

**DRUGCOM.DE –
MODELLHAFTE
SUCHTPRÄVENTION
IM INTERNET.
JAHRES- UND
EVALUATIONS-
BERICHT 2005**

BAND 32

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 32

DRUGCOM.DE – MODELLHAFTE SUCHT- PRÄVENTION IM INTERNET. JAHRES- UND EVALUATIONSBERICHT 2005

Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas, Dr. Peter Tossmann

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 32
drugcom.de – Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005
Köln: BZgA, 2007

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Evelin Strüber
E-Mail: evelin.strueber@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

ISBN 978-3-937707-44-0

Band 32 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60632000

Vorwort

Der Drogenkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener stellt stetig neue Anforderungen an die Fachkräfte der Suchtprävention. Kontinuierlich gilt es, aktuelle Trends aufzuspüren und geeignete Strategien zu entwickeln, um das Bewusstsein für die Risiken des Konsums legaler und illegaler Drogen bei jungen Menschen zu schärfen.

Mit dem Suchtpräventionsprojekt www.drugcom.de hat sich die BZgA schon zu einem frühen Zeitpunkt für ein Medium entschieden, das heute bei der Kommunikation und Informationssuche nicht mehr aus dem Alltag junger Menschen wegzudenken ist. Die Vorteile der webbasierten Suchtprävention sind einerseits eine zielgruppennahe Ansprache ohne große „Streuverluste“ und andererseits Kommunikation und Interaktion via Chat und E-Mail.

Das Internet bedeutet aber nicht nur Chance, sondern auch Herausforderung. So ist der Erfolg einer Internetseite in hohem Maße von der Akzeptanz und Glaubwürdigkeit in der Zielgruppe abhängig. Aus diesem Grund war es der BZgA ein wichtiges Anliegen, mit „drugcom.de“ ein authentisches und zielgruppennahes Kommunikationskonzept zu entwickeln, auf dessen Grundlage die Sorgen und Bedürfnisse drogenaffiner junger Menschen ernst genommen werden, so dass sie als Orientierung für die Weiterentwicklung des Systems genutzt werden können.

Das vorliegende Fachheft stellt das Suchtpräventionsprojekt sowie die Ergebnisse seiner Evaluation vor. Im laufenden Betrieb werden kontinuierlich und systematisch Akzeptanz und Wirkung der verschiedenen Webmodulen untersucht. Es zeigt sich, dass drugcom.de eine hohe Akzeptanz in der Zielgruppe genießt, als seriöse Informationsquelle geschätzt wird und auch bei individuellen Problemlagen, die sich aus dem eigenen oder dem Drogenkonsums anderer ergeben, eine wirksame Hilfe sein kann.

Die Evaluationsergebnisse bestätigen, dass Suchtprävention via Internet erfolgreich sein kann. Die kontinuierliche Evaluation ist dabei unverzichtbar und bildet die Basis für die beständige Weiterentwicklung des Angebots auf hohem fachlichem Niveau. Ich freue mich, mit dem vorliegenden Fachheft einen wichtigen Beitrag zur selektiven Prävention und Frühintervention zu leisten und wünsche dem vorliegenden Fachheft die interessierte Aufnahme durch die Fachöffentlichkeit.

Köln, im November 2007

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief des Projekts

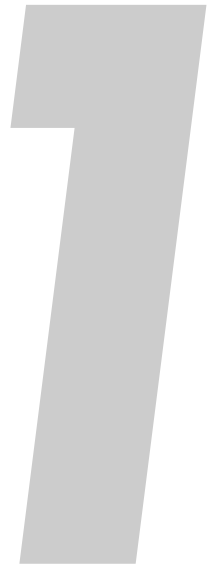
Projekttitel:	drugcom.de – Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005
Ziele:	• Beschreibung des Suchtpräventionsprojekts drugcom.de • Analyse der Nutzerprofile sowie Art der Websitenutzung • Evaluation ausgewählter Module unter besonderer Berücksichtigung des Cannabisberatungsprogramms „quit the shit“
Projektdurchführung:	delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH Behaimstr. 20 10585 Berlin
Autoren:	Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas, Dr. Peter Tossmann
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln Tel.: 0221-8992-0 Fax: 0221-8992-300
Projektleitung:	Evelin Strüber

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	9
2. DAS GESAMTANGEBOT AUF „DRUGCOM.DE“	13
2.1 Ziele von „drugcom.de“	14
2.2 Angebote auf „drugcom.de“	14
3. NEUENTWICKLUNGEN AUF „DRUGCOM.DE“	17
3.1 „cannabis check“	18
3.2 Relaunch der Website	20
4. PROMOTION IM JUGENDFREIZEITBEREICH	25
4.1 Entwicklung von Arbeitshilfen zu Cannabis und Alkohol für die pädagogische Praxis	26
4.2 Der Musikwettbewerb „Rap Attack“	27
5. ZENTRALE ERGEBNISSE DER BEGLEITENDEN EVALUATION VON „DRUGCOM.DE“	31
5.1 Soziodemografische Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“	32
5.1.1 Alter und Geschlecht	33
5.1.2 Schulbildung	34
5.1.3 Bundesland	35
5.2 Nutzung von „drugcom.de“	37
5.2.1 Wie haben sich die Zugriffszahlen seit dem Onlinestart entwickelt?	37
5.2.2 Für welche Bereiche interessieren sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“?	38
5.2.3 Woher kommen die Nutzerinnen und Nutzer bzw. woher kennen sie „drugcom.de“?	40
5.2.4 Was sind die Gründe für den Besuch von „drugcom.de“?	43
5.3 Chat- und E-Mail-Beratung	45
5.3.1 Wie hat sich die Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote seit dem Onlinestart entwickelt?	46
5.3.2 Wer nutzt die Beratungsangebote von „drugcom.de“?	47
5.3.3 Mit welchen Fragen kommen die Nutzerinnen und Nutzer zu „drugcom.de“?	49
5.4 Wie bewerten die Nutzerinnen und Nutzer „drugcom.de“?	51
5.4.1 Allgemeine Akzeptanz	52
5.4.1.1 Informationsgehalt	52
5.4.1.2 Benutzerfreundlichkeit	53

5.4.1.3 Design	54
5.4.2 Bereichsspezifische Evaluation – „mischkonsum“ und „cannabis check“	56
5.4.2.1 Verständlichkeit	56
5.4.2.2 Weiterempfehlung	59
5.4.2.3 Einfluss auf Wissen	59
5.4.2.4 Einfluss auf Einstellung und Verhalten	61
6. EVALUATION DER AKZEPTANZ UND WIRKUNG VON „QUIT THE SHIT“	63
6.1 Ausgangslage	64
6.2 Methoden	65
6.2.1 Datenerhebung	65
6.2.2 Instrumente	66
6.3 Ergebnisse	68
6.3.1 Stichproben	68
6.3.2 Soziodemografische Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer des Programms	69
6.3.3 Konsummuster bei Programmeinstieg	73
6.3.3.1 Menge des Cannabiskonsums in den letzten 30 Tagen	73
6.3.3.2 Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen	73
6.3.3.3 Konsumeinheiten pro Tag	75
6.3.3.4 Cannabisabhängigkeit	76
6.3.4 Akzeptanz von „quit the shit“	76
6.3.4.1 Bewertung der bereitgestellten Informationen	77
6.3.4.2 Bewertung der Benutzerfreundlichkeit des Tagebuchs	80
6.3.4.3 Bewertung der Tagebuchkommentare und der Kontaktoptionen zum drugcom-Team	84
6.3.4.4 Allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlung	86
6.3.4.5 Haltequote und Gründe für das vorzeitige Beenden des Programms	88
6.3.5 Wirksamkeit des Programms	92
6.3.5.1 Konsummenge und Konsumfrequenz	93
6.3.5.2 Persönliches Ziel	96
6.4 Fazit zur Evaluation von „quit the shit“	97
7. RESÜMEE UND AUSBLICK	101
8. LITERATUR	105
9. ANHANG	109
9.1 Glossar	110
9.2 Originalzitate von Probanden im Usability-Test	114

EINLEITUNG



Neue Wege in der Suchtprävention drogenaffiner junger Menschen zu beschreiten – mit diesem Anspruch hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am 21.07.2001 die Internetseite www.drugcom.de ins Leben gerufen. Den Hintergrund des Modellprojekts bildete eine gesellschaftliche Situation, in der illegaler Drogenkonsum zwar immer noch von großen Teilen der Bevölkerung gemieden wird. Aber seit Jahren zeichnete sich besonders unter jungen Menschen eine zunehmende Tendenz im Konsum und der Probierbereitschaft von illegalen Drogen ab – darunter vor allem Cannabis und die so genannten Partydrogen wie Ecstasy oder Amphetamine (vgl. BZgA 2004).

Mit „drugcom.de“ ist die BZgA angetreten, diese drogenaffinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im offenen Dialog kompetent und objektiv über Wirkungen, Risiken und Gefahren illegaler und legaler Drogen zu informieren und sie dazu anzuregen, sich kritisch mit dem Konsum von illegalen Drogen, Alkohol und Zigaretten auseinander zu setzen. Mit dem Internet als Plattform des Projekts hat sich die BZgA für ein Medium entschieden, das in den letzten Jahren rasant an Bedeutung gewonnen hat und vor allem bei der Informationssuche nicht mehr aus dem Alltag vieler Menschen wegzudenken ist.

Doch die Vorteile der technologischen Entwicklung und der zunehmenden Verbreitung des Internets bergen auch Nachteile. Waren im Jahre 2001 „nur“ fünf Millionen → Domains mit der → Top-Level-Domain „.de“ registriert, so waren es Anfang 2006 etwa doppelt so viele.¹ Es musste daher ein gewisser Werbeaufwand geleistet werden, um vom Zielpublikum in der Masse der Websites überhaupt wahrgenommen zu werden. Unter der Prämisse beschränkter Ressourcen hat sich die BZgA daher darauf konzentriert, zielgruppennah für „drugcom.de“ zu werben, wobei dies zum einen durch die Teilnahme an großen Szene-Events wie der „Love Parade“ und anderen Technoveranstaltungen realisiert wurde. Zum anderen wurde konsequent auf der Ebene direkter Verlinkungen mit anderen Websites gearbeitet, da diese Maßnahmen unter Kosten-Nutzen-Aspekten die größte Wirkung im Sinne der Steigerung der Nutzungszahlen zu haben schien. Wie im Rahmen dieses Berichts zu zeigen sein wird, hat sich diese Promotionsstrategie bewährt, konnten doch stetige Zuwächse in der Nutzung verzeichnet werden (vgl. Kapitel 5.2).

Ein weiteres Risiko resultiert aus der Schnelllebigkeit des Mediums Internet. Was gestern noch als innovativ und modern galt, kann heute wie ein Relikt aus längst vergangener Zeit erscheinen. 2002 hatte „drugcom.de“ noch den „Internet-Oscar“ der Zeitschrift *TV-Movie* gewonnen, mit einem Design und einer Navigationsstruktur, die schon wenige Jahre später nicht mehr zeitgemäß wirkte und den aktuellen Anforderungen an die Website – beständige Aktualisierungen und Aufnahme neuer Module – nicht mehr gewachsen war. Es war daher an der Zeit für einen „Tapetenwechsel“ bzw. einen Relaunch der gesamten Site, um „drugcom.de“ wieder fit zu machen für aktuelle und zukünftige Auf-

1 Siehe <http://www.denic.de/de/domains/statistiken/domainentwicklung/index.html> (Stand 08.06.2006).

gaben. Wie dieser Relaunch vollzogen wurde und wie das neue „drugcom.de“ beim Publikum ankommt, beschreiben die Kapitel 3.2 und 5.4.1.

Entsprechend der programmatischen Orientierung der BZgA, in den nächsten Jahren in verstärktem Maße sozial benachteiligte Jugendliche anzusprechen, wurde ein Rap-Musikwettbewerb ins Leben gerufen, bei dem Jugendliche, die in Jugendzentren organisiert sind, dazu aufgefordert werden, sich kreativ mit dem Thema „Rausch“ auseinanderzusetzen, um daraus einen Rap-Song zu kreieren. Im vorliegenden Bericht wird der Wettbewerb, der erst 2006 in seine Hauptphase übergeht, in seinen Grundzügen beschrieben (vgl. Kapitel 4). Im selben Kapitel wird zudem die Entwicklung von Materialien zu den Themen „Alkohol“ und „Cannabis“ skizziert, die als Arbeitshilfe für Pädagoginnen und Pädagogen der Jugendsozialarbeit dienen.

Getreu der Leitidee von „drugcom.de“, der zufolge innovative Methoden der Suchtprävention zu realisieren sind, wurde 2005 mit dem Selbsttest „cannabis check“ ein neues Modul entwickelt und in die Site integriert. Mit Hilfe des Selbsttests erhalten Cannabiskonsumierende eine detaillierte und auf ihre persönliche Situation hin zugeschnittene Rückmeldung. Der Test dient somit im Sinne einer kognitiv-verhaltensorientierten Prävention dem Selbstmonitoring und soll zudem dazu motivieren, am 50-Tage-Programm von „quit the shit“ teilzunehmen. Kapitel 3.1 beschreibt die Methodik des Tests.

Der „cannabis check“ sowie das 2004 neu entwickelte Informationsmodul zum Thema Mischkonsum wurden gegen Ende 2005 evaluiert. Dabei wurde die bewährte Methode der bereichsspezifischen Evaluation angewendet, die bereits 2004 zum Einsatz gekommen war und mit deren Hilfe sich die spezifische Akzeptanz und Wirkung einzelner Bereiche ermitteln lässt. Kapitel 5.4.2 beschreibt die Ergebnisse.

Ein wesentlicher Teil dieses Berichts wird dem Cannabisberatungsprogramm „quit the shit“ gewidmet. Initiiert wurde „quit the shit“ im Jahr 2004, als sich abzeichnete, dass „drugcom.de“ zunehmend von Cannabiskonsumierenden genutzt wird, die mit einem konkreten Hilfebedarf an das Beratungsteam von „drugcom.de“ herangetreten sind. In der Folge wurde das erste vollständig internetbasierte Beratungsprogramm für den deutschen Sprachraum (und vermutlich sogar weltweit) entwickelt, das speziell auf die Bedarfe von Cannabiskonsumierenden und -konsumenten hin ausgerichtet ist. Wie die Akzeptanz dieses Programms bei den Nutzerinnen und Nutzern einzuschätzen ist und welche Wirkung es hat, das wird in Kapitel 6 erläutert.

In Kapitel 9 findet sich ein Glossar, das alle im Text mit einem Pfeil („→“) markierten Wörter erläutert.

**DAS GESAMT-
ANGEBOT AUF
„DRUGCOM.DE“**



Das Angebot von „drugcom.de“ ist modular aufgebaut und wurde seit dem Onlinestart am 21.07.2001 kontinuierlich erweitert. Neben Ergänzungen in den Informationsbereichen des Webangebots von „drugcom.de“ wurden darüber hinaus neue präventive Angebote entwickelt (vgl. Kapitel 3). Im Folgenden werden die Ziele und Angebote von „drugcom.de“ kurz umrissen. Eine differenzierte Beschreibung der einzelnen drugcom-Elemente findet sich in der Gesamtkonzeption des Projekts (BZgA 2003).

2.1 Ziele von „drugcom.de“

Als zentrale Zielvorgabe kann das *Konzept der Risikokompetenz* (vgl. Franzkowiak 2001) herangezogen werden, das in allen Angeboten seinen Niederschlag findet. Hieraus wurde bereits der griffige Slogan „check yourself“ entwickelt, mit dem deutlich gemacht werden soll, dass die Förderung einer kritischen Selbstüberprüfung ein zentrales Ziel von „drugcom.de“ ist. Konkret werden folgende Zielebenen und Ziele unterschieden:

Zielebenen	Ziele
Wissen	• Aufklärung über die Wirkungen und Risiken von Drogen und Drogenkonsum
Einstellung	• Förderung von Problembewusstsein und einer kritischen Einstellung gegenüber eigenem Konsumverhalten
Verhalten	• Förderung eines risikoarmen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen • Förderung von Punktnüchternheit; mäßiger Konsum in tolerierten Situationen • Vermittlung von Kompetenzen zur Reduzierung oder zum Absetzen von Substanzen

Tab. 1: Zielebenen und Ziele von „drugcom.de“

2.2 Angebote auf „drugcom.de“

Das Gesamtangebot von „drugcom.de“ umfasst eine Vielzahl von Informationsangeboten sowie verschiedene Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten. Die Module werden im Folgenden kurz skizziert. Zwei Module wurden im Jahr 2005 neu entwickelt

und werden in Kapitel 3 ausführlicher dargestellt. Eine differenzierte Darstellung des Rahmenkonzepts kann in der Gesamtkonzeption von „drugcom.de“ nachgelesen werden (BZgA 2003). Seit dem Relaunch der Site am 12.12.2005 wurden die Inhalte von „drugcom.de“ neu strukturiert (siehe auch Kapitel 3.2). Abbildung 1 veranschaulicht die Module in der Übersicht.

- Unter „**aktuelles**“ werden regelmäßig Ergebnisse aus der Drogenforschung, die für die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Interesse sein könnten, leicht verständlich präsentiert. Darüber hinaus wird über aktuelle Themen der Drogenpolitik berichtet. Alle Artikel werden auch monatlich per E-Mail an diejenigen verschickt, die sich im „**newsletter abo**“ eingetragen haben.
- 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.
- Im „**drogenlexikon**“ können die Nutzerinnen und Nutzer zahlreiche Begriffe nachschlagen. Der Bestand umfasst aktuell 167 Einträge. Bis Ende 2007 ist geplant, bis zu 100 weitere Begriffe aufzunehmen.
- 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 Onlineumfrage unter Drogenkonsumierenden sowie auf Kommentaren von drei Experten und einer Expertin aus Wissenschaft und Praxis.
- Mit dem Menüpunkt „**die drogen**“ wurde im letzten Jahr eine neue Übersicht eingeführt, mit der sich Nutzerinnen und Nutzer schnell einen Überblick darüber verschaffen können, welche Informationen und Beratungsangebote zu einer bestimmten Substanz auf „drugcom.de“ angeboten werden. Zudem werden ausgewählte externe Links aufgelistet.
- Der Bereich „**wissen testen**“ beinhaltet die bekannten und beliebten Wissenstests zu acht verschiedenen Substanzen. Die Tests zu Alkohol und Cannabis wurden 2005 stark überarbeitet und dem aktuellen Forschungsstand angepasst.
- Individuelle Rückmeldung über ihr aktuelles Konsumverhalten erhalten die Nutzerinnen und Nutzer im Bereich „**sich testen**“ zu den Substanzen Alkohol („check your drinking“) und Cannabis („cannabis check“).
- Alle Beratungsangebote werden seit dem Umbau von „drugcom.de“ unter dem Menüpunkt „**beratung finden**“ gebündelt. 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 begleitet werden (vgl. Kapitel 6). Darüber hinaus werden auch **Chat- und E-Mail-Beratung** hier angeboten sowie Links

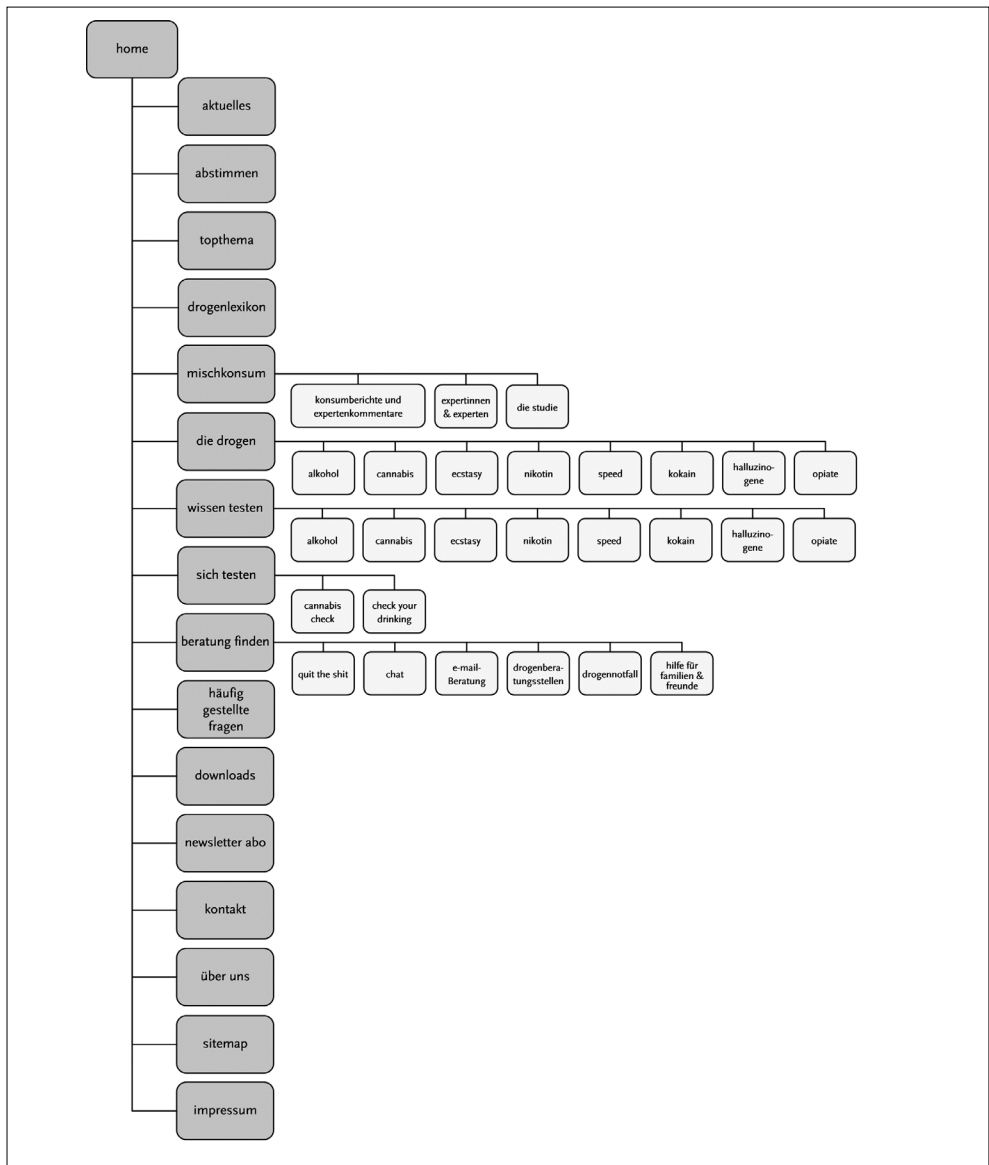


Abb. 1: Struktur von „drugcom.de“ (Stand: Dezember 2005)

zum Verzeichnis aller Drogenberatungsstellen in Deutschland und zu speziellen Infos bereitgestellt, die bei einem Drogennotfall zu beachten sind.

- Zu den „Standards“ einer Website gehören schließlich noch die Rubriken „**downloads**“, „**kontakt**“, „**sitemap**“ und „**impressum**“. Darüber hinaus stellt sich das drugcom-Team im Bereich „**über uns**“ vor.

**NEUENTWICK-
LUNGEN AUF
„DRUGCOM.DE“**

3

3.1 „cannabis check“

Ausgangslage

In den vergangenen 30 Jahren ist die Verbreitung des Cannabiskonsums in vielen Ländern Europas insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen stetig gestiegen. Entsprechend aktueller repräsentativer Untersuchungen haben 32 % der 12- bis 25-Jährigen aus Deutschland Erfahrung mit Cannabis (BZgA 2004). Eine andere Repräsentativstudie weist für das Lebensalter der 18- bis 20-jährigen Deutschen eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 40,5 % aus (Kraus und Augustin 2005).

Im Hinblick auf die Konsummuster von Cannabis ist nach den vorliegenden Repräsentativdaten davon auszugehen, dass die Mehrzahl aller aktuellen Cannabiskonsumenden und -konsumentinnen einen eher unregelmäßigen Konsum betreibt (Kraus und Augustin 2005). Das heißt, die überwiegende Mehrzahl aller aktuellen Cannabiskonsumierenden weist eine Konsumfrequenz von ein bis fünf Konsumtagen pro Monat auf. Nach diesen Daten muss davon ausgegangen werden, dass etwa 10 bis 15 % aller aktuellen Cannabiskonsumenden und -konsumenten einen (fast) täglichen Konsum von Cannabisprodukten betreiben. Geht man davon aus, dass mit einem täglichen Konsum psychoaktiver Substanzen ein erhebliches Risiko für eine Suchtentwicklung verbunden ist, so sollte diese Gruppe in präventive Maßnahmen eingebunden werden.

So kommt Frau Dr. Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zu dem Schluss: „Der Anstieg des Cannabiskonsums in der jüngeren Bevölkerung gibt uns ernsten Anlass zur Sorge. Wir müssen in der Bevölkerung noch stärker als bisher bekannt machen, dass Cannabis mehr Risiken aufweist, als gemeinhin angenommen wird. Inzwischen begeben sich jährlich rund 15 000 Menschen im Zusammenhang mit Cannabismissbrauch in eine Behandlung.“ (Pressemitteilung der BZgA vom 13.08.2004)²

Ziele und Zielgruppe

Als Zielgruppe kommen grundsätzlich alle aktuellen Cannabiskonsumenden und -konsumenten in Betracht. Das können sowohl regelmäßig als auch gelegentlich Konsumierende sein, wobei das Risikopotenzial jeweils unterschiedlich zu beurteilen ist. Hauptzielgruppe sind jedoch Konsumierende mit sehr riskanten Konsummuster bzw. Konsumierende, die bereits Anzeichen einer Cannabisabhängigkeit aufweisen. Die zentralen Ziele des Selbsttests „cannabis check“ beziehen sich auf die Ebenen Einstellung und Verhalten:

- Cannabiskonsumenden und -konsumenten sollen dazu angeregt werden, ihren Konsum selbstkritisch zu überdenken.

2 Abrufbar unter: <http://www.bzga.de/?id=pressearchiv&jahr=2004&nummer=233>.

- Bei Vorliegen eines besonders riskanten Konsummusters (zum Beispiel bei täglichem Konsum) sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des „cannabis check“ zudem dazu motiviert werden, ihr Konsumverhalten zu verändern und ggf. die Beratung von „drugcom.de“ in Anspruch zu nehmen oder am Ausstiegsprogramm „quit the shit“ auf „drugcom.de“ teilzunehmen.

Mit dem Internet-Tool „cannabis check“ soll somit ein interaktives Instrument zur Sekundärprävention des Cannabiskonsums etabliert werden, das in seiner Verbindung mit den anderen Angeboten von „drugcom.de“ als Maßnahme der Früherkennung und Frühintervention betrachtet werden kann.

Methoden

Der Selbsttest „cannabis check“ wurde als interaktiver Test auf „drugcom.de“ integriert. Die Nutzerinnen und Nutzer der Website bekommen unmittelbar nach Beantwortung einiger Fragen eine differenzierte und risikosensible Rückmeldung. Diese setzt sich aus verschiedenen Textbausteinen zusammen. Kern der Rückmeldung ist ein so genannter Basistext, vom dem insgesamt 240 Varianten entwickelt wurden. Dabei sind verschiedene Variablen berücksichtigt worden, die im Folgenden kurz erläutert werden:

- Die **Frequenz** des Cannabiskonsums wird im Hinblick auf die letzten drei Monate, auf den zurückliegenden Monat und die zurückliegende Woche erfasst. Damit ist eine differenzierte Erfassung der aktuellen Konsumfrequenz sichergestellt.
- Die **Intensität** des Substanzkonsums wird über die substanzspezifische Wirkerwartung erfasst. Aarons, Brown, Stice und Coe (2001) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass die substanzspezifische Wirkerwartung ein zuverlässiges Maß für die Beschreibung von Cannabiskonsummustern ist.
- Es kann davon ausgegangen werden, dass gesundheitliche Risiken des Cannabiskonsums in dem Maße steigen, in dem Jugendliche und junge Erwachsene zusätzlich Alkohol und/oder andere psychoaktive Substanzen konsumieren. Daher geht der **zusätzliche Konsum von Alkohol und/oder anderer Drogen** in der letzten Woche als ein weiterer Risikoindikator in die Rückmeldung mit ein.
- Die Bestimmung einer **Cannabisabhängigkeit** wird analog des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) vorgenommen (American Psychiatric Association 1994).
- Die genannten Risikoindikatoren sind zudem vor dem Hintergrund der „psychosozialen Gesundheit“ (vgl. Becker 1982) zu bewerten. Als Indikator für die aktuelle psychosoziale Gesundheit der Testteilnehmerinnen und -teilnehmer wird die **Lebenszufriedenheit** herangezogen, die über eine international bewährte Skala ermittelt wird (Schumacher 2003).

Neben der individuellen Rückmeldung zu den oben genannten Aspekten werden zwei Texteingänge ergänzt, die auf folgenden Variablen basieren:

- Die Testteilnehmerinnen und -teilnehmer werden gebeten, ihre **Konsummotive** der vergangenen drei Monate anzugeben. Für die Rückmeldung relevant sind dabei

Motive, aus denen hervorgeht, dass der individuelle Cannabiskonsum eine (Problem-) Bewältigungsfunktion hat.

- Das Konzept der Punktnüchternheit, das u. a. in der Prävention des Alkoholkonsums Anwendung findet, wird auf Cannabis übertragen. Erfasst wird der **Cannabiskonsum in unangemessenen Situationen** wie zum Beispiel vor der Schule oder beim Autofahren. Die zurückliegenden drei Monate werden dabei zugrunde gelegt.

Zu den Themen „Lebenszufriedenheit und Cannabiskonsum“, „Cannabisabhängigkeit“ und „Auswirkungen auf junge Konsumenten“ sind in der Rückmeldung zudem vertiefende Informationen über einen Hyperlink verfügbar. Der Rückmeldetext endet mit spezifischen **Empfehlungen**. Diese beziehen sich zum einen auf den individuellen Cannabiskonsum. Zum anderen wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern je nach Antwortverhalten nahe gelegt, den Selbsttest „check your drinking“ zu machen oder das Beratungsprogramm „quit the shit“ zu nutzen.

3.2 Relaunch der Website

Ausgangslage

Im fünften Jahr nach dem Start des Webauftritts von „drugcom.de“ war es an der Zeit, das Design und die Funktionalität den aktuellen Anforderungen anzupassen. So hat der Umfang an Informations- und Beratungsangeboten des Projektes durch beständige Weiterentwicklungen stark zugenommen. Die 2001 entwickelte **Navigationsstruktur**, die zum damaligen Zeitpunkt als innovativ galt, bot nun nicht mehr die erforderliche Flexibilität, um neue Inhalte angemessen zu integrieren. Durch verschiedene Umbaumaßnahmen war das Entwicklungspotenzial des Hauptmenüs ausgereizt, was zur Folge hatte, dass der Großteil der Inhalte sich hinter den Bilderkacheln „versteckte“. Das Navigieren auf „drugcom.de“ erwies sich als zunehmend umständlicher, während der Trend im Internet sich in Richtung mehr Übersichtlichkeit bewegte.

Neben der Forderung nach allgemeiner Benutzerfreundlichkeit galt es auch den aktuellen technischen Anforderungen an die BZgA als eine nachgeordnete Behörde des Ministeriums für Gesundheit (BMG) Rechnung zu tragen. Diese Anforderungen umfassen neben bestimmten Sicherheitsbestimmungen³ vor allem die **Barrierefreiheit**, wie sie in der „Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BITV)“⁴ definiert wird. Die Verordnung dient dazu, „behinder-

³ Verwendete Programmiersprachen, Einstellungen bestimmter Parameter etc.

⁴ Download der Verordnung unter <http://bundesrecht.juris.de/bitv/index.html>.



Abb. 2: Hauptmenü von „drugcom.de“ vor dem Relaunch (Stand: August 2004)

ten Menschen ..., denen ohne die Erfüllung zusätzlicher Bedingungen die Nutzung der Informationstechnik nur eingeschränkt möglich ist, den Zugang dazu zu eröffnen“ (BITV § 2). Die Definition der Barrierefreiheit ist zwar überwiegend auf die Anforderungen von Menschen mit Behinderungen hin ausgerichtet, „Barrieren“ können aber auch für Nichtbehinderte entstehen – durch spezielle technische Anforderungen wie zum Beispiel an den verwendeten → Browsern, bei der Bildschirmauflösung oder den → Transferaten der Internetverbindung. Beispielsweise wäre eine Internetseite, die sich nur auf großen 19-Zoll-Monitoren vollständig darstellen ließe, nicht barrierefrei, da diese Bedingung nicht bei allen Nutzerinnen und Nutzern vorausgesetzt werden kann.⁵ Barrierefreiheit bedeutet demnach auch, die Anforderungen an die technischen Voraussetzungen möglichst niedrig zu halten.

Im Zuge der Neugestaltung galt es zudem, auch das „look & feel“ der Website zu überarbeiten, wobei die typische Alterstruktur von „drugcom.de“ zu berücksichtigen war. Denn „drugcom.de“ ist nicht nur eine Website für Jugendliche; Nutzerbefragungen haben gezeigt, dass vor allem junge Erwachsene zur Zielgruppe von „drugcom.de“ zu zählen sind und diese sollten sich durch ein adäquates Design angesprochen fühlen.

⁵ Die Standardbildschirmauflösung liegt bei 1024 × 768 Pixel und ist auf den meisten 17-Zoll-Monitoren üblich.

Umsetzung

Mit den Planungen wurde gegen Ende 2004 begonnen. Nach erfolgter Ausschreibung wurden zwei Agenturen für die Umsetzung beauftragt: die Werbeagentur Lead Communications für die Gestaltung und Böhm-Webworker/Kasyx für die Programmierung der Website. Die Umsetzung nahm das gesamte Jahr 2005 in Anspruch. So wurde zunächst ein Styleguide für alle gestalterischen Elemente entworfen. Diesen galt es anschließend programmiertechnisch umzusetzen, wobei sich Gestaltung und Programmierung im Prozess eng miteinander verzahnten. Eine weitere Anforderung war in diesem Zusammenhang das Einrichten eines Redaktionssystems, mit dessen Hilfe sich die Website später ohne Programmierkenntnisse pflegen ließ. Die Pflege umfasst beispielsweise das Bearbeiten und Einstellen neuer Texte und Bilder oder die Möglichkeit, das Layout der Webseiten in gewissen Grenzen zu konfigurieren. Am 12.12.2005 schließlich wurde die neu gestaltete Website online geschaltet.

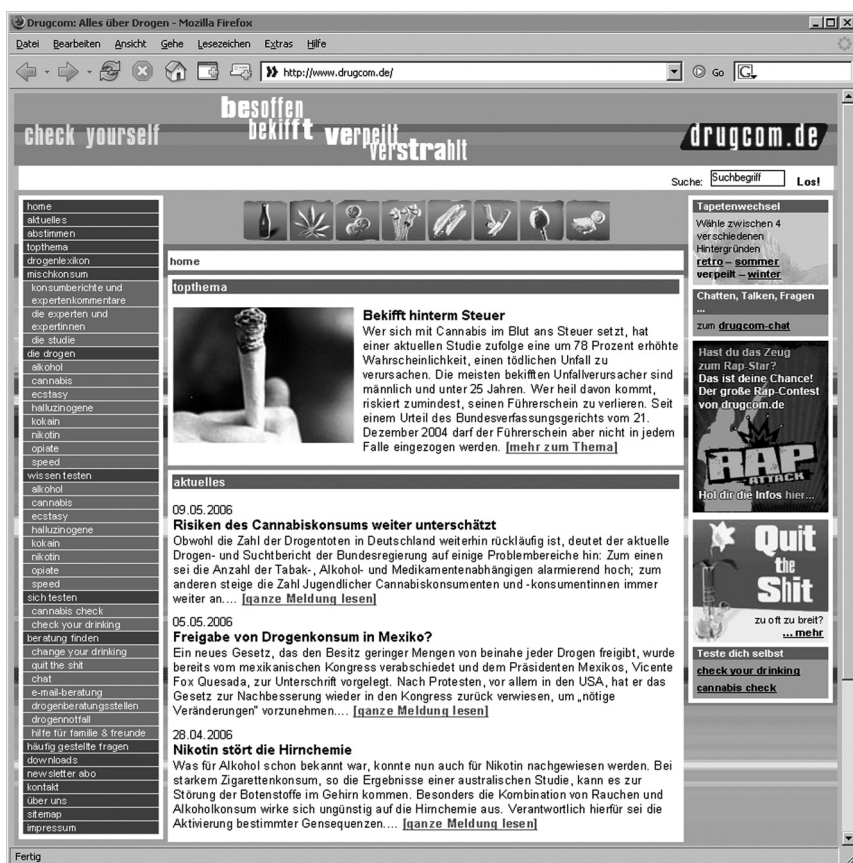


Abb. 3: Hauptmenü von „drugcom.de“ nach dem Relaunch (Stand: Mai 2006)

Pretest-Usability

Vor der Onlineschaltung wurde die Website vom Marktforschungsunternehmen Skopos in einem „Usability-Test“ auf ihre Akzeptanz und Benutzerfreundlichkeit an einer Stichprobe von 30 Probanden getestet. Folgende Aspekte galt es dabei zu überprüfen:

- Anmutung/Layout/Design,
- Farben/Hintergründe,
- Verständlichkeit der Begrifflichkeiten,
- Menüführung/Navigation/Orientierung,
- Struktur/Aufbau der Website,
- Erkennen und Akzeptanz des Anbieters,
- Wissens- und Verhaltenstests.

Der Pretest erfolgte in einem eigens für derartige Untersuchungszwecke eingerichteten Befragungslabor, wo die Probanden und Probandinnen jeweils einzeln vor einem Computerbildschirm saßen und sich das neue „drugcom.de“ auf Anweisung der Versuchsleiterin hin anschauten bzw. verschiedene Aufgaben lösten.

In ihrem Endbericht kam die Agentur Skopos zu durchweg positiven Ergebnissen. Im Folgenden eine Auswahl:

- Das Konzept der Website trifft den Kern des Interesses drogenkonsumierender Jugendlicher.
- Die Navigation und Usability werden als sehr gut bewertet. Nur kleine Optimierungen sind notwendig; die Grundstruktur ist für diese Zielgruppe sehr gut verständlich.
- Insbesondere das Überprüfen und somit das Reflektieren des eigenen Konsums und Wissens über verschiedene Substanzen interessierte die Probanden.
- Positiv hervorgehoben wird die Art der Informationsvermittlung, das heißt insbesondere der Sprachstil und das „Nichterheben“ des Zeigefingers.

Neben den positiven Gesamteindrücken kam Skopos auf der Grundlage der Probandeneindrücke zu Handlungsempfehlungen, die sich in der Mehrzahl auf die Gestaltung beziehen. Beispielsweise wurde empfohlen, Links deutlicher von anderem Text zu unterscheiden oder das Menü durch einen Homebutton zu ergänzen. Die meisten Empfehlungen ließen sich ohne großen Aufwand realisieren.

Insgesamt zeigte der Pretest, dass die neu gestaltete Website durch eine sehr gute Benutzerfreundlichkeit („Usability“) und eine hohe Akzeptanz unter den Probandinnen und Probanden gekennzeichnet ist.

**PROMOTION IM
JUGENDFREIZEIT-
BEREICH**



Entsprechend der programmatischen Orientierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll in den nächsten Jahren in verstärktem Maße versucht werden, sozial benachteiligte Jugendliche mit den Informationsangeboten und Präventionsprogrammen von „drugcom.de“ anzusprechen. Da es jedoch keine Erfahrung darüber gab, welche Aktivitäten dies sein könnten, wurde bereits im Jahre 2004 in einem ersten Schritt ein eineinhalbtägiger Workshop mit erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendsozialarbeit durchgeführt. Auf diesem Workshop wurde mit Hilfe der „World-Café-Methode“ (Holman und Devane 2002) exploriert, welche Bedarfe im Hinblick auf Suchtprävention im Jugendfreizeitbereich auszumachen sind und was „drugcom.de“ tun kann bzw. wie „drugcom.de“ erweitert oder modifiziert werden müsste, um in Jugendfreizeiteinrichtungen genutzt werden zu können. Denn empirische Befunde sprechen dafür, dass in der Bundesrepublik Deutschland die Einrichtungen der Jugendhilfe und der Jugendfreizeitarbeit vergleichsweise häufig von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen werden (Gögercin 2001, Kipshagen et al. 2000, Tossman et al. 2003).

Als Ergebnis des Workshops wurden zwei methodische Strategien herausgearbeitet, die dazu geeignet sein sollten, das oben genannte Ziel zu erreichen: die Entwicklung von Informations- und Anleitungsmaterialien für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (vgl. Kapitel 4.1) und die Durchführung eines Rap-Wettbewerbs für Jugendliche in Jugendfreizeitstätten (vgl. Kapitel 4.2). 2005 wurde mit der Umsetzung dieser Strategien begonnen. Beide werden im Folgenden erläutert.

4.1 Entwicklung von Arbeitshilfen zu Cannabis und Alkohol für die pädagogische Praxis

Cannabis und Alkohol zählen zu den am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanzen bei Jugendlichen. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sind schätzungsweise 160 000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis ca. 25 Jahre alkoholgefährdet oder alkoholabhängig.⁶ Entscheidend ist dabei das Einstiegsalter: Je früher Kinder zu trinken beginnen, desto größer ist die Gefahr, dass sie abhängig werden. Zudem schädigt Alkohol Kinder stärker als Erwachsene. Zwar nimmt der Konsum von Alkohol tendenziell unter Jugendlichen ab, gleichzeitig bilden sich aber Risikogruppen aus, die besonders riskante Konsummuster wie das „Binge drinking“ betreiben.

6 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Basisbroschüre Alkohol. Verfügbar unter: http://www.dhs-intern.de/pdf/Broschuere_Alkohol.pdf.

Forschungsarbeiten zeigen auch, dass das Einstiegsalter beim Cannabiskonsum in den letzten Jahren gesunken ist und die Prävalenz des aktuellen Konsums auch bei den jungen Konsumierenden zunimmt (BZgA 2004). Besonders der frühe Einstieg gilt als Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeit und weiterer Probleme (Lynskey et al. 2006).

Gleichzeitig wächst die Verunsicherung bei Pädagoginnen und Pädagogen, wie diese Trends des Alkohol- und Cannabiskonsums einzuschätzen sind und welche Art von Handeln gefordert ist. Aus diesem Grund wurde 2005 eine Arbeitshilfe für Cannabis entwickelt, eine zum Thema Alkohol wurde begonnen. Die Arbeitshilfe für Cannabis wurde dafür konzipiert, die pädagogische Arbeit zu unterstützen und praxisnahe Antworten auf eine häufig gestellte Frage zu finden: „Wie kann man in der pädagogischen Arbeit Jugendliche motivieren, sich kritisch mit dem eigenen Cannabiskonsum auseinander zu setzen?“ Zu diesem Thema bietet die Arbeitshilfe sowohl Informationen als auch Vorschläge für praktische Übungen und Spiele.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren finden hier Anregungen und Vorschläge, wie sie die Website „drugcom.de“ für die Cannabisprävention im Kontext ihrer Arbeit nutzen können. Die Arbeitshilfe bietet konkrete Vorschläge dafür, Jugendliche neugierig darauf zu machen, den Computer und das Internet nicht nur für Spiele oder zum Chatten zu nutzen, sondern auch, um sich über Cannabiskonsum sowie dessen Wirkungen und Risiken zu informieren oder gar Anstöße zu erhalten, um das eigene Konsumverhalten kritisch zu hinterfragen.

Die Materialien standen auf der für den „Rap Attack“ eingerichteten Website „drugcom für profis“ unter www.bzga.de/profis zum Download zur Verfügung. Um später evaluieren zu können, wie die Arbeitshilfen eingesetzt werden und welche Erfahrungen die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dabei machen, wurden sie zudem gebeten, ihre E-Mail-Adresse zu hinterlassen. Eine zukünftige Aufgabe wird es daher sein, die Nutzerinnen und Nutzer nach ihren Erfahrungen mit den Materialien zu befragen, um ggf. Überarbeitungen vornehmen zu können.

4.2 Der Musikwettbewerb „Rap Attack“

Ausgangslage

Im Rahmen des 2004 durchgeführten Workshops mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendsozialarbeit wurde als eine Strategie die Durchführung eines Wettbewerbs in Kooperation mit Jugendfreizeitstätten vorgeschlagen. Damit „drugcom.de“ die anvi-

sierte Zielgruppe – das heißt Nutzerinnen und Nutzer von Jugendfreizeitstätten – erreichen kann, musste ein für die Zielgruppe attraktives Angebot entwickelt und kommuniziert werden. Es galt dabei, Prinzipien der Partizipation anzuwenden, damit eine Bindung und möglicherweise eine Identifikation mit „drugcom.de“ entstehen kann. Somit entstand die Idee, einen Rap-Musikwettbewerb zu veranstalten, der geeignet schien, Jugendliche – auch oder gerade die sozial benachteiligten unter ihnen – zur Teilnahme zu motivieren.

Der Sprechgesang, so die deutsche Übersetzung von Rap, hat seinen Ursprung in den Großstadtghettos der USA, ist aber seit Jahren kein Phänomen allein amerikanischen Lebensgefühls mehr. Weit entfernt vom Glanz der etablierten Musiksender Viva und MTV hat sich der „Deutschrapp“ als Kommunikationsmedium und Identifikationsangebot unter deutschen und ausländischen Jugendlichen etabliert. Sei es nun in Hamburg, Berlin oder Paderborn. Auch als Kunstform erhebt Rap den Anspruch, an den Erfahrungen der Peergroup teilzuhaben und sie zu artikulieren.

Das Konzept „Musikwettbewerb“ schließt an diese Selbstverständlichkeit an und baut darauf auf, dass Rap unter der Zielgruppe der drogenkonsumierenden Jugendlichen als Kommunikationsform weit verbreitet ist und als authentisch akzeptiert wird. Ein Rap transportiert aber nicht nur ein hohes Maß an Authentizität, sondern reflektiert gleichzeitig auch das, was er thematisiert. Das Konzept Musikwettbewerb möchte beides nutzen: die weithin akzeptierte Form und ihre Selbstreflexion. Die Jugendlichen sollen somit dazu angeregt werden, ihre Drogen- und Alltagsprobleme über die Form des Raps zu reflektieren.

Der Rap-Wettbewerb sollte vorerst als Modellprojekt in vier Bundesländern stattfinden. Die grundsätzliche Ausrichtung des Wettbewerbs ist bundesweit. Bei erfolgreicher Durchführung soll der Musikwettbewerb mit den Erfahrungen aus den Modellregionen zukünftig auf weitere Bundesländer übertragen werden. Zur Realisierung des Wettbewerbs hat die BZgA die Agentur für Musik- und Eventmarketing „Octopussy“ beauftragt. Ende 2005 wurde mit den Vorbereitungen begonnen, bei denen regionale Ansprechpartner und -partnerinnen gewonnen und Informationsmaterialien verschickt wurden.

Durchführung des Musikwettbewerbs

Die Durchführung des Wettbewerbs erfolgte größtenteils 2006. Teilnehmen konnten grundsätzlich alle Jugendfreizeiteinrichtungen der vier Modellregionen (Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen), unabhängig von der Trägerschaft. Zielgruppe für die Bewerbung waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendfreizeiteinrichtungen. Sie wurden dezentral über die Kooperationspartnerinnen und -partner aus den jeweiligen Bundesländern angesprochen. Die Jugendlichen wurden von den Fachkräften der Jugendfreizeitstätten darauf aufmerksam gemacht, dass auf der Website www.drugcom.de ein Musikwettbewerb ausgeschrieben war.

Nach Anmeldung der Jugendzentren und der jeweiligen „Crews“ wurden den Jugendzentren Musiksoftware und Mikrofone zur Verfügung gestellt. Innerhalb einer vorgeschriebenen Zeit konnten die Jugendlichen einen Song texten und einspielen. Der Song sollte das Thema „Rausch“ fokussieren. Die Wettbewerbsbeiträge wurden auf „drugcom.de“ der Öffentlichkeit präsentiert.

Der Wettbewerb erfolgte in zwei Stufen. Zunächst konnte das drugcom-Publikum die Beiträge bewerten. Anhand des Votings der drugcom-Nutzerinnen und -Nutzer wurden die zehn besten Songs ermittelt. Diese Vorauswahl war die Grundlage für die Bewertung durch die Fachjury, die sich aus bekannten Rap-Musikern zusammensetzte. Dem Siegerteam wurde als Hauptpreis die eintägige Nutzung eines professionellen Aufnahme- und Tonstudios in Aussicht gestellt. Die ersten drei Gewinner bekamen die Möglichkeit, beim Abschlussevent aufzutreten, zu dem auch alle anderen Crews und Jugendzentren eingeladen wurden. Die ersten zehn erhielten eine CD mit den zehn besten Songs. Die Plätze 4 bis 20 erhielten Rucksäcke und CD-Pakete. Die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der Jugendfreizeitstätten der ersten drei Gewinner bekamen die Reise- und Übernachtungskosten für den Abschlussevent erstattet (maximal fünf Personen pro Einrichtung). Darüber hinaus konnten die Software und das Mikrofon in jeder Einrichtung verbleiben, die einen Musikbeitrag eingereicht hatte.

4

**ZENTRALE ERGEBNISSE
DER BEGLEITENDEN
EVALUATION VON
„DRUGCOM.DE“**



5.1 Soziodemografische Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“

Um Näheres über die soziodemografischen Merkmale der Besucherinnen und Besucher von „drugcom.de“ zu erfahren, kann auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen werden. Eine davon ist die Onlineumfrage, die vom 20.12.2005 bis zum 13.02.2006 auf „drugcom.de“ durchgeführt wurde. Diese Befragung wurde über die so genannte „Single-Link-Methode“ realisiert (vgl. Theobald 2000), das heißt, die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ wurden über einen Teaser auf der Startseite dazu aufgefordert, an der Befragung teilzunehmen. Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, wurden insgesamt zehn Warengutscheine jeweils im Werte von 30 Euro verlost. Die in den Vorjahren favorisierte „Methode des n-ten Besuchers“, bei der eine Zufallsstichprobe per → Popup erhoben wurde, konnte nicht durchgeführt werden, da die Bestimmungen der Barrierefreiheit (vgl. Kapitel 3.2) dies untersagen.

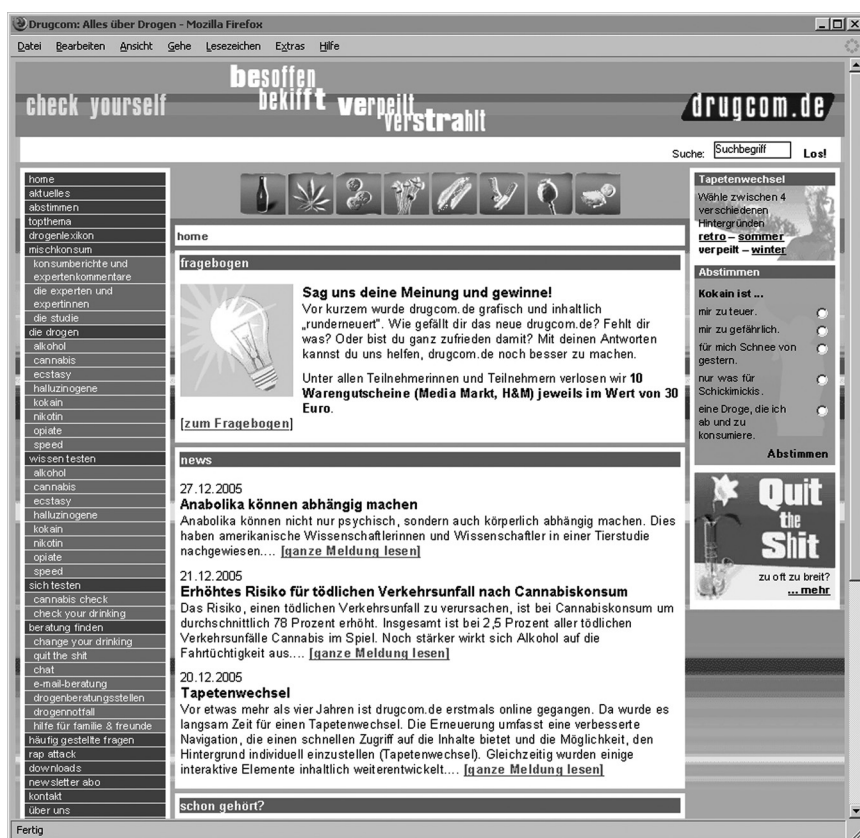


Abb. 4: Aufforderung zur Teilnahme an der Onlineumfrage (20.12.2005 bis 13.02.2006)

Insgesamt konnte eine Stichprobe von 356 Rückmeldungen im Rahmen der Nutzerbefragung erhoben werden. Dieser Wert liegt deutlich unterhalb vorheriger Nutzerbefragungen und ist insbesondere vor dem Hintergrund steigender Besucherzahlen auf „drugcom.de“ als ausgesprochen niedrig zu bewerten. Vermutlich ist dies auf die Single-Link-Methode zurückzuführen, bei der die Ausschöpfungsquote erfahrungsgemäß deutlich unterhalb derer liegt, die durch Befragungs-Popups realisiert werden (Theobald 2000). Verallgemeinernde Aussagen sind auf der Grundlage der Nutzerbefragung daher nur eingeschränkt möglich. Um dennoch die Struktur des Zielpublikums abschätzen zu können, werden ergänzend Nutzerdaten aus anderen Bereichen hinzugenommen, in denen soziodemografische Angaben erhoben werden. Dazu zählen die Angaben aus den Selbsttests „cannabis check“ und „check your drinking“, den Wissenstests sowie den Beratungsangeboten im Chat, per E-Mail und bei „quit the shit“.

5.1.1 Alter und Geschlecht

Durch den Vergleich der Altersstruktur und des Geschlechtsverhältnisses wird in den hier untersuchten drugcom-Angeboten ein eher heterogenes Bild gezeichnet. So liegt der Anteil der männlichen Teilnehmer im Cannabisberatungsprogramm „quit the shit“ und im Selbsttest „cannabis check“ mit jeweils 77,2 % am höchsten. Dieses Geschlechterverhältnis bildet sich in etwa auch in bevölkerungsrepräsentativen Umfragen ab (BZgA 2004, Kraus und Augustin 2005). In der Statistik der ambulanten Suchthilfe fällt der Anteil an männlichen Personen, die aufgrund einer cannabisbezogenen Problematik Hilfe in Anspruch nehmen, mit 84,4 % sogar noch höher aus (Simon et al. 2004).

Auch bei „check your drinking“, dem interaktiven Selbsttest zur Überprüfung des eigenen Alkoholkonsums, stellen männliche Jugendliche und Erwachsene mit 70,5 % den weit höheren Anteil der Teilnehmenden. Da dieser Selbsttest in der Regel von Personen

	„quit the shit“ (n = 429)	„cannabis check“ (n = 14 297)	„check your drin- king“ (n = 60 416)	Wissens- tests (n = 62 931)	E-Mail- und Chat- beratung (n = 1037)	Online- umfrage (n = 356)
weiblich	22,8 %	22,8 %	29,5 %	39,1 %	59,9 %	56,5 %
männlich	77,2 %	77,2 %	70,5 %	60,9 %	40,1 %	43,5 %
Altersschnitt (Median)	23 Jahre	20 Jahre	18 Jahre	19 Jahre	20 Jahre	17 Jahre
Interquartal- bereich (Q₃-Q₁)	7 Jahre	7 Jahre	7 Jahre	8 Jahre	7 Jahre	6 Jahre

Tab. 2: Geschlechterverteilung der Nutzerinnen und Nutzer unterschiedlicher drugcom-Angebote (2005)

genutzt wird, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, scheint ein Vergleich mit entsprechenden bevölkerungsrepräsentativen Daten sinnvoll. Legt man die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys mit Daten aus 2003 zugrunde, so zeigt sich, dass männliche junge Erwachsene im Vergleich zu weiblichen häufiger einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen: Die Ergebnisse im Screeningverfahren AUDIT deuten bei 54,7 % der 18- bis 20-jährigen Männer auf einen problematischen Alkoholkonsum⁷ hin, jedoch nur bei 25,3 % der Frauen in derselben Altersklasse (Kraus und Augustin, 2005).

Auch in der Nutzung der drugcom-Wissenstests sind männliche Jugendliche und Erwachsene in der Mehrzahl, wobei zu erwähnen ist, dass die Geschlechterverteilung zwischen den Wissenstests teilweise stark variiert. Im Schnitt liegt der Anteil der männlichen Teilnehmer mit 60,9 % jedoch deutlich über dem der weiblichen.

Ein genau umgekehrtes Bild zeichnet sich bei den Nutzerinnen und Nutzern der E-Mail- und Chatberatung ab. Die Beratungsangebote werden überwiegend von weiblichen Nutzern in Anspruch genommen. Beim Alter der Nutzerinnen und Nutzer bilden sich ebenfalls deutlich Unterschiede zwischen den Bereichen ab. Während das mittlere Alter in den Wissenstests bei 19 Jahren liegt (Median), liegt dieser Wert bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von „quit the shit“ mit 23 Jahren vier Jahre niedriger. Bei diesem Vergleich wird zudem deutlich, dass die Onlineumfrage bei beiden soziodemografischen Merkmalen – Alter und Geschlecht – ein abweichendes Bild zeichnet: männliche Nutzer sind hier leicht unterrepräsentiert; der Altersdurchschnitt ist mit 17 Jahren der niedrigste im Vergleich zu allen anderen untersuchten Bereichen.

Es kann somit resümiert werden, dass der „typische Nutzer“ von „drugcom.de“ männlich und etwa 19 Jahre alt ist. Allerdings wird in der Übersicht von Tabelle 2 auch deutlich, dass Alter und Geschlecht je nach Bereich variieren. So findet sich in der E-Mail- und Chatberatung ein etwas höherer Anteil weiblicher Nutzerinnen. In der (kleinen) Stichprobe, die im Rahmen der Onlineerhebung gezogen wurde, findet sich hingegen ein vergleichsweise niedriges mittleres Alter. Dies ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass mit der Teilnahme die Aussicht auf den Gewinn von Einkaufsgutscheinen verbunden war, deren Wert (30 Euro) für die jüngeren Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ vermutlich ein höherer Anreiz war als für die Älteren.

5.1.2 Schulbildung

Zur Ermittlung der Schulbildung der drugcom-Nutzerinnen und -Nutzer wird auf die Onlineumfragen der letzten Jahre zurückgegriffen. Die Umfrage aus dem Jahr 2005 ist allerdings, wie oben ausgeführt, nur bedingt aussagekräftig für die „Grundgesamtheit“

⁷ Cut-off-Wert: 8 Punkte.

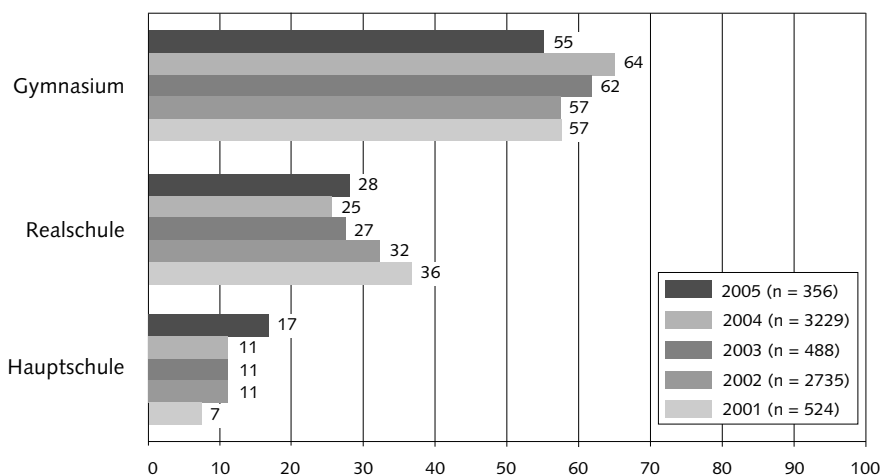


Abb. 5: Schulbildung der drugcom-Nutzerinnen und -Nutzer (Onlineumfragen 2001–2005; Angaben in Prozent)

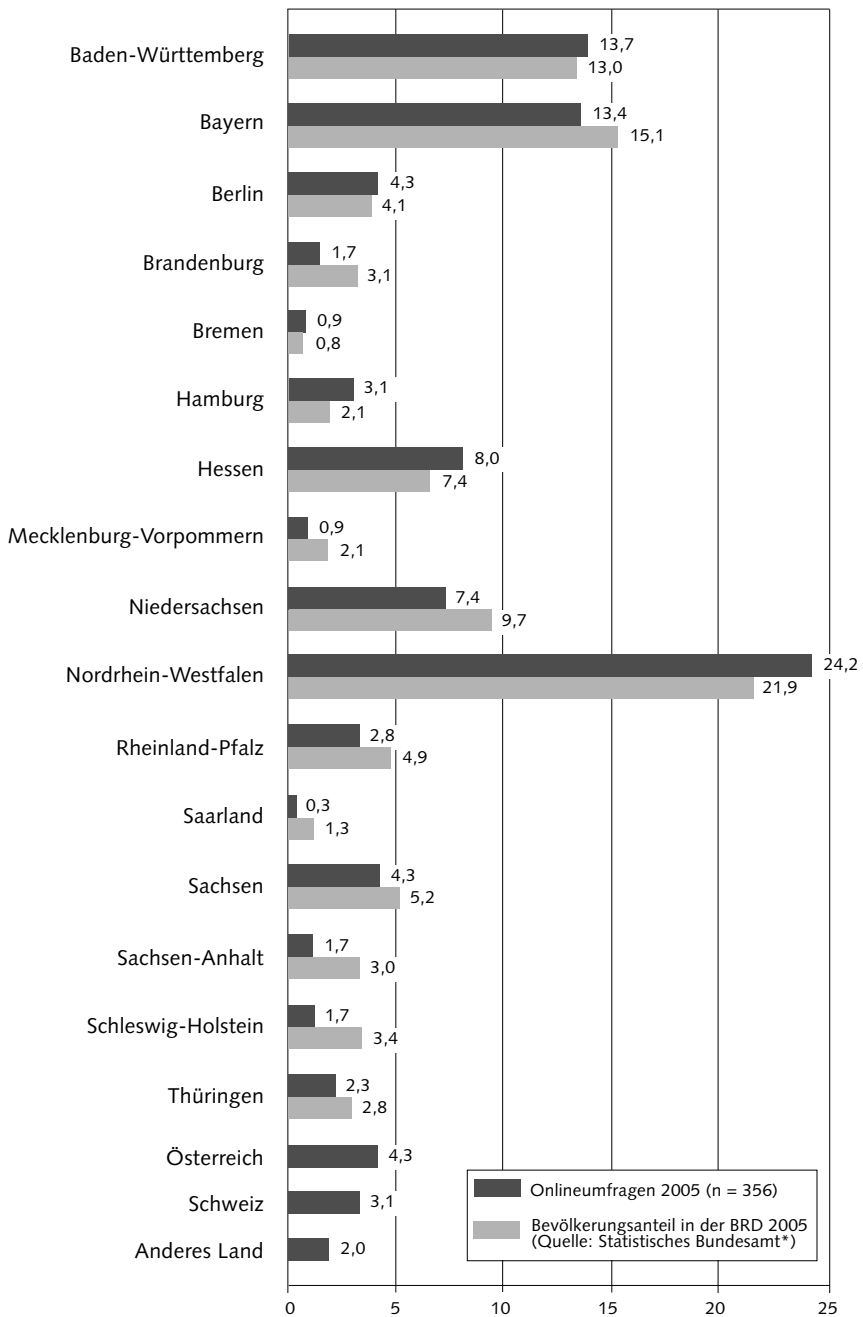
der drugcom-Userinnen und -User. Kleine Unterschiede sollten demnach nicht überinterpretiert werden. Unter Berücksichtigung dieses Aspekts lässt sich sagen, dass „drugcom.de“ überwiegend von den besser gebildeten Jugendlichen und jungen Erwachsenen genutzt wird. Zwar schwankt deren Anteil zwischen 55 % und 64 %, an dem deutlichen Übergewicht höher gebildeter Nutzerinnen und Nutzer ändert das aber nichts. Bildungsbenachteiligte junge Menschen (Bildungsniveau „Hauptschule“) machen die kleinste Gruppe unter den Nutzerinnen und Nutzern von „drugcom.de“ aus.

Damit liegt das Bildungsniveau der drugcom-Besucherinnen und -Besucher deutlich über dem durchschnittlichen Bildungsniveau in Deutschland⁸. Allerdings kann dies zumindest teilweise damit erklärt werden, dass der Anteil Bildungsbenachteiligter unter den Internetnutzerinnen bzw. -nutzern noch immer vergleichsweise gering ist (vgl. TNS Infratest 2005, Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest 2005).

5.1.3 Bundesland

In der Onlineumfrage wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer danach gefragt, in welchem Bundesland sie wohnen. Zwar konnte oben gezeigt werden, dass die Stichprobe der Onlineumfrage hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht einen deutlich selektiven Charakter aufweist (vgl. Kapitel 5.1.1), die Herkunft sollte jedoch keinen Ein-

⁸ Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (<http://www.destatis.de/basis/d/biwiki/bildab1.php>).



* Pressemitteilung vom 19.07.2006 (http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2006/07/PD06__292__12411,templateId=renderPrint.psml)

Abb. 6: Herkunft der Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ (Angaben in Prozent)

fluss haben auf die Teilnahmebereitschaft an einer Onlineumfrage, weshalb die Ergebnisse zu dieser Frage durchaus verallgemeinert werden können.

Abbildung 6 veranschaulicht die Herkunft der Besucherinnen und Besucher von „drugcom.de“ im Vergleich zur Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Dabei zeigt sich, dass die Verteilung hinsichtlich der Herkunft der drugcom-Nutzerinnen und Nutzer in etwa den tatsächlichen Bevölkerungsanteilen der jeweiligen Bundesländer entspricht⁹. Insgesamt 9,3 % der drugcom-Nutzerinnen und -Nutzer wohnen außerhalb Deutschlands.

5.2 Nutzung von „drugcom.de“

5.2.1 Wie haben sich die Zugriffszahlen seit dem Onlinestart entwickelt?

Zur Reichweiten- bzw. Kontaktmessung im Internet werden üblicherweise die Parameter → Visits und → Pageimpressions (Sichtkontakte) verwendet, die sich mit Hilfe der → Logfile-Analyse ermitteln lassen.¹⁰ Für „drugcom.de“ ergeben sich folgende Ergebnisse:

Im Jahr 2005 wurden rund 11 Millionen Seiten bei einer durchschnittlichen Betrachtungsdauer von 23 Sekunden aufgerufen. Insgesamt wurden 678 801 Visits gezählt, was einer durchschnittlichen Quote von 56 567 Visits pro Monat entspricht. Im Rückblick auf

	2001*	2002	2003	2004	2005
Pageimpressions	902 775	3 103 569	4 151 656	8 986 876	10 817 449
Visits**	53 588	166 581	207 413	400 897	678 801
Zeit pro Pageimpression	00:00:24	00:00:24	00:00:21	00:00:20	00:00:23
Pageimpressions pro Visit	17	19	20	22	16
Zeit pro Visit	00:06:44	00:07:44	00:06:53	00:07:34	00:06:11

* Am 21.07.2001 wurde „drugcom.de“ online gestellt.

** Visit time out: 30 Minuten (maximale Dauer zwischen zwei Pageimpressions innerhalb eines Besuchs).

Tab. 3: Zugriffe auf „drugcom.de“

⁹ Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2006/p2920021.htm>).

¹⁰ Ausgewertet mit WebSuxess™ 4.0 SR2.

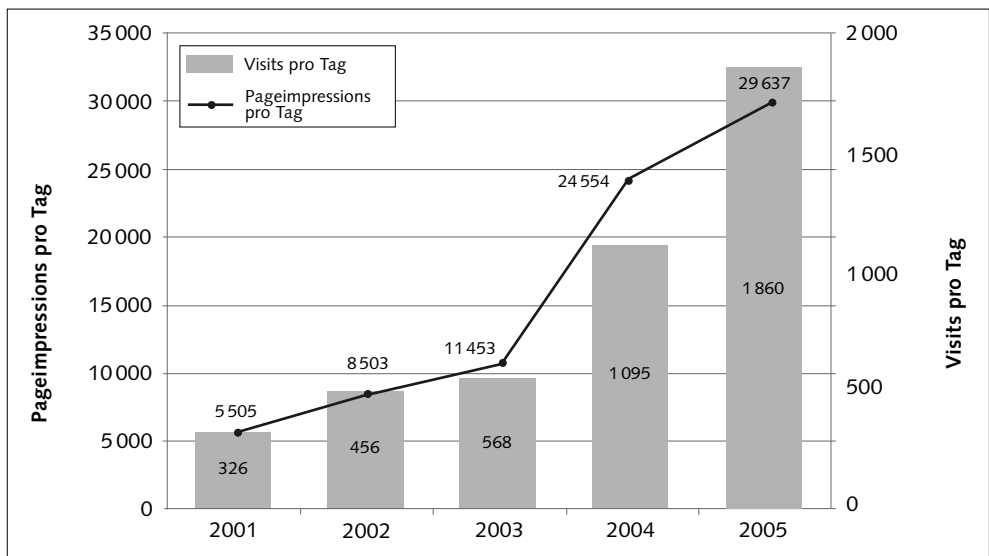


Abb. 7: Entwicklung der Zugriffe 2001 bis 2005

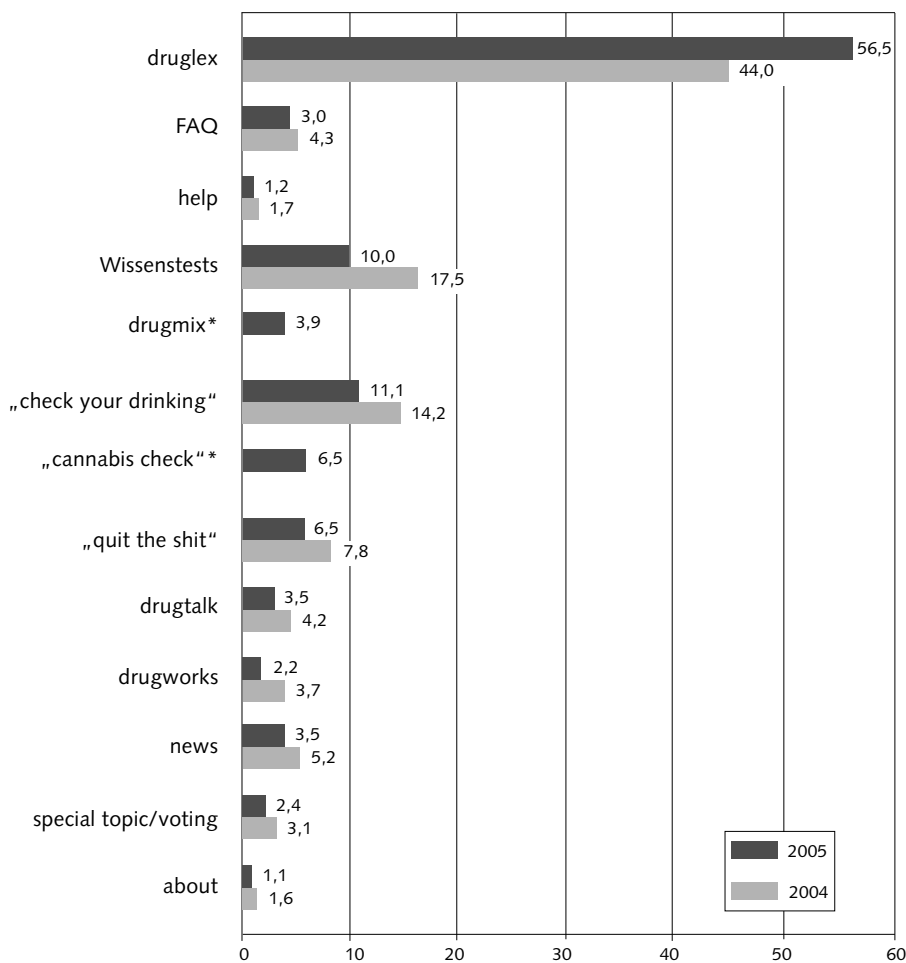
die letzten fünf Jahre zeigt sich somit, dass die Zugriffe (→ Visits) auf „drugcom.de“ seit Beginn des Projekts um rund 570 % gestiegen sind. Während die Zugriffe in den ersten drei Projektjahren nur langsam anstiegen, haben sich die Visits 2004 und 2005 jeweils beinahe verdoppelt. Nur bei den → Pageimpressions pro → Visit –, das heißt den Sichtkontakten mit einzelnen Webseiten – gab es 2005 einen Rückgang. Dies ist vermutlich auf die gestiegene Anzahl von → Verweisen von Suchmaschinen zu „drugcom.de“ zurückzuführen. Derartige Verweise führen meist nur zu einer Unterseite von „drugcom.de“ ohne dass die Navigation sichtbar wurde (vgl. hierzu auch Kapitel 5.2.2).

5.2.2 Für welche Bereiche interessieren sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“?

Um diese Frage beantworten zu können, werden alle → Visits bis einschließlich 11.12. 2005 berücksichtigt, da am 12.12.2005 ein umfassender Relaunch der Website erfolgte (vgl. Kapitel 3.2), der eine komplett umgebaute Startseite mit einer anderen Navigationsstruktur zur Folge hatte. Eine vergleichende Analyse der Visits vor und nach dem Umbau der Website ist angesichts der kurzen Zeit, die nach dem Relaunch bis zum Jahresende verstrichen ist, nicht aussagekräftig. Die Analyse der Bereichsnutzung erfolgt somit nur für das „alte“ „drugcom.de“. Dafür werden die Daten des Usertrackings ($n = 690\,440$) herangezogen, bei dem nicht Visits, sondern → Sessions Grundlage der Zugriffsstatistik sind (→ Visit). Theoretisch könnte jede Besucherin bzw. jeder Besucher jeden Bereich von „drugcom.de“ betreten haben. In diesem Falle würden alle Balken

in Abbildung 8 auf 100 Prozent stehen. Zu bedenken ist, dass die Ergebnisse nicht die Intensität der jeweiligen Nutzung wiedergeben (Anzahl → Pageimpressions), sondern lediglich die Information „hat Bereich besucht“ oder „hat Bereich nicht besucht“. Eine Auswertung der Pageimpressions pro Bereich würde stark verzerrte Ergebnisse liefern, da nicht in jedem Bereich gleich viele „Klicks“ möglich sind. Zum Vergleich werden die Ergebnisse denen aus 2004 gegenübergestellt.

In rund jeder zweiten → Session wird ein Besuch im „druglex“ registriert. Dieser – vor allem im Vergleich zu den übrigen Bereichen – besonders hohe Wert resultiert vermut-



* 2005 online

Abb. 8: Zugriffe auf Bereiche von „drugcom.de“ (Mehrfachangaben möglich; Angaben in Prozent)

lich aus der Tatsache, dass ein Großteil der Nutzerinnen und Nutzer über Suchmaschinen zu „drugcom.de“ gelangen (vgl. Kapitel 5.2.3). Der Suchmaschineneintrag führt in der Regel direkt auf die entsprechende Unterseite im „druglex“. Aufgrund technischer Besonderheiten¹¹ wurde dabei aber nur der Bereich (Frame) mit dem Textinhalt angezeigt, nicht aber die Navigation, sodass die Besucherinnen und Besucher, die über einen Suchmaschinenlink zu „drugcom.de“ gekommen sind, nicht erkennen konnten, dass „drugcom.de“ noch weit mehr als nur das „druglex“ umfasst. Somit hatten die Nutzerinnen und Nutzer keine andere Wahl, als nach Ansicht einer Lexikonseite diese zu schließen, statt weiter auf „drugcom.de“ zu „surfen“. Dieses Manko wurde mit dem kompletten Umbau der Website beseitigt, indem auf die Verwendung von Frames verzichtet wurde. So wird sichergestellt, dass bei jedem Sichtkontakt alle Navigationselemente vorhanden sind, „drugcom.de“ also immer vollständig angezeigt wird.

Im „druglex“ zeichnet sich auch die größte Veränderung im Vergleich zum Vorjahr ab. So ist der Anteil der Besuche im „druglex“ am Gesamtaufkommen aller → Sessions um rund 12 % gestiegen. Wahrscheinlich ist dies ebenfalls dem gestiegenen Anteil der Suchmaschinenverweise (→ Verweise) – das heißt vor allem von Google – zu „drugcom.de“ zuzurechnen.

Die Wissenstests und der Alkohol-Selbsttest „check your drinking“ sind beim drugcom-Publikum in etwa gleich beliebt, gefolgt vom 2005 neu aufgenommenen Cannabis-Selbsttest „cannabis check“ und dem Cannabisberatungsprogramm „quit the shit“. Zwar ist der relative Anteil der zuletzt genannten Bereiche niedriger als 2004, absolut betrachtet ist die Nutzung aber in allen Bereichen angestiegen. Beispielsweise stieg die absolute Anzahl an Besuchen im „check your drinking“ von 59 403 im Jahr 2004 auf 76 321 im folgenden Jahr. Da der Auswertungszeitraum 2005 in dieser Analyse nur bis zum 11.12.2005 reicht (aufgrund des Relaunchs), liegt die Gesamtzahl für 2005 sogar noch höher.

5.2.3 Woher kommen die Nutzerinnen und Nutzer bzw. woher kennen sie „drugcom.de“?

Wie in Kapitel 5.2.1 gezeigt werden konnte, haben sich die Zugriffszahlen (→ Visit) 2005 im Vergleich zum Vorjahr beinahe verdoppelt. Angesichts der Tatsache, dass – abgesehen von „Rap Attack“ (vgl. Kapitel 4.2) – keine gezielte Promotionsaktivitäten durchgeführt wurden, stellt sich die Frage, wie es zu diesem Anstieg gekommen ist. Die wichtigste Quelle zur Beantwortung dieser Fragen ist die Verweisstatistik. Bei jedem Besuch der Website wird gespeichert, von welcher Internetseite die Nutzerin bzw. der Nutzer zu

11 Die „alte“ Version von „drugcom“ wurde mit so genannten Frames (Rahmen) dargestellt, wobei die Navigation und der Inhalt jeweils in einem anderen Frame angeordnet waren.

Rang	Suchmaschinen	Verweise (Anzahl)	Server (ohne Suchmaschinen)	Verweise (Anzahl)
1	Google Deutschland	177 021	http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de	8 553
2	Google Österreich	15 135	http://www.bzga.de	6 235
3	Google Schweiz	11 121	http://www.bravo.de	2 977
4	Google.com	9 268	http://daemlich.net	2 070
5	Yahoo! Deutschland	3 817	http://www.myfunlink.de	1 945
6	MSN Deutschland Web Search	3 725	http://schuleundgesundheit.hessen.de	1 903
7	AOL Deutschland	3 288	http://mousesports.clanserver4u.de	1 903
8	T-Online	2 901	http://www.weiterstattbreiter.info	1 202
9	Freenet.de-Suche	1 490	http://www.drogen-forum.com	1 171
10	GMX-Suche	1 271	http://www.raveline.de	968
11	web.de	1 236	http://de.wikipedia.org	966
12	Lycos Deutschland	1 124	http://www.webpsychiater.de	800
13	Fireball	531	http://www.loveline.de	786
14	Google Belgien	369	http://www.machsmitt.de	753
15	Google Frankreich	276	http://www.deineip.de	725
16	Google Niederlande	274	http://yam.msn.de	657
17	Yahoo!	270	http://www.wdr.de	562
18	Altavista Deutschland	269	http://www.gesundheit.de	439
19	Google Luxemburg	257	http://www.heise.de	391
20	Google Polen	206	http://www.gayinfoboard.de	380
...	...	...	...	...
	Summe Suchmaschinen- verweise 2005	236 954	Summe aller Serververweise 2005	71 860
	Summe Suchmaschinen- verweise 2004	96 184	Summe aller Serververweise 2004	76 875

Tab. 4: Verweise zu „drugcom.de“ im Jahre 2005

„drugcom.de“ gewechselt hat. Somit lässt sich nachvollziehen, welche Internetseiten besonders effektiv Nutzerinnen und Nutzer zu „drugcom.de“ lenken. Tabelle 4 enthält die Top-20-Verweise (→ Verweise) aus dem Jahr 2005.

Während die → Verweise von anderen Webseiten (→ Server) leicht rückläufig waren, sind die Verweise von Suchmaschinen um das Zweieinhalbfache gestiegen. Drei Viertel davon kamen allein von Google Deutschland. Auf die Gesamtzahl an → Visits im Jahr 2005 umgerechnet kann festgestellt werden, dass etwa ein Drittel aller Besuche bei „drugcom.de“ (= 678 801 Visits) über ein Suchmaschinenergebnis erfolgte. Server- und Suchmaschinenverweise zusammengefasst zeichnen etwa für die Hälfte aller Visits verantwortlich. Ein Blick auf die Verweise von anderen Servern (ohne Suchmaschinen)

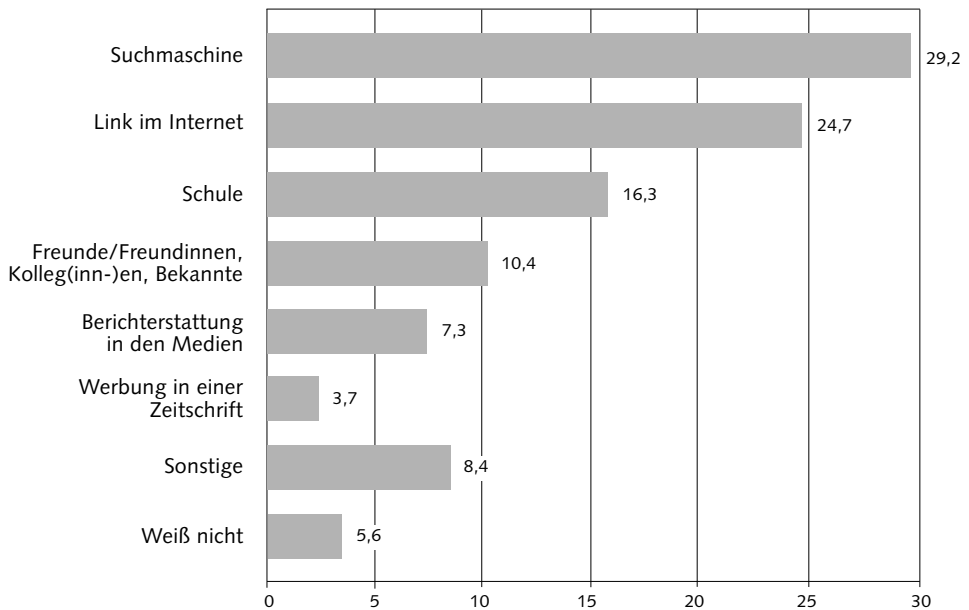


Abb. 9: Woher ist „drugcom.de“ bekannt? (Mehrfachnennungen möglich [n = 356]; Angaben in Prozent)

zeigt, dass zwar vier der 20 am häufigsten auf „drugcom.de“ verweisenden Internet-Domains (→ Domain) ebenfalls von der BZgA betrieben werden¹² – von „bravo.de“ bis „gayinfoboard.de“ liegt jedoch ein recht heterogenes Spektrum an Internetseiten vor, die Links zu „drugcom.de“ auf ihren Seiten haben. Im Jahr 2005 haben insgesamt 3 620 unterschiedliche Domains Besucher über Links zu „drugcom.de“ geleitet.

Die Verweisstatistik zeigt darüber hinaus auf, dass die Hälfte der Visits *nicht* über Links auf anderen Internetseiten erzeugt wurden, sondern durch die direkte Eingabe der → URL „www.drugcom.de“ oder durch den Aufruf eines → „Bookmarks“ bzw. → „Favoriten“ im → Browser. Es stellt sich somit die Frage, *woher* die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ erfahren haben. Diese Frage wurde in der Onlineumfrage gestellt, Abbildung 9 veranschaulicht die Ergebnisse.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gaben an, „drugcom.de“ über eine Suchmaschine oder einen Link im Internet zu kennen. Dieses Ergebnis korrespondiert mit dem aus der Verweisstatistik (siehe oben). Als weitere wichtige Quelle wird die Schule genannt. Offenbar wird „drugcom.de“ häufig im Rahmen des

¹² www.bist-du-staerker-als-alkohol.de, www.bzga.de, www.loveline.de, www.machsmid.de.

Unterrichts thematisiert. Wie in Kapitel 5.2.4 zu zeigen sein wird, sind Lehrerinnen und Lehrer die größte Gruppe der Nutzerinnen und Nutzer, die „drugcom.de“ aus beruflichen Gründen verwenden. Zwar muss einschränkend erwähnt werden, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Stichprobe aus der Onlineumfrage vergleichsweise jung sind und insofern ein hoher Anteil an Schülerinnen und Schülern zu erwarten ist, dennoch kann festgestellt werden, dass „drugcom.de“ (inoffiziell) in der Drogenaufklärung von Schülerinnen und Schülern Verwendung findet.

Jede zehnte Person, die an der Onlinebefragung teilgenommen hat, gab an, „drugcom.de“ durch Freunde/Freundinnen, Kollegen/Kolleginnen oder Bekannte zu kennen. Dieser Wert wurde auch in früheren Nutzerbefragungen auf „drugcom.de“ gefunden und scheint somit relativ stabil zu sein. Weniger beständig ist der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer, die durch Werbung oder Berichterstattung in den Medien auf „drugcom.de“ aufmerksam wurden. Die Entwicklung läuft jedoch parallel mit dem Aufwand, der in diesen Bereichen geleistet wurde. Da die PR- und Werbemaßnahmen 2005 – bis auf die Promotion im Jugendfreizeitbereich – stark zurückgefahren wurden, ist ein geringer Anteil an Nutzerinnen und Nutzern, die hierüber von „drugcom.de“ erfahren, zu erwarten.

5.2.4 Was sind die Gründe für den Besuch von „drugcom.de“?

Zu dieser Frage kann ebenfalls auf die Onlineumfrage zurückgegriffen werden. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass die Stichprobe der Nutzerbefragung höchstwahrscheinlich Selektionseffekten unterliegt. So konnte bereits in Kapitel 5.1.1 gezeigt werden, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung im Vergleich zu den Nutzerinnen und Nutzern anderer drugcom-Angebote (zum Beispiel Wissenstests) etwas jünger sind und einen vergleichsweise hohen Anteil weiblicher Nutzerinnen aufweist. Möglicherweise haben sich diese Personen durch die Aussicht auf einen Warengutschein (H&M, Media Markt) stärker angesprochen gefühlt. Insofern sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

Zwar ist „drugcom.de“ in erster Linie für die Zielgruppe der drogenaffinen jungen Menschen konzipiert, die Erfahrung hat aber gezeigt, dass ein gewisser Anteil an Nutzerinnen und Nutzern „drugcom.de“ aus beruflichen Gründen besucht. Um diesen Anteil etwas genauer bestimmen zu können, wurde in der letzten Onlineumfrage nach beruflichen und privaten Motiven für die Nutzung von „drugcom.de“ gefragt. Demnach gaben immerhin 28,2 % der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer an, „drugcom.de“ aus beruflichen Gründen zu nutzen. Selbst wenn dieser Wert aus oben genannten Gründen als nicht repräsentativ für die „drugcom-Population“ zu bezeichnen ist, so zeigt sich doch, dass der Anteil beruflich Nutzender nicht unerheblich ist. Um die Motive für den beruflichen und privaten Anlass näher untersuchen zu können, werden diese in den folgenden Auswertungen getrennt betrachtet.

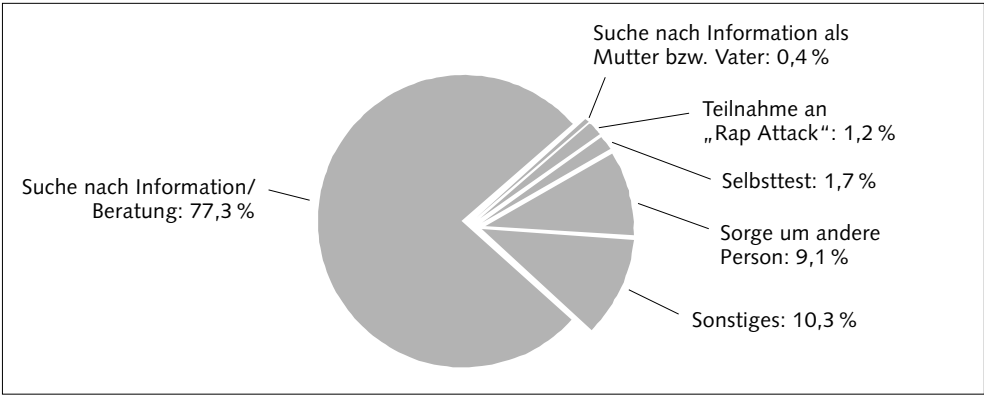


Abb. 10: Anlass für den Besuch bei privatem Interesse (n = 242)

Privater Anlass

Mit 71,8 % gab die überwiegende Mehrheit der Befragten an, „drugcom.de“ aktuell aus privatem Interesse zu besuchen. Rund drei Viertel taten dies, weil sie Informationen oder Beratung gesucht haben. Knapp 10 % suchten Hilfe wegen einer anderen Person, sei es als Freundin/Freund, Partnerin/Partner oder als Mutter/Vater. Da im Befragungszeitraum auch der Musikwettbewerb „Rap Attack“ stattgefunden hat, haben einige Personen „drugcom.de“ aufgesucht, um Informationen hierüber zu bekommen.

Beruflicher Anlass

Die Auswertung der beruflichen Hintergründe für den Besuch bei „drugcom.de“ zeigt auf, dass Lehrerinnen und Lehrer mit 35 % die größte Berufsgruppe der Teilstichprobe

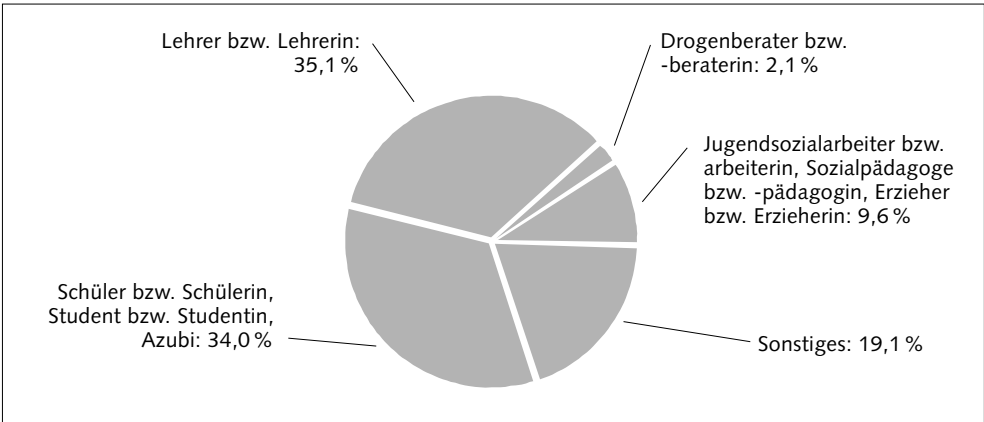


Abb. 11: Professionelles Interesse: Beschäftigungsfelder (n = 94)

stellen. Beinahe ebenso groß ist die Gruppe der Studierenden, Azubis und Schülerinnen bzw. Schülern. Zwar werden Personen dieser Gruppe nicht typischerweise zu den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gezählt, sie haben sich dennoch dem „beruflichen Anlass“ zugeordnet. Möglicherweise wurde „beruflicher Anlass“ gewählt, da sie nicht wegen eines persönlichen Problems auf www.drugcom.de gegangen sind, sondern im Rahmen ihrer Ausbildung (Schule, Studium).

Pädagoginnen und Pädagogen stellen mit 10 % die drittgrößte Berufsgruppe. Unter der Kategorie „Sonstige“ finden sich unterschiedliche Professionen wie „Ergotherapeutin“, „Polizeibeamter“, „Präventionsbeauftragter“ etc.

Entsprechend der beruflichen Hintergründe wird am häufigsten angegeben, dass Informationen und Materialien für den Schulunterricht gesucht wurden. Viele wollten sich nur über „drugcom.de“ im Allgemeinen oder speziell über das Cannabisberatungsprogramm „quit the shit“ bzw. den Musikwettbewerb „Rap Attack“ informieren.

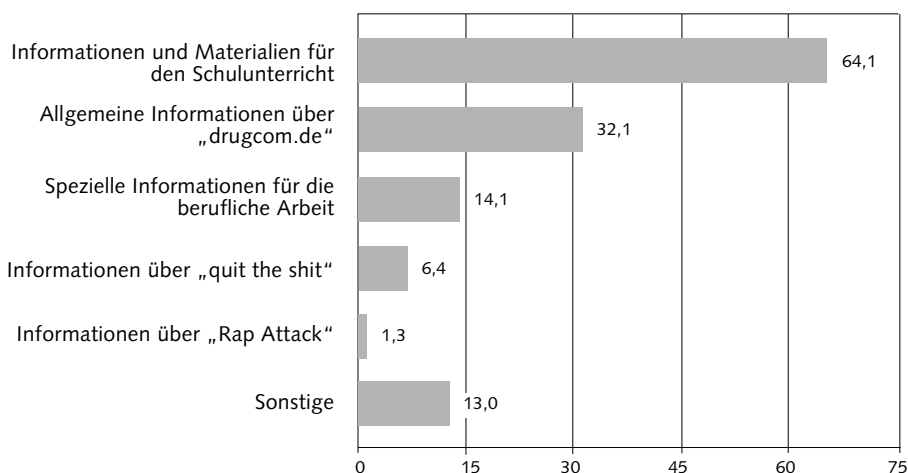


Abb. 12: Anlass für den derzeitigen Besuch bei professionellem Interesse (Mehrfachnennungen möglich [n = 78]; Angaben in Prozent)

5.3 Chat- und E-Mail-Beratung

Die personale Kommunikation ist neben der Massenkommunikation durch webbasierte Informationsvermittlung eine wichtige Methode im Rahmen des Suchtpräventionsprojekts „drugcom.de“. Durch die Möglichkeit der direkten Kommunikation zwischen den

Nutzerinnen und Nutzern und dem drugcom-Team gewinnt die Website zudem an Lebendigkeit. Der Chat- und E-Mail-Kommunikation kommt eine Doppelfunktion zu: aus der Perspektive der Nutzenden bieten Chat und E-Mail-Beratung eine unkomplizierte Möglichkeit zu Kommunikation und Beratung. Für die Projektdurchführung erfüllt der Kontakt mit der Zielgruppe eine Monitoringfunktion, in der sich zum einen (natürlich nicht repräsentativ) Themen und Trends im Bereich des Substanzkonsums abbilden und zum anderen (unsystematisch) Feedbacks zur Website gegeben werden.

5.3.1 Wie hat sich die Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote seit dem Onlinestart entwickelt?

Jederzeit können sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ in den Chat einloggen. Moderation und Chatberatung werden von Montag bis Freitag von 15:00 bis 17:00 Uhr angeboten. Eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des drugcom-Teams ist dabei 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. Darüber hinaus können sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ jederzeit per E-Mail an das drugcom-Team wenden. Abbildung 13 veranschaulicht die Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote und die Entwicklung seit Projektbeginn.

Nachdem die Chat-Log-ins im Jahr 2003 sprunghaft angestiegen sind, stagnierten die Log-ins im Folgejahr, um sich dann 2005 beinahe zu verdoppeln. Damit sind die Chat-Log-ins seit Projektbeginn um 531 % gestiegen, was in etwa der Zunahme der → Visits

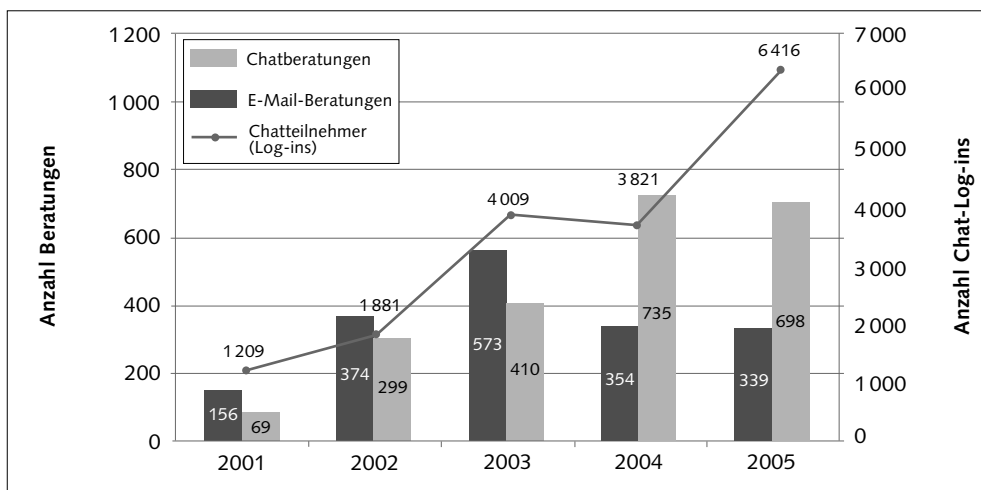


Abb. 13: Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote seit Projektbeginn

in dieser Zeit entspricht (vgl. Kapitel 5.2.1). 2005 wurden insgesamt 6 416 Chat-Log-ins registriert, wobei diese nicht mit der Anzahl an Userinnen und Usern zu verwechseln ist. Zahlreiche Userinnen und User loggen sich öfter ein, einige über einen längeren Zeitraum sogar täglich. Daraus hat sich eine Chatcommunity (→ Community) gebildet, eine Art „Stammpublikum“, das wesentlich dazu beiträgt, dass der Chat belebt ist und weitere Userinnen und User dort bindet. Unter den 6 416 Chat-Userinnen und -Usern bzw. Log-ins in den Chat, die im Jahr 2005 registriert wurden, lassen sich anhand des Benutzernamens 2 286 unterschiedliche Nutzerinnen und Nutzer ausmachen, wobei nicht auszuschließen ist, dass einige Nutzerinnen und Nutzer sich mehrmals mit unterschiedlichen Benutzernamen anmelden. Mehrere Log-ins einer Chatteilnehmerin bzw. eines Chatteilnehmers pro Tag werden jedoch nur als ein Log-in gewertet. Obwohl die drugcom-Moderatorinnen und -Moderatoren nur zwei Stunden anwesend waren, fanden rund 30 % aller Log-ins in dieser Zeit statt, was darauf schließen lässt, dass viele Nutzerinnen und Nutzer sich bewusst wegen deren Anwesenheit zu dieser Zeit einloggen.

Bei den Chat-Beratungen hat es 2004 einen deutlichen Rückgang gegeben, was sich jedoch nicht auf ein Nachlassen der Nachfrage, sondern auf das Cannabisberatungsprogramm „quit the shit“ zurückführen lässt. Bis zum Onlinestart von „quit the shit“ im August 2003 war die Zeit zwischen 15 und 17 Uhr reserviert für Chatmoderation und -beratung. Um die personellen Ressourcen optimal auszunutzen, wurden die Termine für Einzelgespräche bei „quit the shit“ überwiegend in diesem Zeitraum angeboten. Chatberatungen können also nur noch dann stattfinden, wenn ein Termin frei geblieben ist oder die angemeldete Interessentin bzw. der angemeldete Interessent nicht erscheint. 2005 wurden mit 339 Beratungen etwas weniger als im vorigen Jahr geleistet, da eine Zunahme an Aufnahmegesprächen im Rahmen von „quit the shit“ zu verzeichnen war.

Im Gegenzug zur abnehmenden Verfügbarkeit der drugcom-Beraterinnen und -Berater für Chatberatungen konnte eine deutliche Zunahme bei den E-Mail-Anfragen an das Beratungsteam von 410 auf 735 (im Jahr 2004) verzeichnet werden. 2005 gab es hier nur einen leichten Rückgang auf 698 E-Mail-Beratungen. Die Nutzung des E-Mail-Kontakts verbleibt somit auf hohem Niveau.

5.3.2 Wer nutzt die Beratungsangebote von „drugcom.de“?

Anhand der dokumentierten Beratungsfälle sollen die Nutzerinnen und Nutzer der Chat- und E-Mail-Beratung einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Der Altersschnitt der Personen, die Beratungsleistungen nutzen, liegt bei 20 Jahren (Median) und ist mit denen, die andere „drugcom.de“-Angebote nutzen, in etwa vergleichbar (vgl. Tabelle 2). Es zeigen sich allerdings Unterschiede in der Geschlechterverteilung. Wie in den vergangenen Jahren werden die Beratungsangebote von mehr weiblichen als von männlichen Personen in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 14). Mädchen und Frauen sind

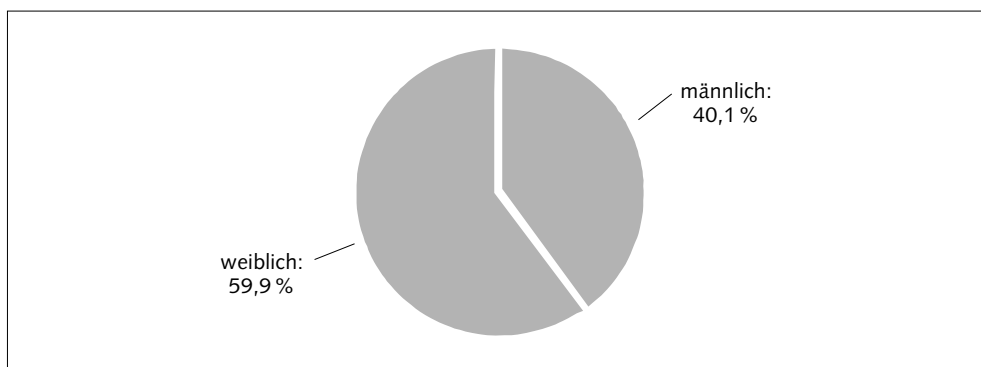


Abb. 14: Geschlechterverteilung bei der Inanspruchnahme der Beratungsangebote (n = 1037)

mehrheitlich mit 59,9 % vertreten und stellen hier einen noch höheren Anteil als in der allgemeinen Nutzerbefragung ermittelt (vgl. Kapitel 5.1). Dies steht in Kontrast zum Geschlechtsverhältnis in anderen drugcom-Angeboten wie dem „cannabis check“, „check your drinking“ oder den Wissenstests – dort ist der Anteil männlicher User deutlich höher (vgl. Tabelle 2). Einerseits ist hierin die Tendenz zu erkennen, dass männliche Jugendliche im Vergleich zu weiblichen stärker Informationsangebote im Internet in Anspruch nehmen (Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest 2005), andererseits ist zu vermuten, dass Mädchen und Frauen eine niedrigere Schwelle bei der Nutzung von Beratungsangeboten im psychosozialen Bereich aufweisen. Die eindeutige zahlenmäßige Dominanz von Jungen und Männern beim Beratungsangebot „quit the shit“

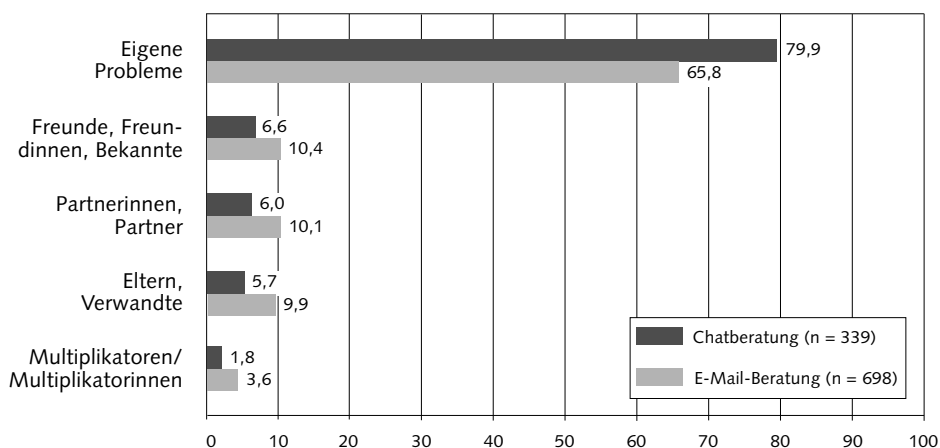


Abb. 15: Klientenstatus der Nutzerinnen und Nutzer der Beratungsangebote; Angaben in Prozent (n = 1 037)

kann deshalb als Indiz dafür betrachtet werden, dass sie trotz ihrer relativ geringen Tendenz zur Nutzung von Beratungsangeboten erfolgreich eingebunden werden konnten.

Die Analyse des Klientenstatus (vgl. Abbildung 15) offenbart, dass die meisten Klientinnen und Klienten, die sich an das drugcom-Team wenden, dies zumeist aufgrund eigener Probleme tun. Zudem wird erkennbar, dass für diese der Kontakt über den Chat eine besondere Bedeutung hat: 80 % derjenigen, die ihre Anfrage per Chat an das Beratungsteam richten, tun dies aufgrund eigener Probleme, wohingegen nur 66 % der E-Mail-Anfragen eigene Probleme zum Inhalt haben. Personen, die sich wegen einer Frage bezüglich Freund/Freundin, Partner/Partnerin oder Kindes oder als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen an das Beratungsteam wenden, sind eindeutig in der Minderzahl.

5.3.3 Mit welchen Fragen kommen die Nutzerinnen und Nutzer zu „drugcom.de“?

In den Beratungsangeboten von „drugcom.de“ werden Fragen und Probleme rund um das Thema Substanzabhängigkeit bzw. -entzug mit 305 Anfragen (29,7 %) am häufigsten angesprochen. In 253 Anfragen (24,5 %) wurde die Sorge um jemand anderen geäußert. Fragen zu Wirkungen und Risiken von Drogen wurden insgesamt 151-mal (14,7 %) thematisiert. In der Häufigkeit folgen Fragen zu psychischen (n = 89, 8,6 %) bzw. körperlichen Beschwerden (n = 57, 5,5 %) und zur Nachweisbarkeit von Substanzen (n = 55, 5,4 %). Fragen zu sozialen Problemen (n = 45, 4,3 %), rechtlichen Aspekten (n = 44, 4,3 %), Suizidalität (n = 42, 4,0 %) und Sexualität/Liebe (n = 15, 1,4 %) wurden ebenfalls an das drugcom-Team gerichtet (vgl. Abbildung 16).

Bei der differenzierten Betrachtung zwischen beiden Kontaktoptionen zeigt sich, dass der Chat im Vergleich zur E-Mail eher dann genutzt wird, wenn akute Problemlagen vorliegen, die die anfragende Person selbst betreffen. So liegt der prozentuale Anteil der Chatnutzerinnen und -nutzer bei Themen wie Abhängigkeit bzw. Entzug (37,5 % vs. 26 %), psychischen Beschwerden infolge des Konsums, sozialen Problemen wie zum Beispiel Einsamkeit oder suizidalen Neigungen höher als der Anteil von E-Mail-Anfragen. Der Kontaktweg per E-Mail wird eher von Personen genutzt, die ihre Sorge um jemand anderen thematisieren (zum Beispiel „Ich glaube, mein Sohn nimmt Drogen.“) oder wenn Fragestellungen angesprochen werden, die keine direkte Rückmeldung bzw. Beratung erfordern, wie zum Beispiel Fragen zur Wirkung und Risiken von Substanzen (zum Beispiel „Ich habe Diabetes. Gibt es spezielle Risiken bei mir, wenn ich Ecstasy nehme?“) oder zur Nachweisbarkeit von Substanzen.

In 95 % (n = 983) aller E-Mail- und Chat-Beratungsanfragen wurde der Konsum von legalen oder illegalen Substanzen thematisiert. Davon behandelten die meisten (43 %; n = 447) den Konsum von Cannabis. Dabei geht es häufig um Fragen zur Abhängigkeit von Cannabis, oft gepaart mit Fragen zum Programm „quit the shit“. Fragen zum Alko-

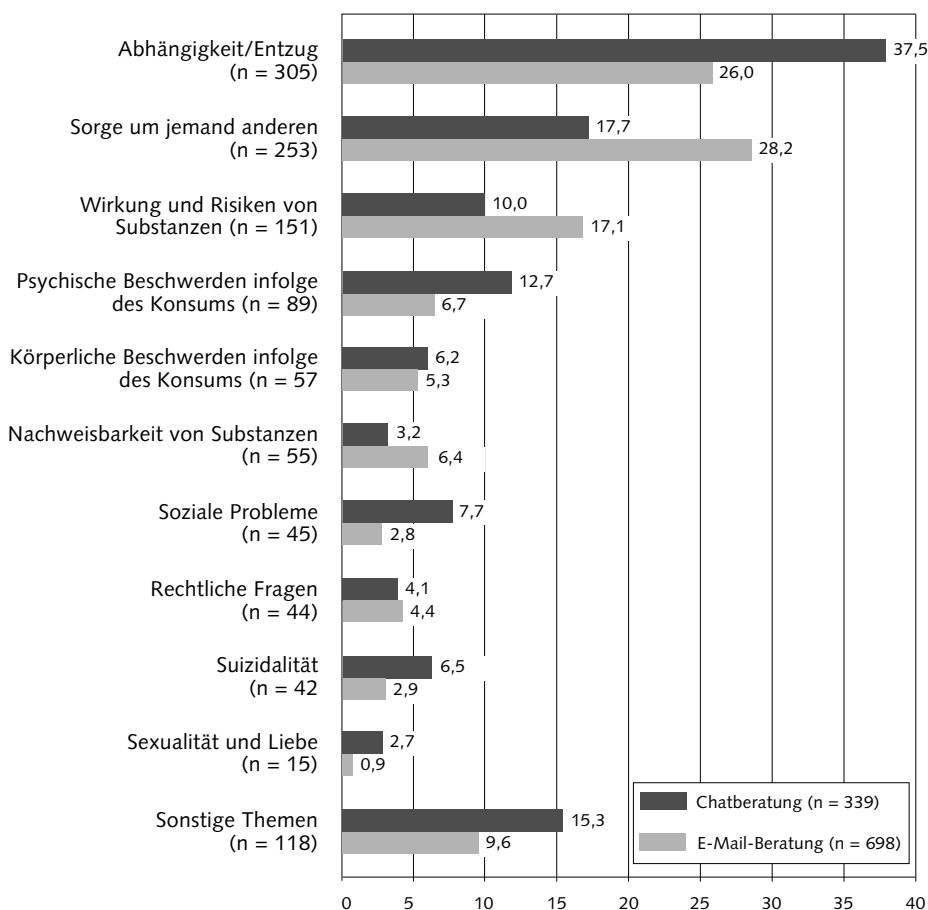


Abb. 16: Themen der Beratung; Angaben in Prozent (Mehrfachangaben möglich, n = 1 037)

holkonsum wurden mit 14 % (n = 135) am zweithäufigsten angesprochen; das Thema „Amphetamine“ folgt mit einem etwas geringeren Anteil (12 %; n = 117). Ecstasy verliert im Vergleich zu den Vorjahren weiter an Bedeutung und wird wie Kokain in 8 % (n = 78) der Anfragen thematisiert. Außer den Opiaten (7 %, n = 77) und Medikamenten (5 %; n = 49) spielen andere Substanzen nur eine untergeordnete Rolle.

5.4 Wie bewerten die Nutzerinnen und Nutzer „drugcom.de“?

Die erfolgreiche Umsetzung einer präventiven Maßnahme lässt sich nicht nur quantitativ an der Nutzung festmachen, sondern wird vor allem über die Akzeptanz von Seiten der Rezipientinnen und Rezipienten bestimmt. Insbesondere eine Internetseite ist elementar darauf angewiesen, dass die adressierten Nutzerinnen und Nutzer sich angesprochen fühlen und sowohl die Inhalte als auch die ästhetischen Aspekte positiv bewertet werden. Daher ist es für die Weiterentwicklung von „drugcom.de“ unerlässlich, systematisch Informationen über die Akzeptanz des Angebots zu sammeln und auszuwerten, um ggf. Weiterentwicklungen zu initiieren.

Auf der Basis der Evaluationsergebnisse wurde die Website in den fünf Jahren mehrfach sowohl inhaltlich als auch optisch erweitert und modifiziert. 2005 wurde zudem ein Relaunch durchgeführt, bei dem vor allem die grafischen Elemente und die Navigation auf der Website überarbeitet wurden. Aus diesem Grund galt es zu untersuchen, inwiefern sich die vorgenommenen Änderungen auf die Bewertung des Webangebotes auswirken – oder anders formuliert: können die guten Zufriedenheitswerte der ursprünglichen Seitengestaltung wieder erreicht werden bzw. gewinnt „drugcom.de“ durch sein neues Design an Attraktivität?

Um Aufschluss hierüber zu erlangen, wurde zum einen bereits vor dem Onlinestart des neu gestalteten „drugcom.de“ ein Usability-Test unter Laborbedingungen durchgeführt. In Kapitel 3.2 werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst. Darüber hinaus wurden nach dem Relaunch Onsitebefragungen durchgeführt, bei der jeweils eine Stichprobe von „drugcom.de“-Nutzerinnen und -Nutzern gezogen wurde, um deren Akzeptanz zu ermitteln. Dabei handelt es sich um eine Onlinebefragung zur Ermittlung der allgemeinen Akzeptanz (vgl. Kapitel 5.4.1). Details zur Erhebungsmethode können unter Kapitel 5.1 nachgelesen werden. Die Ergebnisse zur allgemeinen Akzeptanz werden mit den Bewertungen, die zum ursprünglichen Seitenlayout abgegeben wurden, verglichen.¹³

Darüber hinaus wurde zwei Monate vor dem Relaunch eine bereichsspezifische Erhebung durchgeführt, in der die neuen Module „drugmix“¹⁴ und „cannabis check“ auf ihre spezifische Akzeptanz und Wirkung hin untersucht wurden (vgl. Kapitel 5.4.2). Bei der bereichsspezifischen Analyse werden die Bewertungen der neuen Module den entsprechenden Ergebnissen, die für die bisherigen Bereiche ermittelt wurden, gegenübergestellt (vgl. BZgA 2006¹⁵).

¹³ Die Akzeptanz des „alten“ Layouts wurde zuletzt im Jahre 2002 in Rahmen von vier Quartalerhebungen ermittelt (vgl. BZgA 2003a).

¹⁴ Nach dem → Relaunch umbenannt in „mischkonsum“.

¹⁵ Verfügbar unter <http://www.drugcom.de/pdf.php?id=9c8e465762be277275ae20a41a47970e>.

5.4.1 Allgemeine Akzeptanz

5.4.1.1 Informationsgehalt

Neben den Beratungsangeboten bilden die auf „drugcom.de“ bereitgestellten Informationen das Fundament der Seite. Mit den Informationsangeboten wird das suchtpreventive Ziel verfolgt, den Wissensstand über psychotrope Substanzen bei drogenaffinen jungen Menschen zu erhöhen. Eine notwendige Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz unter den Nutzerinnen und Nutzern, das heißt, sie sollten nicht nur objektiv gut informiert sein, sondern sich auch angesprochen und gut informiert fühlen.

Wie Abbildung 17 zu entnehmen ist, zeichnet sich seit der letzten Gesamterhebung im Jahr 2002 eine deutlich verbesserte Bewertung des Informationsgehalts unter den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern ab. Dies zeigt sich insbesondere im Anteil derer, die „drugcom.de“ als *sehr informativ* beurteilten: wählten 2002 „nur“ 27,8 % die höchste Kategorie, waren es 2005 nach dem Relaunch rund 50 %. Insgesamt 87 % der Befragten bewerteten die Seite nun als *sehr* oder *ziemlich informativ*. Während 7,9 % der Teilnehmenden der Seite einen *mittelmäßigen* Informationsgehalt beimaßen, spielen negative Beurteilungen mit insgesamt 1,4 % der Angaben praktisch keine Rolle.

Es kann somit konstatiert werden, dass im Vergleich der beiden Querschnittsuntersuchungen der Informationsgehalt der „neuen“ Version von „drugcom.de“ deutlich höher eingeschätzt wird als noch vor drei Jahren. Wie vor dem Hintergrund der sehr positiven Beurteilungen zu erwarten ist, wurde in den dafür vorgesehenen Textfeldern keine fundamentale Kritik geäußert. Personen, die Verbesserungsvorschläge zu den Informationen abgaben, wünschten sich vor allem mehr Bilder von Drogen (fünf Nennungen); eine

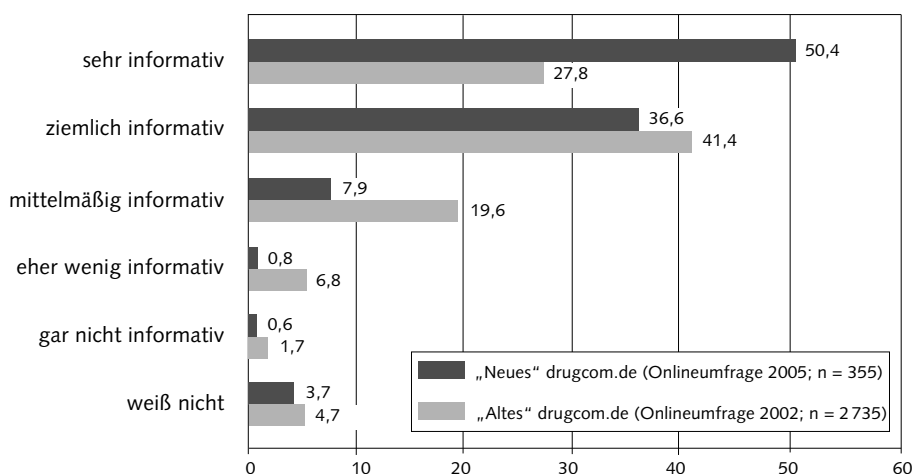


Abb. 17: Einschätzung des Informationsgehalts (Angaben in Prozent)

ebenso hohe Anzahl von Befragten regte an, dass Berichte über Drogenerfahrungen bereitgestellt werden sollten. Vier Personen erklärten, sie favorisierten zusätzliche Selbsttests im Stil des „cannabis check“ oder „check your drinking“.

5.4.1.2 Benutzerfreundlichkeit

Die Benutzerfreundlichkeit beschreibt den komfortablen Umgang mit den Navigationselementen auf der Website. Dies soll durch einen einfachen und übersichtlichen Aufbau des Angebots ebenso gewährleistet werden, wie durch die Gliederung der jeweiligen Unterbereiche. Hierdurch werden eine einfache Orientierung und ein zügiges Auffinden der gewünschten Inhalte ermöglicht. Darüber hinaus können die Anforderungen an die Barrierefreiheit als Teilelement der Benutzerfreundlichkeit genannt werden. In der aktuellen Onlineumfrage wurde der Aspekt der Barrierefreiheit aber nicht berücksichtigt, da zur Ziehung einer hinreichend großen Stichprobe von behinderten drugcom-Nutzerinnen und -Nutzern ein zu hoher Aufwand nötig gewesen wäre.

Die Ergebnisse der Onlineumfrage, die nach dem Relaunch durchgeführt wurde, zeigt, dass die Bewertung der Benutzerfreundlichkeit deutlich positiver als vor der Neugestaltung der Website ausfällt (vgl. Abbildung 18). So wird die „neue“ Site von einem Drittel der Befragten als *sehr gut* bezeichnet. Mit 18,3 % gab drei Jahre zuvor ein wesentlich geringerer Anteil der Nutzenden dieses Urteil ab. Während das Urteil *ziemlich gut* mit 51,3 % (neues Layout) bzw. 48,2 % (altes Layout) ausgeglichen gefällt wird, bewertet nur jede zehnte befragte Person „drugcom.de“ *mittelmäßig*, *nicht so* oder *gar nicht gut* – das ursprüngliche Seitenlayout verbucht hier fast ein Drittel der Angaben.

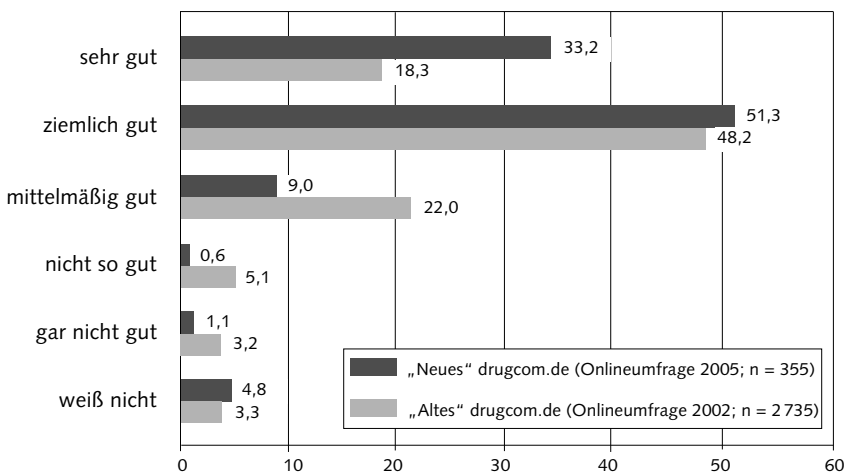


Abb. 18: Einschätzung der Benutzerfreundlichkeit/Navigation (Angaben in Prozent)

Obwohl die durchaus zufrieden stellenden Bewertungen der Benutzerführung auf keinen dringenden Optimierungsbedarf hinweisen, kritisierten sieben Personen in offenen Textfeldern der Nutzerbefragung, dass der Chat von „drugcom.de“ nun schwerer zu erreichen sei. Da sich dieses Problem auch offenkundig auf die Log-ins in den Chat auswirkte (und von einigen Chatuserinnen und -usern angesprochen wurde), wurde die Menüführung der Homepage kurzfristig optimiert, indem eine Box in die rechte Spalte eingefügt wurde, sodass der Chat nun leichter zu finden ist.

In den freien Textfeldern fanden sich lediglich zehn Nennungen, in denen die Navigation der neuen Version als zu unübersichtlich kritisiert wurde. Diesen Äußerungen stehen allerdings Bemerkungen von 30 Personen gegenüber, denen das Layout der neuen Seite aus diesem Grund mehr zuspricht. Somit wird offensichtlich, dass die neue Gestaltung von „drugcom.de“ trotz einzelner Vorbehalte in ihrer Benutzerfreundlichkeit überaus gut angenommen wurde.

5.4.1.3 Design

Neben den oben genannten Aspekten spielt die visuelle Anmutung der Website eine besondere Rolle bei der zielgruppengerechten Ansprache des Internetpublikums. Bei der Neugestaltung von „drugcom.de“ galt es daher, ein entsprechend „junges“ Design zu entwerfen, ohne anbiedernd zu wirken, wobei auch der Heterogenität junger Menschen Rechnung getragen werden sollte. Als Lösung für diese Zielsetzung wurden statt einem Design mehrere Designs entworfen. Die Nutzerinnen und Nutzer haben nun die Möglichkeit zum „Tapetenwechsel“. Dabei haben sie die Wahl zwischen vier unterschiedlichen Grunddesigns („retro“, „sommer“, „verpeilt“ und „winter“).

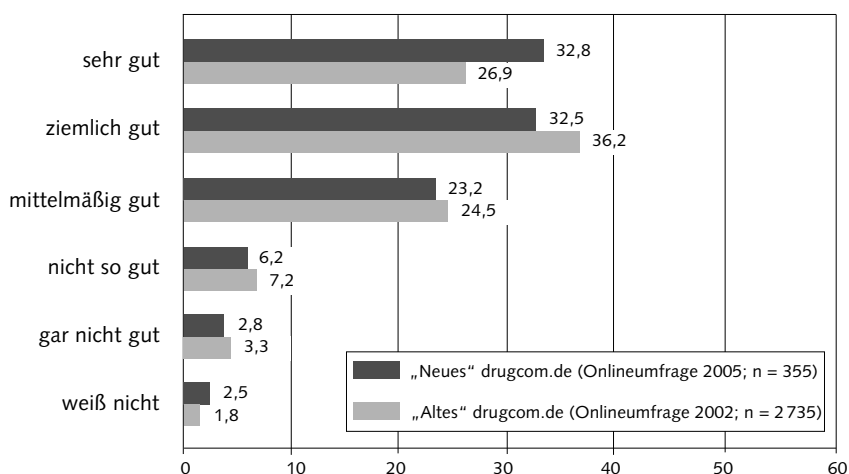


Abb. 19: Einschätzung des Designs (Angaben in Prozent)

Im Usability-Test (vgl. Kapitel 3.2 und 9.2) wurden bereits zwei Designs („verpeilt“ und „retro“) getestet, wobei die Ergebnisse auf eine gute Akzeptanz hindeuten. Auch die Ergebnisse der Onlineumfrage nach erfolgtem Relaunch (vgl. Abbildung 19) zeigen, dass die neue Gestaltung bei der überwiegenden Anzahl der Befragten auf Zustimmung stößt.¹⁶ So beurteilten insgesamt 65,3 % das Design als *sehr* oder *ziemlich gut*. Mit 23,2 % bewertet ein deutlich geringer Anteil der Nutzerinnen und Nutzer die Gestaltung als *mittelmäßig*, und nur 9 % bewerten das neue Design als nicht so bzw. *gar nicht gut*.

Darüber hinaus wurden die Personen, die „drugcom.de“ nach eigenen Angaben bereits vor dem Relaunch kannten, danach gefragt, welches Design ihnen besser gefällt. Das Ergebnis hierzu fällt eindeutig zugunsten des neues Design aus: 71 % erklärten, ihnen gefiele das neue Layout besser; nur 14 % zogen das alte dem neuen Design vor; 15 % zeigten sich unentschlossen (vgl. Abbildung 20).

In einem freien Textfeld haben zudem fünf Personen explizit das „sachlichere“ Design und den „Tapetenwechsel“ gelobt. Es kann somit konstatiert werden, dass die gestalterischen Änderungen im Rahmen des Relaunches von „drugcom.de“ auf eine hohe Akzeptanz des Zielpublikums stoßen und sich im Vergleich zum vorherigen Layout eine bedeutsame Verbesserung der Bewertung abgezeichnet hat.

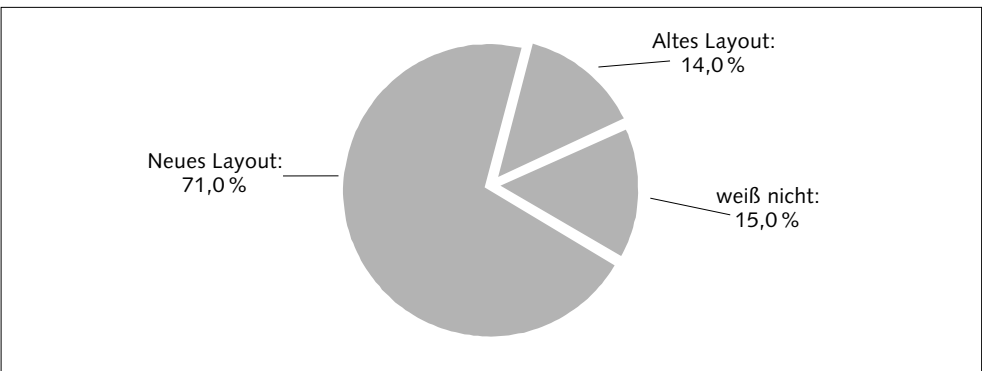


Abb. 20: Welches Seitenlayout von „drugcom.de“ gefällt besser? (n = 107)

¹⁶ Allerdings haben 96,3 % der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung die Standardtapete („verpeilt“) verwendet, sodass sich die Ergebnisse nur hierauf beziehen.

5.4.2 Bereichsspezifische Evaluation – „mischkonsum“ und „cannabis check“

Alle Bereiche von „drugcom.de“ wurden 2004 bereichsspezifisch evaluiert, das heißt, jedes einzelne Modul wurde auf seine Akzeptanz beim drugcom-Publikum hin untersucht. Für einige Teilangebote wurden zudem Indizien für ihre Wirksamkeit erbracht. Im Jahr 2005 wurde mit „drugmix“, das später in „mischkonsum“ umbenannt wurde, ein neues Modul in das Portfolio von „drugcom.de“ eingegliedert, das sich ausschließlich mit den Risiken und Wirkungen des Mischkonsums psychoaktiver Substanzen befasst.¹⁷ Es beinhaltet eine breite Sammlung von Erfahrungsberichten, die im Rahmen einer groß angelegten Onlinestudie von Konsumierenden erhoben und nachfolgend von Expertinnen und Experten unter gesundheitsbezogenen Gesichtspunkten kommentiert wurden. Analog zu anderen Bereichen von „drugcom.de“ wurde auch „drugmix“ einer bereichsspezifischen Evaluation unterzogen. Dabei wurden die Nutzerinnen und Nutzer jeweils beim Verlassen des Teilbereichs mittels eines Kurzfragebogens in einem Popupfenster (→ Pop-up) zu ihren Eindrücken befragt. Insgesamt nahmen $n = 102$ Personen an der Befragung zu „drugmix“ teil.

Darüber hinaus wurde der ebenfalls neu in das Repertoire präventiver Methoden aufgenommene Selbsttest „cannabis check“ in die bereichsspezifische Evaluation eingebunden, um Vergleichswerte für die Akzeptanz und Wirkung des Selbsttests zu ermitteln. Hierzu liegen von 303 Nutzerinnen und Nutzern Rückmeldungen vor. Die bereichsspezifische Evaluation beider Bereiche erfolgte vom 10.10.2005 bis zum Tag des → Relaunches am 12.12.2005.

Im Sinne der prozessbegleitenden Evaluation werden als Akzeptanzmaße, die Verständlichkeit der Informationen und die Weiterempfehlungsabsicht untersucht. Darüber hinaus werden im Rahmen der Ergebnisevaluation der subjektiv eingeschätzte Wissenszuwachs, die Reflexionsanregung sowie die Absicht zur Verhaltensänderung untersucht. Die Ausprägungen dieser Akzeptanzindikatoren werden mit den Beurteilungen anderer drugcom-Bereiche verglichen, die bereits im drugcom-Jahresbericht 2004 (BZgA 2006) beschrieben wurden.

5.4.2.1 Verständlichkeit

Die Verständlichkeit der Texte ist eine wichtige Grundlage, um überhaupt präventive Inhalte vermitteln zu können. Dabei kommt es darauf an, die mitunter komplexen Thematiken hinreichend differenziert darzustellen, ohne die Verständlichkeit zu gefährden. Ob diese Gradwanderung gelungen ist, wurde im Rahmen der bereichsspezifischen Eva-

¹⁷ Da zum Zeitpunkt der Evaluation noch die Bezeichnung „drugmix“ verwendet wurde, wird dieser Begriff auch im Rahmen des Evaluationsberichts benutzt.

luation untersucht. Abbildung 21 veranschaulicht die Bewertung der Verständlichkeit in Abhängigkeit von den zu beurteilenden Bereichen auf „drugcom.de“. Die Wissenstests wurden der Übersichtlichkeit halber zusammengefasst.

Der Vergleich von „drugmix“ mit anderen Bereichen von „drugcom.de“ zeigt, dass die Mehrzahl der „drugmix“-Nutzerinnen und -Nutzer diesen Bereich zwar als *ziemlich* oder *sehr verständlich* bewerten, ein vergleichsweise hoher Anteil an Nutzerinnen und Nutzer hat jedoch Probleme beim Verständnis der in „drugmix“ bereitgestellten Informationen. Dazu ist zu erwähnen, dass die in „drugmix“ enthaltenen Texte zum einen authentische Konsumbeschreibungen von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten sind. Diese Texte haben eher umgangssprachlichen Charakter und sollten daher geringe Verständnisprobleme verursachen. Zum anderen beinhaltet „drugmix“ Kommentare von einer Expertin und drei Experten der Fachbereiche Medizin und Pharmakologie. Die Expertenkommentare beziehen sich auf die jeweiligen Substanzkombinationen und fokussieren die Risiken des jeweils spezifischen Mischkonsums. Denkbar ist, dass sich die Verständnisprobleme vor allem auf diese Texte beziehen. Es wäre daher zu prüfen, ob hier noch Verbesserungen möglich sind. Allerdings liegt es vermutlich in der Natur der Sache, das heißt den komplexen Wechselwirkungen, die sich nicht ohne weiteres in einfachen und zudem wenigen Worten erklären lassen.

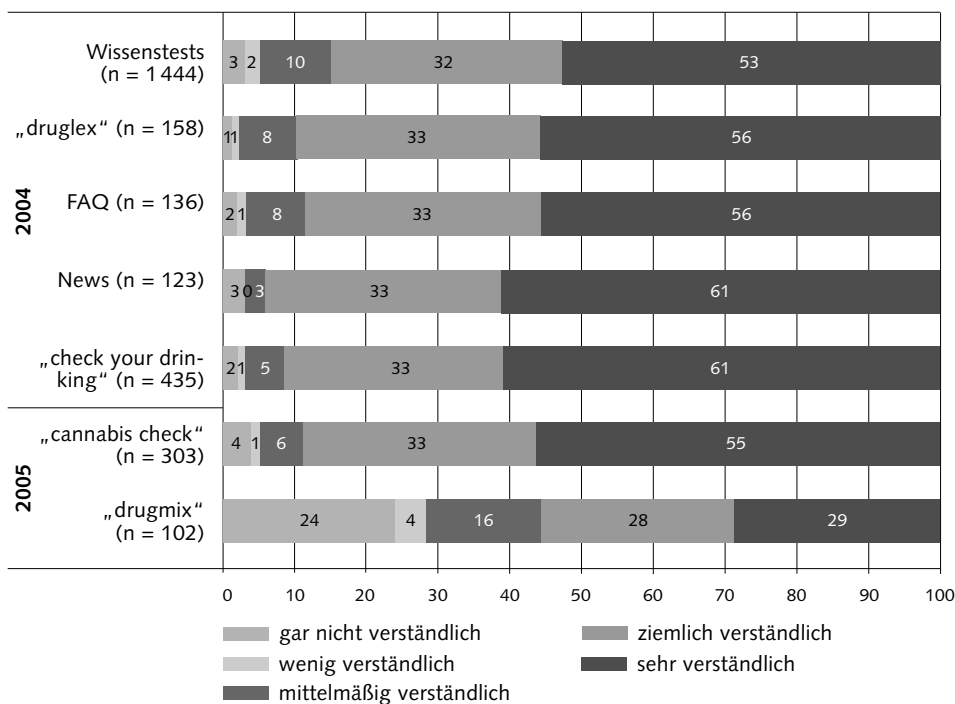


Abb. 21: Verständlichkeit der Texte in Abhängigkeit vom genutzten Bereich (Angaben in Prozent)

Denkbar wäre auch, dass die Bewertung der Verständlichkeit beeinflusst wurde durch die komplexere Darstellungsweise dieses Moduls. Im Gegensatz zum Drogenlexikon, wo Wirkungen und Risiken in der Regel aufgelistet bzw. gebündelt dargestellt werden, erschließt sich der Leserin bzw. dem Leser die ganze Tragweite der Wirkungen und Risiken erst in der Zusammenschau und Interpretation von verschiedenen Konsumerberichten und Expertenkommentaren und erfordert somit eine gewisse Abstraktionsfähigkeit der Leserinnen und Leser.

Möglicherweise wird die Verständlichkeit aber bereits durch die vereinfachte Darstellung nach dem → Relaunch verbessert. Expertenkommentare werden nun jeweils direkt unter dem jeweiligen Konsumerbericht dargestellt.

Hingegen zeigen sich beim „cannabis check“ keine Verständnisprobleme. 88 % der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bewerten die Rückmeldung des Selbsttests als *ziemlich* oder *sehr verständlich*, womit der Selbsttest auf etwa gleichem Niveau mit den anderen drugcom-Bereichen liegt.

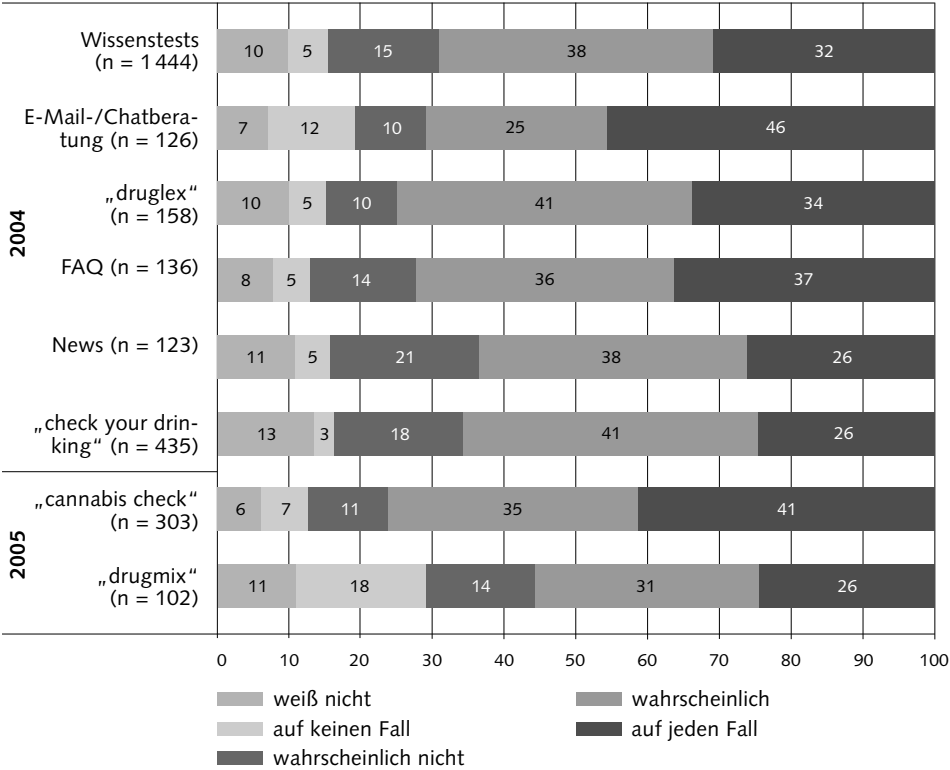


Abb. 22: Weiterempfehlung in Abhängigkeit vom genutzten Bereich (Angaben in Prozent)

5.4.2.2 Weiterempfehlung

Ein zentraler Indikator für die Akzeptanz einer Maßnahme ist die (beabsichtigte) Weiterempfehlung. Wer die Absicht äußert, ein Angebot oder Produkt weiterzuempfehlen, der hat mit hoher Wahrscheinlichkeit gute Erfahrungen damit gemacht (Reichheld 2004). Abbildung 22 veranschaulicht die Ergebnisse, wobei die Wissenstests der Übersichtlichkeit halber wieder zusammengefasst wurden. Dabei zeigt sich, dass im Vergleich zu den im Jahr 2004 untersuchten Bereichen die Weiterempfehlungsabsicht für den Bereich „drugmix“ am geringsten ausgeprägt ist, wobei aber immerhin 57 % dies *auf jeden Fall* oder zumindest *wahrscheinlich* vorhaben. Dieses Ergebnis ist insofern zu erwarten, da bereits unter 5.4.2.1 gezeigt werden konnte, dass ein vergleichsweise großer Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Akzeptanzbefragung Verständnisprobleme mit den Texten (der Expertinnen und Experten) hat.

Für den „cannabis check“ zeigt sich im Gegenzug eine sehr hohe Weiterempfehlungsquote. Drei von vier Nutzerinnen und Nutzern beabsichtigen, den „cannabis check“ (wahrscheinlich) weiterzuempfehlen, womit der „cannabis check“ den Spitzenplatz bei diesem zentralen Akzeptanzmaß belegt. Vor allem im direkten Vergleich zum „check your drinking“ – dem Pendant im Alkoholbereich – werden die Unterschiede deutlich: Während immerhin jede vierte Nutzerin bzw. jeder vierte Nutzer den Alkohol-Selbsttest weiterempfehlen will, beabsichtigt hingegen fast die Hälfte der Absolventen des „cannabis check“, diesen Test weiterzuempfehlen.

5.4.2.3 Einfluss auf Wissen

Informationsvermittlung findet in nahezu allen Bereichen von „drugcom.de“ statt. Neben den klassischen Informationsangeboten „druglex“ und „FAQ“ findet die Vermittlung von drogen- und suchtbbezogenen Informationen als Aufgabe der Prävention jedoch schwerpunktmäßig in den Wissenstests statt. Die Wissenstests zählen – neben dem „druglex“ und den Selbsttests – zu den am häufigsten genutzten Elementen der Website. Täglich werden rund 250 Wissenstests durchgeführt, mit ansteigender Tendenz. Das „Frage-Antwort-Spiel“ dient dabei quasi als „Vehikel“ der Prävention, werden dabei doch eher beiläufig Informationen vermittelt. Denn die primäre Intention der Nutzerinnen und Nutzer liegt dabei sicherlich nicht darin, etwas zu lernen, sondern eher im Spielerischen und dem Wunsch, Bestätigung über den eigenen Wissenstand zu finden.

Den Anspruch auf Wissensvermittlung – allerdings mit weniger spielerischem Charakter – hat auch der Informationsbereich „drugmix“. Ziel des Präventionsmoduls zum Thema Mischkonsum ist es, Drogenkonsumierende über akute und langfristige Risiken des Mischkonsums unterschiedlicher Substanzen zu informieren, sie zu einer selbstkritischen Haltung und zu einem möglichst schadensarmen Konsumverhalten anzuregen.¹⁸

18 Nähere Details zur Konzeption von „drugmix“ siehe drugcom-Jahresbericht 2004 (BZgA 2006).

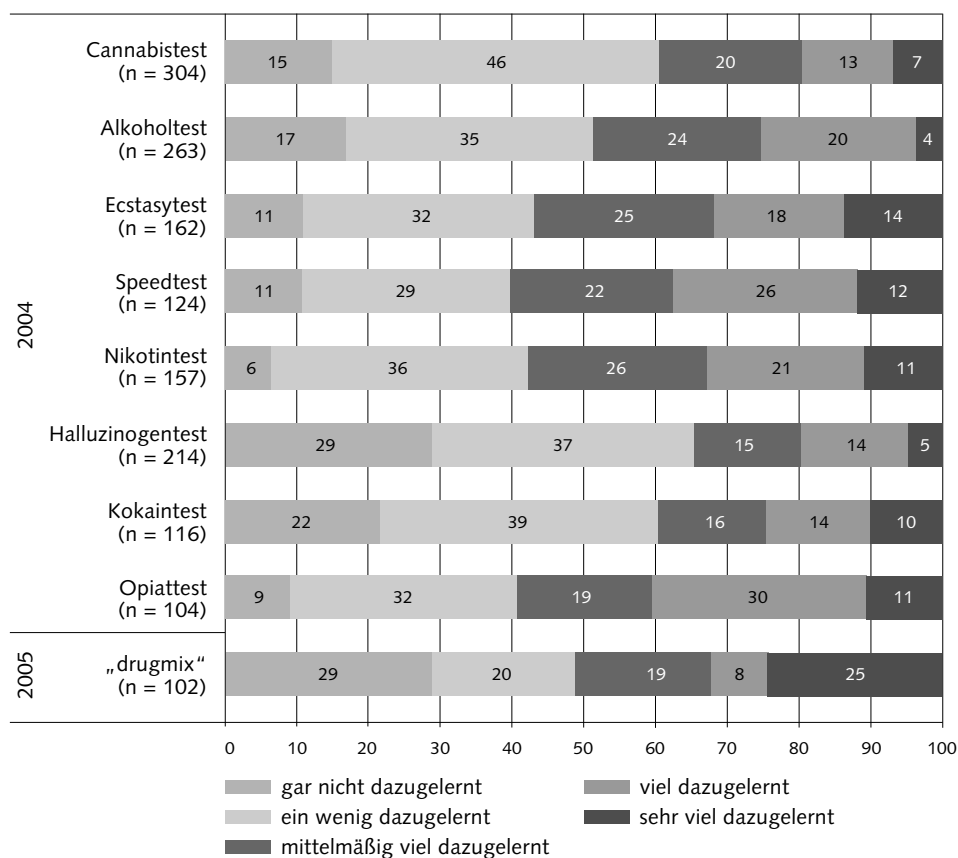


Abb. 23: Wissenszuwachs in Abhängigkeit vom genutzten Bereich (Angaben in Prozent)

Im Rahmen der bereichsspezifischen Evaluation, die ausführlich im Jahresbericht 2004 (BZgA 2006) erläutert wird, kann zwar kein Nachweis für den tatsächlich erzielten Wissenszuwachs erbracht werden, auf der Grundlage des *subjektiv eingeschätzten Wissenszuwachses* können aber zumindest Indizien hierfür gesammelt werden. Die Nutzerinnen und Nutzer wurden dabei direkt im Anschluss an die Nutzung des jeweiligen Bereichs gebeten, einzuschätzen, wie viel sie durch den Test bzw. durch die Informationen bei „drugmix“ dazu gelernt haben (vgl. Abbildung 23).

Die Erfassung von Selbsteinschätzungen zählt zu den am weitesten verbreiteten Methoden der Einstellungsmessung (vgl. Stahlberg und Frey 1996). Andere Verfahren wie beispielsweise standardisierte Wissenstests in einem Pre-Post-Testdesign könnten zwar recht zuverlässigere Ergebnisse liefern, sind aber im Zusammenhang mit der Evaluation eines Internetportals wie www.drugcom.de aus Praktikabilitätsgründen nicht zu realisieren. Hinsichtlich des subjektiv eingeschätzten Wissenszuwachses zeichnet sich ein ungewöhnliches Ergebnis bei „drugmix“ ab. Während 29 % der Ansicht sind, *gar nichts dazu*

gelernt zu haben, sagen beinahe ebenso viele, dass sie *sehr viel dazu gelernt* haben. Letzteres ist im Vergleich zu den Werten, die bei den Wissenstests erzielt wurden, als hoch zu interpretieren. Ein Blick auf die Ergebnisse zur Verständlichkeit lässt vermuten, dass diejenigen, die „drugmix“ als verständlich bewerten, auch mehr gelernt haben, während Personen mit Verständnisproblemen weniger dazugelernt haben. Eine zusätzliche Analyse unterstützt diese Hypothese: demnach sagen 87 % derjenigen, die angeben, *gar nichts verstanden* zu haben (n = 23), auch *gar nichts dazugelernt* zu haben. Hingegen stellen 50 % der Personen, die „drugmix“ als *sehr verständlich* bewerten (n = 28), fest, *sehr viel dazugelernt* zu haben. Zwar sind diese Zahlen angesichts der kleinen Stichproben mit Vorsicht zu interpretieren, sie legen aber die Annahme nahe, dass „drugmix“ eine gewisse intellektuelle Hürde beinhaltet, wohingegen die Wissenstests für ein breiteres Publikum geeignet scheinen. Für diejenigen, die diese Hürde meistern, scheint „drugmix“ aber einen hohen Informationsgehalt zu haben.

5.4.2.4 Einfluss auf Einstellung und Verhalten

Ein zentrales Ziel von „drugcom.de“ ist die Förderung einer (selbst-)kritischen Einstellung gegenüber dem Substanzkonsum. Dies wird auf der Internetseite im Rahmen mehrerer Module realisiert. Für die Evaluation dieser Zielstellung eignet sich insbesondere der Selbsttest zum Alkoholkonsum „check your drinking“ sowie die Chat- und E-Mail-Beratung. Dagegen kann in der Chatkommunikation (im Gruppenchat) nicht in jedem Fall das Ziel „Einstellungsänderung“ verfolgt werden, da der Chat im Nutzungsverständnis von Jugendlichen auch offen ist für ganz alltägliches „Geplauder“ (deutsche Übersetzung von „Chat“).

Die Initiierung gesundheitsbezogener Verhaltensänderungen gilt in der Regel als ein zentrales Kriterium für den Erfolg einer Präventionsmaßnahme. Allerdings wirft die Evaluation der Wirkung einer Website spezifische Probleme auf, da die Zielgruppe meist nur kurz in Kontakt mit der Website bzw. den Evaluatoren und Evaluatorinnen steht und „für drugcom.de“ die Möglichkeit zur späteren Kontaktierung der Zielgruppe äußerst eingeschränkt ist. Eine Überprüfung nachhaltiger Verhaltensänderungen erfordert jedoch genau genommen zwei Messzeitpunkte, bei einer einmaligen Befragung zumindest aber ein hinreichend großes Zeitfenster zwischen der Intervention und den Messzeitpunkten.

Eine Lösung bietet die Erfassung von Verhaltensänderungsabsichten, indem die Nutzer gebeten werden, einzuschätzen, wie stark ihre Intention ist, ihr Verhalten aufgrund der in Anspruch genommenen Beratung zu ändern. Intentionen gelten als unmittelbare Vorstufe zum konkreten Verhalten (zum Beispiel in der Theorie des geplanten Verhaltens). Ajzen und Fishbein (1977) konnten zudem zeigen, dass Einstellungen und Verhalten in einem engen Zusammenhang stehen, wenn beide Maße in ihrem Spezifikationsgrad übereinstimmen: die spezifische Absicht, das eigene Trinkverhalten zu ändern, wird eher zu einer tatsächlichen Änderung des eigenen Trinkverhaltens führen als eine allgemeine formulierte Absicht, zum Beispiel in Zukunft gesünder zu leben.

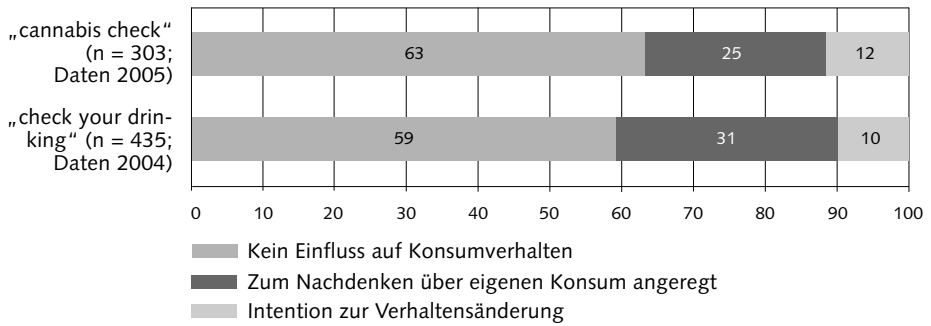


Abb. 24: Einfluss auf Einstellung und Verhalten in Abhängigkeit vom genutzten Bereich (Angaben in Prozent)

Zum Vergleich wird der „cannabis check“ dem nach dem gleichen Testprinzip aufgebauten Alkohol-Selbsttest „check your drinking“ gegenübergestellt, der mit Hilfe des gleichen Instrumentariums bereits 2004 untersucht wurde (vgl. Abbildung 24).

Dabei zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den untersuchten Selbsttests. Zwar gibt die Mehrheit an, dass die Tests keinen Einfluss auf ihr Konsumverhalten haben würden, jeweils rund vier von zehn Testabsolventen sind jedoch der Ansicht, dass der Test sie entweder zum Nachdenken angeregt habe bzw. sie sogar in Erwägung ziehen, ihren Konsum zu reduzieren.

Dass der Test den Angaben der Nutzerinnen und Nutzer zufolge keinen Einfluss auf das Konsumverhalten hat, lässt sich zum Teil auch darauf zurückführen, dass die Testrückmeldung – aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer – „im grünen Bereich“ lag. Jeweils rund die Hälfte der Testnutzerinnen und -nutzer, die angeben, dass die Rückmeldungen keinen Einfluss habe, begründen dies hiermit. Nur ein vergleichsweise kleiner Anteil von 9,1 % („cannabis check“) bzw. 16 % („check your drinking“) geben explizit an, dass sie die Rückmeldung als unpassend empfinden.

**EVALUATION DER
AKZEPTANZ UND
WIRKUNG VON
„QUIT THE SHIT“**



6.1 Ausgangslage

Epidemiologisch betrachtet ist Cannabis die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Einer repräsentativen Untersuchung zufolge haben über ein Drittel der 16- bis 19-Jährigen schon einmal Cannabis konsumiert (BZgA 2004). Nach gegenwärtigem Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass der anhaltend regelmäßige Konsum von Cannabis eine spezifische *Abhängigkeit* nach sich ziehen kann (WHO 1997). So erfüllten in einer repräsentativ angelegten Studie in München und dem Münchner Umland (Perkonigg et al. 2004) etwa 8 % bis 9 % aller Cannabiskonsumierenden im Alter zwischen 14 bis 24 Jahren das diagnostische Kriterium des Cannabismissbrauchs (lifetime) und etwa 4 % bis 5 % das einer Abhängigkeit von Cannabis (lifetime) nach DSM-IV (vgl. Kapitel 6.2.2).

Analog zur epidemiologischen Situation ist der Informations- und Kommunikationsbedarf zur Cannabisthematik unter den täglich etwa 1 800 Nutzerinnen und Nutzern von „drugcom.de“ entsprechend hoch. Dies lässt sich sowohl anhand der genutzten Informationen als auch an den Themen der E-Mail-Anfragen und der Chatberatung feststellen.

Aufgrund der genannten Situation hat die BZgA sich dazu entschieden, „quit the shit“ – ein internetgestütztes Cannabisausstiegsprogramm – zu entwickeln, um es auf „drugcom.de“ zu integrieren und Cannabiskonsumierende bei der Konsumreduktion oder dem Ausstieg zu unterstützen. Das Programm ist seit dem 04.08.2004 online und wird seitdem begleitend evaluiert. Dabei werden alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen nach Abschluss des Programms zu ihrer Einschätzung der Programmelemente sowie zu ihrem aktuellen Cannabiskonsum befragt. Die Daten des Jahres 2005 werden in dem vorliegenden Evaluationsbericht einer Analyse unterzogen. Die zentrale Fragestellung lautet dabei: In welchem Maße kann das Programm „quit the shit“ eine bedeutsame Reduktion bzw. den Stopp des Cannabiskonsums bei den Teilnehmenden erreichen, und wie ist die Nachhaltigkeit der Wirkung zu beurteilen? Der Bericht soll wichtige Hinweise auf die Effektivität des internetbasierten Beratungsprogramms liefern.

Eine wichtige Voraussetzung für die Effektivität und damit den Erfolg eines Programms ist vor allem seine Akzeptanz. Hierbei ist insbesondere der persönliche Nutzen zu nennen, der von den Teilnehmenden aus dem bereitgestellten Angebot gezogen wird. Die Fragen lauten: Als wie hilfreich werden die einzelnen Merkmale des Programms angesehen, und wie drückt sich dies in der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Programm aus, sodass dieses weiterempfohlen wird? Darüber hinaus dienen auch die Verständlichkeit der Informationen und die Benutzerfreundlichkeit von Programmelementen als Akzeptanzindikatoren.

6.2 Methoden

6.2.1 Datenerhebung

Um die in Kapitel 6.1 genannten Fragen adäquat beantworten zu können, werden Erhebungen zu vier Zeitpunkten vorgenommen. Bei der Anmeldung zum Programm (t1) werden relevante Basisdaten (Daten zu den soziodemografischen Merkmalen und zum Cannabiskonsum) der Programmnutzer und -nutzerinnen abgefragt. Diese werden außer zu Evaluationszwecken auch von den Beraterinnen und Beratern genutzt, um sich vor dem chatbasierten Erstgespräch ein Bild von den anfragenden Personen zu machen. Nachdem diese das 50-Tage-Programm beendet haben, werden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen per E-Mail aufgefordert, an den Nachbefragungen mitzuwirken. Die erste (t2) ist direkt an den Abschluss des Programms gekoppelt. Neben Fragen zum aktuellen Cannabiskonsum enthält sie Items, mit denen die (ehemaligen) Nutzerinnen und Nutzer das Angebot bewerten können. Um die Nachhaltigkeit des Programms beurteilen zu können, werden die Programmabsolventen drei und sechs Monate nach Programmabschluss zur zweiten (t3) bzw. dritten (t4) Nachbefragung eingeladen. Die Teilnahmeaufforderungen zu t3 und t4 werden jedoch nur dann versandt, wenn die Klienten und Klientinnen explizit ihr Einverständnis dazu gegeben haben. In der Mail wird jeweils ein personalisierter Link verschickt, der die Teilnehmenden direkt auf einen Onlinefragebogen lenkt und der eine eindeutige Zuordnung der Evaluationsdaten zu einzelnen Nutzerinnen und Nutzern gewährleistet. Alle Angaben werden über eine verschlüsselte Verbindung auf einem zentralen → Server gespeichert. Für den Jahresbericht 2005 werden die Daten der Nutzerinnen und Nutzer berücksichtigt, die im Jahre 2005 in das Programm eingestiegen sind. Abbildung 25 stellt den Ablauf der Befragungen schematisch dar.

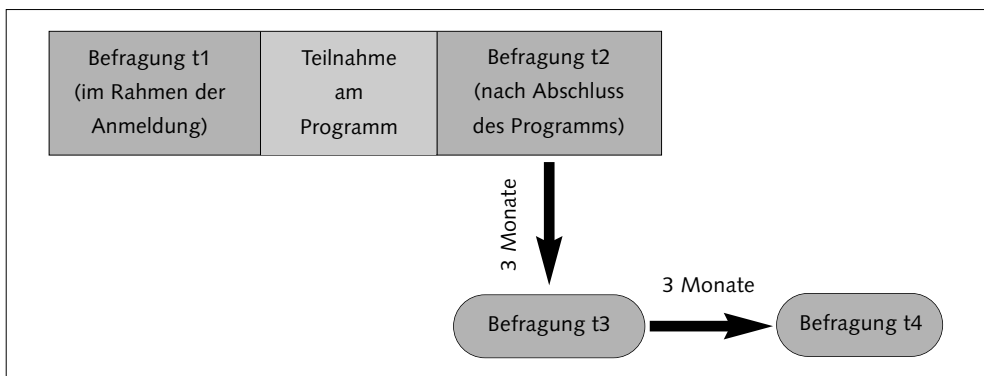


Abb. 25: Ablauf der Evaluationsbefragungen

6.2.2 Instrumente

Das Eingangsscreening (t1) sowie die Nachbefragungen (t2 bis t4) enthalten neben einer Reihe an Fragen zu soziodemografischen Daten diverse Items zur Erfassung der Akzeptanz und der Wirkung des Programms. Diese sind in Tabelle 5 dargestellt. Nachfolgend werden die für die Evaluation genutzten Merkmale hinsichtlich ihrer Funktionen im Einzelnen vorgestellt.

	Eingangsscreening t1	Nachbefragung t2	Nachbefragungen t3 + t4
Akzeptanz		• Persönlicher Nutzen der Programmelemente • Zufriedenheit und Weiterempfehlungsabsicht • Gründe für das vorzeitige Beenden	• Tatsächliche Weiterempfehlung
Wirkung	• Konsumhäufigkeit und Konsummenge in den letzten 30 Tagen • Konsumeinheiten pro Tag • Subjektive psychische Abhängigkeit • Konsum anderer Substanzen in den letzten 30 Tagen • Cannabisabhängigkeit nach DSM IV	• Konsumhäufigkeit und Konsummenge in den letzten 30 Tagen • Konsumhäufigkeit an einem typischen Tag • Subjektive psychische Abhängigkeit • Änderungsabsicht • Konsum anderer Substanzen in den letzten 30 Tagen • Erreichen des persönlichen Programmziels	• Konsumhäufigkeit und Konsummenge in den letzten 30 Tagen • Konsumhäufigkeit an einem typischen Tag • Subjektive psychische Abhängigkeit • Änderungsabsicht • Konsum anderer Substanzen in den letzten 30 Tagen

Tab. 5: Instrumente und relevante Merkmale

Akzeptanz

Persönlicher Nutzen der Programmelemente

Um im Rahmen der Prozessevaluation von „quit the shit“ Hinweise zur Optimierung der einzelnen Programmelemente (Informationen, Tagebuch, Kommentare, Kontaktoptionen) zu erlangen, wird in der Nachbefragung t2 ihr Nutzen erhoben. Im Einzelnen werden untersucht:

- **Informationen zur Kontrolle des eigenen Konsums:**
 - Die *Verständlichkeit* ist als notwendige Voraussetzung für das inhaltliche Erfassen der bei „quit the shit“ bereitgestellten Informationen zu betrachten. Unabhängig

vom Bildungsniveau sollten die Texte zumindest als „mittelmäßig verständlich“ eingeschätzt werden.

- Um die Klienten und Klientinnen von „quit the shit“ bei der Reduktion ihres Cannabiskonsums zu unterstützen, sollten die Informationen darüber hinaus für sie von *persönlichem Interesse* sein.
- Mit der Frage nach der *Vollständigkeit* der Informationen wird untersucht, welche Inhalte bzw. Fragen aus der Sicht der Nutzerinnen und Nutzer fehlen, um Hinweise für einen möglichen Weiterentwicklungsbedarf zu gewinnen.
- In der Bewertung des *allgemeinen Nutzens der Informationen* wird ein über die Summe der genannten Einzelindikatoren hinausgehendes Gesamturteil abgebildet.
- **Onlinetagebuch:**
 - Die Bearbeitung des Tagebuchs verfolgt das Ziel, die „quit the shit“-Klientinnen und -Klienten mit dem eigenen Cannabiskonsum zu konfrontieren, sodass sie diesen kritisch reflektieren. Die einfache *Bedienung* des Tagebuchs ist daher unverzichtbar und wird ebenfalls erfasst.
 - Aufgrund der zentralen Bedeutung des Tagebuchs wird darüber hinaus sein *allgemeiner Nutzen* erhoben.
- **Tagebuchkommentare und Kontaktoptionen:**
 - Die Kommentierung der Tagebucheinträge durch das Beratungsteam stellt die hauptsächliche Kommunikationsschnittstelle zwischen den Teilnehmenden und dem „quit the shit“-Team dar. Aufgrund ihres zentralen Stellenwertes im Beratungsprozess wird deswegen der *allgemeine Nutzen der Tagebuchkommentare* erfasst.
 - Obgleich von geringerer Bedeutung im Beratungsprozess von „quit the shit“, sollten auch die übrigen Kontaktmöglichkeiten (Mail und Chat) zum Beratungsteam als unterstützend empfunden werden. Daher wird der *allgemeine Nutzen* des Mail- und Chatkontakts erhoben.

Zufriedenheit mit dem Programm und Weiterempfehlung

Neben den Komponenten des Programms sind globale Indikatoren zur Messung der Akzeptanz von besonderem Interesse. Hierzu sind die *allgemeine Zufriedenheit* und die *Weiterempfehlungsabsicht* zu zählen. Ein besonders aussagekräftiger Kennwert für die Akzeptanz von „quit the shit“ wird drei und sechs Monate nach Programmabschluss (t3 und t4) erfragt: die *tatsächliche Weiterempfehlung*.

Gründe für das vorzeitige Beenden des Programms

Werden einzelne Programmkomponenten oder das Programm als Ganzes als wenig hilfreich beim Versuch der Konsumreduktion empfunden, kann dies dazu führen, dass es vorzeitig beendet wird. Ein Programmabbruch kann allerdings beispielsweise auch darin begründet sein, dass das vorab definierte Konsumziel bereits vor Ablauf der gesamten Programmspanne erreicht wird. Teilnehmende, die „quit the shit“ vorzeitig beendeten, werden somit im Rahmen der ersten Nachbefragung (t2) nach ihren Gründen für den Programmabbruch befragt.

Wirkung

Eine Zugangsvoraussetzung zu „quit the shit“ ist die Absicht, den Konsum in der nächsten Zeit zu reduzieren. Daher ist eine signifikante Senkung der Häufigkeit und Menge des Konsums anzustreben – entsprechende Indikatoren werden zu allen Messzeitpunkten (t1 bis t4) abgefragt. Hierzu zählt die *Anzahl der Konsumtage des letzten Monats* ebenso wie die *konsumierte Menge an Cannabisprodukten* (in Gramm) im selben Zeitraum. Darüber hinaus wird die *Anzahl der Konsumeinheiten* („Joints“, „Bongs“) *in den letzten sieben Tagen* erhoben. Neben den konkreten Zahlen zum Cannabiskonsum ist das Ausmaß der *persönlichen Zielerreichung* ebenfalls ein wichtiger Kennwert für den Erfolg des Programms (zum Zeitpunkt t2: Programmabschluss).

Zur näheren Beurteilung der cannabisassoziierten Störung wird zudem danach gefragt, ob sich die „quit the shit“-Teilnehmenden selbst für *psychisch abhängig* halten. In der Eingangsuntersuchung (t1) wird erfasst, inwiefern eine cannabisbezogene Abhängigkeit nach den international anerkannten *Kriterien des DSM IV* vorliegt. Die im Rahmen des Eingangsscreenings abgefragten Kriterien lauten (vgl. Saß et al. 2003):

- Entzugssymptome (und ggf. Versuche, die vorliegenden Symptome durch zusätzlichen Cannabiskonsum zu lindern oder zu vermeiden).
- Cannabiskonsum liegt häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt vor.
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren.
- Viel Zeit für Aktivitäten, um Cannabisprodukte zu beschaffen oder zu konsumieren.
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Konsums aufgegeben oder eingeschränkt.
- Fortgesetzter Cannabiskonsum trotz Kenntnis anhaltender oder wiederkehrender körperlicher oder psychischer Probleme.

Da vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes angenommen werden kann, dass die gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums mit der Menge zusätzlich konsumierter psychoaktiver Substanzen (andere illegale Drogen, Zigaretten und Alkohol) steigt, wird auch ihr Konsum erfragt (t1 bis t4).

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Stichproben

Seit Projektbeginn am 03.08.2004 bis zum 31.12.2005 wurden insgesamt 500 Personen in das Programm „quit the shit“ aufgenommen. Für den Jahresbericht 2005 werden die Daten der Nutzerinnen und Nutzer berücksichtigt, die im Jahre 2005 in das Programm eingestiegen sind ($n = 429$). Zur Messung der Akzeptanz und der Wirkung von „quit the

Teilnahmedauer	Programmaufnahmen (t1) (01.01. bis 31.12.2005)	Nachbefragung 1 (t2)	Nachbefragung 2 (t3)
Weniger als 50 Tage	272	88	33
50 Tage	157	111	48
Gesamt	429	199	81

Tab. 6: Nachbefragungsstichproben der im Jahre 2005 in das Programm „quit the shit“ aufgenommenen Nutzerinnen und Nutzer

shit“ stehen die Daten der ersten beiden Nachbefragungen zur Verfügung (t2, t3). Berücksichtigt wurden alle Nachbefragungen, die bis zum Stichtag 19.03.2006 eingegangen sind. Dabei wird unterschieden zwischen Nutzerinnen und Nutzern, die das Programm regulär durchlaufen, also 50 Tage lang ihr Tagebuch führen und Teilnehmenden, die das Programm früher beenden. Erwartungsgemäß ist die Rückmeldequote bei den Personen, die weniger als 50 Tage am Programm teilnehmen, niedriger. Sie liegt mit 32 % aber noch vergleichsweise hoch. Von den Klientinnen und Klienten, die das Programm über die gesamten 50 Tage durchlaufen, gaben 70 % eine Rückmeldung zum Programm. In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass *kein* finanzieller Anreiz zur Teilnahme an der Rückmeldung ausgesprochen wurde. In der E-Mail, die drei Monate nach Beendigung zur Teilnahme auffordert, wird lediglich eine individuelle Rückmeldung zur Konsumententwicklung in Aussicht gestellt. Diese beinhaltet eine grafische Abbildung der individuellen Konsumhäufigkeit und Konsummenge zu t1, t2 und t3. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere die Rückmeldequote der Teilnehmenden, die die kompletten 50 Tage am Programm teilnehmen, als sehr hoch zu bezeichnen.

Tabelle 6 zeigt, dass zu den ersten beiden Nachbefragungen (t2, t3) deutlich mehr Daten von denen vorliegen, die das Programm nach 50 Tagen beendeten. Sechs Monate nach Beendigung des Programms findet die letzte Nachbefragung statt (t4). Hierzu lagen jedoch zum Zeitpunkt der Berichterstellung mit insgesamt 37 Rückmeldungen zu wenige Daten vor, um eine differenzierte Betrachtung verschiedener Teilgruppen (vgl. Kapitel 6.3.5.1) zu ermöglichen – aus diesem Grund werden im vorliegenden Zwischenbericht die Daten von t4 noch nicht ausgewertet. Somit liegt die Ausschöpfungsquote zu t2 bei 46,4 % (< 50 Tage = 32,4 %; 50 Tage = 70,7 %) und zu t3 bei 18,9 % (12,1 %; 30,6 %).

6.3.2 Soziodemografische Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer des Programms

Im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.2005 wurde der Anmeldelink auf der Webseite des Programms 3 438-mal betätigt. Eine hohe Anzahl unausgefüllter Einstiegsfragebogen weist

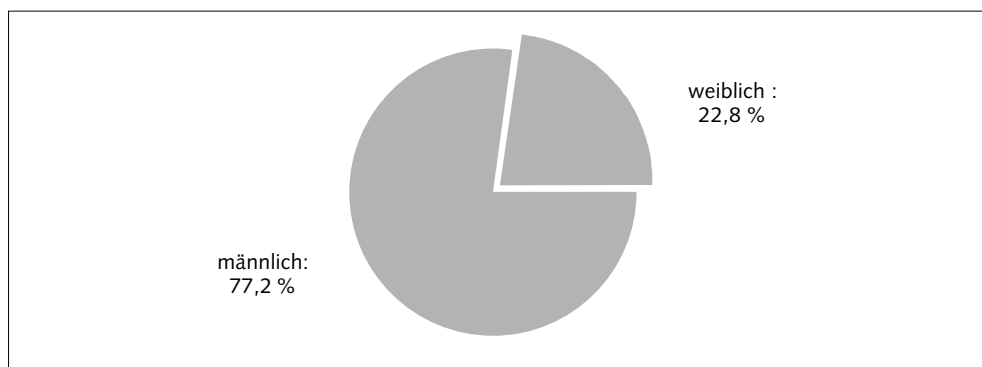


Abb. 26: Geschlechterverhältnis (n = 429)

jedoch darauf hin, dass dieser von vielen Personen lediglich aus Interesse, also ohne konkrete Änderungsmotivation bzw. Teilnahmebereitschaft, besucht wurde. Zudem mussten bei der ersten Version von „quit the shit“ viele Interessenten die Anmeldeprozedur wiederholt durchlaufen. Da jede neue Klientin und jeder neue Klient zu einem Erstgespräch mit einer Beraterin oder einem Berater in den Chat eingeladen wird, konnte nur eine begrenzte Anzahl an Beratungsterminen zur Verfügung gestellt werden. Da die Beratungskapazitäten häufig ausgeschöpft waren, mussten viele Interessenten bei der Anmeldung zurückgewiesen werden.¹⁹ Aufgrund dieser Sachlage muss davon ausgegangen werden, dass die tatsächliche Zahl der Seitenbesucher, die eine Reduktion ihres Cannabiskonsums bzw. einen Ausstieg anstreben, höher ist als die Anzahl der teilnehmenden Personen (n = 429), aber niedriger als die Anzahl der Interessierten (n = 3 438).

Mit einem Anteil von 77,2 % überwiegen die männlichen Teilnehmer (vgl. Abbildung 26). Das Geschlechterverhältnis unter den „quit the shit“-Nutzern und -Nutzerinnen korrespondiert jedoch mit den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (Simon et al. 2004). Diese enthält Daten von Klientinnen und Klienten aus 368 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe. Demnach sind sogar 84,4 % der Personen, die Suchtberatung aufsuchen, männlich.

Die Altersstruktur der teilnehmenden Personen zeigt, dass die Zielgruppe Jugendlicher und junger Erwachsener gemäß der Zielsetzung des Programms erreicht wird: ihr Durchschnittsalter liegt bei 24,2 Jahren; der jüngste Teilnehmer ist 14 Jahre, der älteste 48. Die Standardabweichung von 5,6 Jahren zeigt ebenso wie Abbildung 27, dass insbesondere

¹⁹ Durch die Optimierung der Einstiegsprozedur ab dem 25.07.2005 können sich neue Klientinnen und Klienten nun auch dann registrieren, wenn derzeit keine Beratungskapazitäten vorhanden sind. So müssen sie die Anmeldeprozedur nur noch einmal durchlaufen.

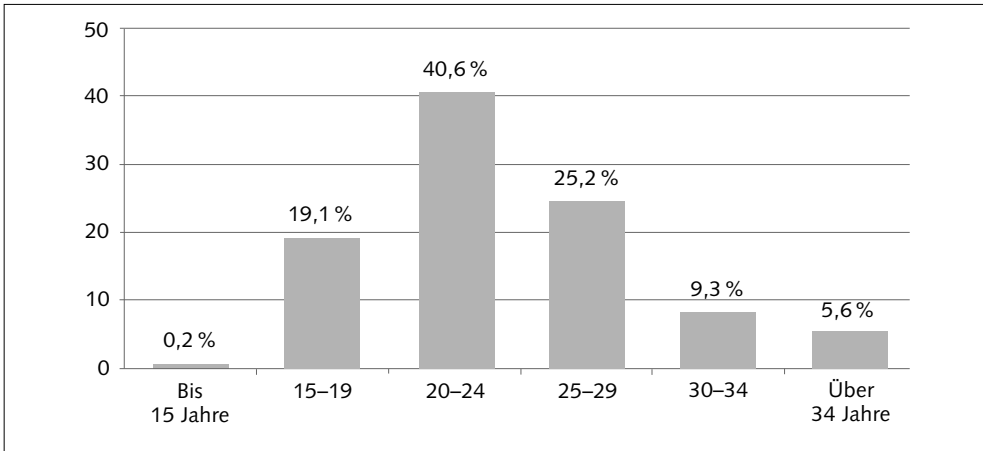


Abb. 27: Aktuelles Alter der Teilnehmenden (n = 429)

junge Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren die höchste Teilnehmerzahl stellen. Zum Vergleich: aus den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik ergibt sich ein mittlerer Wert von 21,8 Jahren für die Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit (Simon et al. 2004).

Das durchschnittliche Alter des erstmaligen Konsums liegt bei den Nutzerinnen und Nutzern von „quit the shit“ bei 16,1 Jahren. Die Standardabweichung von 3,1 Jahren deutet auf ein relativ enges Zeitfenster um das Alter von 16 Jahren hin. Zieht man das entsprechende Ergebnis der Drogenaffinitätsstudie hinzu (M = 16,4 Jahre), so gibt es in diesem Zusammenhang keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ und anderen Cannabiskonsumierenden (vgl. BZgA 2004).

Die Schulbildung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt als hoch anzusehen²⁰ (vgl. Abbildung 28). So übersteigt die Anzahl derjenigen, die das Gymnasium besuchen bzw. die allgemeine Hochschulreife besitzen, die Zahl sämtlicher anderer Nennungen (60,8 %)²¹, gefolgt von der Realschule (18,2 %). Einen vergleichsweise geringen Anteil machen Besucherinnen und Besucher bzw. Absolventen und Absolventinnen der Hauptschule (8,6 %) sowie Gesamtschülerinnen und -schüler (5,8 %) aus. Verglichen mit Personen, die Hilfe von anderen Institutionen in Anspruch nehmen, fällt der Unterschied im Bildungsniveau noch stärker aus: aus den

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2005): Bildungsabschluss – Deutschland. Zugriff am: 30.09.2005. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/basis/d/biwiki/bildab1.php>.

²¹ Der Anteil von Personen mit allgemeiner Hochschulreife liegt im Bundesdurchschnitt bei 21,7 %.

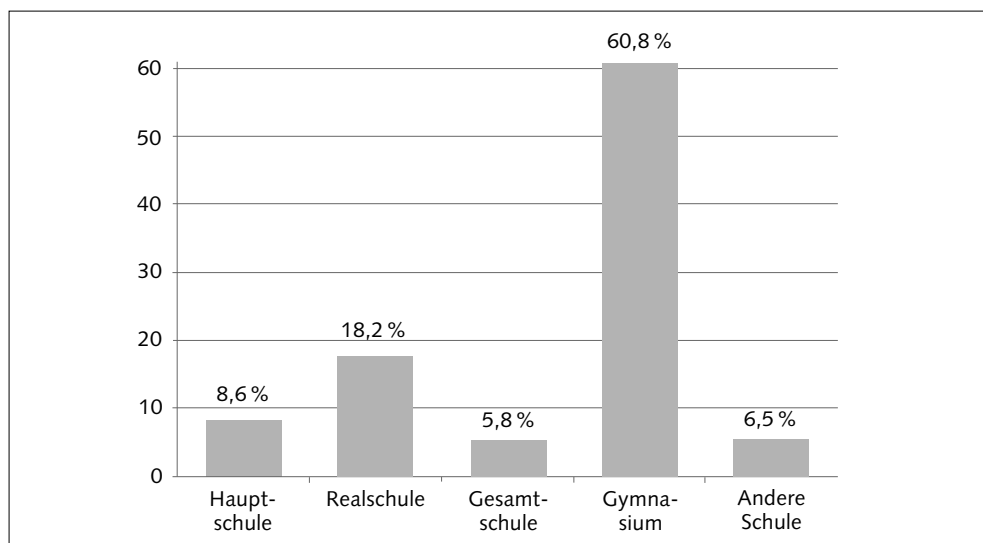


Abb. 28: Derzeitige bzw. abgeschlossene Schulbildung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer (n = 429)

Ergebnissen einer Fragebogenstudie unter Klientinnen und Klienten, die eine ambulante Suchtberatung in Anspruch genommen haben, ergibt sich ein Anteil von 10,2 % auf gymnasialem Bildungsniveau (Simon et al. 2004). Die starke Überrepräsentierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf dem gymnasialen Bildungsweg ist einerseits damit zu erklären, dass das allgemeine Bildungsniveau der drugcom-Besucherinnen und -Besucher vergleichsweise hoch ist: 48,0 % von ihnen haben Abitur oder besuchen das Gymnasium (vgl. Kapitel 5.1.2). Andererseits ist zu erwarten, dass der Aufwand, der mit der Teilnahme an „quit the shit“ verbunden ist (regelmäßiges Führen des Onlinetagebuchs und die damit verbundene kritische Reflexion des eigenen Konsumverhaltens), insbesondere für bildungsbenachteiligte Personen eine höhere Hürde darstellt.

In Abbildung 29 wird veranschaulicht, dass die meisten der Programmteilnehmenden sich noch in Ausbildung befinden, sie stellen insgesamt betrachtet mit 49,7 % die größte Fraktion: von diesen ist mit 26,6 % der Anteil der Studierenden am stärksten ausgeprägt, gefolgt von Schülerinnen und Schülern (17,5 %). Personen in Ausbildungsberufen stellen im Gegensatz dazu einen vergleichsweise niedrigen Anteil (5,6 %). 27,5 % der Klientinnen und Klienten sind berufstätig. Erwerbslose sind mit 14,9 % vertreten; Personen, die momentan Wehr- bzw. Zivildienst oder ein freiwilliges soziales Jahr ableisten, stellen einen Anteil von 3,5 %.

Hinsichtlich der Wohnsituation zeigt sich, dass entsprechend des niedrigen Altersdurchschnitts die größte Anzahl der Teilnehmenden noch zu Hause bei den Eltern bzw. ande-

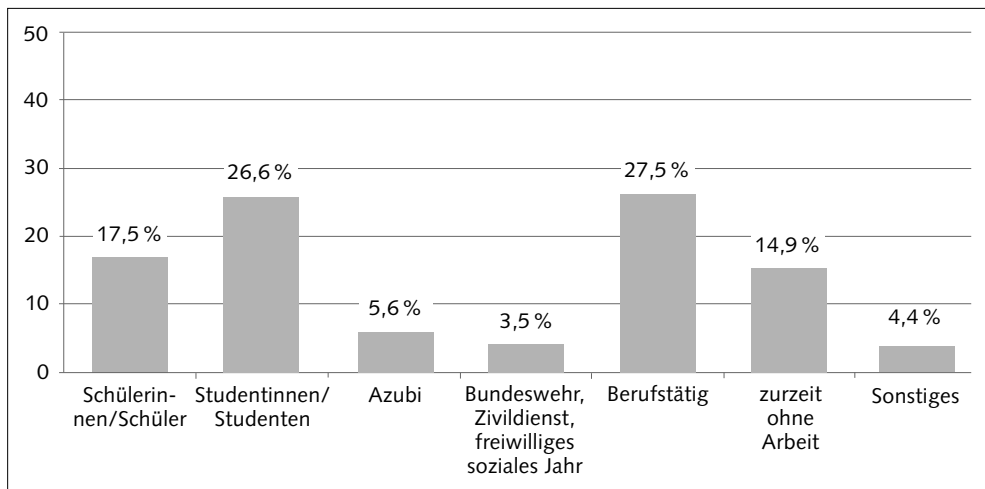


Abb. 29: Derzeitige Tätigkeit und Wohnsituation der Teilnehmenden (n = 429)

ren Bezugspersonen wohnt (33,6%). Gefolgt wird diese Gruppe von Alleinwohnenden (25,9%) und Personen, die mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner zusammenwohnen (14,7%). Klientinnen und Klienten, die in einer Wohngemeinschaft leben, haben einen Anteil von 13,5%. Alleinerziehende und Personen, die in betreuten Einrichtungen wohnen, sind mit 3,5% bzw. 1,9% vergleichsweise gering vertreten.

6.3.3 Konsummuster bei Programmeinstieg

6.3.3.1 Menge des Cannabiskonsums in den letzten 30 Tagen

Im Rahmen der Eingangsbefragung werden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen danach gefragt, wie viel Gramm Haschisch und Marihuana sie insgesamt im letzten Monat konsumiert hatten. Im vorliegenden Bericht werden die Angaben zu beiden Cannabisprodukten addiert, sodass sich eine Gesamtmenge an konsumiertem Cannabis ergibt. Demnach verbrauchten die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer zu Anfang des Programms im Mittel (Median) 15 Gramm Cannabisprodukte im Monat ($Q_1 = 9$, $Q_3 = 28$). Der Interquartilbereich von 19 Gramm zeigt, dass die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer mit sehr unterschiedlichen Konsummengen in das Programm starten (vgl. Abbildung 30 auf Seite 74).

6.3.3.2 Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen

Neben der Menge spielt die Häufigkeit des Konsums eine entscheidende Rolle für das Risiko, cannabisbezogene Störungen zu entwickeln. Die Reduzierung der Konsumhäu-

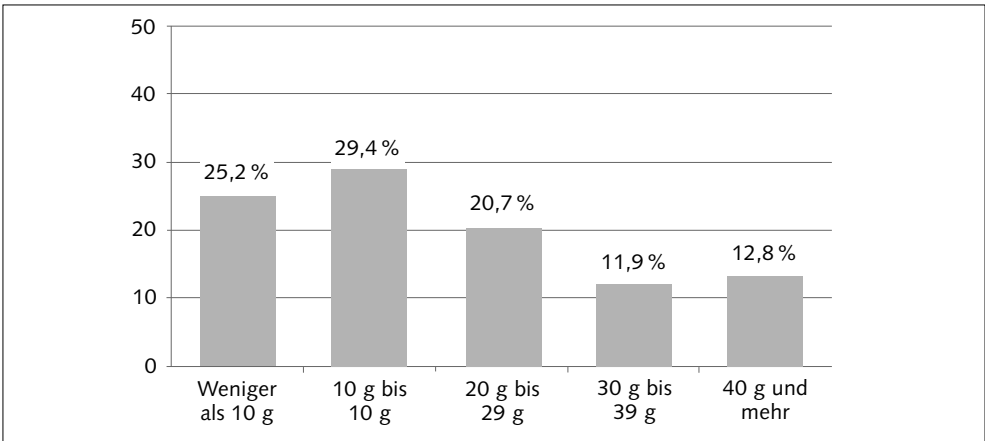


Abb. 30: Menge an konsumiertem Cannabis (Haschisch und Marihuana) im letzten Monat (n = 429)

figkeit bzw. der zumindest zeitweilige Verzicht auf Cannabis ist daher ein zentrales Ziel von „quit the shit“. Die von den „quit the shit“-Teilnehmenden zum Zeitpunkt des Programmeinstiegs angegebene Konsumhäufigkeit ist in Abbildung 31 dargestellt.

Die Häufigkeitsverteilung in Abbildung 31 zeigt, dass der weitaus größte Anteil der Programmeinsteigerinnen und -einsteiger täglichen oder fast täglichen Cannabiskonsum

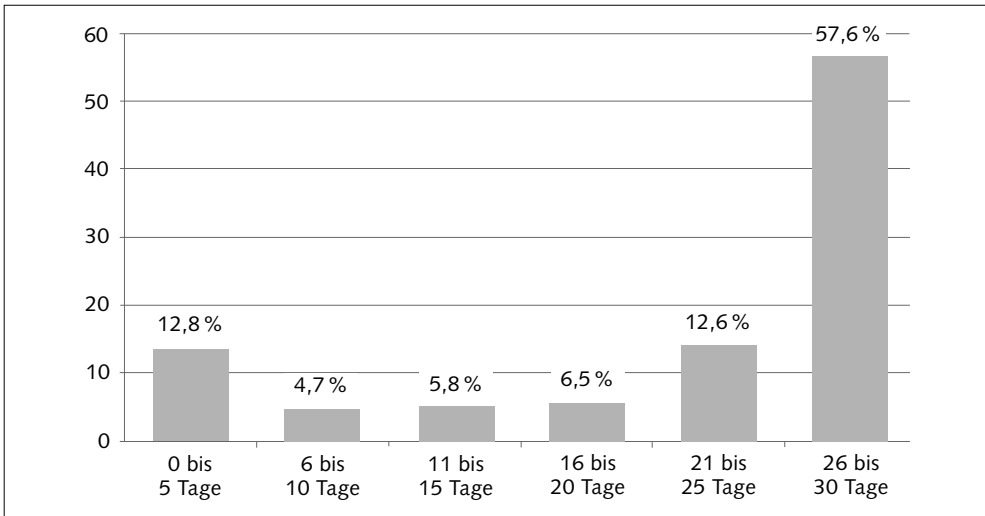


Abb. 31: Häufigkeit des Cannabiskonsums im letzten Monat (n = 429)

betreibt: 57,6 % der Nutzerinnen und Nutzer gaben einen Konsum an mindestens 26 der letzten 30 Tage an; der Median von 27 Tagen zeigt, dass über die Hälfte der Teilnehmenden mindestens 27 Tage im Monat kiffen – 33,6 % tun dies an jedem der letzten 30 Tage. Lediglich jede fünfte Person (20,3 %), hat bei der Anmeldung zum Programm angegeben, an weniger als 15 Tagen konsumiert zu haben.

Die Ergebnisse verdeutlichen somit, dass die Nutzerinnen und Nutzer von „quit the shit“ sehr häufig und viel Cannabis konsumieren. Insbesondere ihr (fast) täglicher Konsum deutet auf eine sehr starke Verankerung des Cannabiskonsums im Alltag hin.

6.3.3.3 Konsumeinheiten pro Tag

Da die meisten Teilnehmenden offenbar täglich bzw. fast täglich Cannabis konsumieren, soll die Konsumhäufigkeit weiter differenziert werden. Gefragt wurde nach der Konsumhäufigkeit an einem typischen Tag (vgl. Abbildung 32)²². Über die Hälfte der Teilnehmenden gab einen Cannabiskonsum von mindestens viermal täglich an (Md = 4 Konsumvorgänge am Tag).

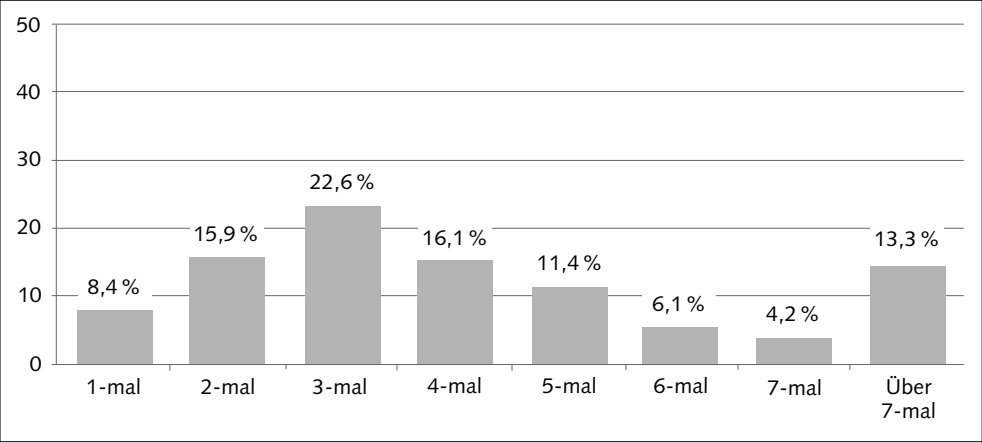


Abb. 32: Häufigkeit des Cannabiskonsums an einem typischen Tag (n = 429)

²² Die Werte in Abbildung 32 ergeben addiert nicht 100 %. Die fehlenden 2 % ergeben sich aus Nutzenden, die angegeben, in der letzten Woche nicht gekifft zu haben. Um ein präziseres Maß des täglichen Cannabiskonsums zu erhalten, wurde im Rahmen der Neugestaltung des Programmeinstiegs (25.07.2005) die Frage „Denke bitte an einen typischen Tag: wie häufig konsumierst du an so einem Tag Cannabis?“ durch folgende Frage ersetzt: „Wenn du die letzten 7 Tage betrachtest, wie oft hast du gekifft? Trage bitte pro Tag ein, wie häufig du Cannabis geraucht hast“. Hieraus wurde die durchschnittliche Konsumhäufigkeit pro Tag errechnet. Abbildung 32 fasst die Angaben zu beiden Fragen zusammen.

Abbildung 32 zeigt jedoch, dass hinsichtlich ihres täglichen Cannabisgebrauchs nicht von einer homogenen Konsumentengruppe auszugehen ist: 84,7 % geben bei der Anmeldung zu „quit the shit“ an, täglich bis zu 7-mal Cannabis zu konsumieren. Diese Gruppe konsumiert durchschnittlich 3,4-mal an einem typischen Konsumtag. Darüber hinaus existiert eine Gruppe, die mit acht und mehr Konsumvorgängen einen weitaus höheren täglichen Cannabiskonsum betreibt; dies sind 13,3 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

6.3.3.4 Cannabisabhängigkeit

Nach den Kriterien des DSM IV (vgl. Kapitel 6.2.2) kann bei 86,7 % der Teilnehmenden eine Cannabisabhängigkeit festgestellt werden. Überraschenderweise schätzt jedoch ein noch größerer Anteil an Befragten sich selbst als psychisch abhängig ein (92,1 %).

Vor dem Hintergrund der zum Programmeinstieg ermittelten Daten (Menge und Häufigkeit des Cannabiskonsums, Konsumeinheiten an einem typischen Tag und Abhängigkeit) zeigt sich, dass bei den an „quit the shit“ teilnehmenden Personen ein starker Cannabiskonsum vorliegt, der zu einer deutlichen Beeinträchtigung ihrer Alltagsbewältigung geführt hat. Somit kann konstatiert werden, dass „quit the shit“ seine Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem problematischen Cannabiskonsum erreicht.

6.3.4 Akzeptanz von „quit the shit“

Um Aufschluss über die Akzeptanz von „quit the shit“ zu erlangen, werden im Folgenden die Ergebnisse aus der ersten Nachbefragung dargestellt, die direkt nach Programmende (t2) durchgeführt wird. Das Programmende liegt je nach Teilnahmedauer 50 Tage nach Programmstart oder früher. In den folgenden Analysen stehen die zentralen Programmelemente im Mittelpunkt. Als solche sind die auf der Website bereitgestellten Informationen zur Beendigung des Cannabiskonsums, das Tagebuch sowie der Mail- und Chatkontakt zum Team von „quit the shit“ zu nennen.

Zuerst wird der persönliche Nutzen der Programmelemente untersucht (vgl. Kapitel 6.3.4.1). Dabei wird auf den Nutzen der Informationen zur Kontrolle des eigenen Konsums (vgl. Kapitel 6.3.4.1), die Benutzerfreundlichkeit des Tagebuchs (vgl. Kapitel 6.3.4.2) sowie die Tagebuchkommentare und Kontaktoptionen (vgl. Kapitel 6.3.4.3) eingegangen. Die allgemeine Zufriedenheit mit dem Programm und die Weiterempfehlung von „quit the shit“ zeigt das Kapitel 6.3.4.4. In Kapitel 6.3.4.5 folgen Auswertungen der Gründe für den Programmabbruch mit Analysen zur Haltequote. Zudem wird dort detailliert auf die Gründe eingegangen, warum manche Klientinnen und Klienten „quit the shit“ vor Ablauf von 50 Tagen beenden.

6.3.4.1 Bewertung der bereitgestellten Informationen

In der folgenden und den weiteren Analysen zur Akzeptanz werden teilweise nur die Klientinnen und Klienten einbezogen, die das Programm entweder 50 Tage durchlaufen oder – bei kürzerer Teilnahme – angegeben haben, ihr Ziel bereits vor Ablauf der 50 Tage erreicht zu haben ($n = 130$). Dies betrifft die Akzeptanzindikatoren Nützlichkeit einzelner Elemente, Verständlichkeit, Vollständigkeit und Interessantheit. Personen, die weniger als 50 Tage am Programm teilgenommen haben und angeben, ihr Ziel nicht erreicht zu haben, werden aufgefordert, die Gründe für den Abbruch zu nennen. Dabei werden die einzelnen Elemente des Programms (Tagebuch, Rückmeldungen etc.) zur Disposition gestellt. Hingegen werden die Nutzerinnen und Nutzer, die das Programm 50 Tage lang durchlaufen bzw. ihr Ziel erreicht haben, danach gefragt, in welchem Maße ihnen die Elemente geholfen haben, ihr Ziel zu erreichen. Somit können Nutzerinnen und Nutzer, die ihr Ziel nicht erreicht haben, zu dieser Frage keine Aussage machen.

Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, wie die auf der Website bereitgestellten Informationen beurteilt werden. Die Zusammenstellung an Fakten und Tipps zur Reduzierung des eigenen Cannabiskonsums sollte *verständlich* und *vollständig* sein, damit die Teilnehmenden persönlichen Nutzen daraus ziehen können. Insbesondere bei jüngeren und bildungsbenachteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist darauf zu ach-

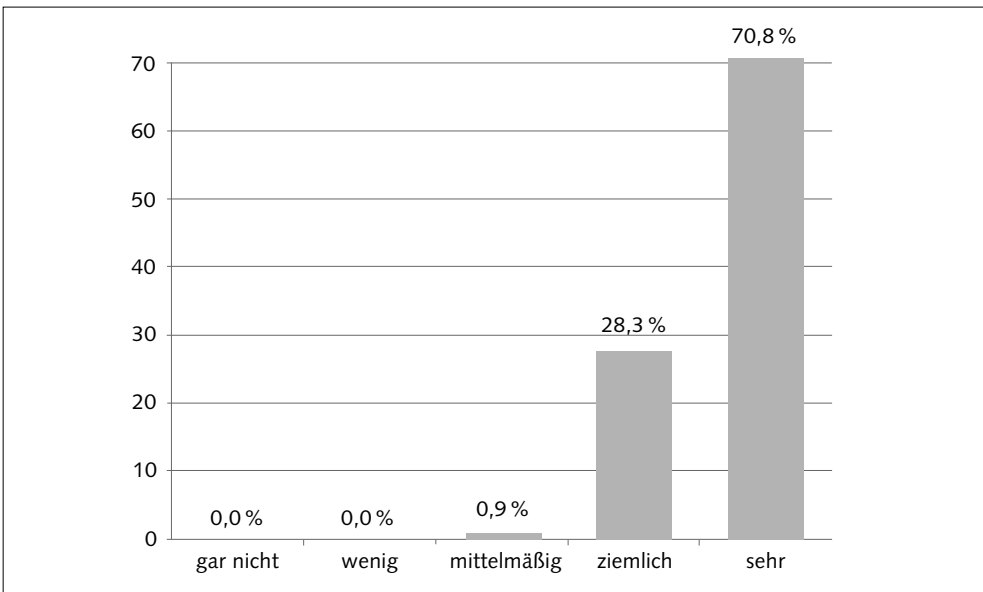


Abb. 33: Verständlichkeit der Informationen ($n = 113$). Insgesamt $n = 17$ Personen gaben an, die bereitgestellten Informationen nicht genutzt zu haben. Sie fließen in diese und folgende Berechnungen nicht mit ein.

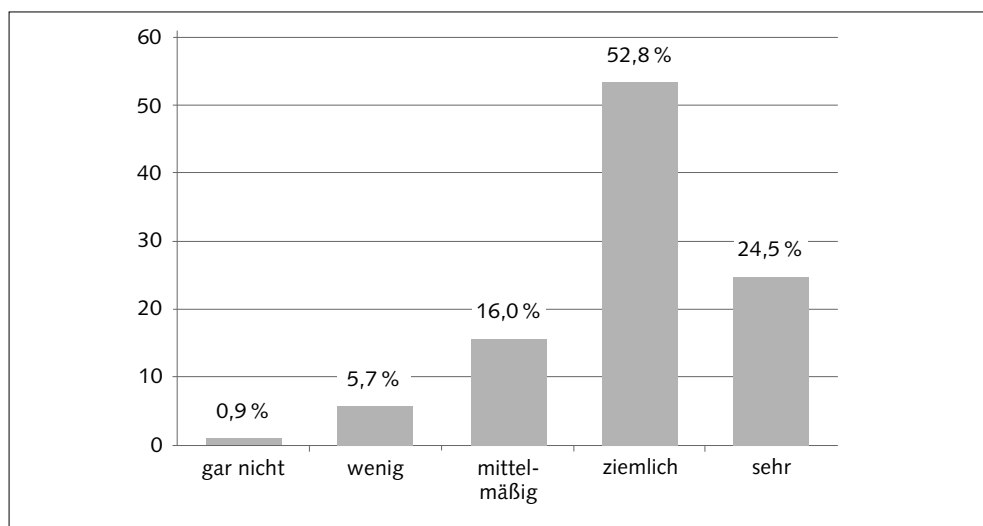


Abb. 34: Hervorgerufenes Interesse durch die Informationen (n = 113). Insgesamt n = 17 Personen gaben an, die bereitgestellten Informationen nicht genutzt zu haben. Sie fließen in diese und folgende Berechnungen nicht mit ein.

ten, dass die bereitgestellten Fakten klar und verständlich formuliert sind. Abbildung 33 auf Seite 77 zeigt, dass dieses Ziel erfüllt wurde. Fast alle der ehemals Teilnehmenden (99,1 %) schätzen die Information als *ziemlich* oder *sehr verständlich* ein.

Danach gefragt, wie interessant sie die Informationen fanden, schätzt die überwiegende Mehrheit die Texte als *ziemlich* oder *sehr interessant* ein (vgl. Abbildung 34). 16 % beurteilten die Informationen als *mittelmäßig interessant*. Negative Bewertungen fallen mit insgesamt 6,6 % kaum ins Gewicht.

Neben der Verständlichkeit und dem persönlichem Interesse ist es wichtig, dass das Spektrum der angebotenen Informationen dem Bedarf entspricht, das heißt, dass die Informationen möglichst vollständig sind. Abbildung 35 deutet auf eine hohe Zufriedenheit mit den auf der Seite befindlichen Informationen hin. Über die Hälfte (54,2 %) der ehemaligen Nutzerinnen und Nutzer bewerteten diese als vollständig; 15,9 % beurteilen sie als teilweise vollständig. Negative Bewertungen spielen auch hier kaum eine Rolle (1,9 %). 28,0 % gaben an, keine bestimmten Informationen gesucht zu haben.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Informationen nicht als vollständig bezeichnen, wurden gebeten, in einem Textfeld einzutragen, was ihnen fehlt. Diese Angaben können in zwei Kategorien eingeteilt werden: einerseits werden mehr Informationen bezüglich der physischen Schädigungen gewünscht, die durch verstärkten Cannabis-

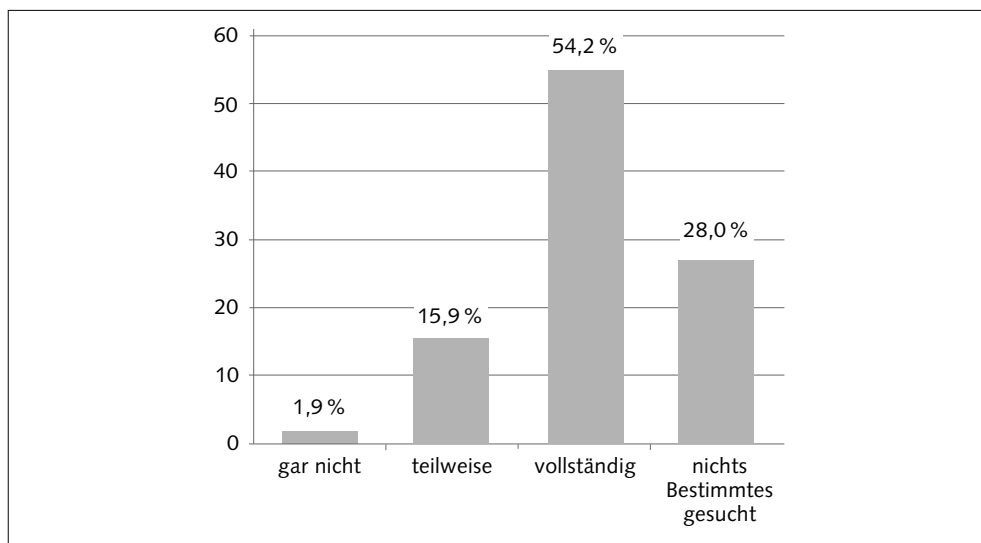


Abb. 35: Vollständigkeit der angebotenen Informationen (n = 113). Insgesamt n = 17 Personen gaben an, die bereitgestellten Informationen nicht genutzt zu haben. Sie fließen in diese und folgende Berechnungen nicht mit ein.

konsum auftreten können, wie allgemeine Gesundheitsrisiken oder hirnorganische Veränderungen (5 Nennungen). Zwei Vorschläge gehen hingegen in die Richtung, dass trotz der Risiken des Cannabiskonsums die Funktionen berücksichtigt werden sollten, die der Konsum für die Teilnehmenden erfüllt. Aufgrund der geringen Anzahl der spontan geäußerten Vorschläge (insgesamt 13) und ihrer starken Heterogenität sind jedoch keine klaren Empfehlungen auszusprechen, inwiefern die bereitgestellten Informationen zu ergänzen sind.

Wie der allgemeine Nutzen der bereitgestellten Informationen beurteilt wird, zeigt Abbildung 36 auf Seite 80. Zwar sind die Beurteilungen weniger eindeutig positiv gefärbt als in den vorigen Ergebnissen, weiterhin geben über die Hälfte der Befragten an, dass ihnen die Informationen *sehr* bzw. *ziemlich* geholfen haben. Letztgenannte Bewertung ist mit einem Anteil von 36,7 % am stärksten vertreten. 11,9 % der Teilnehmenden beurteilen die allgemeine Nützlichkeit der Informationen hingegen als *wenig*, 4,6 % als *gar nicht hilfreich*. Die Angaben der Nachbefragungen weisen darauf hin, dass die Informationen bezüglich der Kontrolle des eigenen Cannabiskonsums ihre Funktion weitestgehend erfüllen. Ihre Verständlichkeit stellt für praktisch alle Teilnehmenden kein Problem dar. Darüber hinaus bewerten drei Viertel der Befragten diese als *ziemlich* bzw. *sehr interessant*. Ihre Menge scheint ebenfalls ausreichend zu sein; die Vorschläge bezüglich thematischer Erweiterungen sollten jedoch ggf. berücksichtigt werden.

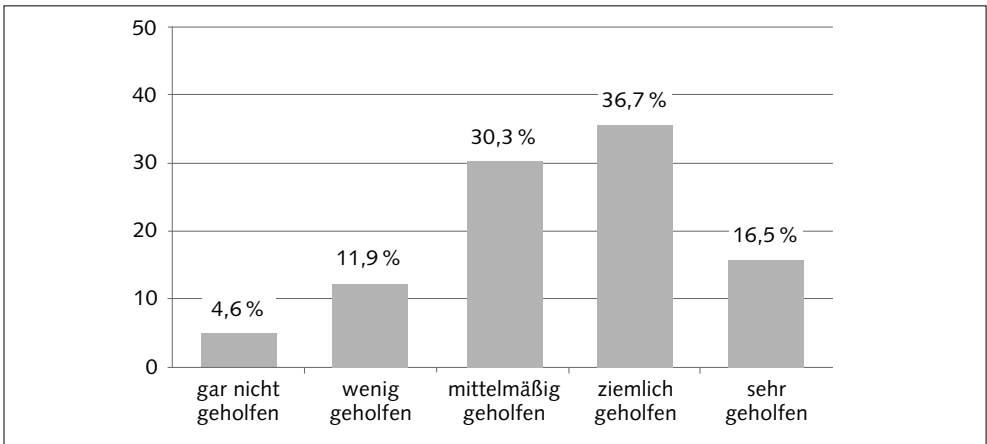


Abb. 36: Allgemeiner Nutzen der Informationen (n = 113). Insgesamt n = 17 Personen gaben an, die bereitgestellten Informationen nicht genutzt zu haben. Sie fließen in diese und folgende Berechnungen nicht mit ein.

6.3.4.2 Bewertung der Benutzerfreundlichkeit des Tagebuchs

Das zentrale Element von „quit the shit“ ist das Tagebuch, in dem die Nutzerinnen und Nutzer ihren Cannabiskonsum und sämtliche damit zusammenhängenden Aspekte festhalten können. Dadurch soll die Selbstbeobachtung und Reflexion über das eigene Konsumverhalten gefördert werden, um schließlich eine Modifikation in Richtung Reduktion oder Ausstieg zu erzielen. Inwiefern die Nutzung des Tagebuchs diesen Zweck erfül-

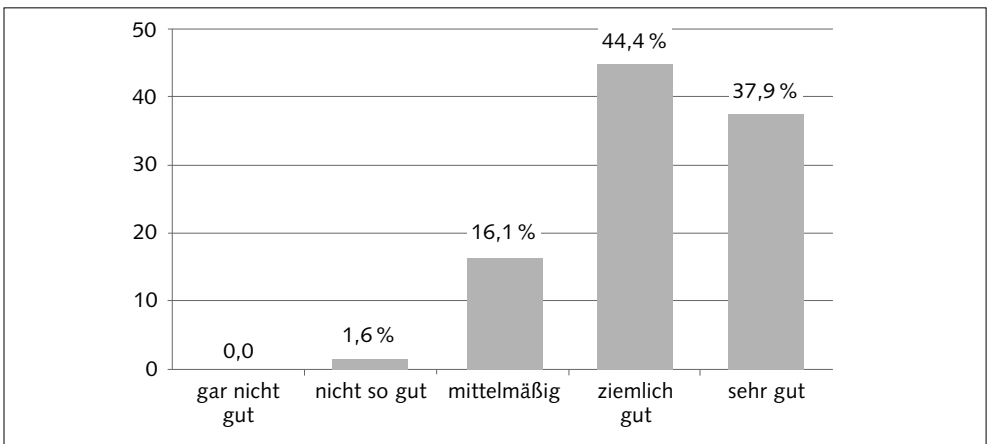


Abb. 37: Benutzerfreundlichkeit des Tagebuchs (n = 130)

len kann, hängt u. a. davon ab, wie der praktische Umgang mit dem Tagebuch empfunden wird. Hierunter fallen die Benutzerfreundlichkeit und der Funktionsumfang. Neben diesen technischen Aspekten wurde als Gesamturteil der allgemein empfundene Nutzen aus dem Gebrauch des Tagebuchs erhoben.

Hinsichtlich der Bedienungsfreundlichkeit wird das Tagebuch überwiegend positiv bewertet (vgl. Abbildung 37): bei 82,3 % der Klientinnen und Klienten fällt das Urteil *ziemlich* bzw. *sehr gut* aus. Während ein Sechstel der Teilnehmer und Teilnehmerinnen angeben, diesen Aspekt *mittelmäßig gut* zu finden, haben lediglich 1,6 % von ihnen diesbezüglich eine eher negative Meinung. Ein durchweg negatives Urteil („gar nicht gut“) fällt keiner der Befragten. Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das Programm vorzeitig beendet haben, scheinen hinsichtlich der technischen Bedienung keine Einwände zu haben: lediglich 2,9 % von ihnen geben an, das Programm aufgrund seiner schlechten Benutzerfreundlichkeit abgebrochen zu haben (vgl. Kapitel 6.3.4.5).

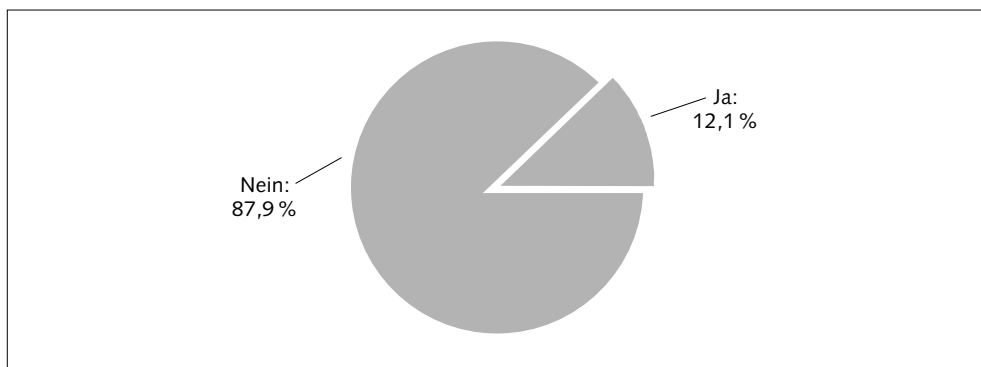


Abb. 38: „Hat eine Eintragsmöglichkeit des Tagebuchs gefehlt?“ (n = 130)

Hinsichtlich des Funktionsumfangs fällt das Urteil ebenfalls größtenteils positiv aus (vgl. Abbildung 38). Rund 88 % der befragten Nutzer und Nutzerinnen bewerten die Eintragsmöglichkeit im Tagebuch als ausreichend. Die Angaben derjenigen, die sich zusätzliche Eintragsmöglichkeiten wünschen, fallen sehr heterogen aus. Lediglich der Wunsch, die Bedienoberfläche noch übersichtlicher zu gestalten, wurde von zwei unterschiedlichen Personen geäußert. Andere machten Verbesserungsvorschläge, wie zum Beispiel den Benutzern die Möglichkeit zu geben, die getätigten Einträge auch nachträglich noch editieren zu können. Letzteres ist ohnehin uneingeschränkt möglich, weshalb dieser Punkt eher darauf zurückzuführen ist, dass die teilnehmende Person nicht wusste, *wie* sie die Änderung vornehmen kann. Insgesamt haben nur zwölf Personen Empfehlungen bzw. Verbesserungswünsche. Somit ist nicht davon auszugehen, dass das Tagebuch hin-

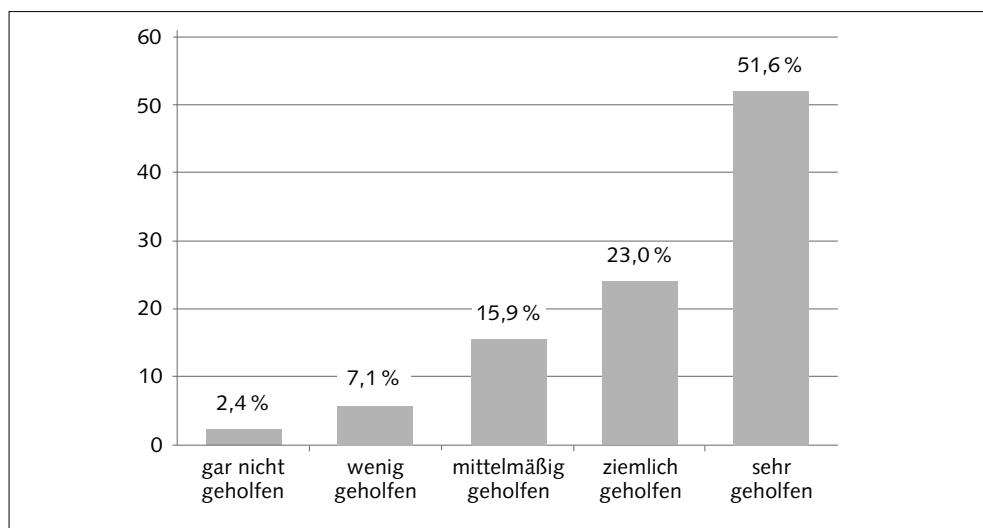


Abb. 39: Allgemeiner Nutzen des Tagebuchs (n = 130)

sichtlich seines Funktionsumfangs klare Mängel aufweist. Im Gegenteil: Der weitaus größte Teil der Angaben deuten auf eine große Zufriedenheit in diesem Bereich hin. Dass neben der Benutzerfreundlichkeit und dem Funktionsumfang auch der allgemeine Nutzen des Tagebuchs positiv eingeschätzt wird, zeigt Abbildung 39: 51,6 % der Teilnehmenden finden, dass ihnen die Nutzung des Tagebuchs *sehr* und 23 % *ziemlich geholfen* habe. Nur 9,5 % geben an, dass es ihnen *gar nicht* oder *wenig geholfen* habe.

Positive Bewertungen überwiegen somit – dies deutet darauf hin, dass sich das Konzept des Tagebuchs bewährt hat. Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass die Befragten womöglich die Reflexion ihres Konsums im Rahmen der Tagebucheinträge nicht vollständig trennen können von den Kommentaren der Beraterinnen und Berater, die ebenfalls im Tagebuch abgespeichert werden. Vermengungen mit der in Abbildung 40 gezeigten Beurteilungen sind somit nicht auszuschließen.

Zudem ist anzumerken, dass die Bewertung des Tagebuchs mit der Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Erreichen ihres Konsumziels assoziiert ist: Ehemalige Nutzerinnen und Nutzer, die nach Abschluss angeben, ihren Konsum wie gewünscht eingeschränkt zu haben, äußern sich bedeutsam wohlwollender gegenüber dem Tagebuch als diejenigen, die ihr Konsumziel verfehlt haben.²³ Allerdings bleibt die Frage nach der Ursache unge-

²³ Die Verteilungen beider Gruppen unterscheiden sich statistisch hoch signifikant (Mann-Whitney-U = 978,0; p = .005).

klärt: So scheint es einerseits möglich, dass Teilnehmende, die zufrieden mit ihrer Zielerreichung sind, das Programm und somit auch das Tagebuch positiver bewerten als andere, die ihren Konsum nicht wie gewünscht senken konnten. Andererseits trägt ein als wenig hilfreich empfundenes Tagebuch vermutlich dazu bei, dass das vorab definierte Konsumziel nicht erreicht wird.

Trotz der überwiegenden Anzahl positiver Bewertungen deuten die Angaben der Nutzerinnen und Nutzer, die das Programm vor 50 Tagen beendeten, auf ein Problemfeld hin: 37 der 88 Befragten, die „quit the shit“ weniger als 50 Tage durchliefen, gaben an, das Programm beendet zu haben, da ihnen die regelmäßigen Einträge in das Tagebuch zu mühsam erschienen. Die in einem Textfeld geäußerten Bemerkungen deuten darauf hin, dass die Gründe hierfür vermutlich einerseits in der Bequemlichkeit der Teilnehmenden (3 Nennungen) und andererseits in den Schwierigkeiten zu suchen sind, die noch vielerorts mit der Nutzung von PC und Internet verbunden sind (7 Nennungen). Die Tatsache, dass ein Viertel der Teilnehmenden (25,4 %) dem Tagebuch höchstens *mittelmäßigen* Nutzen zuschreibt, ist somit möglicherweise eher mit grundlegenden Eigenschaften des Programms (internetbasiert) und den Merkmalen seiner Teilnehmenden zu erklären und lässt sich womöglich nicht komplett vermeiden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich das Tagebuch sowohl hinsichtlich seiner technischen Aspekte als auch seines allgemeinen Nutzens bewährt hat. Über die Vorschläge der oben genannten Details hinaus sind somit keine grundlegenden Änderungen an der Gestaltung und dem Konzept des Tagebuchs angezeigt. Allerdings sollte ausgelotet werden, ob das Tagebuch noch stärker in Richtung einfache Bedienbarkeit optimiert

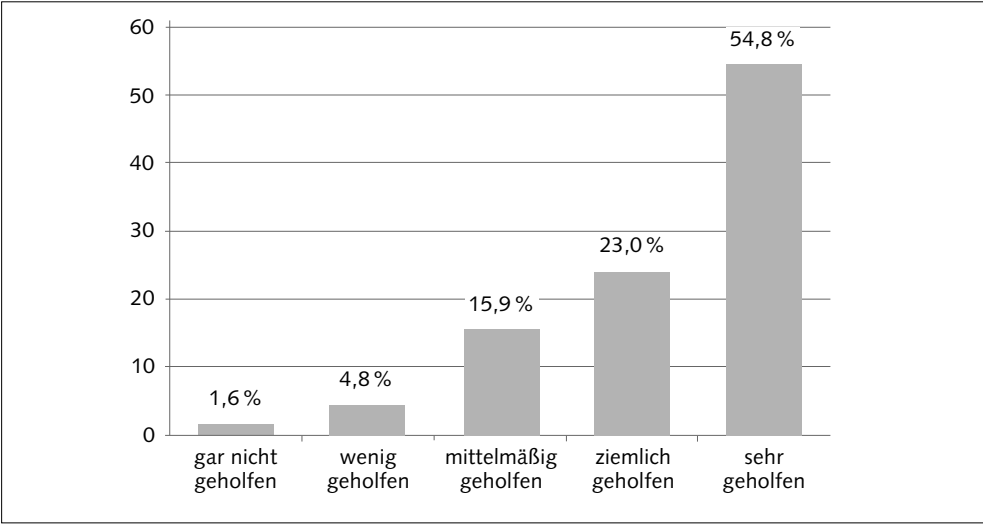


Abb. 40: Allgemeiner Nutzen der Tagebuchkommentare (n = 130)

werden kann. Zusätzliche Motivierungsmaßnahmen, die die teilnehmenden Personen zur stetigen Nutzung des Tagebuchs auffordern, sollten ebenfalls in Betracht gezogen werden. Denkbar ist auch, bereits während der Anmeldeprozedur stärker darauf hinzuweisen, dass das Führen eines Tagebuchs mit Mühen verbunden ist, um die Nutzerinnen und Nutzer gewissermaßen einzustimmen auf das, was in den nächsten 50 Tagen auf sie zukommt.

6.3.4.3 Bewertung der Tagebuchkommentare und der Kontaktoptionen zum drugcom-Team

Das Tagebuch ist einerseits ein wichtiges Instrument, um die Nutzerinnen und Nutzer zur Selbstbeobachtung und Reflexion über das eigene Konsumverhalten anzuregen. Andererseits ist es die hauptsächliche Kommunikationsschnittstelle zwischen den teilnehmenden Personen und dem Beratungsteam, das wöchentlich individuelle Kommentare zu den jeweiligen Tagebucheinträgen verfasst. Durch die Unterstützung sollen die Klientinnen und Klienten lernen, persönliche Risikosituationen zu erkennen und adäquate Kontrollstrategien hierfür zu entwickeln. Unter methodischen Gesichtspunkten betrachtet orientiert sich die Kommentierung dabei an den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick 2005). Im Mittelpunkt dieses Modells steht die Annahme, dass Menschen in der Lage sind, ihre Verhaltensweisen (auch das Suchtverhalten) selbstständig und ohne längerfristige Hilfestellungen durch Professionelle zu ändern (Prinzip der Selbstmodifikation). Der Veränderungsprozess kann seitens der Beratung durch unterschiedliche Interventionen befördert werden, bei denen eine empathische Grundhaltung und die Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit der Klienten und Klientinnen von zentraler Bedeutung sind.

Im Rahmen der prozessorientierten Evaluation gilt es in erster Linie zu prüfen, wie die Klienten und Klientinnen die Kommentare des Beratungsteams bewerten bzw. ob sie diese als hilfreich einschätzen (vgl. Abbildung 40 auf Seite 83).

Es zeigt sich, dass über die Hälfte der ehemaligen Nutzer und Nutzerinnen die höchste Bewertungskategorie auswählt bzw. angibt: dass ihnen die individuellen Kommentare *sehr geholfen* habe. Knapp ein Viertel (23,0 %) gibt zudem an, dass ihnen die Anmerkungen des Teams *ziemlich geholfen* hätte. Über drei Viertel der Teilnehmenden bewertet die wöchentliche Unterstützung des Teams somit als sehr bzw. ziemlich hilfreich. Dem stehen lediglich 6,4 % negative Bewertungen gegenüber.

Nutzerinnen und Nutzer, die das Programm nicht vollständig absolvierten, äußern sich allerdings kritischer über die Kommentare der Berater und Beraterinnen. Nach dem Grund ihres vorzeitigen Programmabbruchs gefragt, geben 21 von 88 (23,9 %) an, keinen Nutzen aus den Tagebuchkommentaren gezogen zu haben. In Kapitel 6.3.4.5 wird hierauf näher eingegangen.

Das internetbasierte Programm „quit the shit“ bietet selbstverständlich die Kontaktoptionen Chat und E-Mail. Obligatorisch beginnt die Aufnahme in das Programm mit einem Erstgespräch im One-to-One-Chat. Daneben können die Nutzerinnen und Nutzer jederzeit den täglichen Beratungschat aufsuchen oder ihr Anliegen per E-Mail an das Beratungsteam senden. Insbesondere das Erstgespräch erfüllt in diesem Zusammenhang wichtige Funktionen. So besteht ein wesentliches Ziel des chatbasierten Erstgesprächs darin, gemeinsam mit der Klientin bzw. dem Klienten eine individuelle Zielvereinbarung für das 50-Tage-Programm vorzunehmen sowie Detailziele für Zwischenetappen zu definieren. Das chatbasierte Erstgespräch dient ferner dazu, den Kontakt herzustellen und den Aufbau einer Beziehung zu pflegen, um den Teilnehmenden das Gefühl zu vermitteln, wirklich individuell betreut zu werden. Nicht zuletzt soll durch das Gespräch – trotz aller Anonymität und der Möglichkeit, jederzeit den Kontakt abzubrechen – die Verbindlichkeit für die Programmteilnahme und damit die Haltequote erhöht werden.

Doch wie schätzen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Kontaktoptionen zum drugcom-Team ein? Wie hilfreich bewerten sie die Kommunikation? Bei der Analyse des E-Mail-Kontakts zeigt sich, dass 38,1 % von ihnen diese Kontaktoptionen gar nicht nutzten und diese insofern nicht beurteilen können, weshalb sie aus der Auswertung ausgeschlossen wurden. Abbildung 41 eranschaulicht die Ergebnisse.

Abbildung 41 zeigt, dass der persönliche Nutzen, den die Teilnehmenden aus diesen beiden Programmelementen ziehen, überwiegend positiv bewertet wird. 73,1 % von ihnen geben an, dass ihnen der E-Mail-Kontakt zum Team *sehr* bzw. *ziemlich* geholfen habe, die entsprechenden Bewertungen des Chatkontakts liegen mit 61,9 % gut 10 % darunter. Im Vergleich zu den Bewertungen der Tagebuchkommentare fallen die Ergebnisse zum Chat und zur E-Mail-Beratung etwas niedriger aus.

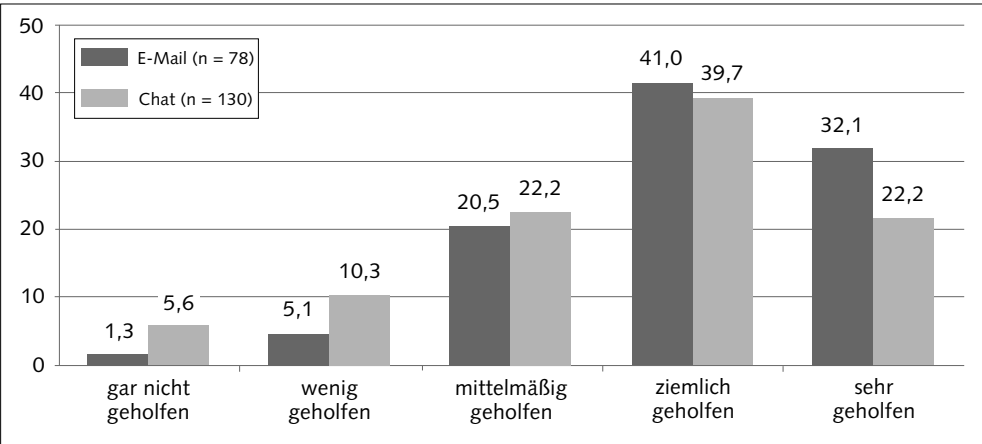


Abb. 41: Allgemeiner Nutzen des E-Mail- und Chatkontakts zum Team (Angaben in Prozent)

Die ungünstigeren Bewertungen dieser Kontaktoptionen im Vergleich zu den Tagebuchkommentaren sind erwartungskonform. So findet die problemorientierte Beratung hauptsächlich im Rahmen der Tagebuchkommentare statt, während per E-Mail überwiegend organisatorische und technische Fragen geklärt werden. Zudem bekommen die Klientinnen und Klienten deutlich häufiger Kommentare als sie per Chat kommunizieren. In der Regel finden lediglich zwei Chats statt: Ein Aufnahme- und ein Abschlussgespräch. Wesentlich mehr Chatkommunikation ist ohnehin nicht möglich, da der Chat in der Regel ausgelastet ist, wenn die Beraterinnen und Berater des drugcom-Teams online sind.

Insgesamt zeigt sich somit, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den größten Nutzen aus dem Tagebuch und den hierzu vorgenommenen Kommentaren ziehen. Der Kontakt über Chat und – sofern genutzt – über E-Mail hat darüber hinaus für einen Großteil ebenfalls einen hohen Nutzen. Letztlich können die einzelnen Komponenten aber nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, da die Elemente nur als Ganzes funktionieren. Ohne einführenden Chatkontakt ist eine gemeinsame und zeiteffektive Zielfindung nur schwer vorstellbar. Zudem würde die Haltequote vermutlich rapide absinken, wenn die Klientinnen und Klienten im Chat nicht erleben würden, dass sie durch qualifizierte und vor allem empathische Beraterinnen und Berater unterstützt werden. Ob die Nutzung dieser Elemente auch zu einer Reduktion des Cannabiskonsums führt, wird in Kapitel 6.3.5 differenziert untersucht.

6.3.4.4 Allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlung

Die günstigen Bewertungen der einzelnen Programmelemente von „quit the shit“ spiegeln sich auch im Wert der allgemeinen Zufriedenheit wider (vgl. Abbildung 42).

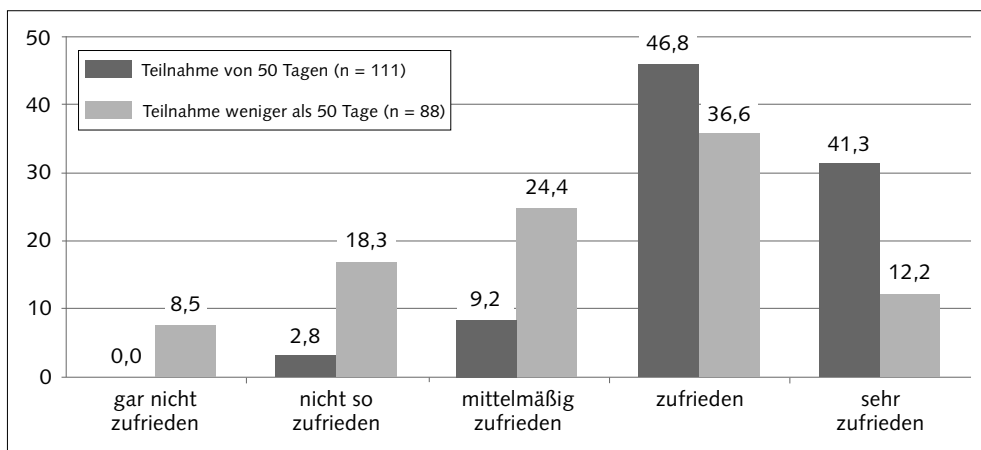


Abb. 42: Allgemeine Zufriedenheit mit dem Programm (Angaben in Prozent)

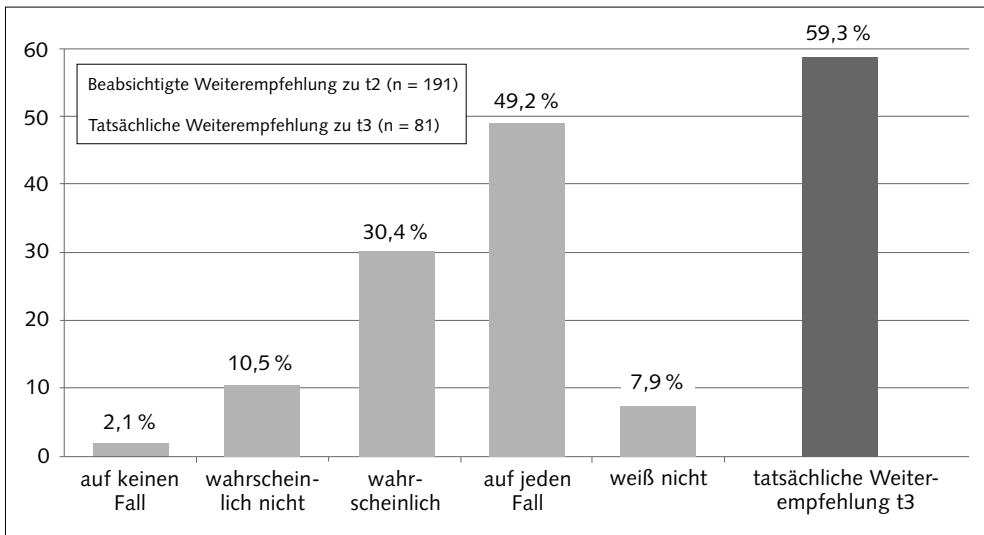


Abb. 43: Weiterempfehlungsquote des Programms

Von der Gesamtstichprobe ($n = 199$) zeigen sich über 71 % aller Befragten entweder *zufrieden* oder *sehr zufrieden*; lediglich 13,1 % geben an, nicht zufrieden zu sein. Wie ebenfalls zu erkennen ist, bewerten die Nutzerinnen und Nutzer, die das Programm nach 50 Tagen beendeten, „quit the shit“ bedeutsam besser²⁴. Während nur 12,2 % der Personen, die das Programm weniger als 50 Tage durchlaufen haben, *sehr zufrieden* sind mit dem Programm, trifft dies auf 41,3 % der Klientinnen und Klienten zu, die 50 Tage an „quit the shit“ teilnahmen. Allerdings sind immerhin 48,8 % derjenigen, die das Programm vorzeitig beendeten, insgesamt zufrieden mit „quit the shit“.

In eine ebenfalls positive Richtung gehen die Angaben der Teilnehmenden bei ihrer Weiterempfehlungsabsicht: Rund die Hälfte von ihnen geben am Ende des Programms an, es *auf jeden Fall* weiterempfehlen zu wollen, 30,4 % halten dies für *wahrscheinlich*. Wie in Abbildung 43 zu erkennen ist, scheint die Absicht ein guter Indikator für die tatsächliche Weiterempfehlung zu sein. So zeigen die Angaben drei Monate nach Abschluss des Programms, dass 59,3 % der ehemaligen Nutzer das Programm tatsächlich weiterempfohlen haben. Dieser Wert zeigt, dass die positive Haltung der Nutzerinnen und Nutzer gegenüber „quit the shit“ neben der Bewertung einzelner Programmelemente und vergleichsweise abstrakten Werten wie der Zufriedenheit sich auch im konkreten Verhalten ausdrückt.

²⁴ Die Verteilungsunterschiede zwischen Personen mit 50 Tagen Teilnahme im Vergleich zu denen mit vorzeitigem Abschluss sind hoch signifikant (Mann-Whitney-U = 2202.5; $p < .001$).

Darüber hinaus ist anzumerken, dass Unzufriedenheit mit dem Programm nicht zwangsläufig der Grund dafür war, dass es nicht weiterempfohlen wurde. Drei Personen geben beispielsweise an, hierfür niemand Passendes zu kennen bzw. dass niemand von ihrer Teilnahme erfahren solle.

Einige ehemalige Nutzerinnen und Nutzer kritisieren allerdings, dass das Programm zu unpersönlich und für Dauerkonsumierende nicht ausreichend sei. Diese Kritik bezog sich zum einen auf den Kontakt in der Beratung (3 Nennungen), auf das allgemeine Konzept und die Webbasierung des Programms (2 Nennungen). Auch einige allgemeine Bemerkungen zum Programm und die Gründe für die Beendigung nach weniger als 50 Tagen gehen in diese Richtung. So beschlossen zehn Personen, die das Programm vorzeitig beendeten, eine Beratungsstelle vor Ort aufzusuchen (vgl. Abbildung 46).

Dass die anonyme Beratungssituation über das Internet für viele Teilnehmende kein Problem darstellt und sogar vorteilhaft erscheint, ist ebenso erkennbar: So bemerkten zwei Personen, dass sie unter diesen Umständen erst fähig waren, Hilfe aufzusuchen und sich offen über ihren Cannabiskonsum auszutauschen und beraten zu lassen.

6.3.4.5 Haltequote und Gründe für das vorzeitige Beenden des Programms

Haltequote

Ein wichtiger Indikator für das Ausmaß der Akzeptanz von Gesundheitsprogrammen ist die Haltequote. Sie gibt Auskunft über den Anteil der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer, die über die volle Laufzeit am Projekt teilnehmen. Eine niedrige Quote würde in diesem Zusammenhang darauf hindeuten, dass das Programm möglicherweise nicht optimal auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer hin ausgerichtet ist. Aufgrund des niederschweligen und anonymen Zugangs zum Programm ist jedoch auch damit zu rechnen, dass viele das Angebot „einfach mal ausprobieren“ wollen, besonders da der Aufwand zur Anmeldung gering ist. Hingegen bedarf es eines gewissen Durchhaltevermögens, täglich oder zumindest regelmäßig den eigenen Cannabiskonsum zu dokumentieren. Diese Form der Selbstbeobachtung ist nicht unbedingt für jede Klientin bzw. jeden Klienten gleich gut geeignet. Abbildung 44 veranschaulicht die Ergebnisse.

Rund jede dritte Person, die am Programm „quit the shit“ teilnimmt, hält über die komplette Distanz von 50 Tagen durch, sodass eine Haltequote von 36,6 % für die gesamte Programmdauer vorliegt. Der doppelgipfeligen Verteilung in Abbildung 45 kann zudem entnommen werden, dass die meisten Nutzerinnen und Nutzer von „quit the shit“ entweder sehr kurz am Programm teilnehmen oder es (fast) komplett durchlaufen: Zwar beendet jede dritte teilnehmende Person (37,1 %) das Programm innerhalb der ersten zehn Tage. Den größten Anteil stellen jedoch diejenigen, die über 40 Tage am Programm teilnehmen (39,4 %).

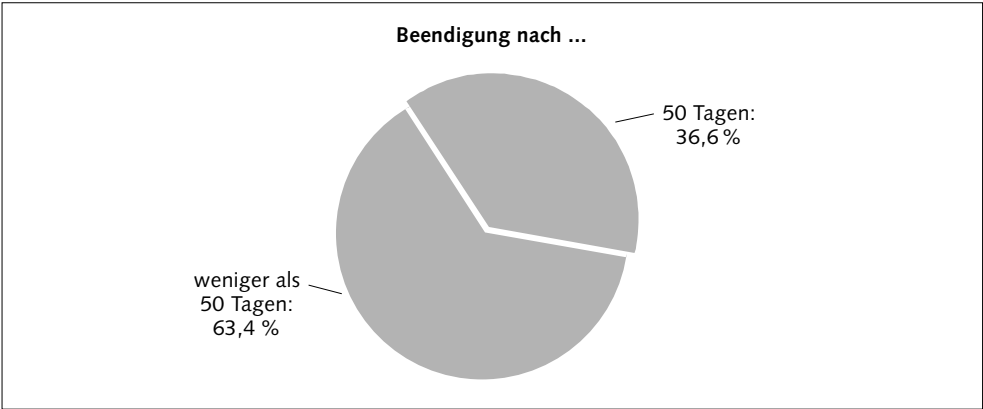


Abb. 44: Art der Beendigung (n = 429)

Wie ist diese Haltequote zu beurteilen? Da die internetbasierte Beratung noch in den Kinderschuhen steckt, fehlt es an Informationen aus vergleichbaren Programmen. Hier kann lediglich auf die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zurückgegriffen werden, die jedoch nur bedingt vergleichbar sind, da die darin dokumentierten Klientinnen und Klienten in ambulanten Beratungsstellen vor Ort beraten werden und von einem häufigeren Kontakt und somit einer stärkeren Anbindung auszugehen ist. Dennoch zeigt sich, dass in knapp der Hälfte (45,7 %) aller in der DSHS dokumentierten Beratungsfälle für 2004 mit Hauptdiagnose Cannabis es zu einem Abbruch der Beratung kommt (Strobl et al. 2005). Vor diesem Hintergrund ist die Haltequote bei „quit the shit“ als sehr gut zu bewerten.

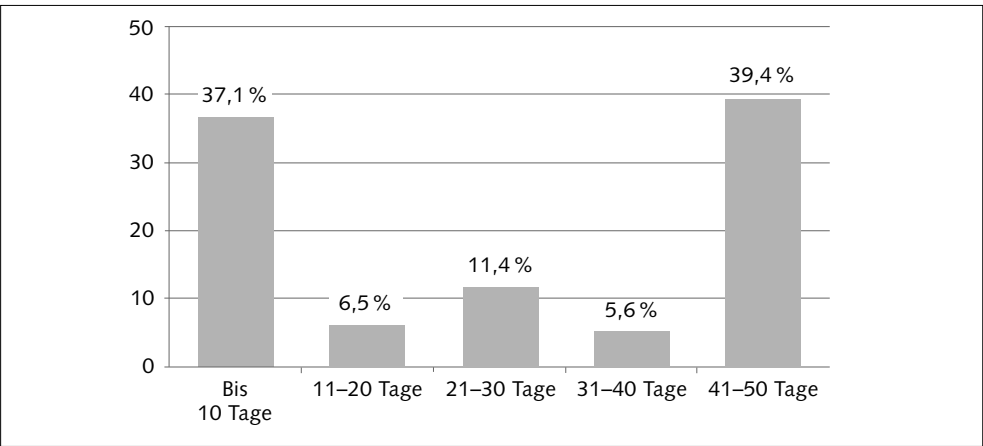


Abb. 45: Dauer der Programmteilnahme (n = 429)

Denkbar wäre auch, die Haltequote einfach durch die Verkürzung des Programms zu verbessern. Würde die Programmdauer auf beispielsweise 30 Tage verkürzt, so läge die Haltequote wie sie in Abbildung 45 dargestellt wird, bei 45 %. Doch ist dies auch sinnvoll? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Diejenigen, die sehr früh abbrechen bzw. nach dem One-to-One-Chat nie ihr persönliches Tagebuch betreten, würden auch bei einer verkürzten Programmdauer nicht einsteigen. Abbrüche nach 20, 30 oder 40 Tagen sind hingegen vergleichsweise selten. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sich tatsächlich auf die tagebuchgestützte Beratung einlassen und zumindest die ersten zehn Tage überstehen, halten immerhin rund die Hälfte bis zum Schluss durch. Zudem ist davon auszugehen, dass auch die Wirksamkeit, das heißt die nachhaltige Senkung der Konsumfrequenz, durch eine Verkürzung der Programmdauer beeinflusst wird. Aus diesem Grund wäre von einer vorschnellen Verkürzung der Programmdauer abzuraten, sollten doch zunächst die Effekte genauer überprüft werden. Es ist darüber hinaus wahrscheinlich, dass sich die Haltequote auch mit der zunehmenden Übung der Beraterinnen und Berater verbessert. Diese verfügen zwar über eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung oder Beratungsausbildung, jedoch erfordert die internetbasierte Beratung spezifische Kompetenzen, die bislang von keiner Therapieschule gelehrt wird und insofern erst im Laufe des Modellprojekts entwickelt werden können.

Gründe für die vorzeitige Beendigung des Programms

Was sind die konkreten Gründe für einen vorzeitigen Ausstieg? Ist es die Unzufriedenheit mit dem Programm oder sind die Gründe auf personenbezogene Faktoren zurückzuführen? Um Hinweise auf diese Frage zu bekommen, wurde den teilnehmenden Personen, die das Programm vorzeitig beendet haben, eine Liste mit möglichen Gründen vorgelegt, die sie mit *stimmt* oder *stimmt nicht* beantworten konnten. Dabei waren Mehrfachantworten möglich, wobei die Antwort „Ich habe mein Ziel bereits vor Ablauf der 50 Tage erreicht“ gesondert erfragt wurde und ein „Ja“ zu dieser Frage die Felder aller anderen Aussagen deaktivierte. Daher wird die Auswertung dieser Frage getrennt dargestellt (vgl. Abbildungen 46 und 47). Es zeigt sich, dass 21,6 % (n = 19) der Personen, die das Programm vorzeitig beendeten, dies damit begründen, dass sie ihr konsumbezogenes Ziel

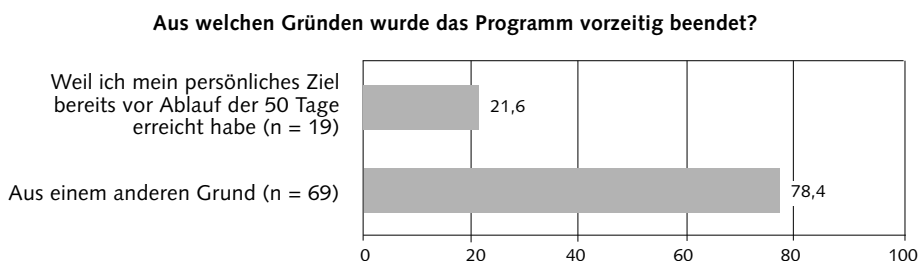


Abb. 46: Gründe für die vorzeitige Beendigung des Programms; Angaben in Prozent (n = 88)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das Programm vorzeitig beendeten und ihr Ziel nicht erreicht haben, begründen dies wie folgt (Mehrfachnennungen möglich):



Abb. 47: Gründe für die vorzeitige Beendigung des Programms, wenn das persönliche Ziel nicht erreicht wurde; Angaben in Prozent (n = 69)

bereits vor Ablauf der 50 Tage erreicht hätten und eine Teilnahme deshalb nicht weiter für nötig erachteten.

Von den Personen, die das Programm vorzeitig beendeten und angeben, ihr Ziel nicht erreicht zu haben (n = 69), erklären die meisten (n = 44, 63,8 %) dies damit, dass sie nun lieber allein versuchen wollen, ihren Cannabiskonsum einzuschränken. 33 Personen (53,6 %) erklären zudem, sie hätten das Programm vorzeitig beendet, da sie ihrem Ziel nicht wie gewünscht näher kamen und sie deswegen frustriert seien.

37 ehemalige Klientinnen und Klienten (53,6 %) geben an, dass es ihnen zu mühselig war, regelmäßig Tagebuch zu führen. Wie Kapitel 6.3.4.2 zu entnehmen ist, liegt der Grund vermutlich nicht in einer unzureichenden Benutzerfreundlichkeit, sondern viel-

mehr in der Haltung der Teilnehmenden bzw. den grundlegenden Merkmalen eines internetbasierten Angebots begründet. Zudem zeigte sich, dass diese Haltung auch mit der Frustration korrespondiert, seinem Ziel nicht bedeutend näher gekommen zu sein. In diesem Fall wäre eventuell zu prüfen, ob die Zielformulierung beim Programmeinstieg weiter optimiert werden könnte.

21 (30,4 %) der befragten Abbrecher erklären, wenig mit den Kommentaren des Beratungsteams anfangen zu können. So bemängeln vier Personen, dass die Kommentare nicht genügend auf ihre persönliche Lage eingingen. Dazu ist allerdings zu bemerken, dass ausführliche Kommentare nur dann geschrieben werden können, wenn genügend Textmaterial im Tagebuch vorhanden ist – oft werden hingegen nur sehr kurze Einträge durch die Klientinnen und Klienten vorgenommen, sodass eine detaillierte Rückmeldung nur schwer möglich ist. Denkbar ist aber auch, dass ein tagebuchgestütztes Programm nicht für jeden Konsumierenden gleichermaßen geeignet ist.

Zehn von 69 Befragten (14,5 %) geben als Grund an, eine Beratungsstelle vor Ort aufsuchen zu wollen. Möglicherweise haben diese Personen erkannt, dass ihnen die internetbasierte Beratung nicht genügt und sie einen intensiveren Kontakt wünschen. Auf jeden Fall ist für diese Personen ein Ziel erreicht worden: Sie wurden dazu motiviert, sich näher mit ihrer Konsumproblematik auseinander zu setzen und wollen dafür weitere Hilfe in Anspruch nehmen. Bei vielen von diesen kann vermutet werden, dass erst die Teilnahme an „quit the shit“ und die damit verbundene Auseinandersetzung mit dem eigenen Cannabiskonsum dazu führte, dass sie eine Beratungsstelle aufsuchen – zumal die Beraterinnen und der Berater des „quit the shit“-Teams ihren Klientinnen und Klienten empfehlen, eine Beratung aufzusuchen, wenn sie den Cannabiskonsum als Teil einer komplexen psychischen Störung betrachten.

Lediglich zwei Personen (2,9 %) gaben an, das Programm aufgrund der schlechten Navigation und Benutzerführung abgebrochen zu haben. Dieser niedrige Wert korrespondiert mit den oben vorgestellten, guten Bewertungen der Benutzerfreundlichkeit (vgl. Abbildung 37).

6.3.5 Wirksamkeit des Programms

Um im Rahmen einer ergebnisorientierten Evaluation den Erfolg des Programms zu messen, wird bei den verschiedenen Nachbefragungen die Konsummenge und -häufigkeit der ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Beendigung des Programms erhoben und mit den entsprechenden Werten vor dem Durchlauf des Programms verglichen. Ein Erfolg würde sich in der Reduktion der Konsummenge und der Konsumhäufigkeit niederschlagen. Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass aus forschungspraktischen und finanziellen Gründen keine Kontrollgruppe gebildet wurde. Zudem ist von einer Positivselektion bei den Rückmeldungen auszugehen, das heißt, dass Konsum-

mierende, die erfolgreich weniger oder gar nicht mehr kiffen, vermutlich eher motiviert sind, an der Nachbefragung teilzunehmen als diejenigen, die wieder in ihr altes Konsummuster zurückfallen. Insofern sind die Veränderungen im Konsumverhalten unter diesem Vorbehalt zu interpretieren.

6.3.5.1 Konsummenge und Konsumfrequenz

Wie in Kapitel 6.3.1 (vgl. Tabelle 6) dargestellt, füllten von den 429 Personen, die bis zum 31.12.2005 das Programm beendeten, 199 Personen (46,7 %) die erste Nachbefragung direkt im Anschluss an das Programmende aus (t2). Der Fragebogen zu t3 – drei Monate nach Abschluss des Programms – enthält Angaben von 81 Personen (18,9 %).

Zur Befragung sechs Monate nach Ende des Programms (t4) liegen mit 37 Fällen (8,6 %) noch zu wenige Daten für eine differenzierte Betrachtung der Teilnehmenden vor. Eine solide Datenbasis ist somit nur bei t2 und t3 vorhanden. Aussagen zur Nachhaltigkeit des Programms haben daher vorläufigen Charakter. Abbildung 48 veranschaulicht die Entwicklung des Cannabiskonsums der „quit the shit“-Teilnehmenden, wobei zwischen der Beendigung nach 50 Tagen und weniger als 50 Tagen unterschieden wird.

Beim Vergleich beider Teilnehmergruppen wird deutlich, dass Personen, die weniger als 50 Tage lang am Programm teilnehmen, mit durchschnittlich 23,6 Gramm schon zu Beginn des Programms mehr Cannabis im genannten Zeitraum konsumieren als die-

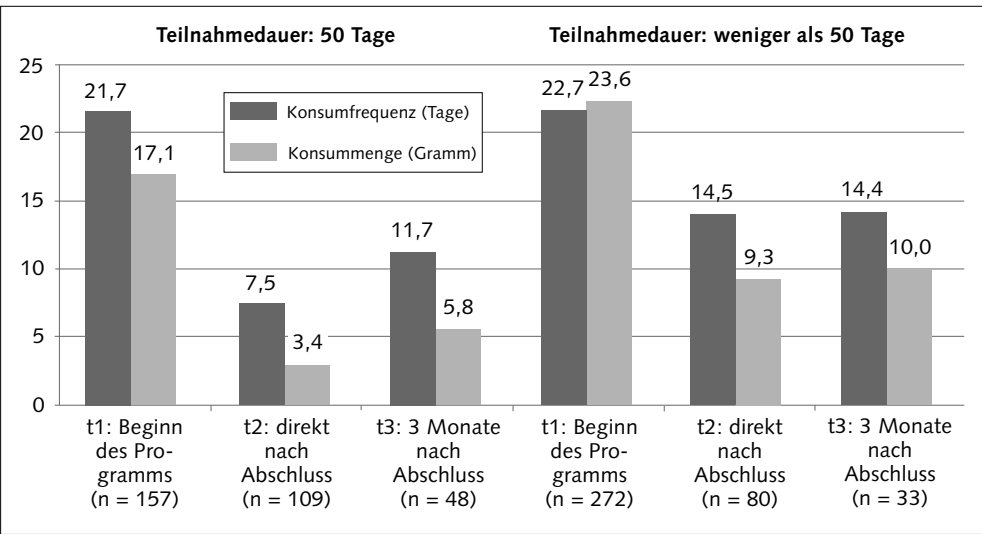


Abb. 48: Durchschnittliche Frequenz und Menge des Cannabiskonsums der letzten 30 Tage bei Teilnehmenden mit Programmabschluss nach 50 Tagen und weniger als 50 Tagen

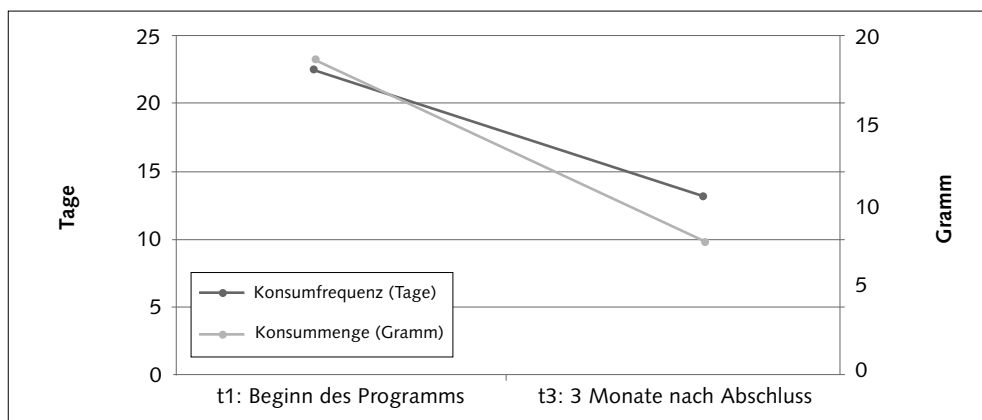


Abb. 49: Durchschnittliche Frequenz und Menge des Cannabiskonsums der letzten 30 Tage der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, von denen t3-Daten vorliegen (n = 81)

jenigen, die es nach 50 Tagen abschließen (17,1 Gramm)²⁵. Vergleicht man diese Gruppen in anderen konsumbezogenen Parametern (Konsumfrequenz, Cannabisabhängigkeit nach DSM IV) bei Programmeinstieg, zeigen sich zwischen ihnen allerdings keine Unterschiede²⁶. Es ist somit nicht gesichert davon auszugehen, dass eine der beiden Gruppen einen stärkeren Konsum aufweist. Um die Wirksamkeit des Programms zu optimieren, sollte die zukünftige Begleitforschung verstärkt solche Personenmerkmale ermitteln, die als protektive Faktoren bzw. Vulnerabilitätsfaktoren zu betrachten sind und somit den Teilnahmeerfolg bei „quit the shit“ vorhersagen.

Hinsichtlich der Entwicklung des Konsums zeigt sich, dass sowohl die Konsummenge an Haschisch und Marihuana als auch die Häufigkeit der Konsumvorgänge – bezogen auf die letzten 30 Tage nach Beendigung des Programms (t2) und drei Monate später (t3) – insbesondere bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Programm nach 50 Tagen beendeten, weit unter den Werten des Programmeinstiegs liegen. Mit durchschnittlich 3,4 Gramm liegt die konsumierte Menge an Cannabisprodukten zu t2 über 80 % unter dem Eingangswert vor der Interventionsmaßnahme (17,1 Gramm). Auch die Anzahl der Konsumtage liegt mit durchschnittlich 7,5 Tagen direkt nach dem Programm bei etwa einem Drittel des Eingangswerts (21,7 Tage). Zwischen t2 und t3 findet zwar wieder ein leichter Anstieg im Cannabiskonsum statt, insgesamt kann aber noch immer von einer bedeutsamen Senkung des Konsums gesprochen werden. Bei den Teilnehmerinnen und

25 Der Unterschied ist statistisch hochsignifikant ($T(407,4) = 3670$; $p < .001$).

26 Konsumfrequenz der letzten 30 Tage: $T(427) = 0.975$; $p = .330$.
Abhängigkeit nach DSM: $\chi^2 = .065$; $p = .800$.

Teilnehmern, die das Programm nach weniger als 50 Tagen beendeten, bilden sich diese Entwicklungen zwar nicht in der Deutlichkeit ab, dennoch zeigen sich auch hier Konsumreduktionen in beiden Konsumparametern.

Denkbar ist jedoch, dass sich bei den Nutzerinnen und Nutzern, die an allen Nachbefragungen bis t3 teilgenommen haben, keine Veränderungen ergeben haben, sie also von Anfang an zu den „Wenigkiffern“ zu zählen sind. In diesem Fall ließe sich ein reduzierter Konsum in den Stichproben zu t2 und t3 einzig durch die größere Bereitschaft von „Wenigkiffern“ erklären, an Nachbefragungen teilzunehmen. Um auszuschließen, dass die Analysedaten durch einen solchen Selektionseffekt verfälscht werden, werden nur die Teilnehmenden ausgewählt, die sich an der Nachbefragung zu t3 beteiligt haben (n = 81). Die Angaben zu t2 werden in diesem Zusammenhang nicht einbezogen, da dieser Zeitpunkt bei denen, die das Programm vorzeitig beendeten, zwischen einem Tag und 49 Tagen nach t1 liegen kann und insofern wenig aussagekräftig sind.

Zunächst ist festzustellen, dass die Konsummenge und -frequenz der Personen, von denen t3-Daten vorhanden sind, sich zum Zeitpunkt des Programmeinstiegs nicht signifikant von denen unterscheiden, die nicht an der Nachbefragung zu t3 teilnahmen (n = 348)²⁷. Somit liegt keine Selektion von Personen vor, die bereits zu Programmbeginn einen niedrigen Cannabiskonsum aufwiesen.

Die Entwicklung des Cannabiskonsums ist eindeutig: In den untersuchten Fällen, von denen Daten über die Messperiode bis drei Monate nach Programmeinstieg vorliegen,

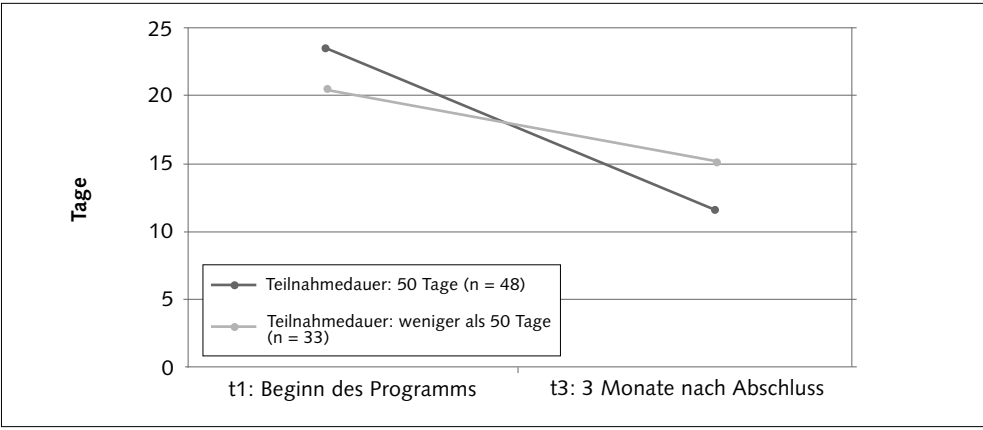


Abb. 50: Konsumhäufigkeit (30-Tage-Prävalenz) bei unterschiedlicher Teilnahmedauer

²⁷ Konsumfrequenz: $T(141,6) = 0,153$; $p = .878$. Konsummenge: $T(427) = 1,549$; $p = .122$ (T-Tests für unabhängige Stichproben).

haben sich signifikante Konsumreduktionen ergeben. Sowohl die Verringerung der Konsumfrequenz von 22,2 Tage auf 12,8 Tage als auch die Reduzierung der Konsummenge von 18,2 auf 7,5 Gramm Cannabis sind hochsignifikant²⁸. Welche Unterschiede finden sich zwischen den Nutzergruppen? Profitieren auch die Nutzerinnen und Nutzer, die das Programm nach weniger als 50 Tagen beenden? Um dies zu testen, wird lediglich die Konsumfrequenz fokussiert, da diese als der wesentliche Parameter begriffen werden kann (vgl. Abbildung 50). Dabei zeigt sich, dass sowohl die Nutzerinnen und Nutzer profitieren, die das Programm die vollen 50 Tage durchlaufen haben, als auch diejenigen, die es vorzeitig beendeten. Bei beiden Nutzergruppen ist eine signifikante Reduzierung des Konsums – bezogen auf die Konsumfrequenz – festzustellen.²⁹ Während diejenigen, die das Programm nach weniger als 50 Tagen beendeten, ihren Konsum um durchschnittlich 6,2 Tage senken, konnten Nutzerinnen und Nutzer, die „quit the shit“ nach 50 Tagen abschlossen, tendenziell mehr von ihrer Teilnahme profitieren: Ihr Konsum fällt um durchschnittlich 11,6 Tage³⁰.

6.3.5.2 Persönliches Ziel

Einige der Befragten hatten zu den jeweiligen Messzeitpunkten gar keinen Konsum für die letzten 30 Tage angegeben. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sowohl zu t2 als auch t3 teilgenommen haben ($n = 81$), gaben vier (4,9 %) zu t1 an, kein Cannabis im letzten Monat konsumiert zu haben, zu t2 waren es $n = 23$ (28,4 %) und zu t3 noch 14 (17,3 %). Der klientenzentrierte Ansatz gibt jedoch kein normatives Ziel vor. Der Ausstieg ist lediglich eine Option, für die sich eine Klientin oder ein Klient entscheiden kann. Die meisten entscheiden sich im Rahmen des chatbasierten Erstgesprächs zunächst für eine Reduktion, da sie sich oft (noch) nicht vorstellen können, ganz auf Cannabis zu verzichten. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, ob die Klientinnen und Klienten nach Ende der Beratung (t2) angeben, ihr Ziel erreicht zu haben. Abbildung 51 veranschaulicht die Ergebnisse je nach Teilnahmedauer.

Wie sich zeigt, differieren beide Teilnehmergruppen erwartungsgemäß. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das Programm 50 Tage genutzt haben, geben mehrheitlich an, ihr Ziel erreicht zu haben. Immerhin geben auch 21,6 % der Nutzerinnen und Nutzer, die das Programm nach weniger als 50 Tagen beenden, an, ihr Ziel bereits vor Ablauf der 50 Tage erreicht zu haben. Wie die vorherigen Analysen zeigen konnten, ist diese Einschätzung durchaus realistisch, konnte doch nachgewiesen werden, dass auch diese Nutzergruppe von der Beratung profitiert und signifikant ihren Konsum reduzieren konnte.

28 Konsumfrequenz (T-Test für gepaarte Stichproben): $T(80) = 6,81$; $p < .001$.

Konsummenge (T-Test für gepaarte Stichproben): $T(80) = 5,00$; $p < .001$.

29 Reguläre Beendigung (T-Test für gepaarte Stichproben): $T(47) = 6,28$; $p < .001$.

Vorzeitige Beendigung (T-Test für gepaarte Stichproben): $T(32) = 3,16$; $p = .003$.

30 „drugcom“ – Jahres- und Evaluationsbericht 2005

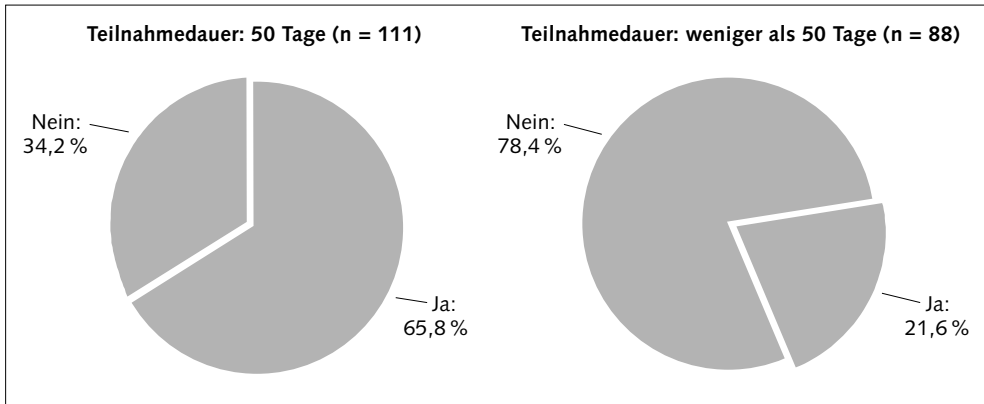


Abb. 51: Erreichen des Konsumziels bei Programmabschluss (Befragungszeitpunkt t2)

6.4 Fazit zur Evaluation von „quit the shit“

Im Jahr 2005 haben insgesamt 429 Personen an „quit the shit“ teilgenommen, seit Projektbeginn am 03.08.2004 insgesamt 500. Zu Beginn der Programmteilnahme weisen die Klientinnen und Klienten hinsichtlich der Menge und der Frequenz des Konsums einen stark bis sehr stark ausgeprägten Cannabiskonsum auf. Bei den meisten Nutzerinnen und Nutzern lag eine cannabisbezogene Abhängigkeitsstörung vor, wenn man die Kriterien des DSM IV zugrunde legt. Damit korrespondierend gaben fast alle an, sich psychisch abhängig zu fühlen, was auf einen entsprechend hohen Leidensdruck hinweist.

Mit „quit the shit“ ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angetreten, diesen jungen Menschen per Internet und auf der Basis eines kurzzeitbasierten und lösungsorientierten Beratungsansatzes Unterstützung anzubieten. Das Programm hat zum Ziel, innerhalb von 50 Tagen eine signifikante und nachhaltige Konsumreduktion zu erzielen. Trotz methodischer Einschränkungen, die üblicherweise mit nichtexperimentellen Erhebungsverfahren verbunden sind, kann nach den vorliegenden Ergebnissen der begleitenden Evaluation davon ausgegangen werden, dass das Programm diesem Anspruch gerecht wird.

So deutet die derzeitige Datenlage darauf hin, dass das Programm wirksam zu einer Konsumreduktion beitragen kann: Sowohl die Konsummenge (Gramm Haschisch und Marihuana) als auch die Häufigkeit des Konsums (in den letzten 30 Tagen) waren direkt nach Abschluss des Programms zum Teil mehr als halbiert. Die Zahlen weisen zudem darauf hin, dass der Konsum noch 3 Monate nach Abschluss des Programms nachhaltig

gesenkt werden konnte. Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das Programm nach weniger als 50 Tagen beendeten, zeigen eine bedeutsame Reduktion des Konsums.

Diese guten Ergebnisse gründen auf einer hohen Akzeptanz des Programms unter den Nutzerinnen und Nutzern von „quit the shit“. So werden die bereitgestellten Informationen zur Kontrolle des eigenen Cannabiskonsums als verständlich, interessant und nützlich bewertet; ebenso verhält es sich mit dem Kontakt zum Beratungsteam. Aus den Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer wird vor allem deutlich, dass die zentralen Programmbestandteile – das Tagebuch und die vom Beratungsteam verfassten Tagebuchkommentare – eine gute Akzeptanz genießen und eine wirkungsvolle Hilfe bei der Reduzierung des Cannabiskonsums sind. Diese positiven Bewertungen der einzelnen Programmelemente münden schließlich in eine hohe Weiterempfehlungsquote: Knapp 60 % der ehemaligen Teilnehmenden gaben an, „quit the shit“ drei Monate nach Abschluss weiterempfohlen zu haben.

Rund 37 % haben die kompletten 50 Tage durchgehalten und täglich oder zumindest regelmäßig ihren Konsum online dokumentiert. Sehr viel höhere Haltequoten werden auch in der Face-to-Face-Beratung der ambulanten Drogenhilfe nicht realisiert. Die Tatsache, dass eine Beraterin oder ein Berater jeden Tagebucheintrag liest und wöchentlich dazu einen Kommentar verfasst, scheint die Nutzerinnen und Nutzer wirkungsvoll darin zu unterstützen, sich intensiv mit ihrem Konsum auseinander zu setzen.

Allerdings ist ein tagebuchgestütztes Programm nicht für alle Konsumierenden gleichermaßen geeignet. So haben 37 von 88 Personen, die weniger als 50 Tage an „quit the shit“ teilgenommen haben, angegeben, dass sie das Programm beendeten, weil ihnen „das regelmäßige Ausfüllen des Tagebuchs zu mühselig war“. In der Tat erfordert es Durchhaltevermögen, jeden Joint zu dokumentieren. Jedoch ist es ein zentrales Kennzeichen kognitiv-verhaltensorientierter Beratungsansätze, das eigene Verhalten und damit zusammenhängende Gedanken und Gefühle detailliert zu beobachten und zu bewerten. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass 19 Befragte, die nach weniger als 50 Tagen „quit the shit“ beendeten, angaben, eine Beratungsstelle vor Ort aufsuchen zu wollen. Bei diesen Personen wurde erreicht, dass sie sich intensiver mit ihrer Konsumproblematik auseinander setzen und dafür weitere Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Rund 22 % gaben als Grund für die Beendigung an, ihr Ziel in weniger als 50 Tagen erreicht zu haben. Erwartungsgemäß wird die Frage nach dem Erreichen des persönlichen Ziels von den Teilnehmenden, die „quit the shit“ nach 50 Tagen abschlossen, sehr viel häufiger mit „ja“ beantwortet: Rund zwei von drei ehemaligen Klientinnen und Klienten sind der Ansicht, ihr persönliches Ziel, das sie zu Anfang mit einem Berater bzw. einer Beraterin vereinbart hatten, erreicht zu haben.

Ein zukünftiges Ziel stellt eine Steigerung des Anteils der Nutzerinnen und Nutzer dar, die das Programm die gesamten 50 Tage durchlaufen. Insbesondere die ersten Tage der Programmteilnahme stellen eine kritische Phase dar. An dieser Stelle werden bereits Er-

innerungsmails verschickt und in Einzelfällen auch eine Einladung zu einem weiteren Chatgespräch ausgesprochen. Die Motivierung zur weiteren Teilnahme ist jedoch aufgrund der Cannabisabhängigkeit vieler Nutzerinnen und Nutzer und der damit einhergehenden mangelnden Kontrollüberzeugung und Frustrationstoleranz kein leichtes Unterfangen.

Abschließend kann somit festgestellt werden, dass „quit the shit“ bislang gute Erfolge in der Beratung seiner Klientinnen und Klienten vorweisen kann. Es zeigte sich, dass sowohl die einzelnen Programmbestandteile als auch „quit the shit“ als Ganzes den Teilnehmenden einen hohen Nutzen bietet und viele eine deutliche und nachhaltige Reduktion ihres Cannabiskonsums erzielen konnten.

Die Internetbasierung und der damit einhergehende nicht vorhandene physische Kontakt kann als Vorteil des Programms angesehen werden. Kennzeichnend für „quit the shit“ ist die leichte Erreichbarkeit – ein paar Klicks und man ist „drin“ – sowie die weitestgehende Anonymität. Der nicht vorhandene physische Kontakt führt jedoch bei manchen Teilnehmenden dazu, das Programm als zu wenig persönlich und damit auch als unverbindlich wahrzunehmen. Daher wird ab Sommer 2006 der Transfer von „quit the shit“ in die Arbeit ambulanter Suchtberatungsstellen getestet.

RESÜMEE UND AUSBLICK



Suchtprävention via Internet – vor rund fünf Jahren hatte diese Form der Gesundheitskommunikation größtenteils noch Modellcharakter, wobei nicht abzusehen war, ob eine „staatliche“ Internetseite, die über Drogenkonsum und seine Risiken aufklärt, überhaupt bei der Zielgruppe der drogenaffinen jungen Menschen Akzeptanz findet. So musste damit gerechnet werden, dass viele Nutzerinnen und Nutzer „drugcom.de“ zunächst mit Misstrauen begegnen, ist es doch – aus der Sicht Konsumierender – der Staat, der für die „Illegalisierung von Drogen“ verantwortlich ist. Aus diesem Grund war die BZgA von Anfang an bestrebt, durch innovative Methoden und ein modernes Erscheinungsbild nicht nur über Drogenkonsum aufzuklären, sondern vor allem auch die Akzeptanz der drogenaffinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu gewinnen.

Die Entwicklungen der letzten fünf Jahre haben gezeigt, dass die BZgA mit „drugcom.de“ die gesteckten Ziele erreicht hat. Waren es anfänglich noch ein paar hundert → Visits am Tag, wurde für das gesamte Jahr 2005 ein Schnitt von über 1 800 Visits am Tag gemessen. Der Wert → „Visit“ kann mit Einschränkungen in etwa mit der Anzahl Besucher gleichgesetzt werden. Den größten Anteil nehmen dabei drogenerfahrene Jugendliche und junge Erwachsene ein, unter denen sich zudem eine hohe Akzeptanz für die Site abzeichnet. Damit kann festgestellt werden, dass sich „drugcom.de“ als Informations- und Beratungsportal zum Thema „Drogen“ etabliert hat, wobei die Nutzungsdaten weiterhin eine ansteigende Tendenz zeigen.

Diese Entwicklung ist nicht zuletzt das Ergebnis zielgruppennaher Werbungsstrategien und der konsequenten Qualitätssicherung in der Entwicklung und dem Betrieb der Website. Das zeitnahe Monitoring zur Beobachtung der Nutzungsentwicklung zählt ebenso zum festen Instrumentarium wie Pretests und Onsite-Nutzerbefragungen zur Evaluation einzelner Module oder der gesamten Website.

Ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung bildet vor allem die konsequente Umsetzung der Grundkonzeption in allen Neuentwicklungen bei „drugcom.de“. So bilden die Zielebenen „Wissensvermittlung“ sowie „Einstellungs- und Verhaltensänderung“ die konzeptionellen Fundamente, die die Grundlage für die Entwicklung einzelner Module bilden. Während beispielsweise die Wissensvermittlung unter anderem in den Modulen „wissenstest“, „drogenlexikon“ oder „mischkonsum“ die zentrale Zielsetzung bildet, wird das Ziel „Einstellungsänderung“ überwiegend durch die Selbsttests („cannabis check“, „check your drinking“) realisiert. Bei Letzteren sollen durch eine differenzierte und personalisierte Rückmeldungen zum eigenen Konsum Denkanstöße gegeben werden, den eigenen Konsum kritisch zu hinterfragen. Für Cannabiskonsumierende, die eine entsprechende Veränderungsbereitschaft mitbringen, ist das explizit auf das Verhalten abzielende Modul „quit the shit“ konzipiert. Somit kann „drugcom.de“ zwar als eine modular aufgebaute Website betrachtet werden, die Module sind aber weitestgehend miteinander vernetzt und ergänzen sich, sodass „drugcom.de“ letztlich nur als Ganzes gesehen werden kann.

Nichtsdestotrotz muss sich jedes einzelne Modul in der Evaluation „bewähren“. Das wohl aufwändigste Modul – das Beratungsprogramm „quit the shit“ – wurde 2005 einer detaillierten Analyse seiner Akzeptanz und Wirkung unterzogen. Hierzu kann zunächst festgestellt werden, dass die Resonanz auf das Programm alle Erwartungen übertroffen hat. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen mittlerweile warten, um einen Beratungsplatz zu ergattern. Wie die ersten Evaluationsergebnisse aufzeigen, kann zudem von einer hohen Akzeptanz des 50-Tage-Programms ausgegangen werden, das nicht nur bei denjenigen, die über die gesamte Programmdauer durchhalten, zu einer signifikanten und vor allem nachhaltigen Konsumreduktion beiträgt.

Um der hohen Nachfrage gerecht zu werden und die begrenzten Ressourcen optimal einzusetzen, wurde die Konzeption von „quit the shit“ erweitert, um zukünftig auch kommunalen Beratungsstellen zu ermöglichen, das erfolgreich erprobte Beratungsprogramm „quit the shit“ in ihre Arbeit zu integrieren. Das Modellvorhaben des „Transfers von ‚quit the shit‘ in die Arbeit kommunaler Beratungsstellen“ wird daher in den nächsten Jahren eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben im Rahmen des Gesamtprojekts „drugcom.de“ sein.

Darüber hinaus wurden im Jahre 2005 die Module „cannabis check“ und „mischkonsum“ bereichsspezifisch evaluiert. Dabei zeigte sich, dass der „cannabis check“ im Vergleich zu den anderen Bereichen der Seite die höchsten Akzeptanzwerte beim drugcom-Publikum erzielt. So würden beispielsweise acht von zehn Nutzerinnen und Nutzern den Test *wahrscheinlich* oder *auf jeden Fall* weiterempfehlen. Für das zur selben Zeit evaluierte Informationsmodul zum „mischkonsum“ konnten zwar nicht dieselben Zustimmungsraten wie zum „cannabis check“ erzielt werden, wie die Ergebnisse zeigen, haben dennoch immerhin 25 % der Nutzerinnen und Nutzer angegeben, *sehr viel dazugelernt* zu haben. Die Ergebnisse legen die Annahme nahe, dass das Modul „mischkonsum“ zwar eine gewisse intellektuelle Hürde beim Verstehen der verschiedenen Risiken unterschiedlicher Mischkonsumkombinationen beinhaltet, für diejenigen, die diese Hürde meistern, scheint der Bereich „mischkonsum“ aber einen hohen Informationsgehalt zu haben.

Die Bewerbung (Promotion), die in den Anfangsjahren von besonderer Bedeutung war – galt es doch „drugcom.de“ unter der Zielgruppe bekannt zu machen – konzentrierte sich 2005 ausschließlich auf den Bereich der Jugendfreizeit, um die Zielgruppe der sozial benachteiligten Jugendlichen verstärkt anzusprechen. Nachdem 2004 im Rahmen eines Workshops mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendfreizeit Ideen für zielgruppengerechte Promotionsstrategien entwickelt wurden, galt es, diese 2005 umzusetzen. Zum einen wurde eine Arbeitshilfe zum Thema Cannabis für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren entwickelt, die ihnen helfen soll, dieses Thema im Rahmen ihrer Arbeit anzusprechen und gleichzeitig „drugcom.de“ als Grundlage zu verwenden. Zum anderen wurde ein Musikwettbewerb – „Rap Attack“ – initiiert, bei dem Jugendliche selber aktiv mitgestalten können. Beim „Rap Attack“ werden Jugendliche aufgefordert, sich



kreativ mit dem Thema „Rausch“ auseinander zu setzen und einen Rap-Song dazu zu produzieren. Diese Songs sollen auf der Website veröffentlicht werden, wo das drugcom-Publikum über die Top Ten abstimmen kann. Schließlich wird eine Jury von prominenten und vor allem glaubwürdigen Rap-Künstlern die Sieger ermitteln, die auf dem Abschlussevent auftreten dürfen. Der erste Platz wird zudem mit einer Studioaufnahme prämiert. Der 2005 begonnene Wettbewerb trat 2006 in die Hauptphase über, sodass eine abschließende Bewertung erst im nächsten Jahresbericht erfolgen kann.

Abschließend kann konstatiert werden, dass „drugcom.de“, das als Modellprojekt begann, inzwischen eine Reihe weiterer Teilprojekte initiiert hat und sich somit zu einem Ideenpool zur Konzeptionierung und Durchführung von innovativen Präventions- und Promotionsstrategien entwickelt hat.

8

LITERATUR

- Aarons, G. A., Brown, S. A., Stice, E., Coe, M. T. (2001): Psychometric evaluation of the marijuana and stimulant effect expectancy questionnaires for adolescents. *Addict Behav.* 26, 219–36.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1977): Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888–918.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington DC.: APA.
- Becker, P. (1982): *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003a): *drugcom.de – Jahresbericht 2002*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003b): *Gesamtkonzeption von drugcom.de*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband illegale Drogen*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): *drugcom.de – Jahresbericht 2004*. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.drugcom.de/pdf.php?id=9c8e465762be277275ae20a41a47970e>
- Franzkowiak, P. (2001): Risikokompetenz in der Suchtprävention – Potentiale und Probleme. *Prävention* 24, 102–104.
- Gögercin, S. (2001): Neue Medien in der Jugendarbeit. *Benachteiligte Jugendliche ans Netz. Soziale Arbeit* 1, 9–15.
- Holman, P., Devane, T. (Hrsg.) (2002): *Change Handbook. Zukunftsorientierte Großgruppen-Methoden*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Kipshagen, M., Petzold, M., Romahn, M. (2000): Psychosoziale Jugendberatung im Internetcafé – ein medienpädagogisches Pilotprojekt. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 4, 136–142.
- Kraus, L., Augustin, R. (2005): Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Studie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht* 31 (Sonderheft).
- Lynskey, M. T., Vink, J. M., Boomsma, D. I. (2006): Early Onset Cannabis Use and Progression to other Drug Use in a Sample of Dutch Twins. *Behavior Genetics*, 36, 195–200.
- Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest (2005): *JIM 2005 – Jugend, Information, (Multi-)Media*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest. Verfügbar unter: <http://www.mpfs.de/fileadmin/Studien/JIM2005.pdf> (Abruf: 6. 6. 2006).
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2005): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Perkonig, A., Pfister, H., Lieb, R., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. (2004): Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. *Suchtmed* 6, 22–31.
- Reichheld, F. F. (2004): Mundpropaganda als Maßstab für den Erfolg. *Harvard Business Manager*, Heft 3, 22–35.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J. (2003): SWLS – Satisfaction with Life Scale. In: Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden Diagnostik für Klinik und Praxis*, Band 2, S. 305–309. Göttingen: Hogrefe.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G., Kraus, L. (2004): *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot*. München: Institut für Therapieforchung.
- Stahlberg, D., Frey, D. (1996): Einstellungen, Struktur, Messung und Funktion. In: Hewstone, M., Stroebe, W., Stephenson, G. M. (Hrsg.): *Sozialpsychologie. Eine Einführung*, S. 219–252. Heidelberg: Springer.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, G., Zahn, H., Lange, S. N. (2005): *Suchthilfestatistik für Deutschland 2004*. München: IFT. Verfügbar unter: <http://www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm> (Abruf: 26. 10. 2005).
- Theobald, A. (2000): *Das World Wide Web als Befragungsinstrument*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag, Gabler Edition Wissenschaft.

- TNS Infratest (2005): (N)Onliner Atlas 2005 – Eine Topografie des digitalen Grabens durch Deutschland. Verfügbar unter: http://www.nonliner-atlas.de/kontakt-bestellen/download_nonliner.asp?dfilename=dl_NONLINER-Atlas2005.pdf (Abruf: 6. 6. 2006).
- Tossmann, H. P., Schäfer, E., Tensil, M.-D. (2003): jugennetz-berlin.de – Evaluationsbericht. Berlin: Jugend- und Familienstiftung des Landes Berlin. Verfügbar unter: http://www.delphi-gesellschaft.de/Evalbericht_jugennetz.pdf (Abruf: 9. 2. 2004).
- World Health Organization (1997): Cannabis: a health perspective and research agenda. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_PSA_97.4.pdf (Abruf: 25. 10. 2005).

ANHANG

9

9.1

Glossar

Bookmark

Bookmarks (Lesezeichen) sind im → Browser abgespeicherte Internetadressen. Mit Hilfe von Bookmarks können zum Beispiel 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 Internetseiten. Die gebräuchlichsten Webbrowser sind der Microsoft Internet Explorer und Mozilla Firefox.

Community

In Chats bilden sich häufig virtuelle Gemeinschaften, das heißt mehrere Chatusersinnen und -user treffen sich regelmäßig oder verabreden sich. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass die virtuellen Freundschaften in das reale Leben übergehen.

Domain, Domäne

Eine Domain umfasst alle Dokumente und Rechner, die unter einem gemeinsamen Namen (zum Beispiel „drugcom.de“) erreichbar sind. Man unterscheidet zwischen → Top-Level-Domains (zum Beispiel .de) und Sub-Level-Domains (zum Beispiel drugcom). Domainnamen sind hierarchisch angeordnet und werden von rechts nach links gelesen. Der letzte Teil bezeichnet also die oberste Strukturebene – die Top-Level-Domain.

Favorit

→ Bookmark im Internet Explorer (Microsoft).

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 Analysesoftware möglich ist (zum Beispiel Websuxess™ oder Webtrends™). Die Analysemöglichkeiten hängen jeweils vom verwendeten Programm ab.

Pageimpression

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.

Popup

Popup wird eine Internetseite genannt, die sich selbstständig in einem neuen Browserfenster (→ Browser) öffnet. Popups werden meist für Werbeeinblendungen benutzt und können auf Wunsch unterdrückt werden. In der Evaluationsforschung werden sie zur Erhebung von Zufallsstichproben eingesetzt.

Relaunch

Ein Relaunch umfasst den kompletten Neustart eines Webauftritts. Dazu gehören in der Regel ein geändertes Design und eine Neuordnung der Inhalte. Ein Relaunch kann auch eine generelle Neuausrichtung im Hinblick auf die Zielgruppe beinhalten. Im Rahmen des Relaunches von „drugcom.de“ galt es in erster Linie, ein neues Design zu entwerfen und die Benutzerfreundlichkeit durch eine geänderte Navigationsstruktur zu verbessern.

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 Onlinesitzung 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 InternetDomain (→ Domain).

Session

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, so wird eine zweite Session erzeugt. Da bei jedem Öffnen eines Browsers jeweils eine neue Session-ID vergeben wird, wird diese Art der Zugriffsstatistik (→ Visit) 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, so wird dies nur als ein Visit, aber als zwei Sessions gezählt.

Top-Level-Domain siehe Domain

Transferrate

Die Transferrate einer Internetverbindung gibt an, welche Datenmenge pro Sekunde empfangen oder versendet werden kann. Beispielsweise wird bei einem ISDN-Anschluss nur eine maximale Transferrate von 64 KBit/s erreicht, hingegen können DSL-Anschlüsse über hundertmal so schnell sein, was einen entsprechend schnelleren Seitenaufbau zur Folge hat.

Verweise

Führt ein Klick auf einen Link zu einer anderen → Domain – zum Beispiel durch ein Suchergebnis bei Google zu „drugcom.de“ –, so wird diese Aktion in der → Server-Log-file als ein Verweis protokolliert. Dabei wird festgehalten, von welcher Domain der Zugriff stammt. Somit lässt sich feststellen, welche Internetseiten in welchem Maße zu den → Visits beitragen.

Visit

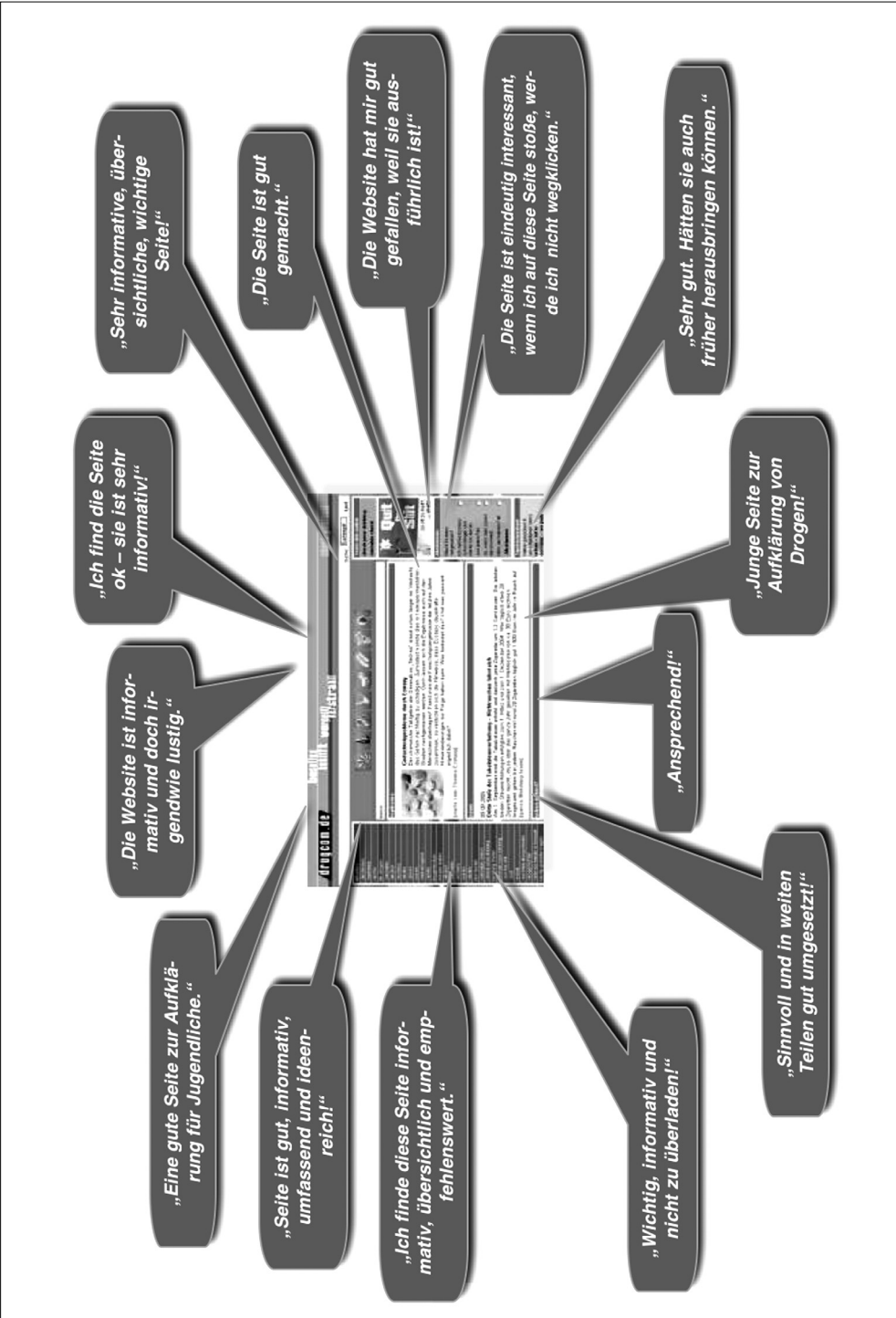
Ein Visit entspricht einer → Session, die eine Nutzerin bzw. ein Nutzer auf einer Website verbringt bzw. den zusammenhängend betrachteten Seiten einer Website. Die Anzahl an Visits entspricht ungefähr der Anzahl an tatsächlichen Nutzerinnen und Nutzern. Allerdings werden Personen, die über ein Netzwerk 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. Das heißt mit Hilfe der Visits lässt sich zwar ungefähr feststellen, wie viele Userinnen und User, aber nicht wie viele unterschiedliche Personen eine Website anklicken.

URL

Uniform Resource Locator (einheitlicher Quellenlokalisierer). Die URL bezeichnet die gesamte Adresse einer Internetseite. Sie besteht aus einem Dienstpräfix für die Art, mit der man zugreift (zum Beispiel http:// oder ftp://), und einem Servernamen (→ Server), der wiederum aus dem Namen des → Servers und seiner → Domain besteht (zum Beispiel www.drugcom.de).

9.2 Originalzitate von Probanden im Usability-Test*

* Quelle: SKOPOS



Originalzitate von Probanden im Usability-Test (Quelle: SKOPOS)