

**drugcom.de**

**check yourself.**

Jahres- und Evaluationsbericht 2007



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

**drugcom.de**

## **Jahres- und Evaluationsbericht 2007**

Ein Informations- und Kommunikationsprojekt  
zur Suchtprävention der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

### **Projektleitung**

BZgA, Referat 1-13: Prävention des Substanzmissbrauchs, Suchtprävention

Evelin Strüber

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, 0221 - 8992-294

### **Projektdurchführung**

delphi - Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH

10585 Berlin, 030 - 39 40 97 80

Autoren:

Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas & Peter Tossmann (delphi)

März 2008

# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	4
2.	Konzeption von „drugcom.de“ .....	5
2.1	Theoretische Grundlagen .....	5
2.2	Zielgruppen .....	7
2.3	Ziele .....	8
2.4	Methoden von „drugcom.de“ .....	8
3.	Zentrale Ergebnisse der begleitenden Evaluation von „drugcom.de“ .....	14
3.1	Nutzung von „drugcom.de“ .....	14
3.1.1	Entwicklung der Zugriffszahlen .....	14
3.1.2	Nutzung der Bereiche von „drugcom.de“ .....	16
3.1.3	Verweise von anderen Websites .....	17
3.2	Nutzerinnen und Nutzer .....	21
3.3	Kommunikation und Beratung .....	22
3.3.1	Entwicklung der Inanspruchnahme .....	22
3.3.2	Nutzung der E-Mail- und Chat-Beratung .....	24
3.3.3	Nutzung von „quit the shit“ .....	26
3.4	Transfer von „quit the shit“ .....	30
3.4.1	Anmeldungen und Aufnahmen .....	31
3.4.2	Beurteilung des Transfers durch die Beraterinnen und Berater .....	31
3.4.3	Akzeptanz der Klientinnen und Klienten .....	31
3.4.4	Wirksamkeit des Programms .....	32
3.4.5	Fazit .....	33
4.	Zusammenfassung .....	34
5.	Literatur .....	36
6.	Anhang .....	38

## 1. Einleitung

„Deutsche kiffen weniger“ titelte die Berliner Zeitung „Der Tagesspiegel“<sup>1</sup> anlässlich einer Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing, am 27. November 2007. Darin erklärt Frau Bätzing: „Aktuelle Untersuchungsergebnisse für Deutschland zeigen, dass Erwachsene weniger Drogen nehmen als früher. Nur noch rund 3% haben innerhalb des letzten Monats Drogen konsumiert. Auch bei Jugendlichen sinkt der Drogenkonsum. Am deutlichsten wird das beim Konsum von Cannabis: Nur noch 13% der 14- bis 17-Jährigen haben 2007 zumindest einmal Haschisch oder Marihuana probiert. 2004 waren das noch 22% in dieser Altersgruppe. Auffällig ist dagegen, dass sich die Zahlen der regelmäßigen Konsumenten von Cannabis wenig verändert haben. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen liegt der Anteil aktuell bei 3,3%, bei den 18- bis 64-Jährigen bei 2,2%.“<sup>2</sup>

Laut Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) konsumiert in Europa etwa 1% aller Erwachsenen täglich Cannabis, das sind rund 3 Millionen Menschen (EBDD, 2007). In Deutschland sind es nach aktuellen Untersuchungen nur etwa 0,5%, so die Drogenbeauftragte. Im Vergleich zu Europa würden in Deutschland viele Menschen mit Cannabisproblemen vom Behandlungssystem erreicht. In Europa hätten sich im letzten Jahr knapp 44.000 Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten erstmals ambulant behandeln lassen, davon 8.000 Personen in Deutschland. Insgesamt würden bundesweit derzeit etwa 28.000 Personen ambulant oder stationär behandelt. Sabine Bätzing: „Damit sind wir auf einem guten Kurs. Dennoch müssen wir noch mehr Menschen mit Cannabisproblemen erreichen.“ Auch die EBDD warnt: „Doch selbst wenn sich der Cannabiskonsum in Europa nun stabilisiert, bewegen sich die gegenwärtigen Prävalenzraten zweifelsohne auf historisch hohem Niveau.“ (EBDD, 2007, S. 14).

Nicht zuletzt aufgrund der geschilderten Situation bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit „quit the shit“ seit August 2004 ein internetbasiertes Beratungsprogramm für Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten auf der Plattform „www.drugcom.de“ an. Seit 2006 wird das Programm im Rahmen des „Transfers von quit the shit“ weiter ausgebaut, indem externe Beratungsstellen integriert werden, so dass die Beraterinnen und Berater Konsumierende aus ihrer Region via Internet bei ihrem Bemühen, den Konsum einzustellen oder zu reduzieren, unterstützen können. Die ersten Ergebnisse des „Transfers“ der Beratungskonzeption in die Arbeit ambulanter Drogenberatungsstellen werden im vorliegenden Jahresbericht veröffentlicht (Kap. 3.4). Vorgestellt werden sowohl aktuelle Evaluationsergebnisse hinsichtlich der Wirkung von „quit the shit“ als auch bezüglich der Erfahrungen in der Umsetzung in den Beratungsstellen.

Zudem werden aktuelle Jahresstatistiken über die Anzahl der Zugriffe und der Nutzung der verschiedenen Bereiche auf „drugcom.de“ ausgewertet und diskutiert (Kap. 3.1). Kapitel 3.2 zeigt die aktuelle Nutzerstruktur auf und in Kapitel 3.3 werden Kommunikations- und Beratungsangebote ausgewertet. Im Anhang findet sich zudem ein Glossar, das alle im Text mit einem Pfeil („→“) markierten Wörter erläutert.

---

<sup>1</sup> Meldung vom 27.11.2007 (<http://www.tagesspiegel.de/politik/deutschland/Drogenkonsum;art122,2427910>)

<sup>2</sup> Pressemitteilung der Drogenbeauftragte der Bundesregierung vom 27.11.2007 ([http://www.bmg.bund.de/cIn\\_041/nn\\_600172/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-Drogenbeauftragte/pm-27-11-07,param=.html](http://www.bmg.bund.de/cIn_041/nn_600172/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-Drogenbeauftragte/pm-27-11-07,param=.html))

## 2. Konzeption von „drugcom.de“

Im Folgenden werden die Grundzüge der Konzeption von „drugcom.de“ erläutert, die ausführlich in einem eigenen Dokument verfügbar ist (BZgA, 2003). Die Konzeption basiert auf entwicklungspsychologischen und gesundheitspsychologischen Theorien. Zudem spielt das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, das erstmals von James O. Prochaska und Carlo C. DiClemente 1983 konzipiert wurde, eine wichtige Rolle. Aufgrund des modularen Aufbaus von „drugcom.de“ und der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Gesamtangebots liegen für einzelne Bereiche jeweils eigene Konzeptionen vor, die zwar im Wesentlichen auf den Grundzügen der Gesamtkonzeption basieren, im Detail jedoch unterschiedliche Ausrichtungen hinsichtlich der Zielgruppen, Ziele und angewandten Methoden aufweisen. Die Details der einzelnen Module werden unter den Methoden von „drugcom.de“ (siehe 2.4) jeweils skizziert.

### 2.1 Theoretische Grundlagen

#### Entwicklungspsychologische Modelle

Die Relevanz entwicklungspsychologischer Modellvorstellungen zum Drogenkonsum ergibt sich aus dem Umstand, dass der Konsum illegaler Substanzen epidemiologisch betrachtet eng mit dem Lebensabschnitt des Jugendalters verknüpft ist. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive kann Drogenkonsum als aktiver Versuch verstanden werden, alterstypische Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsprobleme zu bewältigen. Silbereisen und Reitzle (1987) beschreiben die konstruktive Funktion des Konsums von Drogen als eine Form von Problemverhalten und definieren dies als „Aktivitäten (...), die im Gegensatz zu anderen Bemühungen um Selbstregulation in Hinsicht auf soziale Normen oder auf Kriterien optimaler Funktionstüchtigkeit problematisch sind“ (S. 126). Zu Entwicklungsproblemen, d. h. anhaltenden Schwierigkeiten bei der Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben, kann es kommen, weil die Bestimmung von Entwicklungszielen misslingt (Sinnverlust), weil die Realisierung der Ziele aufgrund fehlender Kompetenzen oder Fremdbestimmung nicht möglich ist (schulische Leistungsprobleme, kein Ausbildungsplatz) oder weil zu viele Aufgaben gleichzeitig bearbeitet werden müssen (Entwicklungsstress). In solchen Situationen ermöglichen psychoaktive Substanzen der aktiven Problemlösung aus dem Weg zu gehen, indem man Belastungen (scheinbar) erträglicher macht oder den Substanzkonsum zum Ersatzziel werden lässt (Silbereisen & Reese, 2001).

Die Integration einer sozialepidemiologischen, entwicklungspsychologischen und klinischen Perspektive leistet das Modell von Moffitt (1993). In ihrer Theorie unterscheidet die Wissenschaftlerin zwischen einem auf die Jugendphase begrenzten (adolescence limited) und lebenslang anhaltenden (life course persistent) Problemverhalten. Sie entwickelt zwei theoretische Varianten typischer Entwicklungsverläufe, die sich im Wesentlichen durch die Gesamtdauer des gezeigten Problemverhaltens unterscheiden. Dabei zeigt eine Gruppe Jugendlicher problematische Verhaltensweisen, die in der Regel vergleichsweise früh einsetzen und bis weit in das Erwachsenenalter hinein fortgesetzt werden. Bei der anderen und epidemiologisch weitaus bedeutsameren Gruppe lässt das Problemverhalten (z. B. der Konsum illegaler Substanzen) beim Übergang ins Erwachsenenalter zunehmend nach.

## **Gesundheitspsychologische Modelle**

Obleich derzeit noch keine explizite gesundheitspsychologische Theorie des Drogenkonsums vorliegt, hat die Gesundheitspsychologie eine Reihe theoretischer Konstrukte bzw. psychosozialer Einflussfaktoren benannt, die für das Verständnis menschlichen Gesundheits- und Risikoverhaltens von Bedeutung sein dürften (Schwarzer, 1992; Matarazzo, 1980; Franzkowiak, 1986). Die relevantesten gesundheitspsychologischen Modelle sind das Health-Belief-Model (Rosenstock, 1974; Becker, 1974), die Theorie der Handlungsveranlassung (Ajzen & Fishbein, 1980) und die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen & Madden, 1986).

Die auf kognitiven Konzepten beruhenden Modelle gehen allesamt davon aus, dass Handlung wie zum Beispiel Drogenkonsum das Ergebnis von Wahrnehmungen, der Motivationslage und kognitiven Bewertungen ist. So resultiert gesundheitsrelevantes Verhalten dem Verständnis des Health-Belief-Modells zufolge aus einer Kosten-Nutzen-Analyse, bei der die Erwartungen hinsichtlich der Wirkung des Verhaltens, die wahrgenommene subjektive Vulnerabilität (Anfälligkeit, Verletzlichkeit) sowie der wahrgenommene Schweregrad entsprechender Konsequenzen gegeneinander abgewogen werden. Allerdings muss die eingeschätzte Bedrohlichkeit eines gesundheitsrelevanten Verhaltens nicht notwendigerweise auch zur Annahme einer persönlichen Gefährdung führen. So muss davon ausgegangen werden, „dass ein persönliches Erkrankungsrisiko angenommen werden muss, um überhaupt eine Handlungsbereitschaft in Richtung gesundheitsprotektiver oder präventiver Maßnahmen zu mobilisieren“ (Bengel, 1993, S. 21). Beispielsweise ist die Entwicklung einer Abhängigkeit beim Konsum von Cannabis ein bekanntes Risiko. Doch ist für das Konsumverhalten auch entscheidend, ob die Person sich selbst als anfällig (vulnerabel) hierfür sieht. Betrachtet man den Drogenkonsum Jugendlicher und die Frage nach möglichen drogenpräventiven Konzepten unter gesundheitspsychologischer Perspektive, so dürfte daher auch das Konzept der gesundheitlichen Risikowahrnehmung relevant sein. Mit dem Begriff der Risikowahrnehmung sind individuell-kognitive Bewertungen einer Bedrohung benannt, wobei zwischen „allgemeiner Gefährlichkeit“ und „persönlicher Vulnerabilität“ zu unterscheiden ist (Bengel, 1993).

## **Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung**

James O. Prochaska und Carlo C. DiClemente haben im Rahmen mehrerer Forschungsarbeiten den Prozess der menschlichen Verhaltensänderung untersucht und daraus ein theoretisches Modell entwickelt, das sich auf unterschiedliche gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (Rossi et al., 1995, Prochaska et al., 1994, Schmid et al., 1999), insbesondere jedoch auf die Veränderung des Substanzkonsums (Prochaska & DiClemente, 1983, Fava, & Velicer, 1995, Prochaska et al., 1992) beziehen lässt.

Im Rahmen dieses Ansatzes wird die Veränderung menschlicher Verhaltensweisen als ein intentionaler Prozess beschrieben, wobei generelle Prozesse und Prinzipien der Veränderung integriert und die zeitliche Perspektive der Veränderung berücksichtigt werden. Eine der Kernvariablen des Transtheoretischen Modells bilden die Stufen der Verhaltensänderung.

**Tabelle 1: Stufen der Veränderung nach dem Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung**

<b>Sorglosigkeit</b> precontemplation	Keine Intention, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern
<b>Bewusstwerden</b> contemplation	Es wird erwägt, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern
<b>Vorbereitung</b> preparation	Erste Schritte zur Veränderung wurden eingeleitet, Zielverhalten wird in den nächsten 30 Tagen angestrebt
<b>Handlung</b> action	Zielverhalten wird seit weniger als sechs Monaten gezeigt
<b>Aufrechterhaltung</b> maintenance	Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten beibehalten

Diese Stufen wurden erstmals identifiziert bei der Analyse des Prozesses der Raucherentwöhnung (Prochaska & DiClemente, 1983) und von den Autoren kontinuierlich weiterentwickelt. Die Zeiträume, die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, können nach Einschätzung der Forschergruppe dabei individuell sehr stark variieren. Für eine erfolgreiche Veränderung eines Problemverhaltens ist jedoch das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der in diesen Stufen relevanten Verhaltensprozesse essentiell, da ansonsten das Risiko für Rückfälle in ungünstige Verhaltensgewohnheiten deutlich erhöht sei (Prochaska et al., 1992).

## 2.2 Zielgruppen

Der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen ist ein Phänomen, das besonders unter Jugendlichen und jungen Erwachsene zu finden ist (vgl. Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Papst, 2008; Papst, A & Kraus, L., 2008). Jeder zweite junge Mensch wird statistisch gesehen mit dem Angebot, Drogen zu konsumieren, konfrontiert (BZgA, 2004). Der Einstieg in den illegalen Drogenkonsum - in aller Regel ist die erste Substanz Cannabis - findet meist mit 16 Jahren statt; der erste Alkoholrausch erfolgt meist im Alter von 15 Jahren. Besonders hoch ist der Anteil aktuell Konsumierender in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen. Die meisten dieser jungen Menschen stellen allerdings spätestens nach dem 25. Lebensjahr den Konsum illegaler Drogen wieder ein. Zwar bleibt der Alkoholkonsum auch im späteren Erwachsenenalter meist bestehen, der Anteil riskanter Konsummuster wie das Rauschtrinken nimmt aber ab. Bei einem Teil der Konsumierenden entwickelt sich jedoch eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik. Allen genannten Gruppen gemeinsam ist die Nähe bzw. die Affinität zu Alkohol und illegalen Drogen, weshalb im Folgenden von drogenaffinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesprochen wird. Die Zielgruppen von „drugcom.de“ werden somit definiert als:

- drogenaffine junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren, d. h.
- Jugendliche und junge Erwachsene, die Drogen angeboten bekommen bzw. mit Drogenkonsum in ihrem näheren sozialen Umfeld konfrontiert werden,
- Jugendliche und junge Erwachsene, die aktuell Alkohol und/oder illegale Drogen konsumieren und
- Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik entwickeln.

## 2.3 Ziele

Das Suchtpräventionsprojekt „drugcom.de“ als Teil der Drogenpolitik der Bundesregierung ist der programmatischen Zielvorgabe verpflichtet, wie sie im Aktionsplan Drogen und Sucht formuliert wurde (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003). Demnach gilt es im Umgang mit Suchtmitteln nicht nur, diesen zu verhindern oder hinauszuzögern, sondern auch „riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren“ (S. 21). Hierfür wurde auch der Begriff der Risikokompetenz (Franzkowiak, 2001) geprägt, die zu stärken die wichtigste Aufgabe von „drugcom.de“ ist. Das Konzept der Risikokompetenz ist nicht zuletzt auf die wissenschaftliche Erforschung jugendlichen Risikoverhaltens zurückzuführen, das typischerweise geprägt ist von den Bedürfnissen nach Genuss, Lust und Abenteuer. Dies schließt auch den (Probier-)Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Cannabis und anderen Drogen oftmals mit ein, weshalb der Umgang mit diesen Substanzen als eine für alle Jugendlichen zu lösende Entwicklungsaufgabe betrachtet werden kann (Franzkowiak & Schlömer, 2003). Daher sei es sinnvoll, „die Überführung von jugendlichem Risikoverhalten in lebenslange Risikokompetenz in den Zielkatalog der Suchtprävention aufzunehmen“ (S. 177).

Das Konzept der Risikokompetenz ist auch der Grundgedanke, auf den der Slogan „check yourself“ basiert, der für „drugcom.de“ geprägt wurde und in allen Angeboten von „drugcom.de“ seinen Niederschlag gefunden hat. Konkret werden folgende Zielebenen und Ziele unterschieden:

**Tabelle 2: Zielebenen und Ziele von „drugcom.de“**

Zielebenen	Ziele
Wissen	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aufklärung über die Wirkungen und Risiken von psychoaktiven Substanzen sowie über nicht substanzbezogene Formen riskanten Konsums (z. B. Computerspielsucht)</li></ul>
Einstellung	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Förderung von Problembewusstsein und einer kritischen Einstellung gegenüber eigenem Konsumverhalten</li></ul>
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Förderung eines risikoarmen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen</li><li>▪ Förderung von Punktnüchternheit und mäßigen Konsum in tolerierten Situationen</li><li>▪ Vermittlung von Kompetenzen zur Reduzierung oder dem Absetzen von Substanzen</li></ul>

## 2.4 Methoden von „drugcom.de“

Das Gesamtangebot von „drugcom.de“ ist modular aufgebaut und umfasst Informationsangebote sowie Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten. Ende 2005 erfolgte ein Relaunch der Site, bei dem Wert darauf gelegt wurde, die Inhalte übersichtlich und leicht erreichbar darzustellen (siehe Abbildung 1) sowie die maximale Barrierefreiheit zu ermöglichen. Daher werden alle Module von „drugcom.de“ in der seitlichen Navigationsleiste verlinkt. Diese Form der Navigation ist mittlerweile weit verbreitet und gilt als besonders benutzerfreundlich. Die Module und deren Subziele werden im Folgenden skizziert. In Tabelle 3 werden die verschiedenen Angebote in der Übersicht dargestellt, wobei zu bedenken ist, dass hier lediglich die wesentlichen Subziele der jeweiligen drugcom-Module angegeben werden. So ist beispielsweise die Wissensvermittlung die wichtigste Aufgabe der Wissenstests. Ein Nebeneffekt könnte aber auch sein, dass der eine oder die andere beispielsweise den eigenen Cannabiskonsum durch die Beschäftigung mit dem Thema überdenkt und an-



schließlich den „cannabis check“ nutzt. Zumindest sekundär ist demnach mit allen Informationsangeboten auch das Ziel der kritischen Überprüfung des eigenen Konsumverhaltens verbunden.

## aktuelles

Unter dem Menüpunkt „aktuelles“ werden wöchentlich aktuelle Studien aus der Drogenforschung sowie relevante Neuigkeiten aus der Drogenpolitik publiziert. Aktuelle Meldungen werden auf der Startseite an zentraler Stelle mit einem Kurztext angezeigt. Durch einen Klick auf „mehr“ gelangen die Nutzerinnen und Nutzer auf die vollständige Meldung. Dort finden sie auch ein Archiv früherer Meldungen.

Der Bereich „aktuelles“ ist Teil des Informationsangebots auf „drugcom.de“, das zum Ziel hat, die Nutzerinnen und Nutzer über die Wirkungen und Risiken des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen zu informieren. Da täglich eine Vielzahl an neuen Studien aus dem Themenspektrum Drogen und Sucht publiziert werden, ist es wichtig, die relevanten Themen für die Zielgruppe herauszufiltern und leicht verständlich darzustellen. Alle Artikel werden zudem monatlich per E-Mail an diejenigen verschickt, die sich im „newsletter abo“ eingetragen haben, der sowohl im Nur-Text-Modus als auch in einer gestalteten HTML-Version verfügbar ist.<sup>3</sup>

## abstimmen/topthema

Die Bereiche „abstimmen“ und „topthema“ sind eng miteinander verflochten. Hier werden monatlich wechselnd unterschiedliche Themen aus dem Sucht- und Drogenspektrum fokussiert. Die Nutzerinnen und Nutzer haben dabei die Möglichkeit, an einer Meinungsumfrage teilzunehmen. Ziel dieses Informationsangebots ist es einerseits, die Nutzerinnen und Nutzer dazu anzuregen, über ein spezifisches Thema zu reflektieren. Andererseits dient das Topthema im Verbund mit den wöchentlichen Meldungen dazu, die Aktualität von „drugcom.de“ zu demonstrieren und um zu verdeutlichen, dass es sich lohnt die Website regelmäßig zu besuchen.

Der Anreißertext (Teaser) zum monatlichen Topthema nimmt eine zentrale Stellung auf der Startseite ein. Hier sollen die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ zum Weiterlesen angeregt werden, weshalb der Text zwar präzise in der Aussage, aber locker im Stil sein sollte. Im Haupttext

Abbildung 1: Screenshot der Startseite (vom 8.1.2008)



<sup>3</sup> Aktuell sind rund 1.700 Abonentinnen und Abonnenten eingetragen (Stand: 08.01.2008).

sind wiederum weiterführende interne und externe Links integriert, um eine vertiefende Beschäftigung mit dem jeweiligen Thema zu fördern.

### die drogen/drogenlexikon/häufig gestellte fragen

Der Menüpunkt „die drogen“ dient als Übersicht, anhand derer sich die Nutzerinnen und Nutzer schnell einen Überblick darüber verschaffen können, welche Informationen und Beratungsangebote zu einer bestimmten Substanz verfügbar sind. Zudem werden ausgewählte externe Links aufgelistet.

Im „drogenlexikon“ sowie im Bereich „häufig gestellte fragen“ finden die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ eine Fülle an Informationen aus dem Themenbereich Sucht und Drogen. Ziel ist es, gesichertes Basiswissen über psychoaktive Substanzen und deren Risiken zu vermitteln. Alle Informationsangebote von „drugcom.de“ sollten leicht verständlich sein. Fachbegriffe werden zwar verwendet, aber immer erläutert.

Die Informationsbereiche haben nicht den Anspruch auf eine erschöpfende Darstellung aller Fakten. Vielmehr gilt es, die wichtigsten Aspekte so ausführlich wie nötig zu behandeln, also eher knapp, da besonders lange Texte auf manche Nutzerinnen und Nutzer eher abschreckend wirken.

Das „drogenlexikon“ sowie die „häufig gestellten fragen“ werden kontinuierlich ausgebaut und aktualisiert. Der

Bestand an Lexikoneinträgen umfasst aktuell 173 Einträge, und zu 83 „häufig gestellten fragen“ können Antworten nachgeschlagen werden (Stand 8.1.2008).

**Tabelle 3: Übersicht über die Ziele und Angebote von „drugcom.de“**

Angebote	Zielebene: Wissen	Zielebene: Einstellung	Zielebene: Verhalten
Aktuelles	■		
abstimmen/topthema	■		
Drogenlexikon	■		
häufig gestellte fragen	■		
Mischkonsum	■		
wissen testen	■		
cannabis check		■	
check your drinking		■	
quit the shit			■
change your drinking			■
chat- und e-mail-beratung	■	■	■

### mischkonsum

Mit dem 2005 online gestellten Modul „mischkonsum“ soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass häufig mehrere psychoaktive Substanzen gleichzeitig eingenommen werden und hieraus spezifische Risiken resultieren. Hier können sich die Nutzerinnen und Nutzer über die Wirkungen und Risiken verschiedener Substanzkombinationen informieren. Die Informationen basieren auf einer Online-Umfrage unter Drogenkonsumierenden sowie auf Kommentaren von drei Experten und einer Expertin aus Wissenschaft und Praxis.

## **wissen testen**

Mit den Wissenstests wird - wie der Name schon sagt - insbesondere die Ebene der Wissensvermittlung angesprochen. Nutzerinnen und Nutzer haben hier die Möglichkeit, ihr drogenbezogenes Wissen anhand von acht verschiedenen Substanztests zu überprüfen und im Anschluss ihren persönlichen Wissensstand mit dem anderer zu vergleichen. Ein derartiges interaktives Angebot scheint (insbesondere für Jugendliche) ein attraktives Angebot der Informationsvermittlung zu sein. So konnten die bisherigen begleitenden Evaluationen zeigen, dass die Wissenstests mit Abstand die meist genutzten Angebote sind. Rund ein Drittel aller Nutzerinnen und Nutzer, das mindestens ein Angebot von „drugcom.de“ nutzt, klickt sich in wenigstens einen der acht Wissenstests. Bis Ende 2007 wurden die Tests zu Alkohol, Cannabis, Ecstasy und Speed überarbeitet und am aktuellen Forschungsstand angepasst. Überarbeitete Versionen der Wissenstests zu Kokain, Nikotin, Halluzinogenen und Opiaten werden 2008 sukzessive online gestellt.

Ziel der Wissenstests ist es nicht, jeden Aspekt des Drogengebrauchs erschöpfend zu behandeln, sondern Interesse bei den Nutzerinnen und Nutzer zu wecken und sie für einige wichtige Themen zu sensibilisieren. Deshalb werden auch Fragen eingestreut, die einen eher unterhaltsamen denn informativ-präventiven Charakter haben. Auf jede gewählte Antwortalternative – egal ob richtig oder falsch – bekommen die Nutzerinnen und Nutzer eine differenzierte Rückmeldung. In jedem Falle – auch bei der falschen Antwort – wird die richtige Antwort genannt und kurz erklärt.

Um aber auch den interessierten Nutzerinnen und Nutzern die Möglichkeit zu offerieren, vertiefende Informationen abzurufen, sind in einigen Rückmeldungen Hyperlinks eingebettet. Diese Zusatzinformationen sind in der Navigation als „Sackgassen“ eingebettet, d. h. sie öffnen eine neue Seite, von der die User aber wieder zurück zum Test geführt werden. Somit können eilige, wenig interessierte Nutzerinnen und Nutzer in relativ kurzer Zeit alle Fragen durchlaufen, ohne durch zu viele Informationen abgeschreckt zu werden. Für Interessierte werden vertiefende Informationen bereitgehalten, so dass die Menge der zu lesenden Informationen individuell bestimmt werden kann.

## **sich testen**

Im Bereich „sich testen“ erhalten die Nutzerinnen und Nutzer individuelle Rückmeldung zu ihrem Konsum von Alkohol („check your drinking“) und Cannabis („cannabis check“). Beide Tests haben zum Ziel, Konsumierende dazu anzuregen, ihren Cannabis- bzw. Alkoholkonsum selbstkritisch zu überdenken und ggf. zu verändern.

Durch das Abfragen verschiedener Risikoparameter wie dem aktuellen Konsumverhalten, den Motiven des Konsums sowie spezifischen Kriterien zur Identifikation einer Abhängigkeit<sup>4</sup> wird das Risikoprofil ermittelt. In Abhängigkeit von dem vorliegenden individuellen Konsummuster wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Selbsttest beim Vorliegen eines riskanten Konsummusters differenzierte Empfehlungen gegeben. Zudem wird ggf. die Nutzung weiterer Beratungsangebote

---

<sup>4</sup> Beim „check your drinking“ wird der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) eingesetzt, beim „cannabis check“ die Kriterien nach DSM-IV.

wie dem Ausstiegsprogramm „quit the shit“ (Cannabis) oder „change your drinking“ (Alkohol) empfohlen.

### **beratung finden**

Alle Beratungsangebote werden seit dem Umbau von „drugcom.de“ gebündelt unter dem Menüpunkt „beratung finden“. Hierzu zählt beispielsweise der Bereich „**quit the shit**“, in dem Nutzerinnen und Nutzer Informationen und individuelle Beratung zur Reduzierung oder Einstellung des Cannabiskonsums finden. Kern des Bereichs ist ein tagebuchgestütztes Beratungsprogramm, in dem Cannabiskonsumierende über einen Zeitraum von 50 Tagen vom drugcom-Team<sup>5</sup> begleitet werden. Wöchentlich erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer differenzierte und motivierende Rückmeldungen auf ihre Tagebucheintragungen der letzten sieben Tage.

Die Beratung auf „drugcom.de“ und speziell im Programm „quit the shit“ wurde mit dem Ziel konzipiert, den Zugang zu professioneller Beratung so einfach wie möglich zu gestalten und die Schwelle, diese auch in Anspruch zu nehmen, so weit wie möglich abzusenken. Das Internet bietet hierfür ideale Voraussetzungen, sind doch vor allem junge Menschen den alltäglichen Umgang mit dem Medium Internet gewohnt. Die Nutzerinnen und Nutzer können, abgesehen von der E-Mail-Adresse, vollkommen anonym teilnehmen und sind weitestgehend flexibel was Ort und Zeit der Nutzung betrifft.

Das Ziel der Beratung in Rahmen von quit the shit ist eine signifikante Reduzierung des Cannabiskonsums. Der Ausstieg kann, muss aber nicht angezielt werden. Denn die konkrete Zielvereinbarung wird individuell mit der Klientin oder dem Klienten verhandelt. Der Zeitrahmen ist auf 50 Tage festgelegt. Damit folgt das Programm konzeptionell einem lösungsorientierten Beratungsansatz, der in der Praxis der Beratungsarbeit aufgrund seiner pragmatischen Ausrichtung und seiner klaren methodischen Vorgaben eine große Akzeptanz genießt. Die Beraterinnen und Berater fokussieren dabei konsequent jene Inhalte, die der Entwicklung von Lösungen dienen und versuchen den Austausch über die Problemsicht möglichst kurz zu halten. Dabei werden vor allem die vorhandenen Ressourcen der Klientinnen und Klienten genutzt, um Veränderungsprozesse zu fördern. Die Konzeption der Onlineberatung auf „drugcom.de“ und speziell „quit the shit“ wurde im Fachheft 31 in der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ der BZgA veröffentlicht (Tossmann, 2007).

Nicht alle Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ sind eindeutig veränderungsmotiviert. Einige empfinden doch noch ein gewisses Unbehagen bei der Vorstellung, auf das Kiffen zu verzichten und sind sich womöglich noch nicht im Klaren, ob sie die Veränderung wirklich wollen. Der Umgang mit diesen Ambivalenzen ist eine der wichtigsten Herausforderung sowohl im Aufnahmegespräch als auch in den späteren Rückmeldungen. Die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung gehören deshalb zum konzeptionellen Gerüst von „quit the shit“.

2007 wurde das vollautomatisierte Beratungsprogramm „**change your drinking**“ online gestellt, das die Nutzerinnen und Nutzer dazu anleiten soll, risikoarm mit Alkohol umzugehen. Das Programm wird zunächst nur im Rahmen einer Kontrollgruppenstudie erreichbar sein. Zum Zeitpunkt der

---

<sup>5</sup> Das drugcom-Team besteht aus Beraterinnen aus den Bereichen der Psychologie und der Medizin. Alle verfügen über eine zusätzliche Therapie- oder Beratungsausbildung.

Berichterstellung war die Stichprobenerhebung noch nicht abgeschlossen. Voraussichtlich im Frühsommer 2008 wird es nach Auswertung der Evaluationsergebnisse für die allgemeine Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Darüber hinaus wird auch **Chat- und E-Mail-Beratung** angeboten sowie Links zum Verzeichnis aller Drogenberatungsstellen in Deutschland und spezielle Informationen, die bei einem Drogennotfall zu beachten sind, angeboten.

### 3. Zentrale Ergebnisse der begleitenden Evaluation von „drugcom.de“

#### 3.1 Nutzung von „drugcom.de“

##### 3.1.1 Entwicklung der Zugriffszahlen

Zur Reichweiten- bzw. Kontaktmessung im Internet werden üblicherweise die Parameter Visits→ und Pageimpressions (PIs)→ (Sichtkontakte) verwendet, die sich mit Hilfe der Logfile-Analyse→ ermitteln lassen. Bei der Auswertung der Daten für „drugcom.de“ wurden das Programm WebSuccess™ 4.0 SR2 verwendet. Die Analyse ergibt folgende Ergebnisse:

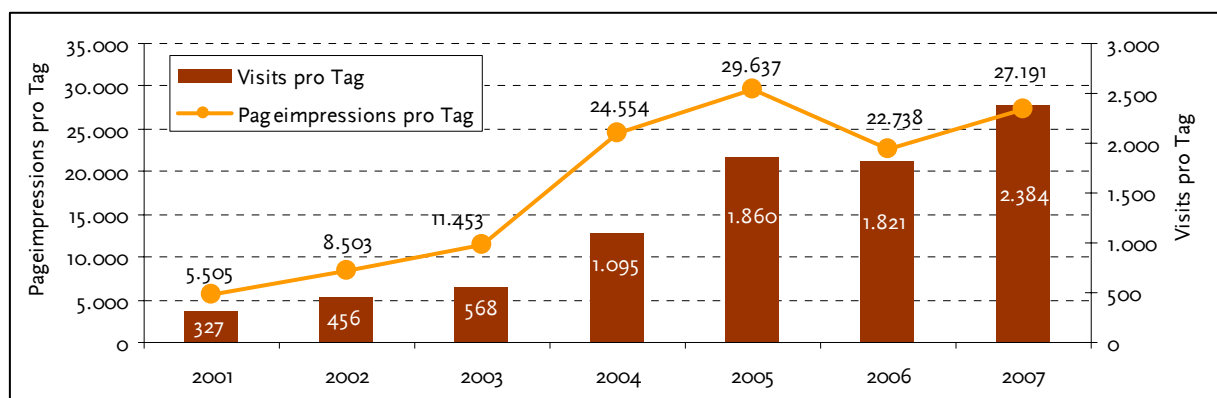
Tabelle 4: Zugriffe auf „drugcom.de“ von 2001 bis 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PIs	902.775	3.103.569	4.151.656	8.986.876	10.817.449	8.299.213	9.906.767
Visits	53.588	166.581	207.413	400.897	678.801	664.667	868.754
Zeit/PI	00:00:24	00:00:24	00:00:21	00:00:20	00:00:23	00:00:30	00:00:29
PIs/Visit	17	19	20	22	16	13	11
Zeit/Visit	00:06:44	00:07:44	00:06:53	00:07:34	00:06:11	00:06:21	00:05:38

2007 sind die Zugriffe auf dem höchsten Stand seit dem Launch der Website am 21.07.2001. Fast 10 Millionen einzelne Sichtkontakte wurden im letzten Jahre registriert. Das sind rund 27.000 pro Tag.

Das noch wichtigere Maß für die Inanspruchnahme einer Website ist die Anzahl der Visits, die in etwa gleichzusetzen ist mit der Anzahl an Besuchern. 2007 waren es durchschnittlich 2.384 Visits pro Tag. Das sind 31% mehr Zugriffe als im Vorjahr (siehe Abbildung 2). Die meisten Zugriffe fanden mit durchschnittlich 3.021 Visits pro Tag im Januar statt, der geringste Wert wurde im Dezember gemessen (1.720 Visits/Tag).

Abbildung 2: Entwicklung der Zugriffe (Visits, Pageimpressions) pro Tag von 2001 bis 2007

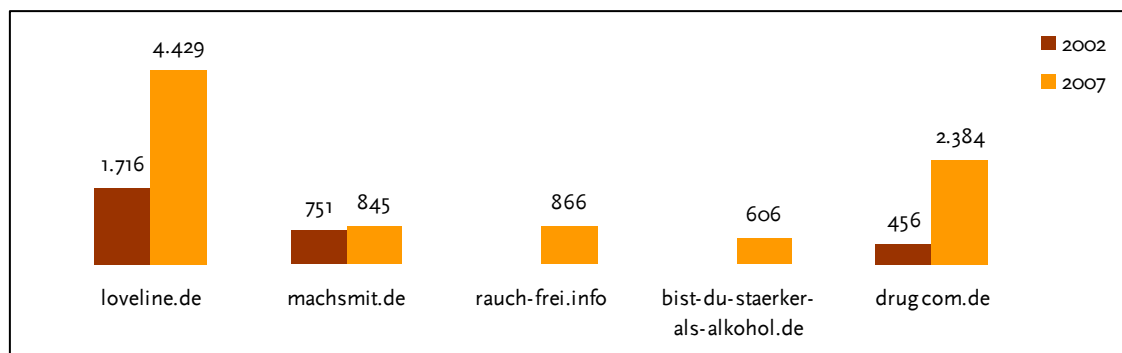


Den Angaben der repräsentativen ARD/ZDF-Online-Studie zufolge, haben 2007 insgesamt 6% mehr Bundesdeutsche das Internet genutzt als im Vorjahr (Van Eimeren & Frees, 2007). Somit ist die Steigerungsrate in der Nutzung von „drugcom.de“ deutlich höher als die allgemeine Zunahme

in der Nutzung des Internets. Zudem ist die allgemein höhere Internetnutzung in der Bevölkerung von 2006 auf 2007 überwiegend auf die Gruppe der über 50-Jährigen zurückzuführen, die sicherlich nicht zur Zielgruppe von „drugcom.de“ zählen.

Angesichts der Entwicklung und der generell stärkeren Nutzung von Internetangeboten in der Bevölkerung stellt sich die Frage, wie die Zunahme der Zugriffszahlen auf „drugcom.de“ im Verhältnis zu anderen Websites zu bewerten ist. Zum Vergleich werden die durchschnittlichen Visits pro Tag von „drugcom.de“ mit denen anderer BZgA-Domains verglichen. Von drei Websites liegen Zahlen sowohl von 2002 als auch von 2007 vor, so dass hier die Entwicklung der Domains verglichen werden kann (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Visits pro Tag - „drugcom.de“ im Vergleich zu anderen BZgA-Websites**



Wie in Abbildung 3 zu erkennen ist, haben sich die Zugriffszahlen der BZgA-Domains recht unterschiedlich entwickelt. Während die Sexualaufklärungsseite „loveline.de“ ähnlich wie „drugcom.de“ starke Zuwachszahlen zu verzeichnen hat, stagnieren die Visits bei der Kondomkampagne „machsmitt.de“. Von der Rauchausstiegsseite für Jugendliche „rauch-frei.info“ und der Alkoholkampagne „bist-du-staerker-als-alkohol.de“ liegen nur aktuelle Zahlen aus 2007 vor. Diese sind aber im Vergleich zu den durchschnittlichen Nutzungszahlen von „drugcom.de“ deutlich niedriger. Im Vergleich zur Informationsseite zum Alkoholkonsum sind die Visits bei „drugcom.de“ beinahe viermal so hoch.

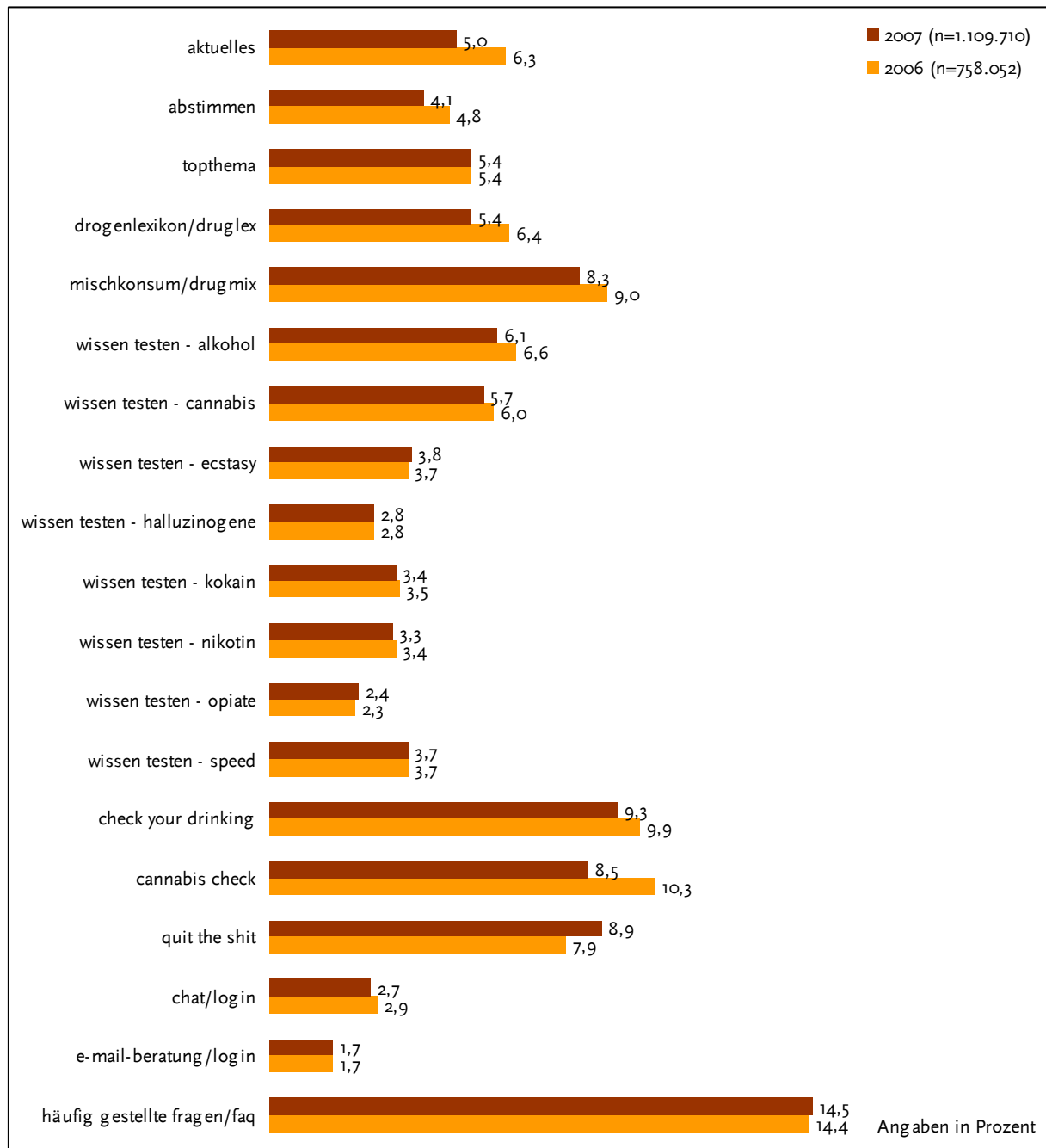
Der Vergleich macht deutlich, dass die Entwicklung von „drugcom.de“ nicht nur für sich genommen von starken Zuwachszahlen geprägt ist, sondern auch im Kontrast zu anderen Websites, die im Bereich der Gesundheitskommunikation angesiedelt sind, als bedeutsam zu betrachten ist. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass der Wert „Visit“ zwar ein weitestgehend standardisierter Wert ist, absolute Exaktheit darf er aber nicht für sich in Anspruch nehmen. So spielt der Parameter „Visit time out“ bei der Berechnung von Visits eine entscheidende Rolle. Dieser Wert definiert, wie lange das Zeitintervall zwischen zwei Pageimpressions maximal sein darf bzw. ab wann ein erneuter Aufruf einer Seite derselben Domäne einen neuen Visit erzeugt. Die Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern (IVW) hat hierfür einen Standardwert von 30 Minuten festgelegt.<sup>6</sup> Dieser Wert wird auch bei der Analyse der Zugriffszahlen von „drugcom.de“ verwendet. Wird dieser Wert beispielsweise auf 10 Minuten reduziert, erhöhen sich die Visits um etwa 10%.

<sup>6</sup> siehe Richtlinien der IVW: [http://www.ivwonline.de/downloads/Anlage1\\_Richtlinien-V1\\_8.pdf](http://www.ivwonline.de/downloads/Anlage1_Richtlinien-V1_8.pdf) (Abruf am 26.02.2008)

### 3.1.2 Nutzung der Bereiche von „drugcom.de“

Im Jahresbericht 2006 (BZgA, 2007) konnte gezeigt werden, dass sich die Nutzung der Bereiche von „drugcom.de“ durch die Umgestaltung der Website Ende 2005 (Relaunch) erheblich verändert hat. Nutzten vor dem Relaunch beinahe zwei Drittel der Besucherinnen und Besucher ausschließlich das Drogenlexikon, so hat sich nach dem Umbau eine gleichmäßigere Verteilung abgezeichnet. Dieses Nutzungsmuster ist 2007 im Wesentlichen stabil geblieben (Abbildung 4).

**Abbildung 4: Zugriffe (Sessions) auf Bereiche von „drugcom.de“ (neue/alte Bezeichnungen; Mehrfachangaben möglich)**



Bei kleineren Schwankungen sind auch technische Gründe als Ursache in Betracht zu ziehen. So basiert die Auswertung der Binnennutzung von „drugcom.de“ auf einer datenbankgestützten Ana-



lyse, dem Usertracking→. Darin werden alle Websitezugriffe gespeichert, auch die von vollautomatischen Programmen, die von Suchmaschinen wie z. B. google.de genutzt werden, um die Inhalte einer Website zu scannen. Diese so genannten Webcrawler→ müssen manuell anhand der IP-Nummer des zugreifenden Rechners identifiziert und selektiert werden. Diese Prozedur ist nie ganz genau, weshalb die absoluten Zahlen nur mit Vorsicht zu interpretieren sind. Dies trifft zwar im Wesentlichen auch auf die klassische Logfile-Analyse→ zu, der Nutzungsparameter Visit→ ist aber weitestgehend standardisiert und erlaubt somit einen Vergleich mit anderen Websites.

### 3.1.3 Verweise von anderen Websites

Grundsätzlich lassen sich zwei Wege unterscheiden, über die eine Person zu „drugcom.de“ gelangt: Zum einen durch die Eingabe der URL „www.drugcom.de“ in die Adresszeile des Browsers→ (z. B. Internet Explorer, Firefox etc.), zum anderen über einen Verweis von einer anderen Website. Bei der letztgenannten Variante nehmen Verweise von Suchmaschinen eine herausragende Stellung ein. Bis zu einem Drittel aller Visits auf „drugcom.de“ wurden in den letzten Jahren über Suchmaschinenverweise erzeugt. Das bedeutet, dass die Nutzerinnen und Nutzer einer Suchmaschine auf eines der angezeigten Suchergebnisse geklickt haben und über diesen Verweis zu „drugcom.de“ weitergeleitet wurden. Wichtig ist es daher, dass „drugcom.de“ bei bestimmten Suchbegriffen wie z. B. „Cannabis“ oder „Beratung“ möglichst hoch im Ranking der Suchergebnisse listet.

Wie hoch eine Website in der Trefferliste einer Suchmaschine listet, kann nur bedingt beeinflusst werden. Zum einen sind hier programmiertechnische Optimierungen der Webseiten zu nennen, die es so genannten Suchrobots→ oder Webcrawlern→ ermöglichen, den Inhalt besser erkennen und somit in den Datenbanken der Suchmaschinen entsprechend indizieren können. Zum anderen ist der Inhalt der Webseiten von entscheidender Bedeutung, da die Webcrawler sehr wahrscheinlich den gesamten Text nach Stichwörtern absuchen. Vermutlich spielt auch der Titel einer Seite eine Rolle bzw. das Zusammenspiel von Titel und Text. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch die Anzahl der Verweise und die Art der verweisenden Websites eine Rolle spielen bei Erstellung von Suchmaschinenrankings. Die genaue Technologie, mit denen Suchmaschinen arbeiten, ist allerdings nicht bekannt, um Manipulationen seitens der Websitebetreiber auszuschließen.

Für die Analyse der Verweise im vorliegenden Bericht kann die serverseitige Protokolldatei access.log herangezogen werden. Zunächst werden die verweisenden Suchmaschinen ausgewertet, anschließend andere Websites. Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Logfile-Analyse für Suchmaschinen-Verweise.

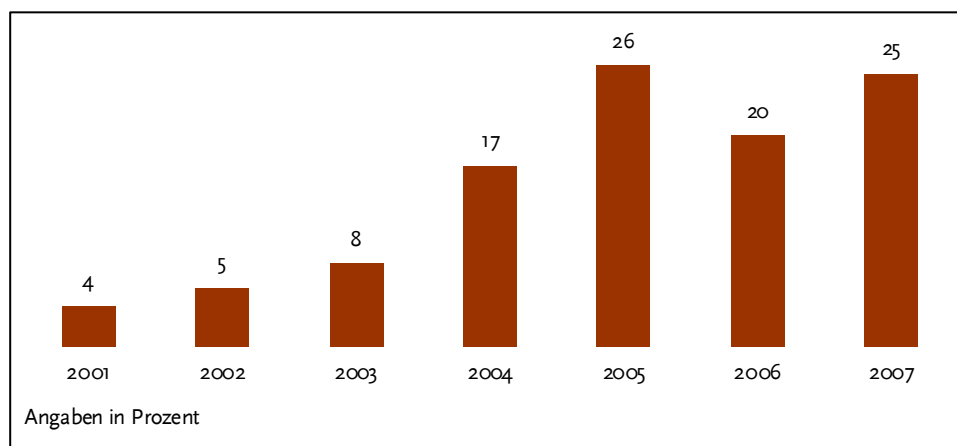
**Tabelle 5: Verweise durch Suchmaschinen zu „drugcom.de“ (Top 5)**

Suchmaschinen	Verweise (Anzahl)
Google Deutschland	220.692
Google.com	15.335
Google Österreich	11.206
Google Schweiz	6.441
T-Online	3.355
...	...
Summe der Verweise 2007	268.700
Summe der Verweise 2006	162.683

Den Ergebnissen zufolge rangiert die Suchmaschine „Google“ – wie schon in den Jahren zuvor – weit vor allen anderen, was die Verweise zu „drugcom.de“ betrifft. Fasst man alle nationalen Dependancen von „Google“ zusammen, so werden insgesamt 256.041 Verweise auf „drugcom.de“ über „Google“ erzeugt. Insgesamt machen die Verweise von „Google“ 95% aller Links von Suchmaschinen aus. Werden alle Suchmaschinen zusammengefasst, so zeigt sich, dass etwa ein Drittel (31%) aller Besuche bei „drugcom.de“ durch einen Verweis von einer Suchmaschine initiiert werden.

Im Vergleich zu 2006 haben die Suchmaschinenverweise im letzten Jahr stark zugenommen. Worauf dies im Einzelnen zurückzuführen ist, lässt sich nicht genau beurteilen. Zur Exploration möglicher Ursachen ist zunächst die Entwicklung der Verweise von „Google“ von Interesse. Hierzu wird deren relativer Anteil an der Gesamtheit aller Visits berechnet. Abbildung 5 veranschaulicht die Ergebnisse.

**Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der Verweise von „google.de“ an den Visits**



Deutlich wird, dass die Bedeutung von „Google“ für „drugcom.de“ zugenommen hat. Lag der Anteil von „google.de“ an den Visits 2001 noch bei 4%, so wuchs er 2007 auf 25% an. Zu erkennen ist zudem, dass es 2006 einen Rückgang gegeben hat und 2007 lediglich auf das bereits erreichte

Niveau zurückgekehrt ist. In diesem Zusammenhang spielt aller Wahrscheinlichkeit nach der Relaunch eine maßgebliche Rolle. Im Rahmen der Neugestaltung von „drugcom.de“ wurden am 14.12.2005 alle Seiten des Webauftritts durch neue ersetzt. Zwar wurden die alten Seiten auf die neuen umgeleitet, dennoch braucht es offenbar eine gewisse Zeit, bis die Datenbanken der Suchmaschinen diese neuen Webseiten wieder in derselben Weise einstufen wie zuvor.

Ein Teil der Entwicklung aus dem Jahre 2006 ist möglicherweise auch auf eine Reihe technischer und inhaltlicher Veränderungen zurückzuführen, mit dem Ziel, die Position von „drugcom.de“ im

**Tabelle 6: Anzahl Suchmaschinenverweise, in denen das Stichwort „Cannabis“ vorkommt**

Jahr	Anzahl
2004	743
2005	2.001
2006	4.255
2007	6.585

Google-Ranking zu verbessern, insbesondere zu dem Stichwort „Cannabis“. Beispielsweise wurde eine neue Box in die Startseite integriert („Alles über Cannabis“). Eine Auswertung der Suchmaschinenverweise, in denen das Stichwort „Cannabis“ vorkommt, kann Tabelle 6 entnommen werden. Hierzu liegen allerdings nur Zahlen seit 2004 vor.

Die Ergebnisse zeigen eine deutlich ansteigende Tendenz hinsichtlich des Suchmaschinenrankings zum Thema „Cannabis“ auf. So sind die Verweise zum Stichwort „Cannabis“ seit 2004 um das 9-fache angestiegen. Wie in Abbildung 5 gezeigt wurde, lagen die Suchmaschinenverweise von „google.de“ 2005 und 2007 auf etwa dem gleichen Niveau. Zum Stichwort „Cannabis“ sind aber mehr als 3-mal so viele Nutzer von einer Suchmaschine zu „drugcom.de“ verwiesen worden. Die 2006 getroffenen Maßnahmen haben ganz offensichtlich Wirkung gezeigt.

Neben den Suchmaschinen verweisen auch andere Websites zu „drugcom.de“. 2007 wurden insgesamt 98.052 Verweise von anderen Websites gezählt. Die Top 20 werden in Tabelle 7 aufgelistet.

**Tabelle 7: Verweise von anderen Domains – ohne Suchmaschinen (Top 20)**

Domain	Verweise (Anzahl)	Domain	Verweise (Anzahl)
1. <a href="http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de">http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de</a>	16.910	11. <a href="http://forum.hanfburg.de">http://forum.hanfburg.de</a>	1.170
2. <a href="http://www.bzga.de">http://www.bzga.de</a>	7.477	12. <a href="http://www.machsmitt.de">http://www.machsmitt.de</a>	1.094
3. <a href="http://de.wikipedia.org">http://de.wikipedia.org</a>	6.355	13. <a href="http://www.drogen-forum.com">http://www.drogen-forum.com</a>	1.040
4. <a href="http://schuleundgesundheits.hessen.de">http://schuleundgesundheits.hessen.de</a>	3.311	14. <a href="http://www.kwick.de">http://www.kwick.de</a>	1.016
5. <a href="http://www.bravo.de">http://www.bravo.de</a>	3.138	15. <a href="http://www.jugend-hilft-jugend.de">http://www.jugend-hilft-jugend.de</a>	718
6. <a href="http://ads.rap.de">http://ads.rap.de</a>	3.097	16. <a href="http://www.weiterstattbreiter.info">http://www.weiterstattbreiter.info</a>	652
7. <a href="http://www.bongspiel.de">http://www.bongspiel.de</a>	2.967	17. <a href="http://www.bmg.bund.de">http://www.bmg.bund.de</a>	539
8. <a href="http://www.partyack.de">http://www.partyack.de</a>	2.101	18. <a href="http://portal.gmx.net">http://portal.gmx.net</a>	487
9. <a href="http://www.icq.com">http://www.icq.com</a>	2.077	19. <a href="http://cannabis-archiv.de">http://cannabis-archiv.de</a>	483
10. <a href="http://www.drug-infopool.de">http://www.drug-infopool.de</a>	1.532	20. <a href="http://www.loveline.de">http://www.loveline.de</a>	476
		Summe aller Verweise	2007
			98.052
			2006
			78.207

Insgesamt haben 3.368 unterschiedliche Domains Verweise zu „drugcom.de“ erzeugt. 2006 waren es mit 3.371 Domains ebenso viele. Die Anzahl der Verweise hat aber deutlich zugenommen. Elf der in Tabelle 7 aufgeführten Websites waren auch schon 2006 unter den Top 20 der Websites, von denen Nutzerinnen und Nutzer via Link zu „drugcom.de“ gelangen. Auf den Domains „rap.de“, „drug-infopool.de“ und „drogen-forum.com“ wurde Bannerwerbung für „quit the shit“ geschaltet, um die Aufnahmequote in die Kontrollgruppestudie zu erhöhen.

Das Ergebnis der Logfile-Analyse zeigt auf, dass ein heterogenes Spektrum unter den zu „drugcom.de“ verweisenden Internetseiten zu finden ist. Beispielsweise handelt es sich bei der Website „bongspiel.de“ um eine Szeneseite, auf der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine virtuelle Bong (Wasserpfeife) „wachsen“ lassen können. Die Verweise von dieser Seite stammen aus dem Forum (Unterpunkt: „Community“), in dem der Moderator das Beratungsprogramm „quit the shit“ weiterempfiehlt. Empfehlungen findet man auch auf anderen Szeneseiten wie „forum-hanfburg“ oder „cannabis-archiv.de“. Verweise zu „drugcom.de“ finden sich ebenso auf Websites, die sich an Multiplikatoren richten (z. B. „schuleundgesundheit.hessen.de“) oder an junge Jugendliche wenden (z. B. „bravo.de“).

**Abbildung 6: Beispiel für eine Szene-Website (www.bongspiel.de), von der Verweise zu drugcom.de führen**



Die Analyse der verweisenden Internetdomains macht deutlich, dass „drugcom.de“ auf einer Vielzahl unterschiedlicher Internetseiten verlinkt wird. Viele Links bestehen seit mehreren Jahren und führen eine wachsende Anzahl an Nutzerinnen und Nutzern zu „drugcom.de“, das sich als Drogeninformations- und Beratungsplattform etabliert hat.

### 3.2 Nutzerinnen und Nutzer

Informationen über die Besucherinnen und Besucher von „drugcom.de“ werden in verschiedenen Bereichen erfasst. Tabelle 8 veranschaulicht die Ergebnisse für das durchschnittliche Alter und die Geschlechterverteilung in den Bereichen, aus denen Angaben hierzu vorliegen.

**Tabelle 8: Geschlechterverteilung der Nutzerinnen und Nutzer unterschiedlicher drugcom-Angebote in 2007**

	quit the shit (n=544)	cannabis check (n=45.980)	check your drinking (n=61.484)	Wissenstests (n=34.613)	E-Mail- und Chatberatung (n=1.066)
männlich	75%	76%	61%	59%	33%
weiblich	25%	24%	39%	41%	67%
Altersschnitt (Median)	25 Jahre	19 Jahre	18 Jahre	19 Jahre	22 Jahre

Der Vergleich der Altersstruktur und des Geschlechtsverhältnisses in den hier untersuchten drugcom-Angeboten machen deutlich, dass die Nutzerstruktur in Abhängigkeit vom jeweiligen Angebot variiert. In den meisten Bereichen überwiegen männliche Nutzer. Bei dem Selbsttests „cannabis check“ und dem Beratungsprogramms „quit the shit“ sind sogar drei Viertel der Nutzer männlich. Auch beim „check your drinking“, dem interaktiven Selbsttest zur Überprüfung des eigenen Alkoholkonsums, stellen männliche Jugendliche und Erwachsene mit 61% einen höheren Anteil der Teilnehmenden. Auch in der Nutzung der drugcom-Wissenstests (siehe Tabelle 9) sind männliche Jugendliche und Erwachsene in der Mehrzahl, wobei zu erwähnen ist, dass die Geschlechterverteilung zwischen den Wissenstests teilweise stark variiert.

Ein genau umgekehrtes Bild zeichnet sich in Tabelle 8 bei den Nutzerinnen und Nutzern der E-Mail- und Chat-Beratung ab. Die Beratungsangebote werden überwiegend von weiblichen Nutzern in Anspruch genommen.

Beim Alter der Nutzerinnen und Nutzer bilden sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Bereichen ab. Während das mittlere Alter in den Wissenstests bei 19 Jahren liegt (Median), sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ mit 25 Jahren sechs Jahre älter.

**Tabelle 9: Geschlechterverteilung der Nutzerinnen und Nutzer der Wissenstests**

	Alkohol n=10.133	Cannabis n=10.802	Ecstasy n=2.613	Halluzinogene n=2.088	Opiate n=2.240	Nikotin n=2.743	Kokain n=1.206	Speed n=2.872
männlich	53%	65%	53%	71%	52%	65%	55%	59%
weiblich	47%	35%	47%	29%	48%	35%	45%	41%
Altersschnitt (Median)	17 Jahre	19 Jahre	19 Jahre	19 Jahre	17 Jahre	21 Jahre	21 Jahre	21 Jahre

### 3.3 Kommunikation und Beratung

Neben der Bereitstellung diverser themenbezogener Informationen z. B. in Form von Nachrichten, oder „häufig gestellten Fragen“ (vgl. Abschnitt 2.4) hat die personale Kommunikation auf „drugcom.de“ einen hohen Stellenwert. So bietet sie Personen, die Drogen konsumieren oder auf andere Art mit Substanzkonsum konfrontiert sind, eine Möglichkeit, sich unkompliziert und anonym zu informieren und beraten zu lassen. Neben ihrem suchtpreventiven Charakter bietet der direkte Kontakt zur drugcom-Klientel zudem die Möglichkeit, aktuelle Themen und Trends im Bereich des Substanzkonsums zu identifizieren und aufzugreifen.

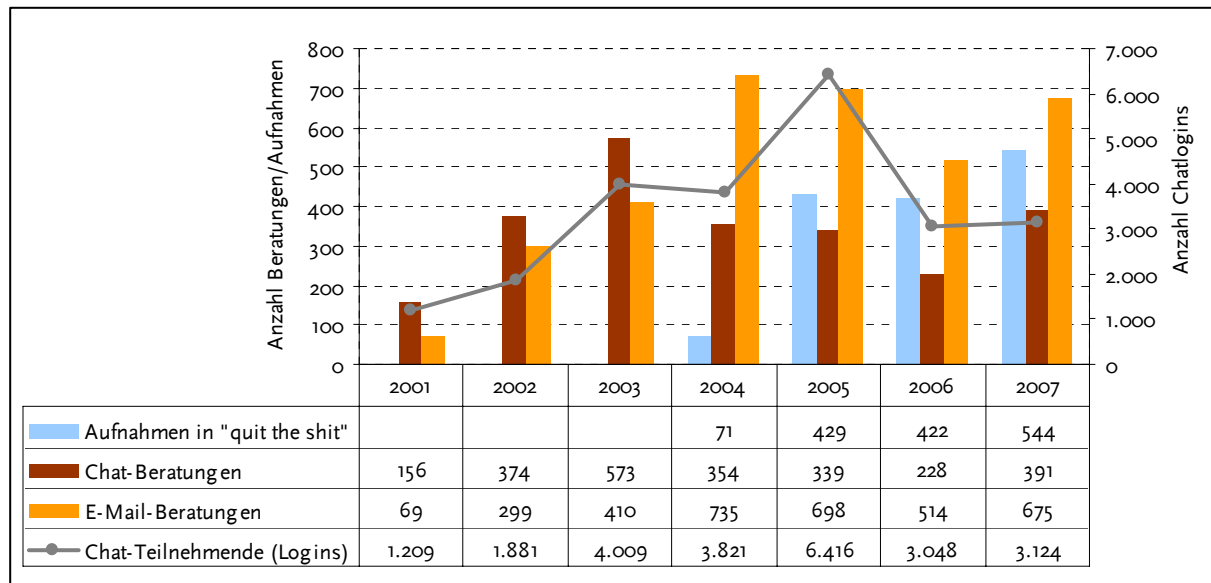
Eine allgemeine Möglichkeit zum interpersonalen Austausch bietet zunächst der **drugcom-Chat**, der allen Nutzerinnen und Nutzern rund um die Uhr offen steht. **Chat-Beratung** und **Moderation** durch das drugcom-Team findet Montag bis Freitag von 15:00 bis 17:00 Uhr statt. Hierbei ist eine Vertreterin des Teams im Chat anwesend, um Diskussionen anzuregen, den Chat thematisch zu steuern sowie Fragen im öffentlichen Chat oder im geschützten One-to-One-Chat zu beantworten. Neben der Beratung per Chat können sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ jederzeit auch per **E-Mail** an das drugcom-Team wenden. Eine dritte Beratungsoption stellt „**quit the shit**“ dar.

Im Folgenden werden die Nutzungszahlen der Kommunikations- und Beratungsangebote auf „drugcom.de“ im Jahr 2007 vorgestellt und mit der Inanspruchnahme in den Vorjahren verglichen (3.3.1). Danach wird die Nutzung der E-Mail- und Chatberatung näher beleuchtet (3.3.2). Hierbei geht es um Fragen nach den Nutzerinnen und Nutzern dieser Angebote und welche Themen ausschlaggebend für ihre Inanspruchnahme sind. Die Nutzungszahlen des Beratungsprogramms für Cannabiskonsumierende „quit the shit“ im Jahr 2007 werden in Abschnitt 3.3.3 dargestellt.

#### 3.3.1 Entwicklung der Inanspruchnahme

Abbildung 7 veranschaulicht die Inanspruchnahme der Kommunikations- und Beratungsangebote seit Projektbeginn im Jahr 2001. Betrachtet man zunächst die Nutzungszahlen des allgemeinen Chats (Chat-Teilnehmende), so ist im Vergleich zum Vorjahr eine sehr ähnliche Inanspruchnahme ablesbar. Im Jahr 2007 wurden insgesamt 3.124 Logins gezählt und somit nur etwas mehr als im Jahr 2006 (3.048 Teilnehmende). Die deutlich niedrigere Inanspruchnahme des drugcom-Chats in den letzten beiden Jahren ist wahrscheinlich auf die Neugestaltung der Navigationsleiste zurückzuführen, die im Rahmen des Relaunchs von „drugcom.de“ vorgenommen wurde. So sank die Zahl der Chat-Logins im Dezember 2005 (der Monat des Relaunchs) deutlich und blieb seither weit unter dem vorherigen Niveau. Die Umgestaltung von „drugcom.de“ führte zwar dazu, dass die Inhalte übersichtlicher angeordnet sind, der Link in den Chat steht nun aber nicht mehr so zentral auf der Startseite wie zuvor. Offenbar hat dies unmittelbare Auswirkungen auf die Inanspruchnahme. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, wird der Chat seit Dezember 2007 mittels eines zusätzlichen Icons auf der Startseite von „drugcom.de“ beworben. Inwieweit hierdurch die Besuchszahlen des Chats wieder anziehen werden, bleibt abzuwarten. Aufgrund des sehr kurzen Analysezeitraums seit Dezember 2007 lassen sich hierüber noch keine Aussagen treffen.

Abbildung 7: Inanspruchnahme der Kommunikations- und Beratungsangebote seit Projektbeginn



Während sich keine bedeutsamen Veränderungen in der Chat-Nutzung abgezeichnet haben, ist die Zahl der Chat-Beratungen deutlich angestiegen. So haben 2007 insgesamt 391 Personen, eine persönliche Beratung im One-to-One-Chat in Anspruch genommen. Das sind rund 42% mehr als 2006 (228 Beratungen). Hier macht sich offenbar eine Neuregelung bemerkbar, die 2007 eingeführt wurde. Aufgrund der Zunahme an Aufnahmegesprächen im Rahmen von „quit the shit“, die auch während der üblichen Sprechzeiten von 15:00 bis 17:00 stattgefunden haben, konnten in den Jahren 2005 und 2006 weniger Chat-Beratungen durchgeführt werden. Seit 2007 wird die Zeit von 16:00 bis 17:00 Uhr häufig frei gehalten, um den „normalen“ Chat-Nutzerinnen und -Nutzern wieder mehr Gelegenheit zu geben, sich beraten zu lassen.

Die Zahl der Beratungsanfragen, die per **E-Mail** an das drugcom-Team gesendet werden, ist nach einem Rückgang in 2006 wieder angestiegen und hat mit 675 E-Mails in etwa das Niveau von 2005 erreicht. Die meisten Beratungsanfragen wurden über den geschützten Bereich auf der Website abgeschickt (beranet-Modul)<sup>7</sup>, ein Teil der Anfragen wurde auch direkt per E-Mail an drugcom@bzga.de versandt. Diese werden ebenfalls vom drugcom-Team bearbeitet.

Beim Beratungsprogramm für Cannabiskonsumierende „**quit the shit**“ ist eine ähnliche Steigerung der Nutzungszahlen zu beobachten. Während die Aufnahmezahlen in den Jahren 2005 und 2006 unverändert blieben, konnte 2007 mit 544 Aufnahmen eine deutliche Steigerung der Klientenzahlen verbucht werden – so viel wie in keinem Jahr zuvor. Aufgrund des seit Juli 2006 vollzogenen Programmtransfers von „quit the shit“ werden die Klientinnen und Klienten neben dem drugcom-Team durch 12 verschiedene Drogenberatungsstellen im Bundesgebiet beraten. Die Zuteilung erfolgt über die Postleitzahl der jeweiligen Nutzerin bzw. des Nutzers. Der Transfer von „quit the shit“ wird in Kapitel 3.4 genauer erläutert. Im Abschnitt 3.3.2 werden die Nutzungszahlen und die Klientel von „quit the shit“ im Jahr 2007 genauer dargestellt.

<sup>7</sup> Der Chat und die E-Mail-Beratung werden über eine externe Software unter [www.beranet.de](http://www.beranet.de) bereitgestellt.

### 3.3.2 Nutzung der E-Mail- und Chat-Beratung

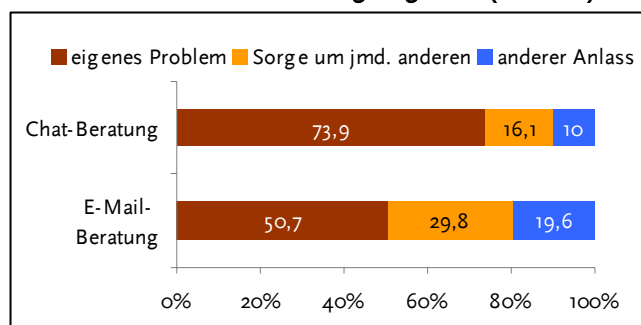
#### Nutzerinnen und Nutzer der E-Mail- und Chat-Beratung

Etwa zwei Drittel aller Beratungsanfragen – sowohl im Chat als auch per E-Mail – werden von Nutzerinnen gestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an Nutzerinnen 2007 um 8% gestiegen.

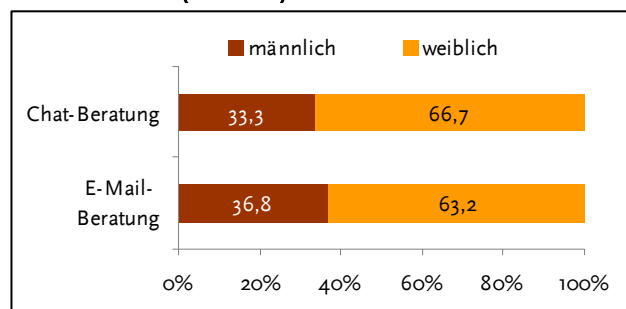
Das Durchschnittsalter bei den Personen, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, liegt wie im Vorjahr bei 22 Jahren (Median).

Die Anlässe, die den Anfragen in der E-Mail- und Chat-Beratung zugrunde liegen, sind in Abbildung 9 dargestellt. In der Chat-Beratung stellen diejenigen, die aufgrund eigener Probleme Beratung aufsuchen, mit 73,9% die eindeutige Mehrzahl. Angehörige stellen ihre Beratungsanfrage vorzugsweise per E-Mail. So werden 29,8% der Anfragen, die sich auf den Substanzkonsum des Partners, Kindes etc. beziehen, in der E-Mail-Beratung gestellt. Lediglich 16,1% der Chat-Beratungen werden aus diesem Grund geführt. Beratungsanfragen, die sich nicht direkt auf die eigene Person oder einen drogenkonsumierenden Angehörigen beziehen, stellen die dritte Kategorie „anderer Anlass“. Diese Anfragen sind meist Informationsfragen wie z. B. Fragen über die Wirkweise und Risiken bestimmter Substanzen, aber auch Fragen von Schülerinnen und Schülern sowie Studierenden, die Informationen für Referate und Studienarbeiten recherchieren. Sie werden ebenfalls überwiegend per E-Mail gestellt (19,6%) – nur 10,0% solcher Anfragen erfolgen im Chat.

**Abbildung 9: Klientenstatus der Nutzerinnen und Nutzer der Beratungsangebote (n=1.066)**



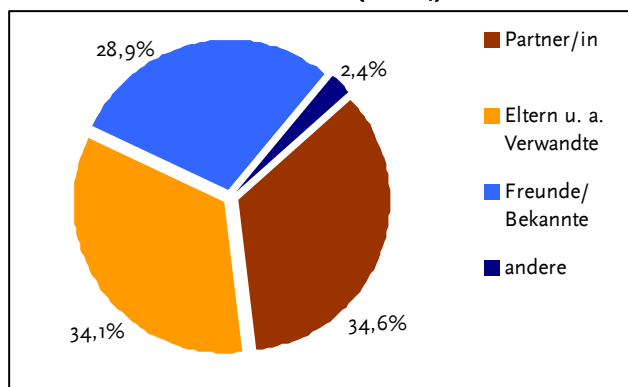
**Abbildung 8: Geschlechterverteilung bei der Inanspruchnahme der Beratungsangebote (n=1.066)**



Informationen für Referate und Studienarbeiten recherchieren. Sie werden ebenfalls überwiegend per E-Mail gestellt (19,6%) – nur 10,0% solcher Anfragen erfolgen im Chat.

Abbildung 10 gibt einen Überblick darüber, welche Gruppen von Angehörigen sich wegen ihrer Sorge um eine andere Person per Chat oder E-Mail beraten lassen. Es zeigt sich, dass Partner bzw. Partnerinnen (34,6%), Eltern bzw. andere Verwandte (34,1%) und Freunde bzw. Bekannte (28,9%) die Beratungsleistungen ungefähr in gleichem Maße nutzen – letztgenannte stellen einen etwas geringeren Anteil. Andere Betroffene (z. B. Mitarbeitende im Kinder- und Jugendbereich) stellen nur einen Anteil von 2,4%.

**Abbildung 10: Anfragen aufgrund der Sorge um eine andere Person (n=264)**

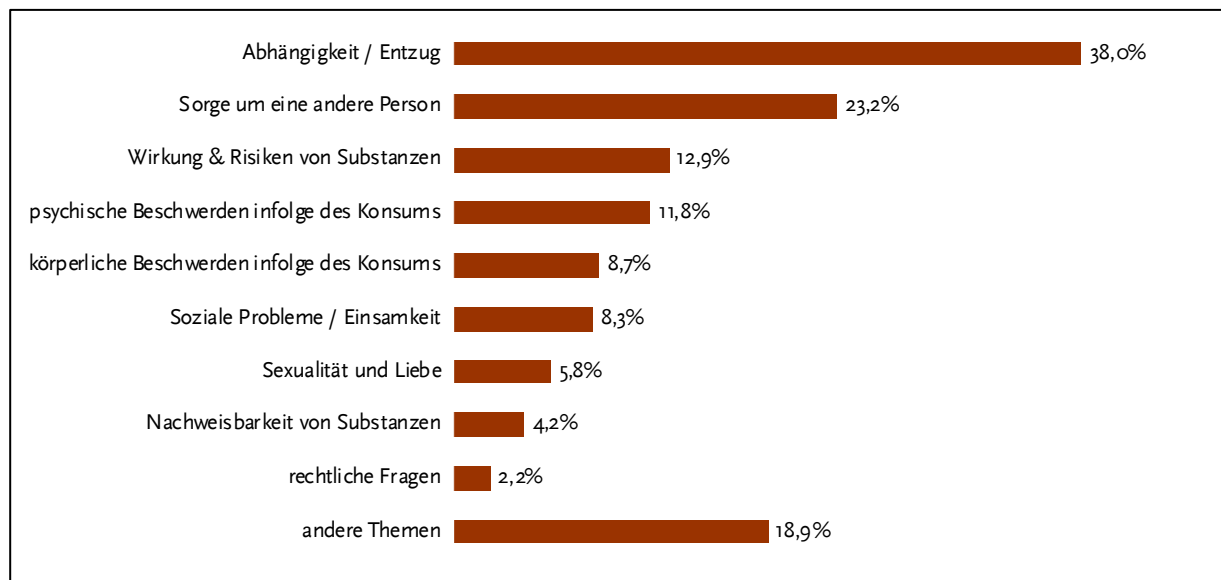




## Themen der Beratung

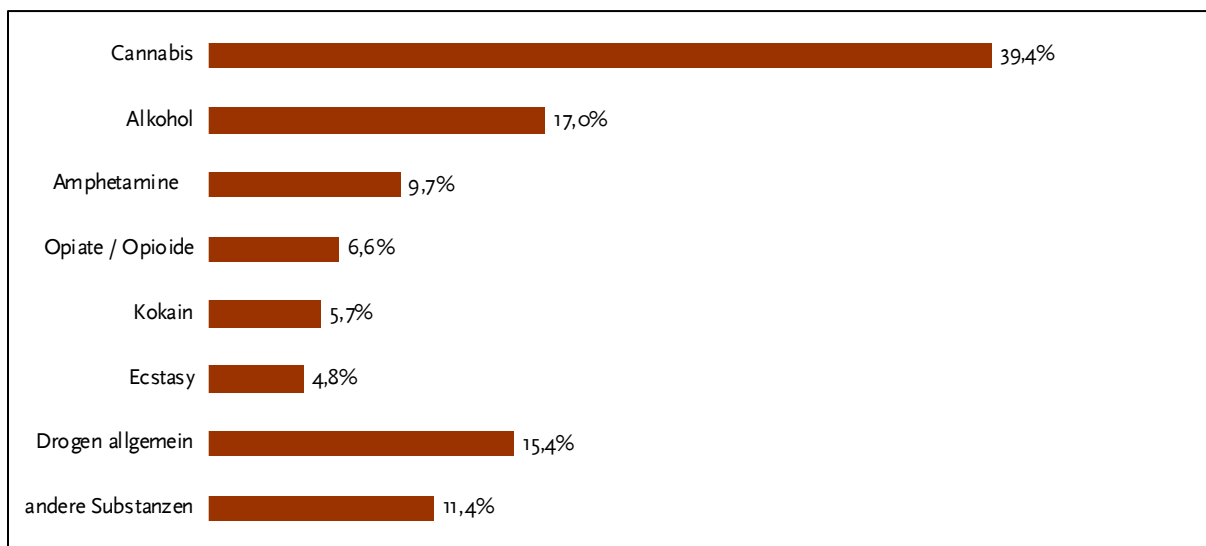
Die Inhalte, die im Rahmen der Beratung thematisiert werden, sind vielfältig. Wie in den Vorjahren spielen Beratungsanfragen zur Substanzabhängigkeit bzw. zum Entzug die größte Rolle: Etwas mehr als ein Drittel der Anfragen (38%) in der E-Mail- und Chatberatung erfolgen zu diesem Thema. In 23,2 der Anfragen wurde die Sorge um jemand anderen geäußert. Fragen zu Wirkungen und Risiken von Drogen wurden am dritthäufigsten (12,9%) thematisiert. Psychische bzw. körperliche Beschwerden infolge des Substanzkonsums waren in 11,8% bzw. 8,7% Gegenstand der Beratung. Darüber hinaus wurden soziale Probleme (8,3%) und Sexualität bzw. Liebe (5,8%) thematisiert – mit oder ohne Bezug zum Konsum von Substanzen. Es folgen Fragen zu Nachweisbarkeit von Substanzen (4,2%) und rechtlichen Aspekten (2,2%) des Substanzkonsums. In 18,9% der Anfragen werden andere Themen angesprochen; hierunter fallen beispielsweise allgemeine Informationsanfragen z. B. zu „drugcom“, „quit the shit“ oder Fragen zu anderen Beratungsmöglichkeiten.

Abbildung 11: Themen der Beratung (n=1.066; Mehrfachangaben möglich)



In 94,6% aller E-Mail- und Chat-Beratungsanfragen wurde der Konsum von legalen oder illegalen Substanzen thematisiert. Cannabis ist erwartungsgemäß die Substanz, die in diesem Zusammenhang weitaus am häufigsten Gegenstand der Beratung war (39,4%), oftmals gepaart mit Fragen zu „quit the shit“ (siehe Abbildung 12. Fragen zum Alkoholkonsum wurden mit 17% am zweithäufigsten angesprochen. Das Thema „Amphetamine“ folgt mit einem Anteil von 9,7% aller Anfragen. Opiate (6,6%), Kokain (5,7%) und Ecstasy (4,8%) haben einen ungefähr gleich hohen Stellenwert. Unter den anderen Substanzen 11,4% waren am häufigsten Medikamente, Halluzinogene (z.B. LSD oder Pilze), Schnüffelstoffe oder Nikotin angesprochen worden. Substanzen wie z. B. Crack oder GHB waren jeweils nur einmal Gegenstand der Beratung und sind somit kaum von Bedeutung. In 15,4% der drogenbezogenen Beratungsanfragen ging es allgemein um Drogen, mit sehr heterogenem Beratungsgegenstand.

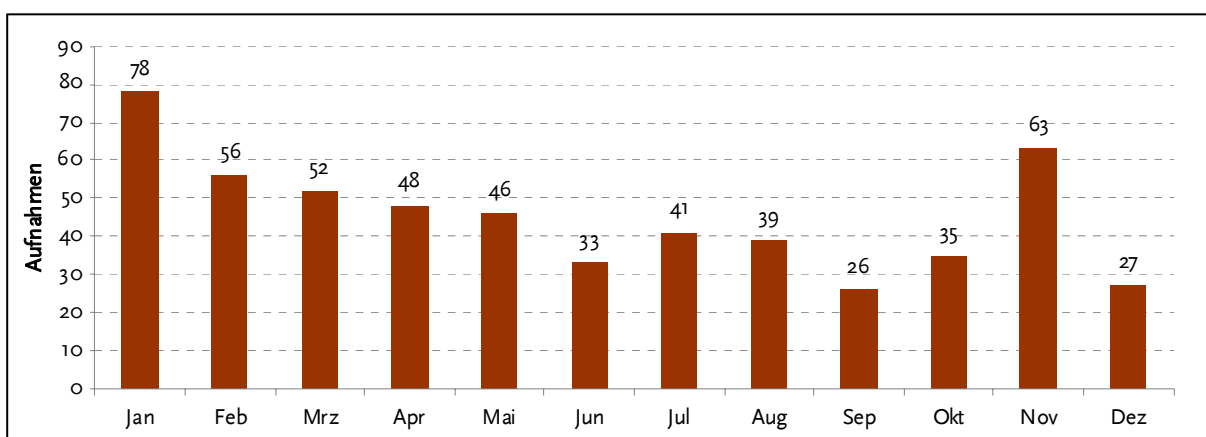
Abbildung 12: Substanzen, die Thema der Beratung waren (n=1.066, Mehrfachangaben möglich)



### 3.3.3 Nutzung von „quit the shit“

2007 lag die Anzahl der Aufnahmen mit 544 Personen deutlich über denen aus 2006 (n=422) und 2005 (n=429). Insbesondere vor dem Hintergrund der seit Mitte Dezember 2006 durchgeführten Kontrollgruppenstudie und der damit verbundenen Reduzierung an Programmteilnehmenden<sup>8</sup> ist die hohe Zahl der Aufnahmen in 2007 bemerkenswert. Um zu untersuchen, welche Ereignisse mit dieser Entwicklung einhergingen, wird in Abbildung 13 die Zahl der Aufnahmen in jedem Monat dargestellt.

Abbildung 13: Aufnahmen bei „quit the shit“ in 2007 (n=544)



Zunächst ist eine relativ starke Inanspruchnahme des Programms zu Beginn des Jahres erkennbar; so wurden im Januar insgesamt 78 Personen aufgenommen. Sehr wahrscheinlich ist der Hauptgrund hierfür die bundesweite Verteilung von Gratis-Postkarten mit dem „quit the shit“-Logo im

<sup>8</sup> So werden infolge der Studie ca. 1/3 der Personen, die an einer Programmteilnahme interessiert sind, per Zufallsauswahl einer Wartegruppe zugewiesen, die drei Monate auf ihre Teilnahme warten muss. Nur 15% von diesen nimmt nach drei Monaten letztlich die Möglichkeit zur Programmteilnahme wahr. Ohne die Zuweisung zur Wartegruppe würde die Zahl der „quit the shit“-Aufnahmen somit insgesamt bis zu 28% höher liegen (85% von 33% = 28% „Verlust“; dieser Wert ist aufgrund des Studiendesigns jedoch nur ein Schätzwert)

Dezember 2006. Bereits in früheren Aktionen dieser Art äußerten diverse Klientinnen bzw. Klienten im Aufnahmechat, aufgrund einer „quit the shit“-Postkarte auf das Angebot aufmerksam geworden zu sein. In den Folgemonaten sanken die Aufnahmezahlen allerdings wieder. Zusätzliche Werbemaßnahmen, die auf verschiedenen Webportalen im Frühjahr und Sommer durchgeführt wurden<sup>9</sup>, konnten diese Entwicklung nicht verhindern. Zwar deutete sich im November zunächst eine Erholung bei den Aufnahmezahlen an, im Dezember wurden allerdings wieder weniger Klientinnen und Klienten in das Programm aufgenommen. Anzumerken ist, dass eine Pressemitteilung der Bundesdrogenbeauftragten<sup>10</sup> am 27. November zwar zu einem Anstieg der Anmeldungen geführt hat, überproportional viele der vereinbarten Termine aber nicht wahrgenommen wurden. Das Medieninteresse hatte offenbar viele Personen dazu verleitet, sich ohne echtes Ausstiegsinteresse anzumelden. Die erhöhte Aufnahmezahl im November ist überwiegend auf andere unbekannte Einflüsse zurückzuführen, da die Aufnahmezahlen bereits vor dem 27. November angestiegen sind. Es kann aber festgehalten werden, dass insbesondere die Postkarten-Werbeaktion zu einer effektiven Erhöhung der Aufnahmezahlen bei „quit the shit“ geführt hat.

### **Herkunft der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“**

Personen, die sich für eine Aufnahme bei „quit the shit“ interessieren, werden zu Beginn des Einstiegsfragebogens nach der Postleitzahl (PLZ) ihres Wohnortes gefragt. Die PLZ dient der Zuordnung zu einer am Transfer von „quit the shit“ beteiligten örtlichen Beratungsstelle (vgl. Kapitel 3.4). Um die Herkunft der „quit the shit“-Klientel zu klären, wurden die PLZ der Klientinnen und Klienten nach Bundesland differenziert ausgewertet. Tabelle 10 ist zu entnehmen, wie sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ zahlenmäßig auf die einzelnen Bundesländer verteilen.

Es zeigt sich, dass das bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen mit deutlichem Abstand die meisten Klientinnen und Klienten stellt (n=155; 30,0%). An zweiter Stelle liegt allerdings schon Berlin mit 65 Aufnahmen und einem Anteil von 12,6%, gefolgt von Bayern (n=48; 9,3%) und Niedersachsen (n=42; 8,1%). Hessen (n=35), Baden-Württemberg (n=33), Hamburg (n=32) und Sachsen (n=29) stellen ungefähr die gleiche Zahl von „quit the shit“-Nutzenden. Mit einigem Abstand folgen Rheinland-Pfalz (n=16), Bremen (n=13), Schleswig-Holstein (n=13) und das Saarland (n=11). Die wenigsten Klientinnen und Klienten stammen allesamt aus den östlichen Bundesländern Brandenburg (n=10), Sachsen-Anhalt (n=6), Thüringen (n=6) und Mecklenburg-Vorpommern (n=2). Insgesamt lässt sich erkennen, dass urbane Regionen gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil einen überproportional hohen Anteil an der Programmklientel stellen. So liegt insbesondere der Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie aus dem Flächenland Nordrhein-Westfalen deutlich über ihrem Anteil an der deutschen Bevölkerung. Länder mit eher geringer Bevölkerungsdichte sind proportional betrachtet deutlich weniger vertreten. Hierzu zählen insbesondere die vier östlichen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg; jedoch auch Niedersachsen und Bay-

---

<sup>9</sup> Auf folgenden Seiten wurden „quit the shit“-Banner geschaltet: rap.de (Feb. & Mai), studiVZ.de (April), riddim.de (Mai), klubkultur.de (Feb.), drug-infopool.de (Mai & Juni), drogenforum.de (Aug.)

<sup>10</sup> [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_600172/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-Drogenbeauftragte/pm-27-11-07,param=.html](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600172/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-Drogenbeauftragte/pm-27-11-07,param=.html)

ern. Denkbar ist, dass die geringere Inanspruchnahme in den ländlichen Gebieten mit der schlechteren Versorgung mit Internet-Breitbandanschlüssen (DSL) zusammenhängt.

**Tabelle 10: Herkunft der „quit the shit“-Klientel (n=516)<sup>11</sup>**

	Anzahl	Anteil	Bevölkerungsverteilung BRD <sup>12</sup>
Nordrhein-Westfalen	155	30,0%	21,9%
Berlin	65	12,6%	4,1%
Bayern	48	9,3%	15,2%
Niedersachsen	42	8,1%	9,7%
Hessen	35	6,8%	7,4%
Baden-Württemberg	33	6,4%	13,0%
Hamburg	32	6,2%	2,1%
Sachsen	29	5,6%	5,2%
Rheinland-Pfalz	16	3,1%	4,9%
Bremen	13	2,5%	0,8%
Schleswig-Holstein	13	2,5%	3,4%
Saarland	11	2,1%	1,3%
Brandenburg	10	1,9%	3,1%
Sachsen-Anhalt	6	1,2%	3,0%
Thüringen	6	1,2%	2,8%
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,4%	2,1%

### Nutzerinnen und Nutzer von „quit the shit“

Wie in den Vorjahren stellten männliche Teilnehmer auch im Jahr 2007 den eindeutig höheren Anteil an der Klientel von „quit the shit“. So betrug dieser insgesamt 75% und steht somit dem Geschlechterverhältnis der Nutzerschaft anderer drugcom-Beratungsangebote diametral entgegen (vgl. Kapitel 3.3.2).

Der Großteil der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ ist zwischen 20 und 29 Jahre alt (siehe Tabelle 11). Der Anteil dieser Altersgruppe liegt bei insgesamt 60,4%, der Altersdurchschnitt bei 25 Jahren (Median). Das Bildungsniveau der Programmnutzerinnen und -nutzer ist im Vergleich zum

**Tabelle 11: Altersverteilung der Klient/-innen (n=544)**

bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	20 bis 24 Jahre	25 bis 29 Jahre	30 Jahre und mehr
0,6%	16,3%	32,5%	27,9%	22,8%

**Tabelle 12: Derzeitige/abgeschlossene Schulbildung (n=544)**

Hauptschule	Realschule	Gesamtschule	Gymnasium	andere Schule
8,6%	24,4%	2,0%	55,7%	9,2%

<sup>11</sup> Von 28 Teilnehmerinnen und Teilnehmern liegen keine Informationen über die PLZ vor. Die Eingabe der PLZ ist optional.

<sup>12</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt, [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jbo1\\_jahrta1.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jbo1_jahrta1.asp) (Abruf 17.03.2008)

Bevölkerungsdurchschnitt weiterhin als hoch anzusehen. Während mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ sich auf dem gymnasialem Bildungsweg befindet bzw. Abitur aufweist, verfügen nur 26,7% der Normalbevölkerung über die Fachhochschulreife oder allgemeine Hochschulreife (Abgangsjahr 2006)<sup>13</sup>. Mit deutlichem Abstand folgen Personen auf mittlerem Bildungsweg bzw. mit mittlerer Reife (24,4%). Programmteilnehmende, die die Hauptschule besuchen bzw. die lediglich einen Hauptschulabschluss haben, stellen mit 8,6% nur einen vergleichsweise geringen Anteil; ebenso verhält sich dies mit Gesamtschülerinnen und -schülern (2,0%). Besucherinnen und Besuchern bzw. Absolventinnen und Absolventen anderer Schultypen (z. B. Fachoberschule, Höhere Handelsschule) sind mit 9,2% vertreten.

Zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung gehen Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ einem sehr häufigen Cannabiskonsum nach (siehe

**Tabelle 13: Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen (n=544)**

bis 5 Tage	6 bis 10 Tage	11 bis 15 Tage	16 bis 20 Tage	21 bis 25 Tage	26 bis 30 Tage
3,3%	3,7%	4,4%	9,2%	18,4%	61,0%

Tabelle 13). 61,0% konsumierten täglich oder fast täglich (mind. 26 der letzten 30 Tage) Haschisch oder Marihuana. 18,4% gaben einen Konsum von 21 bis 25 Tagen an. Personen mit geringerer Konsumfrequenz (d. h. maximal 20 Konsumtage) sind hingegen deutlich in der Minderheit. Sie stellen einen Anteil von insgesamt 20,6%. Wie die Konsumhäufigkeit ist auch die Menge konsumierter Cannabisprodukte als sehr hoch zu bezeichnen. So liegt diese bei Aufnahme ins Programm bei durchschnittlich 15 Gramm (Median) innerhalb der letzten 30 Tage. Der intensive Cannabiskonsum geht mit einem hohen Ausmaß an Cannabisabhängigkeit einher. Folgt man den Selbstangaben zu den abgefragten Kriterien des DSM IV, so ist bei 91,5% der Klientinnen und Klienten von einer Cannabisabhängigkeit zu sprechen.

<sup>13</sup> Vergleich Statistisches Bundesamt Deutschland (2007): Absolventen / Abgänger allgemeinbildender Schulen 2005. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/Content100/AllgemeinbildendeSchulenAbschlussart.psml> (Abruf am 19.02.2008)

### 3.4 Transfer von „quit the shit“

Aufgrund der starken Inanspruchnahme des Angebots in der ersten Modellphase und des vergleichsweise hohen Aufwands an personaler Kommunikation wurde das Konzept der internetbasierten Ausstiegshilfe in einer zweiten Modellphase weiterentwickelt, mit dem Ziel, das Programm in die Strukturen der regionalen Sucht- und Drogenhilfe zu transferieren. Bereits im Vorfeld wurden im Rahmen einer bundesweiten Befragung von Drogenberatungsstellen Interessenten ermittelt. Schließlich konnte mit 12 Beratungsstellen aus sieben Bundesländern Kooperationsvereinbarungen getroffen werden. Neben einem Internetanschluss, einem ausreichenden Erfahrungshintergrund mit der Cannabisklientel, einer gewissen Mindestgröße der Einrichtung und der Bereitschaft, wenigstens fünf Wochenstunden pro Beratungsstelle für das Projekt zur Verfügung zu stellen, war insbesondere die Qualifikation der Beraterinnen und Berater von herausragender Bedeutung, um eine kontinuierliche Beratung auf qualitativ hohem Niveau zu gewährleisten. Je zwei Beraterinnen bzw. Berater von jeder Einrichtung wurden für die Teilnahme am Programm geschult, wobei in den Fortbildungen sowohl die Konzeption des Programms als auch technische und inhaltliche Aspekte der Online-Beratung vermittelt wurden.

In der Alltagspraxis nutzen die Beraterinnen und Berater externer Einrichtungen die Plattform von „quit the shit“ in derselben Weise wie das zentrale Beratungsteam von „drugcom“, d. h. sie führen Aufnahmegespräche in einem separaten Chatroom und schreiben wöchentlich detaillierte Feedbacks auf die Tagebucheinträge ihrer Klientinnen und Klienten. Die vorherige Zuweisung der Klientel erfolgt über die Postleitzahl des Wohnortes, wobei der zugewiesene PLZ-Bereich einer Beratungsstelle in der Regel deutlich über das übliche Einzugsgebiet hinaus geht, da so eine ausreichende Fallzahl erzielt werden kann.

Ein wichtiges Element der Qualitätssicherung ist das systematische Fallmonitoring durch das drugcom-Team. Damit soll sicher gestellt werden, dass die Klientinnen und Klienten eine gleichbleibende Qualität der Beratung erfahren, unabhängig von der beratenden Person. Um die fachliche Beratungsqualität der Beraterinnen und Berater möglichst objektiv beurteilen und vergleichen zu können, wurde im Laufe der Transferphase eine Liste mit Qualitätskriterien entwickelt. In dieser Checkliste bilden sich die Standards der klienten- und lösungsorientierten Beratung ab, die dem Konzept von „quit the shit“ zugrunde liegen. Die Beurteilung der Beratungsqualität schließlich ist Teil einer Zertifizierung, die jeder Beraterin und jedem Berater für eine erfolgreiche Teilnahme am Transfer von „quit the shit“ in Aussicht gestellt wird.

Der Transfer von „quit the shit“ wurde begleitend durch die delphi-Gesellschaft evaluiert, die auch für Konzeption und Umsetzung des Transfers verantwortlich zeichnet, sowie durch eine externe Arbeitsgruppe der Universität Köln (Leiter Dr. Dirk Rohr). Ziel der Evaluation war es zu überprüfen, ob eine qualitätsgesicherte Dezentralisierung von „quit the shit“ möglich ist und wie sich die Akzeptanz und Wirkung des Programms entwickeln. Aufgrund kleiner Stichproben werden die Beratungsstellen nur zusammengefasst bewertet und dem drugcom-Team gegenüber gestellt. Die wesentlichen Ergebnisse werden hier skizziert.

### 3.4.1 Anmeldungen und Aufnahmen

Im Rahmen des Transfers von „quit the shit“, der in der Zeit vom 1. Juli 2006 bis zum 30. April 2007 erfolgte, haben sich insgesamt 1.185 Personen verbindlich – d. h. inklusive der Rückbestätigung per E-Mail – zum Programm angemeldet. 675 Interessenten gaben eine Postleitzahl an, die einer der am Transfer beteiligten Beratungsstellen zugeordnet werden konnte (siehe auch Kap. 3.3.3). Davon haben sich allerdings nur 491 auch tatsächlich bei einer Beratungsstelle anmelden können. Denn bei jedem vierten Fall waren keine freien Termine für ein Aufnahmegespräch verfügbar. In diesen Fällen wurden die Interessentinnen und Interessenten an das drugcom-Team verwiesen, das immer eine ausreichende Anzahl an Terminen anbieten konnte. Schließlich wurden 223 Klientinnen und Klienten durch die am Transfer beteiligten Beratungsstellen in das Programm aufgenommen. Beim drugcom-Team waren es im selben Zeitraum 236 Aufnahmen.

### 3.4.2 Beurteilung des Transfers durch die Beraterinnen und Berater

Die Fortbildungen und das Fallmonitoring waren Gegenstand der externen Evaluation. Dazu führte das Team der Universität Köln qualitative Interviews mit den beteiligten Beraterinnen und Beratern durch. In ihren Ergebnissen kommen die Evaluatoren zu der Feststellung, dass insbesondere das Fallmonitoring trotz der Sorge wegen des „Kontroll-Aspekts“ gut angenommen und als Bereicherung der Beratungsarbeit wahrgenommen wurde. Auch die Fortbildungen wurden überwiegend positiv und als gute Vorbereitung auf die zukünftige Online-Beratung bei „quit the shit“ wahrgenommen. Lediglich bei der Technik-Schulung zeigten sich Probleme, da sich hier teils eklatante Kompetenzunterschiede zwischen den Beraterinnen und Beratern im Umgang mit dem Computer und dem Internet offenbarten, was den Ablauf der Fortbildung erheblich erschwerte. Hier wäre in Zukunft darauf zu achten, die Kursgröße auf maximal 8-10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu beschränken, um bei geringen Computer- und Internetvorkenntnissen mehr individuelle Hilfestellung geben zu können.

### 3.4.3 Akzeptanz der Klientinnen und Klienten

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass anhand der vorliegenden statistischen Ergebnisse keine Unterschiede zwischen dem drugcom-Team und dem am Transfer beteiligten Beraterinnen und Beratern festzustellen sind. Weder zeichnen sich in den Bewertungen der wöchentlichen Beraterrückmeldungen<sup>14</sup> noch in der allgemeinen Zufriedenheit<sup>15</sup> oder der Weiterempfehlung<sup>16</sup> des Programms (siehe Abbildung 14) statistisch signifikante Unterschiede ab. In der Gesamtstichprobe sind rund 80% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zufrieden oder sehr zufrieden mit der in Anspruch genommenen Beratung. Die hohe Akzeptanz bildet sich auch in einer für Internet-Beratungen als gut zu bewertenden Haltequote ab. Im Schnitt haben 42% aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer die gesamte Programmdauer von 50 Tagen genutzt (Beratungsstellen: 39%; drugcom-Team: 44%). Zum Vergleich: Den Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik 2006 zu Folge haben in der ambulanten Beratung 44,5% der Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannä-

---

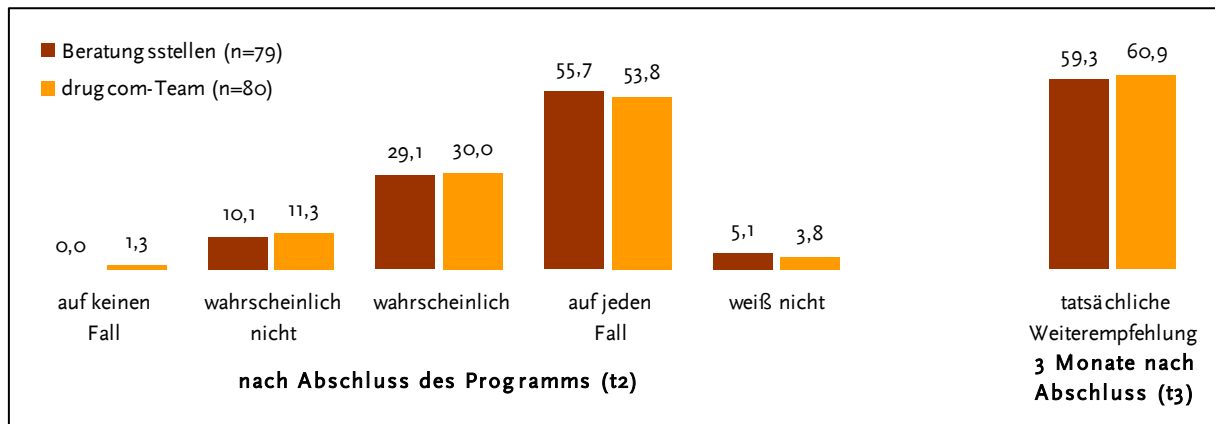
<sup>14</sup> T-Test für unabhängige Stichproben:  $T=1,968$ ;  $df=101,034$ ;  $p=.052$  (n. s.)

<sup>15</sup> T-Test für unabhängige Stichproben:  $T=.168$ ;  $df=157$ ;  $p=.867$  (n. s.)

<sup>16</sup> T-Test für unabhängige Stichproben:  $T=.611$ ;  $df=157$ ;  $p=.542$  (n. s.)

binoide die Beratung planmäßig beendet (Sonntag, Bauer & Hellwich, 2007). Anzumerken ist allerdings, dass die ambulante Beratung bei planmäßiger Beendigung im Schnitt eine Dauer von 25 Wochen hat, während dies bei „quit the shit“ nur etwa sieben Wochen sind.

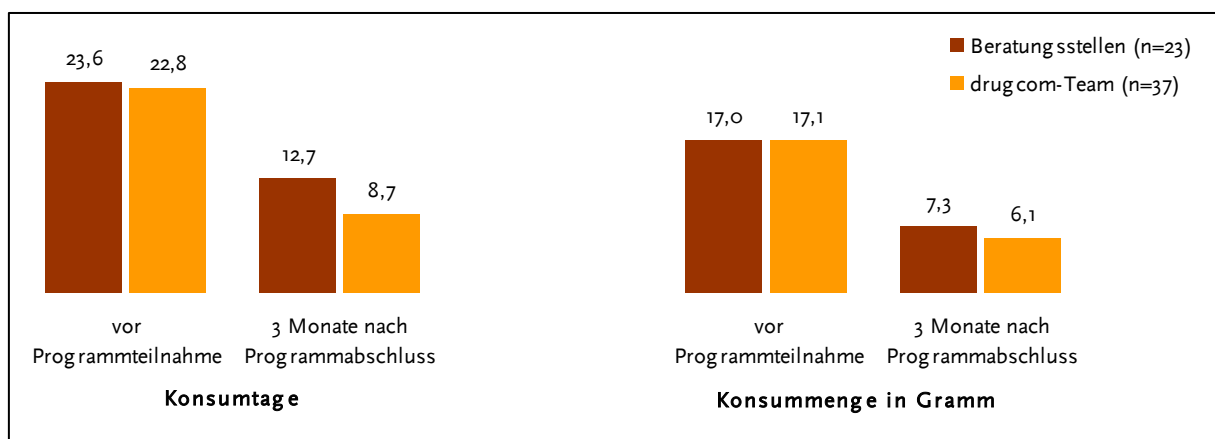
Abbildung 14: Weiterempfehlungsquote des Programms



### 3.4.4 Wirksamkeit des Programms

26% der Klientinnen und Klienten der Transfer-Beratungsstellen und 32% derjenigen, die vom drugcom-Team beraten wurden, weisen drei Monate nach Abschluss des Programms keinen Konsum mehr auf, d. h. sie hatten kein Cannabis in den letzten 30 Tagen konsumiert (30% in der Gesamtstichprobe). Der Unterschied zwischen den Beratungsstellen und dem drugcom-Team ist allerdings statistisch nicht signifikant.<sup>17</sup> Betrachtet man ausschließlich nur die Personen, die drei Monate nach Abschluss des Programms noch konsumieren, so weisen auch diese im Mittel eine signifikante Konsumreduktionen<sup>18</sup> auf, von anfangs 24,2 auf 14,6 Konsumtage, wobei hier wohlgermerkt auch Personen in die Stichprobe eingehen, die das Programm nicht regulär beendet haben. Das ergibt bei denen, die weiterhin kiffen, eine Konsumreduktion von 40% weniger Konsumtagen bzw. 56% in der Gesamtstichprobe, in der auch die Aussteiger enthalten sind.

Abbildung 15: Durchschnittliche Frequenz und Menge des Cannabiskonsums der letzten 30 Tage bei Anmeldung und drei Monate nach Abschluss von „quit the shit“ (t3)



<sup>17</sup> T-Test für unabhängige Stichproben: T=1,361; df=58; p=.179 (n. s.)

<sup>18</sup> T-Test für gepaarte Stichproben: T=5,468; df=41; p=.000\*\*\*



Die Konsummenge, die in einem engen Zusammenhang mit den Konsumtagen steht, hat in der Gesamtstichprobe ebenfalls signifikant abgenommen.<sup>19</sup> Hatten die Klientinnen und Klienten zu Beginn (t<sub>1</sub>) noch 17,1 g Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana) in den letzten 30 Tagen konsumiert, waren es drei Monate nach Abschluss des Programms nur noch 6,6 g. Auch nach Ausschluss der Personen, die zu t<sub>3</sub> keinen Konsum mehr hatten, sind die Mengenunterschiede<sup>20</sup> signifikant.<sup>21</sup> Bei der Reduzierung der Konsummenge in der Gesamtstichprobe haben sowohl die Klientinnen und Klienten der Beratungsstellen<sup>22</sup> als auch diejenigen des drugcom-Teams<sup>23</sup> einen signifikanten Beitrag geleistet. Unter Berücksichtigung der Klientinnen und Klienten, die drei Monate nach Programmbeendigung abstinent sind, zeigen sich weder zu t<sub>1</sub><sup>24</sup> noch zu t<sub>3</sub><sup>25</sup> signifikante Unterschiede hinsichtlich der Konsumtage zwischen den Beratungsstellen und dem drugcom-Team ab.

### 3.4.5 Fazit

In der Gesamtschau kann der Transfer von „quit the shit“ aufgrund der erzielten Ergebnisse als erfolgreich bewertet werden. Die Akzeptanz seitens der Klientinnen und Klienten liegt auf einem hohen Niveau und die Evaluation der Wirkung weist eine signifikante Konsumreduktion bei ihnen auf. Vor statistischem Hintergrund zeichnen sich weder für die Akzeptanz noch für die Wirkung signifikante Unterschiede zwischen dem drugcom-Team und den neu hinzugekommenen Beratungsstellen ab. Dieser Erfolg ist zum einen sicherlich der hohen fachlichen Beratungsqualität und dem Erfahrungshintergrund der Kolleginnen und Kollegen aus den Transfer-Beratungsstellen zuzuschreiben. Insofern können die Eingangskriterien für die Teilnahme am Transfer – z. B. eine vom VdR<sup>26</sup> anerkannte Zusatzqualifikation – als sinnvoll betrachtet werden. Zum anderen dürften die Maßnahmen der Qualitätssicherung – die Fortbildungen und das Fallmonitoring – ebenfalls maßgeblich zu der erfolgreichen Umsetzung des Transfers beigetragen haben.

Kritisch bewertet werden müssen allerdings die Probleme, die sich im Terminmanagement gezeigt haben. Denn eine Aufnahme in das Programm kann nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Anmeldung zumindest noch ein Termin frei ist. Dies war im Schnitt bei jeder vierten Anmeldung in einer der beteiligten Beratungsstellen nicht der Fall.

---

<sup>19</sup> T-Test für gepaarte Stichproben: T=5,246; df=59; p=.000\*\*\*

<sup>20</sup> t<sub>1</sub>: 16,5 g; t<sub>3</sub>: 9,4 g

<sup>21</sup> T-Test für gepaarte Stichproben: T=3,562; df=41; p=.001\*\*\*

<sup>22</sup> T-Test für gepaarte Stichproben: T=2,632; df=22; p=.015\*

<sup>23</sup> T-Test für gepaarte Stichproben: T=4,715; df=36; p=.000\*\*\*

<sup>24</sup> T-Test für unabhängige Stichproben: T=0,003; df=58; p=.998 (n. s.)

<sup>25</sup> T-Test für unabhängige Stichproben: T=0,450; df=58; p=.654 (n. s.)

<sup>26</sup> Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

## 4. Zusammenfassung

### Veränderungen in der Nutzung von „drugcom.de“

Nachdem die Zugriffszahlen im Jahre 2006 erstmal leicht rückläufig waren, konnte 2007 erfreulicherweise wieder ein deutlicher Anstieg verzeichnet werden. Mit durchschnittlich 2.384 Visits pro Tag war 2007 das erfolgreichste Jahr seit dem Onlinestart im Juli 2001. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich 2007 die Anzahl der Besucher (Visits) um 31% erhöht. Auch im Vergleich zu anderen Websites, die im Bereich der Gesundheitskommunikation anzusiedeln sind, dürften die Zuwachsraten in den Zugriffen auf „drugcom.de“ als hoch bewertet werden. Hier haben sicherlich die Promotionsaktivitäten der vergangenen Jahre eine wichtige Rolle gespielt. Zum anderen dürfte auch der mittlerweile umfangreiche Inhalt der Website seinen Teil dazu beitragen, dass „drugcom.de“ sich als zielgruppenaffine Informations- und Beratungsplattform etabliert hat.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in den letzten beiden Jahren deutlich weniger Promotionsaktivitäten im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren betrieben wurden. Offenbar profitiert „drugcom.de“ in zunehmendem Maße von einer Dynamik im Internet, die dazu führt, dass „drugcom.de“ immer öfter eigeninitiativ von anderen Websites verlinkt wird. Beispielsweise wird „drugcom.de“ zunehmend auch auf Szeneseiten verlinkt und weiterempfohlen. Ein Beispiel hierfür ist die Website [www.bongspiel.de](http://www.bongspiel.de). Der Moderator der Site hat „quit the shit“ für Cannabiskonsumierende, die Probleme mit dem Kiffen erleben, weiter empfohlen. Fast dreitausend User sind seinem Aufruf gefolgt und haben sich zumindest einmal auf der Website umgeschaut.

Darüber hinaus sind vor allem die Verweise von Suchmaschinen hervorzuheben. Allein Google-Deutschland zeichnet für über 220.000 Verweise zu „drugcom.de“ verantwortlich. Das sind etwa ein Drittel aller Visits auf „drugcom.de“ oder 95% aller Suchmaschinenverweise. Generell war im Bereich der Suchmaschinenverweise eine beträchtliche Steigerung zu verzeichnen. Um etwa 60% haben die Links von Suchmaschinen 2007 zugenommen. Dies kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass hier zahlreiche inhaltliche und technische Optimierungen an der Site vorgenommen wurden, damit die Inhalte von „drugcom.de“ bestmöglich von Suchmaschinen erkannt werden. Als Beispiel sei hier das Stichwort „Cannabis“ hervorgehoben. Wurden 2002 gerade einmal 743 Suchmaschinenverweise zu diesem Stichwort registriert, wurden 2007 insgesamt 6.585 Nutzerinnen und Nutzer zu dem Begriff „Cannabis“ von einer Suchmaschine an „drugcom.de“ verwiesen.

### Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“

In der Nutzerstruktur von „drugcom.de“ zeichnet sich - wie schon in den Jahren zuvor - ein angebotsabhängiges Bild ab. Während fast drei Viertel der Nutzer des Beratungsangebots „quit the shit“ sowie des Selbsttests „cannabis check“ männlich sind, überwiegen in der Chat- und E-Mail-Beratung die weiblichen Nutzerinnen. Die Nutzerinnen und Nutzer von „quit the shit“ sind mit durchschnittlich 25 Jahren zugleich die ältesten unter den Besucherinnen und Besuchern von „drugcom.de“. Denn in den übrigen drugcom-Angeboten wie den Wissens- und Selbsttests liegt der Altersmittelwert zwischen 18 und 19 Jahren.

## **Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote von „drugcom.de“**

Die allgemeine Zunahme der Nutzung von „drugcom.de“ hat sich auch in den Beratungsangeboten niedergeschlagen. Sowohl in der Chat- und E-Mail-Beratung als auch bei „quit the shit“ hat sich eine Zunahme in der Inanspruchnahme abgezeichnet. Der rückläufige Trend in 2006 konnte nicht nur gestoppt werden, sondern übertraf zum Teil sogar das hohe Niveau aus 2005. 2007 konnten im Beratungsprogramm „quit the shit“ mit 544 Klientinnen und Klienten rund 21% mehr Personen in das Programm aufgenommen werden als 2005 (n=429).

Zwar haben 2007 auch deutlich mehr Personen eine Chat-Beratung in Anspruch genommen, dies ist aber nicht auf eine generell intensivere Nutzung des Chats zurückzuführen. Denn die Nutzung des Chats weist seit dem Relaunch Ende 2005 ein deutlich niedrigeres Niveau auf. Dies ist sehr wahrscheinlich auf eine veränderte Navigationsstruktur zurückzuführen, in der der Chat nicht mehr so zentral verlinkt wird, wie in der vorherigen Version. Der Anstieg der Chat-Beratungen lässt sich vielmehr damit erklären, dass die Beraterinnen seit Anfang 2007 die Zeit zwischen 16:00 und 17:00 Uhr - also in den üblichen Sprechzeiten - wieder verstärkt den übrigen Chat-Usern offen halten, damit diese die Gelegenheit haben, sich persönlich beraten zu lassen. Zuvor wurden die offenen Sprechzeiten immer häufiger durch Aufnahmegespräche im Rahmen von „quit the shit“ blockiert.

## **Transfer von „quit the shit“**

Seit Juli 2006 werden zusätzlich zum drugcom-Team externe Beraterinnen und Berater in dem Programm „quit the shit“ eingebunden. Ziel des „Transfers von quit the shit“ ist die qualitätsgesicherte Dezentralisierung der Beratung durch die Nutzung personeller Ressourcen kommunaler Beratungsstellen. Die ersten Ergebnisse, die in dem vorliegenden Jahresbericht veröffentlicht werden, zeigen, dass der Transfer gelungen ist und von einer hohen Akzeptanz sowohl seitens der Klientinnen und Klienten als auch der Beraterinnen und Berater getragen wird. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Beratung im Rahmen von „quit the shit“ wirkt. Rund 30% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiesen drei Monate nach Abschluss des Programms keinen Konsum mehr auf, fast alle anderen haben ihren Konsum signifikant reduziert.

## 5. Literatur

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Becker, M. H. (Eds). (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Slack.
- Bengel, J. (1993). *Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2003). *Gesamtkonzeption von drugcom.de*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2004). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik 2004. Teilband illegale Drogen*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Jahres- und Evaluationsbericht drugcom.de 2006*. Köln: BZgA.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). *Aktionsplan Drogen und Sucht*. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_603372/SharedDocs/Publikationen/Drogen-und-Sucht/a-605,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-605.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_603372/SharedDocs/Publikationen/Drogen-und-Sucht/a-605,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-605.pdf) (Abruf am 7.1.2008).
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2007). *Jahresbericht 2007. Stand der Drogenproblematik in Europa*. Lissabon: EBDD. Verfügbar unter: <http://www.dbdd.de/Download/AR07%20deutsch.pdf> (Abruf am: 29.01.2008).
- Fava, J. L. & Velicer, W. F. (1995). Applying the Transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors* 20, 189-203.
- Franzkowiak, P. (1986). *Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen*. Heidelberg: Springer.
- Franzkowiak, P. (2001). Risikokompetenz in der Suchtprävention – Potentiale und Probleme. *Prävention* 24: 102-104.
- Franzkowiak, P. & Schlömer, H. (2003). Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis. *Suchttherapie*, 4, 175-182. Verfügbar unter: <http://www.thieme-connect.com/ejournals/html/suchttherapie/doi/10.1055/s-2003-45525> (Abruf am: 7.1.2008).
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Papst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006*. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 16-25.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A development taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674-701.
- Papst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 36-46.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47, 1102-1114.

- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L., Rossi, J. S. & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21, 471-486.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1995). Motivational readiness to control weight. In D.B. Allison (Eds.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (S. 387-430). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schmid, S., Keller, S., Jäkle, C., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999). Cognition and motivation in sportive activity – a longitudinal study of the transtheoretical model. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7 (1), 21-26.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. K. & Reitzle, M. (1987). Selbstwertgefühl, Freizeitpräferenzen und Drogengebrauch im Jugendalter. In H. P. Frey & K. Haußer (Hrsg.), *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung* (S. 125-138). Stuttgart: Enke.
- Silbereisen, R. & Reese, A. (2001). Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In J. Raithe (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 131-155). Opladen: Leske & Budrich.
- Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.-K. (2007). Suchthilfestatistik 2006 für Deutschland. Tabellenband für ambulante Einrichtungen. IFT: München. Verfügbar unter: <http://www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm>
- Tossmann, H. P. (2007). Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums - Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de. In *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 31. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/?id=medien&sid=58&idx=1438> (Abruf am 9.1.2008)
- Van Eimeren, B & Frees, B. (2007). ARD/ZDF-Onlinestudie 2007. Internetnutzung zwischen Pragmatismus und YouTube-Euphorie. *Media Perspektiven*, 8, 362-378. Verfügbar unter: <http://www.daserste.de/service/ardonl0107.pdf> (Abruf am 26.02.2008)

## 6. Anhang

Bookmark	Bookmarks (Lesezeichen) sind im Browser abgespeicherte Internetadressen. Mit Hilfe von Bookmarks können z. B. interessante oder häufig genutzte Websites schneller aufgerufen werden. Im Internet Explorer heißen Bookmarks „Favoriten“.
Browser	Ein Browser ist ein Programm, das benutzt wird, um sich in einem Datensystem oder -netz zu bewegen und zurechtzufinden. Ein Webbrowser ermöglicht den Zugang zu und das Betrachten von grafischen Internet-Seiten. Die gebräuchlichsten Webbrowser sind der Microsoft Internet Explorer und Mozilla Firefox.
Domain, Domäne	Eine Domain umfasst alle Dokumente und Rechner, die unter einem gemeinsamen Namen (z. B. „drugcom.de“) erreichbar sind. Man unterscheidet zwischen Top-Level-Domains (z. B. .de) und Sub-Level-Domains (z. B. drugcom). Domain-Namen sind hierarchisch angeordnet und werden von rechts nach links gelesen. Der letzte Teil bezeichnet also die oberste Strukturebene, die Top-Level-Domain.
Favorit	Bookmarks im Internet Explorer (Microsoft).
Frame	Eine Webseite kann in mehrere Frames (engl. Rahmen) aufgeteilt werden. Drugcom.de war bis zum Relaunch aufgeteilt in einen oberen Frame bzw. Header, in dem sich die Navigation befindet und einem unteren Frame für den Textinhalt.
Logfile-Analyse	Da die Server-Logfile jeden Klick protokolliert, wird die Datei in der Regel derart groß, dass eine Analyse nur noch mit Hilfe spezieller Analyse-Software möglich ist (z. B. Websuxess™ oder Webtrends™). Die Analysemöglichkeiten hängen jeweils vom verwendeten Programm ab.
Pageimpressions	Eine Pageimpression (auch: Pageview) entspricht einer ganzen Internetseite, die eine Nutzerin bzw. ein Nutzer in seinem Browser betrachtet. Die Maße Pageimpressions und Visits werden in der Regel zur Bestimmung der quantitativen Nutzung einer Website verwendet.
Server	Bezeichnung für den zentralen Computer eines Netzwerks samt der entsprechenden Software (u. a. Netzwerkbetriebssystem), der seine Leistungen und Daten den am Netzwerk teilnehmenden Computern (Client) zur Verfügung stellt.
Server-Logfile	Die Server-Logfile, meist mit dem Dateinamen „access.log“, ist eine Protokolldatei, in der sämtliche bei einer Online-Sitzung durchgeführten Aktivitäten festgehalten und auf der Festplatte gespeichert werden. Jeder Mausklick einer Nutzerin bzw. eines Nutzers erzeugt eine Anfrage bei dem jeweiligen Server, der diese Aktivität in der access.log protokolliert. Die access.log kann anschließend von Logfile-Analyse-Software ausgewertet werden und liefert somit Daten über die quantitative Inanspruchnahme einer Internetdomäne.
Sessions	Eine Session ist vergleichbar mit einem Visit→. Dieser Wert wird jedoch nicht mit Hilfe der Server-Logfile ermittelt, sondern über eine zusätzliche Datenbank. Bei jedem Aufruf der Website „www.drugcom.de“ wird eine Session in die Datenbank geschrieben. Solange eine Nutzerin bzw. ein Nutzer seinen bzw. ihren Browser nicht schließt, werden alle Aktivitäten einer Session zugeordnet. Schließt die Person jedoch den Browser und öffnet sie anschließend

erneut [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) so wird eine zweite Session erzeugt.

Da bei jedem Öffnen eines Browsers jeweils eine neue Session-ID vergeben wird, wird diese Art der Zugriffsstatistik nicht beeinflusst von Netzwerken, in denen alle Rechner über einen gemeinsamen Server ins Internet gehen. Gehen in einem Netzwerk beispielsweise zwei Personen an unterschiedlichen Rechnern gleichzeitig (innerhalb eines Zeitfensters von 30 Minuten) auf [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de), so wird dies nur als ein Visit, aber als zwei Sessions gezählt.

Suchrobots	Suchrobot oder Webcrawler sind eine Art automatisierte Software. Bei den Suchmaschinen übernehmen diese kleinen Programme die Aufgabe, Dokumente im Internet ausfindig zu machen und ihren Inhalt nach Stichworten zu katalogisieren. Die gesammelten Informationen werden anschließend durch die Trefferlisten in Suchmaschinen zugänglich gemacht.
Top-Level-Domain	siehe Domain
Verweise	Führt ein Klick auf einen Link zu einer anderen Domäne – z. B. durch ein Suchergebnis bei Google zu „ <a href="http://drugcom.de">drugcom.de</a> “ – so wird diese Aktion in der Server-Logfile als ein Verweis protokolliert. Dabei wird festgehalten, von welcher Domäne der Zugriff stammt. Somit lässt sich feststellen, welche Internetseiten in welchem Maße zu den Visits beitragen.
Visits	Ein Visit entspricht einer Session→, die eine Nutzerin bzw. ein Nutzer auf einer Website verbringt bzw. den zusammenhängend betrachteten Seiten einer Website. Die Anzahl an Visits entspricht ungefähr der Anzahl an tatsächlichen Nutzerinnen und Nutzern. Allerdings werden Personen, die über ein Netzwerk ins Internet gehen, nur als eine Nutzerin bzw. ein Nutzer erkannt. Andererseits wird jede Nutzerin bzw. jeder Nutzer, der beispielsweise zweimal an einem Tag dieselbe Website besucht, auch zweimal gezählt. D. h. mit Hilfe der Visits lässt sich zwar ungefähr feststellen, wie viele User, aber nicht wie viele <i>unterschiedliche</i> Personen eine Website anklicken.
Webcrawler	siehe Suchrobots
URL	Uniform Resource Locator (einheitlicher Quellenlokalisierer). Die URL bezeichnet die gesamte Adresse einer Internet-Seite. Sie besteht aus einem Dienstpräfix für die Art, mit der man zugreift (z. B. <a href="http://">http://</a> oder <a href="ftp://">ftp://</a> ) und einem Server-Namen, der wiederum aus dem Namen des Servers und seiner Domain besteht (z. B. <a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a> ).
User-Tracking	(engl. Nutzer verfolgen). Bei der Methode des User-Trackings werden die Bewegungen einzelner Besucher auf der Website verfolgt. Dieses Verfahren ermöglicht die Verknüpfung von reaktiven (Angaben der Nutzer) und nicht-reaktive Daten (Nutzung bzw. „Clicks“). Dadurch können beispielweise Aussagen zum Zusammenhang zwischen Geschlecht, Alter oder Bildungsniveau und den betrachteten Seiten der Domäne gemacht werden. Die Probleme der herkömmlichen Logfileanalyse (Caching, Proxy, Netzwerke etc.) werden damit ebenfalls umgangen, da nicht die IP-Adresse, sondern eine pro Session vergebene Nummer (Session-ID) Grundlage der Auswertung ist.