest.

Eine detaillierte Auswertung und Darstellung der Nutzung des OMPRIS Selbsttests auf der Studienhomepage www.onlinesucht-hilfe.com kann dem 2023 open access publizierten Artikel im *Journal of Medical Internet Research* (DOI: [10.2196/40121](https://doi.org/10.2196/40121)) entnommen werden.

Im Rekrutierungszeitraum (August 2020–März 2022) füllten insgesamt n=3007 Personen (Durchschnittsalter: 29,17 Jahre, SD 14,55) die standardisierte Skala zur Einschätzung der Internet- und Computerspielsucht (OSV-S; engl.: AICA-S) aus. Insgesamt nahmen Teilnehmer aus 16 Bundesländer teil, wobei Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg die Bundesländer mit den meisten Teilnehmenden waren (Abb. 2). Es nahmen 1033 Frauen (34,4 %), 1740 Männer (57,9 %) und 67 diverse Personen (2,2 %) an der Online-Selbsteinschätzung teil.

Der Symptomschwere-Score zeigte eine breite Spanne zwischen den OSV-S-Extremwerten von 0 und 27 Punkten (Abb. 3). Im Durchschnitt lag die Gesamtstichprobe (MW: 8,19, SD: 5,47) im Bereich des riskanten Internetnutzungsverhaltens (OSV-S Cut-off > 7,0). Darüber hinaus zeigten 514 Personen (18,5 % der Gesamtstichprobe; MW: 17,42, SD 3,35) ein pathologisches Nutzungsverhalten (OSV-S Fragebogen Cut-off > 13,5).

Betrachtet man weibliche und männliche Teilnehmende, erzielten 20,9 % der Männer und 14,6 % der Frauen Scores über 13,5 Punkte, was als pathologisches Internetnutzungsverhalten angesehen werden kann ($\chi^2(2, N=2773)=16,73$, $p<0,001$, $V=.078$). Die durchschnittliche Internetnutzungszeit der Teilnehmenden betrug wochentags 5,5 Stunden/Tag, an Wochenenden 6,2 Stunden/Tag. Bezogen auf eine reguläre Woche lag die Nutzungszeit damit bei 39,9 Stunden, was etwa einer tariflichen Vollzeitstelle betrifft. Arbeitslosigkeit, sich in Ausbildung / Studium befindend sowie das männliche Geschlecht waren signifikant mit hoher INS-Symptomatik assoziiert.

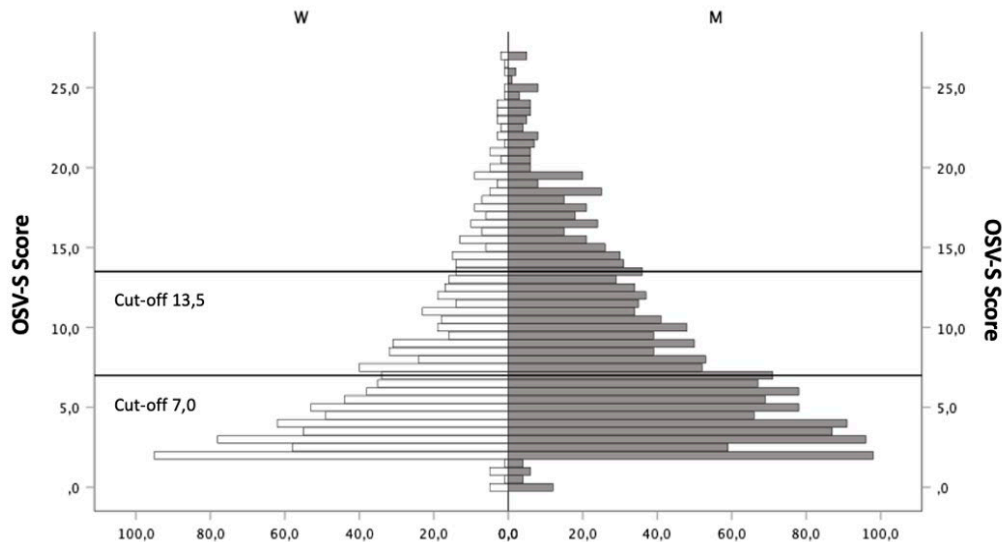


Abbildung 2: Wohnorte der Teilnehmenden

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

Explorativ wurde erfragt, wie die Teilnehmenden am Screening-Selbsttest auf das Angebot von OMPRIS aufmerksam geworden sind. Hierbei zeigte sich, dass es mehrere erfolgreiche Wege der Kontaktaufnahme gab, wobei die Suche über Internetsuchmaschinen die häufigste (n=863, 28,7%) Art war. Andere Wege liegen über Pressebeiträge (n=521, 17,3%), über Empfehlungen durch Familienmitglieder und Freunde (n=433, 14,4%), über Schulen (n=561, 18,7%) sowie medizinische (n=219, 7,3%) oder andere Einrichtungen (n=44, 1,5%) (Sonstiges: n=361, 12,0%).



Anmerkung: Cut-off > 7,0 riskante Internetnutzung;
Cut-off > 13,5 pathologischer Internetkonsum

Abbildung 3: Verteilung der Symptomschwere (OSV Score)

Fazit Ergebnisteil A: Im Schnitt haben pro Woche knapp 38 Betroffene aus ganz Deutschland den OSV-S Selbsttest auf der OMPRIS Studienplattform durchgeführt. Ein hoher Anteil der Teilnehmenden (18,5%) wies einen riskanten oder pathologischen Internetkonsum auf. Dieser Anteil lag deutlich über den publizierten Prävalenzen für INS, die in repräsentativen deutschen Stichproben gefunden wurden. Auch die Nutzungszeiten waren deutlich höher, als in repräsentativen Stichproben aus Deutschland gefunden werden. Dies zeigt, dass ein digitales Angebot tatsächlich auch die Risikopopulation erreicht und damit einen interessanten telemedizinischen Zugang in Medizinsystem darstellt.

B) Wirksamkeit der OMRPIS Intervention - die RCT Studie.

Die Hauptidee der OMPRIS RCT-Studie sind 2023 open access im Journal *eClinicalMedicine, Part of THE LANCET Discovery Science*, publiziert worden (Dieris-Hirche et al., 2023) (DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102216>).

Insgesamt füllten vom 16. August 2020 bis zum 11. März 2022 3.007 Teilnehmer den OSV-S Fragebogen als Screeningfragebogen zur Internetnutzung über die Projektplattform aus. Von diesen interessierten Menschen haben 282 Teilnehmer einen User-Account erstellt und einen webcambasierten Ersttermin zur Studienaufklärung und Diagnostik automatisiert in der OMPRIS Plattform vereinbart. Von diesen 282 Teilnehmenden erschienen dann 200 Teilnehmende zum webcambasierten Erstgespräch, 82 nahmen nicht teil. Nach der Aufklärung und Diagnostik mussten 20 Interessente gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen werden, sodass final insgesamt 180 Betroffene entweder in die Interventionsgruppe (n=89) oder in die Wartegruppe (n=91) randomisiert wurden (Abbildung 4).

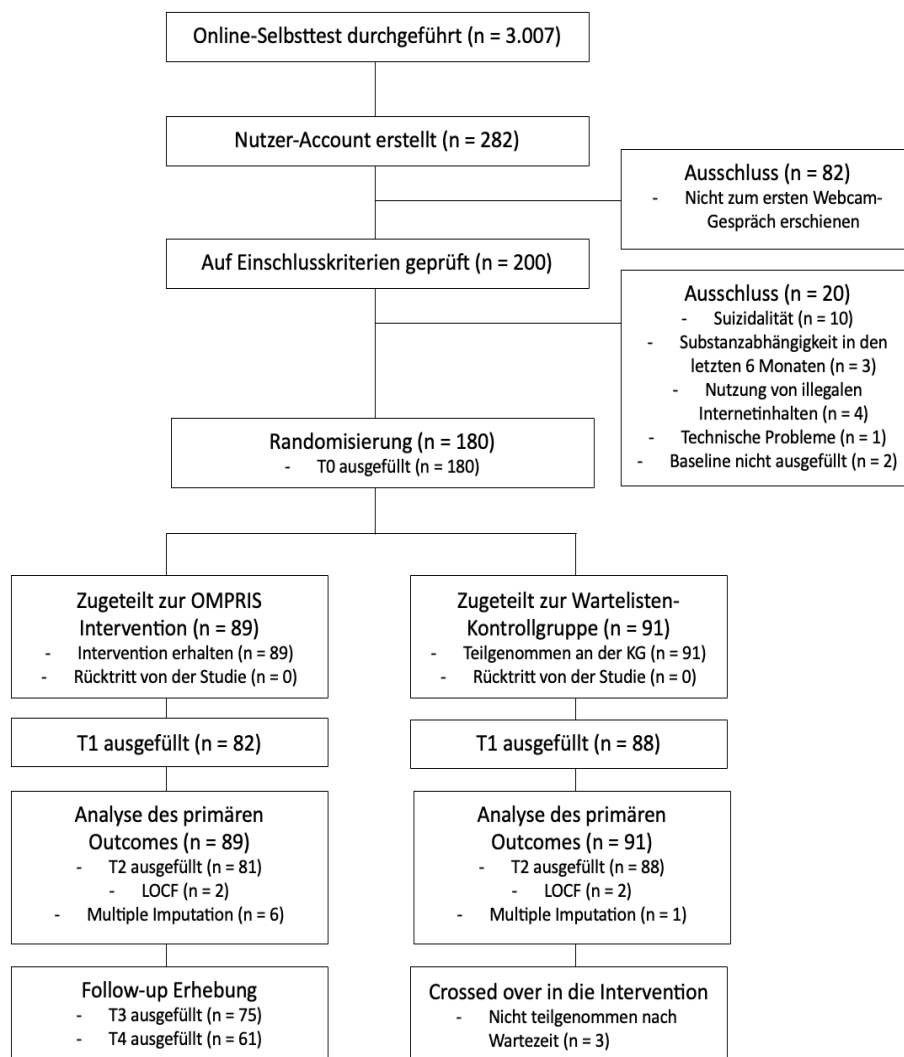


Abbildung 4: Studienprofil. T0 bedeutet Zeitfaktor, Baseline; T1, Zeitfaktor, Mitte der Behandlung (ca. 2 Wochen nach Behandlungsbeginn); T2, Zeitfaktor, Nach Behandlung (ca. 4 Wochen nach Behandlungsbeginn); T3, Zeitfaktor, 6-wöchige Nachbeobachtung; und T4, Zeitfaktor, 6-monatige Nachbeobachtung; LOCF, last observation carried forward, d.h. wenn der AICA-S bei T2 fehlt, ist der primäre Endpunkt der AICA-S bei T1; WLC, Wartelistenkontrollgruppe.

Die soziodemografische Beschreibung der in die Studie inkludierten Teilnehmer:innen zeigte, dass deutlich mehr männliche als weibliche Teilnehmer:innen in die Studie randomisiert wurden (Tabelle 3). Der Anteil der weiblichen Teilnehmerinnen lag jedoch immer noch höher, als er bei analogen Mediensprechstunden in universitäre Ambulanz in der Versorgung anzutreffen ist. Das durchschnittliche Alter lag in beiden Gruppen bei knapp über 30 Jahren

mit einer recht breiten Altersspanne zwischen 16 und 84 Jahren. Weitere soziodemografische Variablen sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Baseline Charakteristik der Teilnehmenden

	OMPRIS Intervention (n=89)	Wartelistkontrollgruppe (n=91)
Soziodemografische Variablen		
Alter (Jahre)	32,1 (13,0)	31,5 (11,4)
Geschlecht		
Weiblich	20 (22,5 %)	21 (23,1 %)
Männlich	69 (77,5 %)	67 (73,6 %)
Divers	0 (0,0 %)	3 (3,3 %)
Familienstand		
Unverheiratet ohne Partnerschaft	44 (49,4 %)	49 (53,8 %)
Unverheiratet in Partnerschaft	22 (24,7 %)	20 (22,0 %)
Verheiratet	18 (20,2 %)	19 (20,9 %)
Geschieden	4 (4,5 %)	2 (2,2 %)
Verwitwet	1 (1,1 %)	1 (1,1 %)
Berufliche Situation		
In Vollzeit angestellt	30 (33,7 %)	22 (24,2 %)
In Teilzeit angestellt	4 (4,5 %)	4 (4,4 %)
Selbstständig	2 (2,2 %)	6 (6,6 %)
Arbeitslos	7 (7,9 %)	12 (13,2 %)
Studierende	34 (38,2 %)	35 (38,5 %)
In Ausbildung	0 (0,0 %)	3 (3,3 %)
Bildungsniveau		
Derzeit Student/Schüler	4 (4,5 %)	3 (3,3 %)
Hoch (≥ 12 Jahre)	80 (89,9 %)	75 (82,4 %)
Mittel (10 Jahre)	4 (4,5 %)	10 (11,0 %)
Gering (≤ 9 Jahre)	1 (1,1 %)	3 (3,3 %)
BFI-10 (Big-Five Persönlichkeitseigenschaften)		
Neurotizismus	6,4 (1,9)	6,7 (2,0)
Extraversion	5,6 (2,0)	5,5 (2,3)
Offenheit	6,8 (2,2)	7,2 (2,1)
Verträglichkeit	6,4 (1,6)	6,6 (1,5)
Gewissenhaftigkeit	5,6 (1,5)	5,4 (1,8)
Störungsbezogene Merkmale		
Schon einmal wegen einer psychischen oder psychiatrischen Störung in Behandlung gewesen	54 (60,7 %)	51 (56,0 %)
Psychische Komorbiditäten (aktuell) ^a	32 (36,0 %)	32 (35,2 %)
Affektive Störungen (z. B. Depression, bipolare Störung)	29 (32,6 %)	25 (27,5 %)
Essstörungen (z. B. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störung ^b)	1 (1,1 %)	2 (2,2 %)
Neurotische und Belastungsstörungen (z. B. Panikstörung, soziale Phobie, Zwangsstörungen)	9 (10,1 %)	10 (11,0 %)
Positives Screening auf ADHS ^c	23 (25,8 %)	22 (24,2 %)
Psychische Komorbiditäten (Vergangenheit) ^a	13 (14,6 %)	19 (20,9 %)
Affektive Störungen (z. B. Depression, bipolare Störung)	12 (13,5 %)	17 (18,7 %)
Psychotische Störung (lebenslang)	0 (0,0 %)	1 (1,1 %)

Psychische und Verhaltensstörungen, die durch psychotrope Substanzen verursacht werden (z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch)	1 (1,1 %)	2 (2,2 %)
AICA-S	12,1 (4,6)	12,6 (5,1)
AICA-SKI:IBS		
Subjektiv empfundene problematische Nutzung	8 (9,0 %)	11 (12,1 %)
Milde Störung	28 (31,5 %)	22 (24,2 %)
Moderate Störung	36 (40,4 %)	40 (44,0 %)
Schwere Störung	17 (19,1 %)	18 (19,8 %)
GAF (Global Assessment of Functioning)	69,2 (12,9)	67,8 (12,8)
Ausmaß und Art des süchtigen Verhaltens		
Internetnutzung werktags (Std./Tag)	6,0 (3,4)	6,0 (3,3)
Internetnutzung an Wochenenden (Std./Tag)	6,5 (3,0)	6,9 (3,5)
Wöchentliche Internetnutzung (Std./Woche)	43,0 (20,81)	43,7 (22,1)
Beginn der problematischen Internetnutzung seit (Jahre)	8,1 (7,0)	7,8 (6,6)
Internetanwendung (am problematischsten)		
Online Streaming	33 (37,1 %)	29 (31,9 %)
Online Gaming	20 (22,5 %)	20 (22,0 %)
Online Pornografie	16 (18,0 %)	18 (19,8 %)
Soziale Netzwerke und Chatten	12 (13,5 %)	16 (17,6 %)
Andere (Online-Shopping, Informationsrecherche, Online-Glücksspiele, E-Mails)	8 (9,0 %)	8 (8,8 %)

Anmerkungen: Kategorische Daten werden als Häufigkeiten und Prozentsätze dargestellt. Bei kontinuierlichen Daten wird der Mittelwert (MW) angegeben. ^a anhand des M.I.N.I.-Interviews. ^b gemäß den DSM-5-Kriterien der WHO für Binge-Eating-Störung. ^c anhand des ASRS-V1.1 der WHO für Erwachsene.

Bei 36,0 % der IG und 35,2% der KG konnten in der Diagnostik neben der internetbezogenen Problematik noch andere psychische Störungen diagnostiziert werden (Tabelle 3). Eine genaue Auflistung der komorbiden psychischen Störungen ist der Tabelle A 2 im Anhang zu entnehmen. Das zeitliche Ausmaß (Nutzungszeiten, Problemdauer) und die Art des Mediensuchtverhaltens (Online Streaming, Gaming, Online Pornografie, Soziale Netzwerke etc.) zeigte bei Studienbeginn eine ähnliche Ausprägung, wie sie bei analogen klinischen Stichproben aufzufinden sind. Im Durchschnitt gaben die Betroffenen in der Baselinebefragung eine wöchentliche Internetnutzung (Freizeit ohne Arbeitsbezug) von 43,0 Stunden (Interventionsgruppe) bzw. 43,7 Stunden an. Online-Streaming, Gaming und Pornografie waren die drei häufigsten Problembereiche in beiden Gruppen (Tabelle 3).

Nach Beendigung der OMPRIS Intervention füllten 81 (91,0%) der Teilnehmer:innen in der Interventionsgruppe und 88 (96,7%) in der Wartegruppe den T2-Online-Fragebogen (primärer Messzeitpunkt) aus (Abbildung 4). Die erfreulich geringen Drop-out-Raten lassen auf eine hohe Akzeptanz auf Seiten der Betroffenen schließen.

Die Analyse der Intention-to-Treat-Population zeigte, dass die Teilnehmer:innen der OMPRIS-Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Verringerung der AICA-S-Scores vom Ausgangswert (MW 12.1 [SD 4.6]) bis zur Nachbehandlung (6.8 [5.2]) aufwiesen als die Teilnehmer der WLC-Gruppe (von 12.6 [5.1] auf 11.0 [5.4]; geschätzte mittlere Differenz -3.9 Punkte; [95 % CI -5.2 bis -2.6]; $p < 0.0001$; $d = 0.92$; Abbildung 5). Auch 6 Wochen nach der Intervention (T3-Follow-up) und 6 Monate nach der Randomisierung (T4-Follow-up) blieb der AICA-S-Score auf einem ähnlich niedrigen Niveau wie bei T2 (Abbildung 5).

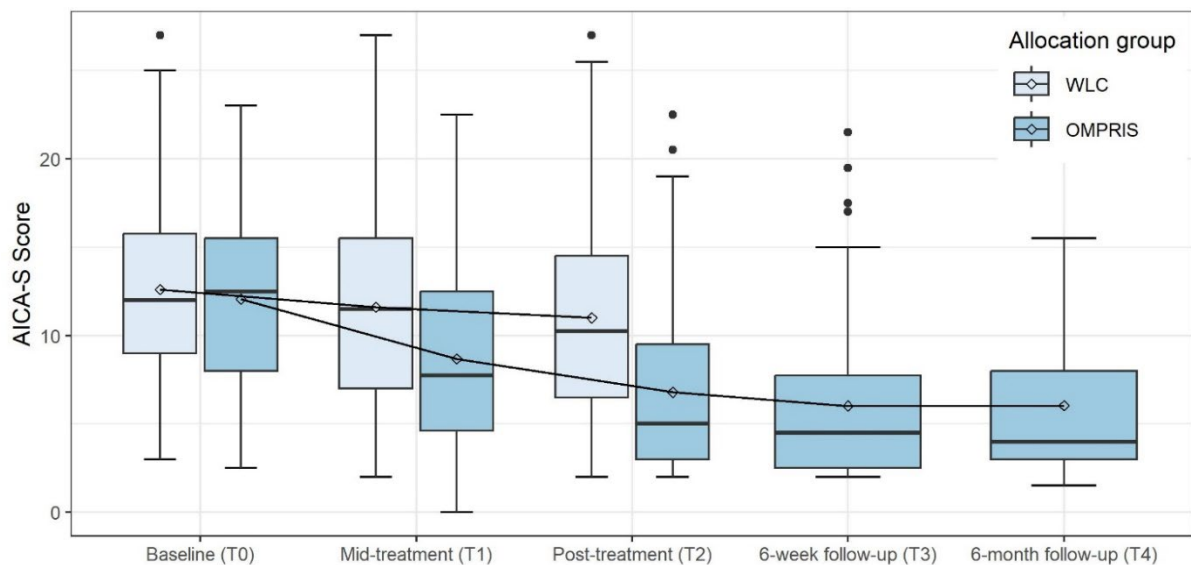
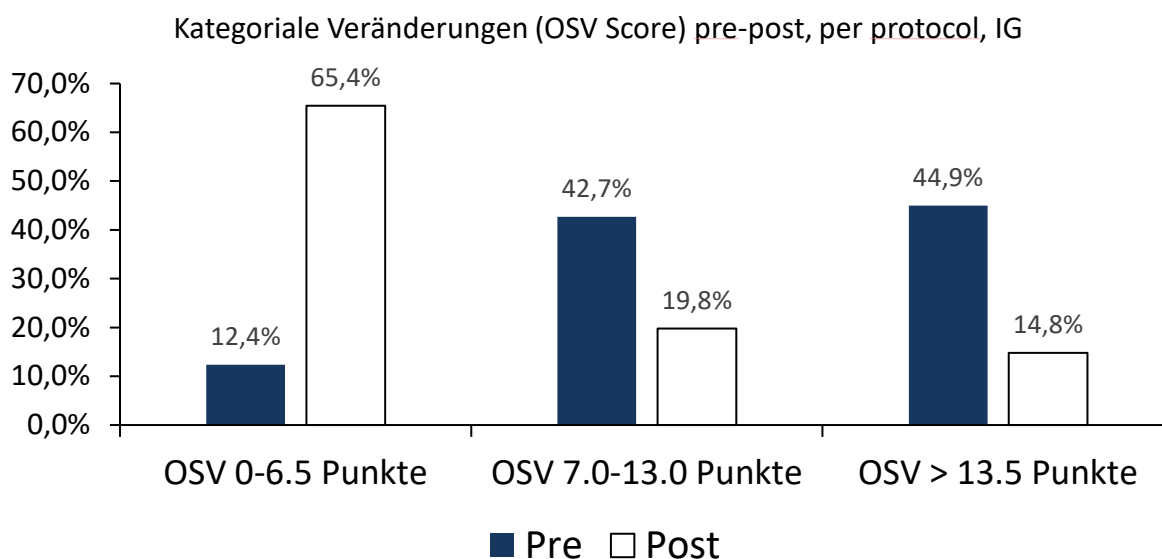
Abbildung 5: Veränderung des primären Outcomes über die Zeit

Abbildung 5: Veränderungen der AICA-S (d.: OSV Skala) zur Bewertung der Internet- und Computerspielsucht über die Messzeitpunkte hinweg. Vergleich zwischen der OMRPIS-Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe mit Warteliste (WLC). T0 steht für den Zeitfaktor, Ausgangswert; T1 für den Zeitfaktor, Mitte der Behandlung; T2 für den Zeitfaktor, nach der Behandlung; T3 für den Zeitfaktor, 6 Wochen nach der Behandlung; und T4 für den Zeitfaktor, 6 Monate nach der Behandlung.

In der OMRPIS-Interventionsgruppe nahmen alle randomisierten Patienten an mindestens zwei Online-Sitzungen teil, aber 12 Patienten schlossen die T2-Befragung bis 28 Tage nach Freigabe von T2 nicht ab und wurden daher aus der Per-Protocol (PP)-Gruppe ausgeschlossen. Auch in der PP-Gruppe ist der Unterschied zwischen den Interventionsgruppen signifikant (bereinigtes $p < 0.0001$; bereinigte mittlere Differenz -4.1 [95% CI -5.5 bis -2.8]).

Konservative Sensitivitätsanalysen ohne Messung nach der Behandlung (T2) führten zu ähnlichen und ebenfalls signifikanten Ergebnissen (bereinigtes $p < 0.0001$ in beiden Sensitivitätsanalysen; bereinigte mittlere Differenz in Sensitivitätsanalyse 1: -3.9 [95% CI -5.2 bis -2.6] und Sensitivitätsanalyse 2: -3.7 [95% KI -5.0 bis -2.5]).

Die Zahl der unauffälligen Fälle (gemäß OSV-Score < 7.0) in der Interventionsgruppe konnte von T0 ($n=11$, 12.4%) auf T2 ($n=53$, 65.4%) gesteigert werden. Die Zahl der süchtigen Fälle (gemäß AICA-S > 13.0) konnte von T0 ($n=40$, 44.9%) auf T2 ($n=12$, 14.8%) reduziert werden. Insgesamt konnten 53 von 81 (65.4%) Teilnehmern um mindestens eine diagnostische Kategorie in der OSV-Symptomschwere herabgestuft werden (Abbildung 6).

Abbildung 6: Kategoriale Veränderung der Symptomschwere (Prä-Post) mittels AICA-S Fragebogen

	Vor Behandlung (n)	Nach Behandlung (n)
OSV 0-6.5 Punkte	11	53
OSV 7.0-13.0 Punkte	38	16
OSV > 13.5 Punkte	40	12
<i>Sum</i>	<i>89</i>	<i>81</i>

Abbildung 6: Veränderungen der kategorialen Auswertung der OSV-Skala (primärer Outcome) zur Messung der Internet- und Computerspielsucht (engl. AICA-S). Vergleich der OMRPIS-Interventionsgruppe vor und nach Behandlung (pre-post). OSV 0-6,5 unauffälliger Internetgebrauch; OSV 7.0-13.0 riskanter Internetgebrauch; OSV > 13.5 pathologisch / suchthafter Internetgebrauch.

Für alle sekundären Outcomes führte die Intervention zu einem signifikanten Effekt in einer für die Teilnehmer vorteilhaften Richtung (Tabelle A3 im Anhang; Abbildung A1 im Anhang). Die wöchentliche Internetnutzungszeit konnte durch OMRPIS um 14.7 Stunden reduziert werden (Kontrollgruppe: -4.2h/Woche, $p < 0.0001$).

Bezüglich der Veränderungsmotivation, gemessen mit dem iSOCRATES, konnte in der Gruppe der OMRPIS Intervention eine signifikante Veränderung erreicht werden. Insbesondere in der sehr verhaltensnahen Subskala „taking next steps“ kam es zu einer signifikanten und deutlichen Steigerung der Skalenwerte nach der Intervention ($p < 0.0001$). In der Kontrollgruppe kam es hier zu keiner relevanten Veränderung (Hypothese 2; Tabelle A3 Anhang)

Die Analyse der Lebensqualität erfolgte im gesundheitsökonomischen Kontext (siehe Ergebnisteil E). Insgesamt konnten mittels des EQ-5D-L Fragebogens keine signifikanten Veränderungen gemessen werden (Hypothese 3). Der EQ-5D-L ist jedoch ein eher unsensibles Instrument bezogen auf Veränderungsmessungen. Zudem war die Interventionsphase mit 4 Wochen für eine Lebensqualitätsmessung nicht sehr lang, sodass anzunehmen ist, dass eventuelle Effekte auf die Verbesserung der Lebensqualität nicht detektiert wurden.

In der Gruppe der OMRPIS Intervention konnten psychische Symptome der Depressivität ($p = 0.0002$) und Ängstlichkeit ($p = 0.0021$) signifikanter stärker reduziert werden, während es in der Kontrollgruppe zu keinen relevanten Veränderungen kam (Tabelle A3 Anhang).

Ebenso konnte die OMRPIS Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe die Selbstwirksamkeit, die aktuelle Lebenszufriedenheit sowie das globale Funktionsniveau (+ 5 Punkte im GAF) signifikant steigern (Hypothese 5).

Die gefundenen Effekte der sekundären Outcomes in der Interventionsgruppe zeigten sich über 6 Wochen und 6 Monate stabil, was auch hier auf einen guten Langzeiteffekt der OMPRIS Intervention hinweist (Abbildung 5). Da die Kontrollgruppe nach der Wartezeit aus ethischen Gründen auch die OMPRIS Intervention erhalten hat, konnten Langzeiteffekte nicht im Gruppenunterschied getestet werden. Die deskriptiven Verlaufswerte der primären und sekundären Outcomes sind jedoch dem Anhang (Tabelle A5 sowie Abbildung A2) zu entnehmen.

Zur explorativen Untersuchung möglicher störungsbezogener oder personenbezogener Faktoren, die einen Einfluss auf den Erfolg der OMPRIS Intervention haben (Hypothese 6), wurde eine Moderatorenanalyse durchgeführt, bei der Alter, Geschlecht, Art der INS (Online Gaming, Online Streaming, Online Pornografie, Soziale Netzwerke, andere Bereiche) sowie Schwere der INS (OSV zu T0) als potenzielle Moderatoren eingeschlossen. Es konnte insgesamt kein signifikanter Effekt für diese Variablen gefunden werden (Tabelle A4 im Anhang).

Deskriptiv wurden zudem die pre-post-Häufigkeiten des Vorliegens einer Internetnutzungsstörung gemessen mittels des klinischen Interviews AICA-SKI:IBS ausgewertet (Abbildung 7).

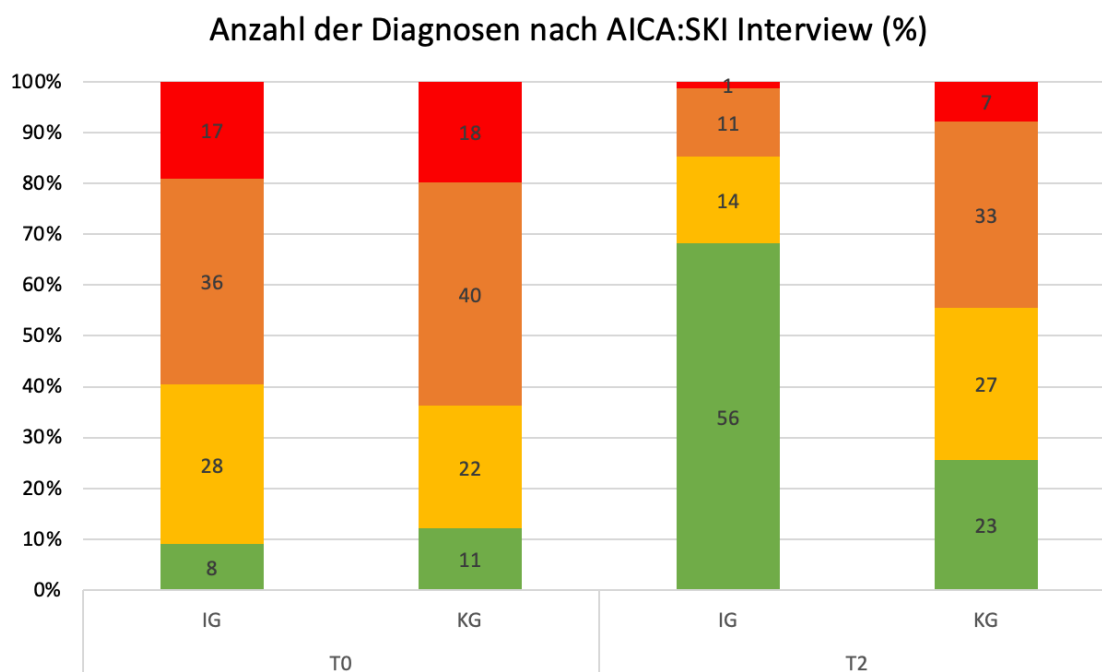


Abbildung 7: Häufigkeiten der INS Diagnosen nach AICA-SKI:IBS Interview, pre (T0) – post (T2) Vergleich in der IG und KG

Hierbei zeigte sich eine deutliche Reduktion der nach dem klinischen Interview zu vergebenden INS-Diagnosen. Zu Baseline konnten alle Teilnehmenden untersucht werden, zu T2 wurden n=82 Pat. der IG und n=90 Pat. der KG interviewt. Insgesamt konnte die Anzahl der unauffälligen Teilnehmer:innen in der Interventionsgruppe von 9.0% (n=8 von 89) (T0) auf 68.3% (n=56 von 82) gesteigert werden. Die Anzahl der erkrankten Patient:innen konnte damit in der Interventionsgruppe von 91.0% (n=81 von 89) auf 31.7% (n=26 von 82) reduziert werden. Ein exakter McNemar-Test für verbundene Stichproben (binär skaliert: unauffällig vs.

auffällig) zeigte einen signifikanten Unterschied in der Verteilung der Erkrankten vor uns nach der OMPRIS Intervention ($p < 0.001$).

Zur besseren Charakterisierung und Beschreibung der Stichproben wurden Persönlichkeitsmerkmale analog des BIG-5 Modelles mittels des BFI-10 bei Baseline untersucht (Abbildung 8). Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede auf allen fünf Persönlichkeitsskalen zwischen Kontrollgruppe und Interventionsgruppe ($p = 0.212$ bis 0.717). Als geringst ausgeprägte Persönlichkeitseigenschaft konnte das Merkmal der „Gewissenhaftigkeit“ identifiziert werden, was die Befunde bisheriger Untersuchungen an Menschen mit Computerspielstörungen und riskantem Internetkonsum bestätigt (Dieris-Hirche et al., 2020; Müller et al., 2023).

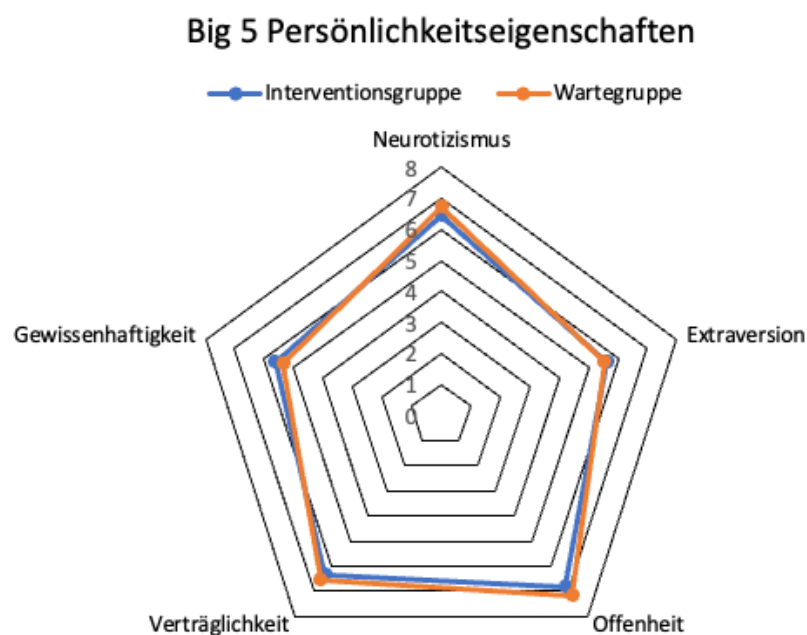


Abbildung 8: Persönlichkeitsausprägung nach BIG-5; IG vs. KG

Nach jeder Sitzung wurden von den Therapeut:innen eventuell aufgetretene schwerwiegende Komplikationen oder Ereignisse, insbesondere akute Suizidalität, dokumentiert. Während der gesamten Studie wurden jedoch keine schweren unerwünschten Ereignisse festgestellt.

Die Ergebnisse der RCT-Studie belegen zusammenfassend eine statistische signifikante und klinisch relevante Wirksamkeit der telemedizinischen OMPRIS Intervention. Die therapeutische Effektstärke der Kurzzeitintervention bzgl. der Suchtsymptomreduktion lag mit $d = 0.92$ in einem relevanten Wirkungsbereich und ist damit mit vielen anderen analogen psychotherapeutischen Effektstärken vergleichbar. Zudem zeigten Betroffene mit INS in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Reduktion sekundärer Endpunkte, wie z.B. Suchtsymptomatik, Mediennutzungszeiten, Depressivität und Ängstlichkeit, sowie der Steigerung der Veränderungsmotivation und Lebenszufriedenheit (Tabelle A3 im Anhang). Die Symptomverläufe der OMPRIS Teilnehmenden blieb auch nach 6 Wochen und 6 Monate noch im vergleichbaren Bereich, ein Rückfall der Symptomschwere zeigte sich nicht. Es ist daher von einem klinisch wirksamen Effekt auszugehen.

Die Moderatorenanalyse ergab, dass der Schweregrad vor Behandlung (T0), das Alter, das Geschlecht und die Art der Internetnutzungsstörung keine signifikanten Prädiktoren für eine erfolgreiche Teilnahme an OMPRIS sind (Tabelle A4 im Anhang des Ergebnisberichtes). Es

musste keine Teilnehmerin aufgrund von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen ausgeschlossen werden.

Fazit Ergebnisteil B: Die internetbasierte OMPRIS Intervention ist wirksam und den Bedingungen in der Wartekontrollgruppe signifikant überlegen. Die Webcam-basierte spezialisierte Online-Therapie erweitert somit die Möglichkeiten bei der Behandlung von INS.

C) Weitervermittlung in analoge Hilfsangebote und Zufriedenheit der Betroffenen mit der OMPRIS Intervention

Weiterleitung an analoge Hilfestellen

Nach der OMPRIS Intervention wurden alle TeilnehmerInnen sowie Therapeut:innen nach den ausgesprochenen weiteren medizinischen Therapieempfehlungen gefragt. Nach 6 Monaten wurden dann bei den Teilnehmenden telefonisch/per Kurzfragebogen nacherhoben, ob die Empfehlungen umgesetzt wurden. Diese Nachbefragung war nicht verpflichtend, sodass höhere Drop-outs vorliegen.

Zunächst wurde erfragt, wie häufig weitere Behandlungsempfehlungen ausgesprochen wurden. Dies wurde aus zwei Perspektiven durchgeführt (Tab. 4 und 5).

Tabelle 4: Behandlungsempfehlungen - Behandler:innenperspektive

Frage an die Therapeut:innen: Haben Sie am Ende der OMPRIS Intervention dem Teilnehmenden eine weitere Behandlungsempfehlung ausgesprochen?

Sicht der TherapeutInnen			
	Interventionsgruppe (N=89), n (%)	Kontrollgruppe (N=91), n (%)	Gesamt (N=180), n (%)
Ja	53 (59,6%)	52 (57,1%)	105 (58,3%)
Nein	33 (37,1%)	34 (37,4%)	67 (37,3%)
Missings	3 (3,4%)	5 (5,5%)	8 (4,4%)

Tabelle 5: Behandlungsempfehlungen - Betroffenenperspektive

Frage an die Betroffenen: Wurden Ihnen am Ende der OMPRIS Intervention eine weitere Behandlungsempfehlung ausgesprochen?

Sicht der Betroffenen			
	Interventionsgruppe (N=89), n (%)	Kontrollgruppe (N=91), n (%)	Gesamt (N=180), n (%)
Ja	48 (53,9%)	50 (54,9%)	98 (54,4%)
Nein	22 (24,8%)	25 (27,5%)	47 (26,1%)
Missings	19 (21,3%)	16 (17,6%)	35 (19,5%)

Zusammenfassend über beide Gruppen hinweg wurden bei etwa 58% der Teilnehmenden weitere Behandlungsempfehlung bei Therapieende ausgesprochen. Etwa 25 bzw. 37% der Betroffenen zeigten am Ende der OMPRIS Intervention eine derart reduzierte Symptomatik, dass keine weitere Behandlungsindikationen mehr bestanden. Die beiden Studiengruppen unterschieden sich in der Häufigkeit nicht signifikant voneinander. Zudem deckten sich in etwa die Wahrnehmungen der Häufigkeit zwischen TherapeutInnen und TeilnehmerInnen in Bezug auf ausgesprochene Empfehlungen (59,6% vs. 53,9%).

Die Art der Empfehlung fokussierte sich zumeist auf ambulante Hilfsangebote (ambulante Suchtberatung oder ambulante Psychotherapie), etwa 5% haben eine stationäre Behandlungsempfehlung erhalten (Tab. 6).

Tabelle 6: Art der Weiterbehandlungsempfehlungen

Welche Form von Weiterbehandlung wurde empfohlen?

Gesamt (N=172), n (%)	
Suchtberatungsstellen	36 (20,9%)
Ambulante Psychotherapie	42 (24,4%)
Stationäre Psychotherapie	9 (5,2%)
Selbsthilfegruppe	6 (3,5%)
Sonstiges	20 (11,6%)
keine weitere Unterstützung notwendig	59 (34,3%)

In der telefonischen Nachbeobachtung 6 Monate nach OMPRIS Teilnahme konnten insgesamt 36 von ursprünglich 180 (20%) Personen erreicht werden. Von diesen 36 TeilnehmerInnen haben 20 versucht dieser Empfehlung nachzukommen (55,6%), während 16 Teilnehmende dies nicht versucht haben (44,4%). Die fünf häufigsten Gründe hierfür waren: „Ich hatte keine Zeit“, „ich wollte keine weitere Unterstützung“, „andere Dinge waren wichtiger“, „ich wusste nicht wie“ und „ich habe mich geschämt“. Insgesamt 15 der 36 erreichten Personen waren nach 6 Monaten tatsächlich in Behandlung (41,7%).

Zufriedenheit der Teilnehmenden mit OMPRIS

Insgesamt gaben N=147 Teilnehmenden nach der OMPRIS Intervention (T2) ihre generelle Zufriedenheit mit der OMPRIS Versorgung auf einer Skala von 0-10 an. Die mittlere Zufriedenheit war abschließend erfreulich hoch (Abbildung 9).

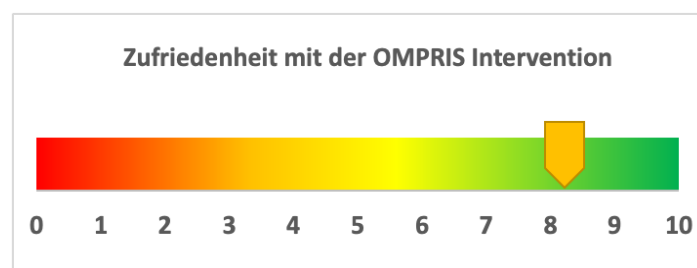


Abbildung 9: Wie zufrieden warst du mit OMPRIS? (Skala 0-10)

In der detaillierteren Auswertung zeigten sich die Stärken der Versorgung, die insbesondere in der Qualität der Beratung, der Zufriedenheit mit dem Webcam-setting sowie des Aufzeigens konkreter Veränderungsmöglichkeiten liegen. Verbesserungspotential wurde in den Bereichen der Kommunikation über die Problematik mit Anderen sowie der tiefergreifenden Ursachenerkenntnis festgestellt. Die Zustimmung zur Weiterempfehlung von OMPRIS war erfreulich hoch (Abbildung 10).

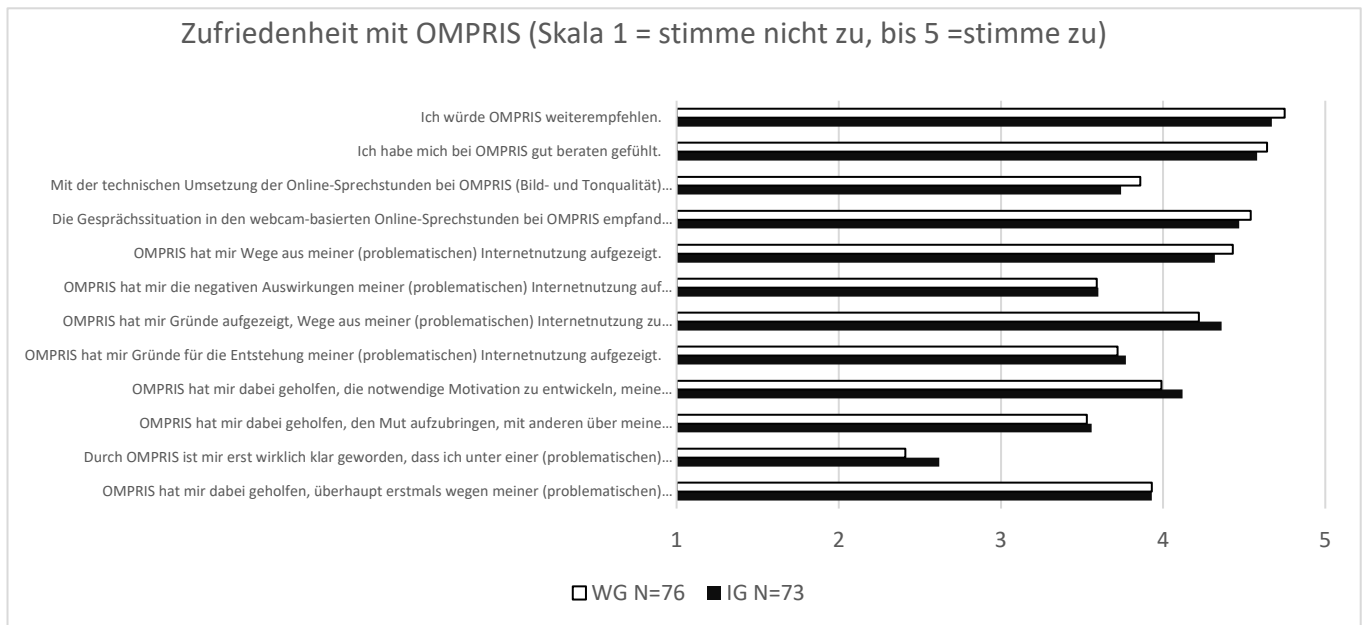


Abbildung 10: Detaillierte Auswertung der Zufriedenheit (Skala 1-5)

Den Teilnehmenden wurde zu T4 zusätzlich (freiwillig) die Möglichkeit gegeben, mittels einer kurzen Freitexteingabe rückwirkend die Zufriedenheit mit OMPRIS zu beschreiben (siehe Checkliste in der Anlage 16). Folgende 13 narrative Rückmeldungen gingen ein:

“Für die Mittel, die wir hatten (zeitlich und die Onlineumgebung), waren die Sitzungen gut ausgenutzt. Die Feedbackbögen ich der Sitzung fand ich manchmal etwas repetitiv.”

“Finde das Programm sehr gut aufgebaut, aber zu kurz. Sollte längerfristig gehen, um mit Rückfällen in alte Verhaltensweisen besser umgehen zu können. Fände mehrere Evaluationstermine gut mit der ehemaligen Beraterin. Onlineplattform finde ich sehr umständlich in der Handhabung. Hatte aber durch den Videochat erstmals Workflow-Empfinden -> Man kann sehr intensiv an einem Thema arbeiten, 1:1 funktioniert das gut. War eine gute Zusammenarbeit.”

“Etwas zu kurze Behandlungszeit”

“Weil es online ist, kann man die stationären Sachen nicht anbieten. Auf einer Station, wo man behandelt wird, wäre eine größere Verbindlichkeit. Aber das ist ok, ist nicht der Anspruch. Das darüber reden hat mir geholfen. Positiv finde ich die Anonymität. Sozialberatung war sehr angenehm und hilfreich. Sehr in Erinnerung geblieben. Sitzungen sehr nah beieinander. Es hat sich vorbereitet angefühlt. Man hat sich verstanden gefühlt. Integrativ. Gut, dass ich Infos habe, mit denen ich danach weiterarbeiten kann. Die Aufklärung ist gut.”

“Ich habe so viel gelernt darüber, was dahintersteht, was in mir drin los ist. Beraterin hatte guten Zugriff auf meine Themen. Hat mir auf meinem Weg weitergeholfen.”

“Online-Verfügbarkeit, terminliche Flexibilität, das Konzept an sich – hat funktioniert.”

“Es hat mir sehr geholfen, überhaupt ein Beratungsgespräch zu haben. Es hat Druck rausgenommen. Das hat auch der Beziehung gutgetan, weil ich mein Problem dann besser erklären konnte. Hat Stress rausgenommen. Meine Freundin hat auch gesehen, dass ich was tue.”

“Beratungssitzungen und Austausch sehr gut und konstruktiv. Die Materialien z.T. gut/hilfreich, z.T. haben sie mich nicht so ganz gepackt. Nicht so gut finde ich, dass ich gleichzeitig das Medium nutze, das die Problematik beinhaltet. Es verleitet mich dann, länger am Computer hängen zu bleiben. Plus die technischen Schwierigkeiten mit der Plattform, wenn auch teilweise meiner Ausstattung hier geschuldet. Insgesamt finde ich es sinnvoll, dass es eine Plattform speziell dafür gibt, die dem Datenschutz gerecht wird. Es ist nicht zu unübersichtlich, sondern die technischen Probleme.”

“Das Programm an sich finde ich gut, dass das online möglich ist. Es war in der Zeit damals sehr hilfreich, aber als es gestoppt hatte, war es weniger hilfreich. Ich brauche jemanden, der mit mir das Problem anpackt. Wenn ich auf eigenen Füßen stehen muss, versuche ich das soweit wie möglich zu verdrängen. Ich habe nur ein paar Wochen an die Methoden gedacht und versucht mich daran zu halten, ist dann aber immer mehr in den Hintergrund gerückt. Ich habe zudem gemerkt, dass es auch so ging, weil sich mein Leben verändert hat. Es war

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

keine dauerhafte Lösung. Ich hätte mehr gebraucht als nur den „Anstoß“. Es hat wenig dauerhaften Einfluss gehabt.“

“Ich habe mich sehr verstanden gefühlt und ich habe Fortschritte gemacht. Habe einiges über mich neu gelernt. Wege damit umzugehen, auch wenn ich sie nicht direkt umgesetzt habe, konnte ich mit der Zeit einen Weg finden. Hat mich währenddessen sehr stabilisiert. Hätte mir gewünscht, dass es länger gewesen wäre. Ideal wäre es, wenn OMPRIS in meiner Stadt in Präsenz wäre. Mit Online wäre es fast-ideal. Lange dachte ich, es wäre zu kurz gewesen, aber im Nachhinein merkte ich, dass ich trotz der kurzen Zeit viel mitgenommen habe. Der positive Effekt zeigte sich im Zeitverlauf, je mehr Kraft ich habe.“

“Ich habe einen guten Blick und ein gutes Verständnis bzgl. mein Suchtverhalten. Es hat Suchtaspekte, aber es ist nicht aus der Sucht heraus selbst getrieben, sondern ein Symptom. Es ist nicht nur OMPRIS, sondern es war eine sehr konzentrierte fokussierte Beratung. Entspannter Umgang, auch Dosieren hilft -> sehr erfrischend. Den Umgang lernen, Medienkompetenz lernen! Mir ist bewusst, wie ich es nutze und wofür ich es gerade brauche.“

“War das, was mich am weitesten gebracht hat. Ich hatte endlich Antworten darauf, warum ich das gemacht habe, wie ich da wegbleiben kann von. Ich brauche wohl was Systemisches, um das verstehen zu können, nicht sowas verstehen zu können. Anregung für OMPRIS: Für mich wäre es gut gewesen, wenn ich 4 Wochensitzungen gehabt hätte, die man evtl. in Anspruch nehmen kann. Ich hätte dann noch mehr systematisch in die Tiefe gehen können für bestimmte Situationen. Das alles nochmal nachbesprechen.“

“Was mich gestört hat: Später Start, obwohl ich dringende Bedarf hatte. Leider keine dauerhafte Anlaufstelle, sondern nur kurzfristig. Man merkte das Projekthafte. Doch recht lange und monotone Fragebögen.“

Fazit zum Ergebnisteil C: Etwa 60% der OMPRIS Teilnehmenden wurde nach der Intervention durch die/den Therapeut:in weitere Hilfsangebote / therapeutische Angebote empfohlen. Hierbei wurde v.a. auf Suchtberatungsstellen und auf ambulante Psychotherapieangebote in Wohnortnähe verwiesen. Etwa die Hälfte der Betroffenen, die eine Rückmeldung gegeben haben, haben tatsächlich versucht, diese Empfehlung umzusetzen. Ein signifikanter Teil derer befand sich nach 6 Monaten tatsächlich in Behandlung. Methodisch einschränkend ist jedoch, dass nur 20% der Teilnehmer der OMPRIS Interventionsgruppe für diese Nachbefragung telefonisch / per Email erreicht werden konnte, was die Generalisierbarkeit einschränkt. Den narrativen Feedbacks ist zu entnehmen, dass das innovative OMPRIS Angebot insgesamt gerne und gut angenommen wurde. Insbesondere die 1:1 webcambasierte Beratungssituation wurde positiv bewertet. Oftmals wurde sich jedoch eine längere Therapiedauer gewünscht, was grundsätzlich methodisch und inhaltlich umsetzbar wäre.

D) Einfluss durch die COVID-19 Pandemie

Insgesamt 162 Teilnehmende machten Angaben, wie schwer die Covid-19 Pandemie ihren Medienkonsum und Internetkonsum beeinflusst haben. Es zeigt sich dabei einen deutlichen Einfluss durch die Umstände der Pandemie (Tabelle 7). Insgesamt 122/161 (75%) der Teilnehmenden gaben an, dass die Covid-19 Pandemie ihren Internet-/Medienkonsum etwas oder gar stark gesteigert bzw. verschlechtert hat (Abbildung 11). Bei 48,6% der Antwortenden (51/105) hatte die Covid-19 Pandemie sogar einen Einfluss auf die Entscheidung an OMPRIS teilzunehmen.

Tabelle 7: Beeinflussung des Internetkonsums durch die Covid-19 Pandemie

Hat die Covid-19 Pandemie Ihr Problem mit den Medien beeinflusst?

	N	%
gar nicht	20	11,10%
sehr schwach	12	6,70%
schwach	14	7,80%

etwas	31	17,20%
ziemlich	42	23,30%
stark	30	16,70%
sehr stark	13	7,20%
Missing	18	10,00%

Die direkte Betroffenheit der OMPRIS Teilnehmenden war insgesamt hoch. Insgesamt 123 von 162 Teilnehmenden mussten sich über längere Zeit in Homeoffice begeben (75,9%) und immerhin 20,0% der Antwortenden (21/105) benannten eine eigene Quarantäne / Isolation. Weiter 60% der Antwortenden (63/105) gaben an, dass sie wegen der Pandemie mehr Zeit zuhause zusammen mit anderen Familienangehörigen verbracht haben, was eine gewisse soziale Kontrolle darstellen könnte. Etwa 17,8% der Antwortenden (18/105) gaben an einen wirtschaftlichen Schaden durch die Pandemie erlitten zu haben. Mittels der Fear of Covid-19 Scale (Ahoursu et al. 2020) wurde die konkrete Angst und Sorge vor Covid-19 erhoben. Auf der Skala zwischen 7 und 35 Punkten zeigten die OMPRIS Teilnehmenden mit einem Mittelwert von 10,7 (SD=3,9) eher geringe Werte. Die Angst vor direkter Schädigung durch eine Covid-19 Erkrankung war also insgesamt nicht sehr ausgeprägt.

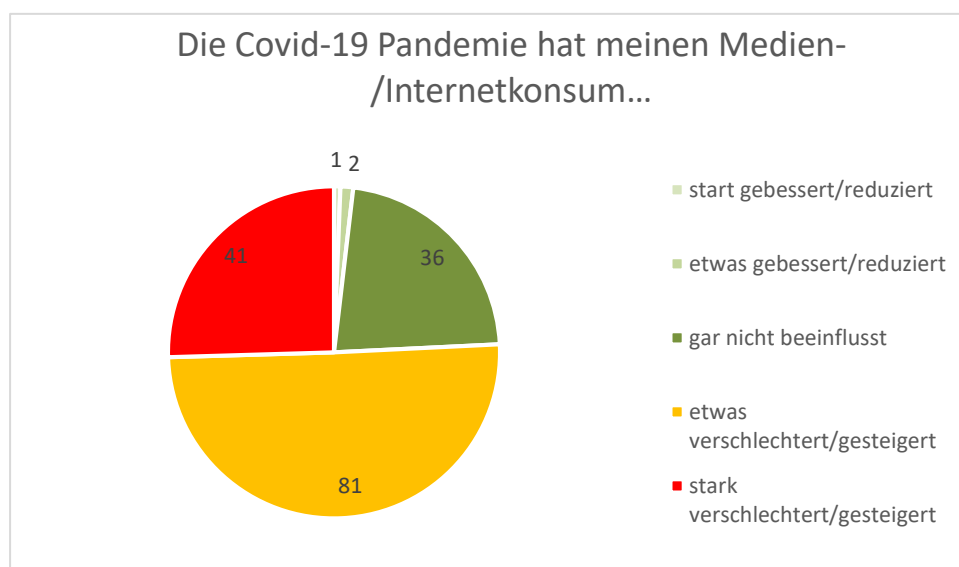


Abbildung 11: Einfluss der Covid-19 Pandemie auf den Internetkonsum

Fazit zum Ergebnisteil D: Es wird ersichtlich, dass die Umstände, die die Covid-19 Pandemie erzeugte, für einen signifikanten Teil der Betroffenen mit INS negative Auswirkungen auf den Internetkonsum hatte.

E) Gesundheitsökonomische Evaluation

Der erste Proband wurde am 1. September 2020 in die OMPRIS-Studie aufgenommen. Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde im Februar 2022 abgeschlossen. Insgesamt wurden 180 Personen der IG (n=89) und WKG (n=91) randomisiert zugeordnet. In die gesundheitsökonomische Evaluation wurden n=169 IG (n=81) und WKG (n=88) Personen mit ausgefüllten Fragebögen (Ressourcenverbräuche und EQ-5D-5L) zu T0 und T2 einbezogen.

Hinsichtlich der erhobenen soziodemographischen Variablen zeigten sich auch bei der Patientenpopulation, die in die gesundheitsökonomische Analyse einbezogen wurde, keine

statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Tab. 8 und Tab. E2 im Anhang). Das mittlere Alter der Gesamtgruppe liegt bei knapp 32 Jahren, wobei deutlich mehr männliche Patienten mit 127 (75%) gegenüber 39 (23%) teilnehmenden Frauen in die Studie eingeschlossen wurden. Die Teilnehmenden der Studie waren zu 96% deutscher Nationalität. Zwischen den Gruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 8: Soziodemografische Variablen getrennt nach Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe

Soziodemografische Variablen	Gesamt (n=169)	IG (n=81)	WKG (n=88)
Alter in Jahren [MW (SD)]	31,93 (12,08)	32,11 (12,77)	31,76 (11,48)
Geschlecht [n (%)]			
männlich	127 (75,1)	63 (77,8)	64 (72,7)
weiblich	39 (23,1)	18 (22,2)	21 (23,9)
divers	3 (1,8)	0	3 (3,4)
Nationalität [n (%)]			
deutsch	163 (96,4)	77 (95,1)	86 (97,7)
andere	6 (3,6)	4 (4,9)	2 (2,3)
Wohnsituation [n(%)]			
Alleine lebend	41 (24,3)	19 (23,5)	22 (25,0)
Mit Partner/Partnerin lebend	48 (28,4)	23 (28,4)	25 (28,4)
In einer Wohngemeinschaft	46 (27,2)	23 (28,4)	23 (26,1)
Bei einem Familienangehörigen	32 (18,9)	14 (17,3)	18 (20,5)
In einer betreuten Wohngemeinschaft	2 (1,2)	2 (2,5)	0
Familienstand [n (%)]			
Ledig ohne Partner	88 (52,1)	41 (50,6)	47 (53,4)
Ledig mit Partner	39 (23,1)	20 (24,7)	19 (21,6)
Verheiratet/Lebensgemeinschaft	35 (20,7)	16 (19,8)	19 (21,6)
Geschieden/getrennt	5 (3,0)	3 (3,7)	2 (2,3)
verwitwet	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,1)

n = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik Alter: Mann-Whitney-U-Test, Rest: Chi-Quadrat-Test.

Darstellung des klinischen Outcomes für die gesundheitsökonomische Evaluation EQ-5D-5L

Mittels des EQ-5D-5L wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität zur Ermittlung der QALYs als Outcomeparameter der Kosten-Nutzwert-Analyse für die Teilnehmenden zu T0 und T2 erhoben. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 9. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen mittels EQ-5D-5L-Index weist eine Verbesserung zu T2 im Vergleich zur Baseline-Erhebung in beiden Gruppen auf. Die Lebensqualität steigt in der IG stärker an. Die Veränderung zwischen den Gruppen zu T0 und T2 weist keinen statistisch signifikanten Unterschied auf.

Tabelle 9: EQ-5D-5L Indexwert abhängig von Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe und den Zeitpunkten T0 und T2.

EQ-5D-5L Indexwert	T0			T2		
	Gesamt	IG	WKG	Gesamt	IG	WKG
Mittelwert	0,839	0,847	0,831	0,860	0,884	0,838
p-Wert	-	0,807		-	0,149	
Standardabweichung	0,161	0,143	0,176	0,154	0,122	0,176
Median	0,882	0,892	0,874	0,913	0,913	0,911
Minimum	0,130	0,300	0,130	0	0,460	0
Maximum	1	1	1	1	1	1

IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Auch bei der visuellen Analogskala des EQ-5D-5L zeigt sich eine Verbesserung in T2 im Vergleich zur Baseline-Erhebung in beiden Gruppen. Die Lebensqualität steigt auch hier in der IG stärker an. Die Veränderung zwischen den Gruppen zu T0 und T2 weist keinen statistisch signifikanten Unterschied auf (Tab. 10).

Tabelle 10: EQ-VAS abhängig von Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe und den Zeitpunkten T0 und T2.

EQ-VAS	T0			T2		
	Gesamt	IG	WKG	Gesamt	IG	WKG
Mittelwert	68,37	67,11	69,54	71,12	72,33	70,01
p-Wert	-	0,215		-	0,449	
Standardabweichung	18,13	17,33	18,86	16,30	15,11	17,34
Median	70,50	70,0	75,00	74,00	75,00	72,00
Minimum	10	30	10	15	30	15
Maximum	100	100	100	99	99	99
p-Wert (T0 zu T2)				0,241	0,060	0,860

IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test. VAS-Score T0: n=1 missing; VAS-Score T2: n=4 missings.

OSV-Score

Hinsichtlich des OSV-Scores zeigt sich für die Gruppe der Patienten, die in die gesundheitsökonomische Evaluation eingeschlossen wurden zu T0 kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied. Zum Zeitpunkt T2 ergibt sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der IG ($p < 0,001$). Detaillierte Kennzahlen sowie die Kosten-Effektivitäts-Analyse auf Basis des Reliable Change Index sind dem Anhang zu entnehmen (Tabelle E3 im Anhang).

Bepreisung der Ressourcenverbräuche

Für die im Rahmen der Studie erhobenen Ressourcenverbräuche wurden die Preise für die verschiedenen Kostenkomponenten ermittelt. Die entsprechenden Preise und Quellenangaben finden sich zusammengefasst in Tabelle E4 im Anhang. Die Inanspruchnahme von Medizinischen Leistungen, Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung sind dem Anhang zu entnehmen (Tabelle E5 & Tabelle E6 im Anhang).

Kosten aus GKV-Perspektive

Die Ergebnisse zu den erhobenen Kosten in den einzelnen Kostenkomponenten aus der GKV-Perspektive und der gesellschaftlichen Perspektive zeigen zum Zeitpunkt T0 im Vergleich von

IG und WKG keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Detaillierte Kennzahlen sind den Tabellen E7 und E8 im Anhang zu entnehmen.

Die Ergebnisse zu den erhobenen Kosten in den einzelnen Kostenkomponenten aus der GKV-Perspektive und gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 im Vergleich von IG und WKG zeigen für die IG statistisch signifikant höhere Kosten aufgrund der in dieser Gruppe einbezogenen Interventionskosten. Tabelle 11 zeigt die p-Werte der Gruppenunterschiede bei den Kosten / Tag zwischen IG und WKG jeweils zu T0 und T2 in den erhobenen Kostenkategorien aus GKV-Perspektive. In Tabelle 12 ist die Information aus gesellschaftlicher Perspektive abgebildet. Ausführliche Informationen zu den Kosten/Tag der Kostenkategorien sind dem Anhang zu entnehmen (Tabelle E9 bis E18).

Tabelle 11: p-Werte der Gruppenunterschiede zu T0 und T2 in den erhobenen Kostenkategorien aus GKV-Perspektive.

GKV	T0	T2
	p-Wert	p-Wert
Krankengeld	0,174	0,174
Ambulante Arztkontakte	0,609	0,867
Stationäre Aufenthalte	0,366	0,601
Medikamente	0,200	0,910
Heilmittel	0,976	0,613
Interventions- kosten	-	<0,001
Summe	0,953	<0,001

Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle 12: p-Werte der Gruppenunterschiede zu T0 und T2 in den erhobenen Kostenkategorien aus gesellschaftlicher Perspektive

Gesellschaft	T0	T2
	p-Wert	p-Wert
Arbeits- unfähigkeit	0,288	0,177
Erwerbs- minderung	0,174	0,601
Ambulante Arztkontakte	0,609	0,959
Stationäre Aufenthalte	0,361	0,606
Reha- bilitation	0,279	0,139
Medika- mente	0,095	0,900
Heilmittel	0,976	0,613
Interven- tionskosten	-	<0,001
Summe	0,532	<0,001

Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwert-Analyse

In die Kosten-Effektivitäts-Analyse wurde die Anzahl der Personen mit einem Reliable Change des OSV-Scores (Differenz T0 zu T2 $\geq 3,45$ (RCI)) als Outcomeparameter einbezogen. Statistisch

signifikant mehr Personen erreichen einen Reliable Change von T0 zu T2 ($p < 0,001$) in der Interventionsgruppe als in der Wartekontrollgruppe.

Die Kosten zeigten sowohl in der GKV- als auch in der gesellschaftlichen Perspektive einen statistisch signifikanten Unterschied zugunsten der Kontrollgruppe, der durch die Interventionskosten entstanden ist ($p < 0,001$).

Es wurde die inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation pro Person mit Reliable Change für den 4-wöchigen Zeitraum der Intervention berechnet, die moderate Zusatzkosten pro Person mit Reliable Change ergibt (siehe Anhang).

Eine Kosten-Nutzwert-Analyse konnte nicht durchgeführt werden, da sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen mit dem EQ-5D-5L, zeigten.

Deterministische Sensitivitätsanalyse

Zur Berücksichtigung von Unsicherheiten wurde eine deterministische Sensitivitätsanalyse durchgeführt, in der die wesentlichen Kostenkomponenten in einem Rahmen von +10% und -10% variiert wurden. Die Ergebnisse zeigten sich im Vergleich zum Basecase stabil. Detaillierte Darstellungen der Ergebnisse finden sich im Anhang (Tabelle E19, und E20 sowie Abbildung E1 und E2 im Anhang).

Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand

Zusätzlich zu den direkten medizinischen und indirekten Kosten, die zuvor berichtet wurden, sind weitere Inanspruchnahmen im sozialen und finanziellen Bereich erhoben worden. Eine Ermittlung der Kosten findet nicht statt.

In Bezug auf Inanspruchnahme von Geldleistungen erhielten die Personen in beiden Gruppen zu T0 annähernd gleich häufig mit 34-35% eine Unterstützung von Seiten der Eltern, während andere Geldleistungen deutlich geringer in Anspruch genommen wurden.

Auch der Bereich „Schulden“ zeigt in T0 ähnliche Ausprägungen in beiden Gruppen. Am häufigsten wird die unspezifische Kategorie „sonstige“ mit ca. 12% in der IG und ca. 18% in der WKG genannt, gefolgt von Schulden durch Konsum- und Dispokredite. Schulden durch Online-Spiele wird nur einmalig in der IG angegeben. Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation werden in beiden Gruppen nur vereinzelt im Bereich „Reha für psychisch kranke Menschen“ sowie „Maßnahmen zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt“ angegeben. Bei der „Inanspruchnahme spezieller Angebote“ finden sich am häufigsten mit ca. 12% in der IG und 10% in der WKG Kontakte zur „Beratungsstelle bei psychischen Problemen/Suchtberatungsstelle“, gefolgt von Kontakten zu „Selbsthilfegruppen aufgrund psychischer Probleme“ sowie „Angebote aufgrund psychischer Probleme (z.B. Sorgentelefon)“. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen finden sich nicht. Die Inanspruchnahme der IG und WKG zum Zeitpunkt T2 weist nur geringfügige Veränderungen zu T0 auf. Ausführliche Darstellungen der finanziellen Belastungen sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand finden sich im Anhang (Tabelle E21 und E22 im Anhang).

7. Diskussion der Projektergebnisse

Durchführbarkeit und Effektivität der OMPRI Intervention

Die OMPRI-Studie ist eine bedeutende Versorgungsforschungsstudie, die die Wirksamkeit einer innovativen webcambasierten telemedizinischen Versorgung von Menschen aus ganz Deutschland mit Internetnutzungstörungen (INS) untersuchte. Bei OMPRI handelt es sich um die erste hochwertige randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit ausreichender Aussagekraft und Stichprobengröße, die sich mit der Behandlung von INS-Patienten mittels Telemedizin befasst. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen eine statistische

Signifikanz der Therapieeffekte, die nach Ansicht des Konsortiums auch klinisch relevant und andauernd sind. Mittels OMPRIS konnte das Ausmaß an INS Symptomen bei Betroffenen im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich verringert werden.

Die therapeutische Effektstärke für die Symptomreduktion lag bei OMPRIS in einem klinisch relevanten Bereich. Sie ist damit mit analogen face-to-face Therapiestudien zur Psychotherapie von INS-Patient:innen im analogen Setting vergleichbar. Die 2019 veröffentlichte qualitativ hochwertige STICA-Studie (Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction) berichtete über eine Effektstärke von $d=1.19$ für eine Gruppenpsychotherapie von Angesicht zu Angesicht bei INS-Patient:innen, wobei, wie in unserer Studie, auch der OSV-Score als Endpunkt verwendet wurde (Wölfling et al., 2019). Es ist jedoch zu beachten, dass sich die STICA-Population nur auf klinische IUD-Patienten konzentrierte, während unsere Studienpopulation sowohl schwerer betroffene Patient:innen als auch solche umfasste, die sich noch im Frühstadium der INS befinden. Darüber hinaus war die STICA-Behandlung mit 15 wöchentlichen persönlichen Gruppentherapiesitzungen und bis zu 8 Einzelsitzungen deutlich intensiver. Im Vergleich zur STICA-Studie ist die erzielte Effektgröße der Kurzzeitintervention OMPRIS beträchtlich, zumal die Niedrigschwelligkeit einer telemedizinischen Behandlung ein wesentlicher Vorteil gegenüber einer persönlichen Behandlung ist. Die Moderatorenanalyse zeigte, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Art der INS, dem Alter und dem Geschlecht gab, was dafür spricht, dass OMPRIS für alle Arten von INS, alle Altersgruppen und Geschlechter wirksam sein kann. Aufgrund des gefundenen Trends sowie der geringen für die Interaktionsanalyse geringen Fallzahl kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Art der INS einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Nutzung haben kann. In weiteren Studien sollten daher Subgruppen der INS gesondert untersucht werden. OMPRIS hatte eine signifikante Wirkung auf die Verringerung der Suchtsymptome innerhalb eines kurzen Behandlungszeitraums von nur 4 Wochen. Die Auswirkungen waren sowohl im primären Outcome OSV als auch im empfindlicheren und globalen CIUS messbar. Beide Skalen wurden als klinisch nützlich und als empfehlenswert für klinische Studien beschrieben (King et al., 2020).

Darüber hinaus verringerte die OMPRIS-Intervention auch den Schweregrad der Symptome so weit, dass ca. 65 % der Teilnehmer:innen um mindestens eine Schwerekatgorie im OSV Fragebogen herabgestuft werden konnte, was als klare klinische Relevanz interpretiert werden kann. Sensitivitätsanalysen und die Per-Protokoll-Analyse bestätigten ebenfalls diese signifikante Verringerung der Symptome. Durch die OMPRIS-Intervention verringerte sich auch die selbst angegebene wöchentliche Online-Nutzungszeit um etwa einem Drittel.

Follow-up-Analysen zeigten, dass die therapeutischen Effekte über 6 Monate anhielten, was ebenso die klinische Bedeutung untermauert. Darüber hinaus zeigten nahezu alle sekundären klinischen Outcomes eine signifikante Verbesserung, was darauf hindeutet, dass die Behandlungen einen positiven Einfluss auf unterschiedliche psychische Symptomatiken und auf Resilienzfaktoren sowie auf die Veränderungsmotivation hatte. Die Ergebnisse aus der OMPRIS Studie bestätigen zum ersten Mal, was einige Pilotstudien mit kleineren Fallzahlen und geringerer statistischer Aussagekraft vermutet hatten (Bottel et al., 2021; Lam & Lam, 2016).

Die Teilnehmenden in der OMPRIS Studie zeigte insgesamt in über 80% der Fälle ein hohes Bildungsniveau, d.h. einen Schulabschluss nach mindestens 12 Jahren (Abitur oder Fachabitur). Im Vergleich zu dem deutschlandweiten Bildungsstand, nachdem ca. 36,7% der Deutschen eine Fachhochschul- oder Hochschulreife besitzen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023), ist dies überrepräsentiert. Dies kann einerseits bedeuten, dass eine onlinebasierte Intervention wie OMPRIS für Menschen mit niedrigem Bildungsniveau weniger attraktiv erscheint, oder dass diese nicht erreicht werden konnten. Etwa 42% der OMPRIS Interessierten haben sich selber über Internetsuchmaschinen, Medienbeiträge, Podcasts etc. über OMPRIS informiert. Etwa 46% der OMPRIS Interessierten haben es auf Empfehlung der

Eltern und/oder des Schulsystems/staatlichen Stellen getan. Es könnte diskutiert werden, dass ein höherer Bildungsstatus einhergeht mit einer achtsameren und höheren familiären Unterstützung. Darüber hinaus scheint der Bildungsstatus einen Einfluss auf die Teilhabe sowie die gesundheitlichen Verhaltensweisen zu haben (z.B. weniger Bewegung, häufigeres Rauchen, häufigere Adipositas) (Mielck et al., 2012; Robert Koch-Institut, 2019). Es ist daher nicht auszuschließen, dass OMPRIS insbesondere eine Versorgungsform ist, die Betroffene mit höherem Bildungsniveau erreicht. Bei einer deutschlandweiten Ausweitung von OMPRIS sollte daher diskutiert werden, ob durch intensive Zusammenarbeit und Kooperation mit Schulen (insbesondere Hauptschulen und Realschulen) die Teilnahme insbesondere in der Gruppe der Menschen mit niedrigem oder mittlerem Bildungsniveau gefördert werden könnte. Dies wäre insbesondere relevant, da repräsentative Studien zur Internetnutzung bei Kindern und jungen Erwachsenen zeigen, dass die Internetaffinität und Nutzungszeiten bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau tendenziell erhöht sind (DAK-Gesundheit, 2015; Orth & Merkel, 2020). Somit ist nicht davon auszugehen, dass Menschen mit niedrigem oder mittlerem Bildungsniveau generell weniger das Internet nutzen. Vielmehr zeigt sich, dass die Prävalenz für problematische oder pathologische Computerspielnutzung sowie die durchschnittliche tägliche Nutzungszeit bei Menschen mit gymnasialem Schulabschluss leicht geringer sind, als bei anderen (niedrigeren) Schulabschlüssen (Orth & Merkel, 2020). Zudem gibt es Hinweise, dass Menschen mit niedrigem Schulabschluss tendenziell häufiger Computerspiele nutzen, Menschen mit höherem Schulabschluss tendenziell eher soziale Netzwerke und Chats nutzen (DAK-Gesundheit, 2015).

Die OMPRIS Studie hat mehrere methodische und inhaltliche Stärken. Die landesweite Rekrutierung der Teilnehmer und die Tatsache, dass auch die Risikopopulation erreicht wurde, trugen zur Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse bei. Die Studie war ausreichend gepowert, um kleine Unterschiede zu erkennen, und die Diagnostik wurde standardisiert und nachvollziehbar durchgeführt. Die für eine onlinebasierte Versorgungsforschungsstudie relativ lange Nachbeobachtungszeit von 6 Monaten und die geringe Zahl fehlender Daten / Abbrecher:innen sind weitere Stärken der Studie. Insgesamt 75 von 81 Teilnehmern gaben nach 6 Wochen und 61 von 81 nach 6 Monaten ein Feedback (Fragebögen), was eine hohe Rücklaufquote für eine online-basierte Studie darstellt.

Die Studie weist jedoch auch Limitationen auf. Das Fehlen einer aktiven Kontrollgruppe ist eine Einschränkung. Das innovative Ziel dieser Studie bestand jedoch darin, erstmalig zu zeigen, dass eine telemedizinische Intervention generell wirksam ist. Dieser Ansatz entspricht dem wissenschaftlichen Standard und wurde auch in anderen Therapiestudien gewählt. Zudem entspricht die Wartelisten-Kontrollgruppe der tatsächlichen Versorgungssituation von Patient:innen, die in der Regel aufgrund mangelnder Motivation oder fehlender Therapiemöglichkeiten keine Therapie finden. Darüber hinaus wurde die Studie in einem einfach verblindeten Design angelegt, d. h. die Teilnehmer:innen waren nicht für die Zuteilung zur Intervention maskiert. Dies ist bei Psychotherapiestudien mit einer Wartelistenkontrollgruppe jedoch technisch nicht möglich. Die Wartezeit war jedoch kurz (4 Wochen), so dass sie die Ergebnisse nicht wesentlich beeinflusst haben dürfte. Obgleich die Rücklaufquote im Follow-up bezüglich der Outcomes hoch war, so konnten nur etwa 20% der Teilnehmenden für eine telefonische Nachbefragung bezüglich der Weitervermittlungsquote und bzgl. möglicher Hürden in der Weitervermittlung erreicht werden. Dies schränkt die Aussage und Generalisierbarkeit in diesem isolierten Punkt stark ein.

Die webcambasierte Behandlung von Menschen mit Internetsucht kann einige Herausforderungen mit sich bringen. So können technische Schwierigkeiten, z.B. Probleme mit der Internetverbindung, den Therapieprozess stören und unterbrechen. Außerdem ist die Online-Therapie möglicherweise nicht für jeden Betroffenen geeignet, z. B. für Patienten mit schwersten psychiatrischen Komorbiditäten oder Suizidalität. Zudem stützt sich die klinische Einschätzung auf eine webcambasierte Situation und in hohem Maße auf selbstberichtete

Symptome. Auf diese therapeutischen Besonderheiten und Herausforderungen wird in der von uns publizierten Vorstellung des Behandlungsansatzes eingegangen (Pape et al., 2023).

Zusammengefasst zeigt die vorliegende OMPRIS Studie erstmals und in methodisch hoher Qualität, dass eine webcambasierte motivationsfördernde Onlinebehandlung bei Menschen mit INS ein effektives und innovatives Versorgungsangebot sein kann, dass die Betroffenen zu Hause abholen kann und tatsächlich die Versorgungslücke schließen, die die langen ambulanten Wartezeiten und die geringe Anzahl an spezifischen therapeutischen Angeboten in Deutschland reißt. OMPRIS bietet eine Behandlungsmöglichkeit für Personen, die aufgrund geografischer oder logistischer Einschränkungen keinen Zugang zu einer persönlichen Therapie haben. OMPRIS ist niedrigschwellig, weil sie von zu Hause aus oder von jedem anderen Ort mit Internetanschluss genutzt werden kann. OMPRIS bietet zudem ein subjektives Gefühl der „Anonymität“, was für Personen von Vorteil sein kann, denen es vielleicht peinlich ist oder die sich schämen, Hilfe für ihre Sucht zu suchen. OMPRIS bietet flexible Terminoptionen, die sich an einen stressigen Lebensstil oder Arbeitsplan anpassen lassen.

Gesundheitsökonomische Analysen

In die gesundheitsökonomische Evaluation konnten beinahe alle Teilnehmenden der klinischen Evaluation eingeschlossen werden, da lediglich bei 11 Personen die Daten zum gesundheitsökonomischen Teilbereich fehlten. Insgesamt kann somit eine nur geringe Einschränkung der Übertragbarkeit hinsichtlich der Ergebnisse für die gesamte Studienpopulation von OMPRIS angenommen werden.

Der OSV-Score zeigte für die eingeschlossenen Teilnehmenden der gesundheitsökonomischen Evaluation einen statistisch signifikanten Effekt zugunsten der IG. Für die Einbeziehung als Outcomeparameter wurde der Reliable Change Index verwendet, der Personen mit einem RC des OSV-Scores von solchen ohne RC unterscheidet. Auf Basis der Verwendung des Konzepts des Reliable Change Index kann dargestellt werden, inwiefern die Veränderung des OSV nicht nur statistisch signifikant, sondern auch patientenrelevant ist und sich somit bedeutsam auf die Probanden auswirkt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen mittels EQ-5D-5L-Index weist eine Verbesserung in T2 im Vergleich zur Baseline-Erhebung in beiden Gruppen auf. Die Lebensqualität steigt in der IG stärker an, jedoch sind die Unterschiede nicht statistisch signifikant. Aufgrund dieses Ergebnisses war es nicht möglich eine Kosten-Nutzwert-Analyse durchzuführen.

Da die Studie im Wartekontroll-Design geplant ist, steigen die Probanden der WKG nach Beendigung der Interventionsphase der IG in die Intervention ein. Dies bedingt einen relativ kurzen Zeitraum für eine vergleichende Betrachtung der Entwicklung der gesundheitsbezogenen Kosten. Es besteht die Möglichkeit, dass es durch die Intervention zu einer Veränderung der Inanspruchnahme kommt, die erst in den Wochen nach der Intervention zu beobachten ist. Eine deutlich längere Beobachtungszeit für die Kostenentwicklung wäre wünschenswert.

Limitierend für die Ergebnisse der Studie wirkt die fragebogengestützte Erhebung der Ressourcenverbräuche über die Teilnehmenden der Studie. Diese retrospektive Datenerhebung weist die Möglichkeit eines Recall Bias auf, so dass Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen nur unvollständig erhoben werden. Aufgrund der kurzen Erhebungszeiträume von wenigen Wochen sollte eine mögliche Verzerrung durch den Recall Bias marginal sein. Zudem kann die relativ kurze Nachbeobachtungszeit wie bereits zuvor beschrieben als Limitation eingestuft werden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Durch OMPRIS ist aus unserer Perspektive die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit einer telemedizinischen Behandlung von Menschen mit INS belegt worden. OMPRIS konkurriert nicht mit bestehenden therapeutischen Angeboten, sondern füllt eine Lücke in der Versorgung v.a. in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte. OMPRIS holt Betroffene dort ab, wo sie ihrer Verhaltenssucht nachgehen – im virtuellen Raum. Damit schafft es OMPRIS auch Betroffene zu erreichen, die entweder aus Scham und Motivationsmangel bisherige therapeutische Angebote vermeiden, oder aus Motivationsmangel nicht ausdauernd die Suche nach einem Therapieplatz nachverfolgen (z.B. die lange Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz). Gleichzeitig bietet OMPRIS durch dessen flexiblen Einsatz den motivierten Betroffenen eine schnellere und niedrigschwellige Behandlung und kann somit Frustration und Motivationsverlust durch lange Wartezeiten und Behandler:innen ohne spezifische Therapieerfahrungen bei INS verhindern. Skaliert man OMPRIS hoch und schult ausreichend OMPRIS-Therapeut:innen, die an den wenigen vorhandenen Fachzentren für INS in Deutschland angebunden sein könnten, dann schafft es OMPRIS schnell, ein zeitliches flexibles und ortsunabhängiges und störungsspezifisches Therapieangebot für GKV Versicherte zu bieten. Durch die schnelle und unkomplizierte Erreichbarkeit und das „aufsuchende“ Angebot – OMPRIS kommt durch die Telemedizin praktisch nach Hause – können auch Patientengruppen erreicht werden, die sich noch in einem frühen Krankheitsprozess befinden. Damit kann einer Chronifizierung entgegengewirkt werden. Zudem können auch Patientinnen und Patienten behandelt werden, die wenig mobil sind sich die Fahrt zur Klinik, etc. nicht leisten können. Gleichzeitig ist OMPRIS generell prästationär zur „Anbehandlung“ während der Wartezeit einsetzbar, was wiederum den stationären therapeutischen Aufenthalt effizienter und die Dauer ggf. reduzieren könnte. Auch wäre es denkbar, OMPRIS im Sinne einer poststationäre Nachversorgung anzubieten (mit leichten inhaltlichen Anpassungen), sodass es sektorenübergreifend durch OMPRIS eine schnelle und ortsungebundene Nachversorgung zur Rückfallprophylaxe geben kann. Auch hierdurch könnten Therapieverläufe effektiver und wirksamer werden, stationäre Therapiedauern ggf. auch reduziert werden. Im Rahmen dieser Studie ist ein Manual erarbeitet worden, was den Expert:innen der Behandlung zur Verfügung gestellt werden kann. Gleichsam können Schulungen und Seminare zur Anwendbarkeit von OMPRIS leicht online in ganz Deutschland angeboten werden. Aktuell gibt es neben den wenigen spezifischen universitären Fachkliniken, die in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Gaming Disorder und INS erfahren sind, kaum ein ambulantes Versorgungsnetz. Spezifische Strategien zur Behandlung von Pat. mit INS werden in der psychotherapeutischen Ausbildung bisher selten oder nicht gelehrt. Expertinnen und Experten bieten zwar regelmäßig Fachfortbildungen für Kolleginnen und Kollegen an, was allerdings den Bedarf an ausgebildeten und fachlich vorbereiteten ambulanten Psychotherapeutinnen und -therapeuten strukturell nicht deckt.

Durch die hohe technische Affinität der Zielgruppe haben wir eine große Compliance bzw. geringe Barrieren bei Betroffenen erlebt und würden diese auch in Zukunft erwarten. Allenfalls könnten technische Barrieren (Ausfall des Internets, der Software etc.) zu kurzfristigen Problemen führen, die allerdings dauerhaft kaum Hindernisgründe darstellen. Zudem hat die Covid-19 Pandemie dazu geführt, dass für viele Menschen in Deutschland videobasiertes Arbeiten und Kommunizieren Alltag wurde, was die Hemmungen deutlich reduziert.

Untere Studie belegt, dass die Covid-19 Pandemie zu einer Verschärfung der problematischen Internetnutzung in Deutschland geführt hat, und dass gerade die INS Betroffenen in hohem Ausmaß (75% der OMPRIS Teilnehmenden) durch die Pandemie negative Auswirkungen auf die Mediennutzung verspürt haben. Damit bestätigt die Erfahrung aus der OMPRIS Studie jüngst publizierte Ergebnisse repräsentativer Befragungen in Deutschland, die eine Zunahme

der Nutzungszeiten und der Prävalenzen von INS durch die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie in Deutschland berichten (DAK-Gesundheit, 2022).

Aus unserer Perspektive gibt es mehrere Möglichkeiten der Steuerung, um die OMPRIS Versorgung in das GKV-System dauerhaft zu implementieren. Hierfür sehen wir insbesondere 3 Finanzierungsmöglichkeiten:

- a) Über eine Anpassung des **§118 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) – Psychiatrische Institutsambulanzen** könnte die *telemedizinische* Leistung, die im Rahmen von OMPRIS erbracht wird, in die Versorgung integriert werden, sodass Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) in ganz Deutschland OMPRIS anbieten können. Wir sehen insbesondere den Aspekt bedeutsam, dass durch die PIAs die Behandlung von Patientinnen und Patienten übernommen werden sollen, die aufgrund *der zu großen Entfernung zu geeigneten Ärzten* keine andere Behandlungsmöglichkeit finden. Auch die Tatsache, dass die psychische Störung der INS eine neue Diagnose im ICD-11 ist, für deren Behandlung bisher nur wenige Behandlungszentren existieren, ist hier relevant. Über diesen Weg müssten in die GKV-Verträge einerseits generell telemedizinische OMPRIS-Leistungen aufgenommen werden, andererseits auch die neue ICD-11 Diagnose der Gaming Disorder (ICD-11: 6C51 Gaming disorder) bzw. der anderen Internetbezogenen Verhaltenssucht ICD-11: 6C5Y Other specified disorders due to addictive behaviours) in die PIA-Diagnosenliste übernommen werden.
- b) Über **§ 64b SGB V - Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen** könnten die telemedizinischen OMPRIS Leistungen im Rahmen eines Modellvorhabens für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen integriert werden. Auch hier wäre die Art der Störung (neuartige Störung) sowie die zu große Entfernung zu geeigneten Ärztinnen und Ärzten ein führendes Argument. Zudem könnte OMPRIS als eine Form des „Hometreatments“ auch als aufsuchendes Therapieangebot einordbar sein. OMPRIS könnte so ein Baustein im sog. Track-Behandlungskonzept (sektorenübergreifende Versorgung) von Patientinnen und Patienten mit INS werden und Übergänge zwischen stationär und ambulant effizienter machen.
- c) Über den **§140a SGB V – Besondere Versorgungen** könnte OMPRIS durch die Aushandlung eines **Selektivvertrages** mit interessierten Krankenkassen in die GKV Versorgung der entsprechenden teilnehmenden Krankenkassen übernommen werden. Die Krankenkassen könnten so OMPRIS als eine besondere Versorgungsform ihren Versicherten (exklusiv) anbieten.

Weiterer Forschungsbedarf besteht in der Frage, welche Patientinnen und Patienten explizit gut von OMRPIS profitieren, und welche Patientinnen und Patienten schwieriger über Telemedizin zu behandeln sind. Hier spielen psychische Begleiterkrankungen eine zentrale Rolle. Zudem sollte weiter erforscht werden, wie ein optimales Zusammenspiel zwischen telemedizinischer Versorgung und analoger, face-to-face Versorgung aussehen könnte. Denkbar wäre, dass OMPRIS als Motivationsförderung in der Wartezeit auf stationäre oder ambulante Behandlungen eingesetzt wird, oder im Rahmen einer poststationären Nachsorge den Übergang in das ambulante Behandlungssystem vereinfacht und Rückfälle reduziert. Hier bedarf es jedoch weiterer Forschung, um eine optimale und effektive Verzahnung der Versorgungsangebote und -sektoren zu erreichen. Im Rahmen weiterer Versorgungsforschungsstudien (z.B. NVF) wäre untersuchbar, inwieweit OMPRIS die stationäre Therapiedauer in einer Klinik reduzieren und Rückfälle vermeiden kann.

Um die *konkrete technische Integration* von OMPRIS in das bestehende Kliniksystem voranzutreiben, könnte OMPRIS in einer ersten *Disseminationsphase* zunächst an ausgewählten Kliniken mit Fachkompetenz in der Behandlung von INS zur Überbrückung von Wartezeiten und/oder zur Vorbereitung auf stationäre Aufenthalte/ambulante Therapie

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

eingesetzt werden. Ggf. müssten hier noch technische Voraussetzungen (Software und Hardware) ergänzt bzw. überprüft werden. Hier könnten auch Fördermittel aus z.B. dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) beantragt bzw. genutzt werden.

Ebenfalls könnte OMPRIS in einer modifizierten Form (Präventionsfokus) in (Sucht-)Beratungsstellen und/oder an Schulen als niedrigschwellige Anlaufstelle zur Prävention und Beratung angeboten werden. Auch wäre ein Präventionsangebot über die Krankenkassen im Rahmen **§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung** denkbar.

Da OMPRIS nicht nur sehr spezifische Outcomes verbessern konnte (Reduktion der Suchtsymptomatik einer Internetnutzungsstörung), sondern auch globalere und übergreifende positive Effekte erzielen konnte (Reduktion der Depressivität, Ängstlichkeit sowie Steigerung der Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit), wäre auch eine Übertragung der OMPRIS Versorgung auf andere artverwandte Störungsbilder (z.B. andere Verhaltenssuchte, stoffgebundene Süchte, Essstörungen / Food Addiction, aber z.B. auch soziale Angststörungen) durchführbar. Der Aufwand der Modifizierung / Anpassung wäre sicherlich inhaltlich gering.

9. Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Open Access Publikationen aus dem Projekt:

Dieris-Hirche, J., Bottel, L., Basten, J., Pape, M., Timmesfeld, N., te Wildt, B. T., Geisler, B. L., Wölfling, K., Henningsen, P., Beutel, M., Neumann, A., Niemann, A., Beckers, R., Herpertz, S., Best, A., Böswald, R., Cornelsen, L., Dreier, M., Groen, S., . . . Weretecki, J. (2023). Efficacy of a short-term webcam-based telemedicine treatment of internet use disorders (OMPRIS): a multicentre, prospective, single-blind, randomised, clinical trial. *eClinicalMedicine*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102216>. Impactfaktor: 15.1.

Dieris-Hirche J, Bottel L, Pape M, et al. Effects of an online-based motivational intervention to reduce problematic internet use and promote treatment motivation in internet gaming disorder and internet use disorder (OMPRIS): study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021; **11**(8): e045840. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045840. Impactfaktor: 3.007

Pape M, Geisler BL, Cornelsen L, et al. A short-term manual for webcam-based telemedicine treatment of Internet use disorders. *Front Psychiatry* 2023; **14**: 1053930. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1053930. Impactfaktor: 5.435.

Dieris-Hirche J, Bottel L, Herpertz S, et al. Internet-Based Self-Assessment for Symptoms of Internet Use Disorder-Impact of Gender, Social Aspects, and Symptom Severity: German Cross-sectional Study. *J Med Internet Res* 2023; **25**: e40121. DOI: 10.2196/40121. Impactfaktor: 7.08.

Niemann, A., Hillerich, V., Wasem, J., Dieris-Hirche, J., Bottel, L., Pape, M., Herpertz, S., Timmesfeld, N., Basten, J., Te Wildt, B. T., Wölfling, K., Beckers, R., Henningsen, P., Neusser, S., & Neumann, A. (2023). Health Economic Evaluation of an Online-Based Motivational Program to Reduce Problematic Media Use and Promote Treatment Motivation for Internet Use Disorder-Results of the OMPRIS Study. *Int J Environ Res Public Health*, 20(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph20247144> . Impactfaktor: 4.61.

Wissenschaftliche Preise:

3. Platz beim Deutschen Telemedizinpreis der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) 2021 (Urkunde siehe Anlage 19 des Schlussberichtes)

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

Geplante Open Access Publikationen:

Pape, M, Dreier, M, Dieris-Hirche et al. Fear of Covid-19 in at-risk internet users during the pandemic (January 2021- March 2022) in Germany. (in preparation)

Dieris-Hirche J, NN et al. Therapeutic relationship in online therapy using the example of the novel online-based motivational intervention for reducing problematic internet use and promoting treatment motivation in internet gaming and internet use disorder (OMPRIS). (in planning)

NN. Adherence and treatment dose as a factor of efficacy in an online-based motivational intervention to reduce problematic internet use and promote treatment motivation in internet gaming and internet use disorder (OMPRIS). (in planning)

Publizierte OMPRIS Beiträge auf wissenschaftlichen Tagungen:

Dieris-Hirche J, te Wildt B, Pape M, *et al.* Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Förderung der Behandlungsmotivation und Reduktion der Suchtsymptome bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht. In: *Suchttherapie*. Georg Thieme Verlag 2019. doi:10.1055/s-0039-1696250

Pape M, Reichrath B, Böttel L, *et al.* Charakteristika computerspielabhängiger Patienten. In: *Deutscher Suchtkongress 2019*. Georg Thieme Verlag KG 2019. doi:10.1055/s-0039-1696257

Niemann A, Neumann A, Neusser S, *et al.* Studienkonzept zur gesundheitsökonomischen Evaluation eines onlinebasierten Motivationsprogramms zur Behandlung von Computerspielabhängigkeit und Internetsucht. In: *Das Gesundheitswesen*. Georg Thieme Verlag 2021. doi:10.1055/s-0041-1732799

Geisler BL, te Wildt B, *et al.* 4 Wochen, 8 Sitzungen: Therapeutische Ansätze zur Gestaltung eines beziehungsorientierten und motivierenden Online-Beratungssettings für Betroffene einer Internetnutzungsstörung. In: *Suchttherapie*. 2022. DOI: 10.1055/s-0042-1756039

Fachkongresse

OMPRIS ist auf zahlreichen wissenschaftlichen Fachkongressen vorgestellt worden, z.B. auf dem Deutschen Psychosomatik Kongress 2019 bis 2023 (geladen), auf dem DGPPN Kongress 2019 (geladen), dem Deutschen Suchtkongress (2019 & 2020), sowie dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2022 (geladen), DGSMK Kongress 2023 der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention.

Auch wurden in der Projektzeit zahlreiche Medienbeiträge (Zeitung, Internet, Podcasts, Radio etc.) über OMPRIS veröffentlicht (Auswahl siehe Anlage des Schlussberichtes).

10. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2020). *S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie Internetbezogener Störungen*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-011>

Bock, J. O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, D., Holle, R., Greiner, W., & König, H. H. (2015). [Calculation of standardised unit costs from a societal perspective for health economic evaluation]. *Gesundheitswesen*, 77(1), 53-61. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374621>

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

- (Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation.)
- Borm, G. F., Hoogendoorn, E. H., den Heijer, M., & Zielhuis, G. A. (2005). Sequential balancing: a simple method for treatment allocation in clinical trials. *Contemp Clin Trials*, 26(6), 637-645. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2005.09.002>
- Bottel, L., Brand, M., Dieris-Hirche, J., Herpertz, S., Timmesfeld, N., & Te Wildt, B. T. (2021). Efficacy of short-term telemedicine motivation-based intervention for individuals with Internet Use Disorder - A pilot-study. *J Behav Addict*, 10(4), 1005-1014. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00071>
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., & Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *J Behav Addict*, 3(1), 27-32. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.002>
- Bundesagentur für Arbeit. (2021). *Entgeltatlas. 2021* <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/>
- Bundesministerium der Finanzen. (2000). *AfA-Tabelle für die allgemein verwendbaren Anlagegüter (Afa-Tabelle,,AV“)*. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/W/eitere_Steuerthemen/Betriebspruefung/AfA-Tabellen/Ergaenzende-AfA-Tabellen/AfA-Tabelle_AV.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- DAK-Gesundheit. (2015). *Internetsucht im Kinderzimmer. DAK-Studie: Elternbefragung zur Computernutzung bei 12- bis 17-Jährigen*. <https://www.dak.de/dak/download/praesentation-dak-studie-2115244.pdf>
- DAK-Gesundheit. (2022). *Mediensucht während Corona Pandemie*. <https://www.dak.de/dak/gesundheits/fortsetzung-der-dak-studie-gaming-social-media-und-corona-2507354.html#/>
- Dieris-Hirche, J., Bottel, L., Basten, J., Pape, M., Timmesfeld, N., te Wildt, B. T., Geisler, B. L., Wölfling, K., Henningsen, P., Beutel, M., Neumann, A., Niemann, A., Beckers, R., Herpertz, S., Best, A., Böswald, R., Cornelsen, L., Dreier, M., Groen, S., . . . Weretecki, J. (2023). Efficacy of a short-term webcam-based telemedicine treatment of internet use disorders (OMPRIS): a multicentre, prospective, single-blind, randomised, clinical trial. *eClinicalMedicine*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102216>
- Dieris-Hirche, J., Bottel, L., Pape, M., Te Wildt, B. T., Wölfling, K., Henningsen, P., Timmesfeld, N., Neumann, A., Neusser, S., Beckers, R., & Herpertz, S. (2021). Effects of an online-based motivational intervention to reduce problematic internet use and promote treatment motivation in internet gaming disorder and internet use disorder (OMPRIS): study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11(8), e045840. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045840>
- Dieris-Hirche, J., Pape, M., te Wildt, B. T., Kehyayan, A., Esch, M., Aicha, S., Herpertz, S., & Bottel, L. (2020). Problematic gaming behavior and the personality traits of video gamers: A cross-sectional survey. *Computers in Human Behavior*, 106, 106272.
- EuroQol Group. (2023). EQ-5D-5L. German. Germany. Self-Complete. Digital. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/all-eq-5d-versions/>
- Fricke, U., Günther, J., Zawinell, A., & Zeidan, R. (2009). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. *Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung*. Internet: http://wido.de/arz_atcddd-klassifi.html.
- Grupp, H., König, H. H., & Konnopka, A. (2017). [Calculation of Standardised Unit Costs for the Economic Evaluation of Mental Disorders]. *Gesundheitswesen*, 79(1), 48-57. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555950> (Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen.)
- Initiative D21 e. V. (2022). *D21-Digital-Index 2021/2022*. <https://initiated21.de/d21index21-22/>
- IQWiG. (2022). *Allgemeine Methoden. Version 6.1 vom 24.1.2022* <https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden-v6-1.pdf>:

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2022*. [https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt - Stand 1. Quartal 2022.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2022.pdf):
- King, D. L., Chamberlain, S. R., Carragher, N., Billieux, J., Stein, D., Mueller, K., Potenza, M. N., Rumpf, H. J., Saunders, J., Starcevic, V., Demetrovics, Z., Brand, M., Lee, H. K., Spada, M., Lindenberg, K., Wu, A. M. S., Lemenager, T., Pallesen, S., Achab, S., . . . Delfabbro, P. H. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clin Psychol Rev*, 77, 101831. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101831>
- Krauth, C., Hessel, F., Hansmeier, T., Wasem, J., Seitz, R., & Schweikert, B. (2005). [Empirical standard costs for health economic evaluation in Germany -- a proposal by the working group methods in health economic evaluation]. *Gesundheitswesen*, 67(10), 736-746. <https://doi.org/10.1055/s-2005-858698> (Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation -- ein Vorschlag der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG).)
- Lam, L. T., & Lam, M. K. (2016). eHealth Intervention for Problematic Internet Use (PIU). *Curr Psychiatry Rep*, 18(12), 107. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0747-5>
- Lee, J. Y., Park, E. J., Kwon, M., Choi, J. H., Jeong, J. E., Choi, J. S., Choi, S. W., Lee, C. U., & Kim, D. J. (2014). The Difference in Comorbidities and Behavioral Aspects between Internet Abuse and Internet Dependence in Korean Male Adolescents. *Psychiatry Investig*, 11(4), 387-393. <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.4.387>
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in Human Behavior*, 27(1), 144-152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.015>
- Ludwig, W.-D., Mühlbauer, B., & Seifert, R. (2021). *Arzneiverordnungs-Report 2021*. Springer.
- Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M., & Korber, K. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie Folgen unzureichender Bildung fuer die Gesundheit.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Folgen_unzureichender_Bildung_fuer_die_Gesundheit.pdf)
- Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci*, 71(7), 425-444. <https://doi.org/10.1111/pcn.12532>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Montag, C., Wegmann, E., Sariyska, R., Demetrovics, Z., & Brand, M. (2021). How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with "smartphone addiction"? *J Behav Addict*, 9(4), 908-914. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.59>
- Müller, K. W., Dreier, M., & Wölfling, K. (2023). Personality traits and their role as risk modifiers in gaming disorder and internet use disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 36(1), 75-79. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000827>
- Orth, B., & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Teilband Computerspiele und Internet. BZgA-Forschungsbericht*.
- Pape, M., Geisler, B. L., Cornelsen, L., Bottel, L., Te Wildt, B. T., Dreier, M., Herpertz, S., & Dieris-Hirche, J. (2023). A short-term manual for webcam-based telemedicine treatment of Internet use disorders. *Front Psychiatry*, 14, 1053930. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1053930>
- Robert Koch-Institut, A. f. E. u. G. (2019). *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2)*.
- Rumpf, H. J., Vermulst, A. A., Bischof, A., Kastirke, N., Gürtler, D., Bischof, G., Meerkerk, G. J., John, U., & Meyer, C. (2014). Occurrence of internet addiction in a general population sample: a latent class analysis. *Eur Addict Res*, 20(4), 159-166. <https://doi.org/10.1159/000354321>
- Scholz, S., Biermann-Stallwitz, J., Brettschneider, C., Damm, O., Freytag, A., Greiner, W., Icks, A., König, H.-H., Krauth, C., & Kuhlmann, A. (2020). Standardisierte Kostenberechnungen im deutschen

Akronym: OMPRIS

Förderkennzeichen: 01VSF18043

- Gesundheitswesen: Bericht der Arbeitsgruppe „Standardkosten“ des Ausschusses „ökonomische Evaluation“ der dggö. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 25(01), 52-59.
- Schwalm, A., Neusser, S., Mostardt, S., Kunigkeit, C., Biermann-Stallwitz, J., Wasem, J., & Neumann, A. (2020). Methoden der Kostenberechnung von Arzneimitteln im deutschen Gesundheitssystem: Bericht der Arbeitsgruppe „Standardkosten“ des Ausschusses „ökonomische Evaluation“ der dggö. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 25(01), 44-51.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2021). *Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre. Verfügbarer Zeitraum 1991 - 2021*. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=61111-0001&startjahr=1991#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2022a). *Lohnnebenkosten in Deutschland in Euro* <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitskosten-Lohnnebenkosten/Tabellen/lohnkosten-deutschland.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2022b). *Verdienste und Arbeitskosten. Arbeitnehmerverdienste Jahr 2021. Fachserie 16, Reihe 2.3* <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Branche-Berufe/Publikationen/Downloads/arbeitnehmerverdienste-jahr-2160230217004.pdf?blob=publicationFile>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023). *Bildungsstand der Bevölkerung*. Statistisches Bundesamt (Destatis),. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsindikatoren/bildungsstand.html>
- Te Wildt, B. T., Dieris-Hirche, J., & Bottel, L. (2018). *Entwicklung und Evaluation eines Online-Ambulanz-Service zur Diagnostik und Beratung von Internetsüchtigen (OASIS). Abschlussbericht*
An das Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_OASIS.pdf
- Wölfling, K., Beutel, M., & Müller, K. (2016). OSV-S–skala zum onlinesuchtverhalten [AICA-S–Scale for the assessment of internet and computer game addiction]. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie [Diagnostic Measures in Psychotherapy]*, 362-366.
- Wölfling, K., Müller, K. W., & Beutel, M. (2010). Reliabilität und validität der skala zum computerspielverhalten (CSV-S). *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 216-224.
- Wölfling, K., Müller, K. W., & Beutel, M. (2011). [Reliability and validity of the Scale for the Assessment of Pathological Computer-Gaming (CSV-S)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 61(5), 216-224. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263145> (Reliabilität und Validität der Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S).)
- Wölfling, K., Müller, K. W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., Mann, K., Musalek, M., Schuster, A., Lemenager, T., Hanke, S., & Beutel, M. E. (2019). Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1018-1025. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1676>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

11. Anhang

- Anhang 1: OMPRIS Wirksamkeitsanalysen zum Ergebnisteil A
 - Tabelle A1: OMPRIS Interventionsbeispiele
 - Tabelle A2: Häufigkeit psychischer komorbider Störungen, gemessen mit dem Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) für DSM-5. Angaben in n (%)

- Tabelle A3: Deskriptive Analyse der Ausgangsdaten vor (T0) und nach der Behandlung (T2), Veränderung von T0 zu T2 und Ergebnisse der Kovarianzanalyse (ANCOVA)
- Tabelle A4: Moderatoranalyse
- Abbildung A1: Veränderung der sekundären Outcomes über die Zeit
- Abbildung A2: Deskriptive Veränderung des primären Outcomes über die Zeit in der Kontrollgruppe
- Anhang 2: Gesundheitsökonomische Analysen zum Ergebnisteil E
 - Tabelle E1: Methode zur Erstellung des gesundheitsökonomischen Fragebogens im Projekt OMPRIS.
 - Tabelle E2: Soziodemografische Variablen getrennt nach Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E3: OSV-Score abhängig von Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe und den Zeitpunkten T0 und T2.
 - Tabelle E4: Bepreisung der Ressourcenverbräuche mit Quellenangaben.
 - Tabelle E5: Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe aus Perspektive der GKV.
 - Tabelle E6: Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung, bezogen auf die Erhebung zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe aus gesellschaftlicher Perspektive.
 - Tabelle E7: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E8: Fortsetzung Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E9: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E10: Fortsetzung Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E11: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E12: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E13: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E14: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E15: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E16: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
 - Tabelle E117: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.

- Tabelle E18: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.
- Tabelle E19: Ergebnisse der univariaten Sensitivitätsanalysen aus GKV-Perspektive für den 28-tägigen Zeitraum der Intervention
- Abbildung E1: Tornado Diagramm zu der Sensitivitätsanalyse der Kosten [€] pro Person mit RC aus GKV-Perspektive.
- Tabelle E20: Ergebnisse der univariaten Sensitivitätsanalysen aus gesellschaftlicher Perspektive für den 28-tägigen Zeitraum der Intervention
- Abbildung E2: Tornado Diagramm zu der Sensitivitätsanalyse der Kosten [€] pro Person mit RC aus gesellschaftlicher Perspektive.
- Tabelle E21: Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand der Gesamtgruppe, der Interventionsgruppe und der Wartekontrollgruppe zum Zeitpunkt T0.
- Tabelle E22: Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand der Gesamtgruppe, der Interventionsgruppe und der Wartekontrollgruppe zum Zeitpunkt T2.

12. Anlagen

- Anlage 1: Interventionsmanual OMPRIS
- Anlage 2: Arbeitsblätter
- Anlage 3: Manual Sozialberatung OMPRIS
- Anlage 4: Manual Standardisierte Diagnostik
- Anlage 5: Statistische Prüfplan klinische Evaluation (SAP)
- Anlage 6: Statistischer Prüfplan Gesundheitsökonomische Evaluation (SAP)
- Anlage 7: Lastenheft OMPRIS
- Anlage 8: SOP Suizidalität
- Anlage 9: SOP Safety-Protocol
- Anlage 10: Gesundheitsökonomischer Fragebogen T0 Baseline
- Anlage 11: Gesundheitsökonomischer Fragebogen T2 Post-intervention
- Anlage 12: Checkliste Prüfung Einschluss zur Studie
- Anlage 13: Checkliste Therapeut:in nach jeder Sitzung
- Anlage 14: Checkliste Teilnehmer:in nach jeder Sitzung
- Anlage 15: Checkliste Einfluss Covid-19 Pandemie
- Anlage 16: Fragen zur Evaluation nach 6 Monaten (T4)
- Anlage 17: Auflistung der Medienbeiträge über OMPRIS
- Anlage 18: Gemeinsame Pressemitteilung mit dem BMG
- Anlage 19: Urkunde Deutscher Telemedizinpreis 2021 (3.Platz)

Anhang zum Ergebnisbericht

Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht (OMPRIS)

Inhaltsverzeichnis des Anhangs

I.	Abbildungsverzeichnis des Anhangs.....	1
II.	Tabellenverzeichnis des Anhangs.....	1
	Anhang 1: OMPRIS Wirksamkeitsanalysen zum Ergebnisteil A.....	3
	Anhang 2: Gesundheitsökonomische Analysen zum Ergebnisteil E.....	12

I. Abbildungsverzeichnis des Anhangs

Abbildung A 1: Veränderung der sekundären Outcomes über die Zeit.....	8
Abbildung A 2: Deskriptive Veränderung des primären Outcomes über die Zeit in der Kontrollgruppe	11
Abbildung E 1: Tornado Diagramm zu der Sensitivitätsanalyse der Kosten [€] pro Person mit RC aus GKV-Perspektive.	27
Abbildung E 2: Tornado Diagramm zu der Sensitivitätsanalyse der Kosten [€] pro Person mit RC aus gesellschaftlicher Perspektive	28

II. Tabellenverzeichnis des Anhangs

Tabelle A 1: OMPRIS Interventionsbeispiele.....	3
Tabelle A 2: Häufigkeit psychischer komorbider Störungen, gemessen mit dem Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) für DSM-5. Angaben in n (%).	4
Tabelle A 3: Deskriptive Analyse der Ausgangsdaten vor (T0) und nach der Behandlung (T2), Veränderung von T0 zu T2 und Ergebnisse der Kovarianzanalyse (ANCOVA)	5
Tabelle A 4: Moderatoranalyse	7
Tabelle A 5: Deskriptive Angaben der Messwerte der Kontrollgruppe vor (T0) und nach der Wartezeit (T2), nach der Behandlung (T3a) sowie bei den Follow-ups (T3b, T4).	10
Tabelle E 1: Methode zur Erstellung des gesundheitsökonomischen Fragebogens im Projekt OMPRIS.....	12
Tabelle E 2: Soziodemografische Variablen getrennt nach Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe	13

Tabelle E 3: OSV-Score abhängig von Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe und den Zeitpunkten T0 und T2.....	15
Tabelle E 4: Bepreisung der Ressourcenverbräuche mit Quellenangaben.....	16
Tabelle E 5: Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe aus Perspektive der GKV.....	20
Tabelle E 6: Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung, bezogen auf die Erhebung zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe aus gesellschaftlicher Perspektive.....	20
Tabelle E 7: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	21
Tabelle E 8: Fortsetzung Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	21
Tabelle E 9: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	22
Tabelle E 10: Fortsetzung Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	22
Tabelle E 11: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	22
Tabelle E 12: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	23
Tabelle E 13: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	23
Tabelle E 14: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	23
Tabelle E 15: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	24
Tabelle E 16: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	24
Tabelle E 17: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	24
Tabelle E 18: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe.....	25
Tabelle E 19: Ergebnisse der univariaten Sensitivitätsanalysen aus GKV-Perspektive für den 28-tägigen Zeitraum der Intervention.....	26
Tabelle E 20: Ergebnisse der univariaten Sensitivitätsanalysen aus gesellschaftlicher Perspektive für den 28-tägigen Zeitraum der Intervention.....	27
Tabelle E 21: Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand der Gesamtgruppe, der Interventionsgruppe und der Wartekontrollgruppe zum Zeitpunkt T0.....	29
Tabelle E 22: Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand der Gesamtgruppe, der Interventionsgruppe und der Wartekontrollgruppe zum Zeitpunkt T2.....	30

Anhang 1: OMPRIS Wirksamkeitsanalysen zum Ergebnisteil A

Tabelle A 1: OMPRIS Interventionsbeispiele

Behandlungsrichtung	Interventionsbeispiele
Motivational Interviewing	Klientenzentrierter, geleiteter Beratungsansatz mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen. Das Konzept wurde zur Beratung für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt und ist in der Suchtmedizin, aber auch bei anderen psychischen Störungen weit verbreitet (Lawrence et al., 2017).
Verhaltenstherapeutische Elemente	Edukation, Etablierung eines Störungsmodells, Kosten-/Nutzen Überlegungen, Verhaltenstagebücher, Exposition, Eigene Regeln bzgl. Mediennutzung, Affektregulation (v.a. Langeweile und negative Affekte)
Suchttherapeutische Elemente	Rückfallprophylaxe, Abstinenzrunde, Suchtdreieck, Peergroup, problematische Situationen, „Notfall“-Maßnahmen bei Suchtdruck
Alltagsstruktur	Schlafhygiene, Schlaf-Wach-Rhythmus, Essstruktur, Körperpflege, soziale Situationen, Basisbedürfnisse
Sozialarbeit	Hilfe bei Anträgen, Arbeitslosigkeit, soziale Integration, Schulden, Hobbysuche

Tabelle A 2: Häufigkeit psychischer komorbider Störungen, gemessen mit dem Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) für DSM-5. Angaben in n (%)

Diagnosen	OMPRIS Intervention (n=89)	Wartekontrollgruppe (n=91)
Psychische Komorbiditäten (aktuell)		
Affektive Störungen	29 (32.6 %)	25 (27.5 %)
Major depressive Disorder, letzte 2 Wochen	4 (4.5 %)	5 (5.5 %)
Major depressive Disorder, wiederkehrend	26 (29.2 %)	21 (23.1%)
Bipolare Störung	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Essstörungen	1 (1.1 %)	2 (2.2%)
Anorexia nervosa	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Bulimia nervosa	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Binge Eating Störung ^a	1 (1.1 %)	2 (2.2 %)
Neurotische Störungen und Belastungsstörungen	9 (10.1 %)	10 (11.0 %)
Panikstörung	2 (2.2 %)	2 (2.2 %)
Agoraphobie	1 (1.1 %)	2 (2.2 %)
Soziale Angststörung	4 (4.5 %)	6 (6.6 %)
Zwangsstörung	3 (3.4 %)	1 (1.1 %)
Posttraumatische Belastungsstörung	1 (1.1 %)	0 (0.0 %)
Generalisierte Angststörung	1 (1.1 %)	3 (3.3 %)
Positives Screening auf ADHS ^b	23 (25.8 %)	22 (24.2%)
Psychische Komorbiditäten (Vergangenheit)	13 (14.6 %)	19 (20.9 %)
Affektive Störungen	12 (13.4 %)	17 (18.7 %)
Major depressive Disorder, vergangen	11 (12.4 %)	16 (17.6 %)
Bipolare Störungen	2 (2.2 %)	0 (0.0 %)
Affektive Störungen mit psychotischen Symptomen	0 (0.0 %)	1 (1.1 %)
Psychotische Störungen (Lebenszeit)	0 (0.0 %)	1 (1.1 %)
Psychische und Verhaltensstörungen, die durch psychotrope Substanzen verursacht werden (z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch)	1 (1.1 %)	2 (2.2 %)

Anmerkungen: ^a nach WHO DSM-5 Kriterien für Binge Eating Störungen; ^b nach WHO's Adult ASRS-V1.1 for ADHD.

Tabelle A 3: Deskriptive Analyse der Ausgangsdaten vor (T0) und nach der Behandlung (T2), Veränderung von T0 zu T2 und Ergebnisse der Kovarianzanalyse (ANCOVA)

	Baseline (T0)		Post-treatment (T2)		Veränderung		ANCOVA		
	Kontrolle	Intervention	Kontrolle	Intervention	Kontrolle	Intervention	Koeffizient (β)	95% CI	p-Wert
Primäre Outcome Score									
<i>N</i>	91	89	88	81	88	81	180		
AICA-S	12·6 (5·1)	12·1 (4·6)	11·0 (5·4)	6·8 (5·2)	-1·5 (4·0)	-5·6 (5·1)	-3·9	[-5·2, - 2·6]	<0·0001
Sekundäre Outcome Scores									
<i>N</i>	91	89	88	81	88	81	169		
Wöchentliche Internetnutzung (Std./Woche)	43·7 (22·1)	43·0 (20·8)	38·7 (20·7)	28·1 (15·8)	-4·2 (13·7)	-14·7 (21·0)	-11·0	[-15·0, - 6·1]	< 0·0001
GAF	67·8 (12·8)	69·2 (12·9)	70·1 (13·4)	75·6 (12·5)	2·2 (6·0)	5·1 (6·3)	3·2	[1·3, 5·1]	0·001
PHQ-9	10·0 (5·6)	9·8 (4·6)	9·8 (5·3)	7·5 (4·9)	-0·2 (4·1)	-2·4 (4·7)	-2·3	[-3·5, - 1·1]	0·0002
GAD-7	7·1 (4·8)	7·3 (4·8)	7·1 (5·1)	5·7 (4·4)	0·1 (3·4)	-1·7 (3·9)	-1·7	[-2·7, - 0·6]	0·0021
CIUS	35·3	35·1	33·5	26·9	-1·7	-8·5	-6·7	[-9·0, - 4·4]	<0·0001

	(8·4)	(8·5)	(9·7)	(9·8)	(5·0)	(10·2)			
L-1	4.9 (2·2)	4·9 (2·2)	5·3 (2·1)	6·3 (2·1)	0·3 (1·8)	1·4 (1·9)	1·0	[0·5, 1·5]	<0·0001
GSE	25·9 (5·0)	26·1 (5·5)	26·7 (5·2)	28·1 (5·6)	0·8 (3·9)	2·1 (3·4)	1·3	[0·2, 2·3]	0·0224
iSOCRATES									
Ambiguity	15·1 (3·4)	14·7 (4·0)	15·0 (3·47)	13·3 (3·8)	-0·2 (2·8)	-1·3 (3·2)	-1·3	[-2·2, - 0·5]	0·0021
Recognition	29·6 (4·6)	29·0 (5·4)	28·5 (4·8)	25·9 (6·4)	-1·2 (3·5)	-3·2 (5·2)	-2·3	[-3·6, - 1·0]	0·0007
Taking next Steps	25·2 (7·3)	25·1 (6·6)	25·6 (7·3)	31·3 (6·9)	0·2 (5·5)	6·2 (7·5)	6·1	[4·3, 7·9]	<0·0001

Anmerkungen: Die Daten sind Mittelwerte (SD) zu den Ausgangswerten vor der Behandlung (T0), zu den Nachuntersuchungszeiträumen nach der Behandlung (T2) und zu den Veränderungen von T0 bis T2. Bei der Kovarianzanalyse dient die OMPRIIS-Interventionsgruppe als Referenzgruppe. ANCOVA-Ergebnisse der Intention-to-Treat-Analyse mit LOCF und multipler Imputation; CI, Konfidenzintervall; AICA-S, Skala zur Bewertung der Internet- und Computerspielsucht; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; GAD-7, Generalised Anxiety Disorder-7; GAF, Global Assessment of Functioning; CIUS, Compulsive Internet Use Scale; L-1, General Life Satisfaction Short Scale; GSE, General Self-Efficacy Scale; iSOCRATES, Stage of Readiness and Treatment Eagerness for Internet use disorder

Tabelle A 4: Moderatoranalyse

	Koeffizienten	95% CI	p-Wert
AICA-S (T0)	-0.25	-0.52, 0.03	0.079
Alter	0.02	-0.09, 0.12	0.781
Geschlecht (ref: männlich)			
Weiblich	-0.13	-3.2, 3.0	0.936
Art der INS (ref: Online Gaming)			0.052
Online Streaming	0.85	-2.7, 4.4	0.634
Online Pornografie	1.7	-2.3, 5.7	0.412
Soziale Netzwerke & Chatting	-1.8	-6.1, 2.4	0.399
Anderes (Online Shopping, Informationssuche, Online Gambling, Emails)	6.3	1.2, 11	0.015

Abbildung A 1: Veränderung der sekundären Outcomes über die Zeit

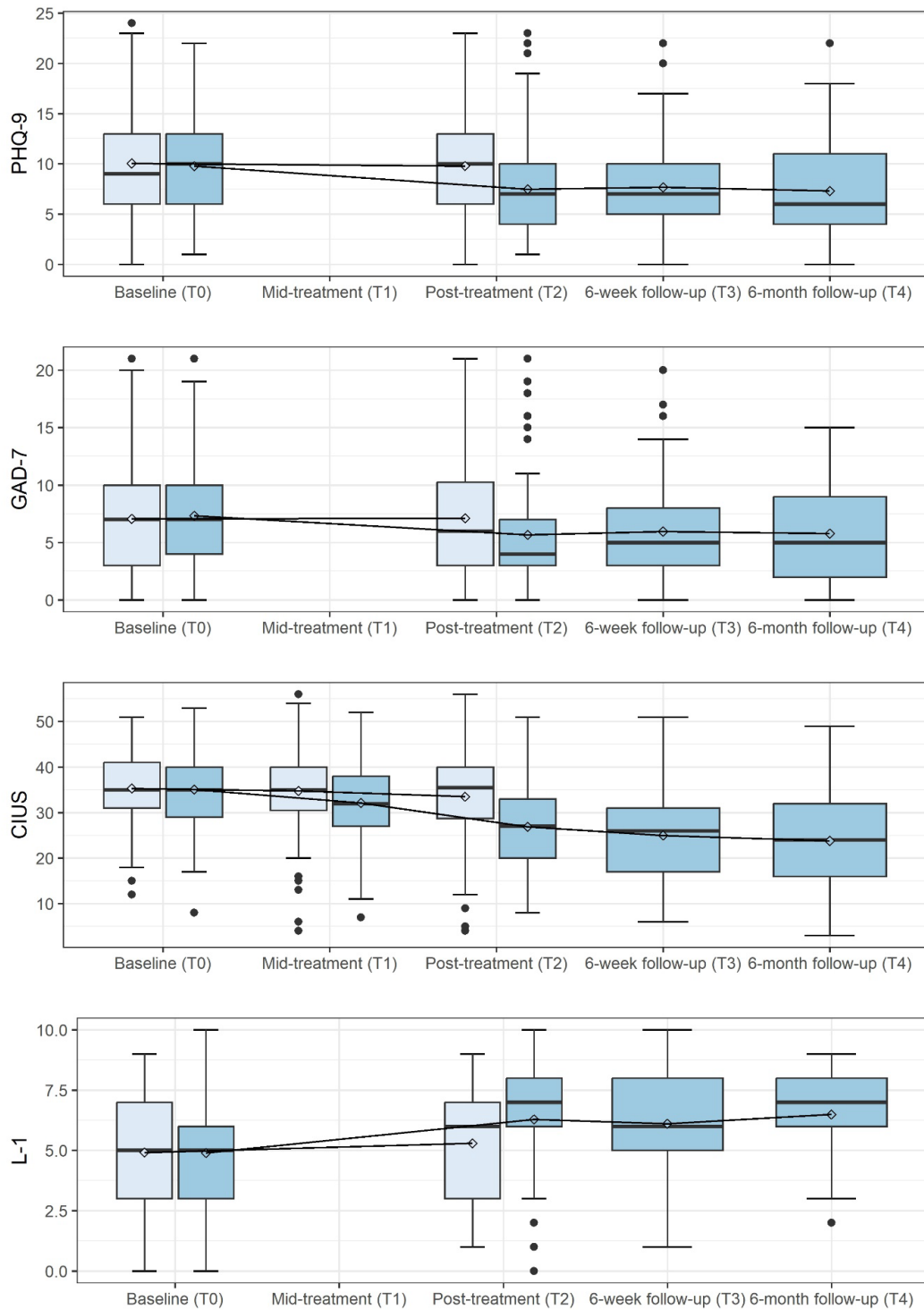


Abbildung A1: Veränderungen der sekundären Ergebniswerte über die Messzeitpunkte hinweg. Vergleich zwischen der OMRPIS-Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe mit Warteliste (WLC). T0 bedeutet Zeitfaktor, Ausgangswert; T1, Zeitfaktor, Mitte der Behandlung; T2, Zeitfaktor, Nachbehandlung; T3, Zeitfaktor, 6-wöchige Nachuntersuchung; und T4, Zeitfaktor, 6-monatige Nachuntersuchung. PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; GAD-7, Generalised Anxiety Disorder-7; CIUS, Compulsive Internet Use Scale; L-1, General Life Satisfaction Short Scale.

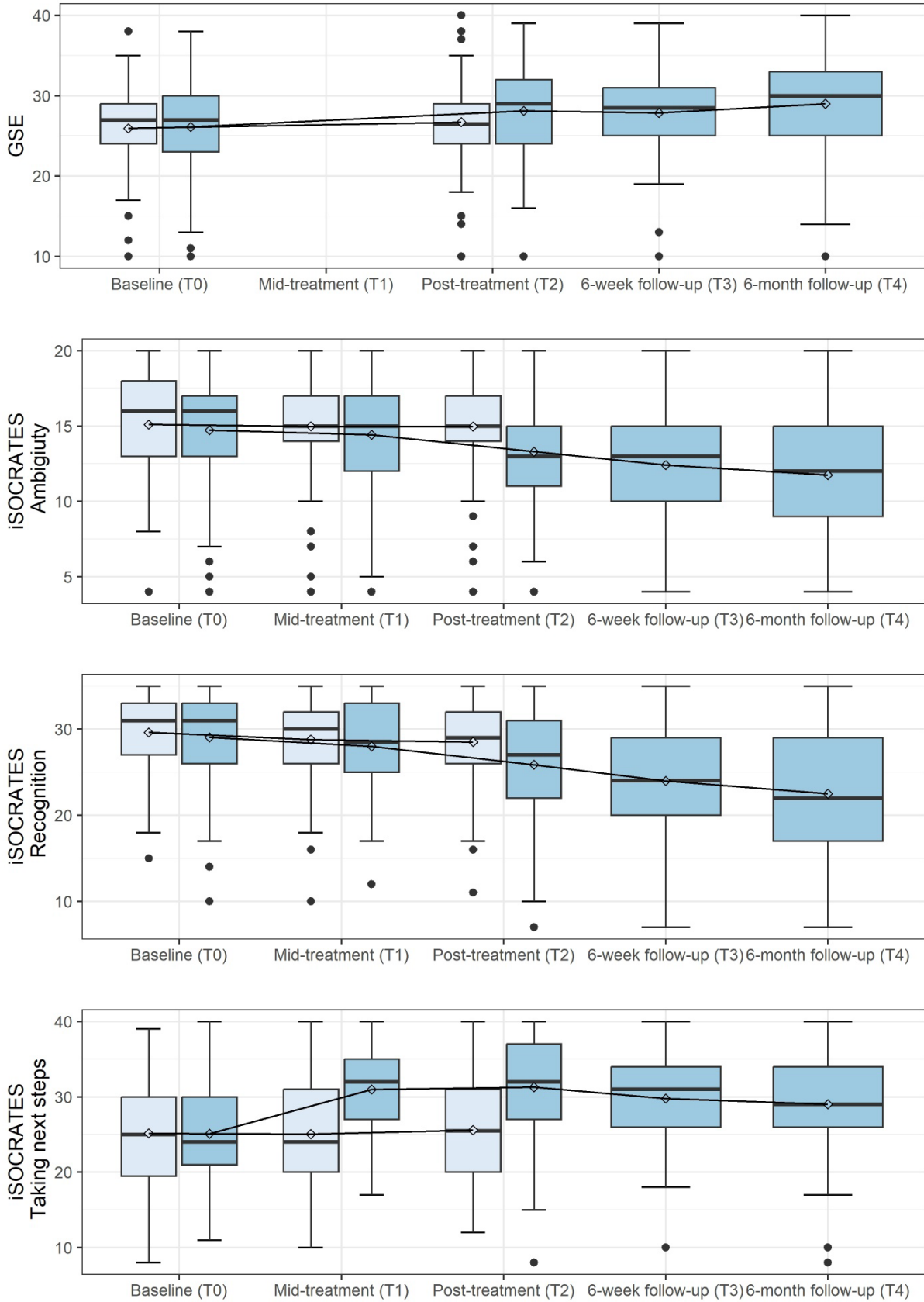


Abbildung A1 Fortsetzung: Veränderungen der sekundären Ergebniswerte über die Messzeitpunkte hinweg. Vergleich der OMRPIS-Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe mit Warteliste (WLC). T0 bedeutet Zeitfaktor, Ausgangswert; T1, Zeitfaktor, Mitte der Behandlung; T2, Zeitfaktor, Nachbehandlung; T3, Zeitfaktor, 6-wöchige Nachbeobachtung; und T4, Zeitfaktor, 6-monatige Nachbeobachtung. GSE, Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala; iSOCRATES, Stadium der Bereitschaft und des Behandlungseifers bei Internetnutzungsstörung.

Tabelle A 5: Deskriptive Angaben der Messwerte der Kontrollgruppe vor (T0) und nach der Wartezeit (T2), nach der Behandlung (T3a) sowie bei den Follow-ups (T3b, T4).

		Kontrollgruppe				
		Baseline (T0)	Ende Wartezeit / Start in OMPRIS Intervention (T2)	Nach OMPRIS-Intervention (T3a)	6 Wochen FU (T3b)	6 Monate FU (T4)
N		91	88	83	74	64
AICA-S	MW	12,59	11	6,82	6,57	6,61
	SD	5,13	5,38	4,68	4,83	5,13
Nutzungszeit in h (Mo-Fr)	MW	6	5,46	4,33	4,07	4,41
	SD	3,25	3,06	3,2	3,02	3,01
Nutzungszeit in h (Sa-So)	MW	6,87	5,69	4,81	4,52	4,74
	SD	3,48	3,26	3,44	3,44	3,52
PHQ-9	MW	10,04	9,8	8,65	7,74	7,69
	SD	5,57	5,3	5,56	5,72	5,89
GAD-7	MW	7,05	7,1	5,63	5,23	5,8
	SD	4,82	5,13	4,23	4,61	4,86
CIUS	MW	35,31	33,5	27,35	26,19	25,11
	SD	8,39	9,73	11,3	11,79	12,09
L-1	MW	4,91	5,3	6,21	6,08	6,06
	SD	2,22	2,08	1,79	2,03	2,13
GSE	MW	25,92	26,7	27,63	28,47	27,73
	SD	5,05	5,19	4,85	5,29	6,05
iSOCRATES						
Ambiguity	MW	15,1	14,97	13,4	12,68	11,91
	SD	3,44	3,46	3,75	4,13	4,08
Recognition	MW	29,6	28,5	26,11	23,74	22,5
	SD	4,56	4,79	6,43	7,52	7,73
Taking next Steps	MW	25,15	25,58	31,57	29,25	26,77
	SD	7,29	7,26	11,3	6,67	7,37
GAF	MW	67,84	70,13	74,01	-	-
	SD	12,81	13,39	13,62		

Anmerkungen: Die Daten sind Mittelwerte (SD) zu den Ausgangswerten vor der Behandlung (T0), zu den Nachuntersuchungszeiträumen nach der Behandlung (T2 bis T4); AICA-S, Skala zur Bewertung der Internet- und Computerspielsucht; AICA-S, Scale for the Assessment of Internet and Computer game Addiction; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; GAD-7, Generalised Anxiety Disorder-7; CIUS, Compulsive Internet Use Scale; L-1, General Life Satisfaction Short Scale; GSE, General Self-Efficacy Scale; iSOCRATES, Stage of Readiness and Treatment Eagerness for Internet use disorder; GAF Global Assessment of Functioning.

Abbildung A 2: Deskriptive Veränderung des primären Outcomes über die Zeit in der Kontrollgruppe

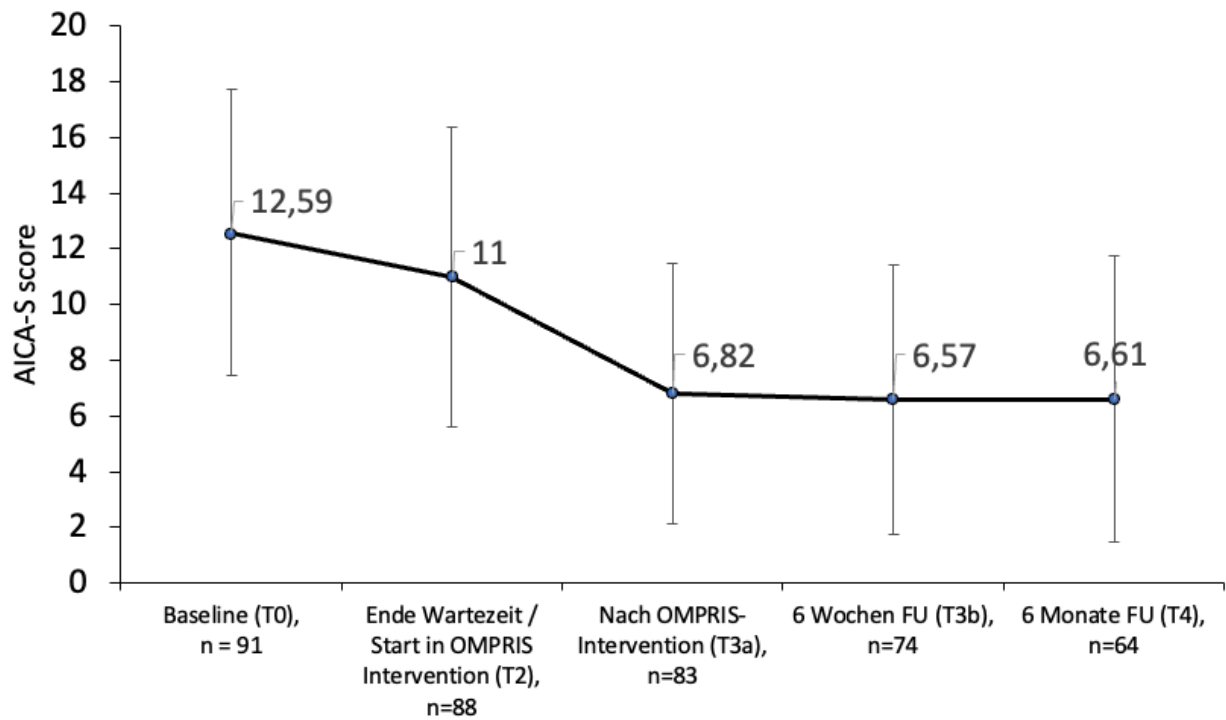


Abbildung A2: Deskriptive Veränderungen der Symptomschwere (Hauptoutcome) gemessen mit dem AICA-S in der Kontrollgruppe über die Messzeitpunkte hinweg. AICA-S, Scale Assessment of Internet and Computer game Addiction.

Anhang 2: Gesundheitsökonomische Analysen zum Ergebnisteil E

Methodik Gesundheitsökonomie**Tabelle E 1: Methode zur Erstellung des gesundheitsökonomischen Fragebogens im Projekt OMPRIS.**

Frage	Quelle	Kommentar
1	FIMA, Fr. 17	
2	Entwickelt zum Zweck der gesundheitsökonomischen Analyse	
3	Entwickelt zum Zweck der gesundheitsökonomischen Analyse	
3a	Entwickelt zur deskriptiven Beschreibung der Lebenssituation aufgrund der Indikation.	Nicht auswertbar*
3b	Entwickelt zur deskriptiven Beschreibung der Lebenssituation aufgrund der Indikation.	Nicht auswertbar*
3c	Entwickelt zur deskriptiven Beschreibung der Lebenssituation aufgrund der Indikation.	Nicht auswertbar*
4	Entwickelt zum Zweck der gesundheitsökonomischen Analyse	
5	Entwickelt zum Zweck der gesundheitsökonomischen Analyse	
6	Entwickelt zum Zweck der gesundheitsökonomischen Analyse	
7	FIMA, Frage 1 mit Antwortitems nach Bock et al., 2015, ergänzt um FIMPsy, Frage 6 (Teil 2)	
8	FIMPsy Frage 6 (Teil 1, 1. Zeile), ergänzt um Antwortitems nach Bock et al., 2015	
9	FIMPsy Frage 6 (Teil 1, 2./3. Zeile), ergänzt um Item hinsichtlich einer Rehabilitation aufgrund einer primär somatischen Indikation	
10	angelehnt an FIMA Frage 9 (vereinfachte Abfrage)	
11	FIMPsy Frage 11, ergänzt um Ausschnitte aus FIMA, Frage 2	
12	FIMPsy Frage 1, ergänzt um Antwortitems (Kinderbetreuung, Jugendamt)	
13	FIMPsy Frage 3	
14	Entwickelt zur deskriptiven Beschreibung der Lebenssituation.	
15	Entwickelt zur deskriptiven Beschreibung der Lebenssituation.	
16	FIMPsy Frage 4, ergänzt um Antwortitems (Antwortitems 1-5)	
17	FIMPsy Frage 2	

*inkonsistente Antworten

Allgemeine Anmerkungen:

Die Baselineerhebung (T0) erfragt die Ressourcenverbräuche 10 Wochen retrospektiv, die Follow-Up-Erhebung (T2) erfragt die Ressourcenverbräuche seit der letzten Befragung (T0).

Der gesundheitsökonomische Fragebogen basiert auf dem Fragebogen FIMA und FIMPsy, teilweise ergänzt um Antwortitems, die in den zugrundeliegenden Publikationen von Bock et al. beschrieben werden. Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens wurden nach Diskussion innerhalb des OMPRIIS-Teams Fragen um indikationsspezifische Antwortitems und weitere Fragen ergänzt. Ein Teil der Fragen dient der Berechnungssystematik der Preisfindung im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation.

Zudem wurde für die gesundheitsökonomische Evaluation der EQ-5D-5L zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet.

Literatur:

Bock, J. O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, D., Holle, R., Greiner, W., & König, H. H. (2015). [Calculation of standardised unit costs from a societal perspective for health economic evaluation]. *Gesundheitswesen*, 77(1), 53-61. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374621> (Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation.)

FIMPsy: <https://www.thieme-connect.de/media/psychiat-praxis/201802/supmat/10-1055-s-0042-118033-s705.pdf>

FIMA: <https://www.thieme-connect.de/media/gesu/201501/supmat/10-1055-s-0034-1372618-268.pdf>

Ergebnisse Gesundheitsökonomie

Die Wohnsituation der Gesamtgruppe stellt sich sehr heterogen dar, wobei der größte Teil mit 28% zusammen mit einem Partner lebt, gefolgt von 27%, die in einer Wohngemeinschaft leben, 24% alleine lebenden sowie 19%, die mit einem Familienangehörigen zusammenleben. Der überwiegende Anteil der Patientenpopulation mit 52% ist ledig und hat keinen Partner. 23% haben einen Partner; 21% geben an verheiratet zu sein.

Hinsichtlich des Schulabschlusses geben die meisten Patienten mit 78% an, dass sie die allgemeine Hochschulreife besitzen. Bei der Frage zur Berufstätigkeit beantworten 36% der Studienteilnehmenden, dass sie sich in einem Studium befinden. Annähernd 33% verweisen auf eine Vollzeitbeschäftigung.

In Bezug auf den Krankenversicherungsstatus geben 84% an gesetzlich versichert zu sein, 11% geben eine private Vollversicherung und knapp 4% einen Beihilfeanspruch an. 2 Personen (1,2%) verweisen darauf keine Krankenversicherung zu haben.

Zwischen den Gruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle E 2: Soziodemografische Variablen getrennt nach Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe

Soziodemografische Variablen	Gesamt (n=169)	IG (n=81)	WKG (n=88)
Alter in Jahren [MW (SD)]	31,93 (12,08)	32,11 (12,77)	31,76 (11,48)
Geschlecht [n (%)]			
männlich	127 (75,1)	63 (77,8)	64 (72,7)
weiblich	39 (23,1)	18 (22,2)	21 (23,9)
divers	3 (1,8)	0	3 (3,4)
Nationalität [n (%)]			

	deutsch	163 (96,4)	77 (95,1)	86 (97,7)
	andere	6 (3,6)	4 (4,9)	2 (2,3)
Wohnsituation [n(%)]				
	Alleine lebend	41 (24,3)	19 (23,5)	22 (25,0)
	Mit Partner/Partnerin lebend	48 (28,4)	23 (28,4)	25 (28,4)
	In einer Wohngemeinschaft	46 (27,2)	23 (28,4)	23 (26,1)
	Bei einem Familienangehörigen	32 (18,9)	14 (17,3)	18 (20,5)
	In einer betreuten Wohngemeinschaft	2 (1,2)	2 (2,5)	0
Familienstand [n (%)]				
	Ledig ohne Partner	88 (52,1)	41 (50,6)	47 (53,4)
	Ledig mit Partner	39 (23,1)	20 (24,7)	19 (21,6)
	Verheiratet/Lebensgemeinschaft	35 (20,7)	16 (19,8)	19 (21,6)
	Geschieden/getrennt	5 (3,0)	3 (3,7)	2 (2,3)
	verwitwet	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,1)
Höchster Schulabschluss [n (%)]				
	Aktuell Schüler	6 (3,6)	4 (4,9)	2 (2,3)
	Hauptschule	3 (1,8)	0	3 (3,4)
	Realschule	12 (7,1)	3 (3,7)	9 (10,2)
	Fachabitur	16 (9,5)	7 (8,6)	9 (10,2)
	Abitur	132 (78,1)	67 (82,7)	65 (73,9)
Berufsabschluss [n (%)]				
	Noch in Ausbildung/Lehre	5 (3,0)	2 (2,5)	3 (3,4)
	Noch im Studium	67 (39,6)	31 (38,3)	36 (40,9)
	Abgeschlossene Ausbildung/Lehre	26 (15,4)	10 (12,3)	16 (18,2)
Abgeschlossenes Studium (Fachhochschule/Uni) [n (%)]				
	Keine	9 (5,3)	5 (6,2)	4 (4,5)
	Sonstige	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,1)
Aktuelle Erwerbstätigkeit [n (%)]				
	Ja, ganztags	55 (32,5)	29 (35,8)	26 (29,5)
	Ja, in Teilzeit	17 (10,1)	7 (8,6)	10 (11,4)
	Nein, in der Schule	6 (3,6)	4 (4,9)	2 (2,3)
	Nein, in Ausbildung	2 (1,2)	0	2 (2,3)
	Nein, im Studium	60 (35,5)	27 (33,3)	33 (37,5)
	Nein, arbeitslos/erwerbslos	15 (8,9)	6 (7,4)	9 (10,2)
	Nein, Hausfrau/Hausmann	1 (0,6)	1 (1,2)	0
	Nein, Erwerbsunfähigkeitsrente	2 (1,2)	0	2 (2,3)
	Nein, Altersrente	3 (1,8)	2 (2,5)	1 (1,1)
	Nein, anderes	8 (4,7)	5 (6,2)	3 (3,4)
Krankenversicherung				
	Gesetzlich	142 (84,0)	70 (86,4)	72 (81,8)
	Privat (Vollversicherung)	19 (11,2)	8 (9,9)	11 (12,5)
	Beihilfe und privat (Beamte)	6 (3,6)	3 (3,7)	3 (3,4)
	Keine Krankenversicherung	2 (1,2)	0	2 (2,3)
Befreiung von Zuzahlungen				
	Nein	151 (89,3)	72 (88,9)	79 (89,8)
	ja	18 (10,7)	9 (11,1)	9 (10,2)

n = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe; Statistik: Alter: Mann-Whitney-U-Test; Rest: Chi-Quadrat-Test.

OSV-Score

Tabelle E3 zeigt die Ergebnisse im OSV-Score für die Gruppe der Patienten, die in die gesundheitsökonomische Evaluation eingeschlossen wurden. Dabei zeigt sich zu T0 kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied, während die Interventionsgruppe (IG) zu T2 mit

einem OSV-Score von 6,79 statistisch signifikant günstigere Werte aufweist, als die Wartekontrollgruppe (WKG).

Tabelle E 3: OSV-Score abhängig von Gesamtgruppe, Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe und den Zeitpunkten T0 und T2

OSV-Score	T0			T2		
	Gesamt	IG	WKG	Gesamt	IG	WKG
Mittelwert	12,46	12,36	12,53	8,98	6,79	11,00
p-Wert	-	0,848		-	<0,001	
Standardabweichung	4,78	4,52	5,04	5,67	5,15	5,39
Median	12,50	13,00	12,00	8,00	5,00	10,25
Modus	12,50	12,50	10,50	5,50	2,00	6,00
Minimum	2,50	2,50	3,00	2,00	2,00	2,00
Maximum	27,00	23,00	27,00	27,00	22,50	27,00

IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe; Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Basierend auf den Ergebnissen des primären Endpunktes für die Patientenpopulation der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde der Reliable Change Index als Outcomeparameter für die Kosten-Effektivitäts-Analyse berechnet. Die Berechnung wurde wie folgt durchgeführt:

Die für diese Analyse zu Grunde gelegte Normstichprobe zum OSV-Score basiert auf der Zweitstichprobe bestehend aus 642 Schülern und Schülerinnen aus Nordrhein-Westfalen (Wölfling et al., 2011). Die Standardabweichung (SD) der Gesamtskala beträgt in der Stichprobe 3,02=s, die interne Konsistenz nach Cronbach= α wird mit 0,83= r_{xx} angegeben. Der Standardmessfehler beträgt 1,245=SEM.

$$SEM = s\sqrt{1 - r_{xx}} = 3,02\sqrt{1 - 0,83} = 1,245$$

Die Standardabweichung des Messfehlers der Score-Differenz beträgt 1,761=SDIFF.

$$SDIFF = \sqrt{2(SEM^2)} = \sqrt{2(1,245^2)} = 1,761$$

Der Reliable Change Index (RCI) beläuft sich auf 3,45 und bezeichnet den absoluten Veränderungswert des OSV-Scores zur Erreichung eines RC.

$$RCI = SDIFF * 1,96 = 1,761 * 1,96 = 3,45$$

Unter Zugrundlegung einer Differenz zwischen T0 und T2 von $\geq 3,45$ (RCI) betrug der Anteil der Personen mit einem Reliable Change des OSV-Scores 65,4% (n=53) in der IG und 27,3% (n=24) in der WKG.

Bepreisung der Ressourcenverbräuche

Tabelle E 4: Bepreisung der Ressourcenverbräuche mit Quellenangaben.

Ressource	Einheit	GKV- Perspektive	Gesellsch. Perspektive	Quellen
Arbeitsunfähigkeit	€/Tag	-	189,94 ^{a, b}	(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022b)
Krankengeld nach §47 (SGB V)	€/Tag	126,77 ^a	-	(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022b), (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022a)
Erwerbsminderung	€/Tag	-	189,94 ^{a, b}	(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022b)
Hausarzt	€/Kontakt	21,81 ^c	22,81	(Bock et al., 2015)
Augenarzt	€/Kontakt	37,81 ^c	39,54	(Bock et al., 2015)
Chirurg	€/Kontakt	47,17 ^c	49,33	(Bock et al., 2015)
Gynäkologe	€/Kontakt	32,75 ^c	34,26	(Bock et al., 2015)
Hautarzt	€/Kontakt	20,54 ^c	21,48	(Bock et al., 2015)
HNO-Arzt	€/Kontakt	28,70 ^c	30,02	(Bock et al., 2015)
PIA	€/Kontakt	74,54 ^c	77,82	(Klauber et al., 2016) (Gesetzliche Krankenversicherung, 2014)
Internist	€/Kontakt	71,14 ^c	74,41	(Bock et al., 2015)
Kinderarzt	€/Kontakt	37,33 ^c	39,04	(Bock et al., 2015)
Neurologe	€/Kontakt	48,61 ^c	50,85	(Bock et al., 2015)
Orthopäde	€/Kontakt	27,63 ^c	28,90	(Bock et al., 2015)
Psychiater	€/Kontakt	48,61 ^c	50,85	(Bock et al., 2015)
Psychotherapeut	€/Kontakt	84,88 ^c	88,78	(Bock et al., 2015)

Urologe	€/Kontakt	26,85 ^c	28,08	(Bock et al., 2015)
Zahnarzt	€/Kontakt	60,74 ^c	63,52	(Bock et al., 2015)
Andere Fachgebiete^d	€/Kontakt	42,47 ^c	44,42	(Bock et al., 2015)
Krankenhaus stationär: psychiatrisch-psychotherapeutische Station / Psychosomatisch-psychotherapeutische Station	€/Tag	305,67 ^e	386,25	(Bock et al., 2015)
Krankenhaus stationär: andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)	€/Tag	574,22 ^e	654,80	(Bock et al., 2015)
Krankenhaus teilstationär (Tages-/Nachklinik): psychiatrisch-psychotherapeutische Station / Psychosomatisch-psychotherapeutische Station	€/Tag	170,48 ^e	251,06	(Bock et al., 2015)
Krankenhaus teilstationär (Tages-/Nachklinik): andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)	€/Tag	345,03 ^e	425,61	(Bock et al., 2015)
Reha stationär: Abhängigkeitserkrankung/Entwöhnungsbehandlung	€/Tag	-	135,46	(Grupp et al., 2017)
Reha stationär: sonstige psychische Erkrankung	€/Tag	-	122,53	(Grupp et al., 2017)
Reha stationär: andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/ Behandlungen)	€/Tag	-	138,54	(Bock et al., 2015)
Reha teilstationär (Tages-/Nachklinik): Abhängigkeitserkrankung/ Entwöhnungsbehandlung	€/Rehabilitation	-	4233,25	(Grupp et al., 2017)
Reha teilstationär (Tages-/Nachklinik) sonstige psychische Erkrankung	€/Rehabilitation	-	4612,07	(Grupp et al., 2017)
Reha teilstationär (Tages-/Nachklinik: andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/ Behandlungen)	€/Tag	-	53,08	(Bock et al., 2015)
Physiotherapie	€/Kontakt	17,57 ^f	18,67	(Bock et al., 2015)
Logopädie	€/Kontakt	41,29 ^f	43,88	(Bock et al., 2015)
Ergotherapie/Arbeitstherapie	€/Kontakt	40,14 ^f	42,65	(Bock et al., 2015)
Soziotherapie	€/Kontakt	18,53 ^f	19,69	(Grupp et al., 2017)

Psychoedukation	€/Stunde	-	45,86	(Grupp et al., 2017)
Tanztherapie/Bewegungstherapie - Einzel	€/Kontakt	-	63,75	(Grupp et al., 2017)
Tanztherapie/Bewegungstherapie - Gruppe	€/Kontakt	-	22,02	(Grupp et al., 2017)
Kunsttherapie - Einzel	€/Kontakt	-	74,76	(Grupp et al., 2017)
Kunsttherapie - Gruppe	€/Kontakt	-	43,28	(Grupp et al., 2017)
Musiktherapie - Einzel	€/Kontakt	-	61,86	(Grupp et al., 2017)
Musiktherapie - Gruppe	€/Kontakt	-	27,98	(Grupp et al., 2017)
Theatertherapie - Einzel	€/Kontakt	-	64,90	(Grupp et al., 2017)
Theatertherapie - Gruppe	€/Kontakt	-	23,90	(Grupp et al., 2017)
Entspannungstechniken Einzel	€/Kontakt	36,31	38,58 ^g	(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022)
Entspannungstechniken Gruppe	€/Kontakt	9,75	10,37 ^g	(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022)
Verwandte oder Bekannte (aufgrund psychischer Erkrankung)	€/Stunde	-	23,98	(Bock et al., 2015)
bezahlte Haushaltshilfe (aufgrund psychischer Erkrankung)	€/Stunde	-	15,07	(Bundesagentur für Arbeit, 2021)
Kinderbetreuung (aufgrund psychischer Erkrankung)	€/Stunde	-	19,57	(Bundesagentur für Arbeit, 2021)
gesetzlicher Betreuer	€/Stunde	-	29,33	(Bundesagentur für Arbeit, 2021)
Sozialarbeiter oder Begleitperson:	€/Stunde	-	29,33	(Bundesagentur für Arbeit, 2021)
Jugendamt	€/Stunde	-	24,09	(Bundesagentur für Arbeit, 2021)
ambulanter psychiatrischer Pflegedienst	€/Stunde	-	61,07	(Grupp et al., 2017)

Legende für Tabelle 9:

a Arbeitgeberanteil Faktor 1,28	(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022a)
b Friktionskostenansatz (durchschnittliche Vakanzzeit 2021 = 122 Tage)	(Statista, 2023)
c Umrechnungsformel (PKV-Anteil entfernen) gesellschaftliche zu GKV-Perspektive: GKV = Gesellschaftlich*(1-0,0439)	(Bock et al., 2015)

d Durchschnitt ambulante Arztkontakte ausgenommen PIA	
e Umrechnungsformel (Investitionskosten abziehen, sodass nur Betriebskosten enthalten sind) gesellschaftliche zu GKV-Perspektive: $GKV = \text{Gesellschaftlich} - 70,87$	(Bock et al., 2015)
f Umrechnungsformel (PKV-Anteil entfernen) gesellschaftliche zu GKV-Perspektive: $GKV = \text{Gesellschaftlich} / 1,0626$	(Bock et al., 2015)

Darstellung der Ressourcenverbräuche

Im Folgenden sind in Tabelle E5 die erhobenen Ressourcenverbräuche über alle Patienten sowie getrennt für die IG und WKG zu den Zeitpunkten T0 und T2 dargestellt. Angegeben sind jeweils die absolute Häufigkeit der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen sowie der Anteil von Personen an der Gesamtgruppe bzw. IG/WKG, auf die sich diese Inanspruchnahme verteilt. Die stärkste Inanspruchnahme findet sich bei den ambulanten Arztkontakten gefolgt von den Arzneimitteln. Zwischen den Gruppen zeigen sich zu T0 und T2 bei den einzelnen Kostenkomponenten keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle E 5: Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe aus Perspektive der GKV

GKV	T0				T2			
	Gesamt n (% PI)	IG n (% PI)	WKG n (% PI)	p-Wert	Gesamt n (% PI)	IG n (% PI)	WKG n (% PI)	p-Wert
Krankengeld	2 (1,18)	0	2 (2,27)	0,498	2 (1,18)	0	2 (2,27)	0,498
Ambulante Arztkontakte	111 (65,68)	54 (66,67)	57 (64,77)	0,872	78 (46,15)	37 (45,68)	41 (46,59)	1,000
Stationäre Aufenthalte	6 (3,55)	4 (4,94)	2 (2,27)	0,428	3 (1,78)	1 (1,23)	2 (2,27)	1,000
Medi- kamente	59 (34,91)	25 (30,86)	34 (38,64)	0,334	50 (29,59)	23 (28,40)	27 (30,68)	0,866
Heilmittel	17 (10,06)	8 (9,88)	9 (10,23)	1,000	7 (4,14)	4 (4,94)	3 (3,41)	0,711

IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, n = Anzahl, PI = Personen mit Inanspruchnahme, Statistik: Chi-Quadrat-Test.

Zusätzlich sind für die Ermittlung der gesellschaftlichen Perspektive die Zeiten von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung erhoben worden, die in Tabelle E6 aufgezeigt sind. Die Inanspruchnahme von Leistungen in den Bereichen ambulante Arztkontakte, stationäre Leistungen und Heilmittel deckt sich mit den Angaben zuvor aufgeführten Ergebnisse aus der GKV-Perspektive. Zwischen den Gruppen bestehen, bezogen auf die beiden Zeitpunkte, keine statistisch signifikanten Unterschiede beim Anteil der Personen mit Inanspruchnahme der Ressourcen.

Tabelle E 6: Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung, bezogen auf die Erhebung zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe aus gesellschaftlicher Perspektive

Gesellschaft	T0				T2			
	Gesamt n (% PI)	IG n (% PI)	WKG n (% PI)	p-Wert	Gesamt n (% PI)	IG n (% PI)	WKG n (% PI)	p-Wert
Arbeitsunfähig- keit	7 (4,14)	2 (2,47)	5 (5,68)	0,446	8 (4,73)	2 (2,47)	6 (6,82)	0,281
Erwerbsmin- derung	2 (1,18)	0	2 (2,27)	0,498	3 (1,78)	1 (1,23)	2 (2,27)	1,000

IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, n = Anzahl, d = Tage, PI = Personen mit Inanspruchnahme, Statistik: Chi-Quadrat-Test.

Kosten aus GKV-Perspektive

In den folgenden Tabellen E7 und E8 findet sich eine Darstellung der Ergebnisse zu den erhobenen Kosten in den einzelnen Kostenkomponenten aus der GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T0 im Vergleich von IG und WKG. Die Angaben sind in mittleren Kosten pro Tag dargestellt und übersteigen in Interventions- und WKG einen Wert von ca. 3 € nicht, wobei sich Standardabweichungen bis über 23 € zeigen. Zwischen den Gruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle E 7: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

GKV T0	Krankengeld pro Tag			Ambulante Facharztkontakte pro Tag			Stationäre Aufenthalte pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG(€)	WKG (€)	Gesamt(€)	IG(€)	WKG (€)
MW	0,33	0	0,63	1,68	1,67	1,69	2,64	2,22	3,02
SD	3,14	0	4,34	2,82	2,61	3,00	20,34	16,60	23,35
Median	0	0	0,60	0,62	0,62	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	36,22	0	36,22	16,53	13,30	16,53	213,28	148,56	213,28

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle E 8: Fortsetzung Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

GKV T0	Medikamente pro Tag			Heilmittel pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WK (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	0,75	0,12	1,34	0,28	0,24	0,31
SD	3,72	0,27	5,09	1,59	1,11	1,93
Median	0	0	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0	0
Max	32,56	1,60	32,56	17,57	9,17	17,57

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Dargestellt in Tabelle E9 und Tabelle E10 sind die Ergebnisse zu den erhobenen Kosten in den einzelnen Kostenkomponenten aus der GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T2 im Vergleich von IG und WKG. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen sind zu Lasten der GKV weder in der IG noch in der WKG angefallen, daher wird diese Kostenkomponente nicht tabellarisch dargestellt. Die Angaben sind in mittleren Kosten pro Tag ausgewiesen und übersteigen in Interventions- und Kontrollgruppe einen Wert von ca. 3,30€ nicht, wobei sich Standardabweichungen von bis zu ca. 22,30€ zeigen. Zwischen den Gruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Zusätzlich findet sich eine Darstellung der Interventionskosten – ebenfalls in Kosten pro Tag-, die lediglich in der IG angefallen sind. Diese belaufen sich auf ca. 11€ pro Tag.

Tabelle E 9: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

GKV T2	Krankengeld pro Tag			Ambulante Facharztkontakte pro Tag			Stationäre Aufenthalte pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	1,32	0	2,54	1,75	1,89	1,62	1,29	0,39	2,12
SD	12,18	0	16,83	3,28	3,60	2,96	12,06	3,49	16,38
Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	123,44	0	123,44	19,59	19,59	15,22	149,48	31,39	148,48

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle E 10: Fortsetzung Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

GKV T2	Medikamente pro Tag			Heilmittel pro Tag			Interventionskosten pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	2,37	3,32	1,50	0,13	0,17	0,10	11,11	11,11	-
SD	17,96	22,32	12,78	0,77	0,83	0,71	1,38	1,38	-
Median	0	0	0	0	0	0	11,66	11,66	-
Min	0	0	0	0	0	0	6,25	6,25	-
Max	191,33	191,33	119,95	6,39	5,10	6,39	12,49	12,49	-

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

In Tabelle E11 sind die Kosten pro Tag der IG und WKG aus der GKV-Perspektive zusammenfassend für T0 und T2 dargestellt. Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei den einzelnen Kostenkomponenten, ausgenommen bei den Interventionskosten zu T2, die nur für die IG anfallen sind. Die Summe der Kosten zeigt zu T0 keinen, zu T2 einen statistisch signifikanten Unterschied ($p < 0,001$). Dieser statistisch signifikante Kostenunterschied zu T2 zeigt sich lediglich bei Einbezug der Interventionskosten in die IG zu T2.

Tabelle E 11: Kosten pro Tag aus GKV-Perspektive zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

GKV	T0				T2			
	\bar{x} /Tag Gesamt [€]	\bar{x} /Tag IG [€]	\bar{x} /Tag WKG [€]	p-Wert	\bar{x} /Tag Gesamt [€]	\bar{x} /Tag IG [€]	\bar{x} /Tag WKG [€]	p-Wert
Krankengeld	0,33	0	0,63	0,174	1,32	0	2,54	0,174
Ambulante Arztkontakte	1,68	1,67	1,69	0,609	1,75	1,89	1,62	0,867
Stationäre Aufenthalte	2,64	2,22	3,02	0,366	1,29	0,39	2,12	0,601
Medikamente	0,75	0,12	1,34	0,200	2,37	3,31	1,50	0,910
Heilmittel	0,28	0,24	0,31	0,976	1,33	0,17	0,10	0,613
Interventions- kosten	-	-	-	-	-	11,11	-	<0,001
Summe	5,67	4,25	6,98	0,953	12,19	16,88	7,88	<0,001

GKV = gesetzliche Krankenversicherung, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Kosten aus gesellschaftlicher Perspektive

In den folgenden Tabellen E12, E13 und E14 findet sich eine Darstellung der Ergebnisse zu den Kosten aus der gesellschaftlichen Perspektive zum Zeitpunkt T0 im Vergleich von IG und WKG. Die Angaben sind in mittleren Kosten pro Tag dargestellt und übersteigen in Interventions- und Kontrollgruppe einen Wert von ca. 4,90 € nicht, wobei sich Standardabweichungen von bis zu ca. 24,30 € zeigen. Zwischen den Gruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle E 12: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

Gesellschaft T0	Arbeitsunfähigkeit pro Tag			Erwerbsminderung pro Tag			Ambulante Arztkontakte pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	3,07	1,11	4,88	1,17	0	2,25	1,76	1,75	1,77
SD	18,74	9,65	24,20	14,62	0	20,26	2,94	2,73	3,14
Median	0	0	0	0	0	0	0,65	0,65	0,62
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	168,23	86,83	168,23	189,94	0	189,94	17,29	13,92	17,29

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle E 13: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

Gesellschaft T0	Stationäre Aufenthalte pro Tag			Medikamente pro Tag			Heilmittel pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	2,78	3,03	2,55	0,85	0,18	1,46	0,30	0,26	0,33
SD	21,30	24,34	18,20	4,03	0,40	5,51	1,68	1,18	2,05
Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	218,78	218,78	158,08	35,70	2,00	35,70	18,67	9,75	18,67

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle E 14: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T0 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

Gesellschaft T0	Rehabilitation pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	1,01	1,37	0,69
SD	7,54	8,62	6,43
Median	0	0	0
Min	0	0	0
Max	60,28	60,28	60,28

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Dargestellt in Tabelle E15, E16 und E17 sind die Ergebnisse zu den erhobenen Kosten in den einzelnen Kostenkomponenten aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 im Vergleich von IG und WKG. Die Angaben sind in mittleren Kosten pro Tag dargestellt und übersteigen in der Interventions- und Kontrollgruppe einen Wert von ca. 6,10€ nicht, wobei sich Standardabweichungen von bis über ca. 45€ zeigen. Zwischen den Gruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Zusätzlich findet sich eine Darstellung der Interventionskosten, die lediglich in der IG angefallen sind.

Tabelle E 15: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

Gesellschaft T2	Arbeitsunfähigkeit pro Tag			Erwerbsminderung pro Tag			Ambulante Arztkontakte pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	2,94	0,48	5,21	1,81	0,57	2,95	1,83	1,98	1,69
SD	19,14	3,25	26,21	15,89	5,15	21,45	3,43	3,77	3,09
Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	184,95	26,99	184,95	189,35	46,35	189,35	20,49	20,49	15,92

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle E 16: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

Gesellschaft T2	Stationäre Aufenthalte pro Tag			Rehabilitation pro Tag			Medikamente pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	0,96	0,29	1,57	0,92	1,91	0	4,06	6,09	2,20
SD	8,94	2,58	12,14	10,30	14,86	0	34,25	45,35	19,13
Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	110,80	23,26	110,80	132,08	132,08	0	402,87	402,87	179,61

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle E 17: Fortsetzung Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zum Zeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

Gesellschaft T2	Heilmittel pro Tag			Interventionskosten pro Tag		
	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)	Gesamt (€)	IG (€)	WKG (€)
MW	0,14	0,18	0,11	11,11	11,11	-
SD	0,82	0,88	0,76	1,38	1,38	-
Median	0	0	0	11,67	11,67	-
Min	0	0	0	6,25	6,25	-
Max	6,79	5,42	6,79	12,49	12,49	-

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

In Tabelle E18 sind die Kosten der IG und WKG aus gesellschaftlicher Perspektive zusammenfassend für T0 und T2 dargestellt. Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei den Kostenkomponenten, ausgenommen bei den Interventionskosten zu T2, die nur für die IG anfallen sind. Die Summe der Kosten zeigt zu T0 keinen, zu T2 einen statistisch signifikanten Unterschied ($p < 0,001$). Dieser statistisch signifikante Kostenunterschied zu T2 zeigt sich lediglich bei Einbezug der Interventionskosten in die IG zu T2.

Tabelle E 18: Kosten pro Tag aus gesellschaftlicher Perspektive zu den Zeitpunkten T0 und T2 für die Gesamtgruppe, die Interventionsgruppe und die Wartekontrollgruppe

Gesellschaft	T0				T2			
	\bar{x} /Tag Gesamt [€]	\bar{x} /Tag IG [€]	\bar{x} /Tag WKG [€]	p-Wert	\bar{x} /Tag Gesamt [€]	\bar{x} /Tag IG [€]	\bar{x} /Tag WKG [€]	p-Wert
Arbeits- unfähigkeit	3,07	1,11	4,88	0,288	2,94	0,48	5,21	0,177
Erwerbs- minderung	1,17	0,00	2,25	0,174	1,81	0,57	2,95	0,601
Ambulante Arztkontakte	1,76	1,75	1,77	0,609	1,83	1,98	1,69	0,959
Stationäre Aufenthalte	2,78	3,03	2,55	0,361	0,96	0,29	1,57	0,606
Reha- bilitation	1,01	1,37	0,69	0,279	0,92	1,91	0,0	0,139
Medika- mente	0,85	0,18	1,46	0,095	4,06	6,09	2,20	0,900
Heilmittel	0,30	0,26	0,33	0,976	0,14	0,18	0,11	0,613
Interven- tionskosten	-	-	-	-	-	11,11	-	<0,001
Summe	10,94	7,68	13,93	0,532	17,99	22,61	13,73	<0,001

GKV = gesetzliche Krankenversicherung, IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, Statistik: Mann-Whitney-U-Test.

Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwert-Analyse

In die Kosten-Effektivitäts-Analyse wurde die Anzahl der Personen mit einem Reliable Change des OSV-Scores (Differenz T0 zu T2 $\geq 3,45$ (RCI)) als Outcomeparameter einbezogen. 65,4% der IG (n=53) und 27,3% der WKG (n=24) weisen einen RC des OSV-Scores auf.

Die Kosten zeigten sowohl in der GKV- als auch in der gesellschaftlichen Perspektive einen statistisch signifikanten Unterschied zugunsten der Kontrollgruppe, der durch die Interventionskosten entstanden ist.

Die inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation beträgt 861,30€ (GKV) bzw. 1.109,57€ (Gesellschaft) pro Person mit Reliable Change für den 4-wöchigen Zeitraum der Intervention.

Eine Kosten-Nutzwert-Analyse konnte nicht durchgeführt werden, da sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen mit dem EQ-5D-5L, zeigten.

Deterministische Sensitivitätsanalyse

Zur Berücksichtigung von Unsicherheiten wurde eine deterministische Sensitivitätsanalyse durchgeführt, in der die wesentlichen Kostenkomponenten in einem Rahmen von +10% und -10% variiert wurden. Tabelle E19 weist die diesbezüglichen Werte für die einbezogenen Kostenkomponenten aus. Verglichen mit dem Basecase von ca. 861€ pro Person mit RC entstehen aus GKV-Perspektive Kosten zwischen ca. 775€ bis hin zu ca. 943€.

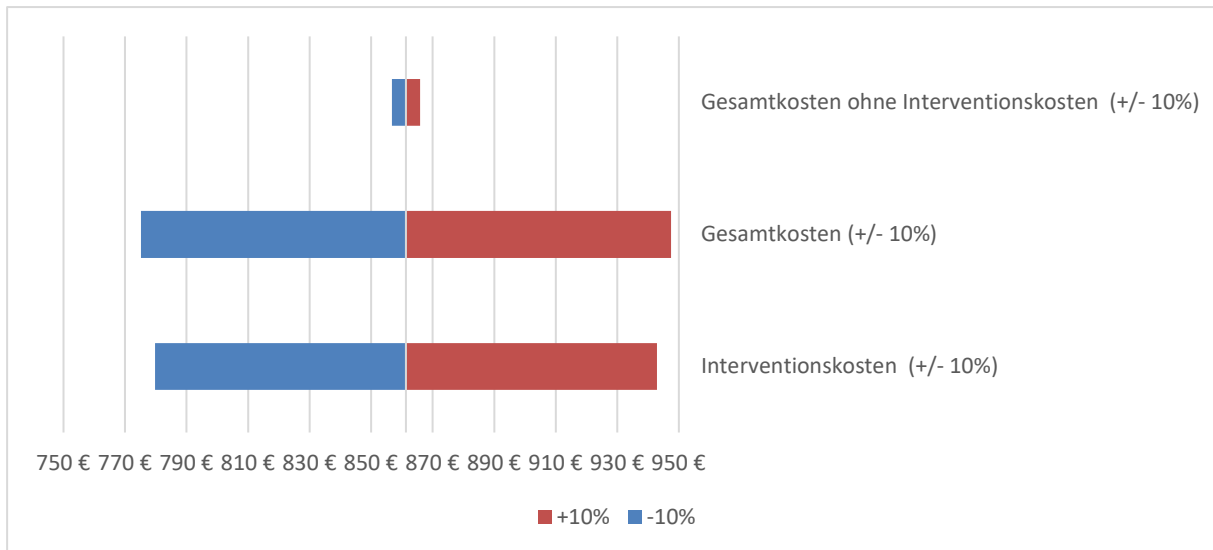
Tabelle E 19: Ergebnisse der univariaten Sensitivitätsanalysen aus GKV-Perspektive für den 28-tägigen Zeitraum der Intervention

Deterministische Sensitivitätsanalyse	€ pro Person mit RC		Prozentuale Veränderung zum Basecase	
	-10%	+10%	-10%	+10%
Prozentuale Veränderung der Kostenkomponente	-10%	+10%	-10%	+10%
Gesamtkosten (+/- 10%)	775,17	947,43	-10,00%	+10,00%
Interventionskosten (+/- 10%)	779,75	942,84	-9,47%	+9,47%
Gesamtkosten ohne Interventionskosten (+/- 10%)	856,71	865,88	-0,53%	+0,53%
Basecase	861,30			

RC = Reliable Change

Abbildung E1 stellt die Auswirkungen der Veränderung einzelner Kostenkomponenten auf die Kosten pro Person mit RC aus GKV-Perspektive visuell dar. Es zeigt sich, dass die univariate Veränderung der Interventionskosten einen deutlich größeren Einfluss auf die ICER ausübt als die univariate Veränderung der restlichen Kostenkomponenten ausgenommen der Interventionskosten.

Abbildung E 1: Tornado Diagramm zu der Sensitivitätsanalyse der Kosten [€] pro Person mit RC aus GKV-Perspektive.



In der Folge wurde eine deterministische Sensitivitätsanalyse auch für die gesellschaftliche Perspektive durchgeführt, in der die wesentlichen Kostenkomponenten einem Rahmen von +10% und -10% variiert wurden. Tabelle E20 weist die diesbezüglichen Werte für die einzelnen Kostenkomponenten aus. Beim Vergleichen mit dem Basecase von ca. 1110€ pro Person mit RC kommt es aus gesellschaftlicher Perspektive zu Werten zwischen ca. 999€ und 1221€.

Tabelle E 20: Ergebnisse der univariaten Sensitivitätsanalysen aus gesellschaftlicher Perspektive für den 28-tägigen Zeitraum der Intervention

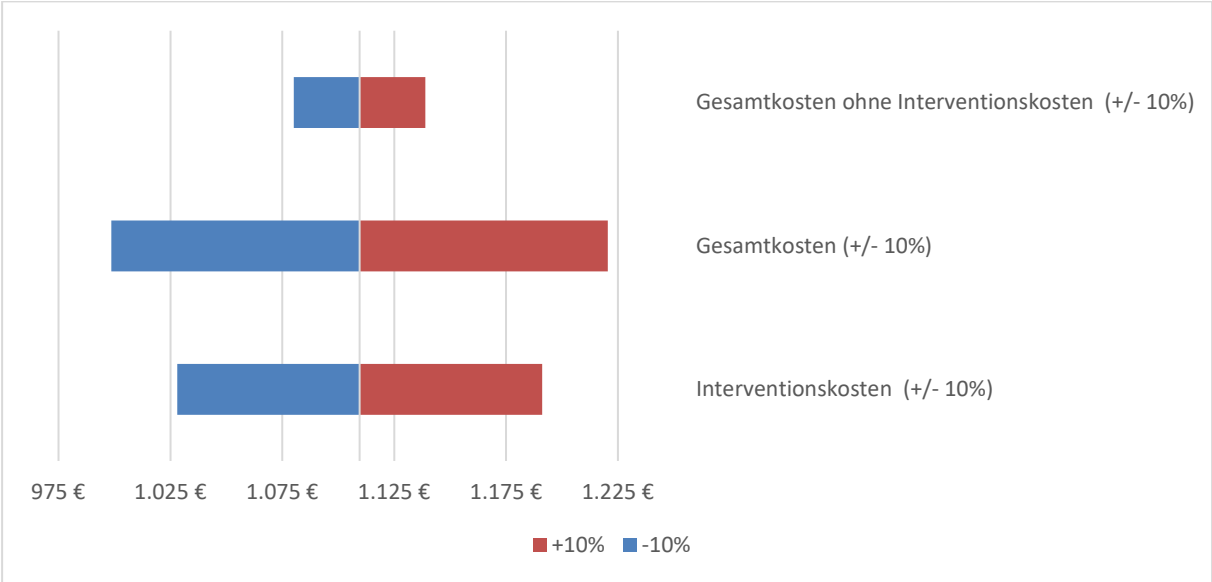
Deterministische Sensitivitätsanalyse	€ pro Person mit RC		Prozentuale Veränderung zum Basecase	
	-10%	+10%	-10%	+10%
Gesamtkosten (+/- 10%)	998,61	1220,52	-10,00%	+10,00%
Interventionskosten (+/- 10%)	1028,02	1191,11	-7,35%	+7,35%
Gesamtkosten ohne Interventionskosten (+/- 10%)	1080,16	1138,98	-2,65%	+2,65%
Basecase	1109,57			

RC = Reliable Change

Abbildung E2 verdeutlicht visuell die Auswirkung der Veränderung der einzelnen Kostenkomponenten auf die ICER aus gesellschaftlicher Perspektive. Wie in der Darstellung der GKV-Perspektive oben wird deutlich, dass die univariate Veränderung der Interventionskosten den größten Einfluss auf die Veränderung der ICER ausübt. Aus gesellschaftlicher Perspektive ist der Einfluss der Gesamtkosten ohne Intervention im Vergleich zu den Interventionskosten jedoch größer. Dieser Trend lässt sich auch an der

prozentualen Veränderung der ICER zum Basecase in den Tabellen E19 und 20 ablesen mit einem Einfluss von +/- 0,53% der Kosten ohne Interventionskosten aus GKV-Perspektive im Vergleich zu +/- 2,65% aus gesellschaftlicher Perspektive.

Abbildung E 2: Tornado Diagramm zu der Sensitivitätsanalyse der Kosten [€] pro Person mit RC aus gesellschaftlicher Perspektive



Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand

Tabelle E 21: Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand der Gesamtgruppe, der Interventionsgruppe und der Wartekontrollgruppe zum Zeitpunkt T0.

Ressourcenverbräuche T0 n (%)	Gesamt (n = 169) n (% PI)	IG (n=81) n (% PI)	WKG (n=88) n (% PI)	p- Wert
Inanspruchnahme Geldleistungen pro Monat				
Jobcenter	5 (2,96)	2 (2,47)	3 (3,41)	1,000
Agentur für Arbeit	3 (1,78)	3 (3,70)	0 (0)	0,108
BAföG	9 (5,32)	3 (3,70)	6 (10,23)	0,499
Stipendien	4 (2,37)	2 (2,47)	2 (2,27)	1,000
Unterstützung von Eltern	58 (34,32)	28 (34,57)	30 (34,09)	1,000
Sonstiges	25 (14,79)	8 (9,88)	17 (19,32)	0,361
Schulden durch				
Online spielen	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479
Internetnutzung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Mietschulden	2 (1,18)	0 (0)	2 (2,27)	0,498
Unbezahlte Rechnungen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Konsumkredite	11 (6,51)	6 (7,41)	5 (5,68)	0,759
Dispokredit	5 (2,96)	3 (3,70)	2 (2,27)	0,671
Sonstiges	26 (15,38)	10 (12,35)	16 (18,18)	0,394
Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation				
BVB berufsvorbereitende Maßnahmen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
BAE Berufsmaßnahmen Maßnahmen in außerbetrieblichen Feldern	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Jobcoaching	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Reha für psychisch kranke Menschen (RPK)	3 (1,78)	2 (2,47)	1 (1,14)	0,608
Maßnahmen zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479
Geschützte Werkstatt: Arbeitstrainingsbereich	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Geschützte Werkstatt: Arbeitsbereich	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Integrationsarbeitsplatz	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Unterstützte Beschäftigung: individuelle betriebliche Qualifizierung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Berufliche Weiterbildung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Unterstützte Beschäftigung: Berufsbegleitung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Integrationsfachdienst/Psychozialer Fachdienst	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Eignungsabklärung/Berufsfindung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Sonstiges	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Inanspruchnahme spezieller Angebote				
Beratungsstelle bei psychischen Problemen/Suchtberatungsstelle	19 (11,24)	10 (12,35)	9 (10,23)	0,808
Sozialpsychiatrischer Dienst/Psychozialer Krisendienst	1 (0,59)	0 (0)	1 (1,14)	1,000

Tagesstätten/Kontaktstätten für Menschen mit psychischen Problemen	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479
Selbsthilfegruppen aufgrund psychischer Probleme	10 (5,92)	5 (6,17)	5 (5,68)	1,000
Angebote aufgrund psychischer Probleme (z.B. Sorgentelefon)	5 (5,68)	2 (2,47)	3 (3,41)	1,000

IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, n = Anzahl, PI = Personen mit Inanspruchnahme, Statistik: Chi-Quadrat-Test.

Tabelle E 22: Finanzielle Belastungen der Teilnehmer sowie Ressourcenverbräuche aus Sicht der öffentlichen Hand der Gesamtgruppe, der Interventionsgruppe und der Wartekontrollgruppe zum Zeitpunkt T2.

Ressourcenverbräuche T2 n (%)	Gesamt (n = 169) n (% PI)	IG (n=81) n (% PI)	WKG (n=88) n (% PI)	p-Wert
Inanspruchnahme Geldleistungen pro Monat				
Jobcenter	4 (2,37)	2 (2,47)	2 (2,27)	1,000
Agentur für Arbeit	2 (1,18)	2 (2,47)	0 (0)	0,228
BAföG	10 (5,92)	3 (3,70)	7 (7,95)	0,333
Stipendien	5 (2,96)	3 (3,70)	2 (2,27)	0,671
Unterstützung von Eltern	49 (29,59)	24 (30,86)	25 (28,41)	0,867
Sonstiges	16 (9,47)	8 (9,88)	8 (9,09)	1,000
Schulden durch				
Online spielen	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479
Internetnutzung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Mietschulden	1 (0,59)	0 (0)	1 (1,14)	1,000
Unbezahlte Rechnungen	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479
Konsumkredite	10 (5,92)	6 (7,40)	4 (4,55)	0,523
Dispokredit	5 (2,96)	3 (3,70)	2 (2,27)	0,671
Sonstiges	22 (13,02)	8 (9,88)	14 (15,90)	0,263
Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation				
BVB berufsvorbereitende Maßnahmen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
BAE Berufsmaßnahmen Maßnahmen in außerbetrieblichen Feldern	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Jobcoaching	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Reha für psychisch kranke Menschen (RPK)	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479
Maßnahmen zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Geschützte Werkstatt: Arbeitstrainingsbereich	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Geschützte Werkstatt: Arbeitsbereich	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Integrationsarbeitsplatz	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Unterstützte Beschäftigung: individuelle betriebliche Qualifizierung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Berufliche Weiterbildung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Unterstützte Beschäftigung: Berufsbegleitung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Integrationsfachdienst/Psychosozialer Fachdienst	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Eignungsabklärung/Berufsfindung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Sonstiges	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Inanspruchnahme spezieller Angebote				

Beratungsstelle bei psychischen Problemen/Suchtberatungsstelle	14 (8,28)	10 (1,23)	4 (4,54)	0,093
Sozialpsychiatrischer Dienst/Psychosozialer Krisendienst	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Tagesstätten/Kontaktstätten für Menschen mit psychischen Problemen	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479
Selbsthilfegruppen aufgrund psychischer Probleme	5 (2,96)	3 (3,70)	2 (2,27)	0,671
Angebote aufgrund psychischer Probleme (z.B. Sorgentelefon)	1 (0,59)	1 (1,23)	0 (0)	0,479

IG = Interventionsgruppe, WKG = Wartekontrollgruppe, n = Anzahl, PI = Personen mit Inanspruchnahme, Statistik: Chi-Quadrat-Test.

Diskussion Gesundheitsökonomie

In die gesundheitsökonomische Evaluation konnten beinahe alle Teilnehmenden der klinischen Evaluation eingeschlossen werden, da lediglich bei 11 Personen die Daten zum gesundheitsökonomischen Teilbereich fehlten. Insgesamt kann somit eine nur geringe Einschränkung der Übertragbarkeit hinsichtlich der Ergebnisse für die gesamte Studienpopulation von OMPRIS angenommen werden.

Der OSV-Score zeigte für die eingeschlossenen Teilnehmenden der gesundheitsökonomischen Evaluation einen statistisch signifikanten Effekt zugunsten der IG. Für die Einbeziehung als Outcomeparameter wurde der Reliable Change Index verwendet, der Personen mit einem RC des OSV-Scores von solchen ohne RC unterscheidet. Dabei betrug der Anteil/die Anzahl der Personen mit einem Reliable Change des OSV-Scores 65,4% (n=53) in der IG und 27,3% (n=24) in der WKG.

Auf Basis der Verwendung des Konzepts des Reliable Change Index kann dargestellt werden, inwiefern die Veränderung des OSV nicht nur statistisch signifikant, sondern auch patientenrelevant ist und sich somit bedeutsam auf die Probanden auswirkt.

Hinsichtlich der Kosten konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen IG und WKG festgestellt werden. Insgesamt zeigt sich in vielen Bereichen eine sehr geringe Inanspruchnahme. Unter Einbezug der einem Teilnehmenden der Intervention direkt zuordenbaren Kosten der Intervention zeigten sich die Gruppenunterschiede der Kosten. In der IG fielen aufgrund der Intervention statistisch signifikant höhere Kosten an.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen mittels EQ-5D-5L-Index weist eine Verbesserung in T2 im Vergleich zur Baseline-Erhebung in beiden Gruppen auf. Die Lebensqualität steigt in der IG stärker an, jedoch sind die Unterschiede nicht statistisch signifikant. Aufgrund dieses Ergebnisses war es nicht möglich eine Kosten-Nutzwert-Analyse durchzuführen.

Für die Implementierung von OMPRIS in den Versorgungsalltag entstehen neben den Behandlungskosten Kosten für Schulungen sowie Kosten der benötigten Infrastruktur zur Durchführung der online-Kontakte. In die hier vorliegende Analyse wurden alle Interventionskosten einbezogen, die den Teilnehmenden direkt zugeordnet werden konnten. Daher sind nicht alle Komponenten der Interventionskosten vollumfänglich in die Analyse eingegangen, so dass eine gewisse Unterschätzung der Kosten vorhanden ist. Bei Vorliegen

weiterer Informationen zur Integration und Abrechnung im Versorgungsalltag, sollten genauere Analysen der Kostenunterschiede unter Berücksichtigung der Interventionskosten durchgeführt werden.

Da die Studie im Wartekontroll-Design geplant ist, steigen die Probanden der WKG nach Beendigung der Interventionsphase der IG in die Intervention ein. Dies bedingt einen relativ kurzen Zeitraum für eine vergleichende Betrachtung der Entwicklung der gesundheitsbezogenen Kosten. Es besteht die Möglichkeit, dass es durch die Intervention zu einer Veränderung der Inanspruchnahme kommt, die erst in den Wochen nach der Intervention zu beobachten ist. Eine deutlich längere Beobachtungszeit für die Kostenentwicklung wäre wünschenswert.

Die Kosten-Effektivitäts-Analyse zeigt mit maximal ca. 950€ pro RC aus GKV-Perspektive und maximal ca. 1220€ pro RC aus gesellschaftlicher Perspektive eher moderate Zusatzkosten, so dass insgesamt eine Kosteneffektivität durch OMPRIS angenommen werden kann.

Limitierend für die Ergebnisse der Studie wirkt die fragebogengestützte Erhebung der Ressourcenverbräuche über die Teilnehmenden der Studie. Diese retrospektive Datenerhebung weist die Möglichkeit eines Recall Bias auf, so dass Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen nur unvollständig erhoben werden. Aufgrund der kurzen Erhebungszeiträume von wenigen Wochen sollte eine mögliche Verzerrung durch den Recall Bias marginal sein. Zudem kann die relativ kurze Nachbeobachtungszeit wie bereits zuvor beschrieben als Limitation eingestuft werden.

Anlage zum Ergebnisbericht

Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht (OMPRIS)

Inhaltsverzeichnis der Anlagen zum Schlussbericht

Inhalt	Seite
Anlage 1: Interventionsmanual OMPRIS	2
Anlage 2: Arbeitsblätter	47
Anlage 3: Manual Sozialberatung OMPRIS	60
Anlage 4: Manual Standardisierte Diagnostik	71
Anlage 5: Statistische Prüfplan klinische Evaluation (SAP)	78
Anlage 6: Statistischer Prüfplan Gesundheitsökonomische Evaluation (SAP)	102
Anlage 7: Lastenheft OMPRIS	114
Anlage 8: SOP Suizidalität	162
Anlage 9: SOP Safety-Protocol	165
Anlage 10: Gesundheitsökonomischer Fragebogen T0 Baseline	169
Anlage 11: Gesundheitsökonomischer Fragebogen T2 Post-intervention	177
Anlage 12: Checkliste Prüfung Einschluss zur Studie	185
Anlage 13: Checkliste Therapeut:in nach jeder Sitzung	186
Anlage 14: Checkliste Teilnehmer:in nach jeder Sitzung	194
Anlage 15: Checkliste Einfluss Covid-19 Pandemie	195
Anlage 16: Fragen zur Evaluation nach 6 Monaten (T4)	199
Anlage 17: Auflistung der Medienbeiträge über OMPRIS	206
Anlage 18: Gemeinsame Pressemitteilung mit dem BMG	210
Anlage 19: Urkunde Deutscher Telemedizinpreis 2021 (3.Platz)	212

Anlage 1: Interventionsmanual OMPRIS

OMPRIS Manual 2020/2021



**Nur für den internen Zweck nutzbar!
Keine Weitergabe an Dritte!**

Strukturiertes Therapiemanual

Zur Behandlung der Mediensucht und der Verhaltenssüchte (OMPRIS)

LWL Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Bochum

Version 1.0, 2020

© Dr. med. Jan Dieris-Hirche, 2020

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Leitfaden zur OMPRIS-Intervention

Vorwort

Die Grundhaltung und basale Kommunikationsstrategie folgt den Regeln des Motivational Interviewings (MI). Die wichtigsten MI Empfehlungen sind dem Dokument „Überblick Motivational Interviewing“ zu entnehmen. Im Leitfaden wurden etablierte Methoden und Techniken aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen (v.a. CBT und systemische Therapie) und medienpädagogischen Ansätzen gewählt.

Insgesamt dient der Leitfaden als inhaltliche Orientierung im Rahmen eines „idealtypischen Standardprozesses“ und somit auch zur wissenschaftlichen Beschreibung der generell möglichen Inhalte im Sinne einer „Standardisierung“ der OMPRIS Intervention. Im konkreten Prozess sollen den Beratenden jedoch Freiheiten in der Reihenfolge und Schwerpunktsetzung möglich sein, sodass eine klienten- und prozesszentrierte und ggf. störungsorientierte Beratung (z.B. bei Internetpornografiesucht) möglich wird. Die benannten Inhalte sind deshalb häufig modular aufgebaut, sodass die Beratenden jeweils in den Beratungseinheiten zum Prozess passende Themenschwerpunkte oder Reihenfolgen wählen können. Somit können die thematische Reihenfolge der Inhalte und/oder Beratungsschwerpunkte individuell durchaus in einem gewissen Rahmen variieren. Die real bearbeiteten Schwerpunkte werden jeweils von den Beratenden kategorial nach jeder Stunde abgefragt, sodass eine Auswertung der realen Schwerpunkte (ggf. auch störungsorientiert) am Ende möglich ist. Zentrale Elemente (z.B. Zielsetzung, Nutzungsprotokoll etc.) sollten jedoch möglichst verpflichtend sein.

Zusätzlich können bestimmte Anliegen des Teilnehmenden / besondere Situationen (z.B. akuter Leidensdruck, sehr spezifische Fragestellungen) eine gewisse Abweichung vom Leitfaden nötig machen. Hierzu wurde ein Entscheidungsbaum erstellt, der den Beratenden die Möglichkeit bietet, in standardisierter Form in einzelnen Einheiten vom Leitfaden abzuweichen (Abb. 1).

Insgesamt wurden 8 Sitzungen ausgearbeitet, was einer durchschnittlichen Beratungsdauer von 4 Wochen (2 Sitzungen / Woche) entsprechen würde. Zusätzlich erhält jede/r Teilnehmende eine kurze 30min. Sozialberatung mit einem sozialmedizinischen Check-up. Fakultativ sind bei Bedarf weitere (Sozialberatung-)Sitzungen möglich. Es ist ein eigener Leitfaden zur Sozialberatung ausgearbeitet.

Viel Spaß wünscht

Das OMPRIS Team

Strukturierter Entscheidungsbaum zur Auswahl thematischer Schwerpunkte in jeder Sitzung

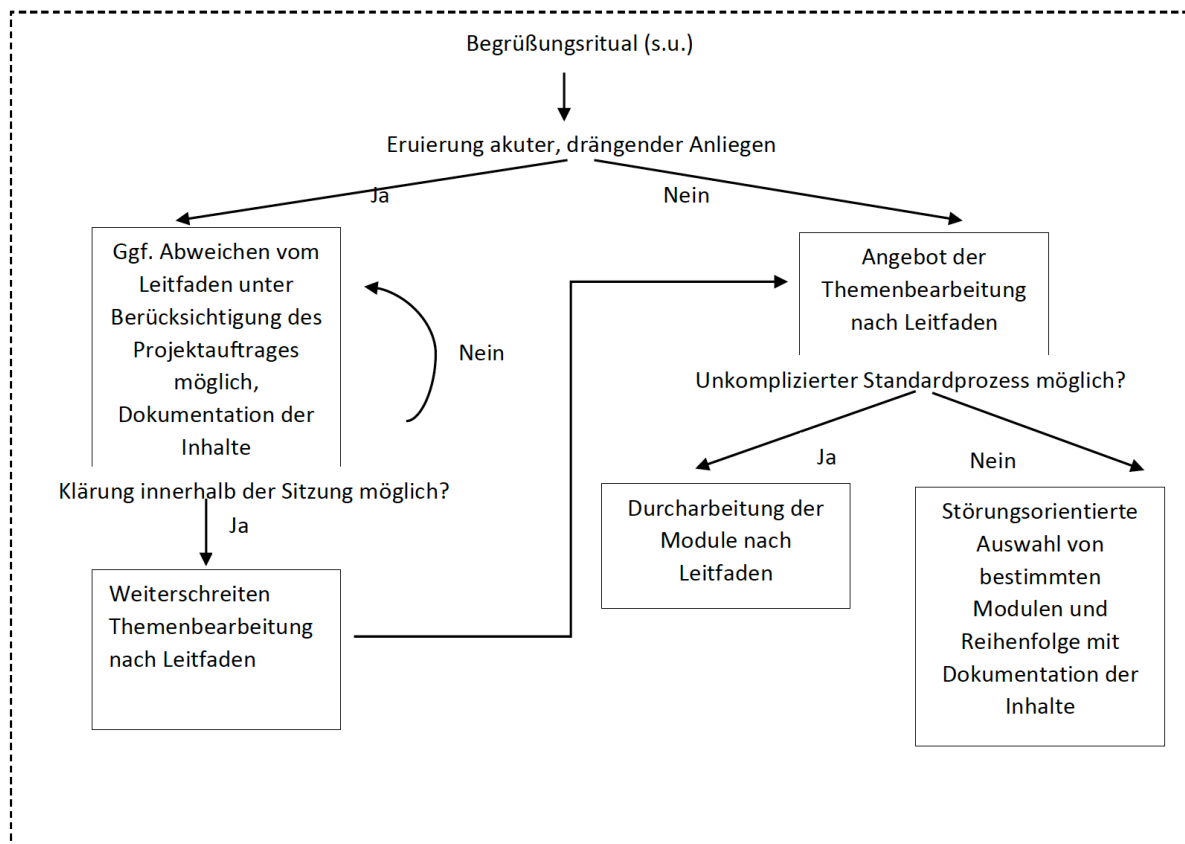


Abb 1.: Entscheidungsbaum zur strukturierten Auswahl der Beratungsthemen in jeder Sitzung.

Anmerkungen & Informationen

Erweiterung des Sitzungsumfangs

Bei Bedarf können optional weitere Sitzungen mit dem Teilnehmenden geplant werden. Hierbei können die in Sitzung 1-8 besprochenen Inhalte vertieft und/oder individuelle Fragestellungen bearbeitet werden.

Sozialberatung

Neben der Beratung sollte jeder Teilnehmer an der 30-minütigen Sozialberatung teilnehmen. Inwieweit weitere Termine sinnvoll sind, wird im Zuge des 30-minütigen Termins mit der Sozialarbeiterin besprochen.

Optionale Sitzungsinhalte

Am Ende des Manuals finden sich optionale Sitzungsinhalte, die der Beratende innerhalb der Sitzungen ergänzen kann, wann immer es ihm sinnvoll erscheint. Die Inhalte sind jedoch nicht verpflichtend, sie dienen als Ergänzung oder Ersatz, falls ein im Manual vorgesehenes Thema für den Teilnehmenden wenig relevant sein sollte.

Begriffe Internet-/Mediennutzung

Im Manual werden die Begriffe Internet- bzw. Mediennutzung verwendet. Falls eine Spezifizierung der Art der Internetnutzung (z.B. Internetpornografie, Social Media) bei dem/der Betroffenen möglich ist, sollte diese spezifische Begrifflichkeit im Rahmen der Beratungen gewählt werden.

Suizidalität

Ein am Anfang der Sitzung zu erfragendes akutes bzw. dringliches Anliegen des Teilnehmenden kann Suizidalität sein. Möglicherweise wird aber auch erst im Laufe der Sitzung deutlich, dass der Teilnehmende suizidale Gedanken hat. Diese gilt es dann vertiefend anhand der NGASR-Skala zu explorieren, um eine Risikoeinschätzung vornehmen zu können und ggf. notwendige Schritte einzuleiten.

Die Risikoabschätzung richtet sich nach:

- Häufigkeit, Dauer, Intensität und Auslöser(n) der aktuellen Suizidgedanken
- Spezifität der Gedanken und Pläne (harte vs. weiche Methoden)
- Verfügbarkeit der Mittel
- Vorbereitungen und Probehandlungen
- Suiziden in der Vergangenheit; familiären Suiziden
- Entschlossenheit bzw. Distanzierungsfähigkeit zu suizidalen Impulsen
- Hoffnungslosigkeit, Unaushaltbarkeit, sozialer Isolation
- Furchtlosigkeit vor dem Tod, Sterben und Schmerzen

Hilfreiche Fragen:

- Wie häufig treten die Gedanken auf?
- Wie stark sind die Gedanken? Kannst Du Dich von den Gedanken distanzieren?
- Liegt aktive oder passive Suizidalität vor?
- Gibt es schon einen detaillierten Plan? Wie würdest Du es machen? Wann würdest Du es machen? Wo würdest du es machen? Hast Du die nötigen Hilfsmittel (Tabletten o.ä.) schon Zuhause?
- Gab es vielleicht sogar schon aktive Schritte, um einen Selbstmord oder eine Selbstverletzung vorzubereiten?
- Gab es Suizidversuche in der Vergangenheit? Wenn ja, wann und mit welchen Mitteln?
- Wenn wir die Sitzung jetzt beenden würden, müsste ich mir dann Sorgen machen, dass Du Dir tatsächlich jetzt etwas antust?

Übersicht der Beratungssitzungen

Sitzung 1 – Kennenlernen, Mediensuchtanamnese, Beziehungsaufbau

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Mediensuchtanamnese • Beziehungsaufbau und Bindung → Vertrauen herstellen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • AICA-Zusatzcodierungsmodul • Arbeitsblatt „Tagesstruktur“ • Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ • Arbeitsblatt „Medienentwicklung“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausführliche Mediensuchtanamnese → AICA-Zusatzcodierungsmodul 2. Wochenprotokoll einführen und erklären → Arbeitsblätter „Tagesstruktur“ und „Wochenprotokoll“ 3. OPTIONAL: Analyse der Medienentwicklung in Verbindung mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit und komorbiden psychischen Erkrankungen → Arbeitsblatt „Medienentwicklung“

Sitzung 2 - Zielvereinbarung

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele vereinbaren • Orientierung geben • Problembereiche (Umwelt – Internet – Person) herausarbeiten
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorstellung des Ablaufs von OMPRIS (max. 5 Minuten) 2. Einführung Suchtdreieck und Erarbeitung von drei konkreten Zielen aus den Bereichen Umwelt, Internet und Person → Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“

Sitzung 3 – Psychoedukation und Wochenprotokoll

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensinput durch den/die Beratende/n • Auswertung des Wochenprotokolls und des Protokolls der Tagesstruktur • Durchbrechung von Routinen • Erarbeitung erster hilfreicher Strategien und Ressourcen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Hilfreiche Strategien“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auswertung des Wochenprotokolls und Durchbrechung von Routinen → Arbeitsblätter „Wochenprotokoll“ und „Tagesstruktur“ 2. Hilfreiche Strategien- bzw. Ressourcen-Brainstorming → Arbeitsblatt „Hilfreiche Strategien“ 3. Psychoedukation (max. 20 Minuten) Individuelle Psychoedukation, je nach Problemschwerpunkten der/des Teilnehmenden

Sitzung 4 – Veränderungsmotivation steigern

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenzen bewusstmachen • Veränderungsmotivation fördern
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „4-Felder-Tafel“ • Arbeitsblatt „Ressourcen“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivationsklärung Formulierung der Gründe für eine Änderung des Nutzungsverhaltens → Arbeitsblatt „4-Felder-Tafel“

Sitzung 5 – Empowerment, Ressourcen, Handlungsalternativen, Prokrastination

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcensteigerung, -entwicklung • Förderung alternativer Handlungsoptionen
-------------	--

Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Ressourcen“ • Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“
Sitzungsinhalte	<p>→ Eher freie Sitzung mit dem Fokus auf Veränderung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alternative Aktivitäten explorieren bzw. stärken → Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ 2. Ressourcenaktivierung und –intensivierung → Arbeitsblatt „Ressourcen“ 3. Prokrastination → Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“

Sitzung 6 - Lebenswerte

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Werteorientierte Zukunftsperspektive schaffen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Kompass der Lebenswege und –werte“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erarbeitung einer werteorientierten Lebensperspektive → Arbeitsblatt „Kompass der Lebenswege und –werte“

Sitzung 7 – Mein Leben mit einer gesunden Mediennutzung

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien erarbeiten, um aktuelle Verhaltensweise beizubehalten und nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen • Schwierige Situationen herausarbeiten und Handlungsalternativen aufzeigen • OPTIONAL: Empfehlung für weitere Behandlung (vor Ort)
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Notfallkarte“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Weiter am Ball bleiben und das Erreichte halten → Arbeitsblatt „Notfallkarte“ 2. OPTIONAL: Gemeinsame Reflexion: Weitere Behandlung vor Ort sinnvoll?

Sitzung 8 – Reflexion des Beratungserfolgs und weiteres Vorgehen planen

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung und alles, was geschafft wurde, feiern und würdigen • Weitere Ziele skizzieren • Abschied nehmen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Hilfsmittel und Zukunftsperspektive“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erfolge sichern → Arbeitsblatt „Hilfsmittel und Zukunftsperspektive“ (oberer Teil) 2. Zukunftsperspektive → Arbeitsblatt „Hilfsmittel und Zukunftsperspektive“ (unterer Teil) 3. OPTIONAL: Erneute Empfehlung für analoge Unterstützung durchsprechen

Optionale Sitzungsinhalte

1. Gestaltung der Alltagsstruktur
→ Arbeitsblatt „Meine Alltagsstruktur“
2. Suchtampel
→ Arbeitsblatt „Suchtampel“
3. Prokrastination überwinden
→ Arbeitsblatt „Schritte zum pünktlichen Beginnen“

Ablauf der Sitzungen

1. Sitzung – Kennenlernen, Mediensuchtanamnese, Beziehungsaufbau

Ziel: Genaue Mediensuchtanamnese, Beziehungsaufbau und Bindung

→ *Vertrauen herstellen, dem Betroffenen das Gefühl geben „gehört zu werden“ durch viel Würdigung, aktives Zuhören und offene Fragen.*

Materialien

- AICA-Zusatzcodierungsmodul
- Arbeitsblatt „Tagesstruktur“
- Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“
- Arbeitsblatt „Medienentwicklung“

Beginn der Sitzung

- Begrüßung, willkommen heißen bei OMPRIS
- Vorstellung Beratender
- Kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Kennenlernen, Ausführliche Medienanamnese, Einführung Wochenprotokoll

Sitzungsinhalte

1. Ausführliche Medienanamnese unter anderem anhand der Zusatzmaterialien AICA mit offenen Fragen (*Material: AICA-Zusatzcodierungsmodul*)

→ Dem Teilnehmenden sollen offene Fragen gestellt werden, um es dem Beratenden nach der Sitzung zu ermöglichen anhand der Mitschriften das AICA-Zusatzcodierungsmodul auszufüllen.

Exemplarische Fragen zur Erhebung der Informationen A-E des AICA-Zusatzcodierungsmoduls

- Was war der Auslöser für deine Anmeldung bei OMPRIS?
- Was nutzt Du im Internet? Welche Spiele, welche Seiten, welche Plattformen? Wie viel nutzt Du prozentual die jeweiligen Inhalte? In welchen Bereichen siehst Du für Dich Schwierigkeiten?
- Wie viele Stunden nutzt Du das Internet in der Woche (für private Zwecke)? Wie sieht Dein Nutzungsverhalten am Wochenende aus?
- Seit wann hast Du das Gefühl, dass Du das Internet in einem problematischen Ausmaß nutzt? Was hat dazu geführt, dass Du zu dieser Zeit angefangen hast das Internet in einem solchen Ausmaß zu nutzen? Was hat sich seitdem verändert?
- Gab es Zeiten, in denen Du das Internet weniger genutzt hast? Wenn ja, wann war das und wie lange hielten diese Zeiten an? Was war in diesen Zeiten anders? Warum hat sich Deine Internetnutzung anschließend wieder verändert?
- Welche Lebensbereiche leiden unter deiner Internetnutzung? Sind die Bereiche Schule/Ausbildung/Beruf, soziale Kontakte und Freizeit, Familie, häusliche Pflichten betroffen? Wenn ja, in welcher Form sind die jeweiligen Bereiche betroffen?
- Wie notwendig empfindest Du die Veränderung Deines Internetnutzungsverhalten?

A Subtypen der Internetbezogenen Störung

A1. Ist eine eindeutige Bestimmung einer hauptsächlich problematisch ausgeführten Internetaktivität möglich?

1. Eine eindeutige Bestimmung der problematischen Internetaktivität ist möglich.
2. Es liegt eine hauptsächlich problematisch ausgeführte Internetaktivität vor, jedoch erscheinen auch weitere Internetaktivitäten kritisch.
3. Das Nutzungsmuster ist undifferenziert. Eine genaue Bestimmung der problematischen Internetaktivität ist nicht möglich („Generalisierte Internetsucht“).

A2. Bitte codieren Sie die problematische Internetaktivität. Bitte unter A3 spezifizieren.

1. Online-Computerspiele
2. Offline-Computerspiele
3. Online-Pornografie
4. Online-Glücksspiele
5. Online-Einkäufe
6. Online Social Media (Chats, Blogs, Foren)
7. Online Social Communities (soziale Netzwerke)
8. Online Informationsportale (News, Wikis)
9. Online Videospieleportale
10. Andere Internetaktivitäten

A3. Bitte spezifizieren Sie die problematisch genutzten Internetinhalte (z.B. Titel des Computerspiels, Inhalte der Social Media Nutzung etc.)

A4. Bitte codieren Sie die aktuelle Intensität der Nutzung der Problemanwendung.

Die tägliche Nutzung beträgt etwa _____ Stunden pro Tag.

Das Nutzungsverhalten ereignet sich aktuell...

1. ... weniger als einmal pro Woche
2. ... ein bis zwei Mal pro Woche
3. ... an den meisten Tagen der Woche
4. ... täglich

B Onset und Verlauf der Internetbezogenen Störung

B1. Bitte schätzen Sie ein, wann erstmalig zentrale Kriterien, wie etwa Eingenommenheit, Kontrollverlust und negative Konsequenzen, die auf einen problematischen Konsum schließen lassen, aufgetreten sind.

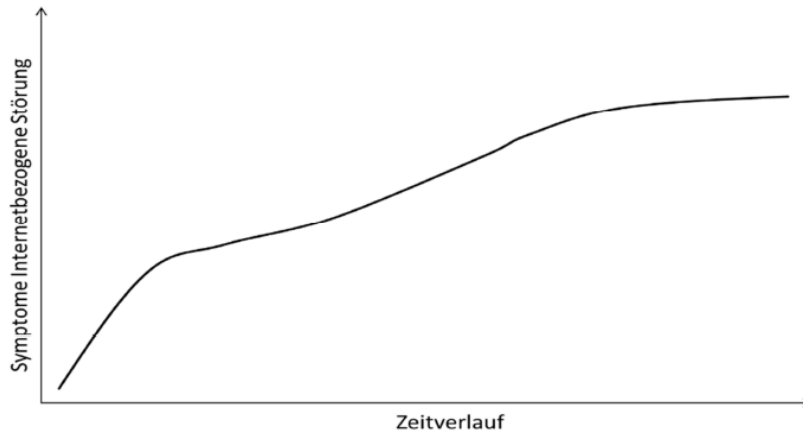
Onset vor etwa _____ Jahren

B2. Falls nennenswerte Abstinenzphasen im Verlauf beobachtbar sind: Auf welche Umstände sind diese Abstinenzphasen u.U. zurückzuführen (bspw. Neue Partnerschaft, erfolgte

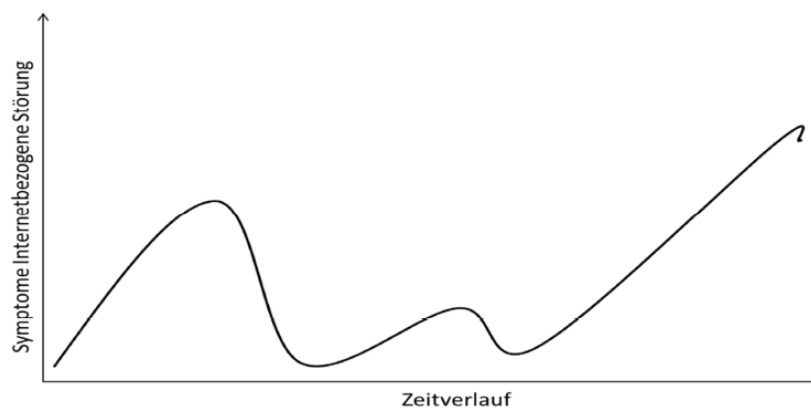
psychotherapeutische / psychiatrische Behandlung, Wohnortwechsel etc.)? Bitte schätzen Sie ggf. mittels offener Anmerkung ein:

B3. Bitte schätzen Sie den Verlauf seit Onset der Internetbezogenen Störung ein.

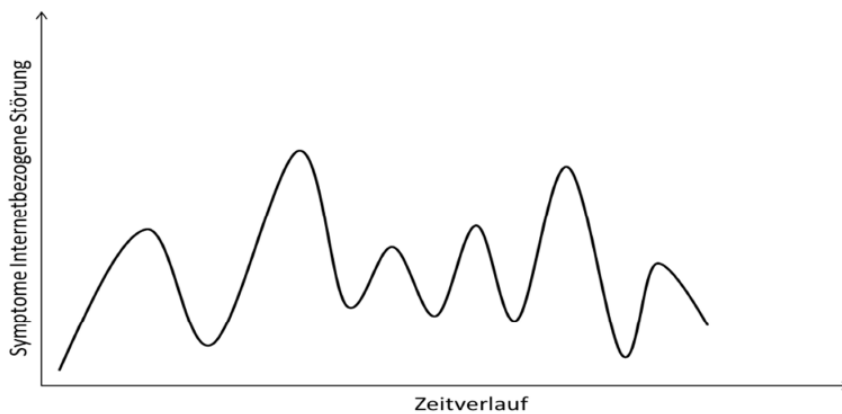
1. Seit Onset fortschreitende Symptomatik mit höchstens kurzzeitigen Abstinenzphasen.



2. Seit Onset länger anhaltende Phasen der Abstinenz und jeweils wiederauftretende Symptome.



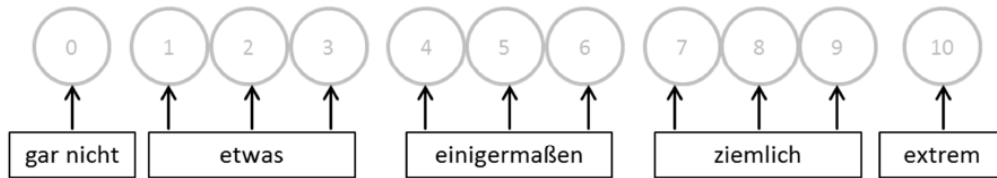
3. Seit Onset eng fluktuierende Symptomatik, gekennzeichnet durch ein Wechselspiel von exzessiven und kontrollierten oder abstinenten Phasen.



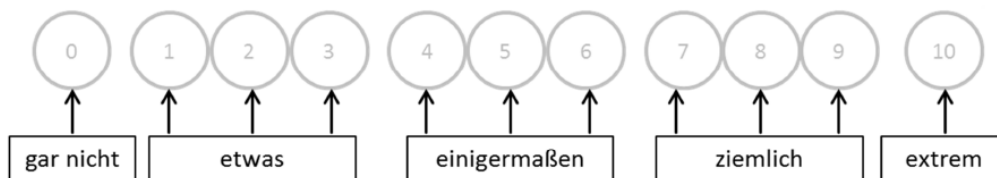
C Grad der Funktionsbeeinträchtigung durch die Internetbezogene Störung

C1. Bitte schätzen Sie auf den folgenden drei Dimensionen den Schweregrad der erlebten Funktionsbeeinträchtigung ein.

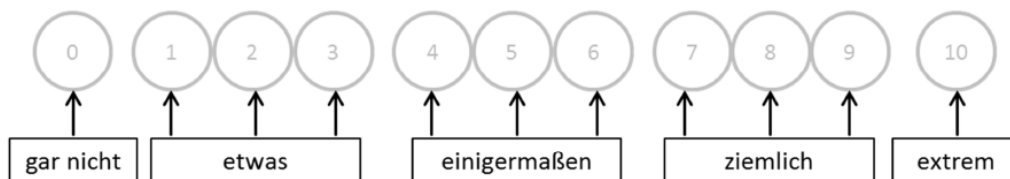
Durch die Internetbezogene Störung erlebt der Patient Einschränkungen in Bezug auf seinen Beruf (Ausbildung, Studium, Schule).



Durch die Internetbezogene Störung erlebt der Patient Einschränkungen in Bezug auf seine sozialen Aktivitäten bzw. der Freizeitgestaltung.



Durch die Internetbezogene Störung erlebt der Patient Einschränkungen in Bezug auf sein Familienleben bzw. häusliche Verpflichtungen.



D Komorbide psychische Erkrankungen

Werden im Rahmen der Diagnostik exploriert.

E Grad der Problemeinsicht und Änderungsmotivation

E1. Bitte schätzen Sie ein, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich der Patient befindet.

1. Der Patient sieht keine / kaum Notwendigkeit zur Verhaltensänderung.
2. Der Patient erwägt eine Verhaltensänderung, ist jedoch sehr ambivalent.
3. Der Patient sieht eine Verhaltensänderung als grundsätzlich notwendig an.
4. Der Patient sieht eine Verhaltensänderung als dringend geboten an.

2. Wochenprotokoll einführen und erklären (*Material: Arbeitsblätter „Tagesstruktur“ und „Wochenprotokoll“*)

Arbeitsblatt Tagesstruktur

- Soll vom Teilnehmenden eigenständig in der ersten Interventionswoche ausgefüllt werden, um dem Beratenden eine Übersicht über die Tagesstruktur und vorhandene bzw. fehlende Routinen zu ermöglichen

OMPRIS
Online-Sucht Hilfe
Meine Tagesstruktur

Instruktion:
Trage bitte in die folgende Tabelle über den Zeitraum von einer Woche Deinen Tagesablauf ein. Versuche dabei wie Tagesplan dazugehören. Berücksichtige auch Deine Routinen wie Schlafen, Essen, Arbeit/Ausbildung etc.

Datum & Uhrzeit	Tag								

Datum und Wochentag eintragen (bspw. Montag, 1.1.20)

Aktivität angeben (bspw. Frühstück, Arbeiten, Schlafen)

Konkrete Uhrzeiten angeben (bspw. 8:00-9:00 Uhr)

Arbeitsblatt Wochenprotokoll

- Wird vom Teilnehmenden als Hausaufgabe über 4 Wochen (also den gesamten Beratungszeitraum) geführt
- Dabei wird individuell geschaut, inwiefern die Bearbeitung des Protokolls möglich und sinnvoll ist, ggf. können Seite 1 oder 2 weggelassen oder modifiziert werden
- Seite 1
 - Der Teilnehmende soll aufmerksam beobachten welche Situationen für ihn kritisch sind bzw. in welchen Situationen ein besonderes Verlangen nach Internetkonsum bzw. Mediennutzung auftritt
 - Dient der spezifischen Analyse von Risikosituationen, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sowie dem Umgang mit kritischen Situationen
 - Die Kategorien „Gedanken“ „Gefühle / körperliche Reaktion“ müssen nicht zwangsläufig ausgefüllt werden. Ggf. liegen diese Aspekte nicht in jeder Situation vor, bspw. bleibt eine körperliche Reaktion möglicherweise aus, wenn der Beratene aus Langeweile nach der Arbeit das Internet nutzt
 - Hinweis für den Beratenden: Nicht jede Nutzungssituation ist eine kritische Situation, die verändert werden muss! Angestrebt wird ein besserer Umgang mit schwierigen Situationen, keine vollständige Medien-/Internet-Abstinenz

Instruktion:

Trage in dieses Wochenprotokoll Situationen ein, die für Dich schwierig gewesen sind und ein Verlangen nach der Nutzung des Internets ausgelöst haben. Versuche dabei zuerst die Situation kurz zu beschreiben, konzentriere Dich dann auf die Gedanken, die Dir durch den Kopf gegangen sind—vielleicht lassen sich diese in einem Satz zusammenfassen. Anschließend schildere Dein Gefühl und Deine körperliche Reaktion. Gib dann auf einer Skala von 0-10 an, wie stark Dein Verlangen nach der Nutzung des Internets war. 0 bedeutet dabei, dass Du gar kein Verlangen hattest das Internet zu nutzen und 10, dass das Verlangen sehr stark ausgeprägt war. Beschreibe zuletzt, wie Deine tatsächliche Reaktion in der Situation ausgesehen hat, welchen Aktivitäten Du nachgegangen bist bzw. ob Du das Internet genutzt hast und falls ja, wie lange.

Situation	Gedanke	Gefühl Körperliche Reaktion	Verlangen (0-10)	Reaktion (Aktivitäten, Spiel-/Nutzungsdauer in min.)

Welche Gedanken gingen dem Teilnehmenden in der Situation durch den Kopf?

Wie stark war das Verlangen (0-10) das Internet zu nutzen?

Welches Gefühl oder welche körperliche Reaktion trat

Wie sah die konkrete Reaktion in der Situation aus? Welche Aktivität wurde ausgeführt? Wenn Medien genutzt wurden, wie lange?

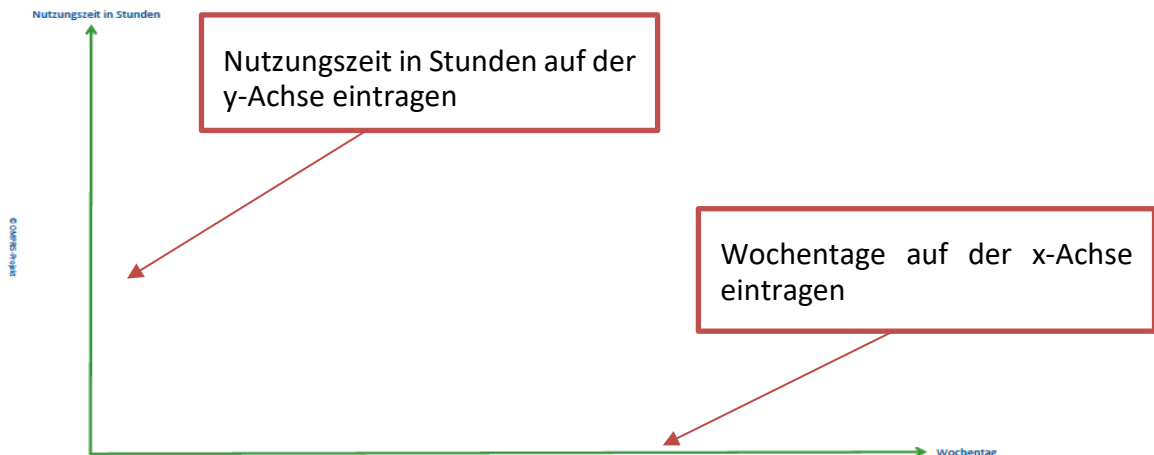
Benennung der konkreten Situation, in der ein Verlangen nach

Seite 2

- Der Teilnehmende soll die Nutzungszeit in Stunden pro Tag angeben, um dem Beratenden einen Überblick zu ermöglichen und dem Teilnehmenden seine persönliche Entwicklung im Laufe der 4-wöchigen Beratung aufzeigen zu können. Daraus kann eine Kurve zur Darstellung der Mediennutzungszeit erstellt werden.

Instruktion:

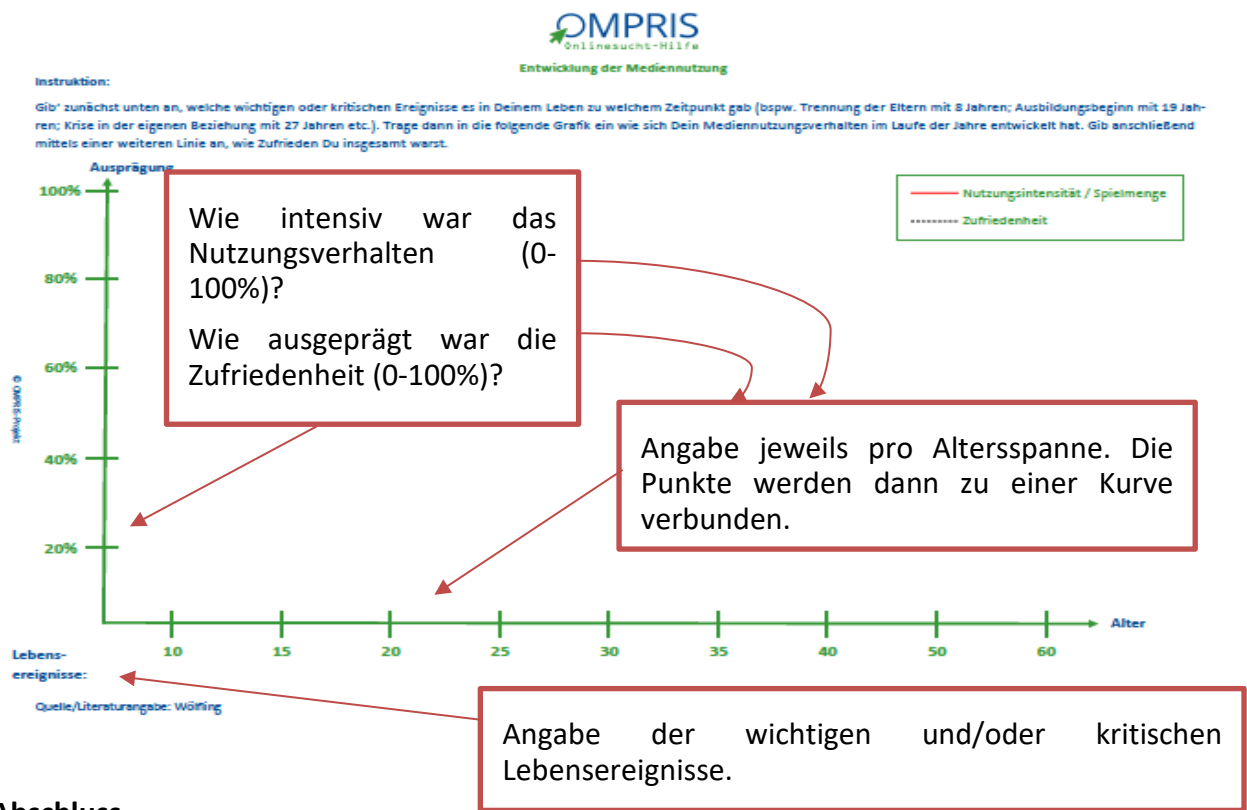
Trage in das Koordinatensystem ein, wie viele Stunden Du das Internet am jeweiligen Tag genutzt hast.



Optional: 3. Analyse der Medienentwicklung in Verbindung mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit und komorbiden psychischen Erkrankungen (*Material: Arbeitsblatt „Medienentwicklung“*)

Arbeitsblatt „Medienentwicklung“

- Wird entweder gemeinsam in der Sitzung erarbeitet und ausgefüllt oder vom Teilnehmenden als Hausaufgabe außerhalb der Sitzung angefertigt
- Zur grafischen Darstellung des Zusammenhangs zwischen Mediennutzung und Lebensfreude
- Leitfragen:
 - Wie haben sich die Mediensucht und die Lebenszufriedenheit entwickelt?
 - Welche (kritischen) Lebensereignisse gab es und welche Auswirkungen hatten diese auf die Mediennutzung?
 - Wofür sind Medien eine Lösung? Wofür nicht?



Abschluss

- Zusammenfassung der heutigen Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
 - Schlüsselfrage: Was könnten nächste Schritt sein? (mit Blick auf Hausaufgaben und/oder erarbeiteten Zielen/Verhaltensänderungen)
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Warum ist es gut für mich weniger online zu sein?

- **Hausaufgabe:** Arbeitsblätter „Tagesstruktur“, „Wochenprotokoll“ und ggf. „Medienentwicklung“
- Ausblick auf die nächste Sitzung und Vereinbarung nächster Termin

2. Sitzung – Zielvereinbarung

Ziel: Orientierung geben, Ziele vereinbaren

→ *Problembereiche (Umwelt, Internet und Person) gemeinsam herausarbeiten und durch (überspitztes) aktives Zuhören, Hypothesen bilden, Info und Rat anbieten und mit dem Widerstand gehen, messbare Ziele erarbeiten.*

Materialien

- Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“

Beginn der Sitzung

- Zusammenfassung der letzten Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen (und kurz, was in letzter Sitzung Thema war)
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Wie hat die Umsetzung der erarbeiteten Verhaltensveränderungen und/oder Ziele geklappt?
- Erfragen akuter/dringlicher Anliegen (siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)
Bsp.: Gibt es etwas Wichtiges, worüber Du sprechen möchtest? Hat Deine Stimmungslage sich in den letzten Tagen stark verändert (Hinweis auf Suizidalität)?
 - Bearbeitung akuter Anliegen oder
 - Angebot strukturiert nach Leitfaden
- Falls keine akuten/dinglichen Anliegen vorliegen, kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Ziele erarbeiten und formulieren

Sitzungsinhalte

1. Vorstellung Ablauf OMPRIS (maximal 5 Minuten):

- Aufbau OMPRIS inhaltlich und Ablauf pro Sitzung vorstellen
→ Beginn und Ende immer gleich, Hinweis, dass Sozialberatung Teil des OMPRIS-Projekts ist und mit Teilnehmer in Beratungssitzung kurzen Termin (30 Minuten) ausmachen und über das Portal für den Teilnehmer buchen.

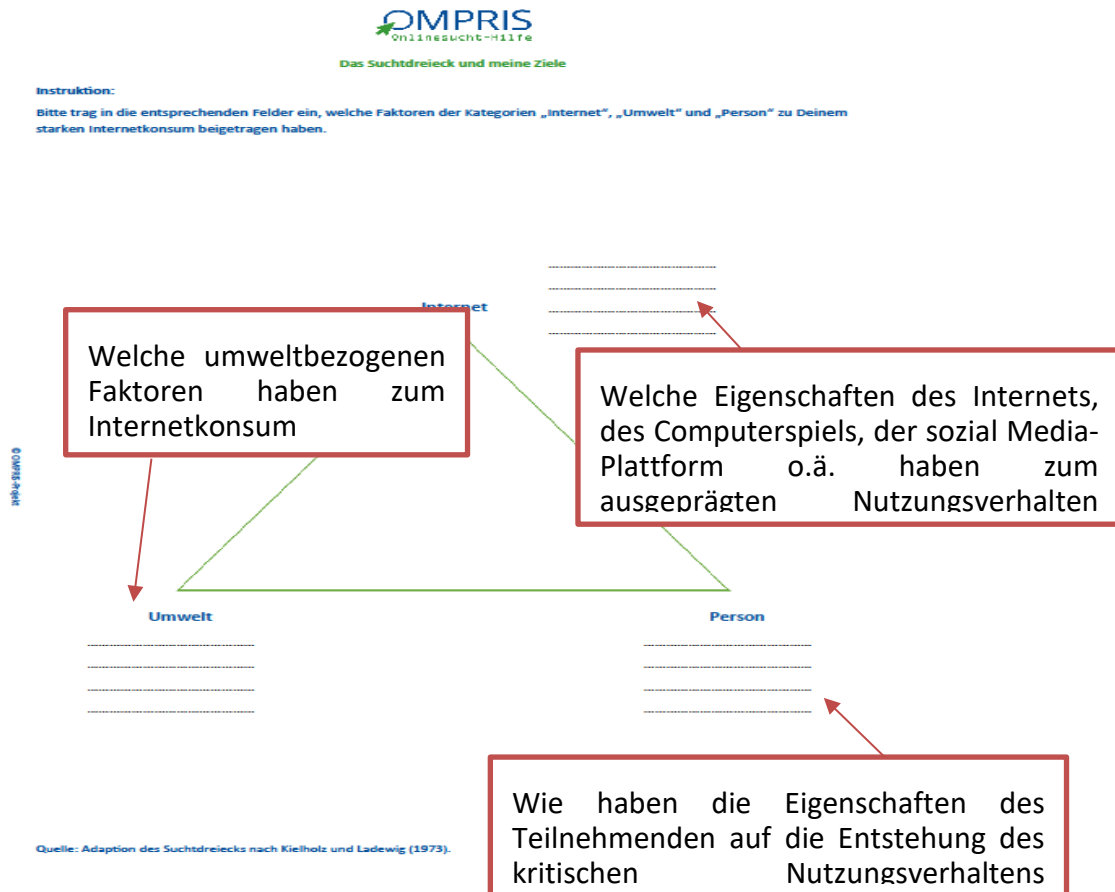
2. Einführung Suchtdreieck und Erarbeitung von drei konkreten Zielen (SMART) (*Material: Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“*)

Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“

- Suchtdreieck:
 - Internet
 - Umwelt

- Person
- Der Beratende erläutert dem Teilnehmenden, dass zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht bzw. des kritischen Nutzungsverhaltens verschiedene Faktoren eine Rolle spielen → multifaktorielles Modell
- Aus jeder der drei Kategorien sollen Einflussfaktoren auf die Mediennutzung exploriert werden, sodass konkrete, auf die Kategorien und Einflussfaktoren bezogene, Ziele erarbeitet werden können

Seite 1



- Nach der Herausarbeitung der unterschiedlichen Faktoren können Ziele (SMART) formuliert werden:
 - spezifisch
 - messbar
 - attraktiv
 - realistisch
 - terminiert
- Die Ziele werden positiv als Annäherungsziel formuliert: „Ich nehme mir Zeit für...“ anstatt „Ich will weniger Stress“ (Vermeidungsziel)

- Die Ziele sollen vom Teilnehmenden (mit Unterstützung des Beratenden) formuliert werden
- Es soll jeweils ein Ziel aus jedem Bereich des Suchtdreiecks formuliert werden:
 - Internet → Nutzungsziel
Beispiel: Ich möchte in den nächsten vier Wochen nach der Arbeit nur noch zwei Stunden pro Tag Onlinespiele spielen, damit ich mir mehr Zeit für soziale Kontakte nehmen kann.
 - Umwelt → Soziales Ziel
Beispiel: Ich möchte mich in den nächsten vier Wochen mindestens einmal pro Woche mit Freunden treffen, damit ich meine sozialen Kontakte wieder intensiviere.
 - Person → Ich-Ziel
Beispiel: Ich möchte mich bis zum Ende des Semesters um eine Note in Modul 1 verbessern, damit ich im kommenden Semester weniger Schwierigkeiten bei dem Aufbaumodul habe.
- Die Ziele werden schriftlich auf Seite 2 des ABs festgehalten

Seite 2



Das Suchtdreieck und meine Ziele

Instruktion:

Bitte formuliere jetzt für jede der drei Kategorien „Internet“, „Umwelt“ und „Person“ ein Ziel, das Du mithilfe der OMPRIS Beratung erreichen willst. Orientier' Dich bei der Formulierung Deiner Ziele an dem SMART Prinzip.

Achte bei der Formulierung Deiner Ziele darauf, dass Sie..

SPEZIFISCH

MESSBAR

ATTRAKTIV

REALISTISCH

TERMINIERT

.....sind.

Beispiel: Ich möchte mich bis zum Ende des Semesters (T) um eine Note (M) in Modul 1 (S) verbessern, damit ich im kommenden Semester weniger Schwierigkeiten bei dem Aufbaumodul habe (A) (R).

Meine Ziele:

1.
2.
3.

Drei als Annäherungsziel formulierte Ziele nach der SMART-Methode eintragen. Pro Kategorie des Suchtdreiecks (Internet – Person – Umwelt) ein Ziel erarbeiten.

Abschluss

- Zusammenfassung der heutigen Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
 - Schlüsselfrage: Was könnten nächste Schritt sein? (mit Blick auf Hausaufgaben und/oder erarbeiteten Zielen/Verhaltensänderungen)
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Warum ist es gut für mich weniger online zu sein?
- **Hausaufgabe:** Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ weiterhin ausfüllen und erste kleine Veränderungen hinsichtlich der Mediennutzung vereinbaren (bspw. medienfreie Zeiten einführen, Routinen für typische Problemsituationen durchbrechen etc.)
- Ausblick auf die nächste Sitzung und Vereinbarung nächster Termin

3. Sitzung – Psychoedukation und Wochenprotokoll

Ziel: Psychoedukation, Auswertung Wochenprotokoll und Tagesstruktur, Durchbrechung von Routinen

→ Kurzer Wissensinput von Seiten des Beratenden und konkrete Beschäftigung mit der Internetnutzung des Betroffenen (ABs Wochenprotokoll und Tagesstruktur). Erarbeitung erster kleiner Veränderungen durch Brainstorming, Info und Rat anbieten und Ambivalenzen hervorheben.

Materialien

- Arbeitsblatt „Hilfreiche Strategien“

Beginn der Sitzung

- Zusammenfassung der letzten Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen (und kurz, was in letzter Sitzung Thema war)
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Wie hat die Umsetzung der erarbeiteten Verhaltensveränderungen und/oder Ziele geklappt?
- Erfragen akuter/dringlicher Anliegen (siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)
Bsp.: Gibt es etwas Wichtiges, worüber Du sprechen möchtest? Hat Deine Stimmungslage sich in den letzten Tagen stark verändert (Hinweis auf Suizidalität)?
 - Bearbeitung akuter Anliegen oder
 - Angebot strukturiert nach Leitfaden
- Falls keine akuten/dinglichen Anliegen vorliegen, kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Besprechung des Wochenprotokolls, hilfreiche Strategien zur Verhaltensänderung und Psychoedukation

Sitzungsinhalte

1. Auswertung des Wochenprotokolls und Durchbrechung von Routinen (*Material: Arbeitsblätter „Wochenprotokoll“ und „Tagesstruktur“*)

- Welche Situationen führten zu (starkem) Internetkonsum?
- Welche Gefühle waren für den Teilnehmenden nicht anders zu bewältigen?
- Wie sieht der Alltag des Teilnehmenden aus? Welche Strukturen sind möglicherweise problematisch? Welche Routinen fehlen?
- Kleine Veränderungen würdigen (in welchen Situationen konnten schon alternative Handlungen ausgeführt werden?) bzw. weiterhin versuchen das aktuell bereits veränderte zu festigen

2. Hilfreiche Strategien- bzw. Ressourcen-Brainstorming (*Material: Arbeitsblatt „Hilfreiche Strategien“*)

Arbeitsblatt „Hilfreiche Strategien“

- Auf dem Arbeitsblatt soll begleitend zur gesamten Beratung eine Sammlung von gesunden Alternativstrategien bzw. Handlungsalternativen und persönlichen Stärken und/oder strukturschaffenden Elementen erarbeitet werden → Ressourcensammlung
- Hinweis: Soziales Umfeld einbeziehen!
- Das Arbeitsblatt soll gemeinsam mit dem Teilnehmenden in Form eines Brainstormings erarbeitet werden und kann im Laufe der weiteren Sitzungen immer wieder ergänzt werden
- Leitfragen:
 - Wie ist es bisher gelungen kleine Veränderungen an der Internetnutzung vorzunehmen? Was hat dabei geholfen?
 - Wer hat Dich bei der Veränderung unterstützt? Wer könnte Dich in Zukunft unterstützen?

Instruktion:

Was hilft Dir auf dem Weg zu einer gesunden Internet- bzw. Mediennutzung?

Handwritten notes on lined paper. A red arrow points from a text box to the lines. The text box contains the following text:

Brainstorming über mögliche Ressourcen des Teilnehmenden, die bei Veränderungen der Mediennutzung hilfreich waren bzw. hilfreich werden können.
Ebendiese können hier eingetragen und im Laufe der weiteren Sitzungen ergänzt

3. Psychoedukation (maximal 20 Minuten)

- Beratender wählt individuell (auf Basis der ABs „Tagesstruktur“ und „Wochenprotokoll“ für den Teilnehmenden relevante Themen aus den folgenden Bereichen:
 - Individuelles Suchtdreieck (Ursachensuche)
 - Nachbesprechung und Ergänzung des bereits angefertigten Suchtdreiecks
 - Konkretisierung der Ursachen, die die kritische Nutzung verursacht und aufrechterhalten haben
 - Suchtverschiebung
 - Was ist Suchtverschiebung? In welchen Bereichen kann die Suchtverschiebung auftreten?
 - Wie sieht das ganz individuell bei dem Teilnehmenden aus? Welche Risiken bestehen?
 - Individuelle Suchtsymptome

- Welche Suchtsymptome gibt es generell bei internetbezogenen Störungen bzw. kritischer Nutzung?
 - Woran hat der Teilnehmende gemerkt, dass sein Nutzungsverhalten nicht mehr „gesund“ bzw. kontrolliert ist? Welche Lebensbereiche sind betroffen?
- Kompensation vs. Gratifikation
 - Was sind Bedürfnisse? Was bedeutet es Bedürfnisse zu befriedigen bzw. eine kompensatorische Befriedigung herbeizuführen?
 - Welche Bedürfnisbefriedigung kompensiert der Teilnehmende durch den Internetkonsum?
- Abstinenz vs. Kontrollierte Nutzung
 - Was bedeutet Abstinenz, was bedeutet kontrollierte Nutzung?
 - Wie könnte eine kontrollierte Nutzung individuell bei dem Teilnehmenden aussehen?
- Mediensuchtentwicklung (*Material: Arbeitsblatt „Mediensuchtentwicklung“*)
 - Nachbesprechung des als Hausaufgabe in Sitzung 1 angefertigten Arbeitsblattes „Mediensuchtentwicklung“
 - Leitfragen siehe Hinweise zum Arbeitsblatt in Sitzung 1
- Dabei immer die aktive Selbsteinordnung des Teilnehmenden im Dialog fördern

Abschluss

- Zusammenfassung der heutigen Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
 - Schlüsselfrage: Was könnten nächste Schritt sein? (mit Blick auf Hausaufgaben und/oder erarbeiteten Zielen/Verhaltensänderungen)
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Warum ist es gut für mich weniger online zu sein?
- **Hausaufgabe:** Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ weiterhin ausfüllen
- Ausblick auf die nächste Sitzung und Vereinbarung nächster Termin

4. Sitzung – Veränderungsmotivation steigern

Ziel: Ambivalenzen bewusstmachen, Förderung der Veränderungsmotivation

→ *Change Talk entlocken durch Erkunden der aktuellen Situation und Öffnen des Blickwinkels auf Zukunftsperspektiven (siehe „Change Talk entlocken“)*

Materialien

- Arbeitsblatt „4-Felder-Tafel“
- Arbeitsblatt „Ressourcen“

Beginn der Sitzung

- Zusammenfassung der letzten Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen (und kurz, was in letzter Sitzung Thema war)
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Wie hat die Umsetzung der erarbeiteten Verhaltensveränderungen und/oder Ziele geklappt?
- Erfragen akuter/dringlicher Anliegen (siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)
Bsp.: Gibt es etwas Wichtiges, worüber Du sprechen möchtest? Hat Deine Stimmungslage sich in den letzten Tagen stark verändert (Hinweis auf Suizidalität)?
 - Bearbeitung akuter Anliegen oder
 - Angebot strukturiert nach Leitfaden
- Falls keine akuten/dinglichen Anliegen vorliegen, kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Veränderungsmotivation und Ressourcen

Sitzungsinhalte

1. Motivationsklärung (Material: Arbeitsblatt „4-Felder-Tafel“)

Arbeitsblatt „4-Felder-Tafel“

- Gemeinsam mit dem Teilnehmenden sollen in der Sitzung Vor- und Nachteile der Reduktion des Internetkonsums bzw. der Fortsetzung des bisherigen Internetkonsums erarbeitet und in die entsprechende Tabelle (Seite 1) eingetragen werden
- Fokus auf Motivation und Veränderungsambivalenz
- Schwierigkeiten der Veränderung des Nutzungsverhaltens empathisch validieren, kurz- und vor allem langfristige Vorteile der Änderung des Nutzungsverhaltens verstärken
- Vorgehensweise:
 - 1. Vorteile der Fortsetzung des Internetkonsums
 - 2. Nachteile der Reduktion des Internetkonsums
 - 3. Nachteile der Fortsetzung des Internetkonsums
 - 4. Vorteile der Reduktion des Internetkonsums
- Auf Seite 2 werden dann konkrete Gründe bzw. der persönliche Nutzen für eine langfristige Veränderung des Internetkonsums festgehalten:
 - Ich reduziere meinen Internetkonsum, weil...

- Ich reduziere meinen Internetkonsum, damit...
- Hinweis: Der Betroffene kann sich dieses Blatt aufhängen, um jeden Tag an die Gründe erinnert zu werden und somit schwierige Situationen besser zu meistern

Seite 1



Instruktion:

Trage in die entsprechenden Felder ein, welche Vor- und Nachteile daraus resultieren Deinen Internetkonsum zu reduzieren oder so beizubehalten wie bisher.

	Reduktion meines Internetkonsums	Fortsetzung meines Internetkonsums
Vorteile	<p>4.</p> <p>Welche Vorteile hat die Reduktion des Internetkonsums?</p> <p>Was würde sich positiv in Deinem Leben verändern (soz. Beziehungen, Beruf/Ausbildung etc.)?</p> <p>Welche Ziele wären leichter zu erreichen?</p>	<p>1.</p> <p>Welche Vorteile hätte es das bisherige Nutzungsverhalten nicht zu verändern?</p> <p>Inwiefern profitierst Du vom Internetkonsum? Welche positiven Effekte gibt es dadurch?</p> <p>Wozu brauchtest Du bislang das aktuelle Nutzungsverhalten?</p>
Nachteile	<p>2.</p> <p>Welche Nachteile hat die Reduktion des Internetkonsums?</p> <p>Was würde sich negativ verändern?</p> <p>Welche Schwierigkeiten erwartest Du, wenn Du versuchst Deinen Internetkonsum zu reduzieren?</p> <p>Mit welchen Einschränkungen müsstest Du leben?</p> <p>In welchen weiteren Lebensbereichen gäbe es negative bzw. unangenehme Veränderungen?</p>	<p>3.</p> <p>Welche Nachteile hätte es den Internetkonsum unverändert fortzusetzen?</p> <p>Woran hast Du gemerkt, dass das Nutzungsverhalten problematisch ist? Welche Schwierigkeiten sind dadurch entstanden?</p> <p>Welche Ziele könntest Du dann nicht oder nur erschwert erreichen?</p> <p>Welche langfristigen Folgen würden sich ergeben?</p> <p>Welche Lebensbereiche würden sich</p>

OMPRIS
Onlinesucht-Hilfe
4-Felder-Tafel

Instruktion:
Konzentriere Dich nun auf die Gründe, die Dir dabei helfen können Deinen Internetkonsum langfristig zu reduzieren. Warum ist es für Dich wichtig Dein Nutzungsverhalten zu verändern? Trage die wichtigsten Gründe ein.

Ich reduziere meinen Internetkonsum, weil...

Ich reduziere meinen Internetkonsum, damit...

Ich reduziere meinen Internetkonsum, weil...

Ich reduziere meinen Internetkonsum, damit...

GEMISCHT

Formulierung des persönlichen Nutzens bzw. der langfristigen Vorteile, die sich aus einer Veränderung des Nutzungsverhaltens ergeben.

Hinweis: Die Teilnehmenden können sich ihre persönlichen Gründe gut sichtbar in der Wohnung aufhängen, um immer wieder an die Gründe erinnert zu werden.

Es kann hilfreich sein sich diese Gründe jeden Tag vor Augen zu führen, um auch in schwierigen Situationen nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen. Gerne kannst Du Dir Deine persönlichen Gründe für die Veränderung Deines Internetkonsums gut sichtbar in Deiner Wohnung aufhängen.

Abschluss

- Zusammenfassung der heutigen Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
 - Schlüsselfrage: Was könnten nächste Schritt sein? (mit Blick auf Hausaufgaben und/oder erarbeiteten Zielen/Verhaltensänderungen)
 - Konkrete Ziele und Schritte bis zur nächsten Sitzung festlegen
 - Ziele aus Sitzung 2 (Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“, Seite 2) immer wieder hervorholen und darauf beziehen
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Warum ist es gut für mich weniger online zu sein?
- **Hausaufgabe:** Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ weiterhin ausfüllen, Arbeitsblatt „Ressourcen“
- Ausblick auf die nächste Sitzung und Vereinbarung nächster Termin

Arbeitsblatt „Ressourcen“

- Der Teilnehmende soll als Hausaufgabe die folgenden Fragen beantworten:
 - Welche Eigenschaften oder Charakterzüge schätzt Du an Dir?

- Was schätzen andere Menschen an Dir? (Hinweis: Gerne kannst Du diese Frage auch Personen aus Deinem nahen Umfeld stellen)
- Welche Aktivitäten außerhalb des Internets machen Dir Spaß?
- Das Arbeitsblatt wird in der folgenden Sitzung besprochen und gemeinsam ergänzt

OMPRIS
Onlinesucht-Hilfe
Ressourcen

Instruktion:
Versuche die folgenden Fragen über Dich zu beantworten.

Welche Eigenschaften oder Charakterzüge schätzt Du an Dir?

Was schätzen andere Menschen an Dir? (Hinweis: Gerne kannst Du diese Frage auch Personen aus Deinem nahen Umfeld stellen)

Welche Aktivitäten außerhalb des Internets machen Dir Spaß?

© 2014 Sigmund

Die Fragen dienen der Exploration der persönlichen Ressourcen des Teilnehmenden.

Hier dürfen Personen aus dem Umfeld des Teilnehmenden befragt werden - bestenfalls jedoch Personen, die nicht mit dem Nutzungsverhalten in Verbindung stehen (z.B. nicht die „Gamer-Kollegen“), um Ressourcen außerhalb des Nutzungsbereichs zu explorieren.

Der untere Teil des Arbeitsblattes dient als freies Textfeld zur Ergänzung weiterer Ressourcen, die in den nächsten Sitzungen gemeinsam mit dem Berater herausgearbeitet und intensiviert werden

5. Sitzung – Empowerment, Ressourcen, Handlungsalternativen & Prokrastination

Ziel: Ressourcensteigerung, -entwicklung, Alternative Handlungsoptionen, Lösungen finden – wie passt da eine gesunde Mediennutzung rein?

→ *Was macht dem Betroffenen Spaß, was zeichnet ihn aus und was hält ihn auf? Ressourcen bewusst machen durch Brainstorming, Hypothesenbildung und Wunderfragen.*

Materialien

- Arbeitsblatt „Ressourcen“
- Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“

Beginn der Sitzung

- Zusammenfassung der letzten Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen (und kurz, was in letzter Sitzung Thema war)
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Wie hat die Umsetzung der erarbeiteten Verhaltensveränderungen und/oder Ziele geklappt?
- Erfragen akuter/dringlicher Anliegen (siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)
Bsp.: Gibt es etwas Wichtiges, worüber Du sprechen möchtest? Hat Deine Stimmungslage sich in den letzten Tagen stark verändert (Hinweis auf Suizidalität)?
 - Bearbeitung akuter Anliegen oder
 - Angebot strukturiert nach Leitfaden
- Falls keine akuten/dinglichen Anliegen vorliegen, kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Ressourcen und Prokrastination

Sitzungsinhalte

Anmerkung: Eher freie Sitzung mit dem Fokus auf Veränderung

1. Alternative Aktivitäten explorieren bzw. stärken (*Material:* „Wochenprotokoll“)

- Ressourcenintensivierung: Hast Du alternative Handlungsstrategien zur Mediennutzung gefunden? Wie hat es geklappt diese umzusetzen? Welche Strategien waren in welchen konkreten Situationen besonders effektiv? Erkenntnisse können auf dem Arbeitsblatt „Ressourcen“ festgehalten werden
- Gemeinsam nach weiteren Ideen suchen. Ziele aus der 2. Sitzung (Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“, Seite 2) anschauen und überlegen, wie man diese Ziele erreichen kann
- Fokus: ins Handeln kommen!

2. Ressourcenaktivierung und -intensivierung (*Material: Arbeitsblatt „Ressourcen“*)

- Nachbesprechung des Arbeitsblattes „Ressourcen“, das der Teilnehmende als Hausaufgabe zur heutigen Sitzung ausfüllen sollte
- Das Arbeitsblatt sollte auch im Laufe der weiteren Sitzungen immer wieder ergänzt werden, um dem Teilnehmenden eine möglichst umfangreiche Ressourcensammlung anbieten zu können und Stärken deutlich zu machen
- Gemeinsames Brainstorming bezüglich weiterer Ressourcen
- Ressourcen skalieren und kreativ fragen

Beispiele:

- Wie sehr nutzt Du diese Ressource gerade (Skala 0-10)? Was müsste passieren, damit Du bei X bist? Stell' Dir mal vor, Du wärst bei X. Wie würde das aussehen? Was wäre dann anders?
- Wann beschäftigst Du dich NICHT mit dem Problem (Nicht-Problem-Phase). Was ist da anders?
- Welche Ressourcen haben in früheren schwierigen Situationen geholfen? Wie hast Du schwierige Situationen früher gemeistert?
- Wie bewältigen Deine Vorbilder schwierige Situationen? Was könntest Du Dir von ihnen abschauen?

3. Prokrastination (*Material: Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“*)

- Zunächst psychoedukativ im Dialog mit dem Teilnehmenden:
 - Was ist Prokrastination?
 - Prokrastination vs. Faulheit?
 - Prokrastination vs. Unlust
 - Welche Strukturen helfen gegen Unlust?
 - Wie sieht die eigene Erwartungshaltung aus und wie trägt diese zur Prokrastination bei?
- Was gibt es für Situationen, in denen Du prokrastinierst?
Die Situationen sollen genau betrachtet werden, um Möglichkeiten des besseren Umgangs zu finden → Lösungshilfen
- Hinweis: Falls das Thema Prokrastination für den Teilnehmenden keine Relevanz haben sollte, können dieser Teil sowie das Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“ durch optionale Sitzungsinhalte ersetzt werden

Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“

- Soll gemeinsam mit dem Teilnehmenden in der Sitzung ausgefüllt werden
- Auf Basis der typischen Prokrastinationssituationen, die im Vorherigen mit dem Teilnehmenden herausgearbeitet wurden
- Den Teilnehmenden ggf. durch Imaginationstechniken in die Situation versetzen

- Dient zunächst der Exploration typischer Gedanken und Überzeugungen, die den Teilnehmenden davon abhalten mit Aufgaben zu beginnen
- Anschließend werden diese Gedanken und/oder Überzeugungen einer Realitätsprüfung unterzogen und alternative Überzeugungen entwickelt

OMPRIS
Onlinesucht-Hilfe

Warum so

Instruktion:
Bitte formuliere im Folgenden einen typischen Gedanken/einen Gedanken/eine Überzeugung. Beantworte anschließend die folgende Aufgabe zu beginnen. Beantworte anschließend die folgende alternative Überzeugung.

Gedanke/Überzeugung:

Hier soll der Teilnehmende Gedanken bzw. Überzeugungen so konkret wie möglich formulieren.
Bspw. „Ich schaffe es sowieso nicht eine erfolgreiche Hausarbeit zu schreiben, daher lohnt es sich erst gar nicht damit zu beginnen“

1. Was spricht dafür, dass der Gedanke wahr und die Überzeugung richtig ist?
2. Was spricht dagegen, dass der Gedanke wahr und die Überzeugung richtig ist?
3. Ist dieser Gedanke die einzig mögliche Interpretation der Situation?

Die Fragen 1 bis 3 entsprechen einer Realitätsprüfung des Gedankens bzw. der Überzeugung des Teilnehmenden. Hier sollen Beweise bzw. Gegenbeweise gesucht werden.

4. Hilft dieser Gedanke mir dabei, mich gut zu fühlen und mich zu motivieren?
5. Hilft dieser Gedanke mir dabei, mich zu motivieren?

Die Fragen 4 und 5 prüfen den Gedanken bzw. die Überzeugung auf die Nützlichkeit, um anschließend einen funktionaleren Gedanken formulieren zu können.

Gibt es einen alternativen Gedanken, der vernünftiger und hilfreicher ist? Notiere diesen:

Mein vernünftiger und hilfreicher Gedanke:

Gemeinsame Überlegung, welcher Gedanke bzw. welche Überzeugung für den Teilnehmenden hilfreicher sein könnte oder unter Umständen auch eher der Realität entspricht.
Der alternative Gedanke soll so konkret wie möglich formuliert werden.

Quelle: Adaption nach Höcker, Engberding und Rist (2017).

Abschluss

- Zusammenfassung der heutigen Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest

- Schlüsselfrage: Was könnten nächste Schritt sein? (mit Blick auf Hausaufgaben und/oder erarbeiteten Zielen/Verhaltensänderungen)
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Warum ist es gut für mich weniger online zu sein?
- Ressourcenaktivierung und Lösungen finden – Wie klappt das und was kann noch verbessert werden?
- **Hausaufgabe:** Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ weiterhin ausfüllen
- Ausblick auf die nächste Sitzung und Vereinbarung nächster Termin

6. Sitzung – Lebenswerte

Ziel: Zukunftsperspektive schaffen – wo will ich hin?

→ *Wo möchte der Betroffene hin? Welches Bild hat er von seiner Zukunft? Wie könnte eine konkrete Zukunftsvision aussehen? Kreativ durch offene Fragen, Wunderfragen und angeleitet durch ACT-Lebenswerte neue wertorientierte Perspektiven schaffen*

Materialien

- Arbeitsblatt „Kompass der Lebenswege und –werte“

Beginn der Sitzung

- Zusammenfassung der letzten Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen (und kurz, was in letzter Sitzung Thema war)
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Wie hat die Umsetzung der erarbeiteten Verhaltensveränderungen und/oder Ziele geklappt?
- Erfragen akuter/dringlicher Anliegen (siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)
Bsp.: Gibt es etwas Wichtiges, worüber Du sprechen möchtest? Hat Deine Stimmungslage sich in den letzten Tagen stark verändert (Hinweis auf Suizidalität)?
 - Bearbeitung akuter Anliegen oder
 - Angebot strukturiert nach Leitfaden
- Falls keine akuten/dinglichen Anliegen vorliegen, kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Lebenswerte

Sitzungsinhalte

1. Erarbeitung einer wertorientierten Lebensperspektive (*Material: Arbeitsblatt „Kompass der Lebenswege und –werte“*) – ACT-Ansatz

- Leitfragen:
 - Was sind meine Lebenswerte im Lebenskompass?

- Wie kann ich diese Werte leben bzw. in den verschiedenen Lebensbereichen umsetzen?
- Was sind Barrieren und Hindernisse auf dem Weg dahin?
- Wie kann ich diese Barrieren abbauen?
- Gemeinsames Brainstorming

Arbeitsblatt „Kompass der Lebenswege und –werte“

- An den Leitfragen orientiert sollen Werte des Teilnehmenden auf den verschiedenen Lebenswegen exploriert und schriftlich festgehalten werden, um daraus Zukunftsperspektiven ableiten zu können
- Das Verhalten des Teilnehmenden in der Vergangenheit spielt an dieser Stelle keine Rolle, im Fokus sollen seine Wünsche und Vorstellungen für die Zukunft stehen
- Hinweis: Werte ≠ Ziele. Ein Ziel kann messbar erreicht werden (bspw. eine 1 in Mathe schreiben), ein Wert jedoch in diesem Sinne nicht, da er übergeordnet ist (bspw. im Leben glücklich sein)

Ablauf:

1. Die Wichtigkeit der verschiedenen Lebenswege wird auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (vollkommen zufrieden) eingeschätzt → „W-Kästchen“
2. Die aktuelle Zufriedenheit mit ebendiesem Lebensweg wird auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (vollkommen zufrieden) eingeschätzt → „Z-Kästchen“

Optional: Fokus aus zeitlichen Gründen auf die wichtigsten Lebenswege bzw. wichtige Lebenswege, in denen eine eher geringe Zufriedenheit besteht, richten

1. Formulierung werteorientierter Intentionen bzw. Ziele (jeweils pro Lebensweg):

Leitfragen:

- Wie möchte der Teilnehmende sein Leben in diesem Bereich leben?
 - Wie würde es aussehen, wenn der Teilnehmende sein Leben in diesem Bereich werteorientiert lebt?
 - Welche Wünsche und Vorstellungen hat der Teilnehmende? Wozu dienen diese Wünsche? Warum soll das so sein? → Welche Motive stehen dahinter?
 - Hinweis: Die Werte und Wünsche sollten durch das eigene Verhalten erreichbar sein. Andere Menschen dürfen jedoch gerne dabei helfen.
2. Einschätzen lassen, ob der Teilnehmende auf diesem Lebensweg bereits das tut, was ihm wichtig ist → „H-Kästchen“
 - Wie viele aktive Handlungen unternimmt der Teilnehmende, um seine Werte und Ziele zu erreichen?
 - Skala: 0 (keine Handlungen), 1 (1-2 Handlungen), 2 (3 oder mehr Handlungen)
 - In welchen Bereichen besteht Änderungsbedarf? In welchen Bereichen ist W > H?
 - Wie könnten werteorientierte Handlungen aussehen?

3. Erkennen von inneren und äußeren Barrieren
 - Empathisches Validieren von Schwierigkeiten!
 - Leitfragen:
 - Was hindert den Teilnehmenden daran werteorientiert zu leben?
 - Welche Schwierigkeiten gibt es?
 - Was müsste noch verändert werden?
4. Fazit ziehen: Veränderungsmotivation herstellen, Handlungsalternativen besprechen und nächste Schritte planen

Beispiel: Lebensweg 7: Beruf, Karriere, Arbeit

1. Wichtigkeit: 8
2. Zufriedenheit 4
3. Werteorientiertes Ziel: Gute Leistungen bei der Arbeit erbringen
4. Handlungen: 1
 - eine Handlung wird bereits unternommen: der Teilnehmende erscheint (überwiegend) pünktlich bei der Arbeit und ist somit (halbwegs) zuverlässig (Basis der guten Leistungen bei der Arbeit)
 - Die Wichtigkeit liegt allerdings deutlich über der Zufriedenheit und auch die Handlungen sind noch ausbaufähig!
5. Innere und äußere Barrieren:

Der Teilnehmende schildert Schwierigkeiten sich bei der Arbeit zu konzentrieren, da er häufig an ein noch nicht beendetes Computerspiel denken muss; darunter leiden seine Leistungen im Job. Des Weiteren zockt er meist bis spät in die Nacht, daher fällt das frühe Aufstehen am Morgen schwer und der Teilnehmende erscheint nicht immer, sondern nur überwiegend pünktlich bei der Arbeit. Außerdem ist er dadurch meist müde und somit unkonzentriert
6. Fazit:

Anhand einer festen Tagesstruktur mit eingeplanten Zeiten zur Nutzung des Computers lässt sich der Schlafrhythmus des Teilnehmenden verbessern, sodass er morgens weniger müde und somit auf der Arbeit konzentrierter ist. Zusätzlich plant der Teilnehmende als weitere Handlung die ArbeitskollegInnen mehr zu unterstützen, um somit zuverlässiger zu erscheinen und vielleicht langfristig verantwortungsvollere Aufgaben im Unternehmen übernehmen zu dürfen und in denen die eigene Leistung herausstellen zu können

Instruktion: Lebenswerte finden—Eine Anleitung: 1. „Wie soll es sein, wenn es nach meinen Wünschen geht?“ Der Wunsch soll durch das eigene Verhalten erreichbar sein, andere Menschen dürfen gerne helfen. 2. Es geht um DEINE Wünsche, egal, wie Du bisher gehandelt und gelebt hast. 3. Es können auch mehrere Lebenswerte auf einem Lebensweg liegen. 4. Werte-Check? „Wozu dient das?“ / „Warum soll das so sein“ solange weiterfragen, bis DU an das Motiv, also den Lebenswert, kommst („Es ist einfach so!“).

W = Wichtigkeit 0-10, Z = Zufriedenheit 0-10, Handlung 0=keine 1=1 oder 2 Handlungen 2= 3 oder mehr Handlungen; Barrieren = innere und äußere Barrieren



Abschluss

- Zusammenfassung der heutigen Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
 - Schlüsselfrage: Was könnten nächste Schritt sein? (mit Blick auf Hausaufgaben und/oder erarbeiteten Zielen/Verhaltensänderungen)
 - Konkrete Ziele festhalten
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Warum ist es gut für mich weniger online zu sein?
- **Hausaufgabe:** Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ weiterhin ausfüllen
- Ausblick auf die nächste Sitzung und Vereinbarung nächster Termin

7. Sitzung – Mein Leben mit einer gesunden Mediennutzung

Ziel: Strategien erarbeiten, um aktuelle Verhaltensweisen beizubehalten und nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen

Optional: Empfehlung für weitere Behandlung

→ *Schwierige Situationen durch offene Fragen und aktives Zuhören herausfiltern und gemeinsam brainstormen, Hypothesen generieren und überlegen, welche Strategien bei der Bewältigung und/oder Prävention helfen können. Erfolgreiche Strategien und Handlungsalternativen hervorheben*

Materialien

- Arbeitsblatt „Notfallkarte“

Beginn der Sitzung

- Zusammenfassung der letzten Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen (und kurz, was in letzter Sitzung Thema war)
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Wie hat die Umsetzung der erarbeiteten Verhaltensveränderungen und/oder Ziele geklappt?
- Erfragen akuter/dringlicher Anliegen (siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)
Bsp.: Gibt es etwas Wichtiges, worüber Du sprechen möchtest? Hat Deine Stimmungslage sich in den letzten Tagen stark verändert (Hinweis auf Suizidalität)?
 - Bearbeitung akuter Anliegen oder
 - Angebot strukturiert nach Leitfaden
- Falls keine akuten/dinglichen Anliegen vorliegen, kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Das Leben mit einer gesunden Mediennutzung
- Kurzer Blick auf das Wochenprotokoll

Sitzungsinhalte

1. Weiter am Ball bleiben und das Erreichte halten (Material: Arbeitsblatt „Notfallkarte“)

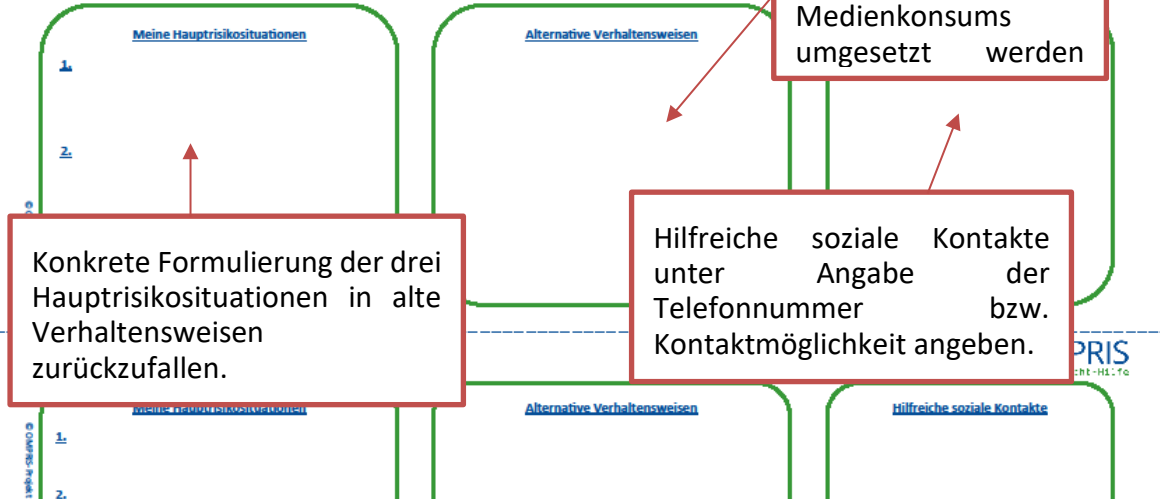
- Schwierige Situationen, Auslöser und Frühwarnzeichen identifizieren (ggf. mit Hilfe der Wochenprotokolle)
- Leitfragen:
 - Was hat besonders gut geholfen (in der Beratung)?
 - Welche schwierigen Situationen gab es? Was waren Auslöser? Welche Frühwarnzeichen gibt es?
 - Was kann ich tun, damit ich gar nicht erst in solche Situationen gerate?
 - Welche Handlungsalternativen waren in schwierigen Situationen hilfreich?
 - Welche Personen haben mich unterstützt?

Arbeitsblatt „Notfallkarte“

- Wird gemeinsam mit dem Teilnehmenden in der Sitzung auf Basis der Leitfragen erarbeitet
- Zur Erfassung der drei Hauptrisikosituationen des Teilnehmenden sowie hilfreichen Handlungsalternativen und unterstützenden sozialen Kontakten
 - Die Hauptrisikosituationen können ggf. mit Hilfe der Wochenprotokolle erarbeitet werden
 - Leitfrage: In welchen Situationen war es besonders schwierig alternative Verhaltensweisen auszuführen bzw. in welchen Situationen hat es vielleicht sogar gar nicht geklappt?
 - Die Handlungsalternativen und hilfreiche soziale Kontakte können ggf. ebenfalls mit Hilfe des Wochenprotokolls sowie der Arbeitsblätter „Hilfreiche Strategien“ und „Ressourcen“ herausgearbeitet werden
 - Die alternativen Verhaltensweisen sollen dabei so konkret wie möglich formuliert werden
 - Die sozialen Kontakte werden bestenfalls mit Telefonnummer bzw. Kontaktmöglichkeit vermerkt
- Die Notfallkarte soll dem Teilnehmenden als schnelles Hilfsmittel in kritischen Situationen dienen, um für den „Notfall“ vorbereitet zu sein. Der untere Teil kann daher abgetrennt werden, damit der Teilnehmende ihn eigenständig ausfüllen und bspw. im Portemonnaie immer dabei haben kann

Instruktion:

Versuche Dich an die Situationen zu erinnern, in denen Du ein großes Verlangen danach hattest das Internet zu nutzen. Erinnerung bzw. Personen, die Dich in den schwierigen Situationen unterstützen können. Fasse Deine drei Hauptrisikosituationen sowie auf Deiner persönlichen Notfallkarte zusammen. Hinweis: Notiere am besten auch die Telefonnummern Deiner Kontaktpersonen unteren Teil kannst Du abschneiden, um ihn in Deinem Portemonnaie immer bei Dir zu haben und Dich in schwierigen Situationen



Konkrete Formulierung der drei Hauptrisikosituationen in alte Verhaltensweisen zurückzufallen.

Hilfreiche soziale Kontakte unter Angabe der Telefonnummer bzw. Kontaktmöglichkeit angeben.

Konkrete Benennung verschiedener Verhaltensweisen oder Aktivitäten, die anstelle des Medienkonsums umgesetzt werden

Der untere Bereich kann vom Teilnehmenden eigenständig außerhalb der Sitzung ausgefüllt werden. Die Notfallkarte kann anhand der Markierung ausgeschnitten und somit unterwegs mitgenommen werden (bspw. im Portemonnaie), sodass der Teilnehmende in schwierigen Situationen lediglich auf die Notfallkarte schauen muss, um sich an alternative Verhaltensweisen und hilfreiche soziale Kontakte zu erinnern.

- Vorstellung der Unterstützung durch den Beratenden
- Gemeinsame Besprechung, welche Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort für den Teilnehmenden sinnvoll sind
- Falls eine weitere Unterstützung sinnvoll bzw. gewünscht ist, soll die Kontaktaufnahme möglichst konkret vorbesprochen werden

Abschluss

- Zusammenfassung der heutigen Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
 - Schlüsselfrage: Was könnten nächste Schritt sein? (mit Blick auf Hausaufgaben und/oder erarbeiteten Zielen/Verhaltensänderungen)
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Warum ist es gut für mich weniger online zu sein?
- **Hausaufgabe:** Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ weiterhin ausfüllen
- Ausblick auf die nächste Sitzung und Vereinbarung nächster Termin
 - Hinweis: nächste Sitzung = letzte Sitzung!

- Möglichkeit noch offene Themen zu besprechen bzw. zu vertiefen, hat der/die Teilnehmende diesbezüglich Wünsche?

8. Sitzung – Reflexion des Beratungserfolgs und weiteres Vorgehen planen

Ziel: Veränderung und alles, was geschafft wurde, feiern und würdigen; Abschied nehmen

→ *Wertschätzend und würdigend den Verlauf der Veränderung mit Höhen und Tiefen darstellen. Zukunftsperspektiven aufbauend auf Zielen des Betroffenen skizzieren.*

Materialien

- Arbeitsblatt „Hilfsmittel & Zukunftsperspektive“

Beginn der Sitzung

- Zusammenfassung der letzten Sitzung durch den Beratenden:
 - Beratender beginnt mit Würdigung
 - Beratender fasst in eigenen Worten Argumente für Veränderung zusammen (und kurz, was in letzter Sitzung Thema war)
 - Beratender fragt Betroffenen, ob alles richtig zusammengefasst wurde
 - Beratender hält Änderungsbereitschaft fest
- Hand-Aufs-Herz-Frage (HAH-Frage): Wie hat die Umsetzung der erarbeiteten Verhaltensveränderungen und/oder Ziele geklappt?
- „Feiern“ der Veränderung durch viel Würdigung, Wertschätzung und Aufzeigen der gewonnenen Verhaltensänderungen
- Wiederholung der Inhalte und Veränderung des Verhaltens von Sitzung zu Sitzung aufzeigen
- Erfragen akuter/dringlicher Anliegen (siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)
Bsp.: Gibt es etwas Wichtiges, worüber Du sprechen möchtest? Hat Deine Stimmungslage sich in den letzten Tagen stark verändert (Hinweis auf Suizidalität)?
 - Bearbeitung akuter Anliegen oder
 - Angebot strukturiert nach Leitfaden
- Falls keine akuten/dinglichen Anliegen vorliegen, kurze Zusammenfassung der Inhalte der heutigen Sitzung: Reflexion der Beratung, Zukunftsplanung

Sitzungsinhalte

Anmerkung: Diverse „Fazit-Interventionen“ und „Vademecum-Interventionen“ möglich.


1. Erfolge sichern (Material: Arbeitsblatt „Hilfsmittel & Zukunftsperspektive“, oberer Teil)

- Wo bist Du schon angekommen?
- Wie zufrieden bist Du mit der aktuellen Situation?
- Was ist für die kommende Zeit noch zu beachten?
- Welche Hilfsmittel sind besonders wichtig, um die Veränderungen dauerhaft aufrechtzuerhalten?

- Ggf. die Wochenprotokolle nutzen, um Veränderungen grafisch aufzeigen zu können

Arbeitsblatt „Hilfsmittel & Zukunftsperspektive“ (oberer Teil)

- Wird gemeinsam mit dem Teilnehmenden in der Sitzung erarbeitet, um die wichtigsten Ressourcen und Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung der während der Beratung durchgesetzten Veränderungen zu reflektieren und zu festigen
- Kann auf Basis der Arbeitsblätter „Hilfreiche Strategien“, „Ressourcen“, „Notfallkarte“ sowie weiterer Inhalte der vorherigen Sitzungen und neuer Erkenntnisse ausgefüllt werden
- An dieser Stelle Fokus auf den oberen Teil des Arbeitsblattes, der untere Teil wird zu einem späteren Zeitpunkt der Sitzung bearbeitet


 Hilfsmittel & Zukunftsperspektive

Instruktion:
Trage die wichtigsten Hilfsmittel und Ressourcen zur Aufrechterhaltung Deiner aktuellen Internetnutzung ein.

Meine fünf wichtigsten Hilfsmittel zur Beibehaltung meiner aktuellen Internetnutzung sind...

1.
2.
3.
4.
5.

.....

Instruktion:
Konzentriere Dich nun auf Deine Zukunft und Deine Ziele. Versuche Deine Ziele so konkret wie möglich zu formulieren.

Meine Ziele für die nächsten sechs Monate...

Meine Ziele für das nächste Jahr...

Konkrete Formulierung der fünf wichtigsten Hilfsmittel und Strategien zur Beibehaltung der aktuellen Internetnutzung → Festigung der durch die Beratung angeregte Veränderung

2. Zukunftsperspektive (Material: Arbeitsblatt „Hilfsmittel & Zukunftsperspektive“, unterer Teil)

Arbeitsblatt „Hilfsmittel & Zukunftsperspektive“ (unterer Teil)

- Wird gemeinsam mit dem Teilnehmenden in der Sitzung ausgefüllt, um konkrete Ziele für die nächste Zeit festzuhalten
- Ziele anhand der SMART-Methodik und als Annäherungsziel formulieren
- Hilfreiche Interventionen bzw. Techniken: „Ich als Experte“ Technik, Ratschläge an mich selber, Supervision unter „Therapeuten“

Instruktion:

Konzentriere Dich nun auf Deine Zukunft und Deine Ziele. Versuche Deine Ziele so konkret wie möglich zu formulieren.

© 2018/2019
Hilfeshilfe

Meine Ziele für den nächsten Monat...

Meine Ziele für die nächsten sechs Monate...

Meine Ziele für das nächste Jahr...

Was möchte der Teilnehmende im nächsten Monat bzw. in den nächsten 6 Monaten bzw. dem nächsten Jahr erreichen?

Wie soll das Leben des Teilnehmenden in einem Monat bzw. in 6 Monaten bzw. in einem Jahr aussehen?

Welche Lebenswege (Bezug zu ACT-Lebenskompass) und Werte sollen vertieft werden?

Optional 3. Erneute Empfehlung für analoge Unterstützung durchsprechen

- Ist der Teilnehmende schon mit der entsprechenden Anlaufstelle in Kontakt getreten?
- Ambivalenzen herausstellen, aber auch Change und Confidence-Talk für eine Inanspruchnahme vor Ort

Abschluss

- Abschied nehmen
- Der Beratende weist den Teilnehmenden daraufhin, dass sowohl in 6 Wochen als auch in 6 Monaten eine erneute Kontaktaufnahme (Fragebögen) stattfinden wird
- Zusammenfassung des gesamten Prozesses durch den Beratenden mit ganz viel Wertschätzung und Confidence Talk
- Aufnehmen der Zukunftsperspektive, die der Betroffene formuliert hat

Optionale Sitzungsinhalte

→ Die optionalen Sitzungsinhalte können, wann immer es dem Beratenden sinnvoll erscheint, innerhalb der Sitzungen ergänzt werden. Die Inhalte sind jedoch nicht verpflichtend.

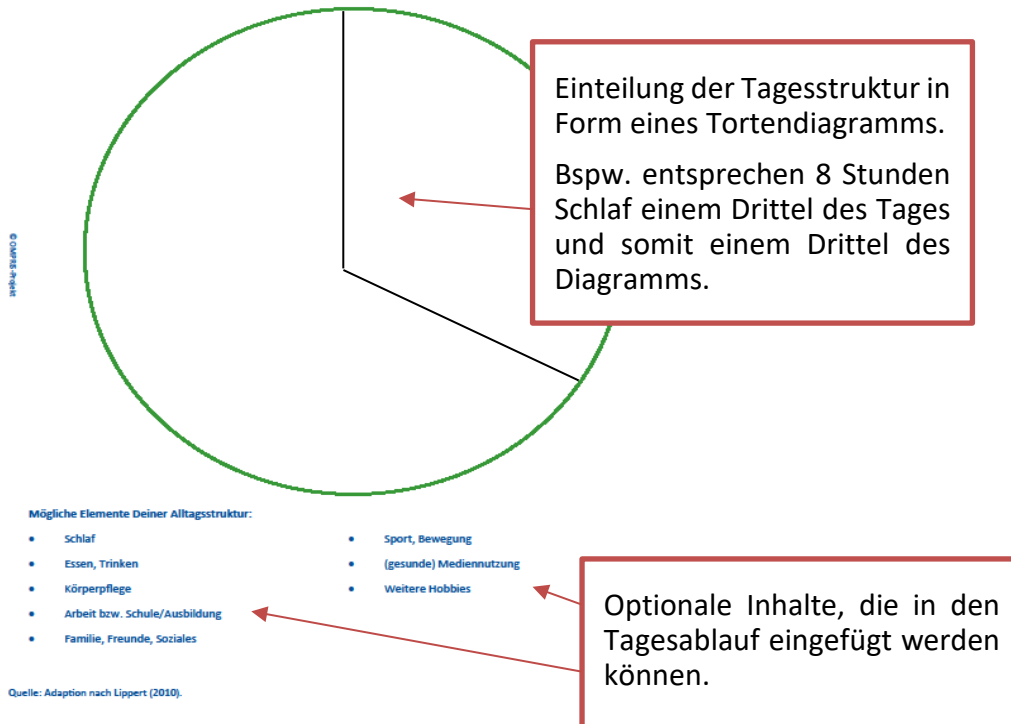
Gestaltung der Alltagsstruktur (Material: Arbeitsblatt „Meine Alltagsstruktur“)

- Kann ggf. in Sitzung 5 besprochen werden, falls das Thema Prokrastination für den Teilnehmenden nicht relevant sein sollte
- Hilfreich, wenn aus dem Arbeitsblatt „Tagesstruktur“ Schwächen der Alltagsstrukturierung hervorgehen oder dem Teilnehmenden Routinen fehlen
- Leitfrage: Wie kann ein gesunder Alltag (unter Berücksichtigung einer gesunden Mediennutzung) aussehen?
 - Alle relevanten Aspekte des Alltags sollen im Tortendiagramm eingetragen werden, um einen graphischen Überblick über einen Tagesablauf zu haben
 - So kann auch geplant werden, wie durch den reduzierten Medienkonsum entstandene freie Zeiten sinnvoll genutzt werden können
- Check Lebensrhythmus: Schlafen, Essen, Trinken etc.
- Ziele aus der 2. Sitzung (Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“, Seite 2) einbeziehen: Wo setze ich meine Ziele im Alltag um? Wie könnte ich meine Alltagsstruktur zur Zielerreichung verändern?
- Wie sieht eine gesunde Mediennutzung kurzfristig, mittelfristig und langfristig aus?

Instruktion:

Ein gesunder Alltag besteht aus vielen unterschiedlichen Komponenten. Dabei ist es wichtig genug Zeit für Essen, Trinken und Schlafen einzuplanen, um die Grundbedürfnisse des Körpers zu befriedigen. Des Weiteren sollte genug Zeit für die Pflichten (Arbeit/Ausbildung, Haushalt etc.) eingeplant werden. Aber auch die angenehmen Aktivitäten (Hobbies, Mediennutzung) gehören natürlich zu einem ausgewogenen Lebensstil dazu.

Versuche Dir zu überlegen wie Deine Alltagsstruktur mit einer gesunden Mediennutzung aussehen könnte. Stelle Dir vor, dass das Diagramm einem ganzen Tag, also 24 Stunden, entspricht und trage entsprechend große Bereiche für die verschiedenen Komponenten Deiner Alltagsstruktur ein. Exemplarische Elemente, die Du berücksichtigen kannst, findest Du unten.



Suchtampel (Material: Arbeitsblatt „Suchtampel“)

- Eher im Rahmen der ersten Sitzungen passend, bspw. als psychoedukatives Element
- Das Arbeitsblatt „Suchtampel“ sollte gemeinsam mit dem Teilnehmenden innerhalb der Sitzung erarbeitet werden, dabei ggf. andere psychoedukative Elemente einbauen (Suchtverschiebung, Abstinenz vs. Kontrollierte Nutzung) und Verknüpfung zu Zielen herstellen
- Rot = Spiele oder Medien, die der Teilnehmende nicht mehr nutzen möchte
 Gelb = Spiele oder Medien, die der Teilnehmende weniger nutzen möchte
 Grün = Spiele oder Medien, die der Teilnehmende wie bisher nutzen möchte
 → Kann auch auf Situationen übertragen werden, in denen das Mediennutzungsverhalten beibehalten, reduziert oder unterlassen werden soll

Instruktion:

Trage anhand des Ampelmodells ein, welche Spiele oder Medien Du gar nicht mehr (rot), weniger (gelb) oder so wie bisher (grün) nutzen möchtest. Alternativ kannst Du nach diesem Muster auch Situationen angeben, in denen Du Deinen Internetkonsum verändern (rot oder gelb) oder so wie bisher (grün) beibehalten möchtest.

© OMPRIS - 2018

Roter Bereich:
Diese Spiele/Medien führen zu einem zu hohen Internetkonsum und sollen daher gar nicht mehr genutzt werden

Gelber Bereich:
Diese Spiele/Medien führen zu einem ausgeprägten Internetkonsum und sollen daher weniger genutzt werden.

Grüner Bereich:
Diese Spiele/Medien können weiterhin genutzt werden. Hier bedarf es keiner Veränderung.

Quelle: Adaption der Suchtampel nach Illy und Florack (2018).

Prokrastination überwinden (Material: Arbeitsblatt „Schritte zum pünktlichen Beginnen“)

- Kann ggf. in Sitzung 5 vertiefend zum Thema Prokrastination bearbeitet werden
- Alternativ kann der Teilnehmende dieses Arbeitsblatt alleine außerhalb der Sitzungen ausfüllen, um für sich eine Struktur zu entwickeln
- Dient der konkreten Bildung von Vorsätzen, um ins Handeln zu kommen und die Strukturen der Prokrastination zu durchbrechen

Schritte zum pünktlichen Beginnen

Instruktion:

Das vorliegende Arbeitsblatt soll Dich dabei unterstützen, Strukturen zu schaffen, die zu einem geregelten und konzentrierten Arbeiten beitragen. Überlege Dir zunächst auf welche Aufgabe/Arbeit Du Dich beziehen möchtest. Fülle anschließend das Arbeitsblatt aus.

1. Bilde einen Gelegenheitsvorsatz!

Wann beginne ich?

Wo werde ich arbeiten?

2. Erinnere Dich mit einem Signal daran, pünktlich zu beginnen!

Mein Signal:

3. Führ' ein Ritual ein, mit dem Du Dich auf die Arbeit einstimmst!

Mein Ritual in den ____ Minuten vorher:

.....
.....

4. Motivier' Dich!

Mein motivierender Leitsatz:

.....
.....

Hier ist Platz, um ein konkretes Vorhaben festzuhalten, bspw. „Ich werde mindestens 20 Minuten konzentriert arbeiten“, „Ich werde mindestens drei Seiten durchgehen“ oder „Ich werde xy anrufen“.

Quelle: Adaption nach Höcker, Engberding und Rist (2017).

Medienentwicklung (Material: Arbeitsblatt „Medienentwicklung“)

- Wird ggf. in Sitzung 1 mit dem Teilnehmenden gemeinsam bearbeitet
- Falls die Zeit in Sitzung 1 zur gemeinsamen Bearbeitung nicht ausreichen sollte, sollte das Arbeitsblatt vom Teilnehmenden als Hausaufgabe ausgefüllt werden, um es zu einem späteren Zeitpunkt besprechen zu können

- Eignet sich bspw. in Sitzung 2 als psychoedukatives Element oder in Sitzung 5, falls das Thema Prokrastination für den Teilnehmenden nicht relevant sein sollte
- Hinweise zur Bearbeitung des ABs siehe Sitzung 1

Übersicht der Beratungssitzungen

Sitzung 1 – Kennenlernen, Mediensuchtanamnese, Beziehungsaufbau

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Mediensuchtanamnese • Beziehungsaufbau und Bindung → Vertrauen herstellen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • AICA-Zusatzcodierungsmodul • Arbeitsblatt „Tagesstruktur“ • Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“ • Arbeitsblatt „Medienentwicklung“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 4. Ausführliche Mediensuchtanamnese → AICA-Zusatzcodierungsmodul 5. Wochenprotokoll einführen und erklären → Arbeitsblätter „Tagesstruktur“ und „Wochenprotokoll“ 6. OPTIONAL: Analyse der Medienentwicklung in Verbindung mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit und komorbiden psychischen Erkrankungen → Arbeitsblatt „Medienentwicklung“

Sitzung 2 - Zielvereinbarung

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele vereinbaren • Orientierung geben • Problembereiche (Umwelt – Internet – Person) herausarbeiten
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 3. Vorstellung des Ablaufs von OMPRIS (max. 5 Minuten) 4. Einführung Suchtdreieck und Erarbeitung von drei konkreten Zielen aus den Bereichen Umwelt, Internet und Person → Arbeitsblatt „Das Suchtdreieck und meine Ziele“

Sitzung 3 – Psychoedukation und Wochenprotokoll

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensinput durch den/die Beratende/n • Auswertung des Wochenprotokolls und des Protokolls der Tagesstruktur • Durchbrechung von Routinen • Erarbeitung erster hilfreicher Strategien und Ressourcen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Hilfreiche Strategien“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 4. Auswertung des Wochenprotokolls und Durchbrechung von Routinen → Arbeitsblätter „Wochenprotokoll“ und „Tagesstruktur“ 5. Hilfreiche Strategien- bzw. Ressourcen-Brainstorming → Arbeitsblatt „Hilfreiche Strategien“ 6. Psychoedukation (max. 20 Minuten) Individuelle Psychoedukation, je nach Problemschwerpunkten der/des Teilnehmenden

Sitzung 4 – Veränderungsmotivation steigern

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenzen bewusstmachen • Veränderungsmotivation fördern
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „4-Felder-Tafel“ • Arbeitsblatt „Ressourcen“
Sitzungsinhalte	<ol style="list-style-type: none"> 2. Motivationsklärung Formulierung der Gründe für eine Änderung des Nutzungsverhaltens → Arbeitsblatt „4-Felder-Tafel“

Sitzung 5 – Empowerment, Ressourcen, Handlungsalternativen, Prokrastination

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcensteigerung, -entwicklung • Förderung alternativer Handlungsoptionen
-------------	--

Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Ressourcen“ • Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“
Sitzungsinhalte	<p>→ Eher freie Sitzung mit dem Fokus auf Veränderung</p> <p>4. Alternative Aktivitäten explorieren bzw. stärken → Arbeitsblatt „Wochenprotokoll“</p> <p>5. Ressourcenaktivierung und –intensivierung → Arbeitsblatt „Ressourcen“</p> <p>6. Prokrastination → Arbeitsblatt „Warum schiebe ich auf?“</p>

Sitzung 6 - Lebenswerte

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Wertorientierte Zukunftsperspektive schaffen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Kompass der Lebenswege und –werte“
Sitzungsinhalte	<p>2. Erarbeitung einer wertorientierten Lebensperspektive → Arbeitsblatt „Kompass der Lebenswege und –werte“</p>

Sitzung 7 – Mein Leben mit einer gesunden Mediennutzung

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien erarbeiten, um aktuelle Verhaltensweise beizubehalten und nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen • Schwierige Situationen herausarbeiten und Handlungsalternativen aufzeigen • OPTIONAL: Empfehlung für weitere Behandlung (vor Ort)
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Notfallkarte“
Sitzungsinhalte	<p>3. Weiter am Ball bleiben und das Erreichte halten → Arbeitsblatt „Notfallkarte“</p> <p>4. OPTIONAL: Gemeinsame Reflexion: Weitere Behandlung vor Ort sinnvoll?</p>

Sitzung 8 – Reflexion des Beratungserfolgs und weiteres Vorgehen planen

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung und alles, was geschafft wurde, feiern und würdigen • Weitere Ziele skizzieren • Abschied nehmen
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt „Hilfsmittel und Zukunftsperspektive“
Sitzungsinhalte	<p>4. Erfolge sichern → Arbeitsblatt „Hilfsmittel und Zukunftsperspektive“ (oberer Teil)</p> <p>5. Zukunftsperspektive → Arbeitsblatt „Hilfsmittel und Zukunftsperspektive“ (unterer Teil)</p> <p>6. OPTIONAL: Erneute Empfehlung für analoge Unterstützung durchsprechen</p>

Optionale Sitzungsinhalte

4. Gestaltung der Alltagsstruktur
→ Arbeitsblatt „Meine Alltagsstruktur“
5. Suchtampel
→ Arbeitsblatt „Suchtampel“
6. Prokrastination überwinden
→ Arbeitsblatt „Schritte zum pünktlichen Beginnen“

Anlage 2: Arbeitsblätter zum Manual



4-Felder-Tafel

Instruktion:

Trage in die entsprechenden Felder ein, welche Vor- und Nachteile daraus resultieren Deinen Internetkonsum zu reduzieren oder so beizubehalten wie bisher.

	Reduktion meines Internetkonsums	Fortsetzung meines Internetkonsums
Vorteile		
Nachteile		

© OMPRIS-PC/MAK

Quelle: Adaption der 4-Felder-Tafel nach Lippert, A. (2010). Therapieprogramm zur integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (TIQAAM). Dgvt-Verlag.

Hilfsmittel & Zukunfts erspektive

Instruktion:

Trage die wichtigsten Hilfsmittel und Ressourcen zur Aufrechterhaltung Deiner aktuellen Internetnutzung ein.

Meine fünf wichtigsten Hilfsmittel zur Beibehaltung meiner aktuellen Internetnutzung sind...

1.

2.

3.

4.

5.

Instruktion:

Konzentriere Dich nun auf Deine Zukunft und Deine Ziele. Versuche Deine Ziele so konkret wie möglich zu formulieren.

Meine Ziele für den nächsten Monat...

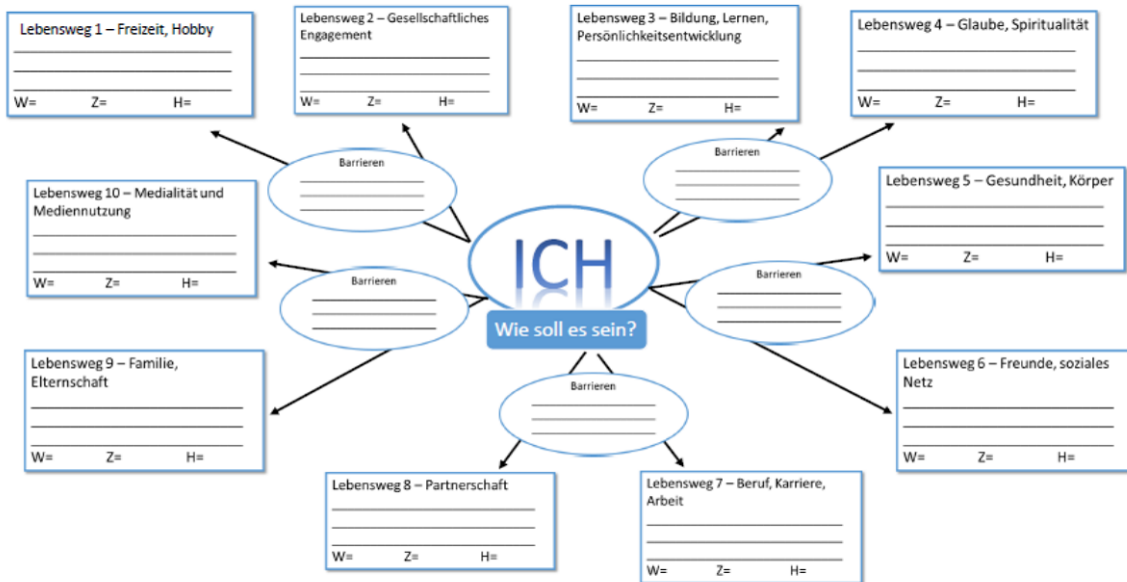
Meine Ziele für die nächsten sechs Monate...

Meine Ziele für das nächste Jahr...

Kompass der Lebenswege und -werte

Instruktion: Lebenswerte finden—Eine Anleitung: 1. „Wie soll es sein, wenn es nach meinen Wünschen geht?“ Der Wunsch soll durch das eigene Verhalten erreichbar sein, andere Menschen dürfen gerne helfen. 2. Es geht um DEINE Wünsche, egal, wie Du bisher gehandelt und gelebt hast. 3. Es können auch mehrere Lebenswerte auf einem Lebensweg liegen. 4. Werte-Check? „Wozu dient das?“ / „Warum soll das so sein“ solange weiterfragen, bis DU an das Motiv, also den Lebenswert, kommst („Es ist einfach so!“).

W = Wichtig 0-10, Z = Zufriedenheit 0-10, Handlung 0=keine 1=1 oder 2 Handlungen 2=3 oder mehr Handlungen; Barrieren = innere und äußere Barrieren

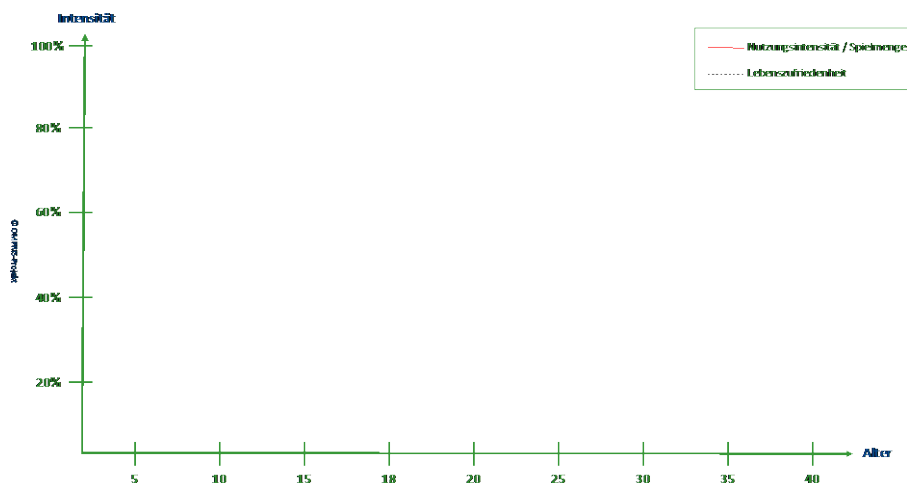


Quelle: Adaption nach Tinko et al. (2013).

Entwicklung der Mediennutzung

Instruktion:

Trage in die folgende Grafik ein wie sich Dein Mediennutzungsverhalten im Laufe der Jahre entwickelt hat. Gib anschließend mittels einer weiteren Linie an, wie Deine Lebenszufriedenheit ausgesehen hat.



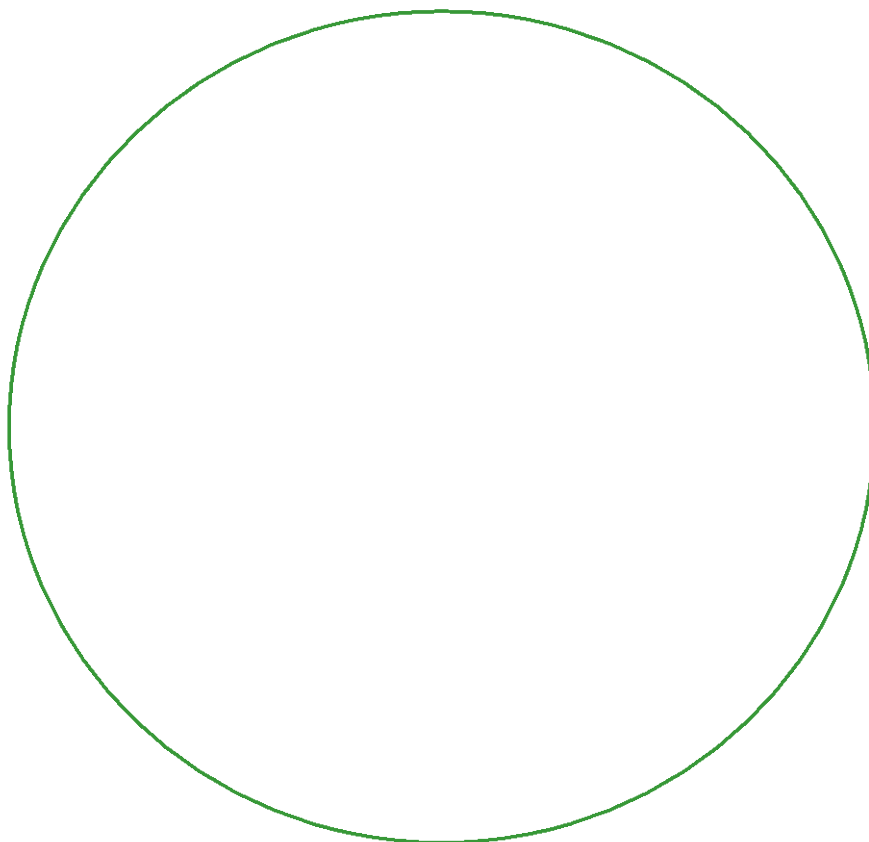
Quelle: Adaption nach Wölling, E., Jo, C., Beggese, J., Baur, M. E., & Müller, E. W. (2012). Computerspiel und Internetsucht: ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual. Kohlhammer Verlag.

Meine Alltagsstruktur

Instruktion:

Ein gesunder Alltag besteht aus vielen unterschiedlichen Komponenten. Dabei ist es wichtig genug Zeit für Essen, Trinken und Schlafen einzuplanen, um die Grundbedürfnisse des Körpers zu befriedigen. Des Weiteren sollte genug Zeit für die Pflichten (Arbeit/Ausbildung, Haushalt etc.) eingeplant werden. Aber auch die angenehmen Aktivitäten (Hobbies, Mediennutzung) gehören natürlich zu einem ausgewogenen Lebensstil dazu.

Versuche Dir zu überlegen wie Deine Alltagsstruktur mit einer gesunden Mediennutzung aussehen könnte. Stelle Dir vor, dass das Diagramm einem ganzen Tag, also 24 Stunden, entspricht und trage entsprechend große Bereiche für die verschiedenen Komponenten Deiner Alltagsstruktur ein. Exemplarische Elemente, die Du berücksichtigen kannst, findest Du unten.



© OMPRIS-Praxis

Mögliche Elemente Deiner Alltagsstruktur:

- Schlaf
- Essen, Trinken
- Körperpflege
- Arbeit bzw. Schule/Ausbildung
- Familie, Freunde, Soziales
- Sport, Bewegung
- (gesunde) Mediennutzung
- Weitere Hobbies

Quelle: Adaption nach Lippert, A. (2010). Therapieprogramm zur integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (TIQAAM). Dgvt-Verlag.

Instruktion:

Versuche Dich an die Situationen zu erinnern, in denen Du ein großes Verlangen danach hattest das Internet zu nutzen. Erinnere Dich aber auch an die besprochenen Handlungsalternativen bzw. Personen, die Dich in den schwierigen Situationen unterstützen können. Fasse Deine drei Hauptrisikosituationen sowie alternative Verhaltensweisen und unterstützende Personen auf Deiner persönlichen Notfallkarte zusammen. Hinweis: Notiere am besten auch die Telefonnummern Deiner Kontaktpersonen, damit Du sie im Notfall schnell erreichen kannst. Den unteren Teil kannst Du abschneiden, um ihn in Deinem Portemonnaie immer bei Dir zu haben und Dich in schwierigen Situationen an die Alternativen zur Internetnutzung zu erinnern.

O M P R I S	<p style="text-align: center;"><u>Meine Hauptrisikosituationen</u></p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Alternative Verhaltensweisen</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>Hilfreiche soziale Kontakte</u></p>
-------------	--	--	---

Meine Notfallkarte			
O M P R I S	<p style="text-align: center;"><u>Meine Hauptrisikosituationen</u></p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Alternative Verhaltensweisen</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>Hilfreiche soziale Kontakte</u></p>

Ressourcen

Instruktion:

Versuche die folgenden Fragen über Dich zu beantworten.

Welche Eigenschaften oder Charakterzüge schätzt Du an Dir?

Was schätzen andere Menschen an Dir? (Hinweis: Gerne kannst Du diese Frage auch Personen aus Deinem nahen Umfeld stellen)

Welche Aktivitäten außerhalb des Internets machen Dir Spaß?

Schritte zum pünktlichen Beginnen

Instruktion:

Das vorliegende Arbeitsblatt soll Dich dabei unterstützen, Strukturen zu schaffen, die zu einem geregelten und konzentrierten Arbeiten beitragen. Überlege Dir zunächst auf welche Aufgabe/Arbeit Du Dich beziehen möchtest. Fülle anschließend das Arbeitsblatt aus.

1. Bilde einen Gelegenheitsvorsatz!

Wann beginne ich?

Wo werde ich arbeiten?

2. Erinnerung Dich mit einem Signal daran, pünktlich zu beginnen!

Mein Signal:

3. Führe ein Ritual ein, mit dem Du Dich auf die Arbeit einstimmst!

Mein Ritual in den ____ Minuten vorher:

.....
.....

4. Motive r Dich!

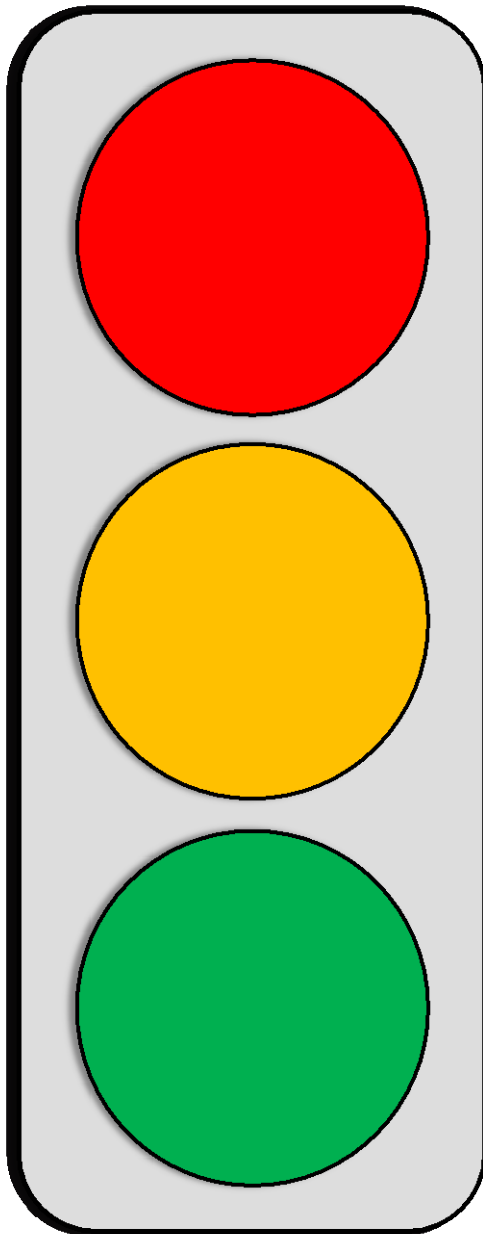
Mein motivierender Leitsatz:

.....
.....

Suchtampel

Instruktion:

Trage anhand des Ampelmodells ein, welche Spiele oder Medien Du gar nicht mehr (**rot**), weniger (**gelb**) oder so wie bisher (**grün**) nutzen möchtest. Alternativ kannst Du nach diesem Muster auch Situationen angeben, in denen Du Deinen Internetkonsum verändern (**rot** oder **gelb**) oder so wie bisher (**grün**) beibehalten möchtest.



© OMPRISteam

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

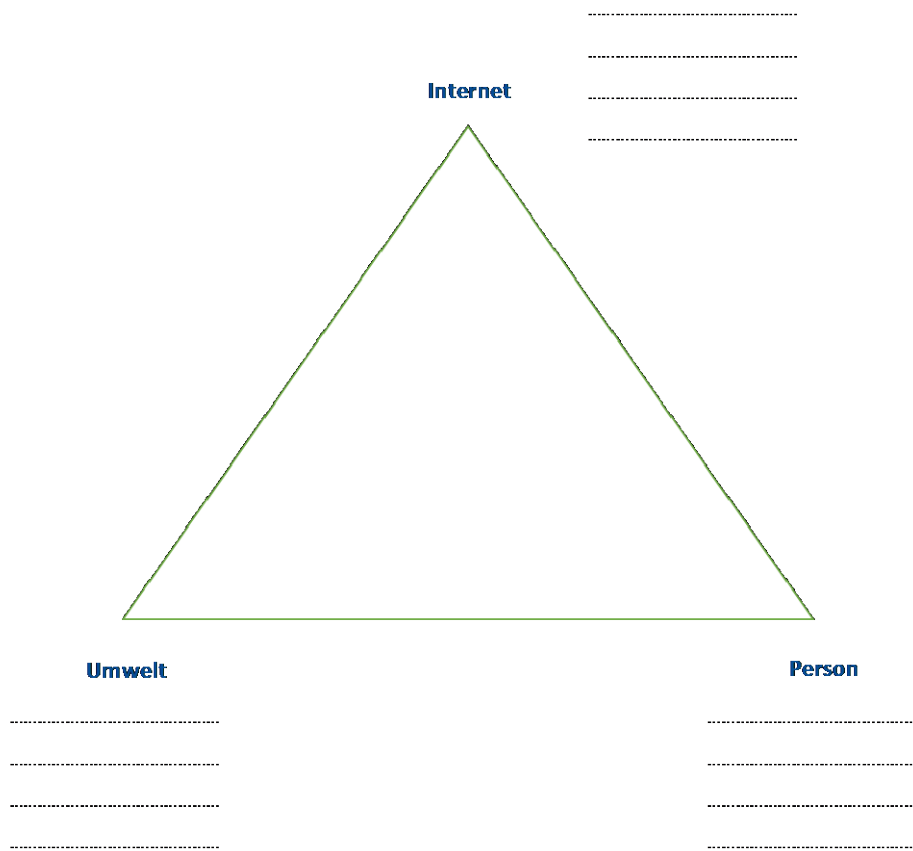
Quelle: Adaption nach Illy, D., & Florack, J. (2017). Ratgeber Videospiele- und Internetabhängigkeit: Hilfe für den Alltag. Elsevier Health Sciences.

Das Suchtdreieck und meine Ziele

Instruktion:

Bitte trage in die entsprechenden Felder ein, welche Faktoren der Kategorien „Internet“, „Umwelt“ und „Person“ zu Deinem starken Internetkonsum beigetragen haben.

© OMPRIS-Projekt



Quelle: Adaption des Suchtdreiecks nach Kielholz und Ladewig (1973).

Instruktion:

Trage bitte in die folgende Tabelle über den Zeitraum von einer Woche Deinen Tagesablauf ein. Versuche dabei wie in einem Stundenplan alle Aktivitäten anzugeben, die derzeit zu Deinem Tagesplan dazugehören. Berücksichtige auch Deine Routinen wie Schlafen, Essen, Arbeit/Ausbildung etc.

© OPRIS

Datum & Uhrzeit \ Tag						

Warum schiebe ich auf?

Instruktion:

Bitte formuliere im Folgenden einen typischen Gedanken/eine typische Überzeugung, die Dich davon abhält mit einer wichtigen Aufgabe zu beginnen. Beantworte anschließend die folgenden Fragen und formuliere einen alternativen Gedanken/eine alternative Überzeugung.

Gedanke/Überzeugung:

1. Was spricht dafür, dass der Gedanke wahr und realistisch ist?

.....

2. Was spricht dagegen, dass der Gedanke wahr und realistisch ist?

.....

3. Ist dieser Gedanke die einzig mögliche Interpretation der Situation?

.....

4. Hilft dieser Gedanke mir dabei, mich gut zu fühlen und mich zu motivieren?

.....

5. Hilft dieser Gedanke mir dabei, mich so zu verhalten, wie ich mich verhalten möchte?

.....

Gibt es einen alternativen Gedanken, der vernünftiger und hilfreicher ist? Notiere diesen:

Mein vernünftiger und hilfreicher Gedanke:

Quelle: Adaption nach Höcker, Engberding und Rist (2017). Prokrastination. Hogrefe.

Instruktionen:

Trage in dieses Wochenprotokoll Situationen ein, die für Dich schwierig gewesen sind und ein Verlangen nach der Nutzung des Internets ausgelöst haben. Versuche dabei zuerst die Situation kurz zu beschreiben, konzentriere Dich dann auf die Gedanken, die Dir durch den Kopf gegangen sind—vielleicht lassen sich diese in einem Satz zusammenfassen. Anschließend schildere Dein Gefühl und Deine körperliche Reaktion. Gib dann auf einer Skala von 0-10 an, wie stark Dein Verlangen nach der Nutzung des Internets war. 0 bedeutet dabei, dass Du gar kein Verlangen hattest das Internet zu nutzen und 10, dass das Verlangen sehr stark ausgeprägt war. Beschreibe zuletzt, wie Deine tatsächliche Reaktion in der Situation ausgesehen hat, welchen Aktivitäten Du nachgegangen bist bzw. ob Du das Internet genutzt hast und falls ja, wie lange.

	Situation	Gedanke	Gefühl Körperliche Reaktion	Verlangen (0-10)	Reaktion (Aktivitäten, Spiel-/Nutzungsdauer in min.)
Wochenprotokoll					

Quelle: Adaption nach Wölling, K., Jo, C., Bögesser, I., Beutel, M. E., & Müller, K. W. (2012). Computerspiel- und Internetsucht: ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual. Kohlhammer Verlag.

Anlage 3: Manual Sozialberatung

Manual zur Sozialberatung im Projekt OMPRIS

Vorbereitungen

- Überblick über die gesammelten Informationen zum Teilnehmer verschaffen
- Besonderes Augenmerk auf die sozialen Themen des Teilnehmers und seinen Wohnort legen

Begrüßung / Einleitung:

Guten Tag,

mein Name ist

Es freut mich, sie kennen zu lernen. Ich hoffe, dass sie mich gut sehen und verstehen können?

Ich bin Sozial Arbeiterin im Projekt Ompris und somit für die Sozialberatung zuständig. Das bedeutet, dass sie mit mir in diesem Termin alle persönlichen, familiären, sozialen, beruflichen, finanziellen und behördliche Fragen erörtern können.

Doch zunächst möchte ich Sie darüber informieren, dass dieses Gespräch der Schweigepflicht unterliegt und nicht aufgezeichnet wird. Das bedeutet, dass alles was Sie mir mitteilen streng vertraulich behandelt wird und die Informationen die Sie mir geben für Dritte nicht auf Sie zurückführbar sind. Sie sprechen mit mir allein, das bedeutet, dass niemand anderes sich in meinem Büro aufhält von dem ich mit Ihnen verbunden bin.

Wie Sie es schon aus den anderen Webbasierten Beratungen kennen, lässt man sich durch sein eigenes Spiegelbild schnell ablenken. Um eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, würde ich mich freuen, wenn Sie ihr eigenes Webcam- Bild verkleinern oder überdecken würden. Ich selber werde dies ebenfalls machen, damit ich mich auf unser Gespräch konzentrieren kann.

Bitte wundern Sie sich nicht, wenn ich zwischendurch auf meinen Schreibtisch schaue oder etwas mitschreibe. Um Sie gut beraten zu können und ihre Themen im Blick zu behalten, ist

eine gute Dokumentation und die Orientierung an einem Leitfaden sinnvoll. Falls Sie ebenfalls gerne etwas mitschreiben würden, können Sie sich gerne Zettel und Stift bereitlegen.

Offener Themeneinstieg:

- Es würde mich freuen, wenn Sie sich zunächst einmal selbst vorstellen würden
- Bitten beschreiben Sie mir ihr Anliegen und ihr Ziel für diese Beratung
- Ich habe erfahren, dass sie sich besonders für ... interessiert haben, können Sie dies spezifizieren?

Kurzanamnese:

- Berufliche Situation/ Schulische Vorbildung:
 - Was machen Sie aktuell beruflich?
 - Haben Sie schon immer in diesem Bereich gearbeitet?
 - Was haben Sie früher beruflich gemacht/ gelernt?
 - Welche Schulbildung haben Sie?
 - Sind sie mit ihrem Beruf und ihrer beruflichen Perspektive zufrieden?
 - Beziehen Sie Leistungen von staatlichen Stellen? (Seit wann und welche?)
(Jobcenter, Agentur für Arbeit, Bafög, Rente, Stipendien, Sozialamt...)
- Freizeitverhalten:
 - Was machen Sie in ihrer Freizeit?
 - Haben Sie weitere Interessen außerhalb des Medienkonsums?
- Soziale Kontakte:
 - Wie sieht es bei Ihnen mit sozialen Kontakten aus?
 - Gibt es Menschen, die Sie unterstützen? (Ambulante Dienste, gesetzliche Betreuung, Betreutes Wohnen, Nachbarn, Familie, Freunde...)
 - Sind sie mit Ihrer Eingebundenheit in ihrem Umfeld zufrieden?
- Familiäre Situation:
 - Wie sieht ihre familiäre Situation aus? (Partnerschaft, Kinder, Kontakt zur Herkunftsfamilie...)
 - Haben oder hatten Sie Unterstützungen in diesem Bereich? (Jugendamt, Mobile Dienste, Wohnangebote...)

- Biografie:
 - Wie ist/ war Ihr Kontakt zu Ihrer Herkunftsfamilie?
 - Wie haben Sie Ihre Kindheit/ Jugend erlebt?
- Finanzen:
 - Kommen Sie mit Ihren Finanzen zurecht?
 - Bestehen bei Ihnen Schulden? (Schulden durch das Spielen, Mietschulden, unbezahlte Rechnungen)

Beratungsmodule:

MODUL 1 Beruf:

Schule	<ul style="list-style-type: none"> - Schülerbafög - Förderprogramme (zw. Schule und Beruf) - Schulamt/Sozialdienst der Schulen
Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildungsförderung - Jobcenter (U25 Beratung) - Industrie und Handelskammer - Handwerkskammer - Nachteilsausgleich für Menschen mit Behinderungen
Studium	<ul style="list-style-type: none"> - Bafög - Studienberatung der Universitäten - Zuverdienst/Werksvertrag - Krankenversicherung nach dem 25igsten Lj.
Feste Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none"> - Berufsberatung beim Jobcenter oder der Agentur für Arbeit, falls ein Jobwechsel angestrebt wird oder das Einkommen nicht ausreicht - Gespräch mit Arbeitgeber - Unterstützung durch Integrationsfachdienst - Rückkehr in den Beruf nach langer Krankheit (Betriebliches Eingliederungsmanagement BEM-Gespräche, berufliche Rehabilitation etc.) - Maßnahmen zur Vermeidung der Kündigung
Teilnahme an Maßnahme / Berufliche Rehabilitationsmaßnahme	<ul style="list-style-type: none"> - Anbindung Jobcenter - Übergangsgeld/ Ausbildungsgeld - Ergänzende Leistungen

Arbeitslos	<ul style="list-style-type: none"> - Anbindung Jobberatung (Jobcenter) - Beratung Agentur für Arbeit (falls kürzer als 1. Jahr arbeitslos)
Lange Krankheitszeit	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen - Mögl. Kostenträger klären (Agentur oder Rentenversicherung) - Informationen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen - Gestufte Wiedereingliederung/BEM-Gespräche
Verrentet	<ul style="list-style-type: none"> - Rentenkasse - Sozialamt (Grundsicherung) - Zuverdienstmöglichkeiten - Tagesstruktur durch Integration in Tagesstätte oder WfbM
Elternzeit	<ul style="list-style-type: none"> - Familienkasse (Kindergeld, Elterngeld) - Jugendamt (Unterhalt) - Planung Rückkehr in den Beruf – Organisation Kinderbetreuung

MODUL 2 Finanzen:

Schulden	<ul style="list-style-type: none"> - Schuldnerberatung - Darlehen Jobcenter - Anschreiben von Gläubigern
Mietschulden	<ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung von drohender Obdachlosigkeit (Jobcenter) - Anträge zur Sicherung des Lebensunterhalts (ALG 1, ALG2 o.a.) - Sozialwohnung/ Obdachlosenunterkunft (Ordnungsamt)
Gehalt nicht ausreichend	<ul style="list-style-type: none"> - Wohngeld (Wohngeldstelle) - Ergänzende Leistungen (Jobcenter) - Mit Kindern: Ansprüche prüfen (Kindergeld, Teilhabepaket, Unterhaltsansprüche gegen Dritte etc.)
Kein Einkommen	<ul style="list-style-type: none"> - Ansprüche prüfen - Beratung zur Antragsstellung
Keine Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Ursache klären - Kontaktaufnahme mit Krankenkasse - Ggfs. Beratung zur freiwilligen Versicherung und Nachzahlung der nichtversicherten Monate (Übergang Schuldenberatung)

MODUL 3 Soziale Kontakte

Konflikte mit Kindern	<ul style="list-style-type: none"> - Jugendamt (Erziehungsberatung) - Beratungsstelle (Erziehungsberatung) - Entlastung der Eltern (Tagesmutter, OGS etc.)
Konflikte mit Ehepartnern/Lebensgefährten	<ul style="list-style-type: none"> - Beratungsstelle (Ehe-, Trennungsberatung) - Frauenhaus - Ambulant Betreutes Wohnen (BEWO)
Soziale Isolation	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulant Betreutes Wohnen (BEWO) - Offene Cafes - Gemeindearbeit - Vereine (Sport, Musik, Ehrenamt...) - Tagesstätten für psychisch Kranke - Wohngruppen u.a. für Medienabhängige (z.Bsp. Auxilium Reloudet für Jugendliche und junge Erwachsene) - Selbsthilfegruppen

MODUL 4 Sonstige Hilfebedarfe

Haushaltsführung und selbständige Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulant Betreutes Wohnen (BEWO) - Soziotherapie
Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsamt (Behindertenausweis) - EUTB (offene Beratungsstelle) - Kranken-/ Pflegekasse (Pflegegrade) - Kranken-/ Pflegekasse (Pflegehilfsmittel) - Integrationsfachdienst - Selbsthilfegruppen
Allgemeine Überforderung	<ul style="list-style-type: none"> - Amtsgericht (gesetzliche Betreuung) - Ambulant Betreutes Wohnen (BEWO) - Soziotherapie
Psychische Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> - Therapeuten des Projektes - Anbindung an ambulante Versorger (Fachärzte, Therapeuten, Ambulanzen) - Bei Bedarf Initiierung der Krisenintervention - Anbindung an Sozialpsychiatrischen Fachdienst - Ambulant psychiatrische Pflege / Soziotherapie
Straffälligkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Jugendgerichtshilfe (bis 25 J.) - Bewährungshilfe - Anwalt (Beratungsschein Amtsgericht)

Erläuterungen:

Sozialgesetzbücher (SGB):

SGB I Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil

(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen,

- ein menschenwürdiges Dasein zu sichern,*
- gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen,*
- die Familie zu schützen und zu fördern,*
- den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und*
- besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.*

(2) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, dass die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

SGB II Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende

(1) Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll es Leistungsberechtigten ermöglichen, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.

(2) Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, stärken und dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Leistungsberechtigte bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können. Die Gleichstellung von Männern und Frauen ist als durchgängiges Prinzip zu verfolgen. Die Leistungen der Grundsicherung sind insbesondere darauf auszurichten, dass

1.

durch eine Erwerbstätigkeit Hilfebedürftigkeit vermieden oder beseitigt, die Dauer der Hilfebedürftigkeit verkürzt oder der Umfang der Hilfebedürftigkeit verringert wird,

2.

die Erwerbsfähigkeit einer leistungsberechtigten Person erhalten, verbessert oder wieder hergestellt wird,

3.

geschlechtsspezifischen Nachteilen von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten entgegengewirkt wird,

4.

die familienspezifischen Lebensverhältnisse von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die Kinder erziehen oder pflegebedürftige Angehörige betreuen, berücksichtigt werden,

5.

behindertenspezifische Nachteile überwunden werden,

6.

Anreize zur Aufnahme und Ausübung einer Erwerbstätigkeit geschaffen und aufrechterhalten werden.

(3) Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst Leistungen zur

1.

Beratung,

2.

Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit insbesondere durch Eingliederung in Ausbildung oder Arbeit und

3.

Sicherung des Lebensunterhalts.

SGB III Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung

(1) Die Arbeitsförderung soll dem Entstehen von Arbeitslosigkeit entgegenwirken, die Dauer der Arbeitslosigkeit verkürzen und den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt unterstützen. Dabei ist insbesondere durch die Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit Langzeitarbeitslosigkeit zu vermeiden. Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist als durchgängiges Prinzip der Arbeitsförderung zu verfolgen. Die Arbeitsförderung soll dazu beitragen, dass ein hoher Beschäftigungsstand erreicht und die Beschäftigungsstruktur ständig verbessert wird. Sie ist so auszurichten, dass sie der beschäftigungspolitischen Zielsetzung der Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik der Bundesregierung entspricht.

(2) Die Leistungen der Arbeitsförderung sollen insbesondere

1.

die Transparenz auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt erhöhen, die berufliche und regionale Mobilität unterstützen und die zügige Besetzung offener Stellen ermöglichen,

2.

die individuelle Beschäftigungsfähigkeit durch Erhalt und Ausbau von Fertigkeiten, Kenntnissen und Fähigkeiten fördern,

3.

unterwertiger Beschäftigung entgegenwirken und

4.

die berufliche Situation von Frauen verbessern, indem sie auf die Beseitigung bestehender Nachteile sowie auf die Überwindung eines geschlechtsspezifisch geprägten Ausbildungs- und Arbeitsmarktes hinwirken und Frauen mindestens entsprechend ihrem Anteil an den Arbeitslosen und ihrer relativen Betroffenheit von Arbeitslosigkeit gefördert werden.

(3) Die Bundesregierung soll mit der Bundesagentur zur Durchführung der Arbeitsförderung Rahmenziele vereinbaren. Diese dienen der Umsetzung der Grundsätze dieses Buches. Die Rahmenziele werden spätestens zu Beginn einer Legislaturperiode überprüft.

SGB IV Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

(1) Die Vorschriften dieses Buches gelten für die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte sowie die soziale Pflegeversicherung (Versicherungszweige). Die Vorschriften dieses Buches gelten mit Ausnahme des Ersten und Zweiten Titels des Vierten Abschnitts und des Fünften Abschnitts auch für die Arbeitsförderung. Die Bundesagentur für Arbeit gilt im Sinne dieses Buches als Versicherungsträger.

(2) § 18h gilt auch für die Sozialhilfe und die Grundsicherung für Arbeitsuchende; außerdem gelten die §§ 18f, 18g und 19a für die Grundsicherung für Arbeitsuchende.

(3) Regelungen in den Sozialleistungsbereichen dieses Gesetzbuches, die in den Absätzen 1 und 2 genannt sind, bleiben unberührt, soweit sie von den Vorschriften dieses Buches abweichen.

(4) (weggefallen)

SGB V Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

SGB VI Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung

Versicherungspflichtig sind

1.

Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind; während des Bezuges von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch besteht die Versicherungspflicht fort,

2.

behinderte Menschen, die

a)

in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,

b)

in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

3.

Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe oder in Berufsbildungswerken oder ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt

werden sollen; dies gilt auch für Personen während der individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung nach § 55 des Neunten Buches,

3a.

Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden,

4.

Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften während ihres Dienstes für die Gemeinschaft und während der Zeit ihrer außerschulischen Ausbildung.

Personen, die Wehrdienst leisten und nicht in einem Dienstverhältnis als Berufssoldat oder Soldat auf Zeit stehen, sind in dieser Beschäftigung nicht nach Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig; sie gelten als Wehrdienstleistende im Sinne des § 3 Satz 1 Nr. 2 oder 2a und Satz 4. Mitglieder des Vorstandes einer Aktiengesellschaft sind in dem Unternehmen, dessen Vorstand sie angehören, nicht versicherungspflichtig beschäftigt, wobei Konzernunternehmen im Sinne des § 18 des Aktiengesetzes als ein Unternehmen gelten. Die in Satz 1 Nr. 2 bis 4 genannten Personen gelten als Beschäftigte im Sinne des Rechts der Rentenversicherung. Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 gleich.

SGB VII Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung

Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches

1.

mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,

2.

nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

SGB VIII Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe

(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

1.

junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,

2.

Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,

3.

Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,

4.

dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

SGB IX Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.

SGB X Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz

(1) Die Vorschriften dieses Kapitels gelten für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit der Behörden, die nach diesem Gesetzbuch ausgeübt wird. Für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit der Behörden der Länder, der Gemeinden und Gemeindeverbände, der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts zur Ausführung von besonderen Teilen dieses Gesetzbuches, die nach Inkrafttreten der Vorschriften dieses Kapitels Bestandteil des Sozialgesetzbuches werden, gilt dies nur, soweit diese besonderen Teile mit Zustimmung des Bundesrates die Vorschriften dieses Kapitels für anwendbar erklären. Die Vorschriften gelten nicht für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten.

(2) Behörde im Sinne dieses Gesetzbuches ist jede Stelle, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt.

SGB XI Sozialgesetzbuch- Soziale Pflegeversicherung

(1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.

(2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muß eine private Pflegeversicherung abschließen.

(3) Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen.

(4) Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

(5) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

(6) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Für versicherte Familienangehörige und eingetragene Lebenspartner (Lebenspartner) werden Beiträge nicht erhoben.

(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.

SGB XII Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuarbeiten. Zur Erreichung dieser Ziele haben die Leistungsberechtigten und die Träger der Sozialhilfe im Rahmen ihrer Rechte und Pflichten zusammenzuwirken.

Anlage 4: Manual zur standardisierten Diagnostik

Diagnostik Manual zur OMPRIS-Intervention

1. Sitzung T0 (Einführung und Diagnostik: M.I.N.I. + AICA) Dauer: ca. 1,5 - 2 Stunden

Vorbereitung auf die Sitzung → Ausdrucken:

- M.I.N.I.
- AICA
- ADHS-Screening
- GAF

Begrüßung/Einleitung (Dauer: ca. 5 Minuten)

„Hallo,

es freut mich, dass Sie Interesse am OMPRIS-Projekt haben. Ich hoffe, Sie können mich sehen und gut verstehen?

Mein Name ist ... ich bin ... und werde Ihnen gleich den Ablauf von OMPRIS im Detail vorstellen und mit Ihnen gemeinsam nochmal die Teilnahmeinformationen durchgehen, die Sie bereits im Vorfeld durchlesen sollten. Falls Sie an OMPRIS teilnehmen möchten, werde ich im Anschluss an die Einwilligung zwei strukturierte Interviews mit Ihnen durchführen. Das bedeutet, dass ich Ihnen einige Fragen stellen werde, die Sie meist kurz oder auch nur mit ja oder nein beantworten sollen. Insgesamt wird das heutige Gespräch ungefähr 1,5 Stunden in Anspruch nehmen. Falls Sie zwischendurch eine Pause brauchen sollten, sagen Sie mir gerne Bescheid.

Vorab möchte ich Sie darauf hinweisen, dass dieses Gespräch sowie alle weiteren Gespräche im Rahmen von OMPRIS der Schweigepflicht unterliegt und unser Gespräch nicht aufgezeichnet wird. Ich werde mir lediglich ein paar Notizen machen. Sie sprechen mit mir alleine, das bedeutet, dass sich auch niemand hier bei mir im Raum aufhält.

Vielleicht ist Ihnen bereits aufgefallen, dass Sie auf unserer Homepage geduzt wurden. Wäre es für Sie in Ordnung, wenn wir uns von nun an duzen und Sie dann auch im Anschluss von den Beratenden mit „du“ angesprochen werden? Super, dann verwende ich ab jetzt das Du.

Da OMPRIS eine neue Versorgungsform darstellt und wir überprüfen wollen, ob eine solche Art der Versorgung in Zukunft anderen Kliniken und Beratungsstellen zur Verfügung gestellt werden sollte, ist die wissenschaftliche Begleitung sehr wichtig. Aus diesem Grund wirst Du zu verschiedenen Zeitpunkten gebeten werden einige Fragebögen auszufüllen. Im Anschluss an die Beantwortung der Fragebögen wirst du dann jeweils einen Teil der Aufwandsentschädigung erhalten.

OMPRIS ist ein vierwöchiges Motivationsprogramm, deswegen ist es wichtig, dass Du sicherstellen kannst, dass Du innerhalb der nächsten Wochen ausreichend Zeit haben wirst, in jeder Woche etwa zwei 60-minütige Gespräche mit unseren Beratenden zu führen. Idealerweise beginnst Du jetzt und siehst es als Herausforderung für den nächsten Monat. Wenn Du aber in der nächsten Zeit in den Urlaub fahren solltest oder anderweitig eingespannt bist, würde ich Dir raten erst zu einem späteren Zeitpunkt einzusteigen. Ist eine Teilnahme zum aktuellen Zeitpunkt für Dich umsetzbar?

➔ *Kann der/die Teilnehmende nicht sicherstellen, dass er/sie in den nächsten Wochen ausreichend Zeit zur Teilnahme an den Beratungssitzungen hat, wird das Erstgespräch bereits nach der Teilnahmeaufklärung und dem Ausfüllen der Einverständniserklärung beendet. Kann der/die Teilnehmende bereits absehen, wann es zeitlich besser passen*

sollte, kann schon ein neuer Termin für die Diagnostik vereinbart werden. Falls der/die Teilnehmende noch nicht absehen kann, wann ein Termin passen würde, macht sich der Diagnostiker entsprechend eine Notiz und meldet sich bei dem Teilnehmenden nach entsprechendem Zeitpunkt mit der Erinnerung zur OMPRIS-Teilnahme und Verabredung eines neuen Termins zur Diagnostik.

Gibt es vorab von Deiner Seite Fragen oder offene Punkte, die Du gerne zu Beginn klären wollen würdest? Gibt es noch technischen Fragen zur Studienplattform?

Zusatz 16-18-Jährige: „Damit Du an OMPRIS teilnehmen kannst ist es wichtig, dass mindestens ein Erziehungsberechtigter bei diesem Gespräch dabei ist und sowohl Du gleich die Einwilligungserklärung durch Anklicken bestätigst als auch der/die Erziehungsberechtigte.“

→ *Ist kein/e Erziehungsberechtigte/r da, muss dieser dazu geholt werden, bevor die Teilnahmeinfos besprochen werden.*

Nachfrage, inwieweit es Fragen zur Teilnahmeinfo gibt

Teilnehmer werden bereits in Willkommens-Mail darum gebeten die Einverständniserklärung im Detail durchzulesen und mögliche Fragen zu notieren; ggf. haben Teilnehmende auch bereits Einverständniserklärung auf Portal ausgefüllt → vor Termin entsprechen überprüfen

„Bitte öffne nun das Dokument „Teilnahmeinfo“ rechts in der Navigation. Wir würden nun gemeinsam das Dokument durchgehen. Du hast es ja bereits vorab per Mail zugeschickt bekommen und solltest es aufmerksam durchlesen. Wenn Du zu den Punkten irgendwelche Fragen haben solltest, darfst Du diese gerne stellen.“

→ *Dokument mit dem Teilnehmenden durchgehen. Inhaltlich an Beschreibungen im Dokument halten und kurz vorstellen, nicht vorlesen.*

1. „Dir wurden alle wichtigen Informationen über die Studie und die Teilnahme bei OMPRIS mitgeteilt.“
2. Du hattest im Rahmen dieses Aufklärungsgesprächs Zeit alle offenen Fragen mit mir zu besprechen.
3. Dir wurde ausreichend Zeit gelassen, um über eine Teilnahme zu entscheiden.
4. Dir ist bewusst, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und Du die Teilnahme jederzeit widerrufen kannst.
5. Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung würden Deine personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer) entspeydonomisiert werden, damit wir eine Behandlung bei Dir vor Ort (bspw. durch den Sozial-Psychiatrischen Dienst) einleiten können.
6. Im Laufe der OMPRIS Beratung wirst Du immer wieder dazu aufgefordert Fragebögen auszufüllen; damit bist Du einverstanden. Des Weiteren wirst Du auch daran erinnert werden die Fragebögen auszufüllen.“

→ *Theoretisch ist es möglich, dass der Teilnehmende nicht bei allen Punkten Haken setzt. Der Diagnostiker muss dies kontrollieren, während der Teilnehmende die Einverständniserklärung durchklickt.*

→ *Auf der letzten Seite der Einverständniserklärung sind die personenbezogenen Daten zu sehen. Diese kontrolliert der Diagnostiker (bspw. Richtigkeit der Telefonnummer) und fordert den Teilnehmenden ggf. dazu auf an dieser Stelle korrekte Angaben*

vorzunehmen. Lehnt der Teilnehmende es ab seine korrekten personenbezogenen Daten anzugeben, muss er aus der Studie ausgeschlossen werden!

- ➔ *Bei den Ein- und Ausschlusskriterien die Punkte entsprechend abfragen und für Suizidalität (S. 6-7) und psychotische Symptome (S. 19-21) sowie im Vordergrund stehende Substanzabhängigkeit (S. 16-18) die Fragen aus dem M.I.N.I. nutzen. Hinweis zur Suizidalität: Ein Teilnehmender wird von der Studie ausgeschlossen, wenn im letzten Monat ein hohes Suizidrisiko (> 17 Punkte im M.I.N.I.) bestand! Ggf. Schritte der SOP Suizidalität beachten.*

Am Ende der Teilnahmeaufklärung: „Gibt es von Deiner Seite aus noch Fragen oder offene Punkte?“

Wenn Du der Teilnahme zustimmst, klicke bitte die Entsprechenden Hacken an und klicke dann auf „Einwilligung absenden“. Du wirst dieses Dokument anschließend auch nochmal als PDF per E-Mail zugeschickt bekommen.“

- ➔ *Wenn alle Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt bzw. nicht erfüllt sind und der Teilnahme somit nichts entgegensteht, muss der/die Beratende im Fragebogen (Checkliste 1) dies entsprechend ankreuzen und absenden.*
- ➔ *Zusatz 16-18-Jährige: Einwilligung des/der Betroffenen und des/der Erziehungsberechtigten. Beide Dokumente werden als PDF per E-Mail versendet. Anschließend verlässt der/die Erziehungsberechtigte den Raum, da die Diagnostik mit dem/der Teilnehmenden alleine durchgeführt werden soll.*

Diagnostik OMPRIS (Dauer: ca. 60 Minuten)

„Schön, dass Du Dich für eine Teilnahme entschieden hast. Willkommen bei OMPRIS!“

Somit würden wir nun mit dem nächsten Schritt beginnen und ich würde Dir, wie vorhin schon erklärt, einige Fragen stellen. Hierbei werden wir uns mit ganz unterschiedlichen Problembereichen beschäftigen und Du wirst sehen, dass Dich die Bereiche teilweise mehr bzw. teilweise weniger betreffen werden. Die Informationen sind für uns aber alle relevant. Die meisten Fragen wirst Du mit ja oder nein beantworten können, bei einigen Fragen werde ich aber nochmal genauer nachfragen müssen, um Dich und Deine Lebenssituation genau verstehen zu können. Es kann auch sein, dass ich Dich unterbrechen werde, wenn Du mir eine ausführliche Antwort gibst. Das liegt dann nicht daran, dass ich mich für Deine Antwort nicht interessiere, sondern dass Du mir die notwendigen Informationen schon mitgeteilt hast. Versuche bei der Beantwortung der Fragen möglichst gar nicht lange nachzudenken, teile mir einfach das mit, was Dir zuerst einfällt. Hierbei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

Wenn Du eine Frage haben solltest, darfst Du diese natürlich jederzeit stellen. Gibt es aktuell Fragen? Gut, dann beginnen wir.“

- ➔ *M.I.N.I. durchführen*
- ➔ *AICA (ohne Zusatzcodierungen) durchführen*
- ➔ *Die Ergebnisse trägt der/die Beratende in die Checkliste 2 ein*

Die Diagnosen müssen nicht während der Sitzung eingetragen werden, sondern können auch nachträglich ergänzt werden. Hinweis: bei den Diagnosen beachten, dass sich die letzten Punkte, die mit „ja“ und „nein“ angegeben werden, auf die Binge-Eating-Disorder beziehen.

- ➔ Vorherige Behandlungen abfragen (inkl. Diagnosen)
- ➔ ADHS-Screening
- ➔ GAF

„Vielen Dank für Dein Vertrauen und die Beantwortung der Fragen.“

Nächste Schritte (Dauer: ca. 5 Minuten)

„Das weitere Vorgehen sieht nun so aus:

Nachdem wir dieses ausführliche Gespräch hatten, wirst Du gebeten möglichst zeitnah, auf jeden Fall noch in dieser Woche, die Fragebögen auszufüllen. Die Fragebögen sind nun bereits auf dem Portal unter „Offene Formulare“ zu finden. Klicke unter „Offene Formulare“ auf „T0“ und Du gelangst direkt zum entsprechenden Fragebogen. Nimm Dir am besten 30 Minuten Zeit, um die Fragen an einem Stück zu beantworten. Nach dem Beantworten kannst Du Dir direkt einen Termin zur OMPRIS-Beratung buchen. Falls Du die Fragebögen nicht direkt am Stück ausfüllen kannst, klicke bitte auf „Zwischenspeichern“, damit Deine Antworten bis dahin auch gespeichert werden. Anschließend wirst Du automatisch und per Zufall oder Warte- oder Interventionsgruppe zugeordnet. Das bedeutet, dass Du entweder direkt in der nächsten Woche mit den Beratungen starten kannst oder Du vier Wochen warten musst. So oder so kann ich Dir garantieren, dass du innerhalb der nächsten fünf Wochen mit der Beratung beginnen wirst.

Wenn Du die Fragebögen im Portal ausgefüllt hast, kannst Du einen ersten Termin für die Beratung auswählen. Da immer ungefähr zwei Termine pro Woche anstehen, werden für das erste Gespräch in der Regel Termine von Montag bis Mittwoch angezeigt, damit die Möglichkeit besteht, dass Du auch direkt in der ersten Woche zwei Termine wahrnehmen kannst. Schau einfach, welcher Termin für Dich am besten passt. Du wirst einem unserer Beratenden zufällig zugewiesen, das heißt, ich kann Dir nicht sagen, wer die Beratung durchführen wird.

Was ich Dir aber sicher sagen kann ist, dass Du die Beratung nicht bei mir haben wirst. Das ist aus wissenschaftlichen Gründen wichtig. Wir würden uns aber in 5 Wochen nochmal sehen. Bei diesem Termin würde ich Dir einige der heute gestellten Fragen erneut stellen. Der Termin ist aber deutlich kürzer als der heutige. Bei diesem Gespräch ist es dann allerdings wichtig, dass Du mir nicht mitteilst, ob Du bereits an der Intervention teilgenommen hast oder nicht, damit ich von dieser Information nicht beeinflusst werde.

Nochmal kurz zusammengefasst:

- 1.** Du füllst idealerweise direkt im Anschluss an dieses Gespräch (spätestens aber bis Ende der Woche) die Fragebögen auf dem Portal aus.
- 2.** Nachdem Du die Fragebögen ausgefüllt hast, wirst Du automatisch der Interventions- oder Wartegruppe zugeteilt und wählst einen passenden Termin aus.
- 3.** Dieser Termin wird dann zur vereinbarten Zeit mit einem unserer Beratenden stattfinden. Alle weiteren Termine kannst Du flexibel mit Deinem Berater bzw. Deiner Beraterin ausmachen.

4. In fünf Wochen sehen wir uns wieder zu einem Gespräch, das dem von heute ähnelt. Das Gespräch in fünf Wochen dauert allerdings nur etwa 30 Minuten. Wann würde es Dir passen, dass wir dieses Gespräch führen?

Der Teilnehmende muss darauf hingewiesen werden, dass der Termin nicht in der HEVIDO-Plattform erscheinen wird und er sich den Termin gesondert notieren soll.

HINWEIS: Bevor Termin vereinbart wird, Bildschirm-Freigabe beenden, damit Teilnehmer im Termensystem keine anderen Benutzernamen sieht.

Gibt es von Deiner Seite aus noch Fragen oder offene Punkte? Vielen Dank für die Teilnahme! Wir sehen uns dann in fünf Wochen.“

2. Sitzung T2 (Diagnostik II: AICA) Dauer: ca. 30 Minuten

Vorbereitung auf die Sitzung → Ausdrucken:

- AICA

„Hallo und schön Dich wiederzusehen ...! Wie schon bei unserem ersten Gespräch besprochen ist es wichtig, dass ich zu diesem Zeitpunkt nicht weiß, ob Du bereits an den Beratungen von OMPRIS teilgenommen hast oder ob diese erst nach unserem Gespräch heute starten werden.

Ich möchte Dich auch nochmal darauf aufmerksam machen, dass dieses Gespräch der Schweigepflicht unterliegt und das Gespräch nicht aufgezeichnet wird oder ähnliches. Ich werde mir allerdings wieder Notizen machen.

Gibt es von Deiner Seite aus noch Fragen oder offene Punkte?

Dann würden wir nun mit dem strukturierten Interview zu Deinem Internetkonsum beginnen. Das Interview kennst Du schon aus unserem ersten Gespräch, der Ablauf wird heute genau der gleiche sein. Wenn Du zwischendurch eine Frage haben solltest, darfst Du diese natürlich jederzeit stellen“

→ AICA (ohne Zusatzcodierungen) durchführen

„Vielen Dank für Dein Vertrauen und die Beantwortung der Fragen. Gibt es von Deiner Seite aus noch Fragen oder offene Punkte?

Nun würde ich Dich gerne Fragen, ob Du bereits an den Beratungen teilgenommen hast oder starten diese für Dich in der nächsten Woche?

A: Okay, Du hast also bereits an den Beratungen teilgenommen. Ich hoffe, dass Du davon profitieren konntest und bedanke mich schonmal für Deine Teilnahme bei OMPRIS! Wir werden Dich in 6 Wochen und auch in 6 Monaten nochmal kontaktieren. Für das Ausfüllen der Fragebögen wirst Du auch noch einmal eine Aufwandsentschädigung erhalten. Wir beide sehen uns allerdings heute zum letzten Mal, von daher möchte ich Dir für Deine Zukunft alles Gute wünschen!

oder

B: Okay, Du wartest also noch auf den Start der Beratungen. Das bedeutet, dass wir beide uns in fünf Wochen zu einem erneuten Termin wiedersehen werden. Für uns ist dieses Gespräch sehr wichtig, damit wir auch in der Wartegruppe sehen können, wie effektiv OMPRIS war. Wann würde es Dir denn zeitlich passen? Gibt es von Deiner Seite aus noch Fragen oder offene Punkte? Vielen Dank für die Teilnahme! Wir sehen uns dann in fünf Wochen“

HINWEIS: Bevor Termin vereinbart wird, Bildschirm-Freigabe beenden, damit Teilnehmer im Terminalsystem keine anderen Benutzernamen sieht.

3. Sitzung T3 (Diagnostik III: AICA) Dauer: ca. 30 Minuten

Vorbereitung auf die Sitzung → Ausdrucken:

- AICA

„Hallo und schön Dich wiederzusehen ...!

Ich möchte Dich nochmal darauf aufmerksam machen, dass dieses Gespräch der Schweigepflicht unterliegt und das Gespräch nicht aufgezeichnet wird oder ähnliches. Ich werde mir allerdings wieder Notizen machen.

Gibt es von Deiner Seite aus noch Fragen oder offene Punkte?

Dann würden wir nun mit dem strukturierten Interview zu Deinem Internetkonsum beginnen. Das Interview kennst Du schon aus unseren vorherigen Gesprächen, der Ablauf wird heute genau der gleiche sein. Wenn Du zwischendurch eine Frage haben solltest, darfst Du diese natürlich jederzeit stellen“

→ *AICA (ohne Zusatzcodierungen) durchführen*

„Vielen Dank für Dein Vertrauen und die Beantwortung der Fragen. Gibt es von Deiner Seite aus noch Fragen oder offene Punkte?

Nun bist Du schon fast am Ende der OMPRIS-Intervention angekommen und wirst von uns in sechs Wochen bzw. 6 Monaten zum letzten Mal kontaktiert, um erneut einige Fragebögen auszufüllen. Für das Ausfüllen der Fragebögen wirst Du auch noch einmal eine Aufwandsentschädigung erhalten. Ich hoffe, dass Du von den Beratungen profitieren konntest und bedanke mich schonmal für Deine Teilnahme! Für Deine Zukunft wünsche ich Dir alles Gute!“

Anlage 5: Statistische Prüfplan klinische Evaluation (SAP)

Statistischer Analyseplan

Studienkürzel:

OMPRIS

Titel der Studie:

Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht: eine multizentrische, prospektive, randomisiert kontrollierte Studie (RCT) mit einer Wartekontrollgruppe

Basierend auf Protokollversion und Datum:

Dieses Dokument wurde auf der Grundlage der im veröffentlichten Studienprotokoll (akzeptiert am 22. Juni 2021) enthaltenen Informationen verfasst.

Statistik

Prof. Dr. Nina Timmesfeld

Marianne Tokic

Jale Basten

Projektleitung

Dr. med. Jan Dieris-Hirche

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

Geprüft durch

Name:

Unterschrift:

Datum:

1) Dr. med. Jan Dieris-Hirche

2) Prof. Dr. Nina Timmesfeld

3) Jale Basten

SAP Version:

final

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	81
0 Einleitung.....	82
0.1 Vorwort.....	82
0.2 Hintergrund	82
0.3 Fragestellung der Studie.....	83
0.4 Projektleitung	83
1 Studiendesign und -ablauf	84
1.1 Beschreibung des Studiendesigns	84
1.2 Randomisierung.....	86
1.3 Verblindung	86
1.4 Fallzahlberechnung und klinische Fallzahlschätzung	87
1.5 Studienpopulation	87
2 Endpunkte	89
2.1 Zielvariablen und eingesetzte Erhebungsinstrumente.....	90
2.2 Erhebungszeitpunkte.....	92
3 Allgemeine Betrachtung.....	94
3.1 Zeitliche Festlegung der Analysen	94
3.2 Analysepopulation.....	94
3.2.1 Vollständiger Analysedatensatz (Full Analysis Set; FAS).....	94
3.2.2 Modified ITT Datensatz.....	94
3.2.3 Per-Protocol (PP) Datensatz.....	94
3.3 Analysemethoden.....	94
3.4 Kovariablen.....	94
3.5 Missing Data	94
4 Zusammenfassung der Studiendaten.....	96
4.1 Beschreibung des Patientenflusses (Subject Disposition).....	96
4.2 Demografische und Baselinevariablen	97
5 Efficacy Analysen	99
5.1 (Modified) ITT Analysen.....	99
5.2. Per-Protocol Analyse	101

5.3 Sensitivitätsanalysen	101
5.4 Subgruppenanalysen	101
5.5 Moderatoranalysen	101

Abkürzungsverzeichnis

AICA-S	<i>Assessment of Internet and Computer Game Addiction Scale</i>
AICA-SKI: IBS <i>Structured</i>	<i>Assessment of Internet and Computer Game Addiction - Clinical Interview</i>
BFI-10	<i>Big Five Inventory 10-item version</i>
CIUS	<i>Compulsive Internet Use Scale</i>
DSM-5 <i>Edition</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition</i>
EP	Endpunkt
EQ-5D-5L 5	<i>EuroQoL Standardised Measure of Health-related Quality of Life– Dimensions, 5-Level version</i>
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder Screener 7-item version</i>
GSE	<i>General Self-Efficacy Scale</i>
HAQ	<i>Helping Alliance Questionnaire</i>
IG	Interventionsgruppe
IGD	<i>internet gaming disorder</i>
iSocrates	<i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale for Internet–Addiction</i>
ICH	<i>International Conference on Harmonization</i>
ITT	<i>Intention-to-treat</i>
IUD	<i>internet use disorder</i>
L-1	<i>General Life Satisfaction 1-item version</i>
MINI	<i>Mini-International Neuropsychiatric Interview</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire 9-item version</i>
PP	<i>Per-Protocol</i>
RCT	<i>randomized controlled trial</i>
SAP	Statistischer Analyseplan
STICA	Studie zur kurzfristigen Behandlung von Internet- und Computerspielsucht
SUS	<i>System Usability Scale</i>
WHO	World Health Organization
WKG	Wartekontrollgruppe

0 Einleitung

0.1 Vorwort

Der Zweck des statistischen Analyseplans (SAP) besteht darin, die Glaubwürdigkeit der Studienergebnisse zu gewährleisten, indem die statistischen Analyseverfahren für die Studiendaten vor der Sperrung der Datenbank und der Entblindung der Studiendatenbank festgelegt werden. Um eine Verzerrung der Ergebnisse und eine selektive Berichterstattung zu vermeiden, wird ein detaillierter SAP vorgelegt, um post-hoc-Entscheidungen zu vermeiden, die die Interpretation der Ergebnisse der statistischen Analysen der endgültigen Daten beeinflussen könnten.

Dieser SAP ist eine technische Erweiterung des klinischen Studienprotokolls, veröffentlicht in *BMJ Open*¹, und folgt den Prinzipien der Richtlinien der International Conference on Harmonization (ICH) E3, E6 und E9.

0.2 Hintergrund

Im Jahr 2019 hatten rund 90 % aller deutschen Haushalte Zugang zum World Wide Web. Familien mit mindestens einem Kind haben eine fast 100%ige Internetversorgung.² Eine aktuelle repräsentative Studie, die mit deutschen Jugendlichen durchgeführt wurde, berichtet von einer erhöhten mit Internetanwendungen verbrachten Zeit, wobei es insbesondere im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19 Pandemie zu einem erhöhten Anstieg kam. Die durchschnittliche Zeit, die mit Videospielen verbracht wurde, betrug 139 min an Wochentagen und 193 Minuten an Wochenenden.³ Darüber hinaus gibt es weitere Studien aus anderen Ländern, die auf eine Zunahme des Spielverhaltens (z. B. Spielstunden) bei Studierenden und Jugendlichen hinweisen, insbesondere aufgrund der COVID-19 Pandemie im Jahr 2020.^{4,5,6}

Im Mai 2019 stuft die WHO die Internetspielstörung (internet gaming disorder; IGD) in der kommenden Internationalen Klassifikation der Krankheiten (11. Revision) als psychische Störung ein. Allerdings erhalten Betroffene von IGD oder Internetnutzungsstörungen (internet use disorders; IUDs) oft keine angemessene Therapie, da ihnen die Einsicht und Motivation fehlt oder ihnen keine geeigneten lokalen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die bis heute noch lückenhafte Versorgungssituation zur spezifischen Behandlung von Menschen mit Computerspiel- und Internetsucht sowie die suchtspezifischen Motivationsprobleme führen aktuell zu einer Unterversorgung der Betroffenen, die meist sehr spät - oft unter Druck des sozialen Systems - in Behandlung kommen. Dies führt zu chronischen Krankheitsverläufen, in denen es zu deutlichen sozialen Funktionsdefiziten (Verlust des

¹ Dieris-Hirche J, Böttel L, Pape M, *et al.* Effects of an online-based motivational intervention to reduce problematic internet use and promote treatment motivation in internet gaming disorder and internet use disorder (OMPRI): study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021;11:e045840. doi:10.1136/bmjopen-2020-045840

² Bundesamt für Statistik. Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales 2019, 2019. Available: https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEAusgabe_mods_00004527

³ DAK-Gesundheit. Mediensucht 2020 – gaming und social media in Zeiten von corona. DAK-Längsschnittstudie: Befragung von Kindern, Jugendlichen (12 – 17 Jahre) und deren Eltern. Hamburg,n2020. Available: <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/computerspielsucht-2296282.html#/>

⁴ Ko C-H, Yen J-Y. Impact of COVID-19 on gaming disorder: monitoring and prevention. *J Behav Addict* 2020;9:187–9.

⁵ Balhara YPS, Kattula D, Singh S, *et al.* Impact of lockdown following COVID-19 on the gaming behavior of college students. *Indian J Public Health* 2020;64:S172–6.

⁶ Montag C, Wegmann E, Sariyska R, *et al.* How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with "smartphone addiction"? *J Behav Addict* 2019:1–7.

Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes, soziale Isolation, Verwahrlosung) kommen kann. Begeben sich Betroffene in psychotherapeutische Behandlung, werden meist die psychischen Komorbiditäten (Depressionen, ADHS, Angststörungen) behandelt; die Internet- oder Computerspielsucht bleibt meist aufgrund fehlender störungsorientierter Therapieansätze unzureichend behandelt. Zudem wird v.a. der schädliche Gebrauch des Internets, aber auch die Internetsucht, gesellschaftlich und therapeutisch immer noch verharmlost. Eine mögliche frühe, (sekundär-) präventive Intervention wird somit oftmals zu spät in Betracht gezogen.

Aus der o.g. Herleitung ergeben sich folgende Projektziele, die im Rahmen der OMPRIIS Studie bearbeitet werden sollen:

- 1.) Schaffung eines niedrigschwelligen und frühzeitig einsetzbaren onlinebasierten angeleiteten, strukturierten, manualisierten Beratungsangebot, um betroffene und gefährdete Menschen im „Suchtraum“ Internet „abzuholen“.
- 2.) Gezielte und effiziente Förderung der Motivation zur Verhaltensänderung durch ein kompaktes, ortsunabhängiges (weil onlinebasiertes), angeleitetes, strukturiertes, manualisiertes Beratungsangebot zur Reduktion der Mediensuchtsymptome sowie sekundärpräventiven Vermeidung einer weiteren Suchtproblematik.
- 3.) Bei Vorliegen einer Internetsucht: Gezielte Unterstützung bei der Vermittlung in Internetsuchtorientierte Hilfsangebote (z.B. in spezialisierte Behandlungszentren), um laufende Behandlungen der komorbiden Störungen zu verbessern und damit die Behandlung effizienter zu gestalten.

0.3 Fragestellung der Studie

In der Studie soll primär untersucht werden, ob die Teilnahme an der Studie zu einer Reduktion der Mediensuchtsymptomatik, d.h. des problematischen Mediennutzungsverhaltens, führt. Zudem sollen in weiteren sekundären Analysen die Zunahme der Veränderungsmotivation bezüglich der problematischen Mediennutzung, die Zunahme der Lebensqualität, die Reduktion der Depressivität und Ängstlichkeit, die Zunahme der sozialen/globalen psychischen Funktionsfähigkeit und die Zunahme der Selbstwirksamkeit untersucht werden.

Deskriptiv werden die therapeutische Beziehung, Vermittlungsquote in analoge Behandlungsangebote, Persönlichkeitseigenschaften und Zufriedenheit mit dem System dargestellt. Explorativ wird untersucht, ob es mögliche Prädiktoren (z.B. personenbezogene Merkmale) für eine erfolgreiche Teilnahme an OMPRIIS gibt und die Vermittlungsquote in analoge Behandlungsangebote erhoben.

0.4 Projektleitung

Konsortialführer, Projektleitung und Antragsteller: Dr. med. Jan Dieris-Hirche, Tel.: 0234-5077-3135, Fax: 0234-5077-3759. Email: jan.dieris-hirche@rub.de

Konsortialführer, Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. Stephan Herpertz, Tel.: Tel.: 0234-5077-3100, Fax: 0234-5077-3111. Email: stephan.herpertz@rub.de.

Beide tätig am LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Alexandrinenstraße 1-3, 44791 Bochum.

1 Studiendesign und -ablauf

1.1 Beschreibung des Studiendesigns

Die multizentrische, prospektive, einfach verblindete OMPRIIS Studie ist als randomisierte kontrollierte Studie (RCT) im Wartegruppenkontroll-Design geplant (Abbildung 1). Alle Teilnehmenden der Studie werden randomisiert entweder in die sofort startende Interventionsgruppe (IG) oder in die Wartekontrollgruppe (WKG, 4-6 Wochen) zugeteilt. Der primäre Endpunkt wird in den 4 Wochen der Intervention kontinuierlich gemessen (Messpunkte: T0 Ausgangswert, T1 Mitte der Intervention und T2 nach der Intervention). Während dieser 4 Wochen werden den Probanden bis zu acht webcam-basierte psychologische Behandlungen und ein oder zwei Sitzungen zur sozialen Unterstützung angeboten. Darüber hinaus wird eine ausführliche diagnostische Webcam-Sitzung 1 Woche vor und 1 Woche nach der Intervention angeboten. Zwei Follow-up Erhebungen, eine 6 Wochen nach Interventionsende (T3) bzw. 6 Monaten nach Randomisierung (T4) finden statt. Die Studie wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert und ist daher in erster Linie eine Gesundheitsforschungsstudie, die eine innovative Form der telemedizinischen eHealth-Versorgung untersuchen soll.

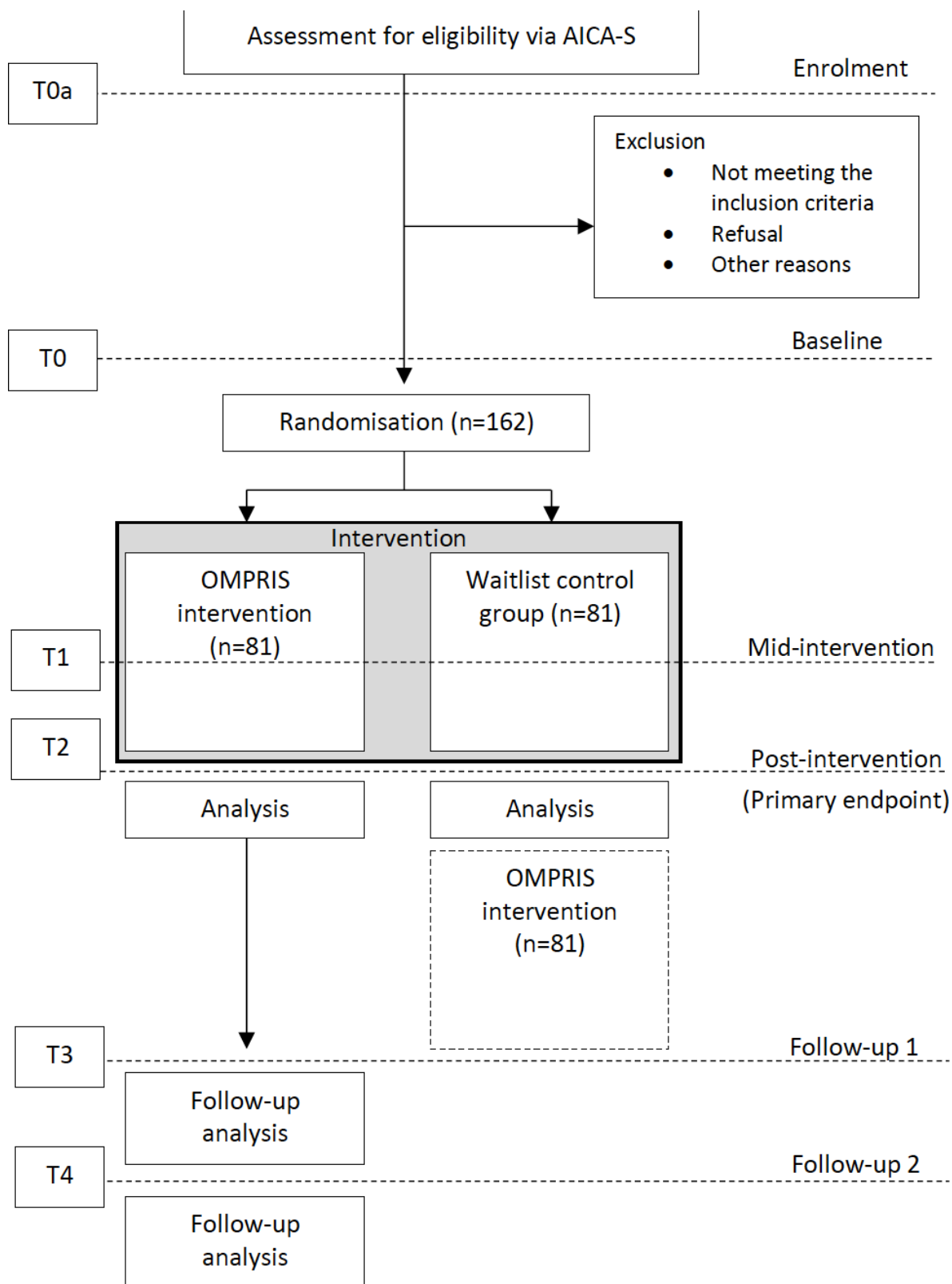


Abbildung 1: Flow-Chart der Erhebungszeitpunkte: Beurteilung der Eignung (T0a), Ausgangswert (T0), Mitte der Intervention (T1; nach 2 Wochen), Post-Intervention (T2; nach 4 Wochen) und zwei Follow-ups (T3: 6 Wochen nach der Intervention, T4: 6 Monate nach Randomisierung).

1.2 Randomisierung

Mit der sequenziell ausgleichenden Randomisierung nach Borm et al⁷ werden prognostisch relevante Faktoren in aufeinanderfolgender Reihenfolge ausbalanciert. Bei dieser Methode wird jeder Faktor nacheinander behandelt, und wenn neue Probanden in die OMPRIS-Intervention eintreten, werden sie entweder IG oder der WKG zugewiesen, je nachdem welche Zuordnung zu einem besseren Gleichgewicht des ersten Faktors in den Armen führt. Wenn zum Beispiel bezüglich des ersten Faktors Gleichgewicht besteht, dann wird der Proband der Gruppe zugewiesen, durch die es zu einem verbesserten Gleichgewicht bezüglich des zweiten Faktors kommt. Wenn alle Faktoren gemäß den vordefinierten Ungleichgewichtsstufen ausgeglichen sind, wird der neue Proband zufällig zugewiesen. Vier Faktoren haben einen relevanten prognostischen Wert, wobei jeder von ihnen auf der Grundlage der Daten einer früheren Studie^{8,9} und des AICA-S-Fragebogens^{10,11} in drei Klassen eingeteilt wird: (1) Geschlecht (Frauen, Männer, divers); (2) der Schweregrad der internetbezogenen Suchtsymptome (AICA-S <7, 7-13; >13); (3) Alter (16-17, 18-30, >30 Jahre); und (4) die Art der Internetabhängigkeit (Online-Spiele, Pornografie/Cybersex, alle anderen Genres). Zuständig für die Festlegung der Ungleichgewichtsstufen sowie für die Durchführung der Randomisierung ist die Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Bochum, die nicht an der OMPRIS-Einschreibung oder -Bewertung beteiligt ist. Da die Intervention ortsunabhängig durchgeführt wird, findet die Randomisierung nicht zentrumspezifisch statt.

1.3 Verblindung

Die Studie wird in einem einfach verblindeten Design durchgeführt. Die Teilnehmer werden nach der ersten Einführungssitzung darüber informiert, dass sie nach dem Zufallsprinzip entweder der IG (die sofort mit der Intervention beginnt) oder der WKG (die erst mit vierwöchiger Verzögerung mit der Intervention beginnt) zugeteilt wurden.

Darüber hinaus werden die Mitarbeiter, die die OMPRIS-Intervention durchführen, nicht über die den Teilnehmern zugewiesenen Gruppen informiert. Die Ergebnismessung ist softwarebasiert (Selbstauskunft). Die Teilnehmer erhalten nach ihrer letzten Sitzung der OMPRIS-Intervention einen kurzen, automatisch erstellten persönlichen Feedback-Bericht per E-Mail. Die Studiendatenbank wird während der Datenaufbereitung (keine Gruppenvariable) und bei der Auswertung (keine Kenntnis der Gruppenzuteilung hinter den Labeln) verblindet bleiben.

⁷ Borm GF, Hoogendoorn EH, den Heijer M, et al. Sequential balancing: a simple method for treatment allocation in clinical trials. *Contemp Clin Trials* 2005;26:637–45.

⁸ te Wildt B. Entwicklung und evaluation eines Online-Ambulanz- Service Zur Diagnostik und Beratung. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit, 2018. Available: https://www.bund.esge.sund.heit.smin.isterium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_OASIS.pdf

⁹ Bottel L, Bielefeld M, Steinbuechel T. Evaluation of an online ambulatory service for Internet addicts (OASIS). *J Behav Addict* 2018;7:45.

¹⁰ Wöfling K, Müller KW, Beutel M. Reliabilität und validität der skala zum computerspielverhalten (CSV-S). *Psychother Psych Med* 2011;61:216–24.

¹¹ Wöfling K, Beutel ME, Müller KW. OSV-S - skala zum onlinesuchtverhalten. In: Geue K, Strauß B, Brähler E, eds. *Diagnostische verfahren in Der psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2016: 362–6.

1.4 Fallzahlberechnung und klinische Fallzahlschätzung

Die Fallzahlberechnung erfolgte mit Hilfe eines zweiseitigen Zweistichproben-t-Tests zu einem Signifikanzniveau von 5% und zur Erreichung einer Power von 80%. Eine aktuelle RCT-Behandlungsstudie (STICA-Studie zur kurzfristigen Behandlung von Internet- und Computerspielsucht) ergab eine Effektgröße von $d=1,19$ für die Wirkung einer analogen kognitiven Verhaltenstherapie auf die Verringerung von internetbezogenen Nutzungsstörungssymptomen ($SD=3,92$) unter Verwendung desselben Ergebnismaßes AICA-S.¹² Für eine konservative Effektgröße von $d=0,51$ (entspricht etwa 43% der STICA-Studie) und einem zu entdeckenden Unterschied von $\delta =2$ Punkten im AICA-S, ergibt sich eine benötigte Fallzahl von 62 Patienten pro Gruppe. Unter der Annahme einer Drop-Out-Rate von 30% sollen 81 Patienten pro Gruppe in die Studie eingeschlossen werden.

1.5 Studienpopulation

Die primäre Zielpopulation der OMPRIIS Studie sind Betroffene mit problematischem oder pathologischem Gebrauch von Computerspielen, anderen spezifischen Arten der Internetnutzung (Internetpornographie, Soziale Netzwerkseiten, etc.) oder generell des Internets. Um jedoch den präventiven Ansatz der Intervention zu fördern werden auch Probanden auf Wunsch zugelassen, die im Screening einen unauffälligen Wert erzielt haben.

Um eine möglichst niedrige Schwelle zur Teilnahme zu ermöglichen, wurden breite Einschlusskriterien gewählt:

- 1.) Möglichkeit zur regelmäßigen Nutzung einer Internetanbindung mit Webcam und/oder mindestens Mikrofon sowie eine Emailadresse
- 2.) Alter ab 16. Lebensjahr (unter 18 Jahre mit Einwilligung mind. eines Elternteils in Form einer kurzen schriftlichen Einwilligung und einer kurzen Webcam-basierten Bestätigung)
- 3.) Ausreichendes Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache
- 4.) Informierte Zustimmung zur Auflösung der Pseudonymisierung im Notfall (d.h. bei konkreter Suizidalität)

Als Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- 1.) Akute oder vergangene psychotische Symptome in den letzten 6 Monaten (akuter Wahn, Halluzinationen, massive Denkstörungen)
- 2.) Akute Suizidalität oder Selbstgefährdung
- 3.) Schwere Intelligenzminderung, die einer Teilnahme entgegenstehen
- 4.) Im Vordergrund stehende Substanzabhängigkeit
- 5.) Alter unter 16 Jahre oder fehlendes Einverständnis der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen.
- 6.) Mangelnde Deutschkenntnisse
- 7.) Fehlender regelmäßiger Internetzugang mit Webcam sowie fehlende Emailadresse
- 8.) Vorliegen bekannter somatischer Vorerkrankungen, die selber oder deren Behandlung durch hormonbeeinflussende Medikamente mit einer Impulskontrollstörung einhergehen könnten (z.B. Morbus Parkinson mit dopaminerger Medikation).

¹² Wölfling K, Müller KW, Dreier M, et al. Efficacy of short-term treatment of Internet and computer game addiction: a randomized

clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2019;76:1018-25.

- 9.) Aktuell bereits laufende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung aufgrund der Mediensucht.
- 10.) Konsum von illegalen Inhalten (aus gegebenen Anlässen nachträglich ergänzt; nicht im Studienprotokoll als Ausschlusskriterium genannt)

2 Endpunkte

Primärer Endpunkt

Die Teilnahme an OMPRIIS führt bei den Teilnehmern zu einer Reduktion der Mediensuchtsymptomatik, d.h. des problematischen Mediennutzungsverhaltens. Primärer Zielparameter ist die Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (AICA-S, Wölfling et al., 2010) nach Abschluss der Intervention (T2). Sofern der primäre Endpunkt zu T2 nicht vorliegt, wird er, sofern vorliegend, durch den AICA-S zu T1 (2 Wochen nach Beginn der Intervention, d.h. Mitte der Intervention) ersetzt. Liegt der AICA-S weder zu T1 noch zu T2 vor, wird imputiert.

Sekundäre Endpunkte

- 1.) Die Teilnahme an OMPRIIS führt bei den Teilnehmern zu einer Zunahme der Veränderungsmotivation bezüglich der problematischen Mediennutzung gemessen mit der Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (iSOCRATES-D, Miller & Tonigan, 1996).
- 2.) Die Teilnahme an OMPRIIS führt bei den Teilnehmern zu einer Zunahme der Lebensqualität. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird mit dem EQ5D (EuroQol Group, 1990; wird in einem separaten SAP für die gesundheitsökonomischen Daten spezifiziert) gemessen. Die allgemeine Lebenszufriedenheit wird mit der Single-Item Skala L-1 (Beierlein, Kovaleva & Lázló, 2014) gemessen.
- 3.) Die Teilnahme an OMPRIIS führt bei den Teilnehmern zu einer Reduktion der Depressivität und Ängstlichkeit, gemessen mit den relevanten Fragen (PHQ-9 und GAD-7) des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D, Löwe et al., 2002).
- 4.) Die Teilnahme an OMPRIIS führt bei den Teilnehmern zu einer Zunahme der sozialen/globalen psychischen Funktionsfähigkeit, gemessen mit dem Global Assessment of Functioning (GAF, American Psychiatric Association, 1989).
- 5.) Die Teilnahme an OMPRIIS führt bei den Teilnehmern zu einer erhöhten Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit, gemessen mit der allgemeinen Selbstwirksamkeitsskala (GSE, deutsche Übersetzung SWE, Schwarzer et al., 1995).
- 6.) Die Teilnahme an OMPRIIS führt bei den Teilnehmern zu einer Reduktion der internetbezogenen Störungen, gemessen mit dem Compulsive Internet Use Scale (CIUS, Meerkerk et al., 2009).

Als sekundärer Endpunkt dient der jeweilige Zielparameter nach Abschluss der Intervention (T2). Wenn der Messwert zu T2 nicht vorliegt wird dieser, wie auch beim primären Endpunkt, durch den Messwert bei T1 ersetzt. Liegt weder der Messwert zu T1 noch zu T2 vor, werden die Beobachtungen der Personen ausgeschlossen (modified ITT).

Weitere deskriptive Messungen

Deskriptiv werden folgende Ergebnisse dargestellt: Therapeutische Beziehung aus Patienten und Therapeutenperspektive, Vermittlungsquote, Persönlichkeitseigenschaften, subjektiv empfundene Symptomschwere, psychiatrische Komorbiditäten, Zufriedenheit mit technischer Umsetzung.

2.1 Zielvariablen und eingesetzte Erhebungsinstrumente

Tabelle 1: Zielvariablen und eingesetzte Erhebungsinstrumente

Instrument	Konstrukt	Items
Primäre Zielvariable: Reduktion der internetbezogenen Suchtsymptome		
AICA Suchtkriterien DSM-5 (Müller & Wölfling, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen - deckt alle relevanten Suchtkriterien orientiert an den DSM-5 ab - Fragen auf einer fünfstufigen Likertskala von 0 = „nie“ bis 4 = „sehr oft“ 	15
Sekundäre Zielvariablen		
2.) Ausmaße der Verbesserung einer Veränderungsmotivation		
iSOCRATES-D (Miller & Tonigan, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> - internetbezogene Version der Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale - eigens entwickelte, für die Internetabhängigkeit adaptierte deutsche Version der in der Suchtmedizin etablierten SOCRATES Skala (Miller & Tonigan, 1996) - Fragen auf einer fünfstufigen Likertskala von 1 = „stimme nicht zu“ bis 5 = „stimme vollkommen zu“ 	19
3.) Zunahme der Lebensqualität		
L-1 (Beierlein, Kovaleva & László, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Skala beinhaltet nur ein Item „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?“, das auf einer 11-stufigen Skala von „überhaupt nicht zufrieden“ (0) bis „völlig zufrieden“ (10) beantwortet wird - Die Zuverlässigkeit wurde durch Test-Retest Zuverlässigkeit getestet, die mit $r_{tt}=0,67$ angegeben wurde. 	1
4.) Reduktion der klinischen Depressivität und Ängstlichkeit		
PHQ-9 (Spitzer et al., 1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstauskunftsversion des Screening-Instruments Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) für häufige psychische Störungen - Jedes der neun DSM-IV Kriterien wird auf einer vierstufigen Likertskala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 3 = „fast jeden Tag“ bewertet - ausgezeichnete interne Konsistenz ($\alpha=0,83-0,92$) 	9
GAD-7 (Spitzer et al., 2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Maß zur Bewertung allgemeiner Angstsymptome gemäß den DSM-IV Kriterien auf einer vierstufigen Likert-Skala - ausgezeichnete interne Konsistenz ($\alpha=0,89$) 	7
5.) Zunahme der sozialen/globalen psychischen Funktionsfähigkeit		
GAF (American Psychiatric Association, 1989)	<ul style="list-style-type: none"> - Skala zum psychosozialen Funktionsniveau eines Patienten, unabhängig von dessen kulturellen Hintergrund sowie dem Schweregrad seiner Symptomatik - GAF-Skala ist in 10 Funktionsniveaus mit je 10 Punkten unterteilt - reicht von 100 (höchstes Leistungsniveau) bis zu 1 (niedrigstes Leistungsniveau) 	1
6.) Erhöhte Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit		
GSE (Schwarzer & Jerusalem, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung - vierstufigen Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ 	10

	<ul style="list-style-type: none"> - misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird 	
7.) Reduktion der internetbezogenen Störungen		
CIUS (Meerkerk et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Skala zur zwanghaften Internetnutzung - 5-Punkte-Likert-Skala - misst Symptome von internetbezogenen Störungen - hat eine gute interne Konsistenz ($\alpha=0.89$) gezeigt 	14
Deskriptiv erfasste weitere Parameter		
AICA-SKI:IBS (Müller & Wölfling, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung der Symptome einer Internetbezogenen Störung evaluiert durch das strukturierte klinische Interview zu Internetbezogenen Störungen - Interview ist an den DSM-5 Kriterien für die Internet Gaming Disorder orientiert und bietet eine geleitete Exploration der wichtigsten Symptome der Internetbezogenen Sucht - wurde an einer Stichprobe von 500 ambulanten Patienten entwickelt und validiert 	6
M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998)	<ul style="list-style-type: none"> - kurzes strukturiertes diagnostisches Interview, entwickelt für DSM-5 und ICD-10 psychiatrische Störungen - mit einer Bearbeitungszeit von ca. 15-20 Minuten wurde es entwickelt, um den Bedarf an einem kurzen, aber genauen strukturierten psychiatrischen Interview für multizentrische klinische Studien und epidemiologische Untersuchungen zu decken 	19
Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Bassler & Nübling, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> - ein hochrelevantes Instrument zur Beurteilung der therapeutischen Allianz - kann sowohl als Patientenversion (HAQ-P) als auch, in leicht modifizierter Form, als Therapeutenversion (HAQ-T) verwendet werden - alle Items werden auf einer 6-stufigen Likert-Skala von "stimme voll zu" bis "stimme überhaupt nicht zu" bewertet - besteht aus zwei Faktoren: "Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis" und "Beziehung zum Therapeuten" - Cronbachs Alpha der beiden Skalen wurde als gut bezeichnet ($\alpha=0,75-0,89$ für den HAQ-P und $\alpha=0,63-0,85$ für den HAQ-T) 	11
Big Five Inventory (BFI-10; Rammstedt & John, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstauskunft mit 10 Items zur Beurteilung der Big Five Persönlichkeitsmerkmale - hat fünf Unterskalen mit zwei bidirektionalen Items für jeden der Persönlichkeitsfaktoren - die 10 Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet, bei der die Probanden zwischen Antworten von "stimme überhaupt nicht zu" bis "stimme voll und ganz zu" wählen können - die Zuverlässigkeit wurde anhand der Test-Retest-Reliabilität geprüft, die sich als gut erwiesen hat ($r_{tt}=0,58-0,84$) 	10

Referral to other organisations	- Überweisung an andere Organisationen und weitere Behandlungen wird anhand von drei selbstentwickelten Items bewertet	3
System Usability Scale (SUS; Brooke, 1996)	- zuverlässiges Instrument zur Messung der Benutzerfreundlichkeit bei einer Vielzahl von Diensten, einschließlich Software, Websites und Anwendungen - besteht aus 10 Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 'stimme voll zu' bis 'stimme überhaupt nicht zu'	10

Legende: AICA-S, Assessment of Internet and Computer Game Addiction Scale; ISOCRATES, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale for Internet-Addiction; EQ-5D-5L, EuroQoL Standardised Measure of Health-related Quality of Life-5 Dimensions, 5-Level version; L-1, General Life Satisfaction 1-item version; PHQ-9, Patient Health Questionnaire 9-item version; SUS, System Usability Scale; SWE, Self-Efficacy Scale; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder Screener 7-item version; MINI, Mini- International Neuropsychiatric Interview; GAF, Global Assessment of Functioning; CIUS, Compulsive Internet Use Scale; SWE, Self-Efficacy Scale; AICA-SKI:IBS, Assessment of Internet and Computer Game Addiction-Structured Clinical Interview.

2.2 Erhebungszeitpunkte

Tabelle 2: Erhebungen und Zeitpunkt

	T0a Teilnahmeberechtigung	T0 Baseline	Jede Sitzung	T1 Verlaufsbeobachtung	T2 Postintervention	T3 and T4 Follow-up	
Voraussichtl. Erhebungzeitpunkt	1 Woche			Nach 2 Wochen	Nach 4 Wochen	6 Wochen nach T2	6 Monate nach Randomisierung
Einwilligung	x						
Lifestyle Parameter		x			x	x	x
Treatment information		x					
Satisfaction			x		x		
Mood			x				
AICA-SKI:IBS		x			x		
Gruppenvergleich							
AICA-S	x	x		x	x	x	x
ISOCRATES		x		x	x	x	x
L-1		x			x	x	x
PHQ-9		x			x	x	x
GAD-7		x			x	x	x

GAF		x			x		
CIUS		x		x	x	x	x
GSE		x			x	x	x
Deskriptive Auswertung (nur in Interventionsgruppe vorliegend)							
HAQ				x	x		
SUS					x		
Vermittlungs- quote (Referral rate)						x	x
Basischarakteristia (Table 1)							
Demographics	x						
MINI		x					
BFI-10		x					
Gesundheitsökonomie*							
Resource use		x			x	x	x
EQ-5D-5L		x			x	x	x

*Analysen zu Gesundheitsökonomie werden in einem separaten SAP spezifiziert.

3 Allgemeine Betrachtung

3.1 Zeitliche Festlegung der Analysen

Der erste Proband wurde am 1. September 2020 in die OMPRIS-Studie aufgenommen. Die Rekrutierung der Teilnehmer wurde im Februar 2022 abgeschlossen, und die Follow-Up Datenerhebung (T4) der letzten Probanden wird bis September 2022 erwartet. Nach der Datenaufbereitung wird die Datenbank geschlossen und bis Ende Oktober 2022 ist die Auswertung und Publikation der Ergebnisse geplant.

3.2 Analysepopulation

3.2.1 Vollständiger Analysedatensatz (Full Analysis Set; FAS)

Die Analyse des primären Endpunkts wird als Intention-to-treat (ITT) Analyse durchgeführt, d.h. alle randomisierten Probanden (n = 180) werden in die Analyse einbezogen, unabhängig von einer vorzeitigen Beendigung des OMPRIS-Programms oder der Ergebnismessung.

3.2.2 Modified ITT Datensatz

Die sekundären Endpunkte werden in modifizierten ITT-Populationen (modified ITT) ausgewertet. Diese umfassen alle randomisierten Probanden, welche den jeweiligen sekundären Endpunkt zu T0 **und** zu T1 **oder** T2 vorliegen haben.

3.2.3 Per-Protocol (PP) Datensatz

Die PP Population besteht aus allen Teilnehmenden, die nicht wesentlich vom Protokoll abgewichen sind. Sie wurde definiert als Probanden, die an mindestens zwei Online-Sitzungen teilgenommen (gilt nur für die Interventionsgruppe) und die T2 Erhebung (bis spätestens 28 Tage nach Freigabe von T2, d.h. 4 Wochen nach T2) abgeschlossen haben.

3.3 Analysemethoden

Die Analysen der primären und sekundären Endpunkte erfolgt mittels einer Kovarianzanalyse auf den Differenzen der jeweiligen Scores zwischen dem Zeitpunkt T0 und T2.

3.4 Kovariablen

Als Kovariable werden neben dem Wert des betrachteten Scores zu T0 (Baseline) noch die folgenden Variablen mit ins Modell aufgenommen: Art der Internetsucht, Alter, Geschlecht und Vorliegen von aktuellen psychiatrischen Komorbiditäten (MINI ohne ADHS).

3.5 Missing Data

Fehlende Daten zum Zeitpunkt T2 werden mit Zwischenwerten (aus T1) ersetzt. Liegt auch der Messwert zu T1 nicht vor, erfolgt eine multiple Imputation mittels Regressionsmodellen. Dazu wird anhand der in der Randomisierung berücksichtigten Variablen (AICA-S zur Baseline (T0), Alter, Geschlecht, Art der Internetabhängigkeit) ein lineares Regressionsmodell angepasst, welches Vorhersagen für den Score zum Zeitpunkt T2 trifft. Die fehlenden Daten werden durch die entsprechenden Vorhersagen ersetzt. Die Art der Internetabhängigkeit wird gruppiert in (1) Online-Streamingdienste, (2) Online-Spiele, (3) Pornografie/Cybersex, (4) Social media und Online-Communities und (5) alle anderen Genres (Einkaufen,

Informationsrecherche, Glücksspiel und Emails schreiben). Die Regressionsgewichte sind unter „missing-at-random“ (MAR) unverzerrt, wenn die Faktoren, die das Fehlen der Angaben beeinflussen, Teil des Regressionsmodells sind. Andererseits wird die Variabilität der unterstellten Daten systematisch unterschätzt. Das Ausmaß der Unterschätzung hängt von der erklärten Varianz und vom Anteil der fehlenden Fälle ab (Little und Rubin, 2002, p. 64). Da davon auszugehen ist, dass es weitere Faktoren gibt, die Einfluss auf das Fehlen von Daten haben, sollen verschiedene Sensitivitätsanalysen (siehe 5.3 Sensitivitätsanalysen) mit unterschiedlichen Ersetzungsstrategien, insbesondere auch konservative Ersetzungen, berechnet werden, um so den Einfluss auf die Ergebnisse abzuschätzen.

4 Zusammenfassung der Studiendaten

Alle kontinuierlichen Variablen werden mit Hilfe der folgenden deskriptiven Statistik nach Behandlungsgruppen zusammengefasst: N (nicht fehlender Stichprobenumfang), Mittelwert \pm Standardabweichung (SD) (approximativ normalverteilte Variablenwerte) bzw. Median, Maximum und Minimum (sofern nicht-normalverteilte Variablenwerte). Die absoluten Häufigkeiten und Prozentsätze (basierend auf dem nicht-fehlenden Stichprobenumfang) der beobachteten Werte werden für alle kategorialen Variablen angegeben.

4.1 Beschreibung des Patientenflusses (Subject Disposition)

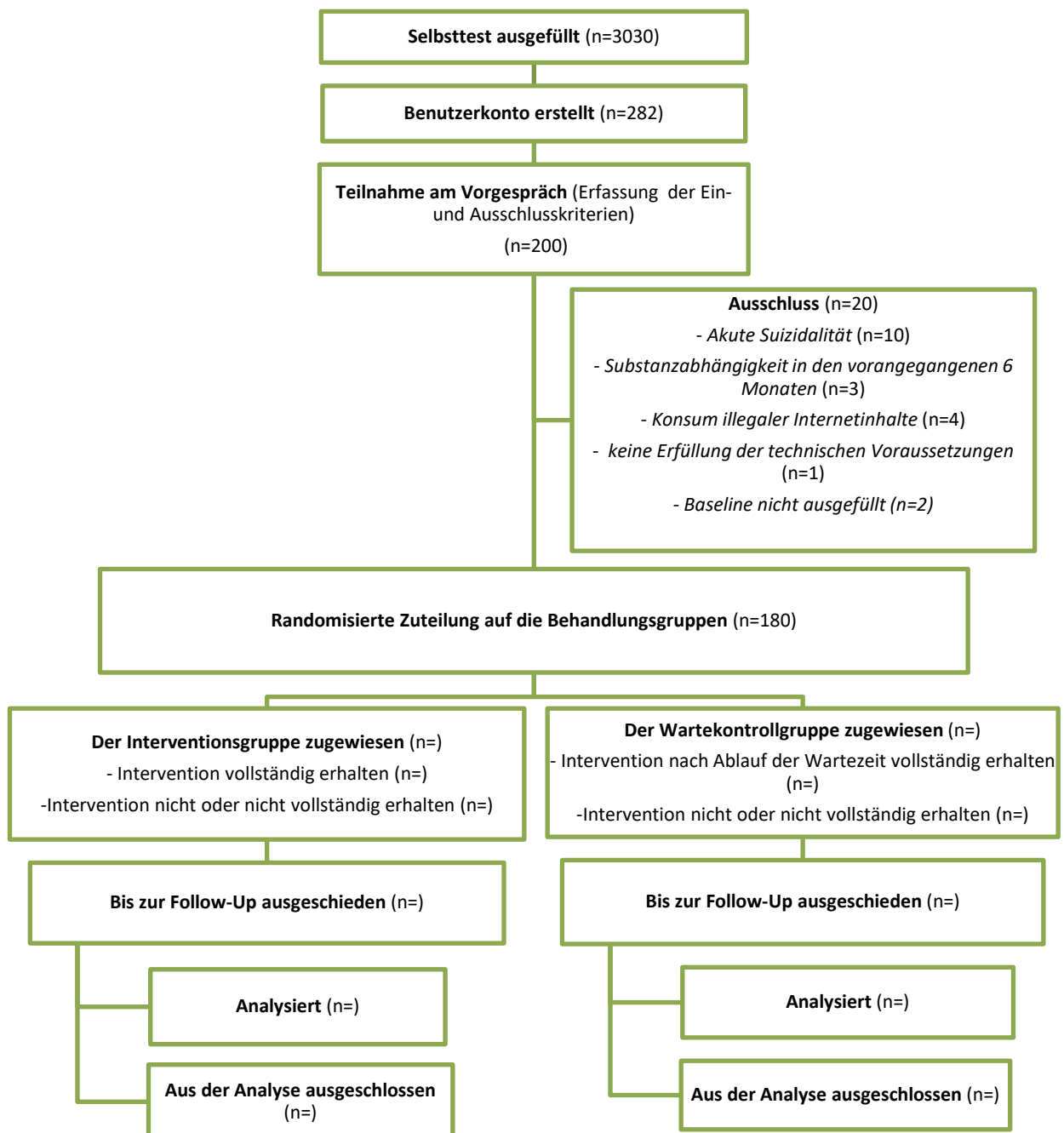


Abbildung 2: CONSORT Diagramm.

4.2 Demografische und Baselinevariablen

Die folgenden Patientenmerkmale und Ausgangskovariablen vor der Behandlung werden deskriptiv dargestellt.

	Randomisierungsgruppe	
	IG (n=XX)	WKG (n=YY)
Soziodemografie		
Alter (in Jahren)		
Geschlecht <ul style="list-style-type: none"> - weiblich - männlich - divers 		
Familienstand <ul style="list-style-type: none"> - unverheiratet ohne Partner - unverheiratet mit Partner - verheiratet - geschieden - verwitwet 		
Berufliche Situation <ul style="list-style-type: none"> - Vollzeitbeschäftigt - Teilzeitbeschäftigt - Selbständig - Arbeitslos - In der Berufsausbildung - Studierend an der Universität - Sonstige (z.B. Schüler, Rentner, arbeitsunfähig) 		
Bildungsniveau <ul style="list-style-type: none"> - hoch (≥ 12 Jahre) - mäßig (10 Jahre) - niedrig (≤ 9 Jahre) - Derzeit noch in Ausbildung 		
Morbiditätsbezogene Merkmale		
Jemals in Behandlung wegen einer psychischen oder psychiatrischen Störung		
Komorbiditäten (aktuell) <ul style="list-style-type: none"> - Affektive Störungen (z. B. Depression, bipolare Störung) - Neurotische und Belastungsstörungen (z. B. Panikstörung, soziale Phobie, Zwangsstörungen) - Psychische und Verhaltensstörungen, die durch psychotrope Substanzen verursacht werden (z. B. Alkohol-, Drogenmissbrauch) 		

Statistical Analysis Plan OMPRI

- Essstörungen (z. B. Anorexia- Bulimia nervosa, Binge Eating)		
Komorbiditäten (in der Vergangenheit)		
- Affektive Störungen (z. B. Depression, bipolare Störung)		
- Neurotische und Belastungsstörungen (z. B. Panikstörung, soziale Phobie, Zwangsstörungen)		
- Psychische und Verhaltensstörungen, die durch psychotrope Substanzen verursacht werden (z. B. Alkohol-, Drogenmissbrauch)		
- Essstörungen (z. B. Anorexia-, Bulimia nervosa, Binge eating)		
Mindestens eine Komorbidität (aktuell)		
AICA-S		
AICA-SKI:IBS Interview		
- Keine Störung, aber subjektiver Leidensdruck		
- milde Störung		
- moderate Störung		
- schwere Störung		
Ausmaß und Art des Suchtverhaltens		
Internetnutzung am Wochenende Std./Tag		
Internetnutzung wochentags Std./Tag		
Mittlere wöchentliche Internetnutzung Std./Woche		
Beginn der problematischen Internetnutzung (Anzahl in Jahren)		
Internetanwendungen (am problematischsten)		
- Online-Spiele		
- Online-Pornografie		
- Online-Streaming		
- Soziale Netzwerkseiten & Chatten		
- Sonstige (z. B. Einkaufen, Glücksspiel, Informationssuche)		
BFI-10		
- Negative Emotionalität (früher: Neurotizismus)		
- Extraversion		
- Offenheit		
- Verträglichkeit		
- Gewissenhaftigkeit		
Positives ADHS-Screening V1.1		

5 Efficacy Analysen

Die Analyse wird mit R (Version 4.2.1) durchgeführt. Alle Nullhypothesen werden zweiseitig zum Signifikanzniveau von 5% getestet, sofern nicht anders angegeben.

5.1 (Modified) ITT Analysen

Die Analyse des primären Endpunkts wird als Intention-to-treat (ITT) Analyse durchgeführt, d.h. alle randomisierten Teilnehmer werden in die Analyse einbezogen, unabhängig von der Beendigung des OMPRIIS-Programms oder der Ergebnismessung. Fehlende Daten werden durch Imputation mit Zwischenwerten (sofern vorhanden aus T1) ersetzt. Liegt auch der Messwert zu T1 nicht vor, erfolgt eine multiple Imputation mittels Regressionsmodellen. Unser Ziel ist es, die De-Jure-Hypothese zu untersuchen und die Wirksamkeit der Behandlung zu bewerten. Es geht darum, den Unterschied in der Ergebnisverbesserung bei allen randomisierten Probanden zwischen Baseline (T0) und dem geplanten Endpunkt (T2) zu schätzen, der auf die ursprünglich randomisierte Intervention zurückzuführen ist. Wir versuchen also, den de jure-Schätzwert des Behandlungseffekts zu messen.

Die sekundären Endpunkte werden in modifizierten ITT-Populationen (modified ITT) ausgewertet. Diese umfassen alle randomisierten Probanden, welche den jeweiligen sekundären Endpunkt zu T0 und zu T1 oder T2 vorliegen haben, d.h. bei Fehlen des Messwertes zu T2 wird dieser durch den Zwischenwert bei T1 ersetzt, aber es erfolgt keine multiple Imputation, wie für den primären Endpunkt vorgesehen. Die Anzahl Probanden, die bei der jeweiligen Analyse berücksichtigt werden, wird angegeben.

Lineares Modell

Die Beobachtung des Scores zum Zeitpunkt T2 des i-ten Teilnehmers ($i=1,\dots,n$) ist gegeben durch

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{treat}_i + \beta_2 \text{scoreT0}_i + \beta_3 \text{art}_i + \beta_4 \text{sex}_i + \beta_5 \text{age}_i + \beta_6 \text{psyK}_i + e_i,$$

wobei

- β_0 Intercept
- β_1 Interventionseffekt
- β_2 Effekt des Scores zur Baseline (T0)
- β_3 Effekt für die unterschiedlichen Arten der Internetabhängigkeit
- β_4 Effekt des Geschlechts
- β_5 Effekt des Alters
- β_6 Effekt für das Vorliegen aktueller psychiatrischer Komorbiditäten

Variable	Definition	Ausprägungen im Datensatz	Gruppierung im Modell
y	Score (primärer und sekundäre) gemessen nach Intervention (T2)	numerisch	
treat	Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe (IG) oder Wartekontrollgruppe (WKG)	faktoriell	
scoreT0	Score (primärer und sekundäre) zum Randomisierungszeitpunkt (T0)	numerisch	

art	Art der Internetabhängigkeit	<p>1 = Online-Spiele</p> <p>2 = Einkaufen</p> <p>3 = Chatten/Austausch in Foren</p> <p>4 = Emails schreiben</p> <p>5 = Onlinesex-Angebote</p> <p>6 = Online-Glücksspiele</p> <p>7 = Online-Communities</p> <p>8 = Informationsrecherche</p> <p>9 = Online-Streamingdienste</p>	<p>1 = Online-Streamingdienste</p> <p>2 = Online-Spiele</p> <p>3 = Onlinesex-Angebote (z.B. pornografische Bilder)</p> <p>4 = Online-Communities & Chatten/Austausch in Foren</p> <p>5 = Weitere Genres (Einkaufen; Emails schreiben; Online-Glücksspiele; Informationsrecherche)</p>
sex	Geschlecht des Teilnehmenden	<ul style="list-style-type: none"> - männlich (m) - weiblich (f) - divers (d) 	Zusammenfassung von „f“ und „d“ aufgrund zu geringer Gruppenbesetzung von „d“
age	Alter des Teilnehmenden zum Randomisierungszeitpunkt (T0)	numerisch	
psyK	<p>Vorliegen mindestens einer aktuellen psychiatrischen Komorbidität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MINI_A1_T0 (Major Depression Disorder, aktuell) - MINI_A3_T0 (Major Depression Disorder, rezidivierend) - MINI_C1_T0 (Bipolar-I-Störung, aktuell) - MINI_C3_T0 (Bipolar-II-Störung, aktuell) - MINI_C5_T0 (nicht näher bezeichnete bipolare Störung, aktuell) - MINI_D_T0 (Panikstörung, aktuell) - MINI_E_T0 (Agoraphobie, aktuell) - MINI_F1_T0 (Soziale Phobie, aktuell, generalisiert) - MINI_F2_T0 (Soziale Phobie, aktuell, nicht-generalisiert) 	<p>binär:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1= Ja - 0 = Nein 	

	<ul style="list-style-type: none"> - MINI_G_T0 (Zwangsstörung, aktuell) - MINI_H_T0 (Posttraumatische Belastungsstörung, aktuell) - MINI_L_T0 (Anorexia nervosa, aktuell) - MINI_M1_T0 (Bulimia nervosa, aktuell) - MINI_M2_T0 (Anorexia nervosa, bulimischer Typus, aktuell) - MINI_N_T0 (Generalisierte Angststörung, aktuell) - MINI_P_T0 (Antisoziale Persönlichkeitsstörung) - BES_T0 (Verdacht auf Binge-Eating-Störung) 		
--	--	--	--

5.2. Per-Protocol Analyse

Alle Analysen werden unter Verwendung des PP-Analysesets wiederholt.

5.3 Sensitivitätsanalysen

Da davon auszugehen ist, dass fehlende Daten nicht „missing-at-random“ sind, sollen verschiedene Sensitivitätsanalysen mit unterschiedlichen Ersetzungsstrategien, insbesondere auch konservative Ersetzungen, berechnet werden, um den Einfluss auf die Ergebnisse abzuschätzen.

- 1.) Patienten bei denen der Messwert zu T1 und T2 fehlen, werden in der Sensitivitätsanalyse nicht berücksichtigt.
- 2.) Wenn der Messwert zu T1 und T2 fehlt, wird T2 auf den Scorewert zu T0 gesetzt.

5.4 Subgruppenanalysen

Anstelle von Subgruppenanalysen sind verschiedene Moderatoranalysen geplant, siehe nachfolgender Abschnitt.

5.5 Moderatoranalysen

Mittels einer Moderatoranalyse wird untersucht, ob es mögliche Prädiktoren (z.B. Personenbezogene Merkmale) für eine erfolgreiche Teilnahme an OMPRIIS gibt. Hierfür werden Modelle mit Interaktionen zwischen der Intervention und dem Schweregrad (AICA-S), dem Alter, dem Geschlecht und der Art der Intervention berechnet.

Anlage 6: Statistischer Analyseplan – Gesundheitsökonomische Evaluation

Statistischer Analyseplan – Gesundheitsökonomische Evaluation

Studienkürzel:	OMPRIS
Titel der Studie:	Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht: eine multizentrische, prospektive, randomisiert kontrollierte Studie (RCT) mit einer Wartekontrollgruppe
Basierend auf Protokollversion und Datum:	Dieses Dokument wurde auf der Grundlage der im veröffentlichten Studienprotokoll (akzeptiert am 22. Juni 2021) enthaltenen Informationen verfasst.
Studienteil	Gesundheitsökonomische Evaluation
Statistik	Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Anja Neumann Dr. PH Silke Neusser Anja Niemann
Projektleitung Gesundheitsökonomische Evaluation	Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Anja Neumann Dr. PH Silke Neusser

Gepprüft durch

Name: **Unterschrift:** **Datum:**

1) Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Anja Neumann

2) Dr. PH Silke Neusser

3) Anja Niemann

SAP Version: final

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	104
1 Einleitung.....	105
1.1 Vorwort	105
1.2 Hintergrund	105
1.3 Fragestellung der Gesundheitsökonomischen Evaluation	106
1.4 Projektleitung Gesundheitsökonomische Evaluation	106
2 Studiendesign und -ablauf.....	107
2.1 Beschreibung des Studiendesigns	107
2.2 Ablauf der Studie	107
3 Kostenberechnung.....	109
3.1 Identifikation der relevanten Ressourcen	109
3.2 Messung des Ressourcenverbrauches	109
3.3 Bepreisung des Ressourcenverbrauchs	109
3.4 Perspektive	110
4 Endpunkte.....	110
5 Erhebungszeitpunkte.....	111
6 Allgemeine Betrachtung	111
6.1 Zeitliche Festlegung der Analysen	111
6.2 Analysepopulation	112
6.2.1 Vollständiger Analysedatensatz (Full Analysis Set; FAS).....	112
6.2.2 Modified ITT Datensatz.....	112
6.2.3 Per-Protocol (PP) Datensatz.....	112
6.3 Statistische Auswertung	112
6.4 Missing Data	112

Abkürzungsverzeichnis

AICA-S	<i>Assessment of Internet and Computer Game Addiction Scale</i>
DDD	<i>defined daily dose</i>
EBM	<i>Einheitlicher Bewertungsmaßstab</i>
EQ-5D-5L <i>Life-5</i>	<i>EuroQoL Standardised Measure of Health-related Quality of Dimensions, 5-Level version</i>
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
IG	Interventionsgruppe
IGD	<i>internet gaming disorder</i>
ICH	<i>International Conference on Harmonization</i>
ITT	<i>Intention-to-treat</i>
IUD	<i>internet use disorder</i>
PP	<i>Per-Protocol</i>
QUALY	<i>quality-adjusted life years</i>
RCT	<i>randomized controlled trial</i>
SAP	Statistischer Analyseplan
SD	Standardabweichung
WHO	World Health Organization
WKG	Wartekontrollgruppe

1 Einleitung

1.1 Vorwort

Der Zweck des statistischen Analyseplans (SAP) besteht darin, die Glaubwürdigkeit der Studienergebnisse zu gewährleisten, indem die statistischen Analyseverfahren für die Studiendaten vor der Sperrung der Datenbank und der Entblindung der Studiendatenbank festgelegt werden. Um eine Verzerrung der Ergebnisse und eine selektive Berichterstattung zu vermeiden, wird ein detaillierter SAP vorgelegt, um post-hoc-Entscheidungen zu vermeiden, die die Interpretation der Ergebnisse der statistischen Analysen der endgültigen Daten beeinflussen könnten.

Dieser SAP ist eine technische Erweiterung des klinischen Studienprotokolls, veröffentlicht in *BMJ Open*¹³, und folgt den Prinzipien der Richtlinien der International Conference on Harmonization (ICH) E3, E6 und E9.

1.2 Hintergrund

Im Jahr 2019 hatten rund 90 % aller deutschen Haushalte Zugang zum World Wide Web. Familien mit mindestens einem Kind haben eine fast 100%ige Internetversorgung.¹⁴ Eine aktuelle repräsentative Studie, die mit deutschen Jugendlichen durchgeführt wurde, berichtet von einer erhöhten mit Internetanwendungen verbrachten Zeit, wobei es insbesondere im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19 Pandemie zu einem erhöhten Anstieg kam. Die durchschnittliche Zeit, die mit Videospiele verbracht wurde, betrug 139 min an Wochentagen und 193 Minuten an Wochenenden.¹⁵ Darüber hinaus gibt es weitere Studien aus anderen Ländern, die auf eine Zunahme des Spielverhaltens (z. B. Spielstunden) bei Studierenden und Jugendlichen hinweisen, insbesondere aufgrund der COVID-19 Pandemie im Jahr 2020.^{16,17,18}

Im Mai 2019 stuft die WHO die Internetspielstörung (internet gaming disorder; IGD) in der kommenden Internationalen Klassifikation der Krankheiten (11. Revision) als psychische Störung ein. Allerdings erhalten Betroffene von IGD oder Internetnutzungsstörungen (internet use disorders; IUDs) oft keine angemessene Therapie, da ihnen die Einsicht und Motivation fehlt oder ihnen keine geeigneten lokalen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die bis heute noch lückenhafte Versorgungssituation zur spezifischen Behandlung von Menschen mit Computerspiel- und Internetsucht sowie die suchtspezifischen Motivationsprobleme führen aktuell zu einer Unterversorgung der Betroffenen, die meist sehr spät - oft unter Druck des sozialen Systems - in Behandlung kommen. Dies führt zu chronischen Krankheitsverläufen, in denen es zu deutlichen sozialen Funktionsdefiziten (Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes, soziale Isolation, Verwahrlosung) kommen kann. Begeben sich Betroffene in psychotherapeutische Behandlung, werden meist die psychischen Komorbiditäten (Depressionen, ADHS, Angststörungen) behandelt; die Internet- oder

¹³ Dieris-Hirche J, Bottel L, Pape M, *et al.* Effects of an online-based motivational intervention to reduce problematic internet use and promote treatment motivation in internet gaming disorder and internet use disorder (OMPRIS): study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021;11:e045840. doi:10.1136/bmjopen-2020-045840

¹⁴ Bundesamt für Statistik. Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales 2019, 2019. Available: https://www.statistischebibliothek.de/mir/ceive/DEAusgabe_mods_00004527

¹⁵ DAK-Gesundheit. Mediensucht 2020 – gaming und social media in Zeiten von corona. DAK-Längsschnittstudie: Befragung von Kindern, Jugendlichen (12 – 17 Jahre) und deren Eltern. Hamburg, n2020. Available: <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/computerspielsucht-2296282.html#/>

¹⁶ Ko C-H, Yen J-Y. Impact of COVID-19 on gaming disorder: monitoring and prevention. *J Behav Addict* 2020;9:187–9.

¹⁷ Balhara YPS, Kattula D, Singh S, *et al.* Impact of lockdown following COVID-19 on the gaming behavior of college students. *Indian J Public Health* 2020;64:S172–6.

¹⁸ Montag C, Wegmann E, Sariyska R, *et al.* How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with "smartphone addiction"? *J Behav Addict* 2019:1–7.

Computerspielsucht bleibt meist aufgrund fehlender störungsorientierter Therapieansätze unzureichend behandelt. Zudem wird v.a. der schädliche Gebrauch des Internets, aber auch die Internetsucht, gesellschaftlich und therapeutisch immer noch verharmlost. Eine mögliche frühe, (sekundär-) präventive Intervention wird somit oftmals zu spät in Betracht gezogen.

Aus der o.g. Herleitung ergeben sich folgende Projektziele, die im Rahmen der OMPRIIS Studie bearbeitet werden sollen:

- 4.) Schaffung eines niedrigschwelligen und frühzeitig einsetzbaren onlinebasierten angeleiteten, strukturierten, manualisierten Beratungsangebot, um betroffene und gefährdete Menschen im „Suchtraum“ Internet „abzuholen“.
- 5.) Gezielte und effiziente Förderung der Motivation zur Verhaltensänderung durch ein kompaktes, ortsunabhängiges (weil onlinebasiertes), angeleitetes, strukturiertes, manualisiertes Beratungsangebot zur Reduktion der Mediensuchtsymptome sowie sekundärpräventiven Vermeidung einer weiteren Suchtproblematik.
- 6.) Bei Vorliegen einer Internetsucht: Gezielte Unterstützung bei der Vermittlung in Internetsuchtorientierte Hilfsangebote (z.B. in spezialisierte Behandlungszentren), um laufende Behandlungen der komorbiden Störungen zu verbessern und damit die Behandlung effizienter zu gestalten.

1.3 Fragestellung der Gesundheitsökonomischen Evaluation

Im Rahmen der Gesundheitsökonomischen Evaluation soll die Kosteneffektivität der Intervention im Vergleich zum Verzicht auf diese ermittelt werden. Zu diesem Zweck wird eine Kosten-Effektivitäts-Analyse, auf Basis der ausgewiesenen primären Outcome-Parameter zur Reduktion der Mediensuchtproblematik, durchgeführt. Zudem soll unter Einbeziehung der Messung zur Lebensqualität eine Kosten-Nutzwert-Analyse aufgestellt werden. Zuletzt werden die Kosten der Implementierung und Durchführung des Programmes OMPRIIS im Rahmen der Interventionskostenanalyse erhoben. Explorativ wird untersucht, ob Prädiktoren (z.B. personenbezogene Merkmale) für die Kosten vorliegen.

Hypothesen:

1. Die Kosten -Effektivität der Intervention im Vergleich zum Verzicht auf diese verbessert sich aus gesellschaftlicher Perspektive für die Befragungszeitpunkte T0 und T2.
2. Die Kosten-Nutzwert-Relation der Intervention im Vergleich zum Verzicht auf diese verbessert sich aus Perspektive der GKV für die Befragungszeitpunkte T0 bis T2.

1.4 Projektleitung Gesundheitsökonomische Evaluation

Konsortialpartner, gesundheitsökonomische Evaluation, Biometrie:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Anja Neumann, Tel: +49 201 183-4077, Fax: +49 201 183-4073, E-Mail: anja.neumann@medman.uni-due.de

Dr. PH Silke Neusser, Tel: +49 201 183-3158, Fax: +49 201 183-4073, E-Mail: silke.neusser@medman.uni-due.de

Beide tätig am Lehrstuhl für Medizinmanagement, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Thea-Leymann-Straße 9, 45127 Essen

2 Studiendesign und -ablauf

2.1 Beschreibung des Studiendesigns

Die multizentrische, prospektive, einfach verblindete OMPRIS Studie ist als randomisierte kontrollierte Studie (RCT) im Wartegruppenkontroll-Design geplant (Abbildung 1). Alle Teilnehmenden der Studie werden randomisiert entweder der sofort startenden Interventionsgruppe (IG) oder einer Wartekontrollgruppe (WKG, 4-6 Wochen) zugeteilt. Während der vierwöchigen Intervention werden den Probanden bis zu acht webcam-basierte psychologische Behandlungen und ein oder zwei Sitzungen zur sozialen Unterstützung angeboten. Darüber hinaus wird eine ausführliche diagnostische Webcam-Sitzung 1 Woche vor und 1 Woche nach der Intervention angeboten. Insgesamt kann ein Proband also an bis zu 12 Webcam-Sitzungen teilnehmen. Der Ressourcenverbrauch im Rahmen der Gesundheitsökonomischen Evaluation wird über eine wiederholte Fragebogenerfassung gemessen (Messpunkte: T0 baseline, T2 post-intervention, T3a 6-Wochen follow-up). Die Studie wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert und ist daher in erster Linie eine Gesundheitsforschungsstudie, die eine innovative Form der telemedizinischen eHealth-Versorgung untersuchen soll.

2.2 Ablauf der Studie

Der Ablauf der Studie in Bezug auf die Randomisierung, die Verblindung, die Fallzahlberechnung und klinische Fallzahlschätzung, und die Studienpopulation werden detailliert im statistischen Analyseplan zur Auswertung der Klinischen Zielvariablen unter Leitung von Dr. med. Jan Dieris-Hirche und Prof. Dr. med. Stephan Herpertz ausgeführt.

Die primäre Zielpopulation der OMPRIS Studie sind Betroffene mit problematischem oder pathologischem Gebrauch von Computerspielen, anderen spezifischen Arten der Internetnutzung (Internetpornographie, Soziale Netzwerkseiten, etc.) oder generell des Internets.

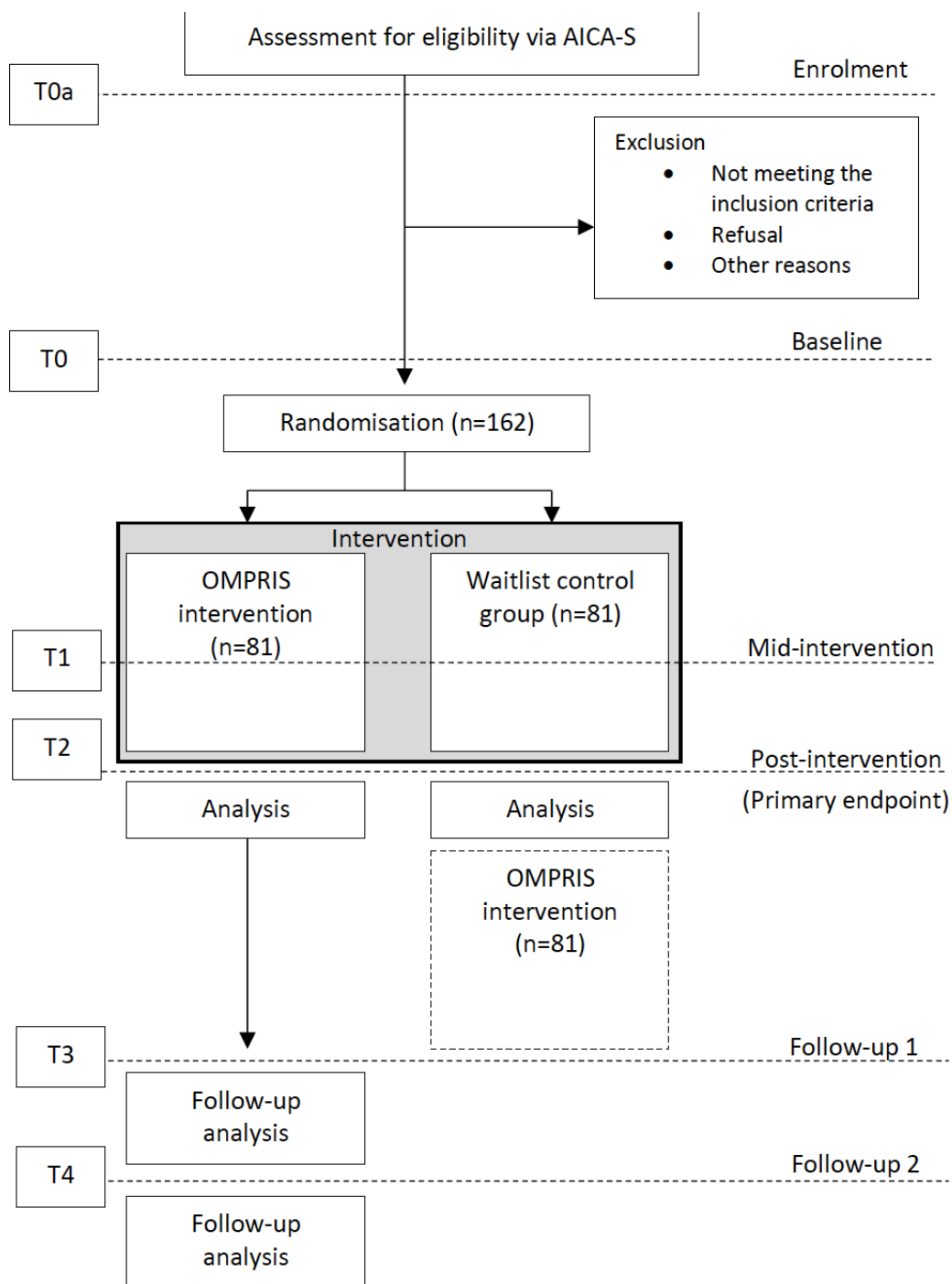


Abbildung 3: Flow-Chart der Erhebungszeitpunkte: Beurteilung der Eignung (T0a), Ausgangswert (T0), Mitte der Intervention (T1; nach 2 Wochen), Post-Intervention (T2; nach 4 Wochen) und zwei Follow-ups (T3: 6 Wochen nach der Intervention, T4: 6 Monate nach Randomisierung).

3 Kostenberechnung

Die durch einen Studienteilnehmenden verursachten Kosten im Gesundheitssystem werden mittels eines dreistufigen Prozesses ermittelt. Zunächst werden für die Analyse relevante Kostenkomponenten identifiziert, der Verbrauch der Ressourcen quantifiziert und zuletzt werden Preise für die Ressourcen recherchiert. Das Vorgehen der Kostenberechnung basiert auf den Empfehlungen der Publikationen von Krauth et al.¹⁹, Bock et al.²⁰, Scholz et al.²¹ und Grupp et al.²²

3.1 Identifikation der relevanten Ressourcen

In die Analyse werden direkte medizinische Ressourcenverbräuche im ambulanten und stationären Sektor einbezogen. Hierfür werden größtenteils Ressourcen aus in der gesundheitsökonomischen Evaluation etablierten Publikationen entnommen^{8,10}, dazu gehören ambulante Arztkontakte, Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Rehabilitation und Heilmittel. Ergänzt werden diese um für die psychiatrische Versorgung relevante Ressourcen. Des Weiteren werden indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung untersucht. Zuletzt werden direkte nicht-medizinische Ressourcenverbräuche hinsichtlich Hilfeleistungen im Alltag aufgrund psychischer Erkrankungen erfasst. Fragen zu relevanten Hilfeleistungen wurden ausgehend von der Publikation von Grupp et al.¹⁰ entwickelt.

Zudem werden Ressourcenverbräuche hinsichtlich Wohnform, erhaltene Geldleistungen, Schulden, berufsbegleitende Maßnahmen, Angebote im sozialpsychiatrischen Bereich und Einfluss des Online-Verhaltens auf Schule/Ausbildung/Arbeit einbezogen.

3.2 Messung des Ressourcenverbrauches

Zur Messung des Ressourcenverbrauchs wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der in die klinische Erhebung zu den Zeitpunkten T0 Baseline, T2 Postintervention und T3 Follow-up integriert wird. Die Erhebung erfolgt in Form einer Online-Befragung. Das Fragen- und Antwortformat basiert auf den Erhebungsbögen von Bock et al.⁸ und Grupp et al.¹⁰, und darüber hinaus selbst entwickelten Fragen.

3.3 Bepreisung des Ressourcenverbrauches

Zur Bepreisung von ambulanten Arztkontakten, Krankenhausaufhalten, Rehabilitation und Heilmitteln werden größtenteils die in Bock et al.⁸ und Grupp et al.¹⁰ veröffentlichten Standardkostensätze verwendet. Zusätzlich werden Quellen, wie der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)²³, verwendet. Die Hilfe im Alltag wird zum einen mit dem Nettolohn⁸ im Bereich der Hilfe durch Angehörige sowie mit einem Standardkostensatz¹⁰ im

¹⁹ Krauth C, Hessel F, Hansmeier T et al. Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation - ein Vorschlag der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG). Gesundheitswesen 2005; 67: 736-746.

²⁰ Bock JO, Brettschneider C, Seidl H, Bowles D, Holle R, Greiner W, et al. (2015): Calculation of standardised unit costs from a societal perspective for health economic evaluation. Gesundheitswesen 2015;77(1): 53-61.

²¹ Scholz S, Biermann-Stallwitz J, Brettschneider C (2020): Standardisierte Kostenberechnungen im deutschen Gesundheitswesen: Bericht der Arbeitsgruppe „Standardkosten“ des Ausschusses „ökonomische Evaluation“ der dggö: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2020; 25(1): 52-59.

²² Grupp H, König H-H, Konnopka A (2017): Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen. Gesundheitswesen. 2017;7(1)9: 48-57

²³ Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2022. Berlin. 2022. https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2022.pdf

Bereich des ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes und Gehaltsangaben des Entgeltatlasses der Arbeitsagentur bepreist²⁴.

Der Preis für den Produktivitätsausfall wird nach Friktionskostenansatz²⁵ berechnet und mit dem durchschnittlichen Bruttolohn²⁶, zuzüglich Arbeitgeberanteil bewertet.

Über die LAUER TAXE[®] werden Medikamentenpreise, unter Berücksichtigung der in Schwalm et al.²⁷ beschriebenen Methodik, recherchiert. Die Medikamentenpreise werden auf Wirkstoffebene in der LAUER TAXE[®] gesucht. Nach Empfehlung von Schwalm et al.¹⁵ wird der durchschnittliche Preis der drei günstigsten Präparate auf Basis der größtmöglichen Packung berechnet. Hierbei wird bei Medikamenten in Tablettenform die Packungsgröße auf maximal 100 Stück begrenzt, da angenommen wird, dass für den Privatgebrauch in der Regel keine größeren Packungsgrößen verwendet werden. Kann die Dosierung des Medikaments pro Tag nicht den Angaben des Fragebogens entnommen werden, wird die defined daily dose (DDD)²⁸ herangezogen. Bei unzureichender Zuordenbarkeit einer Medikamentenangabe zu einem Wirkstoff werden dem Arzneimittelverordnungsreport²⁹ der Preis pro DDD für eine Medikamentenobergruppe entnommen.

Wohnform, erhaltene Geldleistungen, Schulden, berufsbegleitende Maßnahmen, Angebote im sozialpsychiatrischen Bereich und Einfluss des Online-Verhaltens auf Schule/Ausbildung/Arbeit werden deskriptiv ausgewertet. Eine Darstellung der Kosten für diese Ressourcenverbräuche erfolgt nicht.

Alle Preise werden auf das Basisjahr 2021 mittels Verbraucherpreisindex³⁰ inflationiert.

3.4 Perspektive

Die Gesundheitsökonomische Evaluation wird zum einen aus der Perspektive der Gesellschaft, zum anderen aus der Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt. Der zuvor beschriebene dreistufige Prozess der Kostenberechnung wird jeweils für beide Perspektiven durchlaufen.

4 Endpunkte

Bei den Kosten sowie der Kosteneffektivität handelt es sich um sekundäre Endpunkte im Rahmen der Studie OMPRIS. Als Effektparameter wird für die Kosten-Effektivitäts-Analyse der im klinischen Teil der Studie erhobene primäre Endpunkt AICA-S (Assessment of Internet and

²⁴ Bundesagentur für Arbeit. Entgeltatlas. 2021. Available: <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/>

²⁵ IQWiG. Allgemeine Methoden. Version 6.1 vom 24.1.2022. Köln. 2022. Available: <https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden-v6-1.pdf>

²⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis), Verdienste und Arbeitskosten. Arbeitnehmerverdienste. Fachserie 16, Reihe 2.3. 2022. Available: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/Publikationen/Downloads-Verdienste-und-Verdienstunterschiede/arbeitnehmerverdienste-jahr-2160230217004.pdf?__blob=publicationFile

²⁷ Schwalm A, Neusser S, Mostardt S, Kunigkeit C, Biermann-Stallwitz J, Wasem J, Neumann A. Methoden der Kostenberechnung von Arzneimitteln im deutschen Gesundheitssystem: Bericht der Arbeitsgruppe „Standardkosten“ des Ausschusses „ökonomische Evaluation“ der dggö. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2020; 25(01): 44 - 51. doi:10.1055/a-1107-0104

²⁸ Fricke U, Günther J, Niepraschk-von Dollen K, Zawinell A. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD-Angaben. Berlin. 2021. Available: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/arzneimittel-klassifikation/>

²⁹ Ludwig W-D, Mühlbauer B, Seifert R (Hrsg.) (2021): Arzneimittelverordnungs-Report 2021. Springer, Berlin, doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63825-5>.

³⁰ Statistisches Bundesamt (Destatis), Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre. Verfügbarer Zeitraum 1991 - 2021. Available: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=61111-0001&startjahr=1991#abreadcrum>

Computer Game Addiction Scale)³¹ verwendet. Sofern der primäre Endpunkt zu T2 nicht vorliegt, wird er, sofern vorliegend, durch den AICA-S zu T1 (2 Wochen nach Beginn der Intervention, d.h. Mitte der Intervention) ersetzt. Liegt der AICA-S weder zu T1 noch zu T2 vor, wird imputiert (vgl. SAP Dieris-Hirche, Timmesfeld).

Im Rahmen der Kosten-Nutzwert-Analyse wird mittels des EQ-5D-5L³² die gesundheitsbezogene Lebensqualität bestimmt. Der EQ-5D-5L adressiert fünf Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die mit fünf Leveln bewertet werden können. Zusätzlich wird über eine visuelle Analogskala (0-100) der Gesundheitszustand des Befragungstages angegeben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird im Ergebnis als Indexwert (0-1) angegeben. In Kombination mit der Lebenszeit werden mittels Multiplikation mit dem Index die qualitätsadjustierten Jahre (QALY) ermittelt.

Die Ressourcenverbräuche werden nach dem oben dargestellten Vorgehen retrospektiv bei der Baseline-Befragung für die vergangenen zehn Wochen und für die Befragung T2 und T3 für den Zeitraum seit der letzten Befragung erfasst. Ebenfalls erhoben werden die Ressourcenverbräuche der Intervention, deren Bewertung analog erfolgt.

Im Rahmen einer inkrementellen Analyse wird die Kosteneffektivität der Intervention im Vergleich zum Verzicht auf diese für die Messzeitpunkte T0 bis T2 aus Perspektive der GKV berechnet.

5 Erhebungszeitpunkte

Tabelle 3: Erhebungen und Zeitpunkt für den Gesundheitsökonomischen Teil

	T0 Baseline	T2 Postintervention	T3 Follow-up
Gruppenvergleich			
AICA-S (primärer EP; in English: OSV)	x	x	x
Gesundheitsökonomie			
Resource use	x	x	x
EQ-5D-5L	x	x	x

6 Allgemeine Betrachtung

6.1 Zeitliche Festlegung der Analysen

Der erste Proband wurde am 1. September 2020 in die OMPRIS-Studie aufgenommen. Die Rekrutierung der Teilnehmer wurde im Februar 2022 abgeschlossen, und die Follow-Up Datenerhebung (T4) der letzten Probanden wird bis September 2022 erwartet. Nach der Datenaufbereitung wird die Datenbank geschlossen und bis Ende Oktober 2022 ist die Auswertung und Publikation der Ergebnisse geplant.

³¹ Wöfling K, Müller K, Beutel M (2010) Diagnostic measures: Scale for the Assessment of Internet and Computer game Addiction (AICA-S). In: Mücken D, Teske A, Rehbein F, te Wildt B (Eds.), Prevention, diagnostics, and therapy of computer game addiction. Lengerich: Pabst Science Publishers 212-215.

³² EuroQol Group. EQ-5D-5L. German. Germany. Self-Complete. Digital. Available: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/all-eq-5d-versions/>

6.2 Analysepopulation

6.2.1 Vollständiger Analysedatensatz (Full Analysis Set; FAS)

Die Analysen der primären Endpunkte werden als Intention-to-treat (ITT) Analysen durchgeführt, d.h. alle randomisierten Probanden (n = 180) werden in die Analyse einbezogen, unabhängig von einer vorzeitigen Beendigung des OMPRIS-Programms oder der Ergebnismessung.

6.2.2 Modified ITT Datensatz

Die sekundären Endpunkte werden in modifizierten ITT-Populationen (modified ITT) ausgewertet. Diese umfassen alle randomisierten Probanden, welche den jeweiligen sekundären Endpunkt zu T0 **und** zu T1 **oder** T2 vorliegen haben.

6.2.3 Per-Protocol (PP) Datensatz

Die PP Population besteht aus allen Teilnehmenden, die nicht wesentlich vom Protokoll abgewichen sind. Sie wurde definiert als Probanden, die an mindestens zwei Online-Sitzungen teilgenommen (gilt nur für die Interventionsgruppe) und die T2 Erhebung (bis spätestens 28 Tage nach Freigabe von T2, d.h. 4 Wochen nach T2) abgeschlossen haben.

6.3 Statistische Auswertung

Die Analyse wird mit SPSS (Version 27) durchgeführt. Es werden verschiedene deskriptive Verfahren durchgeführt. Die Gesamtkosten sowie die Einzelkomponenten der Kosten werden für die Gesamtpopulation sowie getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe berechnet: Median, Mittelwert, \pm Standardabweichung (SD), Minimum, Maximum, Häufigkeiten und Prozentsätze. In Bezug auf verschiedene Behandlungsgruppen erfolgen Subgruppenanalysen.

Mittelwertunterschiede werden mittels Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz geprüft. Das Signifikanzniveau wird für alle Analysen auf 5% festgelegt.

Zur Berücksichtigung von Unsicherheiten werden deterministische Sensitivitätsanalysen durchgeführt.

Der Einfluss verschiedener Variablen auf die Kosten wird explorativ mittels linearer Regression überprüft.

Bei statistisch signifikanten Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu T0 erfolgt eine Difference-in-Difference-Analyse.

6.4 Missing Data

Fehlende Daten hinsichtlich des primären Endpunktes werden zum Zeitpunkt T2 mit Zwischenwerten (aus T1) ersetzt. Liegt auch der Messwert zu T1 nicht vor, erfolgt eine multiple Imputation mittels Regressionsmodellen. Dazu wird anhand der in der Randomisierung berücksichtigten Variablen (AICA-S zur Baseline (T0), Alter, Geschlecht, Art der Internetabhängigkeit) ein lineares Regressionsmodell angepasst, welches Vorhersagen für den Score zum Zeitpunkt T2 trifft. Die fehlenden Daten werden durch die entsprechenden Vorhersagen ersetzt. Die Art der Internetabhängigkeit wird gruppiert in (1) Online-Streamingdienste, (2) Online-Spiele, (3) Pornografie/Cybersex, (4) Social media und Online-Communities und (5) alle anderen Genres (Einkaufen, Informationsrecherche, Glücksspiel und Emails schreiben). Die Regressionsgewichte sind unter „missing-at-random“

(MAR) unverzerrt, wenn die Faktoren, die das Fehlen der Angaben beeinflussen, Teil des Regressionsmodells sind. Andererseits wird die Variabilität der unterstellten Daten systematisch unterschätzt. Das Ausmaß der Unterschätzung hängt von der erklärten Varianz und vom Anteil der fehlenden Fälle ab (Little und Rubin, 2002, p. 64).

Fehlende Daten der gesundheitsökonomischen Erhebungen werden in der Regel im Bereich der Ressourcenverbräuche mittels Übernahme des Medians ersetzt.



Lastenheft - OMPRIS

Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Reduktion des problematischen Medienkonsums und Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht (OMPRI)

Inhalt

1	Verantwortliche Stelle und Ansprechperson für das Projekt.....	4
2	Einleitung / Hintergrund	4
3	Zieldefinition / Grundlegende Anforderungen	5
3.1	Inhaltsziele	5
3.2	Zeitziele.....	5
3.3	Leistungsziele	6
3.4	Technische Ziele.....	9
3.5	Datenschutzziele	10
4	Soll-Zustand / Prozessbeschreibung	11
4.1	Beteiligte Akteure	12
4.1.1	Interessierte	12
4.1.2	Betroffene/Teilnehmende.....	12
4.1.3	Berater	13
4.1.4	Sozialarbeiter	13
4.1.5	Administrator	13
4.2	Soll-Prozess (Beispiel)	13
5	Produktanforderungen	14
5.1	Anforderungen an die Webseite.....	15
5.1.1	Allgemeine Anforderungen.....	15
5.1.2	Anforderung an die Webinhalte	16
5.2	Anforderungen an die Studienplattform	16
5.2.1	Authentifizierung und Benutzerkonten	17
5.2.2	Dashboard.....	17
5.2.3	Controlling	17
5.2.4	Randomisierung	18
5.2.5	Terminmanagement	18
5.2.6	Automatische E-Mails	19
5.2.7	Fragebogen	20
5.2.8	Feedback.....	20
5.2.9	Auswertung.....	21
5.2.10	Datenaustausch	21
5.2.11	Administration	21
5.2.12	Honorar.....	22

5.3	Videokonferenzlösung	22
5.3.1	Allgemeine Anforderungen.....	22
5.3.2	Technische Anforderungen.....	22
5.4	Anforderungen an die technische Produktumgebung.....	23
5.4.1	Soft- und Hardware der Clients	23
5.4.2	Zentrale Datenbank	23
5.4.3	Software.....	23
5.4.4	Netzwerk, Verschlüsselung	23
5.4.5	Technische Voraussetzungen.....	23
5.5	Leistungsanforderungen	23
5.5.1	Antwort- und Ladezeiten	23
5.5.2	Mengengerüst, Anzahl der Nutzer.....	24
5.5.3	Zu verarbeitende Daten-bzw. Datenmengen.....	24
5.6	Nichtfunktionale Anforderungen.....	24
5.6.1	Anforderungen an den Datenschutz.....	24
5.6.2	Systemservice (Aufrechterhaltung und/oder Wiederherstellung der Betriebsbereitschaft des Gesamtsystems).....	24
5.6.3	Bereitstellung von benötigter IT-Infrastruktur.....	24
5.6.4	Bereitstellung von Testdaten.....	25
5.6.5	Bereitstellen von Personal	25
5.6.6	Dokumentation	25
5.6.7	Schulungen.....	25
5.6.8	Projektmanagement	25
Anhang.....	26

1 Verantwortliche Stelle und Ansprechperson für das Projekt

- 1) Verantwortliche Stelle für das Projekt OMPRIS und Betreiber der OMPRIS-Anwendung:

LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Alexandrinenstr. 1-3

44791 Bochum

- 2) Verantwortlicher Ansprechpartner für das Pilotprojekt:

Dr. med. Jan Dieris-Hirche

Alexandrinenstr. 1-3

44791 Bochum

Telefon: 0234-5077-3135

Fax: 0234-50773759

Email: Jan.Dieris-Hirche@lwl.org

2 Einleitung / Hintergrund

Seit der Entwicklung des Internets kam es zu einer rasanten und stetig ansteigenden Nutzung dessen. Gleichzeitig ist seitdem eine stetig zunehmende Prävalenz für eine pathologische Internetnutzung zu beobachten. Die steigende Anzahl an Menschen, die an einer Internetabhängigkeit leiden, führte zur Aufnahme der Computerspielabhängigkeit und Internetsucht in den Drogen- und Suchtbericht 2017 der Bundesregierung sowie in den Krankheitskatalog ICD-11. Menschen mit Internet- bzw. Computerspielsucht weisen oftmals psychische Komorbiditäten in Form von Depressionen, soziale Phobien, ADHS und Persönlichkeitsstörungen auf. Aufgrund der aktuellen lückenhaften Versorgungssituation und suchtspezifischer Motivationsprobleme ist eine spezifische Behandlung von Internetsüchtigen aktuell noch unzureichend. Betroffene gelangen meist sehr spät in eine geeignete therapeutische Behandlung, was zu chronischen Krankheitsverläufen führen kann und meist die soziale Entwicklung der Betroffenen negativ beeinträchtigt.

Das LWL-Universitätsklinikum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Ruhr Universität Bochum möchte die aktuelle Versorgungslücke mittels des Versorgungsforschungsprojektes OMPRIS schließen. OMPRIS soll ein frühzeitiges, niederschwelliges Unterstützungsangebot im Suchtraum Internet darstellen. Onlinebasiert sollen präventive und motivationale Interventionen angeboten werden, um weiteren Suchtentwicklungen entgegenzuwirken sowie Wege aus der Sucht aufzuzeigen.

Im Fokus des Projektes steht die gezielte Förderung der Motivation zur Verhaltensänderung sowie die Abnahme an problematischen Symptomen der Onlinesucht. Die Verhaltensänderung soll zu einer Reduktion der Suchtsymptome beitragen und weitere Suchtproblematiken vermeiden. Die Steigerung der Lebensqualität und eine erhöhte Sozialkompetenz stehen im Vordergrund des Programms. Zudem sollen Depressionen und Angstsymptome reduziert werden. Mittels eines suchtspezifischen Behandlungssettings sowie bei Bedarf einer Vermittlung in wohnortnahe analoge Hilfsangeboten soll eine effizientere und störungsfreie Behandlung erzielt werden.

3 Zieldefinition / Grundlegende Anforderungen

Ziel des Projektes OMPRIS ist die Entwicklung eines niedrigschwelligen und frühzeitig einsetzbaren Unterstützungsprogramms. Spezifische Interventionsstrategien sollen die Motivation zur Verhaltensänderung fördern und die Betroffenen bereits frühzeitig bei der Begrenzung des Medienkonsums unterstützen sowie Betroffene effizienter und schneller in eine analoge störungsorientierte therapeutische Behandlung vermitteln. Der aktuellen Versorgungslücke bei der Behandlung von Computerspiel- und Internetsüchtigen soll somit entgegengewirkt werden.

Für die Realisierung des Projektes muss unter anderem eine telemedizinische Infrastruktur entwickelt und betrieben werden, die allen Akteuren als Informations-, Kommunikations- und Dokumentationsinstrument dienen soll. Anforderungen an Prozessunterstützung, Datenschutz und Interoperabilität sind dabei zu beachten und umzusetzen.

3.1 Inhaltsziele

Die OMPRIS Studie ist als prospektive Kohortenstudie geplant. Innerhalb dieser Studie werden Betroffene mit exzessiver Internetnutzung online unterstützt. Die dabei benötigte IT-Plattform soll ortsungebunden zu einer strukturierten Diagnostik beitragen und (präventive) Interventionen anbieten.

Zur Abschätzung der internetbezogenen Suchtsymptome des Betroffenen soll der Nutzer zu Beginn einen Selbsttest durchführen können. Bei einem unauffälligen Score bezüglich der Internetnutzung erhalten die Nutzer einen psychoedukativen Text mit präventiven Mediennutzungsstrategien. Eine Teilnahme an OMPRIS ist trotzdem möglich, falls der/die Betroffene eine Teilnahme für sinnvoll erachtet und ein individueller Leidensdruck besteht. Bei einem auffälligen Score wird der potentiell Betroffene zur Teilnahme an der OMPRIS Studie eingeladen. Im Rahmen einer Einwilligung erfolgt anschließend die onlinebasierte Beratung der Betroffenen zum einen über die Erhebung onlinebasierter Fragebögen, welche in verschiedenen Zeitabständen erfasst werden. Zum anderen sollen verschiedene Online-Sprechstunden in Form von kleinen Gruppensitzungen (2-3 Teilnehmende plus Beratende), Einzel- und Sozialberatungen eine Steigerung der Suchtsymptomatik und Chronifizierung frühzeitig verhindern.

Zudem soll OMPRIS dabei helfen, Internetsüchtige bei Bedarf effizienter in eine analoge therapeutische Behandlung zu vermitteln.

3.2 Zeitziele

Insgesamt beantragte Förderungsdauer beträgt 36 Monate, welche sich wie folgt aufteilen:

6 Monate – Aufbauphase:

- Vorarbeiten & Projektmanagement
- Öffentlichkeitsarbeiten
- Entwicklung des Arbeitsmaterials
- Implementierung der IT-Umgebung

24 Monate – Projektdurchführung:

Operative Arbeiten der jeweiligen Zentren (München/Ammersee, Mainz, Bochum) mit jeweiligem Projektzwischenstand nach 6 Monaten sowie nach weiteren 12 Monaten Wissens- & Projektmanagement

6 Monate – Projektabschluss:

Datenzusammenführung
Publikationen
Ergebnispräsentation

Laufzeit: 01.11.2019-31.10.2022

Zeitplan

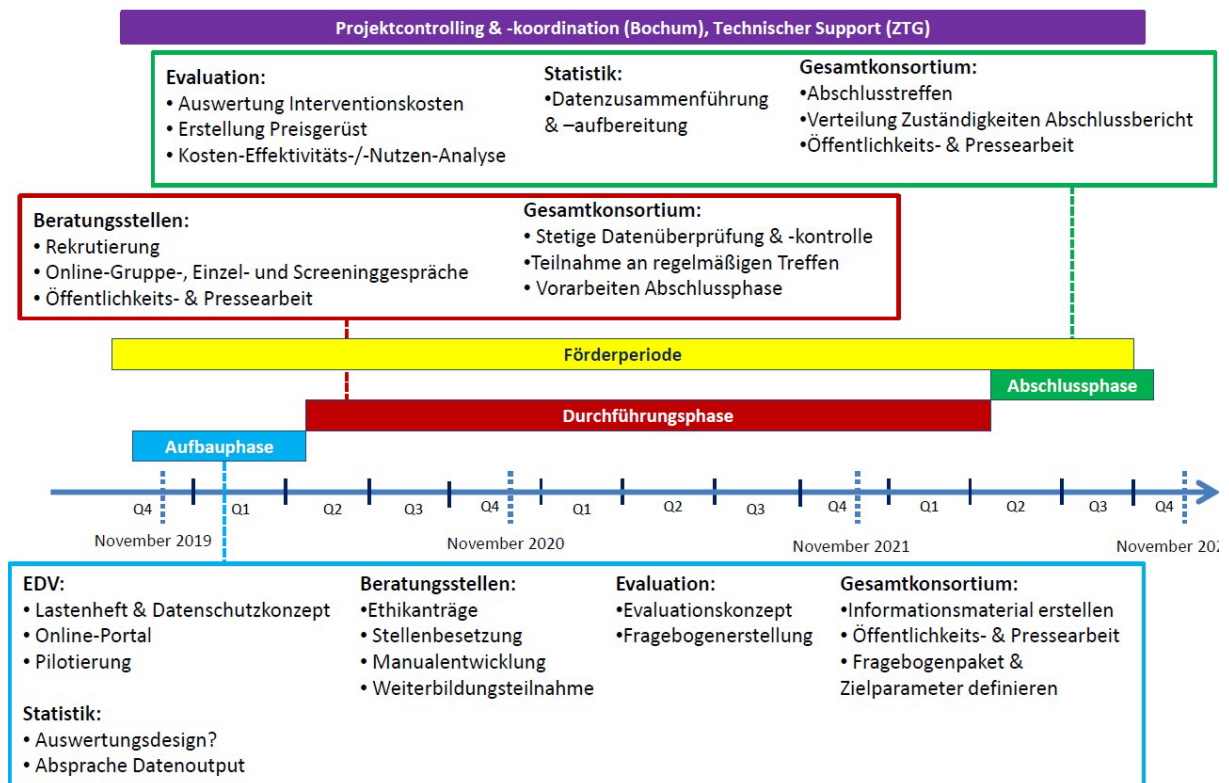


Abbildung 1: Zeitplan OMPRIS

3.3 Leistungsziele

Während der Studie werden folgende Zielparameter erhoben, die eine Verbesserung der internetbezogenen Störung bzw. Wirkung der OMPRIS Intervention messbar machen. Die Zielparameter werden anhand von Fragebögen bzw. Interviews zu bestimmten Zeitpunkten erfasst. Die Fragebögen sind dem Anhang zu entnehmen.

Zielvariablen und eingesetzte Erhebungsinstrumente:

Primäre Zielvariable:

1. Ausmaße der Verbesserung, d.h. **Reduktion der internetbezogenen Suchtsymptome** gemessen mit der Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (OSV-S, Wölfling et al., 2010). Die OSV-S ist eine 15-Item Skala zur Messung des Online-Suchtverhaltens bei Erwachsenen. Die Skala deckt alle relevanten Suchtkriterien orientiert an den DSM-5 ab und zeigt sehr gute psychometrische Eignungen. Die Fragen werden auf einer fünfstufigen Likertskala von 0 = „nie“ bis 4 = „sehr oft“ beantwortet. Die englische Version des Fragebogens heißt AICA-S.

Sekundäre Zielvariablen:

1. Die Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk et al., 2009) vom Addiction Research Institute Rotterdam (Niederlande) ist ein 14-Item Fragebogen zur Erfassung einer Internetabhängigkeit.
2. Ausmaße der Verbesserung einer Veränderungsmotivation, gemessen mit der internetbezogenen Version der Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (iSOCRATES-D). Diese ist eine eigens entwickelte, für die Internetabhängigkeit adaptierte deutsche Version der in der Suchtmedizin etablierten SOCRATES Skala (Miller & Tonigan, 1996). Die 19 Fragen werden auf einer fünfstufigen Likertskala von 1 = „stimme nicht zu“ bis 5 = „stimme vollkommen zu“ beantwortet.
3. Reduktion der klinischen Depressivität und Ängstlichkeit gemessen mit dem relevanten Fragen (PHQ-9 und GAD-7) des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D, Löwe et al., 2002). Dieser ist ein etabliertes psychodiagnostisches Instrument zum Screening und zur Fallidentifikation sowie des Schweregrades der häufigsten psychischen Störungen. Der PHQ-D ist hinsichtlich seiner Durchführung und Auswertung standardisiert und validiert.
4. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gemessen mit dem EQ5D (EuroQol Group, 1990)
5. Globales psychisches Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning, GAF). GAF wird verwendet, um das allgemeine Funktionsniveau einer Person zu erfassen. Körperliche Erkrankungen und Umgebungsbedingungen sollen hierbei explizit nicht berücksichtigt werden. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Die Skala findet Anwendung innerhalb der vierten Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) und innerhalb der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Der Zeitraum der Beurteilung im OPD 2 bezieht sich auf die letzten 7 Tage. Die GAF-Skala wurde ursprünglich 1989 von der American Psychiatric Association entwickelt und ist in 10 Funktionsniveaus mit je 10 Punkten unterteilt. Sie reicht von 100 (höchstes Leistungsniveau) bis zu 1 (niedrigstes Leistungsniveau).
6. Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird mittels des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) für Patienten / Teilnehmende erhoben (Bassler et al., 1995). Die HAQ erfasst Merkmale der Therapiebeziehung, kann insbes. zur Therapieevaluation (Prozess und Outcome; Psychotherapieforschung) eingesetzt werden und umfasst 12 Items mit 6-stufigen Antwortformat. Es können ein Gesamtwert und zwei Subskalenwerte *Pat. seitige Beziehungszufriedenheit* und *Pat. seitige Erfolgswzufriedenheit* berechnet werden.

Sonstige erhobene Variablen:

7. Erhebung der Symptome einer Internetbezogenen Abhängigkeit (zu Beginn und am Ende der Intervention) evaluiert durch das strukturierte klinische Interview zu Internetbezogenen Störungen (AICA-SKI:IBS, Müller & Wölfling, 2017). Das Interview ist an den DSM-5 Kriterien für die Internet Gaming Disorder orientiert und bietet eine geleitete Exploration der wichtigsten Symptome der Internetbezogenen Sucht. Es wurde an einer Stichprobe von 500 ambulanten Patienten entwickelt und validiert.
8. Bedarf / Anzahl Vermittlung in analoge Settings.
9. Direkte und indirekte Krankheitskosten pro Betroffenen in der Regelversorgung.
10. Eine Medienanamnese mit relevanten internetassoziierten biografischen Fragen.
11. Vorliegen Psychischer Komorbiditäten (Achse-I-Störungen) erhoben mit strukturiertem diagnostischem Kurzinterview für psychischen Störungen MINI 6.0 (Internationales Neuropsychiatrisches Interview, Sheehan et al., 2010), einem strukturierten klinischen Interview basierend auf den Kriterien des DSM.
12. Mittels des Persönlichkeitsstörungen-Screenings Kurzfragebogens (PSS-K, Schöttke et al., 2011) kann ein effizientes Screening (8 Items) auf vorliegende Persönlichkeitsstörungen (Achse-II-Störungen) vorgenommen werden. Die konvergente Validität der Items und der Gesamtsumme mit den Fragebogencores des DSM ist gegeben. Laut Receiver Operating Characteristic Analyse wird bei einem Cut-offwert von 4 in der Regel das Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung richtig erkannt.
13. Mittels der 10 Item Big Five Inventory Kurzskala (BFI-10, Rammstedt et al., 2013) sollen die fünf Dimensionen der Persönlichkeit nach dem BIG5-Modell erhoben werden. BFI-10 wurde an einer umfangreichen, bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe validiert. Die Ergebnisse belegen zufriedenstellende psychometrische Kennwerte für das BFI-10. Darüber hinaus konnten die Konstrukt- und die Kriteriumsvalidität des Verfahrens empirisch untermauert werden.
14. Anamnese bzgl. somatischer und psychischer Vorerkrankungen und Behandlungen, Medikation.

Tabelle 1: Instrumente und klinische Interviews zu entsprechenden Messzeitpunkten

Instrumente	Konstrukt	Items	Zeitpunkte
OSV-S	Online-Suchtverhalten	15	T0a, T0c, T1, T2, T3a, T3b
ISOCRATES	Motivation zur Verhaltensänderung	19	T0c, T1, T2, T3a, T3b
PHQ-9	Depressivität	7	T0c, T2, T3a, T3b
GAD-7	Angstsymptome	7	T0c, T2, T3a, T3b
EQ5D	Lebensqualität	5	T0c, T1, T2, T3a, T3b
CIUS	Online-Suchtverhalten	14	T0c, T1, T2, T3a, T3b
Medienanamnese		Ca. 15 Items	T0c, T1, T2, T3a, T3b
Vorerkrankungen/ Behandlungen		Ca. 15 Items	T0c
Soziodemografische Daten		Ca. 10 Items	T0b
HAQ	Berater-Teilnehmerbeziehung	12	T2
Evaluationsfragen (werden noch erstellt)		Ca. 15	T0c, T1, T2, T3a, T3b

3.4 Technische Ziele

Entwicklung eines webbasierten IT-Systems (Telemedizin-Plattform) zur Durchführung und Unterstützung der OMPRIS Studie mit folgenden Kernfunktionalitäten:

- Eine öffentliche, attraktive Webseite, welche als Informationsbasis für alle Interessierten dient. Diese enthält grundlegende Informationen zum Thema Internetsucht, zur OMPRIS Studie und einen Selbsttest mit direkter Rückmeldung, inwieweit möglicherweise ein Verdacht auf eine internetbezogene Störung vorliegt oder nicht.
- Eine Studienplattform, welche die Durchführung der Studie optimal unterstützt und allen Akteuren als Informations-, Kommunikations-, Controlling- und Dokumentationsplattform dient. Die Studienplattform führt den Teilnehmenden durch die Studie, d.h. fordert zum richtigen Zeitpunkt zur Bearbeitung des nächsten Schrittes auf. Die Studienplattform randomisiert die Teilnehmenden in Wartegruppe oder Behandlungsgruppe. Sie beinhaltet zudem ein geeignetes Terminmanagementsystem für die Einstellung (durch Berater) und Buchung (durch Teilnehmer / Berater) der verschiedenen Online-Gespräche sowie die entsprechenden Online-Fragebögen zur Erfassung relevanter Daten der Probanden. Gleichzeitig sollte es die Möglichkeit geben, dass die Beratenden Notizen zu den einzelnen Teilnehmenden hinzufügen können bzw. Nach jeder Sitzung durch die Beratenden ein paar Infos erfasst werden (wie bspw. Wer war anwesend, welche Themen wurden in der Gruppenstunde behandelt etc.). Die Eingabe sollte sowohl im Fragebogen-Format möglich sein als auch durch eine Freitexteingabe. Sie gibt einen Überblick (Controlling) über den Stand der Teilnehmenden sowie über Rekrutierungszahlen.
- Eine Online-Videokonferenzlösung zur Durchführung und Unterstützung von Einzel- und Gruppengesprächen (2 bis max. 4 Personen gleichzeitig).

- Falls sich im laufenden Prozess aus verschiedenen Gründen gegen eine Gruppenberatung und für eine Einzelberatung entschieden wird, sollte diese Umstellung aus technischer Sicht gewährleistet werden können und schnell umsetzbar sein.

3.5 Datenschutzziele

- Die Teilnahme setzt ein Einverständnis der Betroffenen zur Datenspeicherung/-auswertung voraus
- Der Zugriff auf das System erfolgt für alle beteiligten Akteure nach definierten Rollen und Berechtigungen.
- Sämtliche Kommunikation zwischen dem IT-System und den beteiligten Akteuren hat verschlüsselt zu erfolgen (Transportverschlüsselung, SSL, etc.) bzw. der Anbieter legt im Angebot dar, wie die erforderlichen Datenschutz- und IT-Sicherheitsmaßnahmen gewährleistet werden.
- Patientenbezogene Daten (z.B. Klarnamen) müssen pseudonymisiert verschlüsselt gespeichert werden und nur für den Studienleiter / Administrator zugänglich sein.

Verfahren zur Aufklärung und Einholung der Einwilligung

Die Teilnehmenden können wählen, ob sie telefonisch oder durch ein webcambasiertes Gespräch über Sinn und Zweck der Studie informiert und aufgeklärt werden möchten. Falls eine telefonische Aufklärung gewünscht ist, müssen die Teilnehmenden eine Telefonnummer angeben unter der man sie zum vereinbarten Termin erreichen kann. Das Telefongespräch findet über die Telefone an den jeweiligen Standorten statt und ist nicht Bestandteil des Online-Portals. Im Zuge dieses Gesprächs wird der detaillierte Ablauf der Studie erklärt und die entscheidenden Aspekte zur Speicherung der Daten erläutert. Falls es Fragen oder offene Punkte der Teilnehmenden gibt, können auch diese im Rahmen des Teilnehmeraufklärungsgesprächs beantwortet und besprochen werden. Nach dem gemeinsamen webcambasierten / telefonischen Durchsprechen der Einwilligungserklärung werden die Teilnehmenden nach dem Gespräch gebeten dieser Einwilligungserklärung auf dem Portal digital zuzustimmen. Für eine Teilnahme minderjähriger Interessierter zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr (als durchaus relevante Zielgruppe) ist die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten notwendig. Hierfür wird eine erklärende Projektbeschreibung angeboten sowie die Zustimmung des Erziehungsberechtigten eingeholt. Diese kann aufgrund des Charakters der Intervention auch digital übermittelt werden. Auch kann eine (gemeinsame) Aufklärung der Eltern webcambasiert im Aufklärungsgespräch erfolgen.

4 Soll-Zustand / Prozessbeschreibung

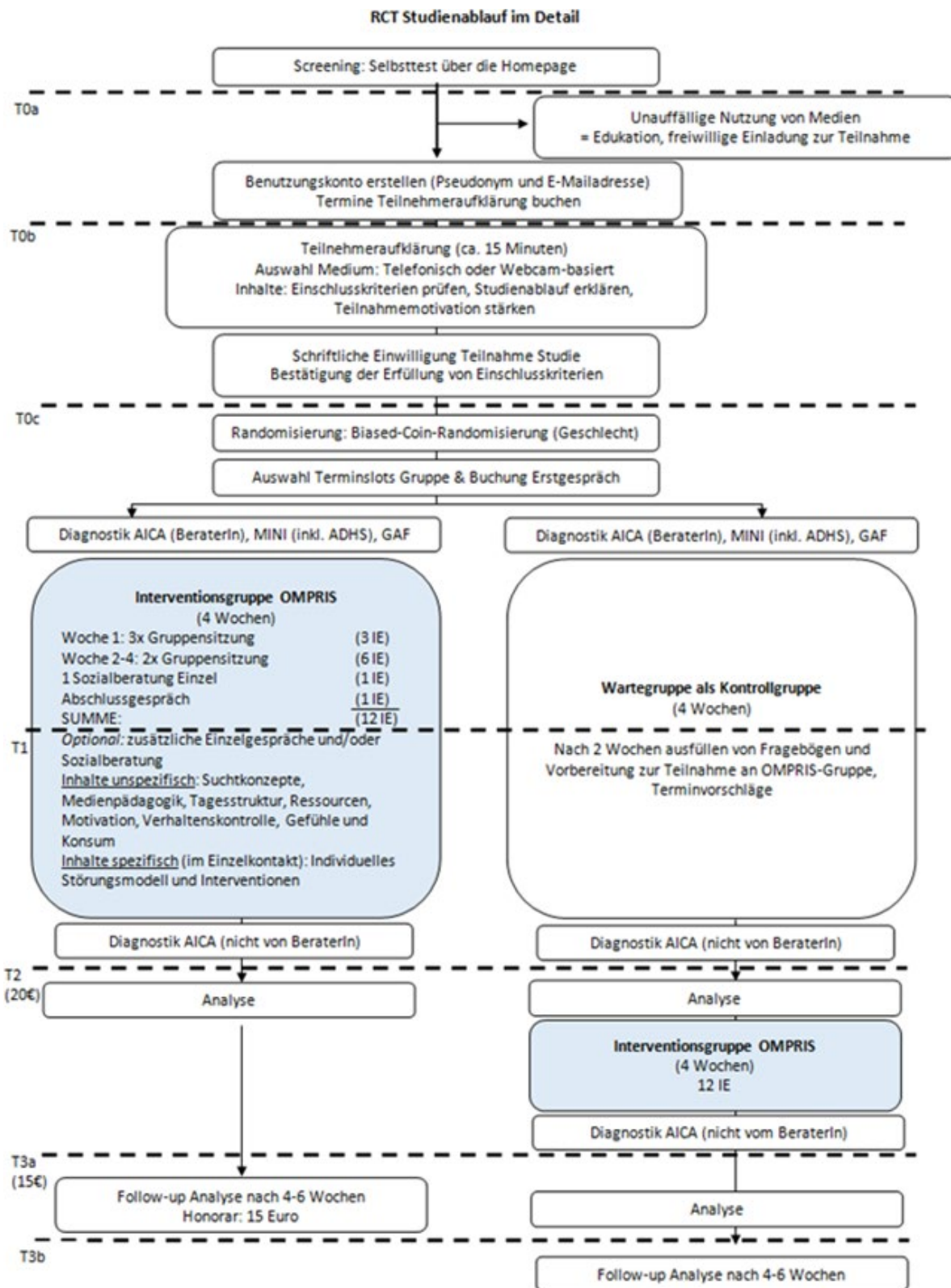


Abbildung 2: Ablauf der OMPRIS Studie

4.1 Beteiligte Akteure

Folgende Akteure müssen systemtechnisch abgebildet werden:

4.1.1 Interessierte

Interessierte sind alle Personen, die einen Selbsttest ausfüllen jedoch einen unauffälligen Score aufweisen aber trotzdem weitere Informationen wünschen.

4.1.2 Betroffene/Teilnehmende

Betroffene sind Teilnehmende, welche nach einer Selbsteinschätzung (Online-Selbsttest) zum Thema Internetsucht einen auffälligen Score aufweisen oder aus subjektivem Leidensdruck an OMPRIS teilnehmen wollen.

Als Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- Alter unter 16 Jahre oder fehlendes Einverständnis der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen.
- Mangelnde Deutschkenntnisse
- Fehlender regelmäßiger Internetzugang mit mindestens Webcam und /oder Mikrofon sowie fehlende Emailadresse
- Erkennbare und/ oder in der Eigenanamnese vorbeschriebene schwere psychiatrische Störung (z.B. akute Suizidalität, akute psychotische Symptome oder substanzabhängige Süchte / Drogenabhängigkeiten)

4.1.2.1 Daten bei der Accounterstellung der Interessierten in T0a

Im Screening-Fragebogen werden Fragen zur Internetnutzung gestellt und das Alter, Geschlecht sowie das Bundesland erfragt. Bei einem Auffälligen Score im Selbsttest wird der Nutzer dazu angehalten sich ein Benutzerkonto anzulegen und einen Termin für ein Aufklärungsgespräch (telefonisch oder webcam-basiert) zu buchen. Falls er/sie sich dazu entschließt an OMPRIS teilzunehmen, wird er/sie zu T0b weitergeleitet.

4.1.2.2 Daten bei der Accounterstellung der Betroffenen / Teilnehmenden in T0b

Daten zu Erstellung des Benutzerkontos in dieser Stufe sind Pseudonym (frei wählbar), E-Mail-Adresse, Passwort, ggf. Telefonnummer (falls telefonisches Aufklärungsgespräch gewünscht ist).

4.1.2.3 Daten bei der Accounterstellung der Betroffenen / Teilnehmenden T0c:

Entschließt der Betroffene sich nach dem Aufklärungsgespräch an der OMPRIS Studie teilzunehmen, muss das Benutzerkonto, nach Einwilligung zur Studienteilnahme, durch folgende weitere Daten ergänzt werden.

- Klarname
- Rufnummer
- Wohnort, Anschrift für den Notfall

Diese personenbezogenen Daten werden separat gespeichert und sind nur durch den Admin-Account abrufbar.

Zudem wird die Basis-Datenerhebung (Pre/Post/Follow-up Treatment) (Fragebögen) erhoben. Diese sind oben aufgeführt.

4.1.3 Berater

Berater sind alle wissenschaftlichen Mitarbeiter der einzelnen Standorte, welche mehrere Gespräche (siehe Inhaltsziele) mittels Videokonferenzen mit den Betroffenen durchführen. Berater haben zudem einen kleinen Überblick (Dashboard) über die Rekrutierungszahlen des betreffenden Studienzentrums, jedoch nicht über die gesamten Rekrutierungszahlen. Die Berater müssen gelabelt werden, um für das Diagnostikgespräch zu T2 gezielt zugewiesen zu werden. Die T2 Diagnostik soll nicht vom Studienleiter selbst durchgeführt werden, sondern durch "fremde" Berater stattfinden. Das Erstgespräch zur Diagnostik vor der Intervention soll durch den jeweiligen Berater der später stattfindenden Gruppe durchgeführt werden.

4.1.4 Sozialarbeiter

Sozialarbeiter sind Mitarbeiter, welche Sozialberatungen durchführen. Die Sozialberatende hat die Möglichkeit freie Einzeltermine / Slots zu vergeben. Diese freien Slots werden dann von den Beratenden belegt. Eine Controlling-Funktion benötigt sie nicht. Sozialarbeiter machen keine Diagnostik-Gespräche und keine Gruppenberatungen.

4.1.5 Administrator

Mitarbeiter des LWL-Universitätsklinikums Bochum, welcher einen Administrationszugang zur gesamten Plattform besitzt. Der Studienleiter kann im Notfall die Pseudonymisierung entschlüsseln. Zudem kann der Administrator sämtliche Termine im Terminkalender bearbeiten, löschen, anlegen. Auch hat der Administrator den Überblick über das gesamte Controlling-Dashboard der Studie. Es wird mindestens 2 MitarbeiterInnen als Administratoren geben.

4.2 Soll-Prozess (Beispiel)

Innerhalb von 24 Monaten werden Betroffene mit exzessiver Internetnutzung online beraten. Es wird eine Stichprobengröße von mindestens $n = 162$ anvisiert. Im Idealfall (gute Annahme) ist von einer deutlich höheren Teilnahme (z.B. 300 Teilnehmenden) auszugehen.

- 1) Ausfüllen eines kurzen Selbsttests zur Abschätzung der internetbezogenen Suchtsymptome (OSV-S, 15 Items) und basaler soziodemografischer Daten (T0a). Teilnehmende mit unauffälligem Score erhalten einen psychoedukativen Text mit präventiven Mediennutzungsstrategien. Auf Wunsch kann dennoch eine Teilnahme an der OMPRIS Intervention stattfinden. Teilnehmende mit mindestens schädlichem Gebrauch (OSV-S Score über 7 Punkte) des Internets werden zur Erstellung eines Benutzerkontos weitergeleitet. Für die Erstellung eines Benutzerkontos ist lediglich die Vergabe eines selbstgewählten Pseudonyms und eine E-Mailadresse erforderlich.
- 2) Danach buchen sich die Teilnehmenden einen ersten Termin zur Teilnahmeaufklärung. Dieses kurze webcambasierte/telefonische Gespräch dient der Aufklärung der Teilnehmenden über Sinn und Zweck der Studie sowie zur Erfassung und Abklärung der Ein- & Ausschlusskriterien. Weiter wird im Zuge dieses Gesprächs der detaillierte Ablauf der Studie erläutert.

- 3) Nach der mündlichen Aufklärung der Teilnehmenden findet eine onlinebasierte, aktive Einwilligung zur Teilnahme an der OMPRIS-Studie auf dem Portal durch den Teilnehmenden statt.
- 4) Die Biased-Coin-Randomisierung (Intervention vs. Wartegruppe) unter Beachtung der Geschlechtsverteilung findet im Anschluss statt.
- 5) Dann wählt der Teilnehmende die Terminslots für die Gruppenintervention und den Termin für das Erstgespräch aus.
- 6) Im Anschluss findet die Fragebogenerhebung (Pre-Messung) statt (T0c).
- 7) Beginn der 4-6 wöchigen Intervention; Erstgespräch: Anamnese und Anliegen, Diagnostik einer Internetbezogenen Störung (AICA) und möglichen Komorbiditäten (M.I.N.I.) für IG und WG, Einschätzung GAF. In der Interventionsgruppe werden insgesamt 9 webcambasierte Kleinstgruppentreffen und 2-3 Einzelberatungen angeboten. In Tabelle 2 werden die einzelnen Interventionsschwerpunkte mit Beispielinterventionen genannt. Die Intervention ist thematisch manualisiert und soll in allen Gruppen standardisiert erfolgen (Ausnahme: individuelle Einzelsitzungen).
- 8) Nach 2 Wochen der Intervention/Wartezeit werden die Teilnehmenden (IG und WG) gebeten ein paar Fragebögen zur Verlaufsbeobachtung (T1) auszufüllen.
- 9) Nach Abschluss der Intervention wird die post-treatment Datenerhebung (T2) (Post-Messung) durchgeführt. Als Aufwandsentschädigung für das Ausfüllen der Fragebögen erhält jeder Teilnehmende nach der Dateneingabe ein Honorar von 20 Euro, um die Drop-out-Rate minimal zu halten. Gleichzeitig startet die Wartekontrollgruppe mit der OMPRIS Intervention wie in Punkt 7.) und nimmt nach Beendigung an der post-treatment Erhebung teil.
- 10) 6 Wochen nach Beendigung der OMPRIS Intervention findet die Follow-up Datenerhebung T3a für die IG bzw. T3b für die WG statt. Das Ausfüllen der Fragebögen wird erneut mit 15 Euro vergütet, um die Drop-out Rate zu verringern.

5 Produkthanforderungen

Für das OMPRIS Projekt wird eine betriebsfähige webbasierte IT-Anwendung benötigt. Die IT-Anwendung besteht im Wesentlichen aus drei Komponenten: Einer Webseite, einer internen Studienplattform und einer Videokonferenzplattform. Gegebenenfalls kann die Anwendung auch als Komplettlösung vorliegen. Im Rahmen der Angebotserstellung ist darzulegen, welche der 3 Bausteine geliefert werden sollen und wie ggfs. bei Teillieferung die Verknüpfung/Integration mit „remdanbietern“ für die fehlenden Bausteine gelingen kann.

Die in diesem Lastenheft beschriebenen Anforderungen und Festlegungen sind nicht abschließend und gemeinsam zwischen der Projektleitung und dem zukünftigen Auftragnehmer in einem noch zu erstellenden Pflichtenheft bzw. einer detaillierten, schriftlichen Leistungsbeschreibung zu fixieren.

Sobald mehrere Auftragnehmer vorliegen sind diese dazu verpflichtet geeignete Schnittstellen für ein optimales Zusammenspiel der einzelnen Lösungen zu implementieren. Eine Kooperation und stetiger Austausch zwischen den Auftragnehmern ist hierfür erforderlich.

Auftraggeber und Auftragnehmer vereinbaren hierzu ein gemeinsames Vorgehen, um die Projektziele zu erreichen.

5.1 Anforderungen an die Webseite

5.1.1 Allgemeine Anforderungen

Im Allgemeinen dient die Webseite als Informationsquelle für alle interessierten Nutzer. Die Webseite beinhaltet grundlegende Informationen, Grafiken, Fotos zum Thema Internetsucht, OMPRIS Studie und einen Selbsttest.

5.1.1.1 Design

- Die Webseite sollte auf allen Endgeräten übersichtlich sein (Responsive Webdesign)
- Die Webseite sollte möglichst barrierefrei sein, sprich Menschen mit einer Behinderung, Einschränkungen oder auch ältere Menschen sollten die Webseite problemlos nutzen können. Sie erfüllt dabei folgende Kriterien: Übersichtlichkeit, Verständlichkeit und einfache Bedienung.
Eine gut strukturierte Webseite dient zudem der Suchmaschinenoptimierung (SEO).
- Die Webseite soll Screenreader tauglich sein (Bsp.: Alternativ Text im Backend eines Bildes)
- Nutzung ausreichender Farbkontraste: Schriftfarbe soll sich vom Hintergrund abheben

5.1.1.2 SEO

Quellcode und Inhalt der Webseite sind suchmaschinenoptimiert.

Ausstattung der Webseite mit geeigneten Keywords für die Suchmaschinenoptimierung:

- Überschriften
- Seitentitel
- Texten
- Bilderunterschriften
- Domain-Namen

5.1.1.3 Usability

Benutzerfreundlichkeit und eine einfache, intuitive Bedienung sind wesentliche Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz der Gesamtlösung. Die für die Bedienung erforderliche Anzahl an Interaktionen sollte minimal sein, so dass der Mehraufwand seitens der Anwender möglichst geringgehalten wird. Die Benutzeroberflächen sind nach modernen Grundsätzen der Softwareentwicklung zu gestalten und genügen den Gestaltungsregeln entsprechend der DIN EN ISO 9241-Familie.

5.1.1.4 Sprache

Die Anwendung muss in deutscher Sprache umgesetzt sein. Dies betrifft die Softwarelösung als Ganzes einschließlich der Dokumentation und Hilfsfunktionen.

5.1.1.5 Impressum & Datenschutzhinweis

- Das Impressum enthält alle notwendigen Angaben, welche aus den Telemediengesetz hervorgehen
- Die Webseite verfügt über eine Datenschutzerklärung

5.1.2 Anforderung an die Webinhalte

Neben der Aufführung von Informationen zum Thema Internetsucht liefert die Webseite die Möglichkeit einen Selbsttest durchzuführen und bietet den Zugang zur Studienplattform.

5.1.2.1 Selbsttest

In Form eines online Fragebogens soll der Nutzer einen Selbsttest durchführen können. Die Auswertung des Selbsttests erfolgt automatisch. In Abhängigkeit des Scores sollen die Nutzer eine Einladung zur Teilnahme an die OMPRIS Studie erhalten und aufgefordert werden sich für die Studieninterne Plattform zu registrieren.

Bei einem unauffälligen Score ist eine freiwillige Teilnahme möglich. Die Ergebnisse des Selbsttests müssen dem Berater angezeigt werden, bzw. müssen im Benutzerprofil des Teilnehmenden hinterlegt werden.

5.1.2.2 FAQ

Die Webseite enthält einen Bereich, in dem die am häufigsten gestellten Fragen und die entsprechenden Antworten aufgeführt sind.

5.1.2.3 Kontaktdaten

Auf der Webseite sind die wichtigsten Kontaktdaten inklusive Fotos aufgeführt.

5.1.2.4 Registrierung und Anmeldung

Auf der Webseite besteht für die Betroffenen die Möglichkeit sich für die OMPRIS Studie zu registrieren. Für die Registrierung ist zunächst nur die Angabe einer E-Mail-Adresse, eines Pseudonyms und eines Kennwortes erforderlich. Des Weiteren befindet sich ein Login Bereich auf der Webseite für die Anmeldung zur studieninternen Plattform. Sollte ein Teilnehmer seine Zugangsdaten (Passwort) vergessen, soll automatisch auf Knopfdruck ein neues Passwort vergeben werden und über das Pseudonym informiert werden (zugeschickt auf die E-Mail des Teilnehmenden).

5.1.2.5 Bearbeitung von Webinhalten

Ein Administrator ist in der Lage Webseiten zu editieren und bei Bedarf neu anzulegen. Vorhandene Inhalte bzw. Informationen auf der Homepage können durch den Administrator verändert werden. Zudem können Mitarbeiter der LWL-Klinik einen redaktionellen Zugang erhalten, um selbst Inhalte (Fotos, Grafiken und Texte) zu editieren bzw. zu erstellen (nach Berechtigung durch den Administrator).

5.2 Anforderungen an die Studienplattform

Die Studienplattform sollte die Durchführung, Dokumentation und wissenschaftliche Auswertung der Studie optimal unterstützen und dient im Allgemeinen auch zur Kommunikation zwischen den

einzelnen Akteuren. Die Plattform enthält im Wesentlichen das Terminmanagement- und Fragebögen-Tool, sowie weitere Dokumente für die Studiendurchführung.

5.2.1 Authentifizierung und Benutzerkonten

5.2.1.1 Der Benutzer muss sich am System authentifizieren

Die Minimalanforderung sieht hierzu die Authentifizierung mittels eines eindeutigen Benutzernamens (Pseudonym) und eines ausreichend sicheren Kennworts (mind. 8 Zeichen bestehend aus Groß- und Kleinbuchstaben, Ziffern und Sonderzeichen) vor.

5.2.1.2 Änderung des Kennworts

Bei der Anmeldung mittels Benutzername und Kennwort muss der Benutzer sein Kennwort entsprechend der definierten Sicherheitsrichtlinien ändern können. Hat der Nutzer seine Zugangsdaten vergessen, besteht eine geeignete Reset-Möglichkeit, die mit den geltenden Datenschutzrichtlinien konform ist.

5.2.1.3 Abmeldung/Logout am System

Der Benutzer muss die Möglichkeit besitzen, sich vom System abzumelden. Minimal ist hierzu ein Abmeldebutton vorzuhalten.

5.2.1.4 Löschen von Benutzeraccounts der Betroffenen

Aufgrund klinischer Erfahrungen besteht die Annahme eines Beratungsabbruchs bei 30% aller Studienteilnehmer. Das Löschen der Benutzeraccounts und zugehörigen Daten ist dem Administrator auf Wunsch der Teilnehmenden zu ermöglichen. Dabei werden nur die Personenbezogenen Daten gelöscht, die restlichen, dann anonymisierten Daten gehen in die Gesamtauswertung der Studie ein. Das Löschen der Daten durch die Teilnehmenden selbst ist primär nicht vorgesehen, kann aber natürlich auf expliziten Wunsch der Teilnehmenden durch den Administrator erfolgen. Hierfür muss eine technische Möglichkeit geschaffen werden.

5.2.2 Dashboard

Das Dashboard wird nach dem Einloggen in die Studienplattform angezeigt und stellt -je nach Rolle- die wichtigsten Informationen, aktuelle Aufgaben und bevorstehende Termine übersichtlich dar.

Für jeden Teilnehmer existiert ein Dashboard, in dem alle aktuellen Aufgaben aufgeführt sind. Bevorstehende Termine und Aufgaben sind dort gelistet bzw. als schöne Übersichtgrafik visualisiert. Über einen Link können die Termine und Aufgaben ausgeführt werden.

5.2.3 Controlling

Die Studienplattform enthält einen Controllingbereich. Dieser Bereich führt die Fallzahlen pro Zentrum auf. Außerdem enthält dieser eine Zusammenfassung aller Terminkalender und den Verlauf aller Teilnehmer. Berater aus einzelnen Studienzentren erhalten so einen Überblick (nur) über ihr Rekrutierungszentrum. Die Administratoren / Projektleitung kann jedoch alle Rekrutierungsschritte aller Zentren überblicken. Somit ist ein Controlling der Gesamtrekrutierung möglich.

Alle Schritte der Studie von Screening bis Abschluss = Erhalt der letzten Aufwandsentschädigung in Form einer Tabelle mit Häkchen, Kreuzchen, neutral, z.B.

- Screening
- Benutzerkonten eröffnen
- Teilnahme zugestimmt
- Erstkontakt erhalten
- Randomisierung durchgeführt, in W oder I eingeteilt
- Einzeltermin erhalten
- Sozialberatung erhalten
- Gruppentermine erhalten
- Fragebogen T0, T1, T2 ausgefüllt
- Teilnahmeentschädigung erhalten

5.2.4 Randomisierung

Die Biased-Coin-Randomisierung (Intervention vs. Wartegruppe) unter Beachtung der Geschlechtsverteilung findet auf Knopfdruck (Button) in der Webumgebung statt. Die dafür nötige Prozedur muss in der Software hinterlegt werden, sodass eine korrekte Randomisierung stattfindet.

Eine detaillierte Beschreibung der Randomisierung findet sich im Anhang.

5.2.4.1 Markierung als Wartegruppe (bzw. Warte-Interventionsgruppe) oder Interventionsgruppe

Nach Randomisierung müssen die Teilnehmenden der Wartegruppe (bzw. Warte-Interventionsgruppe) und der Interventionsgruppe entsprechend ihrer Zuordnung markiert sein, sodass im Rahmen der Auswertung getrennte Auswertungen möglich sind. Hierzu könnte z.B. das Pseudonym intern (für den Teilnehmer und Berater nicht sichtbar) markiert werden (z.B. mit 0 & 1, KG & IG o.ä.) und nur dem Administrator angezeigt werden.

5.2.5 Terminmanagement

5.2.5.1 Terminkalender

Über die Studienplattform ist ein Terminsystem erreichbar. Die einzelnen Funktionalitäten sind aus den nachfolgenden Unterpunkten zu entnehmen.

5.2.5.2 Flexible Termineingabe

Der Berater ist in der Lage Termine für Screening-, Teilnahmegespräche und Einzelberatungen sowie für Gruppengespräche flexibel in das Terminsystem einzustellen. Auch Sozialarbeiter tragen ihre Terminslots flexibel und individuell in das Terminsystem ein. Eine Eingabe des gewünschten Datums, Startzeit und Dauer des Termins und Art des Termins muss möglich sein. Auch die Einstellung eines Terminslots zu Serienterminen muss möglich sein (täglich, wöchentlich, einmal im Monat etc.). Des Weiteren muss der Berater die Möglichkeit besitzen Termine zu ändern und zu löschen. Die Sozialarbeiter-Termine werden als freie Slots durch den Sozialarbeiter im Kalender eingestellt und die Termine werden dann durch die anderen Berater für die Teilnehmenden gebucht. Gleichzeitig kann der Sozialarbeiter auch selbst eigene Termine für Betroffene belegen. Die Teilnehmenden werden per E-Mail über Termineingaben oder -änderungen informiert.

5.2.5.3 Flexible Terminauswahl

Die Teilnehmer sind in der Lage die Termine für Screening-, Teilnahmegespräche und Einzelberatungen frei aus einer vorgegebenen Terminauswahl auszuwählen. Alle möglichen freien Termine werden dem Betroffenen angezeigt. Zusätzlich kann der Betroffene sich selbstständig in vorgegebene Gruppentermine eintragen. Bevor jedoch eine aktive Teilnahme in der Gruppensitzung möglich ist, ist ein Einzelgespräch mit dem Gruppenleiter der entsprechenden Gruppe notwendig. Dementsprechend werden die freien Terminslots des Gruppenleiters angezeigt und stehen dem Betroffenen zur Auswahl. Es ist also eine gewisse Terminreihenfolge einzuhalten, die das System dem Teilnehmenden vorgeben muss.

5.2.5.4 Terminauswahl bei Einzelgesprächen und Sozialarbeitergesprächen

Zusätzliche Einzelgespräche und Gespräche mit einem Sozialarbeiter sind individuell abzusprechen. Der Berater schlägt dem Betroffenen mündlich via online Sprechstunde mehrere Termine vor und der Betroffene kann den passenden Termin entsprechend mündlich auswählen. Nach der mündlichen Vereinbarung trägt der Berater bzw. Sozialarbeiter einen Termin ein/wählt einen Termin aus. Der/Die Betroffene erhält eine Termineinladung bzw. eine Terminbestätigung per Mail. Auch der entsprechende Sozialarbeiter/Berater erhält eine Terminbestätigung per Mail.

5.2.6 Automatische E-Mails

5.2.6.1 Benachrichtigungsfunktionen

Das System sollte über Benachrichtigungsfunktionen verfügen. Die Benachrichtigungsfunktion übernimmt die Aufgabe, einen Empfänger über das Eintreten eines bestimmten Ereignisses in Kenntnis zu setzen. Dies beinhaltet den automatischen Versand Nachrichten an die Teilnehmer nach einem gewissen Zeitraum. Sensible Daten sollen nicht per unverschlüsselter E-Mail versendet werden. Der potenzielle Auftragnehmer macht Vorschläge zur möglichen Umsetzung. Nach jedem Gruppengespräch erfolgt darüber hinaus die Aufforderung zur Eingabe eines Feedbacks der Teilnehmer und Berater (systeminterne Nachricht).

5.2.6.2 Erinnerungsfunktion

Das System sollte die Benutzer frühzeitig an bevorstehende Termine erinnern. Außerdem sollen die Betroffenen Erinnerungsnachrichten (mind. 2 Stufig) erhalten, wenn Fragebögen oder Feedbackbögen noch nicht rechtzeitig ausgefüllt wurden. Die Erinnerung erfolgt nach festgelegten Schemata (z.B. nach 3-5 Tagen des Nicht-Ausfüllens). Die versendeten Erinnerungen sollten als Prozess möglichst im Controlling-Bereich dokumentiert bzw. angezeigt werden und für den Administrator ersichtlich sein (Übersicht, s.o.).

Die Teilnehmenden sollen zu T1/T2/T3a/T3b daran erinnert werden, dass sie Fragebögen auf dem Portal ausfüllen sollen. Falls die Fragebögen nach 3-5 Tagen nach Eingang der Erinnerungsnachricht noch nicht ausgefüllt wurden, soll eine weitere Erinnerungsnachricht herausgeschickt werden. Dieser Vorgang wird nach einer weiteren Woche des Nicht-Ausfüllens der Fragebögen noch einmal wiederholt.

Reagiert ein Teilnehmer gar nicht, soll zudem eine Benachrichtigung an den zuständigen Berater erfolgen, damit dieser dann den Teilnehmer kontaktiert und versucht die Daten zu erlangen.

5.2.7 Fragebogen

Im Rahmen der klinischen Evaluation werden zu vier Messzeitpunkten störungsrelevante Variablen im Prä-Post-Vergleich betrachtet: z.B. Motivation zur Verhaltensänderung (iSOCRATES), Internetsuchtsymptome (OSV-S, CIUS, AICA-Interview, Medienanamnese), depressive (PHQ-9) und Angstsymptome (GAD-7), Krankheitskosten, Lebensqualität (EQ5D), Medizinische Anamnese. Die gewonnenen quantitativen Daten zur Auswertung der primären und sekundären Endpunkte sind Grundlage für die statistische Analyse. Insofern sind die korrekte Erhebung und Codierung sowie Zuordnung der Fragebögen ein wichtiger und zentraler Punkt der Studie. Eine aktualisierte Aufzählung der Fragebögen wird später erfolgen, die o.g. Auswahl dient als Anhaltspunkt.

Die Fragebögen werden dem Betroffenen online zur Verfügung gestellt. Zum entsprechenden Zeitpunkt soll eine Benachrichtigungsmail mit dem zugehörigen Onlinelink an die Betroffenen versendet werden. Das System sollte die Eingaben auf Plausibilität prüfen. Die Datenerfassung kann jederzeit unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden. Optimal wäre, wenn bei der Dateneingabe die zuletzt gemeldeten Daten angezeigt werden würden.

Es werden zudem strukturierte klinische Interviews durchgeführt, wofür eine Fragebogen-Auswertungsmaske im System hinterlegt werden muss, die der Interviewer (Berater) ausfüllt nach Durchführung des Interviews.

Die Fragebögen können zur Verfügung gestellt werden oder ggf. nach Absprache auch zusammen mit den Projektmitarbeitern digital eingegeben und aufbereitet werden (z.B korrekter Begleittext, ggf. Sprungmarker/fragen etc.).

Die aktuell geplanten Fragebögen sind im Anhang hinterlegt. Eine geringe Veränderung der Auswahl ist noch denkbar und wird im ersten Projektschritt final festgelegt.

5.2.8 Feedback

Im Rahmen der Studie sollen zudem die Gespräche evaluiert werden.

5.2.8.1 Feedback der Teilnehmer

Nach jedem Gespräch soll der Teilnehmer eine Aufforderung für ein Feedback erhalten. Hierfür soll automatisch ein entsprechendes Formularfeld in Form eines kleinen Fragebogens mit Rating nach jedem Gespräch angezeigt werden.

5.2.8.2 Feedback/Dokumentation der Berater

Nach jedem Gespräch (1:1 Einzelgespräch und Gruppengespräch!) soll auch der Berater ein Feedback abgeben, was Inhalt der Beratungsstunde gewesen ist. Hierfür soll in dem Formular eine vorgegebene Auswahl an Inhalten angeklickt werden können und noch eine freie Texteingabe möglich sein.

Zudem soll der Berater anklicken können, welche Teilnehmer an den Gruppengesprächen teilgenommen hat (spätere Compliance-Analyse). Nach jeder Online-Beratung soll hierfür dem Berater eine Maske zur Verfügung stehen, in der er angezeigt bekommt (Pseudonyme), wer in der Gruppe ist. Er kann dann schnell markieren/anklicken, wer tatsächlich an der Sprechstunde teilgenommen hat und wer nicht und ob Jemand entschuldigt gefehlt hat. Die entsprechende Dokumentation, wie häufig die Teilnehmenden an den Sprechstunden teilgenommen haben, sollen

unter dem entsprechenden Benutzernamen in der Controlling-Übersicht gespeichert und dargestellt werden.

5.2.8.3 Notizen / Mitschriften der Berater

Für die Berater soll in den Gruppenstunden die Möglichkeit bestehen Freitexte, Grafiken, Schaubilder zu erstellen. Diese sollen als Notizen in der studieninternen Plattform beim Betroffenen hinterlegt sein und ggf. zum Download zu Verfügung stehen. Auch eine Upload Funktion seitens der Teilnehmer sollte möglich sein.

5.2.8.4 Overhead-Funktion im Gruppenchat

Während einer Gruppenstunde werden oft Schaubilder durch den Berater erstellt. Diese sollten im Sinne einer Overhead-Folie für die Teilnehmer der Gruppe (auf Knopfdruck) sichtbar sein und ggf. auch als Screenshot downloadbar sein.

5.2.9 Auswertung

5.2.9.1 Exportfunktion

Die Ergebnisse von Fragebögen und Feedback-Formulare sollten patientenbezogen komplett, also nicht in Einzelteilen, und strukturiert als CSV oder XML-Datei exportiert werden können. Die Codierung der einzelnen Fragen sowie der einzelnen Daten für die statistische Auswertung ist entsprechend der korrekten Auswertungsrichtlinien der jeweiligen Fragebögen von vornherein zu hinterlegen. Diese können durch die LWL Projektmitarbeiter zusammen mit den Fragebögen zur Verfügung gestellt werden (Codier-Leitfaden der Fragebögen). Wichtig ist, dass der Datensatz komplett exportierbar ist.

5.2.10 Datenaustausch

Die Studienplattform bietet die Möglichkeit, verschiedene Dokumente zwischen Studienteilnehmern und Beratern auszutauschen. Hierzu zählen Teilnahmebestätigungen, Briefe, Aufklärungsbögen sowie Informationsmaterial und Informationen zum Honorar. Die Dokumente sollen dabei als PDF up- und downloadbar sein.

5.2.11 Administration

5.2.11.1 Zentrale Benutzerverwaltung

Die Profile des Beraters, Sozialarbeiters und des Betroffenen können von zentralen Administratoren (mind. 2) verwaltet werden. Er ist dementsprechend dazu in der Lage Passwörter der Teilnehmer zu verändern und auch neu zu vergeben. Nur er kann Daten (z.B. Fragebogeneingaben) löschen (auf Wunsch der Teilnehmer). Die Liste der Klarnamen ist nur von den Administratoren einzusehen.

5.2.11.2 Suchfunktion im Datensatz der Teilnehmenden

Die Berater können mittels einer Suchfunktion bestimmte Teilnehmer (Pseudonyme) suchen, um beispielsweise Dokumentationen zu hinterlegen, oder z.B. Prozesse z.B. "Honorar ausgezahlt" anzuklicken/ zu bestätigen.

5.2.12 Honorar

Die Teilnehmer erhalten ein Honorar für das Ausfüllen der Fragebögen zu zwei Zeitpunkten. Hierzu wird ein Formular als PDF im Downloadbereich durch die Teilnehmer auszufüllen sein. Der Berater muss dann die Auszahlung schriftlich quittieren (Studienordner). Gleichzeitig klickt er im Dashboard des Controllings die Auszahlung des Honorars als bestätigt an.

5.3 Videokonferenzlösung

Für die Studie wird eine browserbasierte Videokonferenzlösung benötigt, welche die Vorgaben der KBV für Videosprechstunde erfüllt (<https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>). Diese kann in der Studienplattform integriert sein oder auch extern vorliegen.

5.3.1 Allgemeine Anforderungen

- Einhalten der rechtlichen Rahmenbedingungen zum Thema Datenschutz
- Alle Berater sollen in der Lage sein sich in der Videokonferenz-Lösung anzumelden, ohne dass eine weitere Registrierung notwendig ist. Der Zugang zur Konferenz soll über die studieninterne Plattform möglich sein.
- Die Betroffenen / Teilnehmer erreichen die Videokonferenz über einen Link. Die Betroffenen können keine Videokonferenz eigenständig starten. Steht ein Termin für eine Videokonferenz bevor, wird der Betroffene über einen Link in ein virtuelles Wartezimmer geleitet.
- Die Videokonferenz kann nur von Beraterseite aus gestartet werden.
- Es besteht die Möglichkeiten von AdHoc-Konferenzen.
- Es besteht die Möglichkeit Gruppenkonferenzen durchzuführen mit bis zu vier Teilnehmern (2-3 Betroffene plus 1 Berater).
- Die Videosprechstunde verläuft störungsfrei.
- Sämtliche Inhalte der Videosprechstunde dürfen durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Maximal 4 kleine Videobilder werden gleichzeitig angezeigt
- Eine digitale Overhead-Folie kann vom Berater hinzugeklickt werden (s.o.)
- Es kann eine 1:1 Videokonferenz zu jeder Zeit durch den Berater / Sozialarbeiter mit einem Teilnehmer ausgelöst werden.
- Es kann ein 1:1 Videokonferenzraum (unabhängig von der Teilnahme am OMPRIS Projekt) per Link generiert werden, der an Externe verschickt werden kann.

5.3.2 Technische Anforderungen

- Die Übertragung der Inhalte einer Videosprechstunde muss nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sein.
- Die eingesetzte Software muss bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv sein.
- Videodienstanbieter dürfen nur Server in der EU nutzen. Alle Metadaten müssen nach spätestens drei Monaten gelöscht werden und dürfen nur für die zur Abwicklung der

Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt werden. Die Weitergabe der Daten ist untersagt.

Falls aus inhaltlichen Gründen eine Veränderung der Intervention von Gruppen- zu Einzelgesprächen durchgeführt werden muss, sollte diese Umstellung problemlos möglich sein und somit schon bei der Erstellung der Plattform mit berücksichtigt werden.

5.4 Anforderungen an die technische Produktumgebung

5.4.1 Soft- und Hardware der Clients

Außer einem aktuellen Webbrowser darf die Web-Anwendung keine besonderen Anforderungen an die jeweiligen Clients stellen und muss somit auf allen gängigen (Office-) Betriebssystemen lauffähig sein. Alle Akteure greifen mit Desktop-PCs und Notebooks auf die Anwendung zu. Eine Unterstützung mobiler Geräte ist wünschenswert, jedoch nicht erforderlich.

5.4.2 Zentrale Datenbank

Alle erfassten Daten werden in strukturierter Form in einer zentralen Datenbank abgelegt. Die eingesetzte Datenbank sollte grundsätzlich nicht explizit an die Anwendung gebunden, sondern auch unabhängig erreichbar sein.

5.4.3 Software

Die für den Server-Betrieb erforderliche Software ist vom Anbieter im Angebot darzulegen. Sollte kostenpflichtige Software zum Einsatz kommen, sind etwaige Softwarelizenzen Bestandteil des Angebotes.

5.4.4 Netzwerk, Verschlüsselung

Sämtliche Kommunikation zwischen dem IT-System und den beteiligten Akteuren hat verschlüsselt zu erfolgen (ausgenommen: E-Mail-Benachrichtigungen). Der Auftraggeber stellt hierzu eine Domain inkl. zugehörigem SSL-Zertifikat bereit.

5.4.5 Technische Voraussetzungen

Der Anbieter legt im Angebot dar, welche technischen Voraussetzungen zum Betrieb der Anwendung notwendig sind.

5.5 Leistungsanforderungen

5.5.1 Antwort- und Ladezeiten

Die Bedienung der Anwendung muss mit minimalsten, technisch bedingten Reaktionszeiten möglich sein. Die entsprechenden Reaktionszeiten für die Datenbanktransaktionen (lesend / schreibend) sind, möglichst in Hinblick auf die im Einsatzgebiet anzutreffende Technik, im Angebot anzugeben. Das System ist so auszulegen, dass akzeptable Antwortzeiten erreicht werden.

5.5.2 Mengengerüst, Anzahl der Nutzer

- 3 Kliniken = Rekrutierungszentren
- Mind. 2 AdministratorInnen
- 1-2 SozialarbeiterInnen
- 7-9 Online-BeraterInnen
- Maximal wäre die Teilnahme von bis zu 20 Personen gleichzeitig denkbar.

5.5.3 Zu verarbeitende Daten-bzw. Datenmengen

Es werden nur Daten zum Zweck der Selbsteinschätzung und zur Analyse unterschiedlicher Variablen durch klinische, standardisierte Diagnostik sowie Interviews erhoben und für die Auswertung der Studie ausgewertet. Es werden keine bereits existierenden Datensätze oder Sekundärdaten verwendet. Daten werden verschlüsselt und auf einem sicheren Server gespeichert.

Die Datenerhebung erfolgt in Form von onlinebasierten Fragebögen und klinischen Interviews. Insgesamt sind Fragebögen und 2 Interviewarten in der OMPRIS Studie geplant. Die Primärdaten sind dem Anhang zu entnehmen.

5.6 Nichtfunktionale Anforderungen

5.6.1 Anforderungen an den Datenschutz

Die aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind einzuhalten. Anbieter haben entsprechende Dokumentationen und Belege vorzulegen (z.B. Zertifizierungen), wie die technischen Maßnahmen zur Realisierung von Datenschutz und Datensicherheit in der Lösung umgesetzt sind.

5.6.2 Systemservice (Aufrechterhaltung und/oder Wiederherstellung der Betriebsbereitschaft des Gesamtsystems)

Teil des Gesamtauftrages ist die der technische Support, die Wartung, Fehlerbehebung und technische Mitentwicklung / Weiterentwicklung der Softwareumgebung über die gesamte Projektlaufzeit von 3 Jahren. Diese wird in enger Zusammenarbeit mit den LWL Projektmitarbeitern durchgeführt.

5.6.3 Bereitstellung von benötigter IT-Infrastruktur

Der Anbieter stellt die Anforderungen an die benötigte Infrastruktur zur Verfügung und stimmt sich hinsichtlich des Hostings mit dem Auftraggeber ab. Wünschenswert ist, dass potenzielle Anbieter das komplette Hosting (einschließlich Administration, Wartung&Support) über die Projektlaufzeit optional mit anbieten bzw. beziffern.

5.6.4 Bereitstellung von Testdaten

Der Auftraggeber stellt eine ausreichende Anzahl von Testdaten zur Verfügung.

Der Auftragsempfänger stellt eine ausreichende Anzahl von Testzugängen zum Videosystem und zur Studienplattform zur Verfügung.

5.6.5 Bereitstellen von Personal

Der Auftraggeber hält Personalressourcen und Ansprechpartner im Umfang nach seinem Ermessen für sämtliche Projektphasen, den Betrieb sowie den First-Level-Support vor.

5.6.6 Dokumentation

Die Dokumentationsunterlagen der Anwendung müssen vollständig sein und immer dann auf den aktuellen Stand gebracht werden, wenn sich Änderungen an der Software ergeben haben. Die Dokumentation muss in elektronischer Form und in deutscher Sprache vorliegen.

Optimal wäre ein Zugriff auf die Dokumentation aus der Anwendung heraus.

5.6.7 Schulungen

Der potenzielle Auftragnehmer unterbreitet im Rahmen des Angebotes ein Schulungsangebot und bepreist dieses entsprechend.

5.6.8 Projektmanagement

Auftraggeber und potenzieller Auftragnehmer stimmen vor Auftragsvergabe die Bedingungen für eine Weiternutzung des Gesamt bzw. Teilsystems ab (Verwertungsrechte nach Beendigung des Projektes, Lizenzen, spätere Nutzung in der Klinik).

Anhang

//Fragebögen

OSV:

**SKALA ZUM ONLINESUCHTVERHALTEN
BEI ERWACHSENEN (OSVe-S)**
(Wölfling, K., Müller, K.W. & Beutel, M.E., 2010)

Im Folgenden finden Sie einige Fragen dazu, wie Sie im Allgemeinen mit dem Internet und verschiedenen Onlineangeboten umgehen. Bitte beantworten Sie alle Fragen so wahrheitsgemäß und vollständig wie möglich. Denken Sie bitte daran, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Überlegen Sie bei der Beantwortung der einzelnen Fragen also nicht allzu lange, sondern kreuzen Sie diejenige Antwort an, welche Ihnen als die passend erscheint.

Bitte beachten Sie, dass sich die Fragen nach Ihrem Onlineverhalten nur auf die **aktive Nutzung** des Internet in Ihrer **Freizeit** beziehen - und nicht etwa auf eine mögliche Nutzung des Internet aus beruflichen Gründen.

la) Wie alt sind Sie? Jahre **lb)** Sind Sie: männlich weiblich

lc) Seit wie vielen Jahren nutzen Sie das Internet? seit ca. Jahren

ld) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | berufstätig in Vollzeit |
| <input type="checkbox"/> | berufstätig in teilzeit |
| <input type="checkbox"/> | selbständig |
| <input type="checkbox"/> | derzeit in keinem Arbeitsverhältnis |
| <input type="checkbox"/> | in Ausbildung zu: _____ |
| <input type="checkbox"/> | im Studium; Studienfach: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, nämlich: _____ |

le) Welche Onlineangebote nutzen Sie?

nie (0)	selten (1)	oft (2)	sehr oft (3)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onlinespiele (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkaufen (z.B. ebay, amazon)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chatten / Austausch in Foren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emails schreiben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onlinesex-Angebote (z.B. pornografische Bilder)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Online-Glücksspiele (z.B. Poker, Casinos, Wetten)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Online-Communities (z.B. SchülerVZ, Facebook)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informationsrecherche (z.B. wikipedia)
				andere, nämlich: _____

Wölfling et al. – Computerspiel- und Internetsucht
ContentPlus © 2013 W. Köhhammer GmbH, Stuttgart

(11) Wie häufig vermeiden Sie negative Gefühle (z.B. Ärger, Langeweile, Frustration, Trauer) durch Onlineaktivitäten?

0	1	2	3	4
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft

(12) Wie häufig haben Sie bisher versucht, Ihr Onlineverhalten aufzugeben bzw. einzuschränken?

0	1	2	3	4
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft

(12.1) ... wenn Sie schon einmal versucht haben, Ihr Onlineverhalten zu ändern: Haben Sie es geschafft?

0	1
nein	ja

(13) Wie häufig haben Sie etwas Wichtiges vergessen (z.B. in Beruf, Schule oder Ausbildung), weil Sie die ganze Zeit Onlineaktivitäten nachgegangen sind?

0	1	2	3	4
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft

(14) Wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Sie zu viel oder zu lange online waren?

0	1	2	3	4
nie	selten	manchmal	oft	sehr oft

(15) Sind aufgrund Ihres Onlineverhaltens negative Folgen oder Probleme in folgenden Bereichen aufgetreten?

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme in Beruf, Ausbildung oder Schule (z.B. schlechtere Beurteilungen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme mit der Familie / mit dem Partner bzw. Freunden (z.B. Streit)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geldprobleme (z.B. Schulden)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vernachlässigung von anderen Freizeitaktivitäten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vernachlässigung von Freunden / des Partners bzw. der Partnerin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme mit der Gesundheit (z.B. zu wenig Schlaf, Ernährung)

(16) Würden Sie sagen, dass Sie manche Onlineangebote in übermäßigem Umfang nutzen?
Wenn ja, welche Onlineangebote sind das? (Mehrfachnennungen sind möglich)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onlinespiele (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkaufen (z.B. ebay, amazon)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chatten / Austausch in Foren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emails schreiben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onlinesex-Angebote (z.B. pornografische Bilder)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Online-Glücksspiele (z.B. Poker, Casinos, Wetten)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Online-Communities (z.B. SchülerVZ, Facebook)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informationsrecherche (z.B. wikipedia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere, nämlich: _____

PHQ & GAF:

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Universitätsklinikum Heidelberg (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, JAMA, 1999). Deutsche Übersetzung und Validierung der „Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)“ durch B. Löwe et al., Hamburg-Eppendorf (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, Arch Intern Med, 2006)

Seite 1

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soziodemographie:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter

Deutschland

in einem anderen Land

welches? _____

Vater

Deutschland

in einem anderen Land

welches? _____

Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

seit meiner Geburt

seit (Jahreszahl) _____

Sind Sie als Vertriebene/r aus ehemals deutschen Gebieten nach Deutschland gekommen?

ja

nein

Sind/Ist Ihr Vater und/oder Ihre Mutter als Vertriebene/r aus ehemals deutschen Gebieten nach Deutschland gekommen?

ja

nein

Ist Deutsch Ihre Muttersprache)

ja

nein

Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

sehr gut

gut

mittelmäßig

wenig

gar keine

Ich verfüge über ...

die deutsche Staatsangehörigkeit

einen unbefristeten Aufenthalt

einen befristeten Aufenthalt

eine Duldung

Familienstand:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| ledig ohne Partner | <input type="checkbox"/> |
| ledig mit Partner | <input type="checkbox"/> |
| verheiratet / Lebensgemeinschaft | <input type="checkbox"/> |
| geschieden / getrennt | <input type="checkbox"/> |
| verwitwet | <input type="checkbox"/> |
-

Ausbildung (höchste abgeschlossene):

- | | |
|--|--------------------------|
| kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Pflichtschulabschluss (Hauptschule ohne Lehre) | <input type="checkbox"/> |
| Pflichtschulabschluss mit Lehre | <input type="checkbox"/> |
| Gymnasium oder berufsbildende höhere Schule | <input type="checkbox"/> |
| Universität | <input type="checkbox"/> |
| Schule noch nicht abgeschlossen | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
-

Berufstätigkeit (Mehrfachangaben):

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| noch in Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| Hausmann/Hausfrau | <input type="checkbox"/> |
| arbeitslos | <input type="checkbox"/> |
| teilzeitbeschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| voll erwerbstätig | <input type="checkbox"/> |
| berentet/pensioniert | <input type="checkbox"/> |

Rauchen Sie zurzeit, wenn auch nur gelegentlich??

- nie
- früher ja, heute nicht mehr
- gelegentlich, nicht täglich
- täglich weniger als 5 Zigaretten
- täglich mehr als 5 Zigaretten

Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk* zu sich, also z.B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör?

- Kein Alkoholkonsum
- einmal pro Monat oder seltener
- 2-4 mal pro Monat
- 2-3 mal pro Woche
- 4 mal pro Woche oder öfter

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

- keines
- 1-2 alkoholische Getränke
- 3-4 alkoholische Getränke
- 5-6 alkoholische Getränke
- 7-9 alkoholische Getränke
- 10 oder mehr alkoholische Getränke

Haben Sie Schlafstörungen?

ja nein

Wenn ja, welche Art von Schlafstörungen?

- Einschlafstörungen ja nein
- Durchschlafstörungen ja nein
- Früherwachen ja nein

Wie viele Stunden schlafen Sie ohne Unterbrechung?

- weniger als 5 Stunden
- 5-7 Stunden
- 7-10 Stunden
- mehr als 10 Stunden

Treiben Sie regelmäßig Sport (mindestens einmal pro Woche)?

- Kein Sport
- 1 x/Woche
- 2-3 x/ Woche
- 4-5 x/ Woche
- mehr als 5 x/Woche

Treiben Sie Ausdauersport?

ja nein

Treiben Sie Kraftsport?

ja nein

Wenn ja, welchen Sport

CIUS:

Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk et al., 2009)

1. Wie häufig finden Sie es schwierig, mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn Sie online sind?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

2. Wie häufig setzen Sie Ihren Internetgebrauch fort, obwohl Sie eigentlich aufhören wollten?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

3. Wie häufig sagen Ihnen andere Menschen, z.B. Ihr Partner, Kinder, Eltern oder Freunde, dass Sie das Internet weniger nutzen sollten?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

4. Wie häufig bevorzugen Sie das Internet statt Zeit mit anderen zu verbringen, z. B. mit Ihrem Partner, Kindern, Eltern, Freunden?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

5. Wie häufig schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

6. Wie häufig denken Sie an das Internet, auch wenn Sie gerade nicht online sind?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

7. Wie oft freuen Sie sich bereits auf Ihre nächste Internetsitzung?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

8. Wie häufig denken Sie darüber nach, dass Sie weniger Zeit im Internet verbringen sollten?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

9. Wie häufig haben Sie erfolglos versucht, weniger Zeit im Internet zu verbringen?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

10. Wie häufig erledigen Sie Ihre Aufgaben zu Hause hastig, damit Sie früher ins Internet können?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

11. Wie häufig vernachlässigen Sie Ihre Alltagsverpflichtungen (Arbeit, Schule, Familienleben), weil Sie lieber ins Internet gehen?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

12. Wie häufig gehen Sie ins Internet, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?
 - nie (0 Punkte)
 - selten (1 Punkt)
 - manchmal (2 Punkte)
 - häufig (3 Punkte)
 - sehr häufig (4 Punkte)

13. Wie häufig nutzen Sie das Internet, um Ihren Sorgen zu entkommen oder um sich von einer negativen Stimmung zu entlasten?

- nie (0 Punkte)
- selten (1 Punkt)
- manchmal (2 Punkte)
- häufig (3 Punkte)
- sehr häufig (4 Punkte)

14. Wie häufig fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder gereizt, wenn Sie das Internet nicht nutzen können?

- nie (0 Punkte)
- selten (1 Punkt)
- manchmal (2 Punkte)
- häufig (3 Punkte)
- sehr häufig (4 Punkte)

Auswertungshinweis:

Die jeweiligen Punktwerte zu jeder Antwort befinden sich in Klammern hinter den Antworten. Die jeweiligen Punktwerte werden aufsummiert. Ein **Summenwert von 28 oder mehr Punkten** zeigt einen Verdacht auf einen problematischen Internetgebrauch an. Zur weiteren Abklärung sollten Sie sich z. B. an eine Suchtberatungsstelle wenden.

ISOCRATES:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Bin unsicher	Stimme zu	Stimme voll zu
1. Ich möchte mein Internetnutzungsverhalten wirklich verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Manchmal frage ich mich, ob ich Internetsüchtig bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wenn ich mein Internetnutzungsverhalten nicht bald ändere, werden sich meine Probleme verschlimmern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich habe schon damit angefangen, einiges an meinem Internetnutzungsverhalten zu verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Es gab eine Zeit, in der ich das Internet zuviel genutzt habe, aber ich habe es schon geschafft, meine Internetnutzung zu verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Manchmal überlege ich, ob mein Internetnutzungsverhalten anderen Menschen schadet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mein Internetnutzungsverhalten ist problematisch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich denke nicht nur darüber nach, mein Internetnutzungsverhalten zu ändern, sondern ich unternehme bereits etwas dagegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich habe bereits mein Internetnutzungsverhalten geändert und suche nun nach Wegen, die mich davor bewahren, in mein altes Nutzungsmuster zurückzufallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich habe ernste Probleme mit der Internetnutzung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Manchmal frage ich mich, ob ich meinen Internetgebrauch unter Kontrolle habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Meine Internetnutzungsverhalten verursacht eine Menge Schaden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Zur Zeit unternehme ich aktive Schritte, um das Internet weniger zu nutzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich möchte Unterstützung, die mich davor bewahrt, zu den gleichen Internetnutzungsproblemen, die ich früher hatte, zurückzukehren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich weiß, dass ich ein Problem mit meinem Internetnutzungsverhalten habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Manchmal denke ich darüber nach, ob ich das Internet zuviel nutze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich bin internetsüchtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich strenge mich sehr an, mein Internetnutzungsverhalten zu verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich habe einiges an meiner Internetnutzung verändert und möchte Hilfe, um nicht wieder zu meinen alten Internetnutzungsverhalten zurückzukehren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EQ5D:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D)

1/3

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D)

Quelle: Schulenburg J/Gvd, Claes C, Greiner W, Uber A. Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. Z Gesundheitswiss 1998; (6):3-30.

© bei Euroqol



Der Fragebogen kann bestellt werden unter:
<http://www.euroqol.org/> [01.01.2007] respektive mit einer
 Mail an: userinformationservice@euroqol.org [01.01.2007].

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeit/ Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/ körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/ Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Aus: Oesch, Hilfiker, Keller, Kool, Luomajoki, Tal-Akabi, Schädler, Verra, Widmer Leu
 Assessments in der Rehabilitation - Band 2: Bewegungsapparat. © Hogrefe Verlag 2017. Alle Rechte vorbehalten.

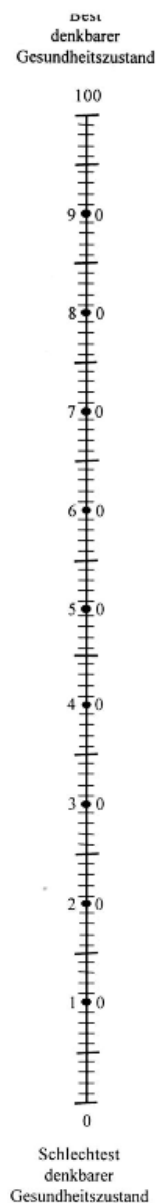


Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit 100 gekennzeichnet, der schlechteste mit 0.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den unten stehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Ihr
heutiger
Gesundheitszustand

Der Fragebogen kann bestellt werden unter: <http://www.euroqol.org/> [01.01.2007] respektive mit einer Mail an: userservice@euroqol.org [01.01.2007].



Da alle Angaben anonym sind, würde es uns helfen, Ihre Antworten besser zu verstehen, wenn wir durch die Beantwortung folgender Fragen einige Hintergrunddaten von jedem/jeder erhalten würden.

1. Haben Sie je Erfahrungen mit einer ernsthaften Krankheit gemacht?
- | | | | |
|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Bei Ihnen selbst | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> | Bitte markieren Sie die entsprechenden Kästchen |
| In Ihrer Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bei der Pflege anderer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2. Wie alt sind Sie?

3. Sind Sie:
- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| | männlich
<input type="checkbox"/> | weiblich
<input type="checkbox"/> | Bitte markieren Sie die entsprechenden Kästchen |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

4. Sind Sie:
- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| gegenwärtig Raucher(in) | <input type="checkbox"/> | Bitte markieren Sie die entsprechenden Kästchen |
| ein(e) ehemalige(r) Raucher(in) | <input type="checkbox"/> | |
| noch nie Raucher(in) gewesen | <input type="checkbox"/> | |

5. **Arbeiten** Sie zur Zeit im Gesundheitswesen oder in einer sozialen Einrichtung, oder haben Sie jemals dort gearbeitet? Wenn ja, in welcher Funktion? _____
- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> | Bitte markieren Sie die entsprechenden Kästchen |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|

6. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Haupttätigkeit am besten?
- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| angestellt oder selbständig | <input type="checkbox"/> | Bitte markieren Sie die entsprechenden Kästchen |
| im Ruhestand | <input type="checkbox"/> | |
| Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> | |
| Student(in) | <input type="checkbox"/> | |
| arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> | |
| andere (bitte erläutern) | <input type="checkbox"/> | |

7. Haben Sie nach der obligatorischen Schulzeit eine höhere Schule besucht oder eine Lehre oder Ausbildung gemacht?
- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> | Bitte markieren Sie die entsprechenden Kästchen |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|

8. Haben Sie einen akademischen Grad oder eine gleichwertige berufliche Qualifikation?
- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | Ja
<input type="checkbox"/> | Nein
<input type="checkbox"/> | Bitte markieren Sie die entsprechenden Kästchen |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|

Bitte schreiben Sie hier ihre Postleitzahl auf



Medienanamnese:

Fragen zur Internetnutzung

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie häufig Sie das Internet **pro Woche** nutzen.
In das zweite Eingabefeld geben Sie bitte die Internetnutzungszeit an einem durchschnittlichen Tag in Stunden ein.

An wie vielen Tagen pro Woche nutzen Sie das Internet?

Wenn Sie das Internet an einem durchschnittlichen Tag nutzen, wie lange ist die Nutzung?

Stunden

(z.B. 5,5 für 5 Stunden und 30 Minuten)

Mit welchen Geräten nutzen Sie das Internet in Ihrer Freizeit? Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- PC
- Notebook
- Mobiltelefon
- Tablet
- Smartwatch
- Smart-TV
- Set-Top-Boxen und Spielekonsolen (z.B. Xbox, Chromecast)
- Sonstiges

Bitte beantworten Sie im Folgenden ein paar Fragen zu Ihrer Internetnutzung.

Wie viel Prozent - schätzungsweise - Ihrer wachen Zeit (d.h. wenn Sie nicht schlafen) sind Sie **nicht** online?

Hiermit ist gemeint, dass Sie gerade nicht mit Ihrem PC, Notebook, Ihrem Tablet oder Smartphone beschäftigt sind.

 %

Wenn Sie am Abend/in der Nacht schlafen gehen, wie viel Zeit liegt durchschnittlich an einem typischen Abend zwischen der letzten Internetnutzung (mittels Smartphone, Tablet, Notebook oder PC) und dem Einschlafen?

Wenn Sie geschlafen haben und aufwachen, wie viel Zeit vergeht bis dass Sie zum ersten Mal seit dem Schlafen online gehen (d.h. aktiv eine Online-Applikation auf Ihrem Smartphone, Tablet, Notebook oder PC verwenden)?

Gibt es bei Ihnen an Wochentagen (Arbeitstagen/Schultagen) und an Wochenenden (freien Tagen) jeweils bestimmte Zeiträume, an denen Sie sicher offline sind?

- ja
- nein

Wie viel Zeit schlafen Sie typischerweise in der Nacht?

 Stunden

(Kommazahlen möglich)

Wie viel Zeit schlafen Sie insgesamt innerhalb von 24 Stunden typischerweise (Nachtschlaf und Tagesschlaf zusammengezählt)?

 Stunden

(Kommazahlen möglich)

Vorerkrankungen:

Erfahrungen mit Psychotherapie

Im Folgenden würden wir Sie bitten, Angaben darüber zu machen, ob Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung befinden oder sich in der Vergangenheit schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung befunden haben.

Befinden Sie sich aktuell in einer der unten genannten Behandlungen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ambulante Psychotherapie / Gesprächstherapie
- Ambulante psychiatrische Behandlung mit Medikamenten
- Stationäre psychosomatische Behandlung
- Stationäre psychiatrische Behandlung
- Psychosomatische / Psychiatrische Rehabehandlung
- Beratungsstelle (z.B. Diakonie o.ä.)
- Selbsthilfegruppe
- Keine Behandlung

Befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja
- nein

Nehmen Sie aktuell für Ihre Psyche Medikamente ein?

- Keine Medikamente
- Schlafmittel
- Antidepressivum
- Neuroleptikum
- Beruhigungsmittel
- Schmerzmittel
- Sonstiges, nämlich:

Wenn ja, wie heißen diese Medikamente?

Haben Sie in Ihrem Leben jemals eine der unten genannten Behandlungen absolviert? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ambulante Psychotherapie / Gesprächstherapie
- Ambulante psychiatrische Behandlung mit Medikamenten
- Stationäre psychosomatische Behandlung
- Stationäre psychiatrische Behandlung
- Psychosomatische / Psychiatrische Rehabehandlung
- Beratungsstelle (z.B. Diakonie o.ä.)
- Selbsthilfegruppe
- Keine Behandlung

HAQ:

Die einzelnen Items (Likert-Skalierung von 1 = sehr unzutreffend bis 6 = sehr zutreffend) des patienten seitigen Helping Alliance Questionnaire von Luborsky (1984) haben wir ins Deutsche übersetzt (vgl. Bassler et al., 1995). Der Wortlaut der übersetzten Items ist wie folgt:

1. "Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft."
2. "Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft."
3. "Ich habe einige neue Einsichten gewonnen."
4. "Seit kurzem fühle ich mich besser."
5. "Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam."
6. "Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können."
7. "Ich habe das Gefühl, dass mich der Therapeut versteht."
8. "Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche."
9. "Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen."
10. "Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen."
11. "Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbstständig mit mir auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe)."

Ergänzend kann ein 12. Item verwendet werden, das die globale Erfolgseinschätzung einschätzt (Bassler et al., 1995):

12. Globale Erfolgseinschätzung im Vergleich zum Behandlungsbeginn (mit 1 = sehr viel verschlechtert, 4 = unverändert, 7 = sehr viel gebessert).

//Prozedur für Randomisierung

Die Zuweisung der Teilnehmenden in die Interventions- (IG) bzw. Wartegruppe (WG) soll mithilfe einer Biased-Coin-Randomisierung erfolgen. Dabei soll die Wahrscheinlichkeit einer Gruppe zugeordnet zu werden entsprechend der vorherigen Zuteilungen adaptiert werden, um eine möglichst ausbalancierte Verteilung der Teilnehmenden in die IG und WG zu gewährleisten. Um eine ausgewogene Verteilung von Männern und Frauen in den jeweiligen Gruppen zu erreichen, soll das Verfahren getrennt nach dem Geschlecht durchgeführt werden. So hat bspw. der zweite männliche Teilnehmer eine Wahrscheinlichkeit von $2/3$ in die IG randomisiert zu werden, nachdem der erste männliche Teilnehmer in die WG randomisiert wurde. Entsprechend hätte in dem Szenario ein dritter männlicher Teilnehmer eine Wahrscheinlichkeit von $1/2$ in die IG randomisiert zu werden.

Eine detaillierte Beschreibung ist dem Kapitel "Biased-Coin- und Urnenrandomisierung" sowie den Abschnitten 4 des unten aufgelisteten Kapitels zu entnehmen.

Zusatz aus "Epidemiologie 6: Generierung von Randomisierungslisten in randomisierten Studien: Zufall, nicht Auswahl", Kenneth Schulz, MD, David Grimes, MD, British Medical Journal, PO Box 13950, Research Triangle Park NC 27709, USA Lancet 2002; 359: 515–519)

geschlüsselt werden. Spätere Zuteilungen ließen sich somit präzise vorhersagen, wodurch es zu einem Selektionsbias kommen könnte, egal wie wirksam die Geheimhaltung der Behandlungszuteilung auch sein mag. Größere Blocklängen, beispielsweise 10 oder 20, anstelle von kleineren Blöcken – vier oder sechs – und die Zufallsvariation der Blocklängen tragen zur Wahrung der Unvorhersagbarkeit bei [17].

Untersucher, die randomisierte, kontrollierte Studien durchführen, greifen häufig auf das Verfahren der Blockbildung zurück. Skepsis sollte beim Leser allerdings aufkommen, wenn die Blockbildung lediglich erwähnt wird. Studienberichte sollten explizite Informationen enthalten zur etwaigen Verwendung von Blockbildung, zum Zuteilungsverhältnis (meist eins zu eins), zum Zufallsauswahlverfahren (z.B. Zufallszahlentabelle oder Computerbasierter Zufallszahlengenerator) sowie zur Blocklänge bzw. den Blocklängen (bei Zufallsvariation).

Zufallszuteilungsregel

Die einfachste Form der Restriktion ist die Zufallszuteilungsregel. Bei einem gegebenen Gesamtstichprobenumfang sind gleiche Gruppengrößen aber nur am Ende der Studie gewährleistet. Im Normalfall ermitteln Untersucher einen Gesamtstichprobenumfang und wählen dann aus dieser Stichprobe nach dem Zufallsprinzip eine Untergruppe aus, die sie der Gruppe A zuteilen; der Rest wird Gruppe B zugeordnet. Für eine Gesamtstudiengröße von 200 beispielsweise werden 100 Kugeln für die Gruppe A und 100 Kugeln für die Gruppe B in einen Hut gelegt; anschließend werden die Kugeln nacheinander ohne Ersetzung zufällig gezogen; ein solches Vorgehen entspricht der Zufallszuteilungsregel. Die Sequenz würde durch 100 zufällige Zuteilungen zur Gruppe A und 100 zufällige Zuteilungen zur Gruppe B entstehen. Bei dieser Methode ergibt sich ein großer permutierter Block für die gesamte Studie; das bedeutet, dass nur am Ende der Studie ein Gleichgewicht bestünde, nicht aber auch im Verlauf der Studie.

Die Zufallszuteilungsregel bewahrt viele positive Eigenschaften der einfachen vollständigen Randomisierung (vor allem, was die statistische Auswertung betrifft), führt aber mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einer zufallsbedingten Unausgewogenheit in den Kovariablen (zufälliges Confounding). Übrigens wird dieser Unterschied bei größeren Stichprobenumfängen belanglos [24]. Zudem leidet im Vergleich zur einfachen vollständigen Randomisierung die Unvorhersagbarkeit. Besonders in einer nicht-doppelblind angelegten Studie entsteht hier durch das Erraten der Zuteilungen (vor allem gegen Ende der Studie) Spielraum für das Auftreten von Selektionsbias, was aber natürlich nicht auf die Ebene der permutierten Blockrandomisierung mit kleineren Blockgrößen zutrifft [24,25].

Manchmal wenden Untersucher als Zufallszuteilungsregel die Methode des Kartenmischens („Shuffling“) an; dazu müssen sie den Stichprobenumfang ermitteln, speziell vorbereitete Karten dem Zuteilungsverhältnis entsprechend auf die Behandlungsgruppen aufteilen, die Karten in Umschläge stecken und die Umschläge mischen, um so eine Art von zufälliger Zuteilung ohne Ersetzung zu gewährleisten [23]. Wahrscheinlich benutzen viele Untersucher diese Methode, bezeichnen sie aber nur selten als „eingeschränktes Mischen“ oder als Zufallszuteilungsregel. Stattdessen geben sie an, dass sie Umschläge benutzt oder ein Shuffling durchgeführt haben. Tatsächlich werden die Generierung der Randomisierungsliste und die Geheimhaltung bei der „restricted shuffled“-Methode zusammengefasst und miteinander verschmolzen. Das Mischen (*shuffling*) bestimmt über die Zuteilungsfolge, und das ist nicht optimal. Was jedoch am wichtigsten ist: Bei der Benutzung von Umschlägen steht und fällt die Angemessenheit der „Shuffling“-Methode mit einer adäquaten Geheimhaltung der Behandlungszuteilung [7,8].

Biased-coin- und Urnenrandomisierung

Mit der Biased-coin-Randomisierung erreicht man nahezu die gleichen Ziele

wie mit der Blockbildung, ohne dabei jedoch eine strikte Gleichheit der Gruppengrößen zu erzwingen [16,26]. Dadurch bleibt die für die einfache Randomisierung typische Unvorhersagbarkeit zum großen Teil erhalten. Biased-coin-Verfahren ändern die Zuteilungswahrscheinlichkeit im Studienverlauf, um eventuell auftretende Ungleichgewichte zu korrigieren (Kasten 4). Bei den adaptiven Biased-coin-Verfahren, von denen die Urnenrandomisierung am besten untersucht wurde, wird die Zuteilungswahrscheinlichkeit je nach Größe des Ungleichgewichts geändert. Biased-coin-Verfahren, darunter auch das Urnenmodell, finden in Studienberichten nur selten Erwähnung. Sie sollten eigentlich häufiger angewendet werden. Einen Computer einzusetzen ist einfacher und zuverlässiger als tatsächlich Kugeln aus einer Urne zu ziehen, genauso wie es bei der einfachen Randomisierung einfacher und zuverlässiger ist, auf den Einsatz eines Computers zu vertrauen als tatsächlich eine Münze zu werfen. In unverblindeten Studien, in denen Unvorhersagbarkeit sehr wichtig ist und die Notwendigkeit der Balance die einfache Randomisierung von vornherein ausschließt, ist das Urnenmodell besonders zweckmäßig. Die Unvorhersagbarkeit des Urnenverfahrens übertrifft die der permutierten Blockrandomisierung, und zwar unabhängig davon, ob man sich für Blockverfahren mit fester oder zufällig variierender Blocklänge entscheidet [26]. Wenn der Leser auf eine Biased-coin- oder Urnenrandomisierung stößt, darf er diese Methoden ruhig als angemessene Verfahren zur Generierung einer zufälligen Verteilung betrachten.

Kasten 4: Biased-coin- und Urnenrandomisierung

Biased-coin-Verfahren verändern die Zuteilungswahrscheinlichkeit im Laufe einer Studie, um möglicherweise auftretende Unausgewogenheiten in den Gruppengrößen zu korrigieren. Beispielsweise können Untersucher die einfache Randomisierung mit

gleicher Zuteilungswahrscheinlichkeit – 0,50 : 0,50 in einer zweiarmligen Studie – anwenden, solange die Differenz in der Anzahl der den Behandlungsgruppen zuteilten Teilnehmer einen zuvor festgelegten Grenzwert nicht überschreitet. Wenn der Unterschied den Grenzwert erreicht, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass der nächste Teilnehmer der Gruppe mit den wenigsten Teilnehmern zugeteilt wird (z.B. 0,60 : 0,40). Bei richtiger Implementierung kann ein Biased-coin-Verfahren ein Gleichgewicht herstellen, während gleichzeitig die mit der einfachen Randomisierung einhergehende Unvorhersagbarkeit größtenteils erhalten bleibt [16].

Adaptive Biased-coin-Verfahren, von denen das Urnenmodell am besten untersucht wurde, verändern die Zuteilungswahrscheinlichkeit je nach der Größe des Ungleichgewichts [26]. Das Urnenmodell wird als UD (α, β) abgekürzt, wobei α die ursprünglich vorhandene Anzahl an blauen und grünen Kugeln angibt und β die Anzahl der Kugeln, die zusätzlich in die Urne gelegt werden und von entgegengesetzter Farbe sind als die jeweils gezogene Kugel (α und $\beta =$ jede beliebige rationale nicht-negative Zahl). Im Falle von UD (2,1) enthält eine Urne also beispielsweise zwei blaue und zwei grüne Kugeln, beginnend mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,50 : 0,50 ($\alpha = 2$). Die Kugeln werden nach dem Zufallsprinzip gezogen und stehen für die jeweiligen Behandlungszuteilungen: blau für Therapie A und grün für Therapie B. In die Urne wird nun eine zusätzliche Kugel von der der gezogenen Kugel entgegengesetzten Farbe ($\beta = 1$) gelegt. Wird zuerst eine blaue Kugel gezogen, dann wären nach der ersten Zuteilung zwei blaue Kugeln und drei grüne Kugeln in der Urne. Für die nächste Zuteilung bedeutet dies ein Verhältnis von 0,40 : 0,60. Wird als zweites wieder eine blaue Kugel gezogen, dann wären nach der zweiten Zuteilung zwei blaue und vier grüne Kugeln in der Urne; das Verhältnis für die nächste Zuteilung betrüge somit 0,33 : 0,67.

Pro Zuteilung wird eine neue Kugel gezogen. Die Zuteilungswahrscheinlichkeiten variieren in Abhängigkeit von den vorangegangenen Zuteilungen.

Replacement-Randomisierung

Bei der Replacement-Randomisierung (Ersetzungsstrategie) wird ein einfaches Randomisierungsverfahren für die Behandlungszuteilung so oft wiederholt, bis die gewünschte Balance erreicht ist. Dabei muss der Untersucher für die Ersetzung objektive Kriterien aufstellen. Bei einer Studie mit 300 Teilnehmern könnte man beispielsweise festlegen, dass ein einfaches Randomisierungsschema ersetzt wird, wenn der Unterschied in der Gruppengröße mehr als 20 Probanden beträgt. Wäre der Unterschied zwischen den durch das erste Schema generierten Gruppen größer als 20, dann würde man ein völlig neues einfaches Randomisierungsschema erstellen, das den ersten Versuch ersetzt, und es nach den objektiven Kriterien auf Unausgewogenheit prüfen. Damit würde man so lange fortfahren, bis ein einfaches Randomisierungsschema gefunden wäre, das die Kriterien erfüllt. Auch wenn einem die Replacement-Randomisierung etwas willkürlich erscheinen mag, stellt sie ein adäquates Verfahren dar, solange es vor Studienbeginn implementiert wird. Zudem ist es leicht umzusetzen und gewährleistet neben einer vernünftigen Balance auch die Unvorhersagbarkeit. Als wichtigste Einschränkung der Replacement-Randomisierung bleibt allerdings festzuhalten, dass sie die Balance zur Durchführung von Zwischenauswertungen nicht über die gesamte Studiendauer sicherstellen kann. Auch wenn dieses Verfahren nur selten angewendet wird, ist es doch als früheste Form der eingeschränkten Randomisierung entstanden [20,27].

Geschichtete Randomisierung

Bezüglich der Ausgangscharakteristika der Behandlungsgruppen kann die

Randomisierung ein zufälliges Ungleichgewicht herbeiführen [28]. Manchmal vermeiden Untersucher solche Ungleichverteilungen durch eine vor der Randomisierung stattfindende Stratifizierung nach wichtigen prognostischen Faktoren wie etwa Alter oder Krankheitsschweregrad. In solchen Fällen müssen Untersucher die Einschränkungsmethode angeben (meist Blockbildung). Um die Vorteile einer solchen Stratifizierung ausnutzen zu können, müssen sie eine Form der eingeschränkten Randomisierung durchführen, damit für geschichtete Subgruppen, die durch potenziell relevante prognostische Faktoren definiert sind, getrennte Randomisierungspläne erzeugt werden können. Eine Stratifizierung ohne Einschränkung bewirkt nichts, ist also nichts weiter als eine „Placebo-Stratifizierung“.

Das Verfahren der Stratifizierung in Studien ist methodisch valide und nützlich, doch schränken theoretische und pragmatische Aspekte seine Anwendung auf die Studienplanung ein. Die mit einer solchen Stratifizierung verbundene zusätzliche Komplexität bringt in großen Studien wenig zusätzlichen Gewinn, da durch die Randomisierung ohnehin für ausgeglichene Gruppen gesorgt ist. Wenn aber doch eine Ungleichverteilung entsteht, dann kann der Untersucher statistisch nach diesen (vorzugsweise im Voraus geplanten) prognostischen Variablen adjustieren [28,29]. Das größte Problem bereitet die Tatsache, dass die zusätzliche Komplexität der Stratifizierung die Mitarbeiter womöglich davon abhält, an einer Studie teilzunehmen bzw. die Probanden während des hektischen Klinikbetriebs in die Studie aufzunehmen, was beides die Rekrutierung beeinträchtigt. Für große Studien bietet die Stratifizierung nur unbedeutende Vorteile, ist aber mit relevanten praktischen Nachteilen verbunden. Eine wichtige Ausnahme jedoch stellen multizentrische Studien dar, in denen die Stratifizierung nach Zentrum gewisse Vorteile verspricht, ohne für die Studienleiter in den einzelnen Zentren die Komplexität zu erhöhen. Eine weitere potenzielle Ausnahme ergibt sich ebenfalls im Zusammenhang mit groben

Anlage 8: SOPs (standard operating procedures)

SOP Suizidalität

Kernfrage: *Was mache ich, wenn ein/e ProbandIn suizidale Gedanken äußert?*

Im Anschluss an jede Sitzung gilt es für den Beratenden in der Studienplattform anzugeben, ob bei dem/der ProbandIn akute Suizidalität besteht. Daher ist es notwendig das Vorhandensein von suizidalen Gedanken in jeder Sitzung zu explorieren. Bestenfalls passiert dies bereits eingangs im Rahmen der Absprache wichtiger Anliegen, die ein Abweichen vom eigentlichen Sitzungsthema notwendig machen. So hat der Beratende ausreichend Zeit die suizidalen Gedanken mit dem Probanden bzw. der Probandin zu besprechen. Gegebenenfalls können die suizidalen Gedanken aber auch im Laufe der Sitzung oder am Ende vom Probanden bzw. der Probandin thematisiert werden. Deutet ein/e ProbandIn suizidale Gedanken an, äußert diese konkret oder beim Beratenden entsteht der Verdacht, dass der Proband bzw. die Probandin unter lebensmüden Gedanken leiden könnte, gilt es für den Beratenden anhand der im Manual vermerkten Leitfragen eine Risikoabschätzung vorzunehmen, um gegebenenfalls notwendige Schritte einzuleiten. Wenn eine Suizidabklärung stattgefunden hat, ist diese aus rechtlichen Gründen auch zu dokumentieren. Ist es dem Beratenden nicht möglich die Risikoabschätzung eindeutig vorzunehmen, ist Rücksprache mit der Projektleitung vor Ort zu halten.

Bei der Risikoabschätzung können verschiedene Fälle auftreten:

Der/die ProbandIn äußert suizidale Gedanken, ...

1. ... kann sich im Dialog aber klar und glaubhaft davon distanzieren. Zudem sind die Gedanken eher passiv und nicht mit akuten Handlungsimpulsen im Hier und Jetzt verknüpft (bspw. „wenn ich morgen nicht mehr aufwachen würde, wäre das nicht schlimm“).
➔ Die Sitzung wird mit Einverständnis des Probanden bzw. der Probandin mit den geplanten Sitzungsinhalten fortgesetzt, jedoch erfolgt am Ende eine erneute Abfrage der Suizidalität, um eine abschließende Risikoeinschätzung vorzunehmen. Im Anschluss dokumentiert der/die BeraterIn die Suizidabklärung.
2. ... kann sich aber im Dialog mit dem Beratenden glaubhaft von akuten Handlungsabsichten im Hier und Jetzt distanzieren.
➔ Mit dem Probanden bzw. der Probandin wird ein Notfallplan* für Krisensituationen erstellt, um ihm/ihr konkrete Handlungsanweisungen und Anlaufstellen in der Nähe zur Verfügung zu stellen, falls die Suizidgedanken bis zur nächsten Sitzung zunehmen sollten. Hierbei muss ggf. eine Entanonymisierung der personenbezogenen Daten in der Studienplattform vorgenommen werden. Anschließend kann mit Einverständnis des Probanden bzw. der Probandin mit den geplanten Sitzungsinhalten fortgefahren werden, jedoch erfolgt am Ende eine erneute Abfrage der Suizidalität, um eine abschließende Risikoeinschätzung vorzunehmen. Im Anschluss dokumentiert der/die BeraterIn die Suizidabklärung.

3. ... kann sich im Hier und Jetzt nicht mehr glaubhaft davon distanzieren, erscheint aber erreichbar und verbindlich und möchte eigenständig in eine Klinik gehen.
 - ➔ Wirkt der Proband bzw. die Probandin absprachefähig und kündigt an eigenständig in eine Klinik oder zum (behandelnden) Arzt zu gehen, wird ein verbindliches Vorgehen konkret geplant und besprochen. Zudem wird ein erneuter Kontakt zur Rücksprache mit dem/der Beratenden vereinbart. Sollte der Proband bzw. die Probandin dann nicht erreichbar sind, gilt es den Sozialpsychiatrischen Dienst vor Ort zu verständigen. Der/Die BeraterIn dokumentiert die Suizidabklärung sowie besprochene Maßnahmen am Ende der Sitzung.
 4. ... kann sich im Hier und Jetzt nicht mehr glaubhaft distanzieren und ...
 - A) ... stimmt einem vom Beratenden eingeleiteten Klinikaufenthalt zu.
 - ➔ In der Studienplattform werden die personenbezogenen Daten des Probanden bzw. der Probandin entanonymisiert und anschließend wird der Sozialpsychiatrische Dienst vor Ort verständigt (ggf. in Absprache mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst auch Polizei und/oder Feuerwehr). Der Beratende bleibt bis zum Eintreffen dieser mit dem Probanden bzw. der Probandin in Kontakt. Im Anschluss dokumentiert der/die BeraterIn die Suizidabklärung sowie die eingeleiteten Maßnahmen.
 - B) ... stimmt einem vom Beratenden eingeleiteten Klinikaufenthalt nicht zu und/oder beendet die Sitzung und ist dann nicht mehr erreichbar.
 - ➔ In der Studienplattform werden die personenbezogenen Daten des Probanden bzw. der Probandin entanonymisiert und anschließend wird der Sozialpsychiatrische Dienst vor Ort verständigt (ggf. in Absprache mit dem Sozialpsychiatrischen auch Polizei und/oder Feuerwehr). Im Anschluss dokumentiert der/die BeraterIn die Suizidabklärung sowie die eingeleiteten Maßnahmen.
- **Kann der/die BeraterIn keine eindeutige Einschätzung der Suizidalität vornehmen, besteht die Möglichkeit institutionsintern sowie studienextern ärztliches Fachpersonal (bspw. Psychiater) zur Beratung hinzuzuziehen.**
 - Gibt der/die ProbandIn im Rahmen der Beratungssitzungen immer wieder suizidale Gedanken an und/oder die Suizidalität scheint im Vordergrund zu stehen, wird der/die ProbandIn aus der Studie ausgeschlossen und Behandlungsmöglichkeiten vor Ort werden abgesprochen.

***Notfallplan**

Der Notfallplan, der bei akuter Suizidalität mit glaubhafter Distanzierung von Handlungsabsichten im Hier und Jetzt erstellt wird, dient dem bzw. der Teilnehmenden als Handlungsanweisung, falls die suizidalen Gedanken bis zur nächsten Beratungssitzung drängender werden sollten. Der Notfallplan sollte folgende Aspekte beinhalten:

- Was sind Anzeichen dafür, dass die lebensmüden Gedanken zunehmen? Woran wirst Du merken, dass es für Dich gefährlich wird und Du Dir den Notfallplan anschauen solltest?
- Was könntest Du tun, um die Gedanken oder Impulse nicht in die Tat umzusetzen? Was hilft Dir, Dich zu beruhigen oder abzulenken?

- Welche Personen (Freunde, Bekannte, Familienmitglieder etc.) können Dir dabei helfen? Gibt es einen Ort, der Dir Sicherheit vermittelt?
- An welche Stellen in Deiner Nähe (Arzt, Klinik, Beratungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst, Telefonseelsorge o.ä.) könntest Du Dich wenden, wenn Deine privaten Kontakte nicht ausreichen oder nicht erreichbar sind?

Anlage 9: SOP Safety-Protokoll: Meldung von unerwünschten Ereignissen (AEs, SAEs und SSREs) inklusive CRF

Version 1.0

Gültig ab 1.09.2020

Erstellt durch Jan Dieris-Hirche

1. Zweck und Geltungsbereich

Der vorliegende Prozess beschreibt die Meldepflichten und –fristen für Serious Adverse Events (SAEs), Serious study related event (SSREs) während der klinischen OMPRIS Studie an die zuständigen Stellen. Er endet mit der fristgerechten Meldung der geforderten Informationen an die federführende Ethikkommission.

Hinweis: Die OMPRIS Studie ist weder eine Klinische Prüfung nach AMG noch nach MPG. Es wird weder eine Medikation noch ein medizinisches Produkt im engeren Sinn klinisch getestet. OMPRIS ist eine Versorgungsforschungsstudie (Kategorie: Versorgungsforschung) des Innovationsfond des G-BA Deutschland.

2. Definitionen

Bei einer klinischen Prüfung ist die Erfassung, Meldung und Bewertung von Nebenwirkungen für die Sicherheit der Patienten unumgänglich. Die Unterscheidung zwischen einem unerwünschten Ereignis (**Adverse Event – AE**) und einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis (**Serious Adverse Event – SAE**), sowie das Konzept der mit der Studie kausal im Zusammenhang stehenden schweren Nebenwirkungen (**Serious study related event-SSRE**) sollen hier kurz erläutert werden:

Adverse Events (AEs)

Bei jedem Symptom, jeder Erkrankung oder jedem nachteiligen Ereignis (einschließlich Schnupfen in der Erkältungszeit und abnormaler Laborwerte), das einem Teilnehmende nach Anwendung einer im eigentlichen Sinne Prüfmedikation/Prüfintervention widerfährt, handelt es sich um ein unerwünschtes Ereignis (**Adverse Event – AE**). Bei OMPRIS werden keine Prüfmedikationen vergeben, sondern lediglich eine onlinebasierte Beratung via Webcam verabreicht. Es spielt zunächst keine Rolle, ob ein kausaler Zusammenhang mit der Behandlung vermutet wird, oder ob das Ereignis völlig unabhängig von der Intervention auftritt. Der Prüfarzt schätzt den Schweregrad eines Adverse Events ein. Nicht schwerwiegende AEs werden durch den Prüfarzt in die Teilnehmerakte und im CRF erfasst und dokumentiert. Hierbei werden Symptome, Schweregrad, Start / Ende, Gegenmaßnahmen und die Kausalitätsbewertung durch den Arzt dokumentiert. Für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse hingegen gelten spezielle Meldepflichten und -fristen.

Adverse Reactions (ARs)

AR beschreiben eine schädliche und unbeabsichtigte Reaktion auf das Arzneimittel, bzw. auf die OMPRIS Intervention, unabhängig von der Dosierung / Frequenz. AR ist also eine AE, wenn ein Zusammenhang mit der Prüfindervention oder Medikation möglich erscheint.

Serious Adverse Events (SAEs)

Als schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis (**Serious Adverse Event – SAE**) wird jedes unerwünschte Ereignis bezeichnet, das unabhängig von der Dosis/Intervention tödlich oder lebensbedrohend ist, eine stationäre Behandlung oder deren Verlängerung erforderlich macht, zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung oder Invalidität führt oder eine kongenitale Anomalie bzw. einen Geburtsfehler zur Folge hat. Beispiele für ein SAE wären ein Herzinfarkt oder ein plötzlicher Tod. Es spielt zunächst keine Rolle, ob ein kausaler Zusammenhang mit der Behandlung vermutet wird, oder ob das Ereignis völlig unabhängig von der Prüfmedikation oder der Intervention auftritt (Kausalität offen). Der Prüfarzt stellt die Schwere des AEs fest und meldet bei einer vorliegenden Schwere das SAE unverzüglich (innerhalb von 24 Stunden) nach Bekanntwerden an die Studienleitung sowie an das unabhängige Data and Safety Management Board (DSMB) und an die federführende Ethikkommission. Sollten dem Prüfarzt bis dahin noch nicht alle Informationen vorliegen, müssen die fehlenden Informationen schnellstmöglich nachgereicht werden.

Serious study related event (SSRE)

Das DSMB beurteilt, ob ein Kausalzusammenhang zwischen dem beobachteten SAE und der Anwendung der Studien-Intervention wahrscheinlich ist. Sollte ein kausaler Zusammenhang mindestens als möglich erachtet werden, gelten die Regeln der unmittelbaren Berichterstattung. Das DSMB unterrichtet den Studienleiter und die federführende Ethikkommission unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 15 Tagen nach Bekanntwerden eines SSREs. Die Frist verkürzt sich auf 7 Tage, wenn eine schwerwiegende Nebenwirkung lebensbedrohlich ist oder zum Tod geführt hat.

3. Schweregrad nach CTCAE

Grad 1: Mild (gering)

Grad 2: Moderat (mäßig)

Grad 3: Severe (schwer)

Grad 4: Life-threatening or disabling (lebensbedrohlich)

Grad 5: Death related to AE (tödlich)

4. Bewertung der Kausalität zur Intervention

Was soll berücksichtigt werden?

- - Zeitlicher Zusammenhang
- - Rückbildung nach Absetzen des Prüfmedikaments
- - Erneutes Auftreten bzw. Verstärkung bei Re-Exposition

- - Bekanntheitsgrad der NW bei vergleichbaren Arzneimitteln
- - Erklärbarkeit durch pharmakologische Wirkung
- - Symptom der Grunderkrankung oder Reaktion auf eine andere

diagnostische oder therapeutische Maßnahme (z.B. Begleitmedikation)

5. Kausalitätsstufen nach WHO

1) Related / Gesichert	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitlicher Zusammenhang und • Nicht anderweitig erklärbar • Bekanntes oder erklärbares Muster • Plausible Reaktion auf Absetzen / Beendigung • Ggf. Re-Expositionsverfahren 	Kausalität vorhanden
2) probably / wahrscheinlich	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitlicher Zusammenhang • Bekanntes oder erklärbares Muster und • Wahrscheinlichkeit nicht ander erklärbar • Plausible Reaktion auf Absetzen / Beendigung 	Kausalität vorhanden
3) Possibly / möglich	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitlicher Zusammenhang • Bekanntes oder erklärbares Muster • Auch anders erklärbar • Informatione über Reaktion beim Absetzen / Beenden fehlen 	Kausalität vorhanden
4) unlikely/unwahrscheinlich	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt macht Zusammenhang unwahrscheinlich und • Anderweitig erklärbar 	Keine Kausalität
5) unclassified /unklassifiziert	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitlicher Zusammenhang gegeben • Informationen fehlen noch oder sind noch nicht 	Keine Kausalität
6) not related / kein Zusammenhang	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung nicht möglich, da nur unvollständige bzw. widersprüchliche Informationen 	Keine Kausalität

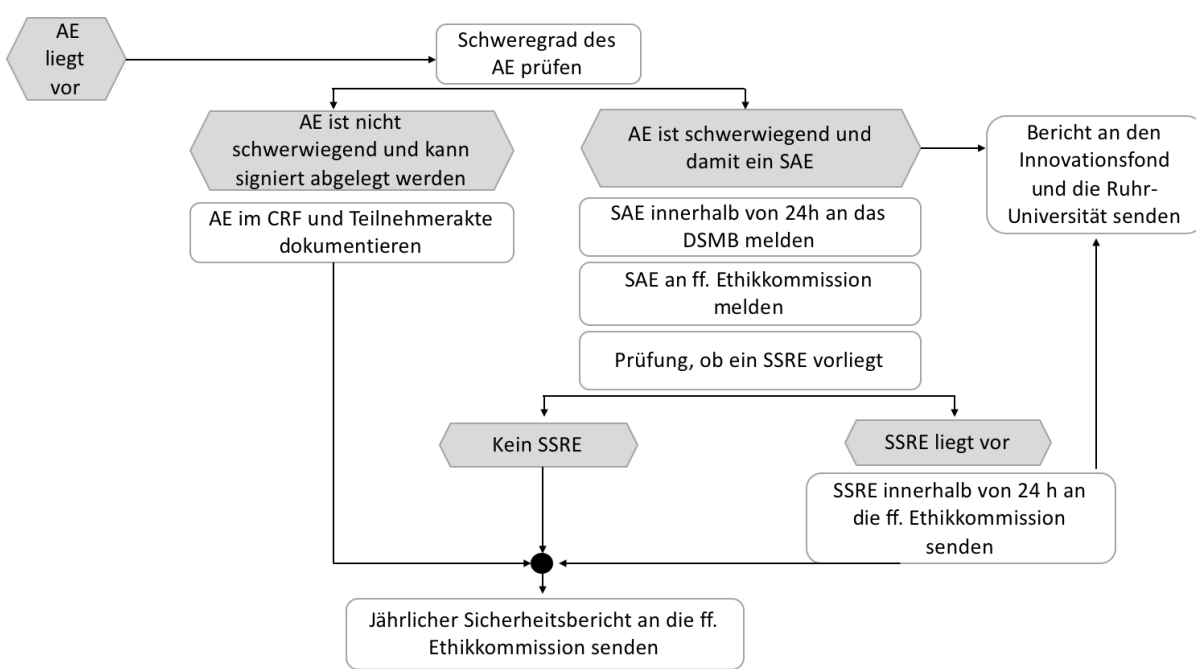
6. Beschreibungen möglicher schweren unerwünschter Ereignisse im Kontext der OMPRIS Studie (SSREs)

Im Rahmen der OMPRIS Studie werden keine Medikamente verabreicht, weshalb mit studienrelevanten keinen medikamentenassoziierten Ereignissen zu rechnen ist. Die OMPRIS Intervention ist eine Online-Beratung, d.h. es werden individuelle Problemsituationen mit den Teilnehmenden besprochen, Informationen vermittelt und Lösungsideen generiert.

Im Rahmen der OMPRIS Beratung sind v.a. folgende schwere unerwünschte Ereignisse denkbar:

- Starke Verschlechterung einer vorherigen psychiatrischen Störung (komorbide psychiatrische Störung) im Rahmen der OMPRIS Intervention, die eine akute stationäre psychiatrische Aufnahme notwendig macht
- Schwere Selbstverletzungen mit dauerhaften Schäden im Rahmen der OMPRIS Intervention, die eine akute psychiatrische Behandlung notwendig machen
- Ein Suizdiversuch im Rahmen der OMPRIS Intervention, die eine akute psychiatrische Behandlung notwendig machen

7. Ablaufplan bei AEs, SAEs und SSREs



Verantwortlichkeiten in der OMPRIS Studie

- Prüffärztin: Frau Dr. med. Verena Hagen, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, LWL-Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Email: verena.hagen@rub.de
- Data & Safety Management Board DSMB:
 - o Prof. Dr. Trampisch (Bochum), Kontakt: Trampisch@amib.ruhr-uni-bochum.de, Ruhr-Universität Bochum Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, em.
 - o Frau Prof.in Dr. Dr. Astrid Müller (Hannover) Kontakt: mueller.astrid@mh-hannover.de, Leitende Psychologin, Lehrbeauftragte, Leiterin Arbeitsgruppe "Substanzungebundene Abhängigkeitserkrankungen"
- Ff. Ethikkommission: Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Anlage 10: Gesundheitsökonomischer Fragebogen Baseline T0

OMPRIS - Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht

PatID:

Baseline

Visitendatum: __. __. ____ (TT.MM.JJJJ)

1. Wie sind Sie krankenversichert?

- gesetzlich
- privat (Vollversicherung)
- Beihilfe und privat (Beamte)
- keine Krankenversicherung

2. Sind Sie von Zuzahlungen (z.B. für Medikamente, stationäre Aufenthalte, Heilmittel) befreit?

- ja
- nein

3. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja, ganztags | <input type="checkbox"/> nein, in der Schule |
| <input type="checkbox"/> ja, in Teilzeit | <input type="checkbox"/> nein, in Ausbildung |
| Stellenanteil: _____% | <input type="checkbox"/> nein, im Studium |
| | <input type="checkbox"/> nein, arbeitslos / erwerbslos |
| | <input type="checkbox"/> nein, Hausfrau / Hausmann |
| | <input type="checkbox"/> nein, Erwerbsunfähigkeitsrente |
| | <input type="checkbox"/> nein, Altersrente |
| | <input type="checkbox"/> nein, Elternzeit |
| | <input type="checkbox"/> nein, anderes: |
| | _____ |

3a. Mussten Sie bereits eine Klasse wiederholen?

- nein
- ja

falls ja, lag Ihrer Meinung nach die Hauptursache hierfür bei Ihrem Online-/Internetverhalten?

- ja
- nein

3b. Haben Sie bereits eine Ausbildung abgebrochen?

- nein
- ja

falls ja, lag Ihrer Meinung nach die Hauptursache hierfür bei Ihrem Online-/Internetverhalten?

- ja
- nein

3c. Hatten Sie bereits ein Semester ohne Leistungsnachweise?

- nein
- ja

wenn ja, lag Ihrer Meinung nach die Hauptursache hierfür bei Ihrem Online-/Internetverhalten?

- ja
- nein

3d. Wurde bereits ein Arbeitsverhältnis aufgrund des Online-/Internetverhaltens beendet?

- nein
- ja

4. Lag bei Ihnen innerhalb der letzten 10 Wochen eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor?

- nein
- ja

wenn ja, bitte geben Sie den Zeitraum jeder AU mit Datum an und fassen dabei die Dauer für jede zusammenhängende AU (Folgebescheinigungen) wegen derselben Erkrankung zusammen.

1. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)
2. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)
3. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)
4. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)
5. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

5. Bezogen Sie in den letzten 10 Wochen bzw. beziehen Sie aktuell Krankengeld?

- nein
- ja

wenn ja, geben Sie bitte den Zeitraum des Krankengeldbezugs an:

von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

6. Liegt bei Ihnen eine Erwerbsminderung vor?

- nein ja

wenn ja, wie ist der Umfang der Erwerbsminderung?

- vollständige Erwerbsminderung seit __.__.____(TT.MM.JJJJ)
 teilweise Erwerbsminderung seit __.__.____(TT.MM.JJJJ)

→ Auf wie viele Stunden beläuft sich Ihre tägliche Arbeitszeit? Stunden

7. Hatten Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Kontakt mit einer ambulanten Arztpraxis (inkl. Rezept/Überweisung abholen, Blutabnahme, telefonische Beratung, Impfung und Hausbesuch)? Bitte beziehen Sie Arztkontakte im Rahmen des OMPRIS-Programmes nicht ein.

nein

ja

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurg: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologe: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Institusambulanz (PIA) | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Internist
(z.B. Kardiologe,
Gastroenterologe,
Diabetologe, Pulmologe, usw.) | Nephrologe,
Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologe: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiater: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Urologe: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Andere Fachgebiete: _____ | Anzahl Besuche: _____ |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Andere Fachgebiete: _____ | Anzahl Besuche: _____ |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Andere Fachgebiete: _____ | Anzahl Besuche: _____ |
| _____ | |

8. Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 10 Wochen?

- nein ja

wenn ja, geben Sie bitte den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes an und machen Angaben zur Abteilung und Unterbringungsform:

Aufenthalt 1 von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Station Psychosomatisch-psychotherapeutische Station Notaufnahme/Krisenzentrum
 andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

Aufenthalt 2 von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Station Psychosomatisch-psychotherapeutische Station Notaufnahme/Krisenzentrum
 andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

Aufenthalt 3 von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Station Psychosomatisch-psychotherapeutische Station Notaufnahme/Krisenzentrum
 andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

9. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen an einer Rehabilitations-Maßnahme teilgenommen?

nein

ja

von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- wegen Abhängigkeitserkrankung/ Entwöhnungsbehandlung wegen einer sonstigen psychischen Erkrankung andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/ Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- wegen Abhängigkeitserkrankung/ Entwöhnungsbehandlung wegen einer sonstigen psychischen Erkrankung andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/ Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

10. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Medikamente eingenommen?

nein ja

wenn ja, geben Sie bitte den Medikamentennamen/Wirkstoff und die Einnahmedauer an:

1. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage
 2. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage
 3. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage
 4. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage
 5. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage
 6. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage

11. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Heilmittel in Anspruch genommen (z.B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)?

nein

ja

Physiotherapie: Anzahl Besuche: ____

Logopädie: Anzahl Besuche: ____

Ergotherapie/Arbeitstherapie:
Anzahl Besuche: ____

Soziotherapie: Anzahl Besuche: ____

Psychoedukation: Anzahl Besuche: ____

Tanztherapie/Bewegungstherapie :
Anzahl Besuche: ____

Einzel Gruppe

Kunsttherapie: Anzahl Besuche: ____

Einzel Gruppe

Musiktherapie: Anzahl Besuche: ____

Einzel Gruppe

Theatertherapie: Anzahl Besuche: ____

Einzel Gruppe

Entspannungstechniken (autogenes Training)/progressive Muskelentspannung):
Anzahl Besuche: ____

Einzel Gruppe

sonstige, und zwar: _____
Anzahl Besuche: ____

Einzel Gruppe

12. Hatten Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Hilfe von Angehörigen, Bekannten und sozialen Einrichtungen?

nein

- ja
- Verwandte oder Bekannte (aufgrund psychischer Erkrankung):
Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten
 - bezahlte Haushaltshilfe (aufgrund psychischer Erkrankung):
Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten
 - Kinderbetreuung (aufgrund psychischer Erkrankung):
Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten
 - gesetzlicher Betreuer: Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten
 - Sozialarbeiter oder Begleitperson: Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten
 - Jugendamt: Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten
 - ambulanter psychiatrischer Pflegedienst:
Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten
 - sonstige, und zwar: _____
Anzahl _____ Kontakte: _____
durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten

13. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Wohnformen Sie in den letzten 10 Wochen genutzt haben:

- Eigene Wohnung/Haus (zur Miete/Eigentum) /Wohngemeinschaft (WG)
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Eigene Wohnung in betreuter Wohneinrichtung
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Betreute Wohngruppe
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Psychiatrisches Wohnheim
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Obdachlosenheim/Frauenhaus
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Unterkunft bei Verwandten oder Bekannten
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- sonstige Wohnformen, und zwar: _____
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage

14. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Geldleistungen von folgenden Stellen erhalten?

- Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___€ Jobcenter
- _____ Agentur _____ für _____ Arbeit
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___€
- Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___€ BAföG
- Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___€ Stipendien
- _____ Unterstützung _____ von _____ Eltern
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___€
- Sonstiges, _____ und _____ zwar: _____
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___€

15. Haben Sie derzeit Schulden?

nein

ja

Falls ja, geben Sie bitte die Art und Höhe der Schulden an:

- Schulden durch Spielen (online) Höhe: _____€
- Internetnutzung Höhe: _____€
- Mietschulden Höhe: _____€
- unbezahlte Rechnungen Höhe: _____€
- Konsumkredite Höhe: _____€
- Dispokredite Höhe: _____€
- sonstiges, und zwar: _____ Höhe: _____€

16. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen an Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation teilgenommen?

nein

- ja _____ BVB _____ berufsvorbereitende _____ Maßnahmen
an _____ Tag(en)
- BAE Berufsmaßnahmen Maßnahmen in außerbetrieblichen Feldern
an _____ Tag(en)
- _____ _____ Jobcoaching
an _____ Tag(en)
- Reha für psychisch kranke Menschen (RPK)
an _____ Tag(en)
- Maßnahmen zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt
an _____ Tag(en)

- Geschützte Werkstatt: Arbeitstrainingsbereich
an ____ Tag(en)
- Geschützte Werkstatt: Arbeitsbereich
an ____ Tag(en)
- Integrationsarbeitsplatz
an ____ Tag(en)
- Unterstützte Beschäftigung: individuelle betriebliche Qualifizierung
an ____ Tag(en)
- Unterstützte Beschäftigung: Berufsbegleitung
an ____ Tag(en)
- Berufliche Weiterbildung
an ____ Tag(en)
- Integrationsfachdienst/Psychosozialer Fachdienst
an ____ Tag(en)
- Eignungsabklärung/Berufsfindung
an ____ Tag(en)
- sonstiges, und zwar: _____
an ____ Tag(en)

17. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen folgende Angebote in Anspruch genommen?

- Beratungsstelle bei psychischen Problemen/Suchtberatungsstelle:
Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: ____ Minuten
- Sozialpsychiatrischer Dienst/Psychosozialer Krisendienst:
Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: ____ Minuten
- Tagesstätten/Kontaktstätten für Menschen mit psychischen Problemen:
Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: ____ Minuten
- Selbsthilfegruppen aufgrund psychischer Probleme:
Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: ____ Minuten
- weitere Angebote aufgrund psychischer Probleme (z.B. Sorgentelefon) und zwar:

Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: ____ Minuten

Anlage 11: Gesundheitsökonomischer Fragebogen T2

OMPRIS - Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht

PatID:

Baseline

Visitendatum: __.__.____(TT.MM.JJJJ)

14. Wie sind Sie krankenversichert?

- gesetzlich
- privat (Vollversicherung)
- Beihilfe und privat (Beamte)
- keine Krankenversicherung

15. Sind Sie von Zuzahlungen (z.B. für Medikamente, stationäre Aufenthalte, Heilmittel) befreit?

- ja
- nein

16. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja, ganztags | <input type="checkbox"/> nein, in der Schule |
| <input type="checkbox"/> ja, in Teilzeit | <input type="checkbox"/> nein, in Ausbildung |
| Stellenanteil: _____% | <input type="checkbox"/> nein, im Studium |
| | <input type="checkbox"/> nein, arbeitslos / erwerbslos |
| | <input type="checkbox"/> nein, Hausfrau / Hausmann |
| | <input type="checkbox"/> nein, Erwerbsunfähigkeitsrente |
| | <input type="checkbox"/> nein, Altersrente |
| | <input type="checkbox"/> nein, Elternzeit |
| | <input type="checkbox"/> nein, anderes: |
| | _____ |

17. Lag bei Ihnen innerhalb der letzten 10 Wochen eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor?

- nein
- ja

wenn ja, bitte geben Sie den Zeitraum jeder AU mit Datum an und fassen dabei die Dauer für jede zusammenhängende AU (Folgebescheinigungen) wegen derselben Erkrankung zusammen.

1. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

2. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

3. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

4. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

5. AU: von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

18. Bezogen Sie in den letzten 10 Wochen bzw. beziehen Sie aktuell Krankengeld?

- nein ja

wenn ja, geben Sie bitte den Zeitraum des Krankengeldbezugs an:

von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

19. Liegt bei Ihnen eine Erwerbsminderung vor?

- nein ja

wenn ja, wie ist der Umfang der Erwerbsminderung?

vollständige Erwerbsminderung seit __.__.____(TT.MM.JJJJ)

teilweise Erwerbsminderung seit __.__.____(TT.MM.JJJJ)

→ Auf wie viele Stunden beläuft sich Ihre tägliche Arbeitszeit? Stunden

20. Hatten Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Kontakt mit einer ambulanten Arztpraxis (inkl. Rezept/Überweisung abholen, Blutabnahme, telefonische Beratung, Impfung und Hausbesuch)? Bitte beziehen Sie Arztkontakte im Rahmen des OMPRIS-Programmes nicht ein.

nein

ja

Hausarzt Anzahl Besuche: ____

Augenarzt: Anzahl Besuche: ____

Chirurg: Anzahl Besuche: ____

Gynäkologe: Anzahl Besuche: ____

Hautarzt: Anzahl Besuche: ____

HNO-Arzt: Anzahl Besuche: ____

Institusambulanz (PIA) Anzahl Besuche: ____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Internist
Gastroenterologe,
Diabetologe, Pulmologe, usw.) | (z.B. Kardiologe,
Nephrologe,
Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologe: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiater: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Urologe: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt: | Anzahl Besuche: ____ |
| <input type="checkbox"/> Andere Fachgebiete: _____ | Anzahl Besuche: _____ |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Andere Fachgebiete: _____ | Anzahl Besuche: _____ |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Andere Fachgebiete: _____ | Anzahl Besuche: _____ |
| _____ | |

21. Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 10 Wochen?

- nein ja

wenn ja, geben Sie bitte den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes an und machen Angaben zur Abteilung und Unterbringungsform:

Aufenthalt 1 von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Station Psychosomatisch-psychotherapeutische Station Notaufnahme/Krisenzentrum
- andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

Aufenthalt 2 von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Station Psychosomatisch-psychotherapeutische Station Notaufnahme/Krisenzentrum
- andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

Aufenthalt 3 von __.__.____(TT.MM.JJJJ) bis __.__.____(TT.MM.JJJJ)

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Station Psychosomatisch-psychotherapeutische Station Notaufnahme/Krisenzentrum
- andere Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/Behandlungen)
-
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

22. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen an einer Rehabilitations-Maßnahme teilgenommen?

nein

ja

von _____._____._____._____.(TT.MM.JJJJ) bis _____._____._____._____.(TT.MM.JJJJ)

- wegen Abhängigkeitserkrankung/ Entwöhnungsbehandlung
- wegen einer sonstigen psychischen Erkrankung andere
- Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/ Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

von _____._____._____._____.(TT.MM.JJJJ) bis _____._____._____._____.(TT.MM.JJJJ)

- wegen Abhängigkeitserkrankung/ Entwöhnungsbehandlung
- wegen einer sonstigen psychischen Erkrankung andere
- Abteilungen (primär körperliche Erkrankungen/ Behandlungen)
- Stationär Teilstationär (Tages-/Nachklinik)

23. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Medikamente eingenommen?

nein

ja

wenn ja, geben Sie bitte den Medikamentennamen/Wirkstoff und die Einnahmedauer an:

1. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage

2. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage

3. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage

4. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage

5. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage

6. Medikament: _____ Einnahmedauer: _____Tage

24. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Heilmittel in Anspruch genommen (z.B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)?

nein

ja

Physiotherapie: Anzahl Besuche: ____

Logopädie: Anzahl Besuche: ____

Ergotherapie/Arbeitstherapie:
Anzahl Besuche: ____

Soziotherapie: Anzahl Besuche: ____

Psychoedukation: Anzahl Besuche: ____

Tanztherapie/Bewegungstherapie :
Anzahl Besuche: ____

Einzel Gruppe

Kunsttherapie: Anzahl Besuche: ____

- Eigene Wohnung/Haus (zur Miete/Eigentum) /Wohngemeinschaft (WG)
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Eigene Wohnung in betreuter Wohneinrichtung
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Betreute Wohngruppe
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Psychiatrisches Wohnheim
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Obdachlosenheim/Frauenhaus
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- Unterkunft bei Verwandten oder Bekannten
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage
- sonstige Wohnformen, und zwar: _____
Falls ja, haben Sie hier während der gesamten Zeitraums gewohnt?
 Ja nein, nur _____Tage

27. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen Geldleistungen von folgenden Stellen erhalten?

- _____ Jobcenter
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___ €
- _____ Agentur _____ für _____ Arbeit
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___ €
- _____ Bafög
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___ €
- _____ Stipendien
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___ €
- _____ Unterstützung _____ von _____ Eltern
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___ €
- _____ Sonstiges, _____ und _____ zwar: _____
Falls ja, geben Sie bitte die durchschnittliche Höhe **pro Monat** an: ___ €

28. Haben Sie derzeit Schulden?

- nein
- ja
Falls ja, geben Sie bitte die Art und Höhe der Schulden an:
- Schulden durch Spielen (online) Höhe: _____ €
- Internetnutzung Höhe: _____ €

- Mietschulden Höhe: _____ €
- unbezahlte Rechnungen Höhe: _____ €
- Konsumkredite Höhe: _____ €
- Dispokredite Höhe: _____ €
- sonstiges, und zwar: _____ Höhe: _____ €

29. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen an Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation teilgenommen?

- nein
- ja
 - _____ BVB berufsvorbereitende Maßnahmen an _____ Tag(en)
 - BAE Berufsmaßnahmen Maßnahmen in außerbetrieblichen Feldern an _____ Tag(en)
 - _____ Jobcoaching an _____ Tag(en)
 - Reha für psychisch kranke Menschen (RPK) an _____ Tag(en)
 - Maßnahmen zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt an _____ Tag(en)
 - _____ Geschützte Werkstatt: Arbeitstrainingsbereich an _____ Tag(en)
 - _____ Geschützte Werkstatt: Arbeitsbereich an _____ Tag(en)
 - _____ Integrationsarbeitsplatz an _____ Tag(en)
 - Unterstützte Beschäftigung: individuelle betriebliche Qualifizierung an _____ Tag(en)
 - _____ Unterstützte Beschäftigung: Berufsbegleitung an _____ Tag(en)
 - _____ Berufliche Weiterbildung an _____ Tag(en)
 - Integrationsfachdienst/Psychosozialer Fachdienst an _____ Tag(en)
 - Eignungsabklärung/Berufsfindung an _____ Tag(en)
 - _____ sonstiges, und zwar: _____ an _____ Tag(en)

30. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Wochen folgende Angebote in Anspruch genommen?

- Beratungsstelle bei psychischen Problemen/Suchtberatungsstelle:

Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten

- Sozialpsychiatrischer Dienst/Psychosozialer Krisendienst:

Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten

- Tagesstätten/Kontaktstätten für Menschen mit psychischen Problemen:

Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten

- Selbsthilfegruppen aufgrund psychischer Probleme:

Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten

- weitere Angebote aufgrund psychischer Probleme (z.B. Sorgentelefon) und zwar:

Anzahl Kontakte: ____ durchschnittliche Dauer pro Kontakt: _____ Minuten

Anlage 12: Checkliste Prüfung Einschluss in die Studie

Code	Bezeichnung/Frage	Antworten	Kodierung	Auswertung/Definition
PDF erzeugen und zuschicken				
AUF_1	Der/die Proband/in erfüllt alle Einschlusskriterien.		1=ja, 0=nein	Direkte Abfrage. Einfachauswahl.
AUF_2	Der/die Proband/in erfüllt kein Ausschlusskriterium.		1=ja, 0=nein	Direkte Abfrage. Einfachauswahl.
AUF_3	Es konnten keine Hinweise auf akute Suizidalität und akute psychotische Symptome eruiert werden.		1=ja, 0=nein	Direkte Abfrage. Einfachauswahl.
AUF_4	Der/die Proband/in kann an der OMPRIS-Studie teilnehmen.		1=ja, 0=nein	Direkte Abfrage. Einfachauswahl.

Anlage 13: Checkliste Therapeut:in nach jeder Stunde

Code	Bezeichnung/Frage	Antworten	Kodierung	Auswertung/Definition
FBAnzahlSitzungen	Summe FBSes1_1 bis FBSesEnd_1			
FBSes1_1	Sitzung stattgefunden?		1= ja, 0=nein	Einfachauswahl.
FBSes1_2	Dauer der Sitzung		Zahlenangabe	Angabe in Minuten
FBSes1_3	Dauer der Vor- und Nachbereitung		Zahlenangabe	Angabe in Minuten
			1=Session 1, 2=Session2, 3=Session 3, 4=Session 4, 5=Session 5, 6=Session 6, 7=Session 7, 8=Session 8, 9=Session 9, 10=Session 10, 11=Session 11, 12=Session 12	
FBSes1_4a	Welche Sitzung des Manuals wurde als Grundlage für die heutige Beratung genutzt?			Einfachauswahl.
FBSes1_4b	Haben Sie sich an das Manual für die durchgeführte Sitzung gehalten?		1=ja, 0=nein	Einfachauswahl.
FBSes1_4c1	Was waren die inhaltlichen Schwerpunkte der heutigen Sitzung?	Motivationssteigerung	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c2		Strukturen schaffen	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c3		Zielvereinbarungen	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.

FBSes1_4c4		Mediennutzung	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c5		Soziale Interaktion	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c6		Ressourcenaktivierung	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c7		Prokrastination	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c0		Intrapsychische Konflikte	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c8		Sonstiges	1= ja, 0= leer	Mehrfachauswahl.
FBSes1_4c_others		nämlich:	Freitext 1= Beratender (z.B. Psychologe), 2= Psychiater/Psychosomatiker, 3= SozialarbeiterIn, 4= sonstiges	Filterfrage: wird nur angezeigt, wenn zuvor "sonstiges" angegeben. 50 Zeichen
FBSes1_5	Von wem wurde die Sitzung durchgeführt?			Einfachauswahl.
FBSes1_5_others		nämlich:	Freitext	
FBSes1_6	Gab es technische Schwierigkeiten?		1= ja, 0=nein	Einfachauswahl.
FBSes1_6_others	Wenn ja, was für technische Schwierigkeiten gab es?		Freitext	Textfeld 250 Zeichen
FBSes1_7	Bei dem/der ProbandIn gab es keine Hinweise auf eine akute Suizidalität		1= ja, 0=nein	Einfachauswahl.

FBSes1_AIC_A1 Ist eine eindeutige Bestimmung einer hauptsächlich problematisch ausgeführten Internetaktivität möglich?

1= eine eindeutige Bestimmung der problematischen Internetaktivität ist möglich 2=es liegt eine hauptsächlich problematisch ausgeführte Internetaktivität vor, jedoch erscheinen auch weitere Internetaktivitäten kritisch, 3=das Nutzungsmuster ist undifferenziert. Eine genaue Bestimmung der problematischen Internetaktivität ist nicht möglich („Generalisierte Internetsucht“) Einfachauswahl

FBSes1_AIC_A2 Bitte codieren Sie die problematische Internetaktivität

FBSes1_AIC_A2_text

1= Online-Computerspiele,
2= Offline-Computerspiele (z.B. Konsolenspiele),
3= Online-Pornografie, 4= Online-Glücksspiele, 5= Online-Einkäufe,
6= Online Social Media (Chats, Blogs, Foren), 7= Online Social Communities (soziale Netzwerke), 8= Online Informationsportale (News, Wikis), 9= Online Videoportale (Streaming), 10= andere Internetaktivität Einfachauswahl

Freitext Freitext für AIC_A2=10.

FBSes1_AIC_Zusatz	Falls eine Online-Computerspielabhängigkeit im Vordergrund steht, welches Spielgenre wird vorwiegend genutzt?	1= Action-Spiele (z.B. Battle Royal, FPS), 2= Adventures (z.B. MMORPGs, ARPGs), 3= Strategiespiele (z.B. MOBA, Tower Defense), 4= Simulationen, 5= Mobile Games, 6= Sonstiges	Einfachauswahl
FBSes1_AIC_Zusatz_text		Freitext	Freitext für AIC_Zusatz=6.
FBSes1_AIC_A4a	Bitte kodieren Sie die aktuelle Intensität der Nutzung der Problemanwendung	die tägliche Nutzung beträgt in etwa.... Stunden pro Tag	Zahlenangabe Reele Zahlen.
FBSes1_AIC_A4b	Das Nutzungsverhalten ereignet sich aktuell...	1= weniger als einmal pro Woche, 2= ein bis zweimal pro Woche, 3= an den meisten Tagen der Woche, 4= täglich	Einfachauswahl.

FBSes1_AIC _B1	Bitte schätzen Sie ein, wann erstmalig zentrale Kriterien, wie etwa Eingenommenheit, Kontrollverlust und negative Konsequenzen, die auf einen problematischen Konsum schließen lassen, aufgetreten sind.	Onset etwa...Jahren	vor	Zahlenangabe Reele Zahlen. 1= Seit Onset fortschreitende Symptomatik mit höchstens kurzzeitigen Abstinenzphasen , 2= Seit Onset länger anhaltende Phasen der Abstinenz und jeweils wiederauftretende Symptome, 3= Seit Onset eng fluktuierende Symptomatik, gekennzeichnet durch ein Wechselspiel von exzentrischen und kontrollierten oder abstinenter Phasen.	Einfachauswahl.
FBSes1_AIC _B3	Bitte schätzen Sie den Verlauf seit Onset der Internetbezogenen Störung ein				

FBSes1_AIC
 _C1a

Bitte schätzen Sie auf den folgenden 3 Dimensionen den Schweregrad der erlebten Funktionsbeeinträchtigung ein.

Durch die Internetbezogene Störung erlebt der Patient Einschränkungen in Bezug auf seinen Beruf (Ausbildung, Studium, Schule)

0= gar nicht , 10= extrem VAS

FBSes1_AIC
 _C1b

Durch die Internetbezogene Störung erlebt der Patient Einschränkungen in Bezug auf seine sozialen Aktivitäten bzw. Freizeitgestaltung.

0= gar nicht , 10= extrem VAS

FBSes1_AIC
 _C1c

Durch die Internetbezogene Störung erlebt der Patient Einschränkungen in Bezug auf sein Familienleben bzw. häusliche Verpflichtungen

0= gar nicht , 10= extrem VAS

FBSes1_AIC_E	Bitte schätzen Sie ein, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich der Patient befindet.	1= der Patient sieht keine/kaum Notwendigkeit zu einer Verhaltensänderung, 2= der Patient erwägt eine Verhaltensänderung, ist jedoch ambivalent, 3= der Patient sieht eine Verhaltensänderung als grundsätzlich notwendig an, 4= der Patient sieht eine Verhaltensänderung als dringend geboten an.	Einfachauswahl.
FBSes1_AB_S1	Ist der/die Teilnehmende aktuell abstinent von der problematischen Internetaktivität?	1=ja, 0=nein	Einfachauswahl
FBSes1_AB_S2	Falls ja, seit wann ist der/die Teilnehmende abstinent?	Zahlenangabe	Angabe in Tagen

Anlage 14: Checkliste Teilnehmer:in nach jeder Sitzung

Code	Bezeichnung/Frage	Antworten	Kodierung	Auswertung/Definition
FTSes1_1	Wie geht es Ihnen jetzt nach der Sitzung?		1-10 mit 1= gar nicht gut, 10= sehr gut	VAS
FTSes1_2	Wie hat Ihnen die heutige Sitzung gefallen?		1= nicht gefallen, 2= eher nicht gefallen, 3= unentschlossen, 4= eher gefallen, 5= gut gefallen	Einfachauswahl
FTSes1_3	Die Inhalte der heutigen Sitzung waren verständlich.		1= stimme nicht zu, 2= stimme eher nicht zu, 3= unentschlossen, 4= stimme eher zu, 5= stimme zu	Einfachauswahl
FTSes1_4	Ich glaube, dass mir die Inhalte der heutigen Sitzung weiterhelfen werden.		1= stimme nicht zu, 2= stimme eher nicht zu, 3= unentschlossen, 4= stimme eher zu, 5= stimme zu	Einfachauswahl

Anlage 15: Checkliste Einfluss Covid-19 Pandemie

Code	Bezeichnung/Frage	Antworten	Kodierung	Auswertung/ Definition
Covid_T_01	Hat die Covid-19 Pandemie Ihr Problem mit den Medien beeinflusst?	gar nicht, sehr schwach, schwach, etwas, ziemlich, stark, sehr stark	0= gar nicht, 1= sehr schwach, 2 = schwach, 3= etwas, 4 = ziemlich, 5 = stark, 6 = sehr stark	
Covid_T_01_text	Wenn ja, bitte nennen Sie kurze Stichpunkte, wie genau die Pandemie Ihr Problem mit den Medien beeinflusst hat.	Freitext		
Covid_T_02	Die Covid-19 Pandemie hat meinen Medien-/Internetkonsum...	stark gebessert/reduziert, etwas gebessert/reduziert, gar nicht beeinflusst, etwas verschlechtert/gesteigert, stark verschlechtert/gesteigert, gar nicht beeinflusst, etwas verschlechtert/gesteigert	"-2 = stark gebessert/reduziert, -1 = etwas gebessert/reduziert, 0 = gar nicht beeinflusst, 1 = etwas verschlechtert/gesteigert, 2 = stark verschlechtert/gesteigert	
Covid_T_03	Ist bei Ihnen eine (andere) psychische Vorerkrankung bekannt?	Keine andere psychische Vorerkrankung bekannt, andere psychische Vorerkrankung bekannt, nämlich...	0 = Keine andere psychische Vorerkrankung bekannt, 1 = andere psychische Vorerkrankung bekannt, nämlich...	
Covid_T_03_text	Angabe der psychischen Vorerkrankung	Freitext		
Covid_T_03.1	Wenn ja, wie sehr hat die Covid-19 Pandemie Ihre	gar nicht, sehr schwach, schwach, 2 = schwach, 3 =	0 = gar nicht, 1 = sehr schwach, 2 = schwach, 3 =	

	psychische Vorerkrankung beeinflusst?	etwas, ziemlich, stark, sehr stark	etwas, 4 = ziemlich, 5 = stark, 6 = sehr stark
Covid_T_03.1_text	Wenn ja, bitte nennen Sie kurze Stichpunkte, wie genau die Pandemie diese beeinflusst hat.	Freitext	
		stark gebessert/reduziert, etwas gebessert/reduziert, gar nicht beeinflusst, etwas verschlechtert/gesteigert, stark verschlechtert/gesteigert	"-2 = stark gebessert/reduziert, -1 = etwas gebessert/reduziert, 0 = gar nicht beeinflusst, 1 = etwas verschlechtert/gesteigert, 2 = stark verschlechtert/gesteigert
Covid_T_03.2	Wenn ja: Die Covid-19 Pandemie hat meine (andere) psychische Vorerkrankung...	gering, stark verschlechtert/gesteigert	stark verschlechtert/gesteigert
Covid_T_04	Haben Sie wegen der Covid-19 Pandemie im Homeoffice arbeiten müssen?	Ja, Nein	1 = Ja, 0 = Nein
Covid_T_05	Mussten Sie in Quarantäne wegen eines Covid-19 Verdachts?	Ja, Nein	1 = Ja, 0 = Nein
Covid_T_06	Hat die Covid-19 Pandemie dazu geführt, dass in Ihrem Haushalt andere Familienangehörige vielmehr Zuhause waren?	Ja, Nein	1 = Ja, 0 = Nein
Covid_T_07	Haben Sie durch die Covid-19 Pandemie wirtschaftlichen Schaden erlitten?	Nein, Ja leichter Schaden, Ja beträchtlicher Schaden, Ja schwerer Schaden	0 = Nein, 1 = Ja, leichter Schaden, 2 = Ja, beträchtlicher Schaden, 3 = Ja, schwerer Schaden

Covid_T_08	Hat die Covid-19 Pandemie Ihre Entscheidung beeinflusst, ob Sie an der OMPRIS Online-Beratung teilnehmen wollen?	gar nicht, sehr schwach, etwas, ziemlich, stark, sehr stark	0 = gar nicht, 1 = sehr schwach, 2 = schwach, 3 = etwas, 4 = ziemlich, 5 = stark, 6 = sehr stark
Covid_T_08_text	Wenn ja, bitte nennen Sie kurze Stichpunkte, wie genau die Pandemie Ihre Entscheidung beeinflusst hat:	Freitext	
Covid_T_09	Wie stark fühlten Sie sich insgesamt durch die Covid-19 Pandemie belastet?	gar nicht, sehr schwach, schwach, etwas, ziemlich, stark, sehr stark	0 = gar nicht, 1 = sehr schwach, 2 = schwach, 3 = etwas, 4 = ziemlich, 5 = stark, 6 = sehr stark
FearOfCovid_1	Ich habe starke Angst vor Corona.	trifft überhaupt nicht zu, trifft (eher) nicht zu, weder noch/neutral, trifft (eher) zu, trifft voll und ganz zu	1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft (eher) nicht zu, 3 = weder noch/neutral, 4 = trifft (eher) zu, 5 =trifft voll und ganz zu
FearOfCovid_2	Es ist mir unangenehm an Corona zu denken.	trifft überhaupt nicht zu, trifft (eher) nicht zu, weder noch/neutral, trifft (eher) zu, trifft voll und ganz zu	1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft (eher) nicht zu, 3 = weder noch/neutral, 4 = trifft (eher) zu, 5 =trifft voll und ganz zu
FearOfCovid_3	Meine Hände werden feucht, wenn ich an Corona denke.	trifft überhaupt nicht zu, trifft (eher) nicht zu, weder noch/neutral, trifft (eher) zu, trifft voll und ganz zu	1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft (eher) nicht zu, 3 = weder noch/neutral, 4 = trifft (eher) zu, 5 =trifft voll und ganz zu
FearOfCovid_4	Ich habe Angst mein Leben aufgrund von Corona zu verlieren.	trifft überhaupt nicht zu, trifft (eher) nicht zu, weder noch/neutral, trifft	1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft (eher) nicht zu, 3 = weder noch/neutral, 4 = trifft (eher) zu, 5 =trifft voll und ganz zu

(eher) zu, trifft voll und ganz zu

FearOfCovid_5	Wenn ich Nachrichten und Geschichten über Corona in (sozialen) Medien/Nachrichten sehe, werde ich nervös oder ängstlich.	trifft überhaupt nicht zu, trifft (eher) nicht zu, weder noch/neutral, trifft (eher) zu, trifft voll und ganz zu	1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft (eher) nicht zu, 3 = weder noch/neutral, 4 = trifft (eher) zu, 5 =trifft voll und ganz zu
FearOfCovid_6	Ich kann nicht schlafen, weil ich mir Sorgen mache an Corona zu erkranken.	trifft überhaupt nicht zu, trifft (eher) nicht zu, weder noch/neutral, trifft (eher) zu, trifft voll und ganz zu	1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft (eher) nicht zu, 3 = weder noch/neutral, 4 = trifft (eher) zu, 5 =trifft voll und ganz zu
FearOfCovid_7	Mein Herz rast oder klopft, wenn ich daran denke an Corona zu erkranken.	trifft überhaupt nicht zu, trifft (eher) nicht zu, weder noch/neutral, trifft (eher) zu, trifft voll und ganz zu	1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft (eher) nicht zu, 3 = weder noch/neutral, 4 = trifft (eher) zu, 5 =trifft voll und ganz zu
Zeitpunkt	Zeitpunkt der Erhebung der Covid-19 Fragen	regulär, Diagnostik 2, Diagnostik 3, nachträglich per Mail	

Anlage 16: Evaluation nach 6 Monaten (T4)

Code	Bezeichnung/Frage	Antworten	Kodierung
P_EVA_VER_Adr	Empfehlung für weitere Behandlung vor		Freitext 0= keine weitere Unterstützung nötig, 1=Fortführung der bereits zu diesem Zeitpunkt bestehenden Beratung/Therapie, 2=Beratung, 3=Therapie (stationär), 4=Therapie (ambulant), 5=Selbsthilfegruppen, 6=Sonstiges
P_EVA_VER	Art der Empfehlung		
P_EVA_VER_text	Sonstiges, nämlich:	Sonstiges, nämlich:	Freitext
P_EVA_D	Datum Termin		
P_EVA	Termin hat stattgefunden?	ja/nein	0=nein, 1=ja
P_EVA_01_T4	Wie zufrieden bist Du aktuell mit Deiner Internetnutzung auf einer Skala von 1 „gar nicht zufrieden“ bis 10 „sehr zufrieden“?	gar nicht zufrieden bis sehr zufrieden	1 „gar nicht zufrieden“ bis 10 „sehr zufrieden“
	Falls weitere Behandlung empfohlen:		
P_EVA_A_01_T4	Wie hoch war damals Deine Motivation, dieser Empfehlung nachzukommen?	keine Motivation - sehr motiviert	0=keine Motivation 1=wenig motiviert 2= unentschieden 3=eher motiviert 4=sehr motiviert
P_EVA_A_02_T4	Hast Du in den vergangenen 6 Monaten nach der OMPRIS Teilnahme versucht, dieser Empfehlung (oder andere		0=nein, 1=ja

Unterstützungsmöglichkeiten)
nachzukommen?

P_EVA_A_02_1_1a_T4	Wenn ja: welche Versuche hast Du genau unternommen?	ambulante Psychotherapeuten anrufen,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_1b_T4		Anzahl der kontaktierten Psychotherapeuten:	Ganze Zahlen
P_EVA_A_02_1_2a_T4		eine Vermittlungsstelle (z.B. der Krankenkasse / Kassenärztlichen Vereinigung) genutzt	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_3a_T4		ambulante Psychiater anrufen,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_3b_T4		Anzahl der kontaktierten Psychiater	Ganze Zahlen
P_EVA_A_02_1_4a_T4		mit dem Hausarzt über eine psychosomatische / psychiatrische / psychosomatische Behandlung gesprochen,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_5a_T4		mich um stationäre Rehabilitationsbehandlung bemüht / Reha-Antrag gestellt,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_6a_T4		mich um eine stationäre psychosomatische Klinik bemüht,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_6b_T4		Anzahl der kontaktierten Kliniken psychosomatisch	Ganze Zahlen

P_EVA_A_02_1_7a_T4	mich um eine stationäre psychiatrische Klinik bemüht,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_7b_T4	Anzahl der kontaktierten Kliniken psychiatrisch	Ganze Zahlen
P_EVA_A_02_1_8a_T4	mit einem Arzt über eine medikamentöse Behandlung (z.B. Antidepressiva) gesprochen,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_9a_T4	Beratungsstellen angerufen / besucht,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_9b_T4	Anzahl der kontaktierten Beratungsstellen	Ganze Zahlen
P_EVA_A_02_1_10a_T4	Psychologische Beratung Uni/FH angerufen / besucht,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_10b_T4	Anzahl kontaktierte Psychologische Beratung Uni/FH	Ganze Zahlen
P_EVA_A_02_1_11a_T4	Selbsthilfegruppe angerufen / besucht	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_1_11b_T4	Anzahl kontaktierte Selbsthilfe	Ganze Zahlen
P_EVA_A_02_1_12a_T4	Sonstiges, nämlich:	Freitext
P_EVA_A_02_1_12b_T4	Anzahl Kontakt Sonstiges	Ganze Zahlen
P_EVA_A_02_2_1a_T4	Wenn nein: Was waren die Gründe, dass Du der Empfehlung nicht nachgekommen sind?	ich habe es vergessen,
P_EVA_A_02_2_1b_T4		ich hatte keine Zeit,
		1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
		1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt

P_EVA_A_02_2_1c_T4	ich habe die Empfehlung nicht verstanden,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_2_1d_T4	ich hatte eine andere Meinung / konnte die Empfehlung nicht teilen,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_2_1e_T4	ich wusste nicht, wie ich vorgehen soll,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_2_1f_T4	andere Dinge (z.B. körperliche Erkrankungen) standen im Vordergrund,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_2_1g_T4	aus Scham / Ablehnung gegenüber psychischer Behandlungen,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_2_1h_T4	ich hatte das Gefühl keine weitere Unterstützung zu benötigen,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_2_1i_T4	Sonstiges, nämlich:	Freitext
P_EVA_A_02_3_1a_T4	Welche Schwierigkeiten gab es für Dich Unterstützung vor Ort zu bekommen?	
P_EVA_A_02_3_1b_T4	Wartezeiten,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_3_1c_T4	Keine spezialisierten Angebote,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_3_1d_T4	Zu weite Entfernung zum Wohnort,	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_3_1e_T4	Kurzkontakt, aber keine längerfristige Behandlung angeboten bekommen	1=angekreuzt, 0=nicht ausgewählt
P_EVA_A_02_3_1e_T4	Sonstiges, nämlich:	Freitext

P_EVA_A_02_4_T4	Befindest Du Dich aufgrund der damaligen Empfehlung nun aktuell in irgendeiner Behandlung/Beratung (nicht nur auf Internetnutzung bezogen)?		0=Nein , 1=Ja , 2=ich war bereits vorher in einer entsprechenden Behandlung
P_EVA_A_02_4a_T4	Wenn ja: In welcher Behandlung befindest Du Dich aktuell:		1=Beratung, 2=Therapie (stationär), 3=Therapie (ambulant), 4=Selbsthilfegruppen, 5=Sonstiges
P_EVA_A_02_4b_T4		Sonstiges, nämlich:	Freitext
P_EVA_A_02_5_T4	Welche Hilfsangebote sind dir bekannt, an die du dich wenden kannst, wenn sich deine Symptomatik verschlechtern sollte?		1=Beratung, 2=Therapie (stationär), 3=Therapie (ambulant), 4=Selbsthilfegruppen, 5=Sonstiges
P_EVA_A_02_5a_T4		Sonstiges, nämlich:	Freitext
P_EVA_A_02_6_T4	Welche Anlaufstelle käme für Dich am ehesten in Frage?		1=Beratung, 2=Therapie (stationär), 3=Therapie (ambulant), 4=Selbsthilfegruppen, 5=Sonstiges
P_EVA_A_02_6a_T4		Sonstiges, nämlich:	Freitext
P_EVA_A_02_6b_T4	Und Warum?		Freitext
P_EVA_A_02_7_T4	Fühlst du dich ausreichend über mögliche Anlaufstellen informiert?		0=nein, 1=ja

	b) Falls keine weitere Behandlungsempfehlung ausgesprochen wurde	
	Hattest Du in den letzten 6 Monaten das Bedürfnis, Dir weitere Unterstützung (Therapie, Selbsthilfegruppen etc.) bezüglich deiner Mediennutzung zu holen?	0=nein, 1=ja
P_EVA_B_01_T4		
P_EVA_B_01_1a_T4	Wenn ja: Gründe, weshalb weitere Behandlung erwünscht ist:	Freitext
	Wenn ja: Hast Du versucht, mit einer weiteren Behandlung zu beginnen?	0=nein, 1=ja
P_EVA_B_01_1b_T4		
P_EVA_B_01_1c_T4	Wenn ja, welche?	1=Beratung, 2=Therapie (stationär), 3=Therapie (ambulant), 4=Selbsthilfegruppen, 5=Sonstiges
P_EVA_B_01_1d_T4	Sonstiges, nämlich:	Freitext
P_EVA_B_01_2a_T4	Falls nein: Gründe, weshalb keine Behandlung erwünscht ist:	Freitext
P_EVA_B_01_3_T4	Hast Du Dich nach der Beratung ausreichend informiert gefühlt, wo Du nach Unterstützung suchen kannst?	0=nein, 1=ja
P_EVA_B_01_4_T4	Brauchst du noch weitere Informationen, um dich für die Zukunft gut vorbereitet zu fühlen?	0=nein, 1=ja
P_EVA_B_01_5_T4	Zurückblickend auf die letzten 6 Monate: Was hilft Dir Deine Internetnutzung zu reduzieren/das	Freitext

Internet zum Konsum von
{spezifische Art IBS} nicht mehr zu
nutzen?

P_EVA_B_01_6_T4 Auf einer Skala von 1-10 wie würdest
Du OMPRIS bewerten?
P_EVA_B_01_6_T4_text Begründung Skala-Bewertung

1 „gar nicht gut“ bis 10 „sehr gut“
text

Anlage 17: Auflistung der Medienbeiträge über OMPRIS

Medienspiegel OMPRIS

September 2019

<https://egesundheit.nrw.de/projekt/ompris/>

<https://www1.wdr.de/radio/1live/on-air/online-gamingsucht-hilfe-100.html>

November 2019

https://www.lwl.org/pressemitteilungen/nr_mitteilung.php?urlID=49620

<https://www.westfalenspiegel.de/online-hilfe-fuer-menschen-mit-internetsucht>

<https://medecon.ruhr/2019/11/onoff-mit-ompris-raus-aus-der-internetsucht/>

<https://www.radiobochem.de/artikel/tagung-zum-thema-gluecksspiel-410031.html>

<http://krankheiten.me/113/on-off-mit-ompris-raus-aus-der-internetsucht/>

<https://www.seelischegesundheit.net/80-veranstaltungen?start=3>

<https://www.esanum.de/today/posts/motiviert-aus-der-internetsucht-natuerlich-online>

Dezember 2019

<https://egesundheit.nrw.de/2019/12/universitaetsklinikum-bochum-mit-ompris-gegen-internetsucht/>

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107903/Uniklinik-Bochum-entwickelt-Telemedizin-Toolgegen-Internetsucht>

<https://appcheck.de/universitaetsklinikum-bochum-mit-ompris-gegen-internetsucht/>

Mai 2020

<https://www.dgtelemed.de/de/news/2020/2020-05-12.php?lang=de>

<https://appcheck.de/hilfe-bei-internetsucht-offizielle-website-zum-innovationsfondsprojekt-ompris-gestartet/>

<https://webcare.plus/ompris-onlineprogramm-gegen-internetsucht/>

Juli 2020

<https://idw-online.de/de/news751848>

<https://gesundheitsportal.bayern/mit-ztg-projektpartner-ompris-raus-aus-der-internetsucht/>

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115087/Internetprojekt-will-Hilfe-aus>

<https://background.tagesspiegel.de/digitalisierung/online-hilfe-bei-online-suchtverhalten>

<https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/raus-aus-der-internetsucht-mit-ompris-zurueck-ins-leben/>

https://twitter.com/lwl_aktuell

<https://twitter.com/hashtag/ompris>

<https://www.digital-ratgeber.de/aktuelles/internetsucht-im-internet-behandeln-559885.html>

<https://www.sueddeutsche.de/panorama/kinder-jugendliche-online-sucht-mediennutzung-1.4983304>

<https://egesundheit.nrw.de/2020/09/ompris-unterstuetzt-bei-internetsucht/>

https://rp-online.de/panorama/coronavirus/mediensucht-so-erkennen-eltern-ob-ihr-kind-abhaengig-ist_aid-52484357

<https://www.ginko-stiftung.de/landeskoordination/home/nachricht3140.aspx>

<https://jugendhilfeportal.de/artikel/therapie-start-per-webcam-raus-aus-der-internetsucht>

August 2020

<https://biermann-medizin.de/online-raus-aus-der-internetsucht/>

<https://www.medienwissen-mv.de/aktuelles/detailansicht/news/internetberatung-bei-exzessivermediennutzung.html>

<https://joindiaspora.com/tags/ruhrgebiet>

<https://www.gc-bo.de/news/artikel/news/detail/News/ompris-auf-der-digitalen-gamescom-2020/>

<https://medecon.ruhr/2020/08/ompris-auf-der-digitalen-gamescom-2020/>

<https://www.deutschlandfunk.de/ompris-hilft-online-bei-internetsucht-interview-mit-laura-bottel-ruhr-uni-bochum-dlf-5373009a-100.html>

<https://idw-online.de/de/news753043>

<https://www.ztg-nrw.de/2020/08/ompris-auf-der-digitalen-gamescom-2020/>

<https://www.kgnw.de/print/presse-kliniken/ompris-auf-der-digitalen-gamescom-2020/>

<https://www.jugendhilfeportal.de/jugendschutz/artikel/therapie-start-per-webcam-raus-aus-derinternetsucht/>

<https://jugendhilfeportal.de/artikel/therapie-start-per-webcam-raus-aus-der-internetsucht>

September 2020

<https://www.swr.de/wissen/ompris-internetsucht-online-behandeln-100.html>

Oktober 2020

<https://www1.wdr.de/mediathek/audio/wdr5/wdr5-toene-texte-bilder-beitraege/audio-staendigonline-100.html>

<https://www1.wdr.de/mediathek/audio/wdr5/wdr5-toene-texte-bilder-interviews/audio-neuehilfen-bei-internetsucht-100.html>

[https://www.waz.de/wochenende/article230631144/nur-fuer-den-klick-fuer-den-
augenblick.html](https://www.waz.de/wochenende/article230631144/nur-fuer-den-klick-fuer-den-augenblick.html)

Dezember 2020

<https://www1.wdr.de/radio/1live/on-air/topics/online-sucht-hilfe-100.html>

[https://www.deutschlandfunknova.de/beitrag/online-sucht-hilfe-durch-beratung-des-
lwl-universitaetsklinikum-bochum](https://www.deutschlandfunknova.de/beitrag/online-sucht-hilfe-durch-beratung-des-lwl-universitaetsklinikum-bochum)

Januar 2021

<https://www.radiobochum.de/artikel/dr-jan-dieris-hirche-850994.html>

<https://open.spotify.com/episode/53EvPWordAZyJBgVTzI9DG>

Juli 2021

[https://www.selbsthilfe-
dortmund.de/progs/sh/shks/dortmund/content/e623/e2816/e2818/e3397/Forum2021
Internet.pdf](https://www.selbsthilfe-dortmund.de/progs/sh/shks/dortmund/content/e623/e2816/e2818/e3397/Forum2021Internet.pdf)

Dezember 2021

<https://gg-digital.de/2021/12/allein-vor-dem-bildschirm/index.html>

Oktober 2022

<https://open.spotify.com/episode/1L6cfrphmyajlu789Jq0qR>

Anlage 18: Gemeinsame Pressemitteilung mit dem BMG zum Projektstart



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

LWL-Universitätsklinikum Bochum
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

UK RUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Gemeinsame Pressemitteilung

Seite 1 von 2
28. Juli 2020

Raus aus der Internetsucht – Mit OMPRIS zurück ins Leben

Therapie-Start per Webcam: Wo computerspiel- und internetsüchtige Menschen digital, real und an jedem Ort in Deutschland Hilfe finden

Genauso leicht, wie Menschen sich im Internet verlieren können, weil Computerspiele oder Streamingdienste für sie jederzeit und schnell verfügbar sind, genauso unkompliziert können Menschen mit problematischem Internetgebrauch ab dem 1. August 2020 einen Weg aus ihrer Sucht finden. Direkt am Rechner, mit Hilfe von OMPRIS, dem onlinebasierten Motivationsprogramm zur Reduktion von problematischem Medienkonsum.

Ein Forschungsprojekt unter Leitung der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums Bochum im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) macht's möglich: OMPRIS ist für Betroffene niederschwellig, leicht zugänglich und kostenlos. „Sicherlich klingt es zunächst paradox, internetsüchtige Menschen mit Hilfe des Internets zu behandeln“, so **Dr. med. Jan Dieris-Hirche, Oberarzt und Leiter der Medienambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums Bochum**. „Doch wir holen die Betroffenen direkt dort ab, wo sie sich am meisten aufhalten – im Internet.“

Das neue Angebot wird bis zum Herbst 2022 als digitales 4- bis 6-wöchiges Beratungsprogramm mit vielen therapeutischen und medienpädagogischen Elementen zur Verfügung stehen. Etwa 2-mal pro Woche werden webcambasierte Einzelgespräche stattfinden, in denen die Teilnehmenden motiviert werden, ihr Medienverhalten zu reflektieren und zu verändern. Zudem wird eine Sozialarbeiterin bei Fragen rund um Themen wie Wohnungssuche, Wohngeld oder Hilfe bei der ARGE beraten.

Hausanschrift
Unter den Linden 21

10117 Berlin

Postanschrift
11055 Berlin

Tel. +49 (0)30 18441-2241
Fax +49 (0)30 18441-4960

Saskia.solar@bmg.bund.de
www.drogenbeauftragte.de

Pressekontakt LWL:
LWL-Universitätsklinikum
Bochum
Rosa Sommer

Alexandrinestraße 1-3
44791 Bochum

Tel.: 0151 40635802
E-Mail: rosa.sommer@lwl.org

OMPRIS kommt gerade zur rechten Zeit, betont die **Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Daniela Ludwig**: „Die Corona-Pandemie hat uns gezeigt, wie wichtig es ist, digitale Therapien vorzuhalten. Dies gilt vor allem auf dem noch relativ neuen Gebiet der Internetsucht.“

Hintergrund:

Finanziert wird das Projekt durch Mittel des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Deutschland.

Weitere Informationen unter www.onlinesucht-hilfe.com

Projektbeteiligte:

- LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum (RUB), Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Dr. med. Jan Dieris-Hirche (Projektleitung und Koordination, Versorgung und Rekrutierung)
- Psychosomatische Klinik Kloster Dießen, Prof. Dr. med. Bert te Wildt (Versorgung und Rekrutierung)
- TU München, Klinikum rechts der Isar, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Prof. Dr. med. Peter Henningsen (Versorgung und Rekrutierung)
- Universitätsmedizin Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Dr. sc. Hum. Klaus Wölfling (Versorgung und Rekrutierung)
- Lehrstuhl für Medizinmanagement, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, PD Dr. med. Dr. rer. pol. Anja Neumann, Dr. PH Silke Neusser (Evaluation)
- Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der RUB, Prof. Dr. Nina Timmesfeld (Biometrie und Evaluation)
- Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG) Bochum, Rainer Beckers M.P.H., M.A. (EDV-Konzepte)

Anlage 19: Urkunde Deutscher Telemedizinpreis 2021 (3. Preis)

