



**BZgA**

**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

**drugcom.de**

Jahres- und Evaluationsbericht 2008



## **Jahres- und Evaluationsbericht 2008**

Ein Informations- und Kommunikationsprojekt  
zur Suchtprävention

der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

### **Projektleitung**

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

Evelin Strüber

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

### **Projektdurchführung und Berichterstellung**

delphi - Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH

10585 Berlin, 030 - 39 40 97 80

### **Autoren:**

Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas & Peter Tossmann

Mai 2009

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
1. Einleitung.....	6
2. Zentrale Ergebnisse der begleitenden Evaluation von „drugcom.de“ .....	8
2.1 Nutzung von „drugcom.de“ .....	8
2.1.1 Entwicklung der Nutzungszahlen .....	8
2.1.2 Bereichsnutzung .....	11
2.2 Nutzerinnen und Nutzer .....	13
2.3 E-Mail- und Chatberatung .....	14
2.3.1 Entwicklung der Inanspruchnahme in der E-Mail- und Chatberatung .....	14
2.3.2 Nutzerinnen und Nutzer der E-Mail- und Chat-Beratung .....	15
2.4 „quit the shit“.....	18
2.4.1 Nutzerinnen und Nutzer von „quit the shit“.....	20
3. Pilotstudie zu „change your drinking“ .....	22
3.1 Ausgangslage.....	22
3.2 Methoden der Evaluation .....	23
3.3 Ergebnisse der Akzeptanzstudie .....	24
3.4 Ergebnisse der Kontrollgruppenstudie .....	27
3.5 Diskussion der Ergebnisse zu „change your drinking“ .....	29
4. Wirkt „quit the shit“? - Ergebnisse einer kontrollierten Effektuntersuchung.....	32
4.1 Ausgangslage.....	32
4.2 Struktur von „quit the shit“ .....	32
4.3 Formulierung der Erfolgsindikatoren.....	33
4.4 Studiendesign, Durchführung & Auswertung .....	34
4.5 Ergebnisse.....	35
4.5.1 Datenerhebung & Datenüberprüfung .....	35
4.5.2 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer .....	35
4.5.3 Effekte der Untersuchung .....	36
4.6 Zusammenfassung & Diskussion.....	39
5. Literatur.....	40
6. Anhang.....	43

## Zusammenfassung

Jährlich veröffentlicht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die wesentlichen Ergebnisse der begleitenden Evaluation von „drugcom.de“ im Rahmen des Jahresberichts. Neben den Auswertungen der Nutzerstruktur sowie der Nutzung von „drugcom.de“ standen 2008 insbesondere die Überprüfung der Wirksamkeit von „change your drinking“ sowie von „quit the shit“ im Fokus der Evaluation, deren wesentliche Ergebnisse im vorliegenden Bericht präsentiert werden.

### Entwicklung der Inanspruchnahme von „drugcom.de“

Insgesamt wurden 762.408 Visits im Jahr 2008 registriert bzw. 2.085 pro Tag. Zwar konnte damit der Höchstwert von 2007 nicht überschritten werden, dennoch markiert 2008 den zweithöchsten Wert seit dem Start der Website. Der Anteil an Verweisen von Suchmaschinen beträgt mittlerweile 45% (2007: 31%), d. h. fast die Hälfte der Besucherinnen und Besucher wird aufgrund einer Suchanfrage in einer Suchmaschine (meist Google) nach „drugcom.de“ weitergeleitet.

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

Die Nutzerstruktur hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nicht verändert. Je nach genutztem Bereich sind die Nutzerinnen und Nutzer zwischen durchschnittlich 16 (Nikotin-Wissenstest) und 30 Jahre („change your drinking“) alt. Es überwiegen männliche Nutzer mit einem Anteil zwischen 57% (Wissenstests) und 75% („cannabis check“).

### Inanspruchnahme der E-Mail- und Chatberatung

Insgesamt wurden 561 Anfragen mit Beratungsbedarf per E-Mail an das drugcom-Team gesandt, 254 Beratungen wurden im Chat durchgeführt. 70% der Anfragen wurden von Personen mit einem persönlichem Anliegen geschickt, die übrigen stammen von Angehörigen, von Personen aus dem Freundeskreis und ein kleiner Anteil von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Inhaltlich spielen wie in den Jahren zuvor überwiegend Fragen rund um das Thema Abhängigkeit die größte Rolle. In etwa der Hälfte der Fälle wurden Fragen zu Cannabis angesprochen. An zweiter Stelle folgen Beratungsgespräche, in denen Fragen zu Alkohol oder Amphetaminen gestellt wurden.

### Inanspruchnahme von „quit the shit“

2008 wurden insgesamt 483 Klientinnen und Klienten in das 50-Tage-Programm aufgenommen, 254 davon vom drugcom-Team und 230 von den am Transfer von „quit the shit“ beteiligten Beratungsstellen. Im Schnitt haben 47,2% aller aufgenommenen Personen das Programm regulär beendet. Das Durchschnittsalter liegt bei 25 Jahren, 70% der Nutzer sind männlich.

### Akzeptanz und Wirksamkeit von „change your drinking“

In der Pilotphase der Umsetzung wurde eine Studie zur Überprüfung der Akzeptanz und Wirksamkeit des vollautomatischen Programms „change your drinking“ durchgeführt. Von 133 Personen

konnten Feedbacks zum Programm eingeholt werden. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass „change your drinking“ wegen seiner Anonymität eine gute Akzeptanz unter den Nutzerinnen und Nutzern genießt. Aufgrund der teils kritischen Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer wird allerdings eine Ausweitung und Differenzierung des Programms empfohlen, um stärker „maßgeschneiderte“ und motivierende Informationen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer rückmelden zu können.

Nachbefragungen nach sechs Wochen und drei Monaten konnten aufzeigen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Alkoholkonsum deutlich senken konnte. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, die ebenfalls am „check your drinking“, aber nicht an „change your drinking“ teilgenommen hat, war die Reduktion zwar tendenziell stärker gesunken, hat jedoch keine statistische Signifikanz erreicht.

### **Wirksamkeit von „quit the shit“**

Im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie wurde die Wirksamkeit von „quit the shit“ überprüft. Bei den Personen, die an „quit the shit“ teilgenommen haben, war der Cannabiskonsum drei Monate nach Anmeldung zum Programm signifikant geringer als in der Warte-Kontrollgruppe, die im Nachbefragungszeitraum noch keine Intervention erfahren hat. Der Effekt des Programms kann als stark bezeichnet werden. 27% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ haben ihren Cannabiskonsum sogar ganz eingestellt, wohingegen dies nur auf 5,7% der Kontrollgruppe zutrifft. Zusätzlich haben sich signifikante Verbesserungen in der psychischen Gesundheit abgezeichnet. Sowohl die Ängstlichkeit als auch die Depressivität der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ hat abgenommen. Im Gegenzug zeigen sie höhere Werte in der Lebenszufriedenheit.

## 1. Einleitung

Seit dem Onlinestart im Juli 2001 hat sich die Website [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) als Informations- und Beratungsplattform im Internet fest etabliert. Eine Recherche in der beliebten Suchmaschine Google.de ergibt beispielsweise über 6.000 Treffer auf anderen Websites, in denen auf „[www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)“ verwiesen wird. Mit dem Internetangebot spricht die BZgA als Betreiberin der Internetseite in erster Linie Jugendliche und junge Erwachsene an, die psychoaktive Substanzen konsumieren und sich über Risiken und Nebenwirkungen informieren wollen. Denn der Konsum von Alkohol und Drogen ist für viele junge Menschen Teil ihrer Lebenswelt.

Folgt man der Berichterstattung des vergangenen Jahres, so hat es den Anschein als wenn der Drogenkonsum abnimmt. „Konsum illegaler Drogen in Deutschland rückläufig“ lautete der Titel einer gemeinsamen Pressemitteilung der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) und der Bundesdrogenbeauftragten Sabine Bätzing im November 2008.<sup>2</sup> Die Einschätzung basiert auf Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie der BZgA sowie dem Epidemiologischen Suchtsurvey, der vom Institut für Therapieforchung (IFT) zuletzt 2006 durchgeführt wurde. So ist der Konsum illegaler Drogen in den letzten 12 Monaten unter den 18- bis 24-Jährigen von 23% in 2003 auf 18% in 2006 gesunken (Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, 2008). Nur noch 13% der 14- bis 17-Jährigen gaben 2007 in einer repräsentativen Befragung der BZgA an, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht zu haben (BZgA, 2007a). 2004 lag dieser Wert noch bei 22%. Sabine Bätzing sagt dazu: „Der Konsum illegaler Drogen unter jungen Menschen in Deutschland geht zurück. Das ist eine sehr erfreuliche Entwicklung, die zeigt, dass die getroffenen Maßnahmen wirken. Das bestätigt auch, dass es richtig ist, dass Deutschland die Erforschung des Substanzkonsums und besonders Angebote zur frühzeitigen Hilfe bei problematischem Konsum fördert.“

Trotz dieser positiven Gesamtentwicklung geht die Zahl der problematischen und intensiven Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis nach Einschätzung von Tim Pfeiffer-Gerschel, Leiter der DBDD, allerdings nicht zurück. Auch die Nachfrage nach Behandlung sei weiterhin groß. Pfeiffer-Gerschel dazu: „In Deutschland stellt Cannabis in der ambulanten Suchthilfe nach den Opiaten die zweitwichtigste illegale Substanz dar. Von den Klienten, die zum ersten Mal wegen Problemen mit illegalen Drogen eine ambulante Suchthilfeeinrichtung aufsuchen, ist inzwischen jeder Zweite ein Cannabiskonsument.“ Programme wie „quit the shit“ sind daher weiterhin wichtige Angebote, um jungen Menschen den Zugang in das Hilfesystem zu erleichtern und sie dabei zu unterstützen, ihren Konsum zu reduzieren oder ganz einzustellen. Dass Beratung via Internet wirkt, konnte im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie des Beratungsprogramm „quit the shit“ eindrucksvoll belegt werden. Die wesentlichen Ergebnisse der Evaluation werden im vorliegenden Bericht präsentiert (Kap. 4).

Im Gegensatz zum rückläufigen Trend unter den illegalen Drogen hat das Rauschtrinken als besonders riskantes Konsummuster in der letzten Zeit für Schlagzeilen gesorgt. „Jugend im Rausch“ titelte beispielsweise die Bundesärztekammer in einer Pressemitteilung, nachdem ein 16-Jähriger Berliner an den Folgen eines Alkoholrauschs gestorben ist. 50 Gläser Tequila soll er getrunken ha-

---

<sup>1</sup> Mit der Eingrenzung „Seiten auf deutsch“ (Stichtag 20.04.2009)

<sup>2</sup> Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_153/nn\\_1197282/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Drogenbeauftragte/2008/PM-07-11-08.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_153/nn_1197282/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Drogenbeauftragte/2008/PM-07-11-08.html?__nnn=true) (Abruf 21.04.1009)

be, bevor er ins Koma fiel.<sup>3</sup> Dieser Trend ist aber nicht nur unter Jugendlichen auszumachen, auch bei jungen Erwachsenen scheinen extreme Konsummuster zuzunehmen. Laut Epidemiologischen Suchtsurvey mit Zahlen von 2006 betrinken sich 45% der 18- bis 24-Jährigen mindestens einmal pro Monat (Pabst & Kraus, 2008). 2003 betrug der Anteil noch 39%. Die Zunahme zeichnet sich sowohl bei Männern als auch Frauen ab. Etwa jeder zehnte Mann im Alter zwischen 21 und 24 Jahren betreibt nach den Kriterien des DSM-IV Alkoholmissbrauch (11,5%) und beinahe ebenso viele weisen sogar eine Alkoholabhängigkeit (9,4%) auf. Das bedeutet, dass bei rund jedem fünften Mann in diesem Alter ein problematischer Alkoholkonsum vorliegt.

Angesichts dieser alarmierenden Zahlen scheint es dringend geboten, die Reduzierung des Alkoholkonsums besonders unter jungen Menschen zu fördern. Mit „change your drinking“ hat die BZgA daher ein neues Ergänzungsmodul zum Selbsttest „check your drinking“ entwickelt, das Nutzerinnen und Nutzer im Rahmen eines 10-tägigen vollautomatischen Programms dazu anleitet, risikoarm Alkohol zu trinken. Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Ein Trinktagebuch sowie Tipps zur Reduzierung und eine abschließende Bewertung des Alkoholkonsums im Programmverlauf bilden die Hauptelemente des Moduls. Die Nutzerinnen und Nutzer sollen üben, risikoarm Alkohol zu trinken. Die Erkenntnis, dass das gar nicht so einfach ist, kann hier ein persönliches Ergebnis sein. In einem solchen Fall würde die Empfehlung ausgesprochen werden, weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen. 2008 wurde „change your drinking“ sowohl auf seine Akzeptanz als auch seine Wirksamkeit hin evaluiert. Im vorliegenden Bericht werden die wesentlichen Ergebnisse hierzu dargestellt (Kap. 3).

Darüber hinaus liefert der Jahres- und Evaluationsbericht 2008 die jährlichen Nutzungszahlen aus den Informations- und Beratungsbereichen und stellt die wesentlichen Charakteristika der Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ dar (Kap. 2).

---

<sup>3</sup> Pressemitteilung vom 05.04.2007, verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.5062.5462.5466> (Abruf 21.04.2009)

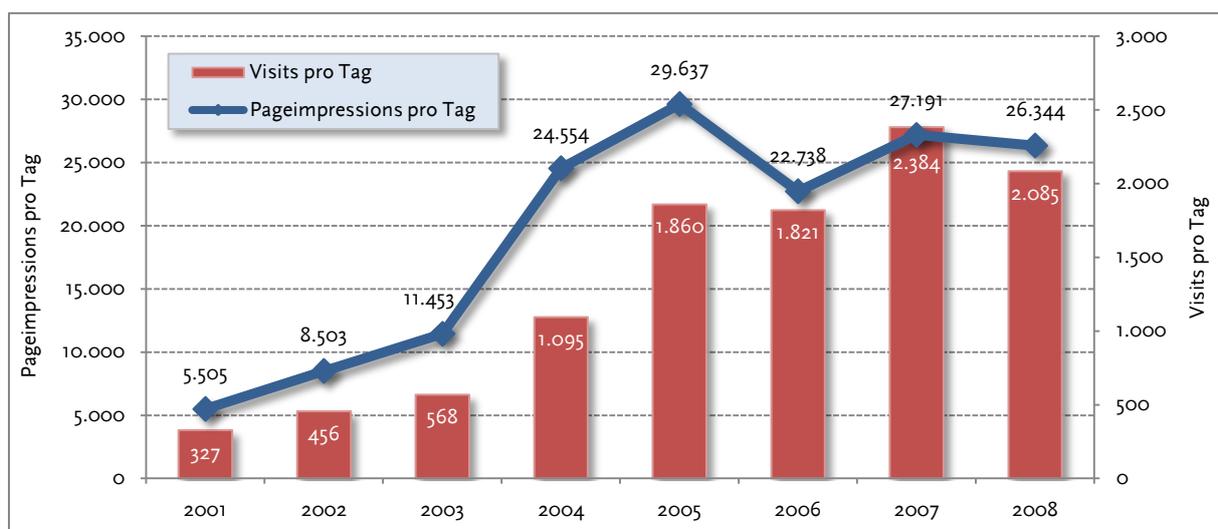
## 2. Zentrale Ergebnisse der begleitenden Evaluation von „drugcom.de“

### 2.1 Nutzung von „drugcom.de“

#### 2.1.1 Entwicklung der Nutzungszahlen

Zur Reichweiten- bzw. Kontaktmessung im Internet werden üblicherweise die Parameter Visits→ (siehe Glossar, Anhang 1) und Pageimpressions (PIs)→ (Sichtkontakte) verwendet, die sich mit Hilfe der Logfile-Analyse→ ermitteln lassen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass die Ergebnisse der Logfile-Analyse je nach Methode variieren können, d. h. die Ergebnisse können mit Ungenauigkeiten behaftet sein. Die Anzahl an Pageimpressions kann sich danach unterscheiden, je nachdem wie diese definiert sind. Denn in der Auswertungsdatei, der serverseitig gespeicherten Protokolldatei (access.log) werden nicht Sichtkontakte, sondern nur Dateiabrufe gespeichert, so genannte Hits. Ein Hit kann eine HTML-Datei, ein Bild oder ein anderes Dokument sein. Ein Sichtkontakt kann Text- und Bilddateien enthalten, so dass die Anzahl der Sichtkontakte erst aus der Gesamtzahl der Hits herausgefiltert werden müssen. Je nach Einstellung der Filter kann das Ergebnis der Logfile-Analyse daher unterschiedlich ausfallen. In Bezug auf den Parameter Visit ist der so genannte Visit-timeout→ von Bedeutung. Dieser Wert definiert, wie lange das Zeitintervall zwischen zwei Pageimpressions maximal sein darf bzw. ab wann ein erneuter Aufruf einer Seite derselben Domain→ einen neuen Visit erzeugt. Die Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern (IVW) hat hierfür einen Wert von 30 Minuten als Standard festgelegt.<sup>4</sup> Dieser Wert wird auch bei der Analyse der Zugriffszahlen von „drugcom.de“ verwendet, um eine gewisse Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Wird dieser Wert beispielsweise auf 10 Minuten reduziert, erhöht sich die Anzahl an Visits um etwa 10%. Um eine gute Vergleichbarkeit der bisherigen Ergebnisse für „drugcom.de“ zu erzielen, wird seit Beginn des Projekt mit unverändertem Visit-timeout sowie derselben Software (WebSuxess™ 4.0 SR2) gearbeitet. Abbildung 1 veranschaulicht die Ergebnisse der Logfile-Analyse für die Jahre 2001 bis 2008.

Abbildung 1: Entwicklung der durchschnittlichen Zugriffe pro Tag von 2001 bis 2008



<sup>4</sup> siehe Richtlinien der IVW: [http://www.ivwonline.de/downloads/Anlage1\\_Richtlinien-V1\\_8.pdf](http://www.ivwonline.de/downloads/Anlage1_Richtlinien-V1_8.pdf) (Abruf am 26.02.2008)

Für das Jahr 2008 wurden insgesamt 762.408 Visits bzw. 2.085 Visits pro Tag ermittelt (detaillierte Ergebnisse siehe Anhang 2, S. 46). Zu erkennen ist eine deutliche Zunahme der Zugriffe (Visits) seit 2001. 2008 hat sich jedoch ein leichter Rückgang der Zugriffe gegenüber dem Vorjahr abgezeichnet. Insgesamt waren es 106.346 Visits (12%) weniger als 2007. Über die Ursachen der Abnahme lässt sich jedoch nur spekulieren.

Bekannt ist, dass ein Zusammenhang zwischen PR-Aktivitäten bzw. Werbemaßnahmen und Zugriffen auf „drugcom.de“ besteht. Zumindest konnte dies in den Analysen der letzten Jahre nachgewiesen werden. So haben beispielsweise Pressemitteilungen, in denen „drugcom.de“ oder „quit the shit“ erwähnt wurde, meist eine unmittelbare Zunahme in den Zugriffen zur Folge. Ebenso hatten bestimmte Werbemaßnahmen ihren Niederschlag in der Zugriffsstatistik gefunden. Beispielsweise war die bundesweite Verteilung von kostenlosen Werbepostkarten mit drugcom-Motiven sehr erfolgreich. Lokal begrenzte Aktion wie beispielsweise die Bewerbung auf der Love Parade hatten hingegen keinen sichtbaren Einfluss auf die Zugriffsstatistik.

Eine vergleichsweise erfolgreiche Maßnahme im Jahr 2008 war die Bereitstellung des „cannabis check“ in der Online-Ausgabe der Zeitschrift Stern. Diese Maßnahme geht auf eine Anfrage der Redaktion des Stern zurück. Die Tests wurden im „Look and Feel“ des Stern integriert. Der Content, d. h. der Test und die Testrückmeldung, wurden jedoch weiterhin vom drugcom-Server geliefert, so dass jeder Zugriff auf den Test in die drugcom-Statistik mit eingeflossen ist. BZgA und „drugcom.de“ wurden zudem auf jeder Testseite als Quelle genannt, so dass hier ein weiterer Werbeeffect zu vermuten ist. Insgesamt wurden über 4.000 Verweise vom Stern registriert (siehe Tabelle 1).

Diese Form der Content-Einbindung von drugcom-Inhalten auf anderen Websites wurde darüber hinaus auch auf der Internetpräsenz der Handwerkskammer Stuttgart durchgeführt<sup>5</sup> (siehe Abbildung 2). Dort wurde der Alkoholselbst-

**Tabelle 1: Verweise (Top 30) von anderen Servern**

Server	Verweise
1. <a href="http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de">http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de</a>	15.697
2. <a href="http://www.bzga.de">http://www.bzga.de</a>	7.756
3. <a href="http://de.wikipedia.org">http://de.wikipedia.org</a>	5.035
4. <a href="http://www.stern.de">http://www.stern.de</a>	4.269
5. <a href="http://www.bild.de">http://www.bild.de</a>	3.515
6. <a href="http://www.bravo.de">http://www.bravo.de</a>	3.462
7. <a href="http://www.weiterstattbreiter.info">http://www.weiterstattbreiter.info</a>	1.535
8. <a href="http://www.bongspiel.de">http://www.bongspiel.de</a>	1.367
9. <a href="http://www.xtc-forum.de">http://www.xtc-forum.de</a>	1.044
10. <a href="http://schuleundgesundheit.hessen.de">http://schuleundgesundheit.hessen.de</a>	1.034
11. <a href="http://partypack.de">http://partypack.de</a>	847
12. <a href="http://www.brigitte.de">http://www.brigitte.de</a>	825
13. <a href="http://forum.hanfburg.de">http://forum.hanfburg.de</a>	822
14. <a href="http://www.machsmitt.de">http://www.machsmitt.de</a>	760
15. <a href="http://www.gutefrage.net">http://www.gutefrage.net</a>	731
16. <a href="http://www.jugend-hilft-jugend.de">http://www.jugend-hilft-jugend.de</a>	500
17. <a href="http://www.drug-infopool.de">http://www.drug-infopool.de</a>	483
18. <a href="http://www.suchtpraevention-bundeswehr.de">http://www.suchtpraevention-bundeswehr.de</a>	437
19. <a href="http://www.drugcom.net">http://www.drugcom.net</a>	400
20. <a href="http://www.riddim.de">http://www.riddim.de</a>	391
21. <a href="http://www.med1.de">http://www.med1.de</a>	384
22. <a href="http://www.kwick.de">http://www.kwick.de</a>	370
23. <a href="http://www.mindzone.info">http://www.mindzone.info</a>	359
24. <a href="http://www.thcene.com">http://www.thcene.com</a>	354
25. <a href="http://www.freenet.de">http://www.freenet.de</a>	345
26. <a href="http://www.suchtzentrum.de">http://www.suchtzentrum.de</a>	342
27. <a href="http://rap.de">http://rap.de</a>	334
28. <a href="http://www.drogenberatung-hamburg.de">http://www.drogenberatung-hamburg.de</a>	327
29. <a href="http://www.kbv.de">http://www.kbv.de</a>	319
30. <a href="http://de.lifestyle.yahoo.com">http://de.lifestyle.yahoo.com</a>	316
gesamt 2008	89.270
gesamt 2007	98.052

<sup>5</sup> [http://www.hwk-stuttgart.de/aktuell/aktuell\\_sonderthem2008\\_tool\\_selbsttest\\_alkoholkonsum\\_drugcom\\_16018.shtml](http://www.hwk-stuttgart.de/aktuell/aktuell_sonderthem2008_tool_selbsttest_alkoholkonsum_drugcom_16018.shtml) (Abruf am 23.03.2009)

test „check your drinking“ im Rahmen eines Sonderthemas integriert. Leider war die Einbindung nicht so erfolgreich wie beim Stern. Insgesamt erfolgten 2008 nur 158 Verweise von der Website der Handwerkskammer Stuttgart.

Auf fünf Portalen mit drogenaffinem Publikum wurde 2008 auch Bannerwerbung sowohl mit dem drugcom- als auch dem quit-the-shit-Banner geschaltet. Am erfolgreichsten, zumindest was die Anzahl der Verweise betrifft, waren Banner auf den privat betriebenen Websites. Vom „XTC-Forum“ kamen 1.044 Verweise zu „drugcom.de“; 483 Verweisen wurden von der Infoseite „www.drug-infopool.de“ registriert (siehe Tabelle 1). Auf beiden Websites betrug die Laufzeit zwei Monate. Die kommerziellen Szene-Websites „rap.de“ und „riddim.de“, die beide von der Joint Forces Media GmbH betrieben werden, kamen zusammen auf 725 Verweise, bei einer Laufzeit von einem Monat. Daraus kann geschlossen werden, dass Bannerwerbung funktioniert durchaus zum Besuch von „drugcom.de“ animiert. Zum anderen wird aber auch deutlich, dass ein deutlich höherer Aufwand nötig wäre, um substantiell zur Erhöhung der Zugriffe auf „drugcom.de“ beizutragen. Insgesamt muss konstatiert werden, dass der Aufwand an PR und Werbung 2008 niedriger war als in den Vorjahren, so dass hier eine Ursache für den Rückgang der Zugriffe zu vermuten ist.

Eine herausragende Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Suchmaschinen bzw. das Ranking von „drugcom.de“ in den Suchergebnissen der Suchanbieter, allen voran die nationalen Ableger von Google (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Verweise (Top 5) von Suchmaschinen**

Suchmaschine	Verweise	
	2008	2007
google.de	276.627	220.692
google.com	19.486	15.335
google.ch	11.986	6.441
google.at	8.832	11.206
t-online.de	4.361	3.355
gesamt	340.286	268.700

aufgerufen haben, hat stärker abgenommen, als es die nur leicht rückläufigen Zugriffszahlen vermuten lassen.

**Abbildung 2: Beispiel für die Einbindung von drugcom-Content (hier „check your drinking“) auf anderen Websites**



2008 wurden insgesamt rund 340.000 Verweise von Suchmaschinen registriert. Dem entsprechen 45% aller Visits. Im Vergleich zum Vorjahr (31%) sind die Suchmaschinenverweise somit deutlich angestiegen. Insgesamt ist der Anteil an Verweisen von anderen Servern und Suchmaschinen von 42% in 2007 auf 56% in 2008 angestiegen. Mit andere Worten: Der Anteil an Besucherinnenn und Besuchern, die „drugcom.de“ direkt per Eingabe der URL→ „www.drugcom.de“ oder per Bookmark/Favorit→

Die Tatsache, dass mehr Nutzerinnen und Nutzer über Suchmaschinen weitergeleitet werden als 2007 spricht dafür, dass „drugcom.de“ sein Ranking in den Suchergebnissen verbessern konnte. Die letzte technische Optimierung der Website, die es Webcrawlern erleichtern sollte, den Inhalt von „drugcom.de“ zu indizieren, liegt allerdings schon zwei Jahre zurück. Möglicherweise schlägt der insgesamt an Größe zugenommene Textcorpus zu Buche, wobei dies wohlgerne nur eine Spekulation ist. Bemerkenswert ist jedoch, dass 2008 insgesamt 39.870 Suchmaschinenverweise zu „drugcom.de“ erfolgten, in denen das Wort „Cannabis“ als einzelnes Wort oder Teil eines zusammengesetzten Begriffes vorkam, während es 2007 weniger als die Hälfte (17.194) an Verweisen dieser Art gab.

### 2.1.2 Bereichsnutzung

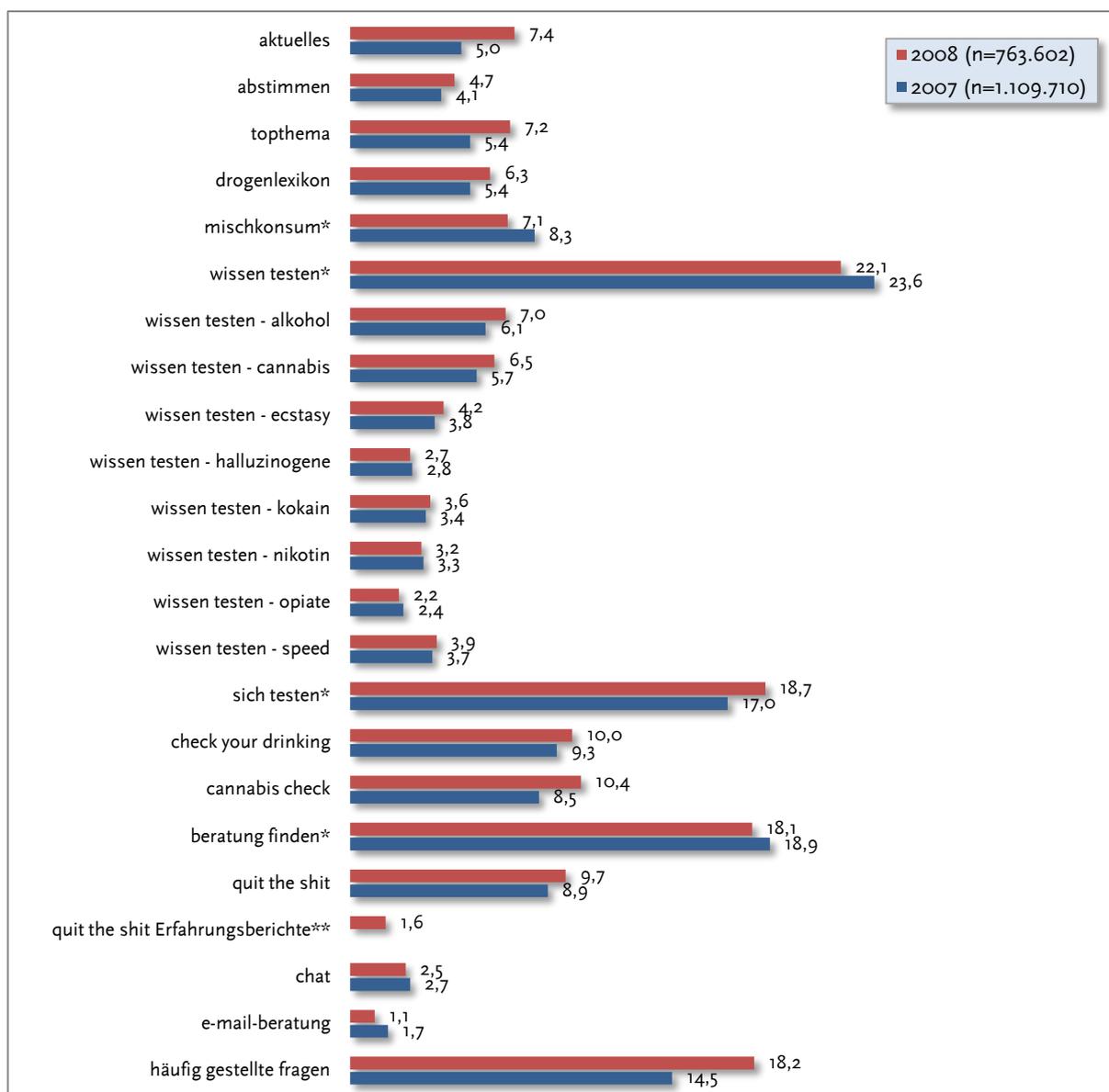
Zur Beantwortung der Frage, welche Bereiche von „drugcom.de“ am häufigsten genutzt werden, können die Daten aus dem Usertracking→ herangezogen werden. Dabei handelt es sich um Mehrfachangaben, da die Nutzerinnen und Nutzer innerhalb einer Session mehrere Bereiche betreten können (Abbildung 1).

Wie sich bereits in früheren Analysen gezeigt hat, zählen die Wissens- und Selbsttests zu den am häufigsten besuchten Bereichen auf „drugcom.de“. Die Wissenstests wurden 2008 insgesamt 168.678-mal angeklickt. Davon am häufigsten die Tests zu Alkohol (53.370 Aufrufe) und Cannabis (49.937 Aufrufe). Die am häufigsten genutzten Einzeltests sind allerdings unter den Selbsttests zu finden. Der „cannabis check“ wurde 79.591-mal und der „check your drinking“ 76.069-mal aufgerufen. In beiden Tests erhalten die Nutzerinnen und Nutzer eine auf ihre Konsumangaben bezogene individuelle Rückmeldung, um sie für die Risiken zu sensibilisieren und zu einer kritischen Betrachtung ihres eigenen Konsums zu motivieren. Die Rubrik „beratung finden“ bildet mit 138.319 Aufrufen einen weiteren Schwerpunkt. Davon ist der Bereich „quit the shit“ mit 73.939 Besuchen am häufigsten gefragt. Neben der Möglichkeit, sich zum 50-Tage-Programm anzumelden, finden Nutzerinnen und Nutzer hier auch Wissenswertes zum Thema „Cannabiskonsum in den Griff kriegen“. Die „häufig gestellten fragen“, die sich am unteren Ende der Hauptnavigationsleiste befinden, werden ebenfalls vergleichsweise oft genutzt.

Die Gesamtzahl an Sessions ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Denn als problematisch sind in diesem Zusammenhang die automatisierten Seitenaufrufe durch so genannte Webcrawler→ (auch Crawler, Robots, Spider, Bots etc. genannt) zu nennen. Das sind Programme, die Suchmaschinen wie Google dazu dienen, automatisch den Inhalt von Internetseiten zu sichten und zu indizieren, um auf dieser Grundlage Ergebnislisten bei Suchanfragen zu erstellen. Wie zuvor gezeigt werden konnte, ist dieser Vorgang von herausragender Bedeutung, da erst durch Webcrawler der Inhalt von „drugcom.de“ erkannt und bei Suchanfragen berücksichtigt wird. D. h. nur durch eine gelungene Suchmaschinenoptimierung der Website wird „drugcom.de“ in den Suchmaschinendatenbanken aufgenommen. Webcrawler erzeugen jedoch in Sekunden eine Vielzahl an Seitenaufrufen, die jeweils als neue Sessions gespeichert werden. Dadurch wird die tatsächliche Anzahl an Nutzerinnen und Nutzern erheblich überschätzt. In der Logfile-Analyse→ erfolgt das Erkennen von Webcrawler über einen so genannten DNS-Abgleich, d. h. die in der Logfile enthaltenen IP-Adressen→, die Auskunft über den Ursprungsrechner liefern, werden über eine Datenbank im Programm Websuxess abgeglichen, so dass Abrufe von Rechnern, von denen bekannt ist, dass diese Webcrawler aussenden, automatisch als solche erkannt und gefiltert werden können.

Zur Auswertung des Usertrackings liegt eine derartige Datenbank jedoch nicht vor. Zwar konnte manuell eine Vielzahl an Webcrawler identifiziert und in der Analyse gefiltert werden, doch ist dieser Vorgang lückenhaft, da nicht alle Webcrawler sich auch als solche zu erkennen geben. Als Kompromisslösung wurden jene Sessions aus der Analyse ausgeschlossen, in denen nur die Startseite von drugcom.de und keine weitere Seite aufgerufen wurde. Denn ein typische Eigenschaft von Sessions, die von Webcrawlern erzeugt wird, ist die, dass nur eine Seite, vorwiegend die Startseite, geöffnet wird. Im Jahre 2008 wurden mit dieser Methode 411.263 (35%) von insgesamt 1.174.865 Sessions herausgefiltert.

Abbildung 3: Zugriffe (Sessions) auf Unterbereiche von „drugcom.de“ (Mehrfachangaben möglich)



\*Beinhaltet auch Seitenaufrufe in Unterrubriken

\*\*Online seit 15.05.2008

## 2.2 Nutzerinnen und Nutzer

Informationen über die Besucherinnen und Besucher von „drugcom.de“ können aus mehreren Bereichen herangezogen werden. So ist beispielsweise die Angabe von Alter und Geschlecht zwingend erforderlich, um eine Rückmeldung im „cannabis check“ und im „check your drinking“ zu erhalten. Im Programmeinstieg zu „quit the shit“ werden ebenfalls Alter und Geschlecht erhoben, damit sich die Beraterinnen und Berater ein Bild von den zukünftigen Klientinnen und Klienten machen können. Für den Bereich „change your drinking“ liegen Ergebnisse aus der Evaluation der Pilotphase vor, die von Mai 2007 bis Juli 2008 durchgeführt wurde. Die Werte der anderen Bereiche beziehen sich hingegen nur auf 2008. Tabelle 3 und Tabelle 4 veranschaulichen die Ergebnisse für das durchschnittliche Alter und die Geschlechterverteilung in den Bereichen, aus denen Angaben hierzu vorliegen.

**Tabelle 3: Geschlechterverteilung der Nutzerinnen und Nutzer unterschiedlicher drugcom-Angebote in 2008**

	quit the shit (n=468)	change your drinking (n=133)	cannabis check (n=35.356)	check your drinking (n=45.376)	Wissenstests (n=29.089)	E-Mail- und Chatberatung (n=815)
männlich	70%	62%	75%	58%	57%	44%
weiblich	30%	38%	25%	42%	43%	56%
Alter (Median)	25 Jahre	30 Jahre	19 Jahre	17 Jahre	18 Jahre	24 Jahre

Der Vergleich der Altersstruktur und des Geschlechterverhältnisses in den hier untersuchten drugcom-Angeboten machen deutlich, dass die Nutzerstruktur in Abhängigkeit vom jeweiligen Angebot variiert. In den meisten Bereichen überwiegen männliche Nutzer. Bei dem Selbsttest „cannabis check“ und dem Beratungsprogramms „quit the shit“ sind sogar bis zu drei Viertel der Nutzer männlich. Auch beim Selbsttest „check your drinking“ und dem vollautomatischen Beratungsprogramm „change your drinking“ stellen männliche Jugendliche und Erwachsene den höheren Anteil der Teilnehmenden. Einzig bei der E-Mail- und Chatberatung überwiegen die weiblichen Nutzerinnen.

Mit durchschnittlich 30 Jahren finden sich die ältesten Nutzerinnen und Nutzer im Programm „change your drinking“, das im Rahmen einer Pilotphase evaluiert wurde (mehr dazu in Kap. 3). Generell kann festgestellt werden, dass die Nutzerinnen und Nutzer, die eine der beiden längerfristigen Beratungen zu Cannabis oder Alkohol in Anspruch nehmen, das höchste Durchschnittsalter aufweisen. Die jüngsten Personen finden sich unter den Nutzerinnen und Nutzer der Selbst- und Wissenstests, wobei auch das Alter substanzspezifisch variiert. So bewegt sich das durchschnittliche Alter bei den Tests zu legalen Substanzen noch unter 18 Jahren, im Bereich der illegalen Drogen kann bereits von jungen Erwachsenen gesprochen werden.

**Tabelle 4: Geschlechterverteilung der Nutzerinnen und Nutzer der Wissenstests (n=29.089)**

	Alkohol n=8.503	Cannabis n=9.010	Ecstasy n=2.449	Halluzinogene n=1.737	Opiate n=1.822	Nikotin n=2.393	Kokain n=1.079	Speed n=2.096
männlich	51%	63%	51%	70%	52%	52%	57%	57%
weiblich	49%	37%	49%	30%	48%	47%	43%	43%
Alter (Median)	17 Jahre	18 Jahre	18 Jahre	19 Jahre	21 Jahre	16 Jahre	21 Jahre	21 Jahre

## 2.3 E-Mail- und Chatberatung

Mit dem Portal „drugcom.de“ verfolgt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den Anspruch, umfassend zu legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen zu informieren und junge Menschen zu einer kritischen Reflektion ihres eigenen Konsums zu animieren. Ein Großteil der potentiellen Fragen, die Jugendliche und junge Erwachsene zu diesen Themen bewegt, werden bereits durch die Informationsbereiche „aktuelles“, „topthema“, „drogenlexikon“ und „häufig gestellte fragen“ abgedeckt. Doch insbesondere bei Personen mit Konsumerfahrung lässt sich ein breites Spektrum an zum Teil sehr persönlichen Fragen ausmachen. Hier gilt es, die Fragen aufzugreifen, zu beantworten und Reflektionsprozesse auszulösen oder zu bestärken. Aus diesem Grund ist die personale Kommunikation und Beratung eine wichtige Ergänzung der Informationsangebote. Die Kontaktoptionen per Chat oder E-Mail bieten Personen, die Drogen konsumieren oder auf andere Art mit Substanzkonsum konfrontiert sind, eine Möglichkeit, sich unkompliziert und anonym zu informieren und beraten zu lassen. Neben seinem suchtpreventiven Charakter bietet der direkte Kontakt zur drugcom-Klientel zudem die Möglichkeit, aktuelle Themen und Trends im Bereich des Substanzkonsums zu identifizieren und aufzugreifen.

Der drugcom-Chat steht allen Nutzerinnen und Nutzern rund um die Uhr offen. Chat-Beratung und Moderation durch das drugcom-Team findet Montag bis Freitag von 15:00 bis 17:00 Uhr statt. Hierbei ist eine Beraterin des Teams im Chat anwesend, um Diskussionen anzuregen, den Chat thematisch zu steuern sowie Fragen im öffentlichen Chat oder im geschützten One-to-One-Chat zu beantworten. Neben der Beratung per Chat können sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ jederzeit auch per E-Mail an das drugcom-Team wenden.

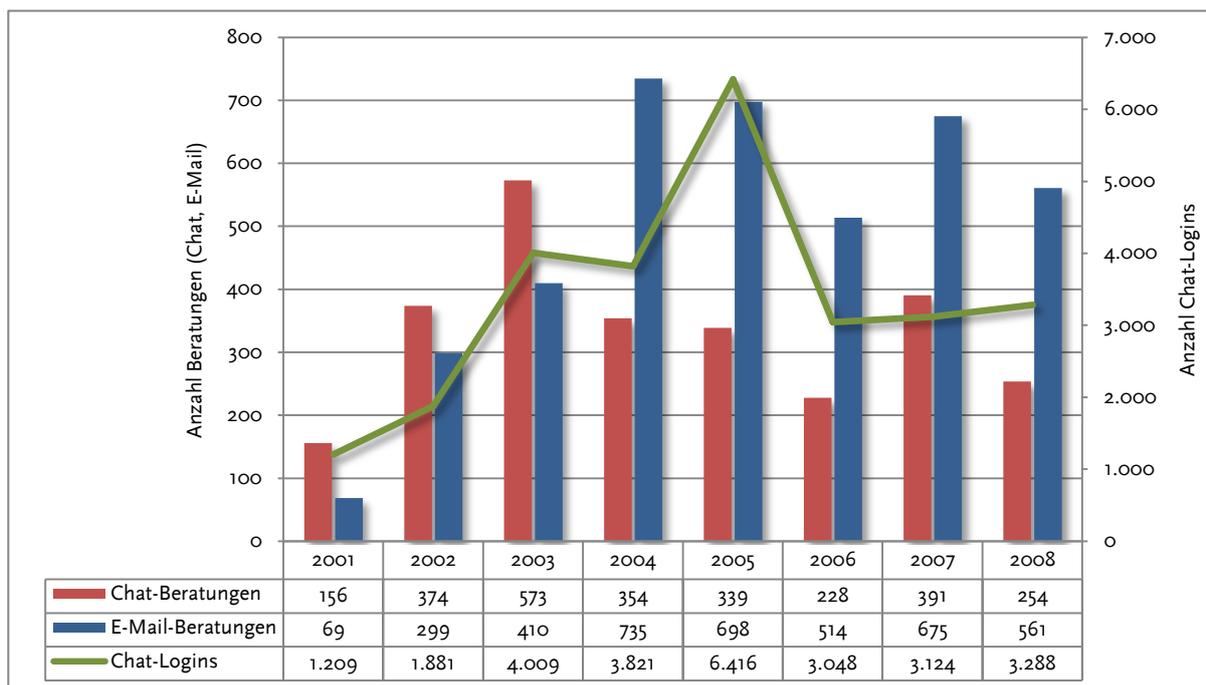
Im Folgenden werden die Nutzungszahlen der E-Mail- und Chatberatung auf „drugcom.de“ im Jahr 2008 vorgestellt und mit der Inanspruchnahme in den Vorjahren verglichen (2.3.1). Danach wird die Nutzung der E-Mail- und Chatberatung näher beleuchtet (2.3.2). Hierbei geht es um Fragen nach den Nutzerinnen und Nutzern dieser Angebote und welche Themen ausschlaggebend für ihre Inanspruchnahme sind.

### 2.3.1 Entwicklung der Inanspruchnahme in der E-Mail- und Chatberatung

Angesichts der gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufigen Zugriffszahlen (Visits) auf die Domain → „drugcom.de“ kann die ebenfalls etwas niedriger ausgefallene Inanspruchnahme der Chat- und E-Mail-Beratung als erwartungskonform bezeichnet werden (siehe Abbildung 4). Insgesamt wurden 645 E-Mail-Anfragen an „drugcom.de“ gesandt, 538 davon wurden an die Beratung gesandt, entweder über die webbasierte E-Mail-Beratung oder direkt an [beratung@drugcom.de](mailto:beratung@drugcom.de). 107 E-Mails wurden an [drugcom@bzga.de](mailto:drugcom@bzga.de) gesendet. Diese Mailadresse ist für Anfragen, die keinen beratenden Charakter haben, vorgesehen. Wenden sich dennoch einige Personen mit persönlichen Beratungsanfragen über diese Mailadresse an „drugcom.de“, so werden diese Mails an das Beratungsteam weitergeleitet und von diesen als Beratungsanfrage dokumentiert.

In den meisten E-Mails (n=561) wurde eine Beratungsanfrage formuliert. 84 E-Mails (davon 74 via [drugcom@bzga.de](mailto:drugcom@bzga.de)) beinhalteten Fragen zu Verlinkung, Verschickung von Werbematerialien, Anfragen von Journalisten, Diplomanden und ähnliches.

Abbildung 4: E-Mail- und Chatberatungen sowie Chat-Logins 2001 bis 2008



Die Inanspruchnahme der Chatberatung ist in etwa proportional zur niedrigeren Gesamtnutzung der Website zurückgegangen. 2008 wurden 254 Einzelberatungen im Beratungschat durchgeführt, während es 2007 noch 391 waren. Nur die Anzahl an Logins in den Chat konnte sich trotz sinkender Zugriffszahlen auf die Domain → leicht von 3.124 im Jahr 2007 auf 3.288 in 2008 erhöhen. Hier macht sich möglicherweise der Effekt eines zusätzlichen Icons positiv bemerkbar, das November 2007 zur Website hinzugefügt wurde und auf allen Seiten eingebettet ist (Abbildung 5).

Abbildung 5: Chat-Button (seit 11/2007)



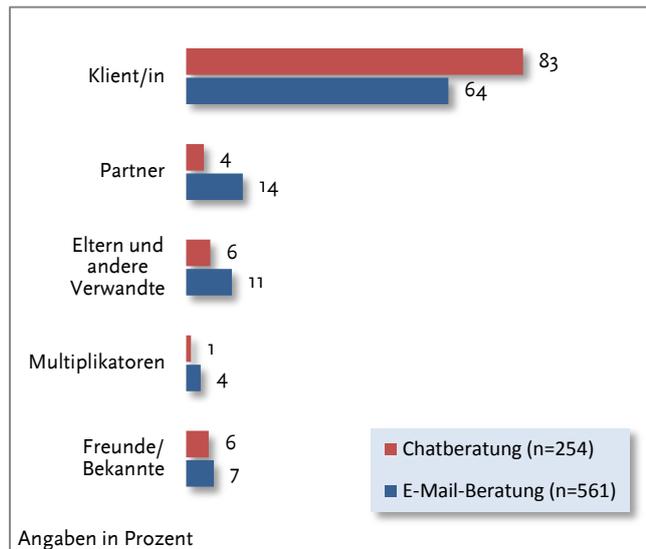
### 2.3.2 Nutzerinnen und Nutzer der E-Mail- und Chat-Beratung

Im Rahmen der E-Mail-Beratung werden die Klientinnen und Klienten obligatorisch zu verschiedenen soziodemografischen Angaben gefragt. Bis auf das Alter und das Geschlecht sind die Angaben aber sehr lückenhaft, weshalb nur sehr eingeschränkt Aussagen über die Soziodemografie getroffen werden kann. Bei der Chat-Beratung sind die Beraterinnen und Berater vollständig auf die Angaben beschränkt, die sie während des Gesprächs explorieren konnten. Alter und Geschlecht werden aber in der Regel abgefragt oder die Anfragenden teilen dieses von sich aus mit. Zu beachten ist, dass die Selbstangabe, die in der Internetberatung gemacht werden, generell nicht überprüft werden können. Allerdings dürften die meisten Klientinnen und Klienten ein Interesse daran haben, dass die Beraterin oder der Berater sich ein adäquates Bild von ihnen macht, da sie ja Hilfe in Anspruch nehmen will. Deshalb sollten die Selbstangaben eine ausreichende Zuverlässigkeit aufweisen. Ein gewisser Fehleranteil kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Auf der Grundlage der von den Klientinnen und Klienten gemachten Angaben lassen sich Unterschiede in der Nutzerstruktur je nach genutzter Beratungsoption feststellen. Während der Anteil weiblicher Nutzerinnen in der E-Mail-Beratung bei rund 53% liegt, sind es im Einzelchat 66%. Im Vergleich zum Vorjahr ist somit der Anteil männlicher Nutzer in der E-Mail-Beratung etwas angestiegen (2007: 37%), in der Chatberatung hingegen auf etwa dem gleichen Niveau verblieben (2007: 33%). Das Durchschnittsalter bei den Personen, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, ist auf 24 Jahre (Median) angestiegen. Im Vorjahr lag der Median bei 22 Jahren.

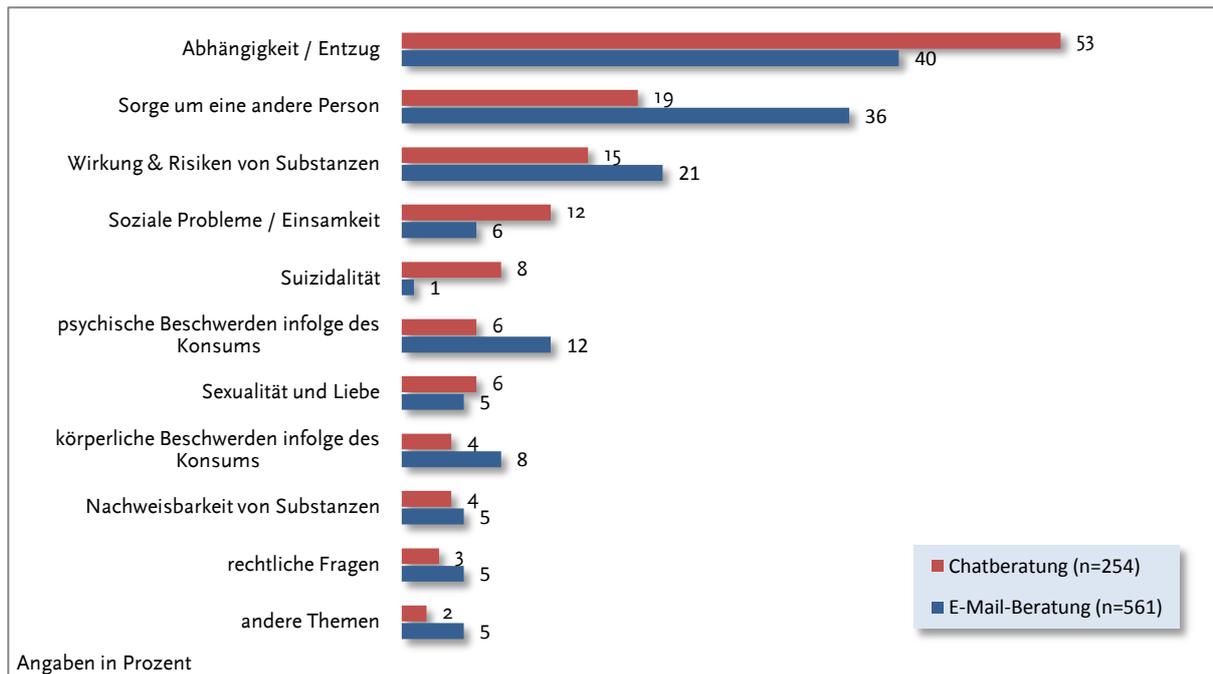
Hinsichtlich des Klientenstatus zeigt sich, dass Klientinnen und Klienten mit Fragen und Problemen, die sich auf sie selbst beziehen, nach wie vor den größten Anteil stellen (70%), wobei in der Chatberatung der Anteil 19% höher liegt als in der E-Mailberatung (in Abbildung 6 sowie in den nachfolgenden Abbildungen werden die Ergebnisse nach Beratungstyp differenziert veranschaulicht). Partnerinnen und Partner, die sich Sorgen um die zumeist drogenkonsumierenden Angehörigen machen, stellen mit 11% die zweitgrößte Gruppe in der Beratung, dicht gefolgt von Eltern und anderen Verwandten (10%). Freunde und Bekannte (6%) und Multiplikatoren (3%) nehmen ebenfalls die E-Mail- oder Chatberatung des drugcom-Teams in Anspruch.

Abbildung 6: Klientenstatus in der E-Mail- und Chatberatung



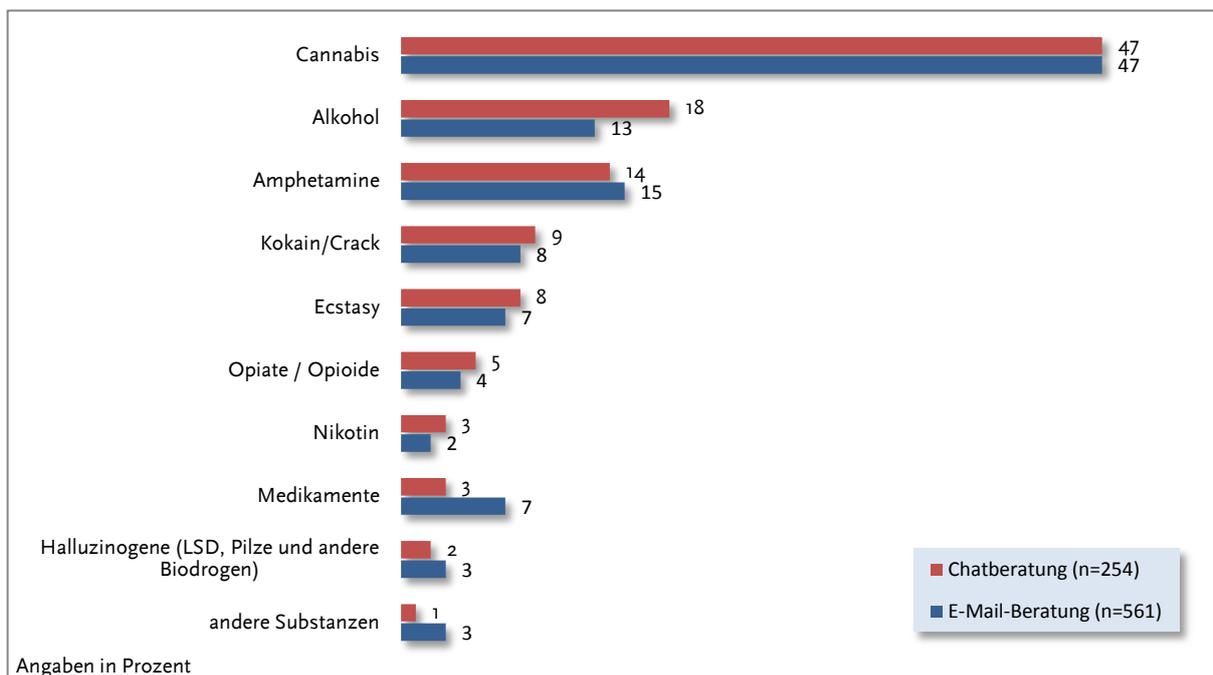
Schaut man sich die Themen an, die in den Beratungsanfragen angesprochen werden, so dominieren sowohl in der E-Mail- wie auch in der Chatberatung Fragen zur Abhängigkeit von Substanzen bzw. zum Entzug (Abbildung 7). Jedoch wird diese Thematik sehr viel häufiger in der Chatberatung angesprochen. Insgesamt werden die Abhängigkeit bzw. der Entzug in 44% aller Beratungsanfragen thematisiert. Angehörige, die sich Sorgen um jemand anderen machen, nutzen eher die E-Mail- als die Chatberatung. Zusammengefasst wird in knapp jeder dritten Beratungsanfrage (30%) die Sorge um jemand anderen formuliert. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass auch Klientinnen und Klienten Fragen stellen können, die sich sowohl auf sie selber als auch auf andere beziehen. Im Spektrum der angesprochenen Themen folgen Fragen zu Wirkungen und Risiken von Substanzen (20%), zu sozialen Problematiken (8%), psychischen Beschwerden (10%) sowie körperlichen Problemen (7%) infolge des Konsums, zu Sexualität und Liebe (6%), zur Nachweisbarkeit von Drogen (4%), zu Suizidalität (3%) und zu sonstigen Themen (4%).

Abbildung 7: Themen der E-Mail- und Chatberatungen in 2008 (Mehrfachangaben)



In 93% aller Beratungsanfragen wurde mindestens eine Substanz angesprochen oder allgemein Drogenkonsum (10%) thematisiert (Abbildung 8). In den meisten Fällen dreht sich die Anfrage um bestimmte Substanzen, meist um Cannabis (47%). Zu Alkohol und Amphetamine wurden je 120 Anfragen gestellt (15%). Es folgen Kokain/Crack (8%), Ecstasy (7%), Medikamente (6%) und Opiate/Opiode (4%). Halluzinogene wie LSD oder Biodrogen wurde vergleichsweise selten thematisiert (3%). Andere Substanzen wie Schnüffelstoffe, Spice oder GHB nahmen ebenfalls nur eine Randstellung ein und wurden unter die sonstigen Substanzen subsumiert (2%).

Abbildung 8: Themen der E-Mail- und Chatberatungen in 2008 (Mehrfachangaben)



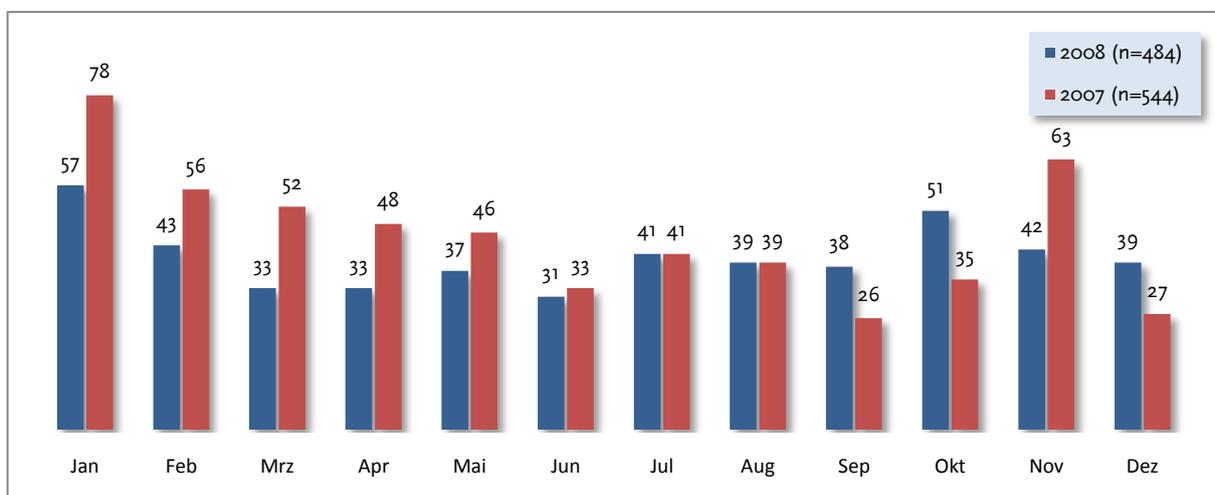
## 2.4 „quit the shit“

Im Folgenden werden Ergebnisse des begleitenden Monitorings von „quit the shit“ präsentiert. Auf die Wirksamkeit und die Effekte auf die psychosoziale Gesundheit von „quit the shit“ wird in Kapitel 4 gesondert eingegangen.

### Aufnahmen

Parallel zu den leicht rückläufigen Zugriffen auf die Domain → „drugcom.de“ sind auch die Aufnahmen mit 483 Klientinnen und Klienten 2008 etwas niedriger ausgefallen als im Vorjahr (544 Aufnahmen). 254 Klientinnen und Klienten wurden vom drugcom-Team und 230 von den am Transfer von „quit the shit“ teilnehmenden Beratungsstellen aufgenommen. Abbildung 9 veranschaulicht den Verlauf der Aufnahmen in den Jahren 2007 und 2008 im Vergleich.

Abbildung 9: Aufnahmen in quit the shit 2007 und 2008



Sowohl 2008 als auch 2007 waren die meisten Aufnahmen im Januar zu verzeichnen. Im weiteren Jahresverlauf zeichnet sich für beide Jahre zunächst ein kontinuierlicher Rückgang ab. 2008 stabilisiert sich die Aufnahmequote erst ab Juli. Im Vergleich zu 2007 fällt auf, dass 2008 besonders in den ersten Monaten des Jahres eine deutlich niedrigere Aufnahmequote zu verzeichnen war. Hierzu ist anzumerken, dass sehr wahrscheinlich die im Dezember 2006 gestartete bundesweite Verteilung von kostenlosen Postkarten mit dem Logo von „quit the shit“ zu dem hohen Interesse Anfang 2007 geführt hat. Zumindest bildete sich dieses Muster auch in den Vorjahren ab, in denen zum Ende des vorangegangenen Jahres die gleiche Werbemaßnahme durchgeführt wurde. Ende 2007 konnte diese Werbemaßnahme allerdings nicht umgesetzt werden.

In den Monaten September, Oktober und Dezember hingegen lag die Aufnahmequote 2008 sogar höher als im Vorjahr. Dazu beigetragen hat sicherlich, dass Ende September Werbebanner auf fünf Portalen, die von drogenaffinem Publikum besucht werden, geschaltet wurden (siehe auch Kap. 2.1.1). Der vergleichsweise große Unterschied in den Aufnahmezahlen im November ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass 2007 eine Pressemitteilung der Bundesdrogenbeauftragten veröffentlicht wurde, in der „drugcom.de“ und insbesondere „quit the shit“ thematisiert wurden.

## Abschlüsse

Von den 483 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die 2008 in „quit the shit“ eingestiegen sind, haben 47,2% das Programm regulär beendet. Die Haltequote unter den Klientinnen und Klienten, die von einer am Transfer beteiligten Einrichtung beraten wurden, ist mit 44,7% nur leicht unterhalb der des drugcom-Teams (49,6%). Eine reguläre Beendigung wurde definiert als eine mindestens 45-tägige Teilnahme. Maximal kann das Tagebuch an 50 Tagen genutzt werden.

Obligatorisch wird den Klientinnen und Klienten, die das Programm regulär beenden, angeboten, ein Abschlussgespräch zu führen. Darin werden die neuen Erfahrungen, die während der Programmteilnahme gewonnen werden konnten, schlussfolgernd resümiert. 130 Klientinnen und Klienten (26,9%) haben das chatbasierte Abschlussgespräch in Anspruch genommen (drugcom-Team: 29,7%; Transfer-Beratungsstellen: 23,9%).

## Verteilung der Inanspruchnahme nach Bundesländern

Personen, die sich für eine Aufnahme bei „quit the shit“ interessieren, werden zu Beginn des Einstiegsfragebogens nach der Postleitzahl (PLZ) ihres Wohnortes gefragt. Die PLZ dient der Zuordnung zu einer am Transfer von „quit the shit“ beteiligten örtlichen Beratungsstelle. Tabelle 5 ist zu entnehmen, wie sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ zahlenmäßig auf die einzelnen Bundesländer verteilen.

Tabelle 5: Herkunft der „quit the shit“-Klientel (n=484)

	Anzahl	%	Bevölkerung BRD <sup>6</sup> (%)
Nordrhein-Westfalen	125	25,8	22
Berlin	65	13,4	4
Bayern	45	9,3	15
Niedersachsen	35	7,2	10
Hessen	34	7,0	7
Hamburg	32	6,6	2
Baden-Württemberg	30	6,2	13
Schleswig-Holstein	22	4,5	3
Rheinland-Pfalz	19	3,9	5
Bremen	10	2,1	1
Sachsen	10	2,1	5
Thüringen	10	2,1	3
Sachsen-Anhalt	9	1,9	3
Brandenburg	4	,8	3
Saarland	4	,8	1
Mecklenburg-Vorpommern	2	,4	2
nicht zuzuordnen	28	5,8	-

Es zeigt sich, dass aus dem bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen mit deutlichem Abstand die meisten Klientinnen und Klienten stammen. An zweiter Stelle liegt Berlin mit 65 Aufnahmen und einem Anteil von 13,4%, gefolgt von Bayern. Niedersachsen (n=35), Hessen (n=34), Hamburg (n=32) und Baden-Württemberg (n=30) liegen dicht beieinander. Mit einigem Abstand folgen Schleswig-Holstein (n=22) und Rheinland-Pfalz (n=19). Aus Bremen, Sachsen und Thüringen sind exakt je 10 Klientinnen und Klienten in „quit the shit“ aufgenommen worden. Die wenigsten Klientinnen und Klienten stammen aus den östlichen Bundesländern Sachsen-Anhalt (n=9), Brandenburg (n=4), Mecklenburg-Vorpommern (n=2) sowie aus dem westdeutschen Saarland (n=4). Insgesamt lässt sich erkennen, dass urbane Regionen gemessen an ihrem

Bevölkerungsanteil einen überproportional hohen Anteil an der Programmklientel stellen. So liegt insbesondere der Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus den Stadtstaaten Berlin, Ham-

<sup>6</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt, [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jbo1\\_jahrtab1.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jbo1_jahrtab1.asp) (Abruf 14.04.2008)

burg und Bremen sowie aus dem Flächenland Nordrhein-Westfalen zum Teil deutlich über ihrem Anteil an der deutschen Bevölkerung. Länder mit eher geringer Bevölkerungsdichte sind proportional betrachtet weniger vertreten. Hierzu zählen insbesondere die östlichen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg; jedoch auch Niedersachsen und Bayern. Denkbar ist, dass die geringere Inanspruchnahme in den ländlichen Gebieten mit der schlechteren Versorgung mit Internet-Breitbandanschlüssen (DSL) zusammenhängt.

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

Wie in den Vorjahren stellten männliche Teilnehmer auch im Jahr 2008 den eindeutig höheren Anteil an der Klientel von „quit the shit“. So betrug dieser insgesamt 70,4%, ist demzufolge von zuvor 75,0% in 2007 leicht gesunken. Der Großteil der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ ist zwischen 20 und 29 Jahre alt (siehe Tabelle 6). Der Anteil dieser Altersgruppe liegt bei insgesamt 62,6% und der Altersdurchschnitt unverändert bei 25 Jahren (Median). Das Bildungsniveau der Programmnutzerinnen und -nutzer ist im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt weiterhin als hoch anzusehen. Während mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ sich auf dem gymnasialem Bildungsweg befindet bzw. Abitur aufweist, verfügen nur 28,1% der Normalbevölkerung über die Fachhochschulreife oder allgemeine Hochschulreife (Abgangsjahr 2007)<sup>7</sup>. Mit deutlichem Abstand folgen Personen auf mittlerem Bildungsweg bzw. mit mittlerer Reife (25,7%). Programmteilnehmende, die die Hauptschule besuchen bzw. die lediglich einen Hauptschulabschluss haben, sind 2008 mit 11,4% zwar etwas stärker vertreten als noch 2007 (8,6%). Der Anteil liegt bei „quit the shit“ im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (23,6%) aber weiterhin deutlich niedriger. Besucherinnen und Besuchern bzw. Absolventinnen und Absolventen anderer Schultypen (z. B. Fachoberschule, Höhere Handelsschule) sind mit 2,1% vertreten.

**Tabelle 6: Soziodemografische Merkmale (n=484)**

Alter	Median	25 Jahre
	bis 14 Jahre	0,2%
	15-19 Jahre	14,7%
	20-24 Jahre	31,5%
	25-29 Jahre	31,1%
	> 29 Jahre	22,6%
Geschlecht	männlich	70,4%
	weiblich	29,6%
Schule	Hauptschule	11,4%
	Realschule	25,7%
	Gymnasium/Abitur/Fachabitur	56,3%
	andere Schule	2,1%

**Tabelle 7: Cannabiskonsum bei Programmeinsteig (n=484)**

Konsumhäufigkeit	Median	28 Tage
	bis 5 Tage	3,7%
	6-10 Tage	4,1%
	11-15 Tage	5,0%
	16-20 Tage	8,9%
	21-25 Tage	15,9%
	> 25 Tage	62,4%
Konsummenge in Gramm (Median)		15 g
Cannabisabhängigkeit	nach DSM-IV	97,5%
	subjektiv psychisch	93,2%

Zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung ist der Cannabiskonsum der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ von einer hohen Intensität geprägt (siehe Tabelle 7). 62,4% konsumierten täglich oder fast täglich Haschisch oder Marihuana, bei einem Median von 28 Tagen. 15,9% gaben einen Konsum von 21 bis

<sup>7</sup> Vergleich Statistisches Bundesamt Deutschland (2007): Absolventen / Abgänger allgemeinbildender Schulen 2005. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/Content100/AllgemeinbildendeSchulenAbschlussart.psm1> (Abruf am 15.04.2008)

25 Tagen an. Personen mit geringerer Konsumfrequenz (d. h. maximal 20 Konsumtage) sind hingegen in der Minderheit. Sie stellen einen Anteil von insgesamt 21,7%. Ebenso wie die Konsumhäufigkeit ist auch die Menge konsumierter Cannabisprodukte als sehr hoch zu bezeichnen. So liegt diese bei Aufnahme ins Programm bei durchschnittlich 15 Gramm (Median) Marihuana oder Haschisch innerhalb der letzten 30 Tage. Der intensive Cannabiskonsum geht mit einem hohen Ausmaß an Cannabisabhängigkeit einher. Folgt man den Selbstangaben zu den abgefragten Kriterien des DSM IV, so ist bei 97,5% der Klientinnen und Klienten von einer Cannabisabhängigkeit zu sprechen; fast ebensoviele (93,2%) betrachten sich selber auch als psychisch abhängig.

### 3. Pilotstudie zu „change your drinking“

#### 3.1 Ausgangslage

Mit „change your drinking“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein vollautomatisches Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums entwickelt und in die Plattform „drugcom.de“ integriert. Zielgruppe des Programms sind Jugendliche und junge Erwachsene mit einem riskanten Alkoholkonsum, da in diesem Altersbereich der riskante Alkoholkonsum besonders weit verbreitet ist.

Den Ergebnissen der letzten Drogenaffinitätsstudie zufolge (BZgA, 2008) haben 75,8% der 12- bis 17-Jährigen schon mal Alkohol getrunken. 17,4% in dieser Altersgruppe trinken regelmäßig, d. h. wöchentlich Alkohol. Jeder fünfte Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren (20,4%) betrinkt sich mindestens einmal im Monat. Ein sprunghafter Anstieg des Alkoholkonsums findet sich besonders im Alter zwischen 16 und 17 Jahren. Laut einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung (BZgA, 2007b) trinken von den 16- bis 17-Jährigen rund 43% mindestens einmal pro Woche, wobei der regelmäßige Alkoholkonsum unter den männlichen Jugendlichen mit 54% weiter verbreitet ist als unter den weiblichen (31%). 51% der 16- bis 17-Jährigen haben sich innerhalb der vergangenen 30 Tage mindestens einmal betrunken. Männliche Jugendliche weisen mit 63% eine beinahe doppelt so hohe Prävalenz für das Rauschtrinken auf als weibliche (37%). Insbesondere für die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen lassen sich Hinweise auf problematische Trinkmuster finden. Sie betreiben laut Epidemiologischem Suchtsurvey mit Daten aus 2006 (Pabst & Kraus, 2008) häufiger Rauschtrinken als ältere Erwachsene, und bei einem höheren Anteil lässt sich missbräuchlicher oder abhängiger Alkoholkonsum nach den Kriterien des DSM-IV nachweisen.

Angesichts dieser Situation und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken für große Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen schien es dringend geboten, zielgruppennahe Maßnahmen der Alkoholprävention und Programme der Frühintervention bei riskantem Alkoholkonsum zu konzipieren bzw. weiter zu entwickeln. Einen viel versprechenden Ansatz bieten psychoedukative Materialien, die Personen dazu anleiten, selbständig ihren Alkoholkonsum zu reduzieren (Apodaca & Miller, 2003). Mit Hilfe derartiger Materialien können eine sehr viel größere Anzahl an Personen erreicht werden als beispielsweise im Rahmen von Face-to-Face-Beratungen oder Klinikbehandlungen. In den letzten Jahren wurden psychoedukative Materialien speziell für die Anwendung im Internet hin entwickelt, von denen einige bereits Belege für ihre Wirksamkeit vorlegen konnten (Kypri et al. 2004, Doumas et al., 2008, Walters et al., 2007, Riper et al., 2007, Saitz et al., 2004).

Mit dem Programm „change your drinking“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein vollautomatisches Selbsthilfeprogramm entwickelt, um eine möglichst große Zielgruppe zu erreichen. Das Programm basiert auf den Prinzipien kognitiv-behavioraler Beratungsansätze und lösungsorientierter Kurzzeitprogramme. Eine Beschreibung des konzeptionellen Hintergrunds kann im Jahresbericht 2006 (BZgA, 2007c) nachgelesen werden.

Von Juni 2007 bis August 2008 wurde das Programm „change your drinking“ im Rahmen einer Pilotphase evaluiert. Ziel der Untersuchung war es, sowohl die Akzeptanz der Nutzerinnen und Nutzer als auch die Wirksamkeit des Programms zu überprüfen. Die Methoden der Evaluation sowie die wesentlichen Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend beschrieben.

### 3.2 Methoden der Evaluation

Im Rahmen der Evaluation von „change your drinking“ wurden mehrere Ebenen untersucht. Zum einen galt es, Feedbacks der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einzuholen, um die Akzeptanz zu untersuchen. Die Wirksamkeit wurde im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie überprüft. Die methodische Vorgehensweise in beiden Studien wird hier nur kurz umrissen.

#### Design der Akzeptanzuntersuchung

Zur Exploration der Akzeptanz wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe, d. h. jene Personen, die „change your drinking“ genutzt haben, nach Abschluss des Programms (t<sub>1</sub>) per E-Mail eingeladen, ein Feedback mittels Online-Fragebogen abzugeben. Im Rahmen der Akzeptanzuntersuchung galt es, Bewertungen der Nutzerinnen und Nutzer einzuholen, um mögliche Weiterentwicklungsbedarfe identifizieren zu können.

#### Design der randomisierten Kontrollgruppenstudie

Um die Wirksamkeit des Programms einschätzen zu können, wurde eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) durchgeführt. Nutzerinnen und Nutzer des Selbsttests „check your drinking“, die einen riskanten Konsum aufweisen (Definition siehe Tabelle 8), wurden zufällig auf zwei Gruppen aufgeteilt: Die Interventionsgruppe (IG) hat zusätzlich zum Selbsttest „check your drinking“ am 10-tägigen Reduzierungsprogramm „change your drinking“ teilgenommen. Die Kontrollgruppe (KG) wurde lediglich zur Teilnahme an einer Wiederholungsbefragung aufgefordert. Beide Gruppen wurden 6 Wochen (t<sub>2</sub>) und 3 Monate (t<sub>3</sub>) nach Anmeldung nachbefragt.

Um sicherzustellen, dass die Personen beider Untersuchungsgruppen eine vergleichbare Bereitschaft zur Verhaltensänderung aufweisen, wurde eine kategoriale Einteilung der Veränderungsmotivation in Anlehnung an das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1983) mit erfasst (siehe Anhang 3). Zur statistischen Analyse wurden schließlich nur jene Personen herangezogen, die in der nächsten Zeit ihren Alkoholkonsum reduzieren oder ganz einstellen wollten (Phase: preparation/action).

**Tabelle 8:** Kriterien für die Zuweisung zur Studie

16- bis 17-Jährige	Ab 18 Jahre
Mind. 2 Punkte im CRAFFT (siehe Anhang 5) <u>und</u> <ul style="list-style-type: none"><li>durchschnittlich mehr als 10 g reinen Alkohol pro Tag in den letzten 7 Tagen (Trinkmenge) <u>oder</u></li><li>an mehr als 2 in den letzten 7 Tagen Alkohol getrunken (Trinktage) <u>oder</u></li><li>an mindestens einem Tag mehr als 4 alkoholische Getränke getrunken (Rauschtrinken)</li></ul>	Mind. 8 Punkte im AUDIT (siehe Anhang 4) <u>und</u> <ul style="list-style-type: none"><li>durchschnittlich mehr als 24g/12 g (m/w) reinen Alkohol pro Tag in den letzten 7 Tagen (Trinkmenge) <u>oder</u></li><li>an mehr als 5 in den letzten 7 Tagen Alkohol getrunken (Trinktage) <u>oder</u></li><li>an mindestens einem Tag mehr als 4 alkoholische Getränke getrunken (Rauschtrinken)</li></ul>

### 3.3 Ergebnisse der Akzeptanzstudie

#### Stichprobenbeschreibung

An der Erstbefragung vor Anmeldung zum Programm haben 133 Nutzerinnen und Nutzern teilgenommen. Das mittlere Alter beträgt rund 30 Jahre, wobei die hohe Standardabweichung von 11 Jahren deutlich macht, dass hier ein breites Altersspektrum vorliegt (Tabelle 9). 10,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lassen sich der Gruppe der 16- bis 17-Jährigen zuordnen. Jüngeren Jugendlichen oder Kindern ist die Teilnahme nicht gestattet, da es sich um ein Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums handelt und diejenigen, die 15 Jahre oder jünger sind, im „check your drinking“ die Empfehlung erhalten, noch gar kein Alkohol zu trinken. Etwa zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist männlich.

Tabelle 9: Alter und Geschlecht

		Erstbefragung n=133
Männlich		62,4%
Alter	Durchschnitt	29,9 Jahre
	Standardabweichung	11,0 Jahre
	16-17 Jahre	10,5%
	18-24 Jahre	25,6%
	älter als 24 Jahre	63,9%

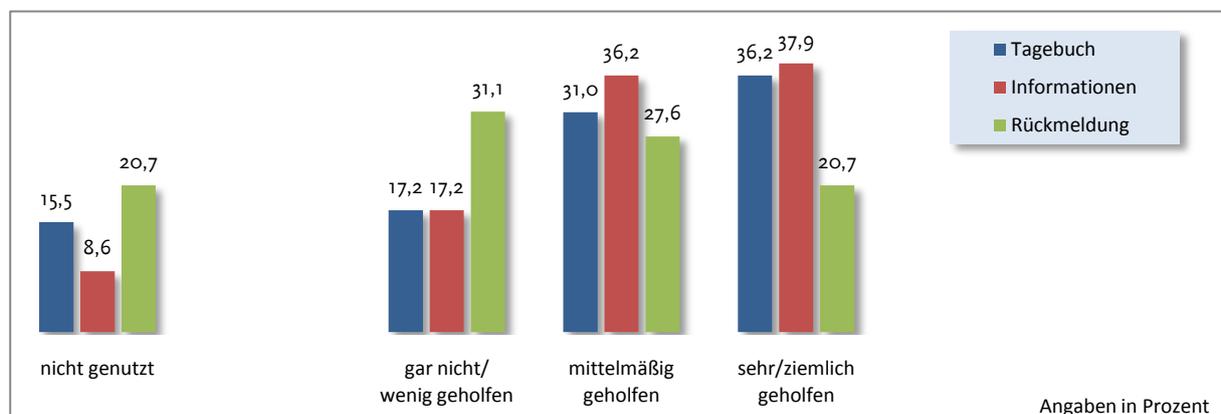
Für die Auswertung der Akzeptanz des Programms kann auf die Nachbefragung nach Ende der Intervention (t1) zurückgegriffen werden, zu der Daten von 58 Personen vorliegen.

#### Nützlichkeit von Programmelementen und Benutzerfreundlichkeit

Hinsichtlich der Bedienung des Programms zeigen sich keine Auffälligkeiten. 94,8% der Befragten gaben an, keine Probleme bei der Bedienung gehabt zu haben. Nur eine Person habe Schwierigkeiten gehabt. Die Verständlichkeit der Texte wurde von 69% als sehr verständlich, von 29,3% als ziemlich verständlich und nur von einer Person (1,7%) als wenig verständlich bewertet.

In Abbildung 10 sind die Ergebnisse zur subjektiven Nützlichkeit der Programmelemente *Tagebuch*, *allgemeine Informationen* und *Rückmeldung* nach 10 Tagen vergleichend nebeneinander gestellt. Darin zeichnet sich ab, dass die Informationen und das Tagebuch als vergleichsweise nützlicher bewertet werden als die Rückmeldung nach 10 Tagen, die jedoch von jedem Fünften der Befragten nach eigenem Bekunden nicht in Anspruch genommen wurde. Etwa ein Drittel bewertet das Tagebuch sowie die Informationen im Programm als ziemlich oder sehr nützlich.

Abbildung 10: Subjektiver Nutzen einzelner Programmelemente (n=58)

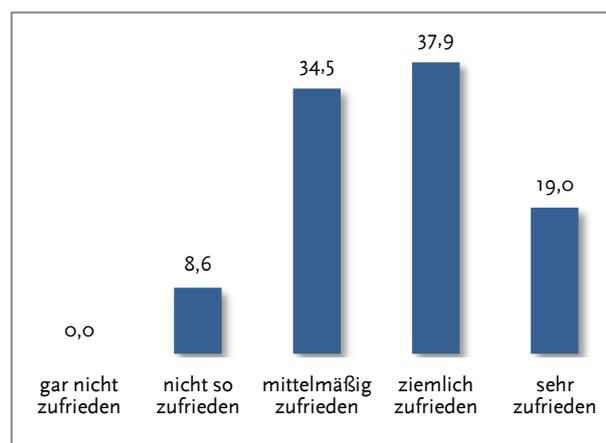


Um weiteren Aufschluss über die Akzeptanz zu erhalten, wurden qualitative Feedbacks der Teilnehmerinnen und Teilnehmer herangezogen. So wurden die Befragten unter anderem gebeten anzugeben, was ihnen am Programm gefallen und was ihnen nicht gefallen hat. 14 von 38 Personen, die positive Nennungen gemacht haben, hoben „das übersichtliche Tagebuch“ hervor, „das mich zum Nachdenken über meine Trinkgewohnheiten gebracht hat.“ Daneben wurde auch „die Möglichkeit, unkompliziert zu überprüfen, wie viel man trinkt“ als positiv bezeichnet. Sieben der 38 Personen haben darüber hinaus die Option, Trinkstrategien auszuwählen, besonders gewürdigt. Von 13 Personen wurde allgemein als positiv genannt, dass es so ein Programm überhaupt gibt, bei dem man anonym ausprobieren kann, weniger zu trinken. Die klare Struktur und die eindeutigen Kriterien für risikoarmes Trinken wurden ebenfalls als hilfreich eingeschätzt.

Daneben haben 32 Personen auch Angaben zu negativen Punkten des Programms gemacht, wobei diese fast ausschließlich als konstruktive Kritik zu werten sind. Denn die meisten Befragten würden sich mehr Programmdetails (n=18), andere auch eine längere Tagebuchdauer (n=5) wünschen. Eine Person hat beispielsweise gewünscht, dass man in dem Tagebuch auch „die Situationen aufschreiben kann, in denen man Alkohol angeboten bekommt“. Die Risikosituationen, werden tatsächlich noch nicht im Programm berücksichtigt. Mehr Eintragungsmöglichkeiten für Persönliches wurde ebenfalls gewünscht. Außerdem wurde die Rückmeldung nach 10 Tagen durchaus kritisch gesehen. Die Rückmeldung wurde als „zu oberflächlich“ oder „sehr sparsam“ eingeschätzt. Sie sollte „noch spezifischer“ sein. Vorgeschlagen wurde beispielsweise auch, täglich ein Feedback zu geben, wenn der Konsum im riskanten Bereich liegt.

Insgesamt betrachtet scheint das Programm in seinen Grundzügen als gut beurteilt zu werden. Die Feedbacks der Teilnehmerinnen und Teilnehmer machen deutlich, dass insbesondere die Möglichkeit, sich ein genaues Bild vom eigenen Konsum zu machen, geschätzt wird. Dennoch erreicht das vollautomatische Programm offenbar schnell seine Grenzen und wird von vielen als nicht individuell genug bewertet. Weiterentwicklungen sollten sich daher gezielt auf die Ausdifferenzierung von Programmelementen im Sinne der „tailored intervention“ konzentrieren. Denn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer merken schnell, wenn die vorgefertigten Sätzen nicht zu ihrer Person passen bzw. ihnen nicht genügend informatives Feedback geben. Dies drückt sich auch in der generalisierenden Bewertung zur Zufriedenheit mit dem Programm aus (Abbildung 11). Zwar ist immerhin rund ein Drittel ziemlich oder sehr zufrieden mit „change your drinking“, ein weiteres Drittel kann sich aber nicht zu einer positiven oder negativen Bewertung entscheiden.

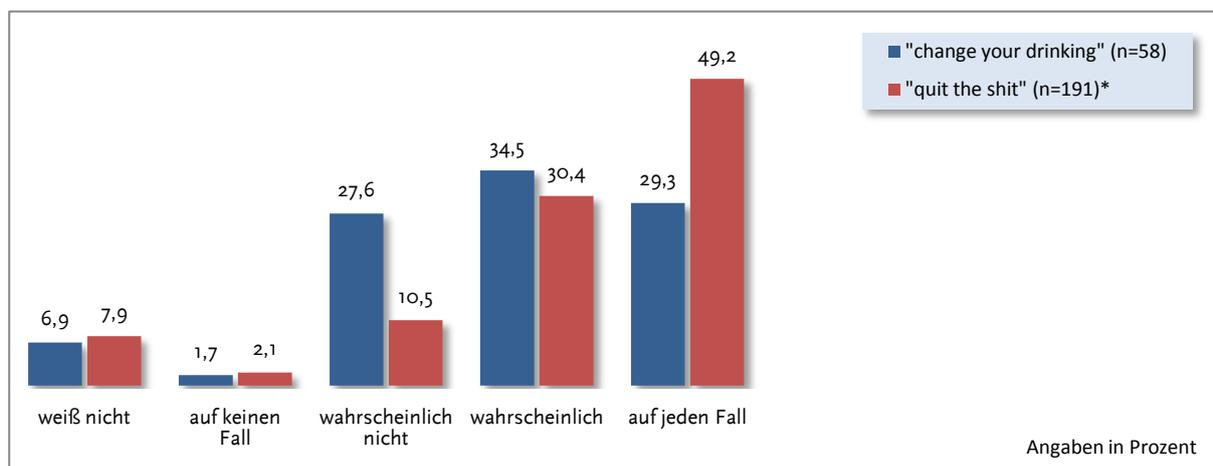
Abbildung 11: Subjektive Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n=58)



## Weiterempfehlung

Als guter Indikator für die Akzeptanz eines Produkts oder einer Dienstleistung gilt für gewöhnlich die Weiterempfehlung (Reichheld, 2004). Um die Ergebnisse für „change your drinking“ besser einordnen zu können, werden die Ergebnisse denen von „quit the shit“ aus dem Jahr 2005 gegenüber gestellt (Tensil, Jonas & Tossmann, 2007). Das Beratungsprogramm für Cannabiskonsumierende ist ebenfalls ausschließlich im Internet verfügbar, allerdings werden die Klientinnen und Klienten von professionellen Beraterinnen und Beratern bis zu 50 Tage lang begleitet. Sie erhalten wöchentlich differenzierte und umfassende Feedbacks auf ihre Fortschritte und Probleme, die sie mit dem Reduzieren des Cannabiskonsums erleben. Insofern ist der Vergleich mit dem vollautomatischen Programm „change your drinking“ nur eingeschränkt möglich. Abbildung 12 veranschaulicht die Ergebnisse zur Frage „Wirst du change your drinking/quit the shit weiterempfehlen?“.

Abbildung 12: Weiterempfehlungsquoten von „change your drinking“ im Vergleich zu anderen internetbasierten Beratungsprogrammen



\*Tensil, Jonas & Tossmann (2007), S. 87

Deutlich zu erkennen sind die Unterschiede in der Akzeptanz – gemessen an der Weiterempfehlungsabsicht – zwischen dem vollautomatischen Angebot „change your drinking“ und dem durch Beraterinnen und Berater gestützten Programm „quit the shit“. Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ sind sich sicher, dass sie das Angebot weiterempfehlen werden. Hingegen trifft dies nur auf 29,3% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „change your drinking“ zu.

Die Tatsache, dass etwa jede vierte Person, die „change your drinking“ genutzt hat, das Programm „wahrscheinlich nicht“ weiterempfehlen will, muss aber nicht zwangsläufig mit einer negativen Beurteilung zusammen hängen. Die Auswertung der qualitativen Feedbacks zu der Frage, warum sie das Programm nicht weiterempfehlen wollen, ergab, dass die meisten Befragten niemanden mit einem problematischen Alkoholkonsum kennen, dem sie es empfehlen könnten. 18 von 25 Personen, die dazu Angaben gemacht haben, nannten diesen Grund. Vier Personen wollten die Tatsache, dass sie an so einem Programm mitgemacht haben, lieber für sich behalten. Beispielsweise begründete eine Person ihren Verzicht auf eine Weiterempfehlung, „weil es mir peinlich ist, meinen Freunden gegenüber meine Abhängigkeit zuzugeben.“ Andere Personen nannten als Gründe, „weil ich anderen gegenüber nicht zugeben möchte, auf so etwas angewiesen zu sein“ oder „weil es keinen anderen etwas angeht.“

### 3.4 Ergebnisse der Kontrollgruppenstudie

#### Stichprobenbeschreibung

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Programms „change your drinking“ wurden der Alkoholkonsum sowie alkoholbezogene Probleme zu drei Messzeitpunkten erhoben. In Tabelle 10 werden die soziodemografischen sowie die konsumbezogenen Merkmale der Interventions- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung dargestellt.

Tabelle 10: Soziodemografische und konsumbezogene Merkmale zum Zeitpunkt der Erstbefragung

	IG (n=109)	KG (n=49)	Sign.
Männlich	62,4%	63,3%	n. s.
Alter (Standardabweichung)	25,8 (6,5)	22,5 (5,4)	*
Konsumtage i. d. l. Woche (Standardabweichung)	4,3 (1,9)	3,6 (1,9)	*
Konsummenge in g i. d. l. Woche (Standardabweichung)	313 g (210 g)	250 g (201 g)	n. s.
Rauschtrinken i. d. l. Woche	67,9%	61,2%	n. s.
Alkoholbezogene Probleme (Standardabweichung)	2,5 (2,1)	2,6 (2,0)	n. s.

Beide Untersuchungsgruppen weisen einen gleich hohen Anteil männlicher Teilnehmer auf, allerdings sind die Personen der Interventionsgruppe im Schnitt 3,3 Jahre älter als die der Kontrollgruppe. Hierbei ist anzumerken, dass in der Effektuntersuchung eine Altersgrenze von 39 Jahren eingezogen wurde, so dass die Stichprobe der Interventionsgruppe in dieser Studie etwas jünger ist als in der Akzeptanzuntersuchung (siehe Kap. 3.3).

Signifikante Konsumunterschiede zwischen beide Gruppen zeigen sich lediglich in der Anzahl an Konsumtagen, bei der Konsummenge wurde der Unterschied aufgrund einer hohen Standardabweichung nicht signifikant. Wegen der gefundenen Anfangsunterschiede mussten diese für die weitere Analyse der Effekte statistisch kontrolliert werden. So wurde das Alter als Kontrollvariable berücksichtigt.

Um den Einfluss a priori vorhandener Konsumunterschiede zu kontrollieren, wurden in der Effektprüfung statt der absoluten Angaben die Differenzen zwischen den Messzeitpunkten auf Unterschiedlichkeit hin geprüft. Das Rauschtrinken zum Zeitpunkt der Erstbefragung wurde als Kontrollvariable ebenfalls berücksichtigt. Von 27 Personen der Interventionsgruppe und von 28 Personen der Kontrollgruppe liegen Daten zu allen Messzeitpunkten vor.

Um den Einfluss a priori vorhandener Konsumunterschiede zu kontrollieren, wurden in der Effektprüfung statt der absoluten Angaben die Differenzen zwischen den Messzeitpunkten auf Unterschiedlichkeit hin geprüft. Das Rauschtrinken zum Zeitpunkt der Erstbefragung wurde als Kontrollvariable ebenfalls berücksichtigt. Von 27 Personen der Interventionsgruppe und von 28 Personen der Kontrollgruppe liegen Daten zu allen Messzeitpunkten vor.

#### Effekte der Intervention

Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „change your drinking“ ihren Konsum über beide Nachbefragungszeitpunkte deutlich reduzieren konnten. So reduzierte sich die Gesamtmenge an reinem Alkohol bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von „change your drinking“ sechs Wochen nach Anmeldung zum Programm von anfangs 278 g reinen Alkohol auf 200 g, also um durchschnittlich 28%. In der Nachbefragung nach drei Monaten reduzierte sich der Alkoholkonsum im Schnitt sogar auf 162 bzw. um 42%, wenn man den Zeitpunkt der Anmeldung als Bezugspunkt nimmt (Tabelle 11). Im Vergleich zur Kontrollgruppe ergeben sich jedoch weder

sechs Wochen<sup>8</sup> noch drei Monate<sup>9</sup> nach Anmeldung signifikante Unterschiede in der Konsumreduktion, da die Personen der Kontrollgruppe ebenfalls ihren Konsum reduzieren konnten.

**Tabelle 11: Ergebnisse zur Veränderung des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Probleme (IG: n=27; KG: n=28)**

	Vor Anmeldung		6 Wochen		3 Monate	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Konsummenge (g Alkohol)*	278 g	236 g	200 g	162 g	162 g	140 g
Konsumtage*	4,3	3,3	3,2	2,6	2,5	2,4
Rauschtrinken*	74,1%	50,0%	66,7%	50,0%	51,9%	50,0%
Alkoholbez. Probleme**	2,6	2,6	1,5	1,9	1,5	1,7

\*in den letzten 7 Tagen

\*\*in den letzten 30 Tagen

Hinsichtlich der Anzahl an Konsumtagen bilden sich ähnliche Ergebnisse wie zur Konsummenge ab. Beide Untersuchungsgruppen reduzieren die Anzahl an Trinktagen. In der Interventionsgruppe ist die Reduzierung zwar tendenziell stärker ausgeprägt, vor statistischem Hintergrund sind die Unterschiede zwischen den Gruppen jedoch weder in der Nachbefragung nach sechs Wochen<sup>8</sup> noch nach drei Monaten<sup>9</sup> signifikant.

Der Anteil an Personen, die in den sieben Tagen vor der Befragung mindestens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag getrunken haben (Rauschtrinken), nimmt in der Interventionsgruppe zu beiden konsumbezogenen Messzeitpunkten deutlich ab. Problematisch ist jedoch der eingangs vorhandene unterschiedlich hohe Anteil an Personen, bei denen Rauschtrinken vorlag. In der Interventionsgruppe senkt sich das Niveau in Richtung der Kontrollgruppe ab, so dass weder sechs Wochen<sup>10</sup> noch drei Monate<sup>11</sup> nach Anmeldung signifikante Gruppenunterschiede vorgefunden werden.

Auch bei den alkoholbezogenen Problemen, die mittels einer von McGee & Kypri (2004) entwickelten Skala erfasst wurden, zeigen sich zu beiden Nachbefragungszeitpunkten insgesamt geringere Werte. Hier deutet sich in der Interventionsgruppe zunächst – sechs Wochen nach Anmeldung – eine stärkere Absenkung an als in der Kontrollgruppe. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.<sup>8</sup> Drei Monate nach Anmeldung konnte die Kontrollgruppe sich weiter verbessern, wohingegen die Interventionsgruppe auf dem bereits niedrigen Niveau verblieb. Der Gruppenunterschied ist dementsprechend in der Nachbefragung nach drei Monaten ebenfalls nicht signifikant.<sup>9</sup>

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass sich die Personen, die „change your drinking“ genutzt haben, zwar in allen untersuchten konsumbezogenen Variablen verbessern konnten, die Reduzierung des Konsums und der alkoholbezogenen Probleme waren aber im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht so stark ausgeprägt, als dass sie vor statistischem Hintergrund signifikant werden konnten. Denn die Personen der Kontrollgruppe, die nur das Feedback des „check your drinking“ erhalten haben, konnten ihren Konsum ebenfalls deutlich reduzieren.

<sup>8</sup> Statistische Ergebnisse siehe Tabelle 16 in Anhang 6.

<sup>9</sup> Statistische Ergebnisse siehe Tabelle 18 in Anhang 7.

<sup>10</sup> Statistische Ergebnisse siehe Tabelle 17 in Anhang 6.

<sup>11</sup> Statistische Ergebnisse siehe Tabelle 19 in Anhang 7.

### 3.5 Diskussion der Ergebnisse zu „change your drinking“

Mit dem Programm zur Reduzierung des riskanten Alkoholkonsums „change your drinking“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein neues Instrument auf der Plattform [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) eingeführt und im Rahmen einer Testphase vom 31. Mai 2007 bis zum 31. Juli 2008 evaluiert. Das Programm ist eng mit dem Selbsttest „check your drinking“ verzahnt, d. h. die Teilnahme am Reduzierungsprogramm setzt das vorherige Ausfüllen des Tests voraus. Zu Studienzwecken wurde „change your drinking“ allerdings nur eingeschränkt zugänglich gemacht. Nur jene Nutzerinnen und Nutzer des „check your drinking“, die einen riskanten Alkoholkonsum aufwiesen und zufällig der Interventionsgruppe zugewiesen wurden, hatten die Möglichkeit am Programm teilzunehmen.

In der Evaluation von „change your drinking“ wurden Fragestellungen zur Akzeptanz sowie zur Wirkung des Programms bearbeitet, deren wichtigste Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst und diskutiert werden.

#### Hauptergebnisse der Akzeptanzuntersuchung

Die Akzeptanz des Programms zeigt gute Ansätze, aber auch Schwächen. So wird die Möglichkeit sich via Tagebuch einen Überblick über den eigenen Alkoholkonsum zu verschaffen als positiv bewertet. Insbesondere die klar umrissenen Kriterien für risikoarmes Alkoholtrinken unter Verwendung von Standardgläsern werden als hilfreich eingeschätzt. Die Nutzerinnen und Nutzer kritisieren jedoch, dass beim täglichen Tagebuchführen keine mit dem Alkoholkonsum zusammenhängenden Aspekte wie Trinkgelegenheiten abgefragt werden. Als wünschenswert wird ebenfalls erachtet, täglich und unmittelbar ein Feedback dazu zu erhalten, ob der Alkoholkonsum im risikoarmen Bereich war bzw. mehr Informationen darüber zu bekommen, wie dieser erreicht werden kann. In dem Zusammenhang findet sich in Bezug auf die Möglichkeit, Trinkstrategien aus einer Liste auszuwählen, ein durchweg positives Echo. Hier wäre es sicherlich günstig, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr dazu anzuhalten, ihre bisherigen Erfolge oder Misserfolge selber zu evaluieren, um ggf. optimierte Kontrollstrategien hieraus zu entwickeln.

In der Tendenz deutlich kritischer wird die Rückmeldung am Ende des 10-tägigen Programms gewertet. Zwar wurde das generalisierte Feedback von einigen explizit als nützlich bewertet, die kritischen Stimmen überwiegen hier jedoch. So wurde die Rückmeldung teils als „zu oberflächlich“ bewertet. Gewünscht wird eine differenziertere und mehr an den individuellen Besonderheiten orientierte Rückmeldung. Diese originäre Aufgabe der „tailored intervention“ wurde im Programm „change your drinking“ offenbar noch nicht in dem Maße umgesetzt, als dass die Nutzerinnen und Nutzer die automatisierte Form der Betreuung als ausreichend bewerten würden.

Eine vergleichende Analyse der Weiterempfehlungsabsicht nach Ende der Intervention mit „quit the shit“ hat deutlich gemacht, dass „change your drinking“ in der Tendenz durchaus positiv bewertet wird, aber bei weitem nicht das Potential eines durch Beraterinnen und Berater gestützten Programms aufweist. Die Stärken von „change your drinking“ liegen hier ganz klar in der Möglichkeit, eine theoretisch unendlich große Anzahl an Personen zu erreichen, da die Kapazität des vollautomatischen Programms lediglich durch technische Limitierungen vorgegeben wird, die aber noch längst nicht ausgeschöpft ist.

In den Begründungen für das Nichtempfehlen von „change your drinking“ wird darüber hinaus ein Aspekt deutlich, der am besten von einem vollautomatischen Programm unterstützt wird. Die meisten Personen, die das Programm nicht weiterempfehlen wollen, begründen dies damit, dass sie andere nicht in ihr Alkoholproblem einweihen wollen. Aussagen wie „peinlich“, „geht nur mich was an“ oder „möchte es anderen gegenüber nicht zugeben“ illustrieren diese Haltung. Insofern sprechen diese Aussagen für ein Programm wie „change your drinking“, dass anonym und von jedem Computer mit Internetanschluss aus genutzt werden kann.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Ergebnisse der Akzeptanzevaluation überwiegend auf den Rückmeldungen derer beruhen, die das Programm regulär beendet haben. Insofern sind diejenigen, die vorzeitig das Programm verlassen, unterrepräsentiert. Von den Personen, die vorzeitig aus dem Programm ausgestiegen sind, geben die meisten an, selber oder auf eine andere Weise das Reduzieren versuchen zu wollen. Ihnen war das tägliche Führen eines Tagebuchs zu mühselig. Hier zeigen sich möglicherweise auch die Grenzen von „change your drinking“ auf, das bislang ausschließlich auf Texten basiert. Denn das Lesen der Texte und die nötige Selbstdisziplin, die für den regelmäßigen Besuch der Website erforderlich ist, kann nicht von jedem in gleicher Weise erwartet werden.

### **Hauptergebnisse der Kontrollgruppenstudie**

Zusätzlich zur Untersuchung der Akzeptanz wurde mittels einer gleichzeitig rekrutierten Kontrollgruppe die Wirksamkeit von „change your drinking“ untersucht. Sechs Wochen nach Anmeldung reduzierte sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von „change your drinking“ die Gesamtmenge reiner Alkohol pro Woche um durchschnittlich 28%. In der Nachbefragung nach drei Monaten wurde im Schnitt sogar eine Reduzierung um 42% erzielt. Beide Ergebnisse sind vor statistischem Hintergrund jedoch nicht signifikant, da auch die Personen der Kontrollgruppe ihren Konsum deutlich reduzieren konnten.

Wie lassen sich die geringen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erklären? Zunächst ist anzumerken, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie den Selbsttest „check your drinking“ absolviert hatten. Da riskanter Alkoholkonsum ein Aufnahmekriterium für die Teilnahme an der Studie war, haben alle Personen der Studie, auch die der Kontrollgruppe, eine entsprechende Testrückmeldung erhalten, in dem ihnen angeraten wurde, ihren Konsum zu überdenken und zu reduzieren. Insofern kann hier in der Kontrollgruppe auch der Effekt der Testrückmeldung mit einer Rolle gespielt haben. Dennoch muss konstatiert werden, dass „change your drinking“ im Vergleich zur Kontrollgruppe nur geringfügig stärker zur Reduzierung des Alkoholkonsums beitragen konnte.

Zu nennen sind an dieser Stelle auch mögliche Probleme bei der Stichprobenrekrutierung. Zwar wurde die Frage zur Veränderungsmotivation sowohl von der Interventions- als auch der Kontrollgruppe bejaht, dennoch ist es wahrscheinlich, dass es aufgrund der geringeren Anmeldequote im Programm „change your drinking“ zu Selektionseffekten gekommen ist. Das bedeutet, dass die Interventions- und Kontrollgruppe nur eingeschränkt vergleichbar sind. Einen Hinweis hierfür liefert die Tatsache, dass die Personen der Interventionsgruppe deutlich älter sind als die der Kontrollgruppe. Eventuell war die Aussicht darauf, 30 Euro zu gewinnen, in der Kontrollgruppe ein stärkerer Anreiz für die jüngeren Personen, sich anzumelden und zwei Nachbefragungen auszufüllen.

Den Personen der Interventionsgruppe wurde der monetäre Anreiz hingegen erst sechs Wochen nach Anmeldung mit der Einladungsmail zur Nachbefragung mitgeteilt. Damit sollte in der Interventionsgruppe sichergestellt werden, dass die Motivation zur Teilnahme am Programm nicht durch den monetären Anreiz verfälscht wird. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass die unterschiedliche Behandlung hinsichtlich des Zeitpunkts, an dem die Teilnahme an einem Gewinnspiel kommuniziert wurde, zu Stichprobenverzerrungen geführt haben könnte. So deutet der zu Beginn der Untersuchung stärker ausgeprägte Alkoholkonsum in der Interventionsgruppe darauf hin, dass die Stichproben der Untersuchungsgruppen nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Trotz der methodischen Einschränkungen liefert die Studie Hinweise darauf, dass das Programm „change your drinking“ zwar zur Reduzierung des Alkoholkonsums beiträgt, seine darin verwendeten Methoden aber noch nicht effektiv genug sind. Hier kann auch auf die zuvor resümierten Ergebnisse der Akzeptanzuntersuchung verwiesen werden, in der sich abgezeichnet hat, dass die Möglichkeit zur anonymen Programmnutzung zwar von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern honoriert wird, sie aber dennoch mehr und differenziertere Unterstützungsmöglichkeiten einfordern. Aktuelle Studien im Bereich der Raucherentwöhnung konnten beispielsweise zeigen, dass eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Internetangebot zu höheren Ausstiegsquoten führt (vgl. Strecher, McClure, Alexander et al., 2008; Japuntich, Zehner, Smith et al., 2006).

## **Fazit**

Abschließend ist zu konstatieren, dass trotz der vergleichsweise geringen Quote der Inanspruchnahme das vollautomatische Programm „change your drinking“ einen entscheidenden Vorteil gegenüber einer personengestützten Beratung hat. Sobald es installiert ist, kann eine beinahe beliebig große Zahl an Personen von dem Angebot Gebrauch machen, ohne dass sich der Aufwand zur Durchführung des Programms bedeutsam verändern würde, weshalb es im Rahmen einer bevölkerungsbezogenen Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Alkoholkonsum durchaus seine Berechtigung hat. So wurde es von vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als positiv hervorgehoben, dass das Programm eine unkomplizierte Möglichkeit bietet, unverbindlich und vor allem anonym den eigenen Alkoholkonsum zu überprüfen und zu reduzieren.

Allerdings kann die Effektivität des Programms noch gesteigert werden. Um dieses zu erreichen wäre es sinnvoll, einige Programmmodifikationen durchzuführen, bei denen eine stärkere Individualisierung der im Programm verfügbaren Informationen und Feedbacks angestrebt werden sollte.

## 4. Wirkt „quit the shit“? - Ergebnisse einer kontrollierten Effektuntersuchung

### 4.1 Ausgangslage

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in Europa (EMCDDA, 2007). In Deutschland haben 28,3% aller 12- bis 25-Jährigen Erfahrung mit dieser Substanz gemacht (BZgA, 2008). Die meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen belassen es beim Probier- oder Gelegenheitskonsum, ein Teil entwickelte jedoch problematische Konsummuster. Es muss davon ausgegangen werden, dass zwischen 15 und 20% aller aktuellen Konsumentinnen und Konsumenten eine Cannabisabhängigkeit entwickeln (Perkonig, Lieb, Höfler, Schuster, Sonntag & Wittchen, 1999; Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, 2008).

Auch unter den Nutzerinnen und Nutzern von „drugcom.de“ spielt Cannabis im Vergleich zu den anderen psychoaktiven Substanzen (inkl. Alkohol) die größte Rolle. So verzeichnen die entsprechenden Bereiche im Drogenlexikon oder in den „Häufig gestellten Fragen“ im Vergleich zu anderen Substanzen stets die meisten Besuche. Darüber hinaus zeichnete sich bereits früh nach dem Start von „drugcom.de“ ein starker Beratungsbedarf zu Problemen mit Cannabis ab.

Vor diesem Hintergrund wurde „drugcom.de“ im August 2004 um die internetbasierte Kurzintervention „quit the shit“ erweitert. Das Beratungsprogramm „quit the shit“ richtet sich an junge Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten und bietet ihnen die Möglichkeit, sich über einen Zeitraum von 50 Tagen professionell bei der Reduktion des eigenen Cannabiskonsums begleiten zu lassen.

Ein wichtiger Bestandteil von „quit the shit“ ist das kontinuierliche Qualitätsmanagement. So konnte im Rahmen von Nachbefragungen festgestellt werden, dass das Programm auf hohe Akzeptanz stößt und als hilfreiche Unterstützung bei der Konsumreduktion eingeschätzt wird (Tensil, Jonas & Tossmann, 2007). Daneben zeigten sich erste Hinweise, dass der Cannabiskonsum infolge von „quit the shit“ signifikant gesenkt werden kann.

Da es sich bislang jedoch nur um Eingruppenuntersuchungen handelte, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von Dezember 2006 bis August 2008 eine randomisierte Kontrollgruppenuntersuchung durchgeführt. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Effektivitätsstudie dargelegt. Ziel der Studie war es herauszufinden, wie sich der Cannabiskonsum und das psychische Wohlbefinden durch die Teilnahme an „quit the shit“ verändern.

### 4.2 Struktur von „quit the shit“

Einführend soll kurz die Struktur des Beratungsprogramms dargestellt werden. Eine detaillierte Beschreibung des Konzepts und der Methoden von „quit the shit“ kann einer anderen Publikation der BZgA entnommen werden (Tossmann, 2007). Das übergeordnete Ziel des Programms ist es, den Cannabiskonsum der Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb eines Zeitraums von 50 Tagen signifikant zu reduzieren. „Quit the shit“ kann grundsätzlich in vier aufeinander folgende Phasen eingeteilt werden:

1. Anmeldung
2. Aufnahmegespräch

3. Phase der Programmteilnahme
4. Abschlussgespräch

(1.) Die Anmeldeprozedur besteht hauptsächlich aus einem Online-Fragebogen, in dem Informationen über die Person sowie ihren Cannabiskonsum erhoben werden. Diese Informationen werden in einer Datenbank gespeichert und dienen zum einen den Beraterinnen und Beratern als „virtuelle Klientenakte“ und können zum anderen zu Evaluationszwecken ausgewertet werden.

(2.) Das Aufnahmegespräch erfolgt im One-to-One-Chat von „quit the shit“ und wird von speziell geschulten Fachkräften mit psychotherapeutischer Ausbildung durchgeführt. Das Aufnahmegespräch dauert 50 Minuten und hat neben dem Beziehungsaufbau zum Ziel, die individuelle Situation der zu beratenden Person abzuklären sowie individuelle Konsumziele und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

(3.) Nach dem Aufnahmegespräch wird das Online-Tagebuch von „quit the shit“ frei geschaltet. In diesem passwortgeschützten persönlichen Bereich des Beratungsprogramms können die Teilnehmenden über einen Zeitraum von 50 Tagen alle relevanten Aspekte ihres Cannabiskonsums festhalten. Regelmäßig erhalten sie hierauf qualifizierte Feedbacks, in denen neben dem Konsum auch die psychosoziale Situation der teilnehmenden Person oder der Beratungsprozess thematisiert werden.

(4.) Das Abschlussgespräch findet ebenfalls im Chat von „quit the shit“ statt. Darin wird erörtert, inwieweit die im Aufnahmegespräch formulierten Ziele erreicht werden konnten und welches Vorgehen eingeschlagen werden kann, um den Cannabiskonsum nachhaltig zu kontrollieren.

### 4.3 Formulierung der Erfolgsindikatoren

Zur Überprüfung der Wirksamkeit von „quit the shit“ müssen zunächst Erfolgsindikatoren definiert werden. So kann das Programm naturgemäß nur dann als effektiv bezeichnet werden, wenn Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen, ihren *Cannabiskonsum* nachhaltig zu reduzieren. Eine Erweiterung derartiger Handlungskompetenzen führt in der Regel zu einer höheren Zuversicht, den Konsum auch in Zukunft kontrollieren zu können. Dieser als *konsumbezogene Selbstwirksamkeitserwartung* bezeichnete Terminus (Sklar & Turner, 1999) wurde ebenfalls als Erfolgsindikator definiert und in die Untersuchung einbezogen.

Da exzessiver Cannabiskonsum oftmals mit Beeinträchtigungen im psychischen Wohlbefinden einhergeht wie z. B. eine erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit (vgl. Bovasso, 2001; Patton, Coffey, Carlin, Degenhardt, Lynskey & Hall, 2002; Libby, Orton, Stover & Riggs 2005; Boys, Farrell, Taylor, Marsden, Goodman, Brugha, Bebbington, Jenkins & Melzer, 2003; McGee, Williams, Poulton & Moffitt, 2000), wurde angenommen, dass eine bei „quit the shit“ erreichte Konsumreduktion zu einem gesteigerten *psychischen Wohlbefinden* führt. Wie in den genannten Studien wurde der Schwerpunkt auf Merkmale psychischer Gesundheit gelegt, die relativ eng mit starkem Cannabiskonsum korreliert sind, d. h. *Ängstlichkeit* und *Depressivität*. Zudem wurde vermutet, dass sich eine erfolgreiche Teilnahme in einer gesteigerten *Lebenszufriedenheit* ausdrückt. Die Programmeffektivität wurde somit an folgenden Indikatoren gemessen:

- Ein signifikante Konsumreduktion von Cannabis
- Eine signifikant höhere konsumbezogene Selbstwirksamkeit<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Erfasst mit einer deutschen Übersetzung des Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8; Sklar & Turner, 1999)

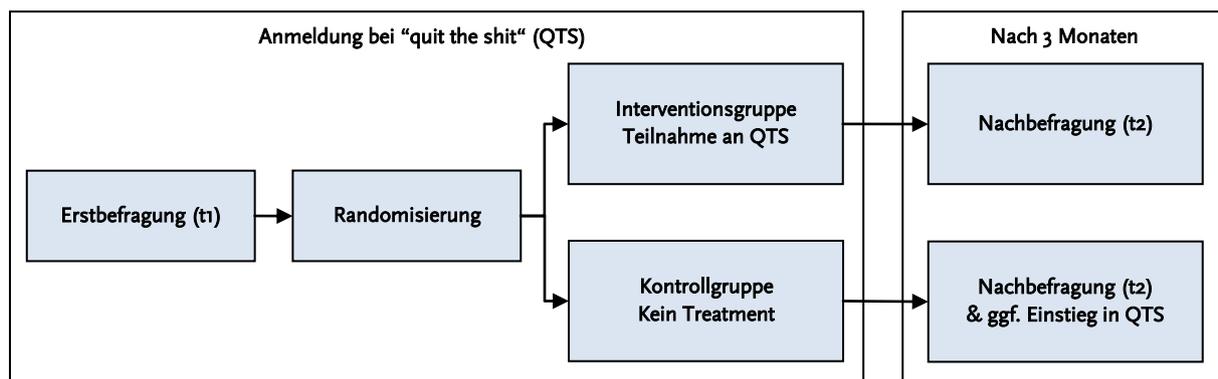
- Ein signifikant gesteigertes psychisches Wohlbefinden (höhere Lebenszufriedenheit<sup>13</sup>, niedrigere Ängstlichkeit<sup>14</sup> & Depressivität<sup>15</sup>)

#### 4.4 Studiendesign, Durchführung & Auswertung

Die Programmwirksamkeit wurde im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie (Randomized Controlled Trial, vgl. Bortz & Döring, 1995) mit einer Nachbefragung nach drei Monaten überprüft. Abbildung 13 zeigt einen schematischen Ablauf der Untersuchung. So wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ bei der Programmanmeldung per Zufall entweder der Interventionsgruppe (IG) oder der Warte-Kontrollgruppe (KG) zugewiesen (Randomisierung). Während Mitglieder der IG normal das Programm durchliefen, erhielt die KG im selben Zeitraum noch keine Beratung und diente somit als Referenzgruppe.

Die Erstbefragung (t1) wurde in den „quit the shit“-Anmeldefragebogen integriert. Die studienrelevanten Merkmale (vgl. Abschnitt 4.3) wurden hier zum ersten Mal erhoben. Die Nachbefragung (t2) wurde drei Monate später durchgeführt. Danach erhielt die KG die Möglichkeit, ins Programm einzusteigen.

Abbildung 13: Überblick über das Studiendesign



Die Untersuchung wurde vom 14.12.2006 bis 15.08.2008 im laufenden Betrieb von „quit the shit“ durchgeführt. Ausgewertet wurden die Ergebnisse mithilfe von T-Tests und logistischen Regressionsanalysen. Um die Stärke vorhandener Effekte zu beurteilen, wurde das korrigierte Effektmaß ( $d_{\text{korrt}}$ ) nach Jacobs (1999) berechnet. Effektstärken wurden nach den Klassifikationskriterien von Cohen (1988) in schwach ( $d \geq 0,20$ ), mittel ( $d \geq 0,50$ ) und stark ( $d \geq 0,80$ ) unterteilt. Den inferenzstatistischen Berechnungen liegt, wo nicht anders vermerkt, ein Signifikanzniveau von  $\alpha=5\%$  zugrunde. Alle Analysen wurden mit dem Programmpaket SPSS 15 durchgeführt.

<sup>13</sup> Erfasst mit: Satisfaction with Life Scale (SWLS; Schumacher 2003)

<sup>14</sup> Erfasst mit: State Trait Anxiety Inventory (STAI-T; Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1983)

<sup>15</sup> Erfasst mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS; Hautzinger & Bailer, 1993)

## 4.5 Ergebnisse

### 4.5.1 Datenerhebung & Datenüberprüfung

Im gesamten Untersuchungsverlauf wurden 429 Personen der Kontrollgruppe (KG) zugelost und mussten folglich mit dem Einstieg ins Beratungsprogramm warten. 360 Personen wurden der Interventionsgruppe (IG) zugewiesen und nahmen an „quit the shit“ teil. 150 Mitglieder der KG nahmen fristgerecht an der drei Monate später anberaumten Nachbefragung teil. In der IG bearbeiteten 144 Personen den Fragebogen im gegebenen Zeitraum. In der KG mussten schließlich 44 Datensätze von der Analyse ausgeschlossen werden, da sie entweder unglaubwürdige Angaben enthielten oder weil die ausfüllende Person innerhalb der letzten drei Monate professionelle Unterstützung in Anspruch nahm, beispielsweise in einer Drogenberatungsstelle, im drugcom-Chat oder andere therapeutische Hilfen. Insgesamt wurden in der KG 106 Fälle in die Analyse einbezogen. In der IG wurden ebenfalls 44 nachbefragte Fälle nicht in die Datenanalyse einbezogen, sodass die analysierte Stichprobe in der IG aus 100 Fällen besteht.

Statistischen Analysen<sup>16</sup> zufolge sind die gewonnenen Untersuchungsstichproben in allen wichtigen Merkmalen gut mit der üblichen „quit the shit“-Klientel vergleichbar – mit einer Ausnahme: So nutzen deutlich mehr Studienteilnehmende das Programm komplett als die restliche Klientel von „quit the shit“<sup>17</sup>. Die Haltequote liegt unter den Befragten demnach bei 72%, während sie im Studienzeitraum bei „quit the shit“ 49% betrug<sup>18</sup>. In der Auswertung wurde diesem Unterschied mittels einer Gewichtungssprozedur Rechnung getragen, sodass hierdurch kein bedeutsamer Einfluss mehr erwartet wird. Vergleicht man IG und KG zum Zeitpunkt der Eingangsbefragung, so zeigen sich lediglich im Merkmal der Konsummenge signifikante Abweichungen<sup>19</sup>. Dies wurde ebenfalls in der Auswertungsmethode berücksichtigt (vgl. Rossi & Freeman, 1985, S.238), sodass auch hier von keinen nennenswerten Störeffekten auszugehen ist.

### 4.5.2 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

#### Soziodemografische Merkmale

Die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der hier vorgestellten Kontrollgruppenstudie entsprechen weitestgehend denen, die bereits in Kapitel 2.4.1 vorgestellt wurden, da beide Stichproben große Überschneidungsbereiche aufweisen. So liegt der Anteil männlicher Teilnehmer in der Kontrollgruppenstudie bei 70,5%. Zum Zeitpunkt ihrer Registrierung waren die Probandinnen und Probanden im Schnitt 24,7 Jahre alt (SD=6,8). Die große Mehrheit der Teilnehmenden ist jünger als 30 Jahre (80,6%).

Ebenso wie in früheren Auswertungen (vgl. Tensil et al., 2005) fällt das überdurchschnittliche schulische Bildungsniveau der Klientel auf (Tabelle 12). So besucht die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie das Gymnasium oder hat die Schule mit dem Abitur bzw. Fachabitur abge-

**Tabelle 12:** Derzeitige bzw. abgeschlossene Schulbildung (n=206)

Kein Abschluss	0,9%
Hauptschule	8,0%
Realschule	28,1%
Gymnasium	55,2%
andere Schule	7,9%

<sup>16</sup> Zur leichteren Identifikation vorhandener Abweichung wurde hier das Signifikanzniveau auf alpha=10% festgesetzt.

<sup>17</sup> Die Analysen beziehen sich naturgemäß nur auf Mitglieder der Interventionsgruppe. Statistischer Befund:  $\chi^2=28,883$ ;  $df=1$ ;  $p<.001$

<sup>18</sup> Die Grundlage hierfür bilden alle, die im genannten Zeitraum beim drugcom-Beratungsteam an „quit the shit“ teilnahmen.

<sup>19</sup>  $T(173,770)=-1,729$ ;  $p=.086$ ;  $d=.24$

schlossen (55,2%). Das bedeutet, dass die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ein im Vergleich zum Bevölkerungsschnitt deutlich höheres Bildungsniveau aufweisen.<sup>20</sup> Der Anteil an Personen, die die Realschule besuchen bzw. die Schule mit mittlerer Reife abgeschlossen haben beträgt 28,1%. Teilnehmende, die die Hauptschule besuchen oder einen Hauptschulabschluss haben, stellen mit 8,0% nur eine Minderheit. Personen, die die Schule ohne Abschluss verließen, haben nur einen Anteil von 0,9%.

### **Cannabiskonsum: Häufigkeit & Menge**

Ein großer Teil der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer weist zur Erstbefragung (t1) einen sehr starken Cannabiskonsum auf. Im Durchschnitt konsumierten die TN an 25,5 Tagen (SD=6,1) innerhalb der letzten 30 Tage Cannabis. Ein Vergleich mit der Klientel ähnlicher Beratungsprogramme zeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ zu den intensiv konsumierenden zu zählen sind. Beispielsweise liegt die durchschnittliche Konsumhäufigkeit (Median) der Klientinnen und Klienten im Beratungsprogramm „Realize it“<sup>21</sup> bei 20 Tagen (Hüsler, 2005) und in einer Therapiestudie von Walker und Kollegen (2006) bei 38,2 der letzten 60 Tage (Median). Die durchschnittliche Konsummenge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ liegt bei 20,4 Gramm (SD=18,1) in den letzten 30 Tagen.

### **4.5.3 Effekte der Untersuchung**

#### **Cannabiskonsum**

Abbildung 14 lässt erkennen, dass sowohl die Interventionsgruppe (IG) als auch die Kontrollgruppe (KG) ihren Cannabiskonsum senken konnten. In der KG reduzierte sich der Konsum von 24,9 (SD=6,7) auf 21,0 Tage (SD=9,8) – ein statistisch signifikanter Unterschied<sup>22</sup>. Personen, die an „quit the shit“ teilnahmen, verringerten ihren Konsum im Vergleich zur KG jedoch noch weitaus stärker<sup>23</sup>. Während sie anfangs (t1) an 26,1 Tagen (SD=5,3) Cannabis konsumierten, halbierte sich ihr Konsum auf 12,4 Tage (SD=12,1) nach Programmteilnahme. Der Unterschied in der Konsumreduktion zwischen IG und KG ist statistisch hoch signifikant<sup>24</sup> und als sehr groß zu bezeichnen ( $d_{\text{korr}}=-0,98$ ). Das deutlich bessere Abschneiden der IG weist darauf hin, dass „quit the shit“ somit eine effektive Hilfe bei der Konsumreduktion darstellt.

---

<sup>20</sup> Vergleich Statistisches Bundesamt Deutschland (2008): Absolventen / Abgänger allgemeinbildender Schulen 2006. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/Content100/AllgemeinbildendeSchulenAbschlussart.psml>. Abgerufen am 05.11.2008

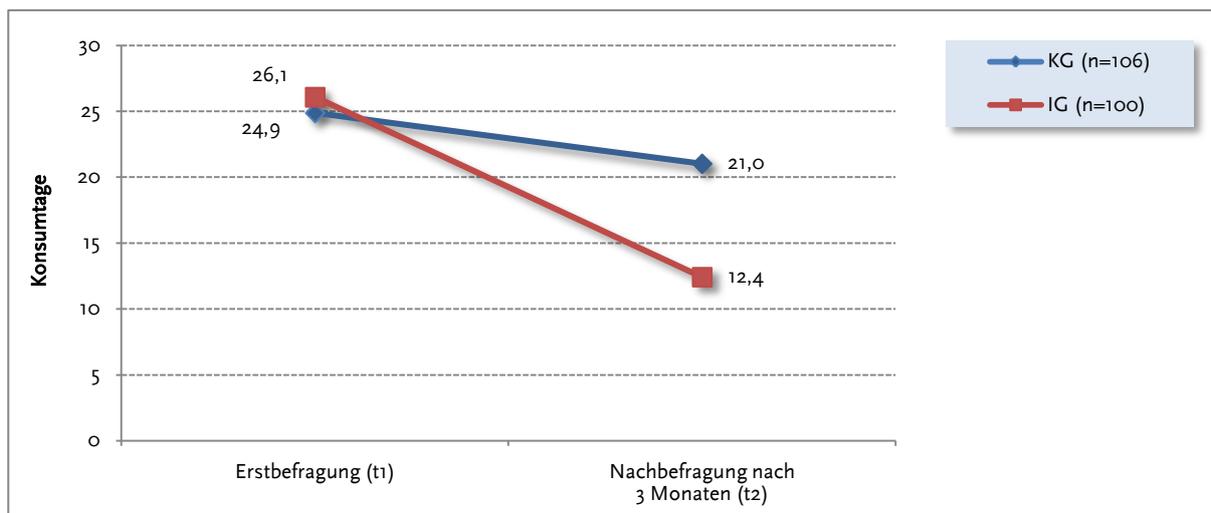
<sup>21</sup> Bei „Realize it“ handelt es sich um ein strukturiertes Programm mit 5 Einzelsitzungen und einer Gruppensitzung, das in Drogenberatungsstellen durchgeführt wird.

<sup>22</sup>  $T(105)=4,303$ ;  $p<.001$

<sup>23</sup>  $T(99)=11,523$ ;  $p<.001$

<sup>24</sup>  $T(187,02)=6,593$ ;  $p<.001$

Abbildung 14: Durchschnittliche Konsumfrequenz (Konsumtage / letzte 30 Tage)



### Konsumabstinenz

Obwohl nur ein Teil der Klientinnen und Klienten des Beratungsprogramms das Ziel verfolgt, den Cannabiskonsum ganz einzustellen, kann das Ausmaß der Konsumabstinenz ebenfalls als Indikator für die Effektivität von „quit the shit“ betrachtet werden.

Wie Tabelle 13 zeigt, liegt nach Abschluss des Programms bei gut einem Viertel der IG-Mitglieder (27,0%) Konsumabstinenz vor. In der Kontrollgruppe beträgt dieser Anteil lediglich 5,7%. Auch in diesem Konsumparameter lässt die IG somit eine deutlich günstigere Entwicklung erkennen. So ist die Wahrscheinlichkeit, nach der Programmteilnahme konsumfrei zu sein, für ehemalige Teilnehmende von „quit the shit“ ungefähr 6-mal höher als für Personen, die kein Treatment erhalten haben<sup>25</sup>.

Tabelle 13: Konsumabstinenz drei Monate nach Anmeldung

Interventionsgruppe (n=100)	27,0%
Kontrollgruppe (n=106)	5,7%

### Konsumbezogene Selbstwirksamkeit

Neben der Reduktion des Cannabiskonsums ist es ein zentrales Ziel von „quit the shit“, die konsumbezogene Selbstwirksamkeitserwartung der Programmnutzenden zu steigern, d. h. ihre Zuversicht zu stärken, den eigenen Cannabiskonsum effektiv zu kontrollieren.

Wie in Abbildung 15 zu erkennen ist, zeigt sich auch hier eine günstigere Entwicklung in der IG. Während der durchschnittliche Punktwert im *Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8; Sklar & Turner, 1999)* in der KG zum Zeitpunkt der Nachbefragung nicht signifikant vom Eingangswert abweicht (t1: M=45,3; SD=16,8; t2: 42,7; SD=21,2)<sup>26</sup>, zeigt sich in der IG eine erkennbare Steigerung von durchschnittlich 46,4 (SD=18,8) auf 58,6 Punkte (SD=26,7)<sup>27</sup>. Wie auch im Konsum schneiden die „quit the shit“-Teilnehmenden statistisch signifikant besser ab als die Mitglieder der Kontrollgruppe<sup>28</sup>. Die Effektgröße von  $d_{\text{korrt}}=0,60$  deutet darauf hin, dass (durchschnittlich betrach-

<sup>25</sup> OR = 6,045 (95%-KI: 2,372 – 15,406)

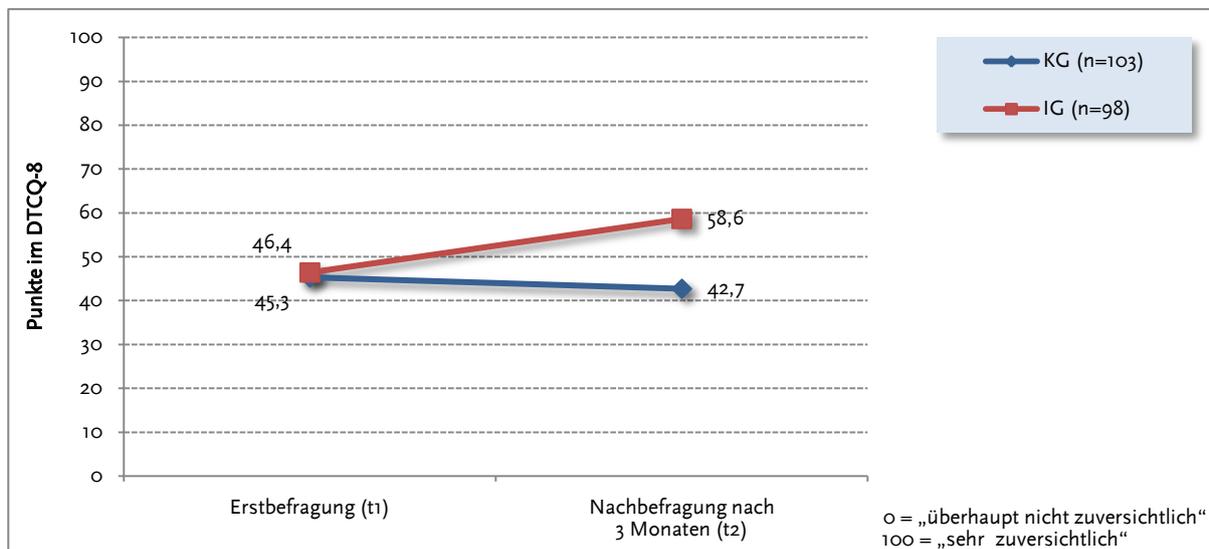
<sup>26</sup> T(102)=1,357; p=.178

<sup>27</sup> T(97)=-4,488; p<.001

<sup>28</sup> T(177,41)=-4,440; p<.001

tet) mit einem moderaten Anstieg der konsumbezogene Selbstwirksamkeitserwartung infolge einer „quit the shit“-Teilnahme gerechnet werden kann.

Abbildung 15: Durchschnittliche Konsumbezogene Selbstwirksamkeit (Punkte im DTCQ-8)



### Effekte auf das psychische Wohlbefinden

Die IG zeigt auch in der Lebenszufriedenheit eine günstigere Entwicklung als die Kontrollgruppe (Tabelle 14). Zwar ist auch in der KG eine signifikante Steigerung von durchschnittlich 19,1 auf 20,4 Punkte im Untersuchungsinstrument *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* (Schumacher 2003) ablesbar<sup>29</sup>. Dieser Trend ist in der IG jedoch noch stärker ausgeprägt. So steigt der durchschnittliche Punktwert im SWLS in der IG von 18,5 auf 21,7 Punkte<sup>30</sup>. Der Anstieg in der Lebenszufriedenheit ist in der IG signifikant stärker als in der KG<sup>31</sup>. Die Ergebnisse legen somit nahe, dass die Teilnahme an „quit the shit“ eine positive Wirkung auf die Lebenszufriedenheit hat – wenngleich es sich hier nur um einen leichten Effekt handelt ( $d_{\text{korrr}}=0,29$ ).

Auch in der Ängstlichkeit zeigt sich eine günstigere Entwicklung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Tabelle 14). So sinkt der durchschnittliche Punktwert im *State Trait Anxiety Inventory (STAI-T)* (Laux, et al., 1983) in der IG deutlich von im Schnitt 51,4 auf 42,6 Punkten<sup>32</sup>. Obwohl die Punktwerte auch in der KG etwas absinken (t1: M=50,9; t2: M=47,3)<sup>33</sup> ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen statistisch signifikant<sup>34</sup>. Auch hier deuten die Befunde auf einen leichten Effekt hin ( $d_{\text{korrr}}=-0,45$ ).

In der Depressivität ist ebenfalls eine günstigere Entwicklung in der IG zu verzeichnen (Tabelle 14). So sinkt der Durchschnittswert der *Allgemeinen Depressionsskala (ADS)* (Hautzinger & Bailer, 1993) in der IG deutlich ab (t1: M=18,9; t2: 12,4)<sup>35</sup>. Diese Tendenz ist signifikant stärker<sup>36</sup> als in der

<sup>29</sup>  $T(103)=-2,648$ ;  $p=.009$

<sup>30</sup>  $T(83)=-6,066$ ;  $p<.001$

<sup>31</sup>  $T(195)=-2,683$ ;  $p=.004$

<sup>32</sup>  $T(85)=8,256$ ;  $p<.001$

<sup>33</sup>  $T(98)=4,097$ ;  $p<.001$

<sup>34</sup>  $T(183)=3,747$ ;  $p<.001$

<sup>35</sup>  $T(83)=6,066$ ;  $p<.001$

<sup>36</sup>  $T(180)=1,907$ ;  $p=.029$

KG (t1: M=19,3; t2: M=15,3)<sup>37</sup>. Insgesamt ist auch hier von einem leichten Effekt auszugehen ( $d_{\text{kor}} = 0,26$ ).

**Tabelle 14:** Psychisches Wohlbefinden bei Erstbefragung (t1) und im Follow-up nach 3 Monaten (t2)

	Lebenszufriedenheit		Ängstlichkeit		Depressivität	
	Erstbefragung	3 Monate	Erstbefragung	3 Monate	Erstbefragung	3 Monate
<b>KG (n=103)</b>	19,1 (SD=7,1)	20,4 (SD=6,7)	50,9 (SD=11,0)	47,3 (SD=12,3)	19,3 (SD=9,6)	15,3 (SD=9,1)
<b>IG (n=98)</b>	18,5 (SD=7,3)	21,7 (SD=6,7)	51,4 (SD=11,2)	42,6 (SD=10,9)	18,9 (SD=9,9)	12,4 (SD=9,9)

## 4.6 Zusammenfassung & Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden wissenschaftlichen Studie untermauern den Nutzen des Beratungsprogramms „quit the shit“. So konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Konsum deutlich stärker senken als die Vergleichsgruppe, die erst nach der ersten Nachbefragung in das Programm einsteigen konnte (Warte-Kontrollgruppe). Die Klientinnen und Klienten von „quit the shit“ reduzierten ihren Cannabiskonsum durchschnittlich um mehr als die Hälfte. Die Konsumeffekte der Programmteilnahme konnten allesamt statistisch abgesichert werden und sind nach anerkannten Klassifikationskriterien als stark zu bezeichnen. Den Ergebnissen zufolge sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „quit the shit“ drei Monate nach ihrer Anmeldung mit 6-fach höherer Wahrscheinlichkeit konsumabstinent als die Referenzgruppe.

Der Nutzen einer Programmteilnahme bezieht sich jedoch nicht nur auf den Cannabiskonsum. So verbessert sich auch das psychische Wohlbefinden der Klientinnen und Klienten von „quit the shit“. Nach Programmabschluss konnte ein niedrigeres Niveau in den Merkmalen Ängstlichkeit und Depressivität sowie eine gesteigerte Lebenszufriedenheit nachgewiesen werden. In der Vergleichsgruppe zeigten sich keine vergleichbaren Tendenzen.

Trotz einer eindeutigen Datenlage zur Programmwirksamkeit sind hinsichtlich der Ergebnisinterpretation auch Einschränkungen zu nennen. Weil beide Untersuchungsgruppen eine unterschiedliche Bereitschaft zur Studienteilnahme aufwiesen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie sich zu Studienbeginn (t1) auch in ihrer Motivation zur Konsumreduktion unterschieden haben. Dies würde die Ergebnisse verzerren. Da zu Studienbeginn jedoch keine Gruppenunterschiede in den entsprechenden Motivationsvariablen festgestellt werden konnten, kann angenommen werden, dass dieser Effekt keine bedeutsame Rolle spielt. Ebenfalls einschränkend ist zu nennen, dass die vorliegenden Befunde ausschließlich aus Selbstauskünften bestehen, ohne durch Urinkontrollen validiert worden zu sein.<sup>38</sup>

Trotz dieser Einschränkungen kann festgehalten werden, dass das internetbasierte Beratungsprogramm „quit the shit“ eine effektive Unterstützung für diejenigen ist, die ihren Cannabiskonsum reduzieren wollen.

<sup>37</sup>  $T(97)=5,140$ ;  $p<.001$

<sup>38</sup> Eine ausführlichere Diskussion der Limitierungen kann dem Ergebnisbericht der Studie (Tossmann et al., in Vorbereitung) entnommen werden.

## 5. Literatur

- Apodaca, T. R. & Miller, W. R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289-304.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bovasso, G. B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2033-2037.
- Boys, A., Farrell, M., Taylor, C., Marsden, J., Goodman, R., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R. & Melzer, H. (2003). Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 182, 509-517.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b). *Alkoholkonsum der Jugendlichen 2004 bis 2007*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a). *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland*. Kurzbericht. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008*. Kurzbericht. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007c). *drugcom.de - Jahres- und Evaluationsbericht 2006*. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.drugcom.de/pdf.php?id=b35c4111f4401dc58772d3cd48ef3ce8>
- Doumas, D. M., McKinley, L. L. & Book, P. (2008). Evaluation of two Web-based interventions for mandated college students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 65-74.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *2007 Annual report: the state of the drug problem in Europe*. EMCDDA: Lisbon. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2007> (Abruf am 30.04.2009).
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Hüsler, G. (2005). *Wissenschaftliche Arbeiten im Rahmen des Aktionsplanes Cannabisprävention - Zwischenbericht*. Universität Fribourg.
- Jacobs, B. (1999). *Effektstärke mit Korrektur von Vortestunterschieden*. Verfügbar unter: <http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/bedeutung/eskorr.htm> (Abruf am 30.04.2009).
- Japuntich, S. J., Zehner, M. E., Smith, S. S., Jorenby, D. E., Valdez, J. A., Fiore, M. C., Baker, T. B. & Gustafson, D. H. (2006). Smoking cessation via Internet: A randomized clinical trial of an INternet intervention as adjuvant treatment in a smoking cessation intervention. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 59-67.
- Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J. and Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153:591-596.

- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, Sonderheft 1.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). Cannabis und illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 16-25.
- Kypri, K., Saunders, J. B., Williams, S. M., McGee, R. O., Langley, J. D., Cashell-Smith, M. L. & Gallagher, S. J. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 99, 1410-1417.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Libby, A.M., Orton, H.D., Stover, S.K. & Riggs, P.D. (2005). What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive behaviors*, 30(9), 1649-1662.
- McGee, R. & Kypri, K. (2004). Alcohol-related problems experienced by university students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28, 321-323.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95 (4), 491-503.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 Sonderheft (1), 36-46.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in younger people: cohort study. *British Medical Journal - Clinical Research Edition*, 325, 1195-1198.
- Perkonig, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94, 1663-1678.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Reichheld, F. F. (2004) Mundpropaganda als Maßstab für den Erfolg. *Harvard Business Manager Heft* 3, 22-35.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B, Schippers, G. & Cuijpers, P. (2007). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-227.
- Rossi P. & Freeman H. E. (1985). Evaluation. Newbury Park: Sage.
- Saitz, R., Helmuth, E. D., Aromaa, S. E., Guard, A., Belanger, M. & Rosenblum, D. L. (2004). Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Preventive Medicine*, 39, 969-975.
- Schumacher, J. (2003). SWLS - Satisfaction with Life Scale. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 2)* (S. 305-309). Göttingen: Hogrefe.

- Sklar, S. M. & Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94(5), 723-729.
- Strecher, V. J., McClure, J., Alexander, G., Chakraborty, B., Nair, V., Konkel, J., Greene, S., Couper, M., Carlier, C., Wiese, C., Little, R., Pomerleau, C. & Pomerleau, O. (2008). The Role of Engagement in a Tailored Web-Based Smoking Cessation Program: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 10 (5), e36. Verfügbar unter: <http://www.jmir.org/2008/5/e36/>.
- Tensil, M.-D., Jonas, B. & Tossmann, P. (2007). drugcom.de - Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationbericht 2005. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 32. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/?id=medien&sid=58&idx=1482>.
- Tossmann, P. (2007). Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums - Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 31. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=21cce837546cc4fc809f9dobcc8456bb>.
- Walker, D. D., Roffman, R. A., Stephens, R. S., Wakana, K., Berghuis, J. & Kim, W. (2006). Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 74(3), 628-32.
- Walters, S., Vader, A. M. & Harris, T. R. (2007). A Controlled Trial of Web-based Feedback for Heavy Drinking Students. *Prev Sci*, 8, 83-88.

## 6. Anhang

Anhang 1	Glossar .....	44
Anhang 2	Entwicklung der Zugriffe .....	46
Anhang 3	Erfassung der Veränderungsmotivation vor Programmeinstieg bei „change your drinking“ .....	47
Anhang 4	AUDIT (aus Kraus, Augustin, 2005) .....	48
Anhang 5	CRAFFT (von Knight, Shrier, Bravander et al., 1999; ins Deutsche übersetzt) ..	49
Anhang 6	change your drinking - Ergebnisse der Signifikanzüberprüfung zu t2.....	50
Anhang 7	change your drinking - Ergebnisse der Signifikanzüberprüfung zu t3.....	51

## Anhang 1 Glossar

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

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

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

Suchrobots	Suchrobot oder Webcrawler sind eine Art automatisierte Software. Bei den Suchmaschinen übernehmen diese kleinen Programme die Aufgabe, Dokumente im Internet ausfindig zu machen und ihren Inhalt nach Stichworten zu katalogisieren. Die gesammelten Informationen werden anschließend durch die Trefferlisten in Suchmaschinen zugänglich gemacht.
Top-Level-Domain	siehe Domain
Verweise	Führt ein Klick auf einen Link zu einer anderen Domäne – z. B. durch ein Suchergebnis bei Google zu „ <a href="http://drugcom.de">drugcom.de</a> “ – so wird diese Aktion in der Server-Logfile als ein Verweis protokolliert. Dabei wird festgehalten, von welcher Domäne der Zugriff stammt. Somit lässt sich feststellen, welche Internetseiten in welchem Maße zu den Visits beitragen.
Visits	Ein Visit entspricht einer Session→, die eine Nutzerin bzw. ein Nutzer auf einer Website verbringt bzw. den zusammenhängend betrachteten Seiten einer Website. Die Anzahl an Visits entspricht ungefähr der Anzahl an tatsächlichen Nutzerinnen und Nutzern. Allerdings werden Personen, die über ein Netzwerk ins Internet gehen, nur als eine Nutzerin bzw. ein Nutzer erkannt. Andererseits wird jede Nutzerin bzw. jeder Nutzer, der beispielsweise zweimal an einem Tag dieselbe Website besucht, auch zweimal gezählt. D. h. mit Hilfe der Visits lässt sich zwar ungefähr feststellen, wie viele User, aber nicht wie viele <i>unterschiedliche</i> Personen eine Website anklicken.
Visit-timeout	Dieser Wert definiert, wie lange das Zeitintervall zwischen zwei Pageimpressions maximal sein darf bzw. ab wann ein erneuter Aufruf einer Seite derselben Domain→ einen neuen Visit erzeugt. Die Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern (IVW) hat hierfür einen Wert von 30 Minuten als Standard festgelegt.
Webcrawler	siehe Suchrobots
URL	Uniform Resource Locator (einheitlicher Quellenlokalisierer). Die URL bezeichnet die gesamte Adresse einer Internet-Seite. Sie besteht aus einem Dienstpräfix für die Art, mit der man zugreift (z. B. <a href="http://">http://</a> oder <a href="ftp://">ftp://</a> ) und einem Server-Namen, der wiederum aus dem Namen des Servers und seiner Domain besteht (z. B. <a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a> ).
Usertracking	(engl. Nutzer verfolgen). Bei der Methode des Usertrackings werden die Bewegungen einzelner Besucher auf der Website verfolgt. Dieses Verfahren ermöglicht die Verknüpfung von reaktiven (Angaben der Nutzer) und nicht-reaktive Daten (Nutzung bzw. „Clicks“). Dadurch können beispielweise Aussagen zum Zusammenhang zwischen Geschlecht, Alter oder Bildungsniveau und den betrachteten Seiten der Domain gemacht werden. Die Probleme der herkömmlichen Logfileanalyse (Caching, Proxy, Netzwerke etc.) werden damit ebenfalls umgangen, da nicht die IP-Adresse, sondern eine pro Session vergebene Nummer (Session-ID) Grundlage der Auswertung ist.

## Anhang 2 Entwicklung der Zugriffe

Tabelle 15: Entwicklung der Zugriffe auf „drugcom.de“ 2001 bis 2008

Jahr	Pageimpressions (PI)	Visits	Zeit/PI	Pls/Visit	Zeit/Visit
2008	9.621.055	762.408	00:00:27	13	00:06:47
2007	9.906.767	868.754	00:00:29	11	00:05:38
2006	8.299.213	664.667	00:00:30	13	00:06:21
2005	10.817.449	678.801	00:00:23	16	00:06:11
2004	8.986.876	400.897	00:00:20	22	00:07:34
2003	4.151.656	207.413	00:00:21	20	00:06:53
2002	3.103.569	166.581	00:00:24	19	00:07:44
2001	902.775	53.588	00:00:24	17	00:06:44

### **Anhang 3 Erfassung der Veränderungsmotivation vor Programmeinstieg bei „change your drinking“**

Die Antwort hatte keine Auswirkungen auf die Programmteilnahme. Sie diene allerdings für die Analyse der Effekte zur Auswahl von änderungsmotivierten Personen.

#### **Konsumierst du zurzeit Alkohol?**

- Ja, und ich habe zurzeit nicht vor, meinen Konsum zu reduzieren oder einzustellen. [precontemplation]
- Ja. Ich habe schon mal drüber nachgedacht, meinen Konsum zu reduzieren oder einzustellen, habe aber im Moment keine konkrete Absicht. [contemplation]
- Ja. Ich möchte meinen Konsum aber gerne in der nächsten Zeit reduzieren oder einstellen. [preparation]
- Ich habe meinen Konsum erst vor kurzem eingestellt bzw. reduziert, stelle aber fest, dass das gar nicht so einfach ist. [action]
- Nein, ich trinke schon seit mehr als 3 Monaten kein Alkohol mehr. [maintenance]

## Anhang 4 AUDIT (aus Kraus, Augustin, 2005)

### 1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

- Nie (0 Punkte)
- 1 x im Monat oder weniger (1 Punkt)
- 2 – 4 x im Monat (2 Punkte)
- 2 – 3 x in der Woche (3 Punkte)
- 4 x oder mehr die Woche (4 Punkte)

### 2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? (Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.)

- 1 oder 2 (0 Punkte)
- 3 oder 4 (1 Punkt)
- 5 oder 6 (2 Punkte)
- 7 - 9 (3 Punkte)
- 10 oder mehr (4 Punkte)

### 3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

- nie (0 Punkte)
- weniger als einmal im Monat (1 Punkt)
- einmal im Monat (2 Punkte)
- einmal in der Woche (3 Punkte)
- täglich oder fast täglich (4 Punkte)

### 4. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

- Nie (0 Punkte)
- weniger als einmal im Monat (1 Punkt)
- einmal im Monat (2 Punkte)
- einmal in der Woche (3 Punkte)
- täglich oder fast täglich (4 Punkte)

### 5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?

- Nie (0 Punkte)
- weniger als einmal im Monat (1 Punkt)
- einmal im Monat (2 Punkte)
- einmal in der Woche (3 Punkte)
- täglich oder fast täglich (4 Punkte)

Auswertung:

Cut-off-Wert liegt bei 8 Punkten

## Anhang 5 CRAFT (von Knight, Shrier, Bravander et al., 1999; ins Deutsche übersetzt)

- Bist du schon einmal unter Alkoholeinfluss Auto gefahren oder bei jemandem mitgefahren, der Alkohol getrunken hat?
- Trinkst du, um zu entspannen, dich besser zu fühlen oder damit du dich unter Freunden oder Bekannten wohler fühlst?
- Trinkst du Alkohol, wenn du alleine bist?
- Haben dir Familienangehörige oder Freunde schon mal geraten, weniger zu trinken?
- Hast du schon mal etwas vergessen, was du gemacht hast, als du Alkohol getrunken hast?
- Hast du schon mal Ärger mit anderen bekommen, als du Alkohol getrunken hast?

Antworten: ja/nein

Auswertung:

Ja= 1 Punkt

Cut-off-Wert liegt bei 2 Punkten

## Anhang 6 change your drinking - Ergebnisse der Signifikanzüberprüfung zu t2

**Tabelle 16:** Interventionseffekte nach 6 Wochen (t2) – Varianzanalyse (IG: n=27; KG n=28)

Indikator (AV)	Faktor (UV)	Kontrollvariablen	df1	df2	F	p
Trinkmenge (Differenz to-t2)	Gruppe	Alter	1	52	0,04	0,84
Trinktage (Differenz to-t2)	Gruppe	Alter	1	52	1,40	0,24
Alkoholbez. Probleme (Differenz to-t2)	Gruppe	Alter	1	52	1,33	0,26

**Tabelle 17:** Interventionseffekte nach 6 Wochen (t2) – Logistische Regression (IG: n=27; KG n=28)

Indikator (AV)	Faktor (UV)	Kontrollvariablen	OR	(95%-KI)	P
Rauschtrinken	Gruppe	Alter, Rauschtrinken (to)	0,54	(0,17-1,71)	0,30

## Anhang 7 change your drinking - Ergebnisse der Signifikanzüberprüfung zu t3

**Tabelle 18:** Interventionseffekte nach 3 Monaten (t3) – Varianzanalyse (IG: n=27; KG n=28)

Indikator (AV)	Faktor (UV)	Kontrollvariablen	df1	df2	F	p
Trinkmenge (Differenz to-t2)	Gruppe	Alter	1	52	0,066	0,80
Trinktage (Differenz to-t2)	Gruppe	Alter	1	52	1,906	0,17
Alkoholbez. Probleme (Differenz to-t2)	Gruppe	Alter	1	52	0,397	0,53

**Tabelle 19:** Interventionseffekte nach 3 Monaten (t3) – Logistische Regression (IG: n=27; KG n=28)

Indikator (AV)	Faktor (UV)	Kontrollvariablen	OR	95%-KI	P
Rauschtrinken	Gruppe	Alter, Rauschtrinken (to)	1,179	0,38-3,67	0,78