



**BZgA**

**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

**drugcom.de**

Jahres- und Evaluationsbericht 2017



## **Jahres- und Evaluationsbericht 2017**

Ein Informations- und Kommunikationsprojekt  
zur Suchtprävention

der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

### **Projektleitung**

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

Evelin Strüber

Maarweg 149-161, 50825 Köln

Tel: 0221 - 8992-294

### **Projektdurchführung und Berichterstellung**

Delphi - Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH

Kaiserdamm 8, 14057 Berlin

Autor:

Marc-Dennan Tensil

Juni 2018

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
1. Grundlegendes zu drugcom.de .....	7
1.1 Zielgruppen von drugcom.de .....	7
1.2 Ziele von drugcom.de .....	7
1.3 Methoden von drugcom.de .....	8
1.3.1 Methoden zur Zielebene Wissen.....	8
1.3.2 Methoden zur Zielebene Einstellung.....	9
1.3.3 Methoden zur Zielebene Verhalten .....	10
2. Neu- und Weiterentwicklungen .....	12
3. Zentrale Ergebnisse der begleitenden Evaluation von drugcom.de.....	13
3.1 Allgemeine Nutzung von drugcom.de.....	13
3.1.1 Entwicklung der Nutzungszahlen .....	13
3.1.2 Verweise .....	14
3.1.3 Bereichsnutzung .....	16
3.2 Nutzerinnen und Nutzer.....	19
3.3 Selbsttests .....	21
3.3.1 Cannabis Check.....	21
3.3.2 Check your Drinking.....	25
3.4 Wissenstests.....	28
3.5 E-Mail- und Chatberatung .....	29
3.5.1 Entwicklung der Inanspruchnahme in der E-Mail- und Chatberatung.....	29
3.5.2 Nutzerinnen und Nutzer der E-Mail- und Chat-Beratung .....	30
3.6 Quit the Shit .....	34
3.6.1 Ziele und Zielgruppen von Quit the Shit.....	34
3.6.2 Programmablauf und Programminhalte von Quit the Shit .....	34
3.6.3 Aufnahmen in Quit the Shit.....	36
3.6.4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Quit the Shit.....	38
3.6.5 Nutzung von Quit the Shit .....	39
3.6.6 Weiterentwicklung von Quit the Shit .....	41
3.7 Change your Drinking .....	43

3.7.1	Ziele und Zielgruppen von Change your Drinking .....	43
3.7.2	Programmablauf und Programminhalte von Change your Drinking.....	43
3.7.3	Anmeldungen zu Change your Drinking .....	45
3.7.4	Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Change your Drinking .....	46
3.7.5	Nutzung von Change your Drinking.....	47
4.	Literatur.....	49
5.	Anhang .....	51

## Zusammenfassung

Jährlich veröffentlicht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die wesentlichen Ergebnisse der begleitenden Evaluation von drugcom.de im Rahmen des Jahresberichts.

### Entwicklung der Inanspruchnahme von drugcom.de

2017 wurden insgesamt 1.539.969 Besuche registriert bzw. 4.219 Besuche pro Tag. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Zugriffe um 21% gesunken. Diese Entwicklung ist vermutlich auf ein schlechteres Suchmaschinen-Ranking zurückzuführen. Generell erfolgen die meisten Besuche auf der Website über einen Suchmaschinenverweis, vor allem von Google. Während die Suchmaschinenverweise in den Vorjahren kontinuierlich angestiegen sind, war 2017 erstmals ein Rückgang zu verzeichnen.

Aufgrund dieser Entwicklung wurden verschiedene SEO-Maßnahmen durchgeführt, wie die vollständige Umstellung auf eine verschlüsselte Verbindung via HTTPS oder der Weiterentwicklung der mobilen Startseite sowie diverser technischer Verbesserungen. Seit Oktober 2017 zeichnet sich wieder ein Anstieg der Zugriffe ab.

Der Rückgang Anfang des Jahres betraf sowohl die Desktopwebsite als auch die mobile Variante von drugcom.de. Letzter hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung stark zugenommen. 2017 erfolgten 62% aller Besuche auf der für mobile Endgeräte optimierten Website von drugcom.de. 2016 traf dies auf 57% aller Besuche zu. Die zunehmende Nutzung der mobilen Website korrespondiert allerdings mit einer Abnahme bei der Anzahl an Aktionen pro Besuch. Während 2011 (vor Einführung der mobilen Website) noch 11 Seiten pro Besuch aufgerufen wurden, lag dieser Wert 2017 nur noch bei 3,0 Seiten.

Die am häufigsten genutzten Bereiche sind wie in den Vorjahren die FAQs, Topthemen und News. 2017 hat es nur marginale Veränderungen bei der Binnennutzung gegeben.

### Nutzerinnen und Nutzer von drugcom.de

Die Nutzerstruktur variiert in Abhängigkeit vom genutzten Bereich, wobei die männlichen Nutzer in allen Bereichen außer in der E-Mail- und Chat-Beratung mehrheitlich vertreten sind. In den längerfristigen Beratungsprogrammen Quit the Shit und Change your Drinking ist das mittlere Alter mit 27 Jahren bzw. 35 Jahren am höchsten. Die jüngsten Nutzerinnen und Nutzer finden sich im Bereich der Selbst- und Wissenstests (20 Jahre).

Von den Nutzerinnen und Nutzern des Selbsttests Check your Drinking sowie der Beratungsprogramme Quit the Shit und Change your Drinking liegen zudem Angaben über das Bildungsniveau vor. Demnach haben bis zu drei Viertel der User einen gymnasialen Bildungsabschluss erreicht bzw. sind auf dem Weg dahin. Im Vergleich zur Normalbevölkerung kann das Bildungsniveau der drugcom-User daher als hoch bezeichnet werden.

### **Inanspruchnahme der Selbst- und Wissenstests**

2017 wurden die Selbsttests insgesamt 174.517-mal aufgerufen. Der Cannabis Check wurde 78.341-mal und der Check your Drinking 96.176-mal angeklickt. Der Cannabis Check wurde in 51 % aller Fälle vollständig ausgefüllt (n=40.229), der Check your Drinking in 49 % aller Fälle (n=47.348).

Die Wissenstests von drugcom.de wurden 52.097-mal aufgerufen. In 10.377 Fällen (20 %) wurde der Wissenstest vollständig ausgefüllt, am häufigsten die Tests zu Cannabis (n=3.894) und Alkohol (n=2.305).

### **Inanspruchnahme der E-Mail- und Chatberatung**

Insgesamt wurden 179 Anfragen mit Beratungsbedarf per E-Mail an das drugcom-Team gesandt, zudem wurden 118 Beratungen im Chat durchgeführt. 75 % der Beratungsanfragen stammen von Personen mit einem persönlichen Anliegen, die übrigen von Angehörigen, von Personen aus dem Freundeskreis und ein kleiner Anteil von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie von Schülerinnen und Schülern und Studierenden, die für ein Referat o. ä. recherchieren. Auf den Inhalt der Fragen bezogen dominieren wie in den Jahren zuvor Fragen zur Abhängigkeit von Substanzen. 29 % aller Fragen behandeln dieses Thema. Unter den angesprochenen Substanzen spielt Cannabis die größte Rolle (30 % aller Anfragen). Des Weiteren werden Fragen zu Alkohol (20 %) und Amphetaminen (12 %) vergleichsweise häufig gestellt.

### **Inanspruchnahme von Quit the Shit**

2017 wurden insgesamt 787 Klientinnen und Klienten in das Beratungsprogramm aufgenommen, 532 vom drugcom-Team und 255 von den am Transfer von Quit the Shit beteiligten Beratungsstellen. Das Durchschnittsalter lag bei 27 Jahren, 66 % sind männlich. Beinahe alle Teilnehmenden (99 %) wiesen eine Cannabisabhängigkeit auf. Der Anteil täglich Cannabiskonsumierender war mit 63 % entsprechend hoch.

Ende 2017 wurde eine neue Version von Quit the Shit online gestellt. Programmteilnehmende haben nun die Wahl, ob sie mit oder ohne Aufnahmezeit in das Programm einzusteigen wollen. Die Programmdauer wurde auf vier Wochen verkürzt, mit der Option zur Verlängerung. Ziel der konzeptionellen Änderung ist die Aufstockung von Beratungsplätzen bei gleichbleibenden Ressourcen, damit mehr Klientinnen und Klienten von der qualitätsgesicherten Beratung bei Quit the Shit profitieren.

### **Inanspruchnahme und Akzeptanz von Change your Drinking**

2017 haben sich 500 Personen im vollautomatischen Alkoholreduktionsprogramm Change your Drinking angemeldet. Das mittlere Alter der Teilnehmenden des Programms liegt bei 35 Jahren, womit sie zu den ältesten Nutzerinnen und Nutzern von drugcom.de zählen. 56 % sind männlich. 95 % der erwachsenen User erfüllten den Cut-off für riskanten Alkoholkonsum im Screening-Test AUDIT, 72 % der teilnehmenden Jugendlichen erfüllten das Kriterium für problematischen Konsum im Screening-Test CRAFFT.

# 1. Grundlegendes zu drugcom.de

## 1.1 Zielgruppen von drugcom.de

Das Rauschtrinken und das Ausprobieren illegaler Drogen sind Phänomene, die besonders unter Jugendlichen und jungen Erwachsene zu finden sind (Piontek, Gomes de Matos, Atzendorf et al., 2016). Der erste Alkoholrausch erfolgt meist im Alter von 15 Jahren (Orth, 2017). Jeder vierte Jugendliche wird statistisch gesehen mit dem Angebot konfrontiert, Drogen zu konsumieren (Orth, 2016). Der Einstieg in den Konsum illegaler Drogen findet im Schnitt mit 16 Jahren statt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

Viele junge Menschen gehen nicht über das Experimentierstadium hinaus, jedoch betreibt auch ein vergleichsweise hoher Anteil junger Menschen einen gelegentlichen oder sogar regelmäßigen Konsum von Alkohol und Drogen. Den höchsten Anteil Konsumierender findet sich bei den jungen Erwachsenen. Während nur rund ein Prozent der Jugendlichen bis zum Alter von 17 Jahren regelmäßig Cannabis konsumiert, trifft dies auf 4 Prozent der 18- bis 25-Jährigen zu (Orth, 2016).

Bei einem Teil der Konsumierenden entwickelt sich eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik. Allen genannten Gruppen gemeinsam ist die Nähe bzw. die Affinität zu Alkohol und illegalen Drogen, weshalb im Folgenden von drogenaffinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesprochen wird. Die Zielgruppen von drugcom.de werden somit definiert als **drogenaffine junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren**. Das sind:

- Jugendliche und junge Erwachsene, die Drogen angeboten bekommen bzw. mit Drogenkonsum in ihrem näheren sozialen Umfeld konfrontiert werden,
- Jugendliche und junge Erwachsene, die aktuell Alkohol und/oder illegale Drogen konsumieren und
- Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik entwickelt haben.

## 1.2 Ziele von drugcom.de

Die Website [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) ist als Teil der Suchtprävention der Bundesregierung der programmatischen Zielvorgabe verpflichtet, die in der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) formuliert wurde. Demnach gilt es im Umgang mit Suchtmitteln nicht nur, diesen zu verhindern oder hinauszuzögern, sondern auch riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren. Hierfür wurde der Begriff der Risikokompetenz (Franzkowiak, 2001) geprägt, die zu stärken die wichtigste Aufgabe von drugcom.de ist.

Das Konzept der Risikokompetenz ist auf die wissenschaftliche Erforschung jugendlichen Risikoverhaltens zurückzuführen, das typischerweise geprägt ist von den Bedürfnissen nach Genuss, Lust und Abenteuer. Dies schließt auch den (Probier-)Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Cannabis und anderen Drogen oftmals mit ein, weshalb der Umgang mit diesen Substanzen als eine für alle Jugendliche zu lösende Entwicklungsaufgabe betrachtet werden kann (Franzkowiak & Schlömer, 2003). Daher sei es sinnvoll, „die Überführung von jugendlichem Risikoverhalten in lebenslange Risikokompetenz in den Zielkatalog der Suchtprävention aufzunehmen“ (ebd., S. 177).

Das Konzept der Risikokompetenz ist auch der Grundgedanke, auf den der Slogan „check yourself“ basiert und der in allen Angeboten von „drugcom.de“ seinen Niederschlag gefunden hat. Tabelle 1 stellt die Zielebenen und Ziele dar.

**Tabelle 1: Zielebenen und Ziele von drugcom.de**

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

### 1.3 Methoden von drugcom.de

Mit Hilfe unterschiedlicher Module soll auf das gesundheitsbezogene **Wissen**, die konsumbezogenen **Einstellungen** und das **Verhalten** der Zielgruppe Einfluss genommen werden (Tabelle 2). Nachfolgend werden alle Bereiche kurz skizziert.

**Tabelle 2: Methoden von drugcom.de**

Zielebene: Wissen	Zielebene: Einstellung	Zielebene: Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tophema</li> <li>▪ News</li> <li>▪ Drogenlexikon</li> <li>▪ FAQ</li> <li>▪ Wissenstests</li> <li>▪ Interaktive Animation Cannabis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chat-Moderation</li> <li>▪ Cannabis Check</li> <li>▪ Check your Drinking</li> <li>▪ Videos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chat-Beratung</li> <li>▪ E-Mail-Beratung</li> <li>▪ Quit the Shit</li> <li>▪ Change your Drinking</li> </ul>

#### 1.3.1 Methoden zur Zielebene Wissen

##### Tophema/News/Newsletter

Regelmäßig werden neue Artikel im Themenspektrum Sucht und Drogen auf drugcom.de veröffentlicht. Im Monatsrhythmus wird ein neues Tophema auf die Startseite gestellt, das einen suchtspezifischen Aspekt vertiefend darstellt. Wöchentlich werden darüber hinaus Newsartikel publiziert, die aktuelle Studien aus der Sucht- und Drogenforschung allgemein verständlich aufbereiten.

Mit der Etablierung der Bereiche Tophema und News werden unterschiedliche Ziele verfolgt: Zum einen dienen die Artikel der Informationsvermittlung. Zum anderen soll die Attraktivität der Website durch kontinuierliche „Updates“ erhöht werden. Nutzerinnen und Nutzer sollen dazu motiviert werden, die Website regelmäßig zu besuchen bzw. den Newsletter zu abonnieren. Alternativ können Nutzerinnen und Nutzer sich auch per RSS-Feed oder Twitter über die aktuellen Meldungen von drugcom.de auf dem Laufenden halten. Darüber hinaus ist eine regelmäßige Aktualisierung der Website nützlich, um das Ranking von drugcom.de bei den Suchmaschinen zu verbessern. Denn die Mehrheit der Besucherinnen und Besucher von drugcom.de kommt über eine Suchmaschine (siehe auch Kapitel 3.1.2).

## **Drogenlexikon/FAQ**

Das Drogenlexikon ist wie ein klassisches Lexikon alphabetisch sortiert und hat den Anspruch erschöpfend über alle relevanten Stichworte zu informieren. Hierzu wird das Lexikon kontinuierlich erweitert und aktualisiert. Zum Start von drugcom.de am 21. Juli 2001 wurde mit einer Basisversion begonnen. Ende 2017 umfasste das Lexikon 232 Begriffe von A wie Abführmittel bis Z wie Zusatzstoffe.

## **Wissenstests**

Ziel der Wissenstests ist es, spielerisch über die Wirkungen und Risiken von Substanzen aufzuklären. Nutzerinnen und Nutzer haben die Möglichkeit, ihr drogenbezogenes Wissen anhand von neun verschiedenen Multiple-Choice-Substanztests zu überprüfen und im Anschluss ihren persönlichen Wissensstand mit dem anderer zu vergleichen. Im Anschluss an eine Frage wird den Nutzerinnen und Nutzern die richtige Antwort genannt und diese kurz erklärt, wobei auch auf die eventuell falsch gewählte Antwort eingegangen wird. Bei der Auswahl der Fragen wurde darauf geachtet, dass möglichst alle relevanten Aspekte wie beispielsweise positiv und negativ erlebte Wirkungen, gesundheitliche Risiken und Langzeitfolgen thematisiert werden. Die Erläuterungen sind kurz gehalten. Links verweisen auf vertiefende Informationen für Interessierte.

## **Interaktive Animation Cannabis**

Die interaktive Animation zu Cannabis hat sowohl einen edukativen als auch einen unterhaltenden Charakter. Ziel der interaktiven Animationen ist es, eine spielerische Option der Informationsvermittlung zu offerieren, die dazu einlädt, sich mit den Effekten des Cannabiskonsums auseinanderzusetzen. Sowohl die Wirkungen als auch die körperlichen, psychischen und sozialen Risiken des Cannabiskonsums werden dargestellt. Eine kurze Beschreibung der interaktiven Animation kann dem drugcom-Jahresbericht 2015 entnommen werden (BZgA 2016).

### **1.3.2 Methoden zur Zielebene Einstellung**

#### **Chat**

Der Chat hat zum Ziel, das Problembewusstsein und eine kritische Einstellung gegenüber dem eigenen Konsumverhalten zu fördern. Die Beraterinnen und Berater vom drugcom-Team moderieren Diskussionen, setzen Gesprächsimpulse und fördern die Kommunikation unter den Nutzerinnen und Nutzern. Der Chat ist prinzipiell für alle Themen offen, die von den Beteiligten eingebracht werden, drogen- und suchtspezifische Themen nehmen jedoch einen Schwerpunkt der Diskussionen ein. Die Moderation findet montags bis freitags zwischen 15:00 und 17:00 Uhr statt.

#### **Cannabis Check**

Ziel des Selbsttests Cannabis Check ist es, Cannabiskonsumierende dazu anzuregen, ihren Konsum selbstkritisch zu überdenken und ggf. zu verändern. Im Rahmen des Cannabis Check erhalten die Nutzerinnen und Nutzer von drugcom.de eine auf das individuelle Konsummuster hin zugeschnittene

Rückmeldung sowie eine persönliche Empfehlung, in der spezifische Risikofaktoren des Cannabiskonsums berücksichtigt sind (mehr zur Konzeption des Cannabis Check siehe Kapitel 3.3.1).

### **Check your Drinking**

Mit dem Selbsttest Check your Drinking bekommen die Nutzerinnen und Nutzer altersgerechte und auf ihr Geschlecht hin bezogene Rückmeldungen zu ihrem Alkoholkonsum. Ziel des Tests ist es, die Nutzerinnen und Nutzer dazu anzuregen, ihr Trinkverhalten selbstkritisch zu überdenken und ggf. zu reduzieren. Der Schwerpunkt des Tests liegt nicht im Anspruch, Missbrauch und Abhängigkeit zu identifizieren (wie es das Ziel der meisten klinischen Tests ist), sondern den Nutzerinnen und Nutzern die Risiken des individuellen Trinkverhaltens aufzuzeigen, um Missbrauch und Abhängigkeit vorzubeugen. Dazu werden eine Reihe von Parametern erfasst und je nach Ausprägung entsprechende Rückmeldetexte zusammengestellt sowie Empfehlungen ausgesprochen (mehr zur Konzeption des Check your Drinking siehe Kapitel 3.3.2).

### **Videos**

Ziel der Videos auf drugcom.de ist es, die Nutzerinnen und Nutzer auf der emotionalen Ebene dazu anzuregen, sich mit den Folgen des Konsums von Cannabis und Partydrogen (insbesondere Ecstasy, Amphetamine) auseinanderzusetzen. Schwerpunktmäßig wird Cannabis thematisiert, da es die am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland ist. Cannabis wird in vier Videos zu den Themen Abhängigkeit, Hirnleistung, Psychose und Straßenverkehr angesprochen. Das Thema Partydrogen ist Gegenstand eines weiteren Videos.

In den kurzen maximal 5-minütigen Videos werden Menschen, die Cannabis bzw. Partydrogen konsumieren oder konsumiert haben, in ihrem Lebensumfeld portraitiert. Jedes Thema wird ergänzt durch Einschätzungen einer Expertin oder eines Experten.

## **1.3.3 Methoden zur Zielebene Verhalten**

### **E-Mail- und Chat-Beratung**

In der Online-Beratung können sich drogenaffine Menschen mit ihren individuellen Fragen und Problemen an eine Beraterin oder einen Berater wenden. In der Kommunikation gilt es einerseits auf die Fragen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen einzugehen und ihnen konkret zu helfen. Andererseits ist es ein wesentliches Ziel der Kommunikation, durch eine motivierende Gesprächsführung vorhandene Änderungsmotive aufzugreifen bzw. vorsichtig „vorzufühlen“ in welchem Veränderungsstadium (im Sinne von Prochaska & DiClemente, 1983) sich der/die Ratsuchende befindet. Angehörigen wird ebenfalls psychosoziale Beratung angeboten, da diese oft unsicher und hilflos sind und wissen möchten, was sie tun können.

Die niedrige Hemmschwelle zur Teilnahme an der anonymen Online-Kommunikation kann als Chance betrachtet werden, in einem vergleichsweise frühen Stadium des Drogenkonsums bzw. in einer frühen Konflikt- oder Problemphase, Kontakt zu den jungen Konsumentinnen und Konsumenten herzustellen. Gleichzeitig bietet es die Chance, sie zur Aufnahme weitergehender Hilfen zu motivieren.

E-Mail-Beratung und Chat werden über eine speziell zu diesem Zweck entwickelte Software abgewickelt, um sowohl den Datenschutz als auch eine unkomplizierte Kommunikation zu gewährleisten. In der E-Mail-Beratung können die Ratsuchenden ihre Frage über ein gesichertes Web-Formular absenden und Antworten empfangen. Die Beraterinnen und Berater loggen sich auf der gleichen Plattform ein. Per E-Mail werden lediglich Benachrichtigungen verschickt, die jedoch keinerlei sensible Informationen beinhalten.

### **Quit the Shit**

Das Programm Quit the Shit richtet sich an Cannabiskonsumierende, die ihren Konsum einschränken oder einstellen wollen. Ziel von Quit the Shit ist es, den Konsum von Cannabis im Rahmen der Programmteilnahme signifikant zu senken. Dies kann bedeuten, dass der Konsum reduziert oder zeitweilig ganz eingestellt wird. Zentrale Elemente des Programms sind ein Konsumtagebuch sowie wöchentliche Rückmeldungen der Beraterin oder des Beraters. Die Standarddauer des Programms wurde Ende 2017 von 50 Tagen auf vier Wochen reduziert, um mehr Interessierten bei gleichbleibenden Ressourcen die Möglichkeit der persönlichen Beratung anbieten zu können. Ausführliche Details zum Programm können in Kapitel 3.6 nachgelesen werden.

### **Change your Drinking**

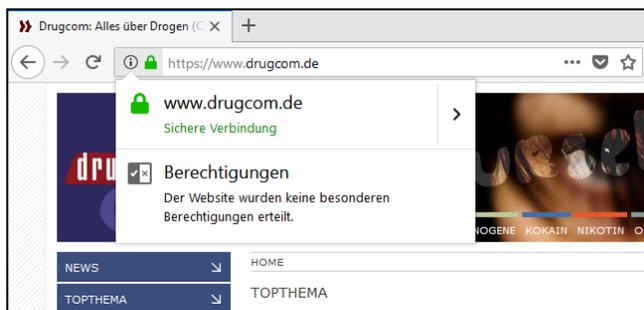
Das vollautomatische Programm Change your Drinking unterstützt die Nutzerinnen und Nutzer bei der selbstgesteuerten Reduktion des Alkoholkonsums. Über die Dauer von 14 Tagen können Teilnehmende ihren Alkoholkonsum in einem Konsumtagebuch protokollieren und erhalten hierauf motivierende Feedbacks und Tipps (mehr Details zum Programm siehe Kapitel 3.7).

## 2. Neu- und Weiterentwicklungen

Das Jahr 2017 stand im Zeichen diverser „kleinerer“ Optimierungen an der Website. Insbesondere der starke Einbruch bei den Nutzungszahlen, der sich von Februar bis September abgezeichnet hatte (siehe 3.1.1), wurde zum Anlass genommen, eine Reihe von SEO-Maßnahmen vorzunehmen. SEO (Search Engine Optimization) bezeichnet inhaltliche und technische Verbesserungen, die auf das Ranking in der Ergebnisliste von Suchmaschinen abzielen.

In einem ersten Schritt wurden sowohl die Desktopwebsite als auch die mobile Website vollständig auf HTTPS, also auf eine verschlüsselte Verbindung umgestellt. So ist Google nach Medienberichten dazu übergegangen, HTTPS als Rankingfaktor zu berücksichtigen.<sup>1</sup> Websites, die vollständig auf HTTPS setzen, würden somit einen kleinen Bonus bei der Bewertung erhalten. Ohne HTTPS ist die Kommunikation zwischen dem Nutzer und dem Server theoretisch einsehbar und auch manipulierbar. Mittels eines SSL-Zertifikats, das die Nutzung von HTTPS ermöglicht, wird die Interaktion nach gegenwärtigem technischem Stand weitestgehend abhörsicher. Zudem wurden diverse technische Optimierungen an der Website vorgenommen, die zum Ziel haben, das Google-Ranking zu verbessern.

Abbildung 1: Vollständige Umstellung auf HTTPS



Websites, die für die mobile Nutzung auf Smartphones optimiert sind, werden ebenfalls von Google bevorzugt. Mit m.drugcom.de gibt es zwar eine mobile Website, allerdings deuteten die Nutzungszahlen daraufhin, dass der Rückgang zwar nicht ausschließlich, aber besonders auf der mobilen Website erfolgte. Die Startseite wurde daraufhin überarbeitet, mit dem Ziel, die Usability für die Nutzerinnen und Nutzer zu erhöhen, indem alle Bereiche durch Scrollen erreichbar sind. Denn beim Aufruf einer Seite mit dem Smartphone scrollen die User üblicherweise vertikal, um auf Inhalte zuzugreifen. Bislang waren nur wenige Inhalte auf der Startseite verfügbar bzw. musste das Menü geöffnet werden, um andere Bereiche ansteuern zu können.

Ende 2017 wurden zudem Änderungen am Programm Quit the Shit vorgenommen. Details hierzu werden in Kapitel 3.6 erläutert.

<sup>1</sup> <https://www.sistrix.de/frag-sistrix/google-algorithmus-aenderungen/https-ranking-faktor-update/>

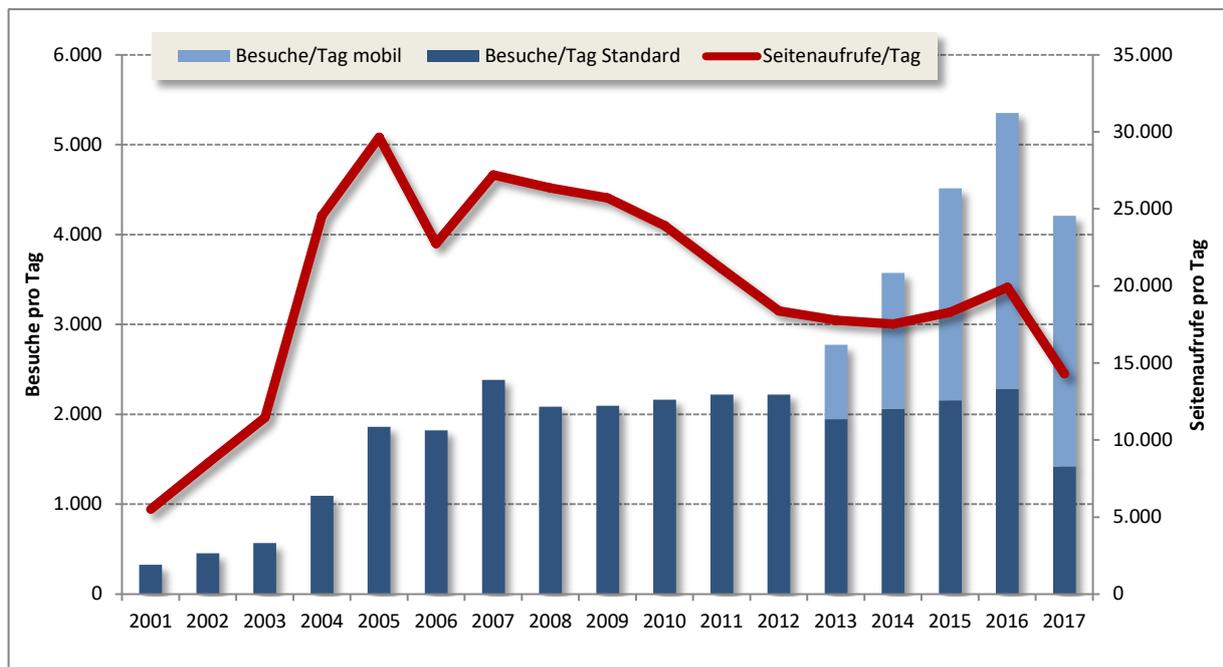
### 3. Zentrale Ergebnisse der begleitenden Evaluation von drugcom.de

#### 3.1 Allgemeine Nutzung von drugcom.de

##### 3.1.1 Entwicklung der Nutzungszahlen

2017 wurden insgesamt **1.539.969 Besuche** registriert. Im Schnitt waren es 4.219 Besuche<sup>2</sup> pro Tag. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Zugriffe auf drugcom.de um 21 % gesunken (2016: 1.958.995 Besuche). Die Seitenaufrufe haben ebenfalls abgenommen, von 7.265.716 (2016) auf 4.675.034 (2017). Abbildung 2 veranschaulicht die Zugriffe auf www.drugcom.de für die Jahre 2001 bis 2017 (mehr Details siehe Anhang 2).

Abbildung 2: Entwicklung der durchschnittlichen Zugriffe pro Tag von 2001 bis 2017



In den meisten Fällen (1.027.940 Besuche) greifen die Nutzerinnen und Nutzer mit einem Smartphone auf drugcom.de zu. Desktop-Rechner wurden bei 422.942 Besuchen verwendet. Daneben spielen noch Tablets (67.731 Besuche) eine Rolle. Serverseitig werden Nutzerinnen und Nutzer automatisch zur mobilen Website von drugcom.de weitergeleitet, sofern ein mobiles Endgerät erkannt wird. Laut Piwik wurden 62 % aller Besuche auf der mobilen Website registriert (1.020.051 Besuche). 2016 waren es 1.124.902 Besuche (57 %). 2017 wurden im Schnitt 3,0 Aktionen pro Besuch ausgeführt, 2016 waren es noch 3,7 Aktionen pro Besuch.

Eine alternative Auswertung auf der Grundlage des Usertrackings→ (Erläuterungen für mit → markierte Begriffe siehe Anhang 1 Glossar), das auf der Basis von anonymen Session-IDs erfolgt, ergibt allerdings, dass der Anteil der Besuche auf der mobilen Website von 52 % in 2016 auf 47 % gesunken ist, was angesichts der rückläufigen Entwicklung durchaus plausibel erscheint. Über die Gründe für die abweichende Entwicklung im Ergebnis des Usertrackings kann nur spekuliert werden. Denkbar ist,

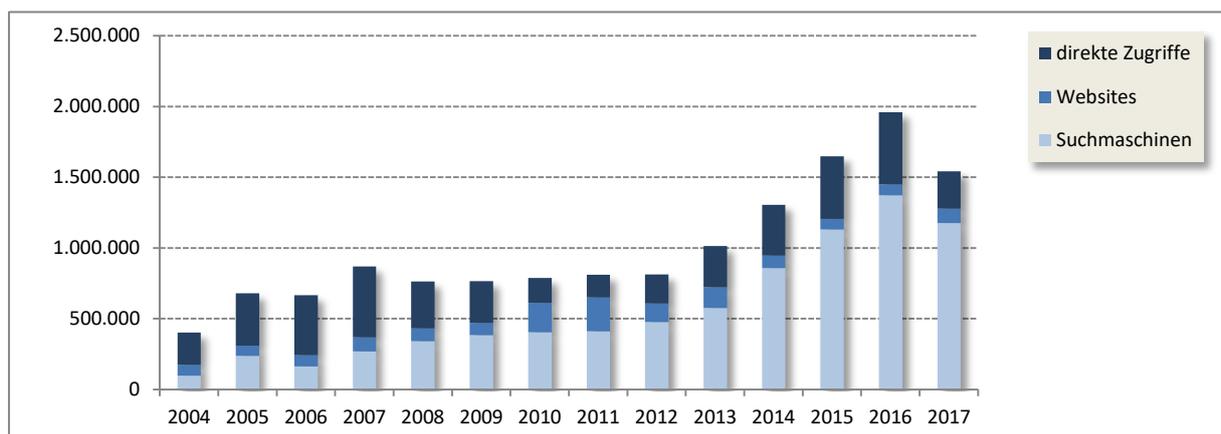
<sup>2</sup> Die Inanspruchnahme der Website wird mit Hilfe der serverseitigen Software Piwik protokolliert und ausgewertet. Bis 2009 wurden die Zugriffe mit Hilfe der Logfile-Analyse→ und der Software Websuxess™4 ausgewertet. Piwik protokolliert jeden „Klick“ von Internetnutzerinnen und -nutzern und erlaubt die Auswertung der Besuche (Visits) und Seitenaufrufe (Pageimpressions). Beide Maße gelten als wichtige Vergleichswerte bei der Reichweiten- bzw. Kontaktmessung im Internet.

dass sich aufgrund des zunehmenden Einsatzes von Adblockern<sup>3</sup> der Rückgang laut Piwik stärker auf die Desktopseite ausgewirkt hat. Ist ein Adblocker im Browser<sup>→</sup> eines Users installiert, kann es sein, dass der Besuch bei Piwik nicht registriert wird. Bei mobilen Browsern ist der Einsatz von Adblockern deutlich weniger stark verbreitet, weshalb der Rückgang hier weniger stark ausgefallen sein könnte. Das Usertracking wird durch Adblocker hingegen nicht beeinflusst.

### 3.1.2 Verweise

Die meisten Nutzerinnen und Nutzer gelangen über eine Suchmaschine auf drugcom.de, 2017 war dies bei 76 % aller Besuche der Fall (siehe Abbildung 3 und Anhang 2). Allerdings ist die Anzahl der Suchmaschinenverweise 2017 erstmals gegenüber dem Vorjahr rückläufig gewesen (-196.568 Verweise). Die direkten Verweise, bei denen die URL<sup>→</sup> www.drugcom.de direkt oder ein gespeichertes Lesezeichen aufgerufen wird, waren sogar noch stärker rückläufig und haben sich von 510.947 im Jahr 2016 auf nur noch 263.353 Verweise etwa halbiert. Über die Gründe für die rückläufige Entwicklung der direkten Zugriffe liegen keine Informationen vor.

Abbildung 3: Verweise von anderen Websites, Suchmaschinen und direkte Zugriffe auf drugcom.de



Aufgrund der negativen Entwicklung bei den Suchmaschinenverweisen wurde im Sommer/Herbst 2017 eine Reihe von Maßnahmen der Suchmaschinenoptimierung (SEO) umgesetzt, um das Google-Ranking von drugcom.de wieder zu verbessern. Bereits im Juni wurde drugcom.de vollständig von http auf https umgestellt, da Google dazu übergegangen ist, die SSL-Verschlüsselung als Faktor für das Ranking einzubeziehen.<sup>4</sup>

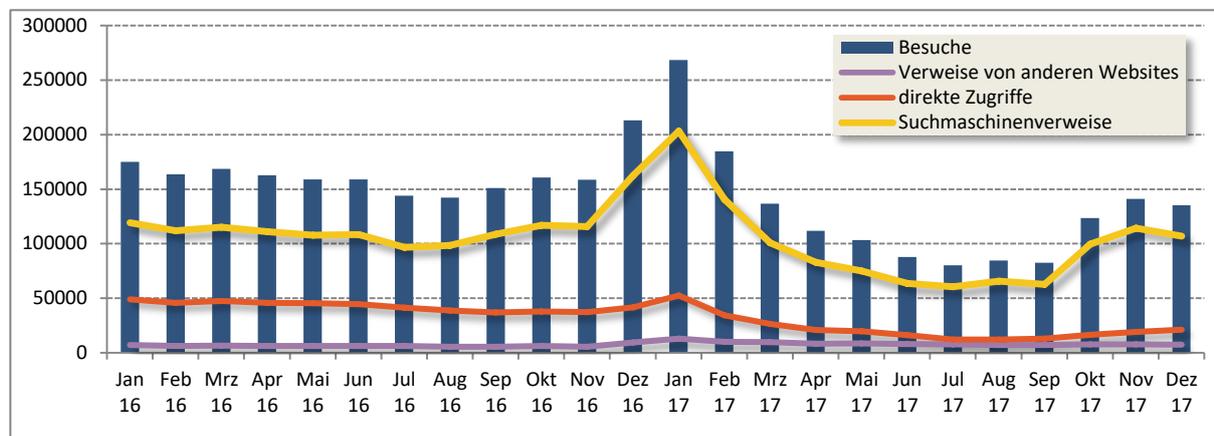
Ende September wurde zudem eine überarbeitete Startseite auf der mobilen Website m.drugcom.de online gestellt. Google überprüft Websites dahingehend, ob sie für mobile Geräte optimiert sind und bezieht sein Ergebnis in das Ranking mit ein. Zwar hat drugcom.de bereits die Kriterien für eine „mobile friendly“ Website erfüllt, allerdings wurden nur wenige Inhalte von der Startseite verlinkt. Die mobile Startseite von drugcom.de wurde erweitert, so dass nun alle wichtigen Inhalte von der Startseite aus erreichbar sind.

<sup>3</sup> siehe <https://www.heise.de/newsticker/meldung/Zahl-der-Geraete-mit-Adblocker-waechst-weltweit-um-30-Prozent-3614301.html>

<sup>4</sup> siehe <https://www.sistrix.de/frag-sistrix/google-algorithmus-aenderungen/https-ranking-faktor-update/>

Zusätzlich wurden technische Checks der Website von einer externen SEO-Agentur durchgeführt, was nachfolgende Optimierungen zur Folge hatte. Zwar kann keine sichere Aussage darüber getätigt werden, ob und welche dieser Maßnahmen in welcher Weise gewirkt haben, jedoch ist seit Oktober 2017 wieder ein Anstieg der Verweise von Google zu verzeichnen, wie Abbildung 4 veranschaulicht.

**Abbildung 4: Suchmaschinenverweise, Verweise von anderen Websites und direkte Aufrufe 2016-2017 (laut Piwik)**



Der Anteil an Verweisen von anderen Websites hat 2017 von 76.407 auf 101.546 Verweise zugelegt (siehe Tabelle 3). Allerdings beträgt der Anteil der Verweise an den Zugriffen nur eine untergeordnete Rolle. 2017 erfolgten 7 % der Besuche über eine andere Website (außer Suchmaschinen).

**Tabelle 3: Verweise 2016 vs. 2017 (Top 20) von anderen Websites (laut Piwik)**

Server	2016	2017	Veränderung	
1. www.kenn-dein-limit.info	28.333	43.303	↑	+53 %
2. m.drugcom.de	3.194	24.576	↑	+669 %
3. m.facebook.com	4.670	6.069	↑	+30 %
4. www.gutefrage.net	3.132	2.328	↓	-26 %
5. www.sueddeutsche.de	1.019	2.245	↑	+120 %
6. dein-masterplan.de	868	1.586	↑	+83 %
7. www.bzga.de	2.467	1.317	↓	-47 %
8. www.ecosia.org	0	1.096	↑	
9. www.facebook.com	1.684	1.039	↓	-38 %
10. mindzone.info	206	616	↑	+199 %
11. www.vice.com	263	615	↑	+134 %
12. www.youtube.com	0	503	↑	
13. www.psychenet.de	364	466	↑	+28 %
14. l.facebook.com	409	455	↑	+11 %
15. int.search.myway.com	300	431	↑	+44 %
16. orange.handelsblatt.com	41	427	↑	+941 %
17. ash-bremen.de	251	355	↑	+41 %
18. www.hamburg.de	249	306	↑	+23 %
19. www.weiterstattbreiter.info	270	293	↑	+9 %
20. www.drogentest-wien.at	186	288	↑	+55 %
[...]				
gesamt	76.407	101.546	↑	+37 %

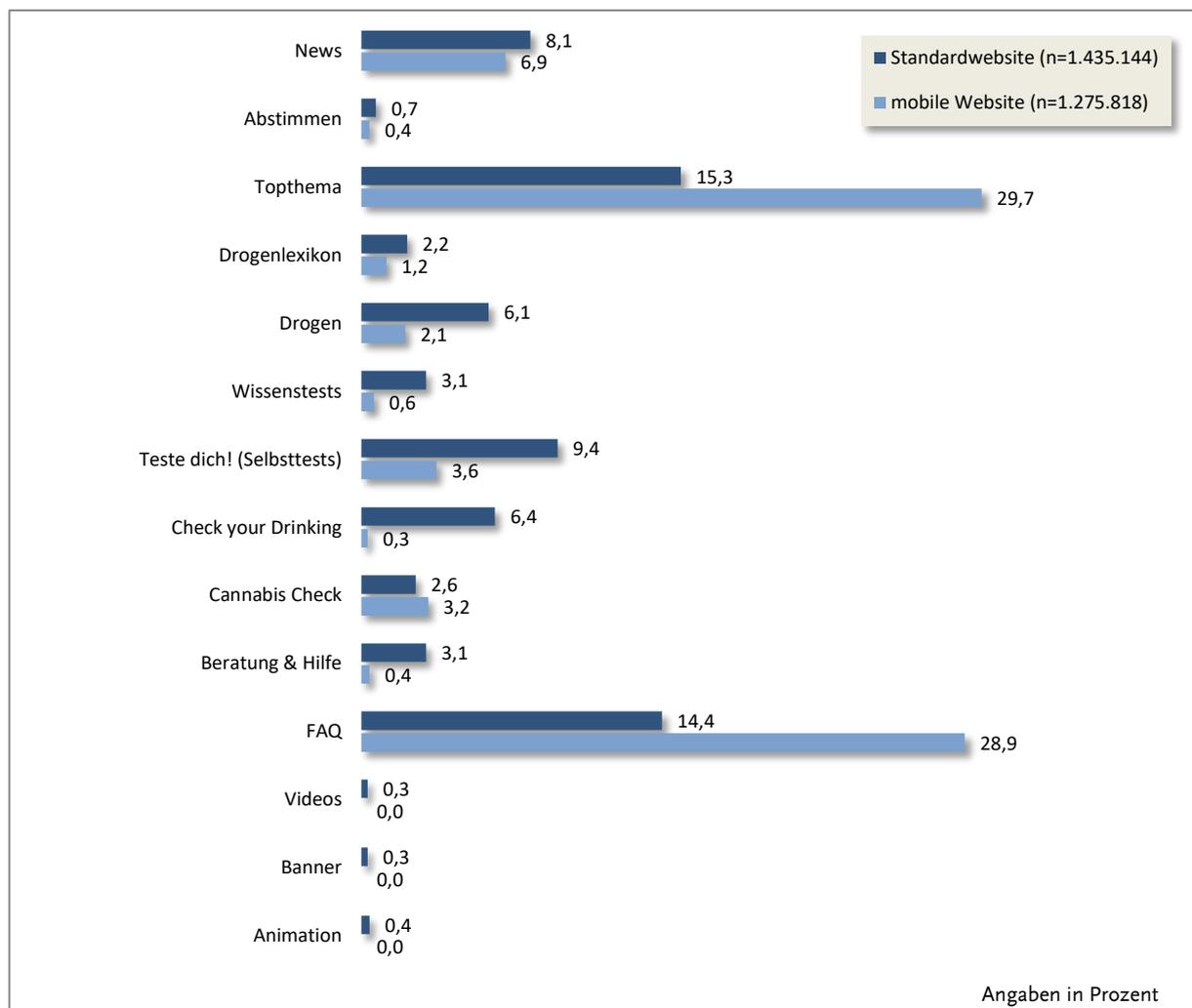
### 3.1.3 Bereichsnutzung

Eine Binnendifferenzierung der Besuche auf drugcom.de kann über das Usertracking→ vorgenommen werden. Jedem User wird beim Besuch der Website eine eindeutige anonyme Session-ID vergeben. Da User während einer Session mehrere Bereiche von drugcom.de besuchen können, handelt es sich in Abbildung 5 um Mehrfachangaben. Daten aus dem Bereich Quit the Shit werden hier nicht dargestellt, da das Beratungsprogramm unter einer eigenen Domain erreichbar ist (Ergebnisse siehe Kap. 3.6).

2017 wurden auf der Basis des Usertrackings insgesamt 2.710.962 Sessions registriert, 29% weniger gegenüber 2016 (3.815.570 Sessions). Der Rückgang ist vor allem auf der mobilen Website m.drugcom.de zu verzeichnen. 2016 wurden 1.980.001 Sessions auf der mobilen Website registriert bzw. 52 % aller Aufrufe. 2017 sank die Anzahl an Sessions auf 1.275.818, ein Rückgang um 36 %.

Abbildung 5 macht deutlich, dass sich die Binnennutzung der mobilen Website bedeutsam von der Verteilung der Zugriffe auf der Desktopwebsite unterscheidet (mehr Details siehe Anhang 3, Tabelle 21).

Abbildung 5: Zugriffe 2017 (sessionbasiert) – Desktopwebsite vs. mobile Website (Mehrfachangaben möglich)

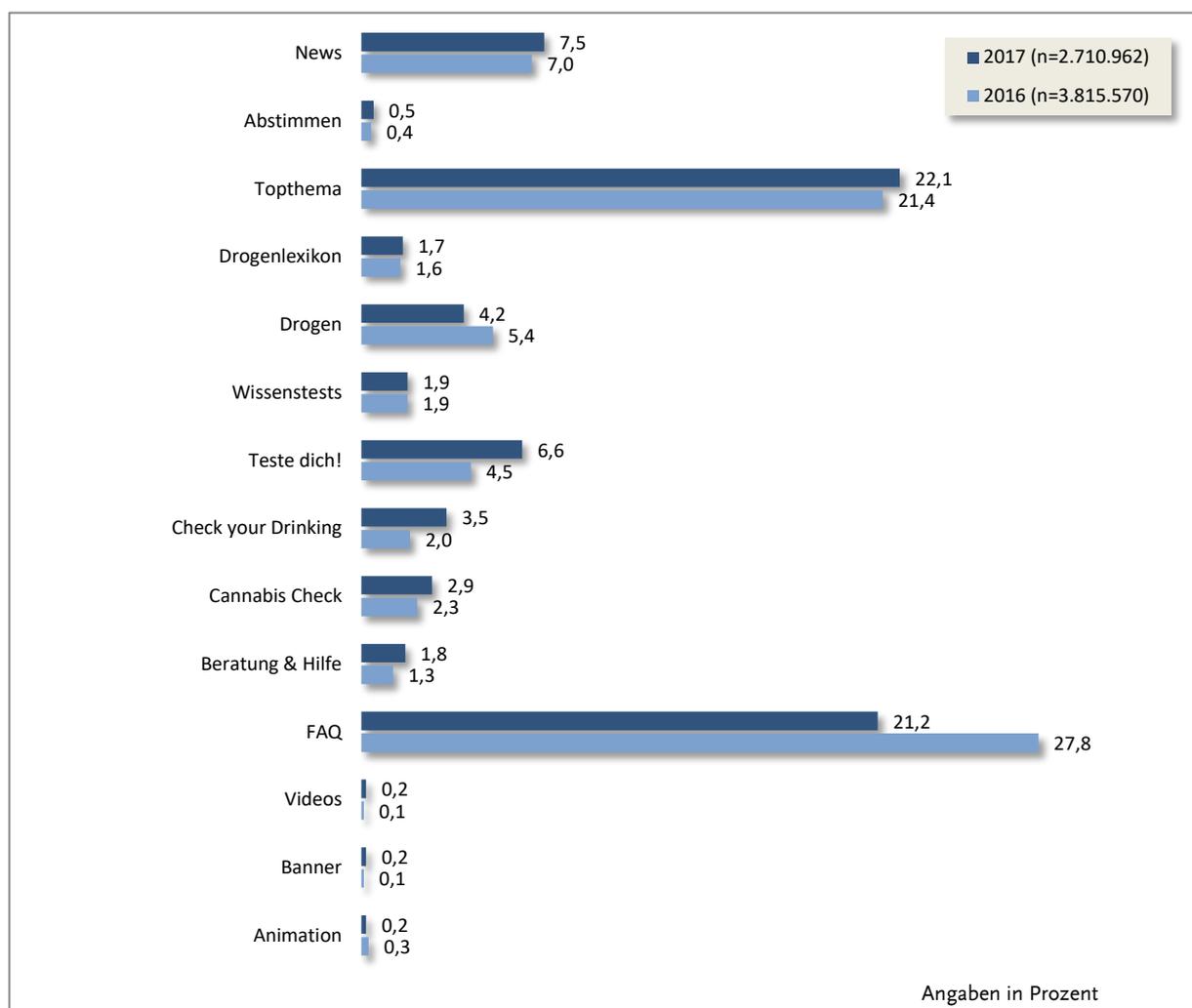


Fast ein Drittel aller Seitenaufrufe auf der mobilen Website betrifft den Bereich FAQ. Auf der Standardwebsite wird hingegen nur rund jeder siebte Besuch in diesem Bereich registriert. Vermutlich erfolgen die meisten mobilen Zugriffe auf die FAQs über einen Suchmaschinenverweis. Denn allein 76 % aller Besuche wurden 2017 durch eine Suchmaschine an drugcom.de vermittelt.

Am zweithäufigsten wird der Bereich Topthema ausgewählt. Sehr wahrscheinlich dürfte die Position des Topthemas hierbei eine Rolle spielen, da es an zentraler Stelle auf der Startseite angezeigt wird. Dies gilt besonders für die mobile Website. Die Bildschirme von Smartphones bieten weniger Platz für die Darstellung der Inhalte, so dass das Topthema beim Aufruf der Startseite immer im Fokus steht, während andere Inhalte erst durch Scrollen oder durch Aufruf des Menüs sichtbar werden.

Von den Selbsttests wird der Check your Drinking häufiger auf der Desktopwebsite genutzt, der Cannabis Check hingegen häufiger auf der mobilen Website. Die interaktive Animation ist bislang nur auf der Desktopwebsite verfügbar, da die Flashanwendung nur für größere Bildschirme angepasst ist. Allerdings können die User von der mobilen Website auf die Desktopwebsite wechseln.

**Abbildung 6: Zugriffe (sessionbasiert, Desktop und mobil) auf Unterbereiche im Jahresvergleich (Mehrfachangaben möglich)**



Werden die Zugriffe im Jahresvergleich gegenüber gestellt (Abbildung 6), so zeichnet sich eine starke Abnahme in dem Bereich der FAQs ab. Diese Entwicklung ist vermutlich eine Folge des Rückgangs bei den Aufrufen auf der mobilen Website. 2016 wurden 1.059.294 Sessions in den FAQs gezählt, 2017 hat sich dieser Wert fast halbiert und betrug nur noch 574.560 Sessions. Allerdings waren die Zugriffe in allen Bereichen rückläufig, mit Ausnahme des Selbsttests Check your Drinking und das Reduzierungsprogramm Change your Drinking (siehe Anhang 3, Tabelle 22). Diese Bereiche profitierten durch eine Zunahme der Verweise von der Website kenn-dein-limit.info, wo sowohl der Selbsttest als auch das Programm eingebettet sind.

### 3.2 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 in den Selbsttests Cannabis Check und Check your Drinking zu erhalten. Im Programmeinstieg zu Quit the Shit werden ebenfalls Daten zum Alter und zum Geschlecht erhoben, damit sich die Beraterinnen und Berater ein Bild von den zukünftigen Klientinnen und Klienten machen können. Auch bei der Anmeldung zum Programm Change your Drinking werden Alter und Geschlecht abgefragt. Tabelle 4 veranschaulicht die Ergebnisse für das durchschnittliche Alter und die Geschlechterverteilung in jenen Bereichen, aus denen Angaben hierzu vorliegen. Dabei werden die um inkonsistente oder unglaubwürdige Angaben bereinigten Datensätze als Grundlage genommen.

**Tabelle 4: Geschlechterverteilung der Nutzerinnen und Nutzer unterschiedlicher drugcom-Angebote in 2017**

	Quit the Shit (n=787)	Change your Drinking (n=473)	Cannabis Check (n=33.594)	Check your Drinking (n=40.872)	Wissenstests (n=4.254)	E-Mail- und Chatberatung (n=297)
männlich	66%	56%	74%	62%	54%	45%
Alter (Median)	27 Jahre	35 Jahre	20 Jahre	20 Jahre	20 Jahre	22 Jahre

Der Vergleich der Altersstruktur und des Geschlechterverhältnisses in den hier untersuchten drugcom-Angeboten macht deutlich, dass die Nutzerstruktur in Abhängigkeit vom jeweiligen Angebot variiert. In den meisten Bereichen gibt es einen Überhang männlicher Nutzer. Den höchsten Anteil männlicher Nutzer hat der Selbsttest Cannabis Check (74%). Lediglich in der E-Mail-Beratung überwiegen die Nutzerinnen. Nutzerinnen und Nutzer der Programme Quit the Shit und Change your Drinking weisen das höchste Durchschnittsalter auf. Die jüngsten Personen finden sich unter den Nutzerinnen und Nutzern der Selbst- und Wissenstests.

Die Nutzerinnen und Nutzer des Selbsttests Check your Drinking sowie der Programme Quit the Shit und Change your Drinking werden zusätzlich gebeten, Auskunft über ihr Bildungsniveau zu geben (Tabelle 5).

**Tabelle 5: Bildungsniveau der Nutzerinnen und Nutzer 2017 (bereits abgeschlossen/noch in Ausbildung)**

	Quit the Shit (n=787)	Change your Drinking (n=473)	Check your Drinking (n=40.872)
(noch) kein Schulabschluss	1%	1%	2%
Hauptschule	8%	5%	7%
Realschule	21%	16%	21%
Gymnasium/(Fach-)Abitur	65%	75%	61%
andere Schule	5%	5%	9%

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Nutzerinnen und Nutzer von drugcom-Angeboten ein vergleichsweise hohes Bildungsniveau aufweisen. Bis zu drei Viertel der User von drugcom.de haben ihre Schullaufbahn mit dem Abitur bzw. Fachabitur abgeschlossen oder befinden sich auf einem entsprechenden Bildungsweg; in der Normalbevölkerung haben hingegen nur 34% der 15- bis 25-

Jährigen (von denen sich 30 % noch in der Ausbildung befinden) und 51 % der 25- bis 35-Jährigen Abitur oder Fachabitur (Statistisches Bundesamt, 2017).

### 3.3 Selbsttests

Mit den Selbsttests haben die Nutzerinnen und Nutzer von drugcom.de die Möglichkeit, die Risiken ihres persönlichen Konsummusters mit Cannabis und Alkohol zu überprüfen. 2017 wurde der Bereich „Teste dich“ insgesamt 180.234-mal angeklickt. Der Cannabis Check wurde 78.341-mal und der Check your Drinking 96.176-mal aufgerufen. Nicht alle User, die einen Test aufrufen, füllen diesen auch vollständig aus. Wer einen Test gewissenhaft ausfüllt, benötigt etwa 5-10 Minuten. Für den Cannabis Check liegen 40.229 vollständige Datensätze vor (51 % aller Aufrufe des Cannabis Check), für den Check your Drinking 47.348 (49 %).

Es ist allerdings davon auszugehen, dass nicht in allen Fällen korrekte Angaben gemacht werden. Möglicherweise machen einige User auch bewusst Angaben, die nicht auf sie zutreffen, um herauszufinden, welches Ergebnis sie dann erhalten. Am Ende des Tests bitten wir die User deshalb, anzugeben, ob die Angaben auf sie persönlich zutreffen oder nicht, mit dem Hinweis, dass die Antwort keinerlei Auswirkung auf das Testergebnis hat. Zusätzlich wurden die Daten auf Inkonsistenzen und auffällige Antwortmuster überprüft. Es kann zwar nicht völlig ausgeschlossen werden, dass sämtliche Fälle, in denen keine korrekten Angaben gemacht wurden, identifiziert werden konnten, es kann aber angenommen werden, dass die meisten User an einem korrekten Ergebnis interessiert sind.

Nach Bereinigung von unglaubwürdigen Datensätzen oder solchen, bei denen die User explizit angegeben haben, dass sie keine persönlich auf sie zutreffenden Angaben gemacht haben, verbleiben für den **Cannabis Check 33.594 Fälle** und für den **Check your Drinking 40.872 Fälle**, die im Folgenden deskriptiv dargestellt werden.

#### 3.3.1 Cannabis Check

##### Ziel, Zielgruppe und Methoden des Cannabis Check

Ziel des Selbsttest Cannabis Check ist es, Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten dazu anzuregen, ihren Cannabiskonsum selbstkritisch zu überdenken und ggf. zu reduzieren. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhalten eine differenzierte Rückmeldung, die auf der Grundlage von verschiedenen Risikoindikatoren gebildet wird:

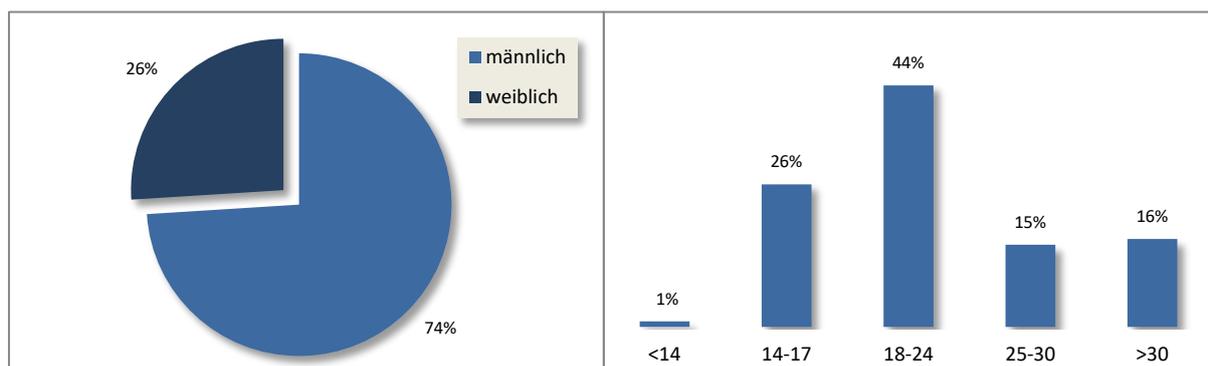
- Die **Konsumfrequenz** der letzten drei Monate erlaubt eine grundsätzliche Differenzierung des Risikoprofils in mehrere Stufen, wobei das größte Risiko mit einem (fast) täglichen Konsum (Stufe 4) und das niedrigste Risiko mit einem gelegentlichen, d. h. nicht wöchentlichen Konsum (Stufe 1) verbunden ist. Zusätzlich wird noch der ein- bis zweimalige Konsum pro Woche (Stufe 2) vom mehrmals wöchentlichen Konsum (Stufe 3) unterschieden.
- Die **bevorzugte Konsumintensität** dient ebenfalls als Indikator für das Konsummuster. So kann unabhängig von der Dosierung oder des Wirkstoffgehalts unterschieden werden zwischen einer bevorzugt sanften oder starken Wirkung.
- Das **Alter des Erstkonsums** hat zwar keine Relevanz für die Rückmeldung, wird aber aus evaluationstechnischen Gründen mit erfasst.
- Bei **zusätzlichem Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen** ist von einem deutlich erhöhten Gesundheitsrisiko auszugehen, weshalb die genannten Indikatoren in die Beurteilung des Risikoprofils mit einfließen.

- **Konsummotive** können unterschieden werden in vorwiegend soziale, hedonistische und Bewältigungsmotive. Insbesondere wenn der Konsum eine Copingfunktion hat, beispielsweise um besser einschlafen zu können, ist von einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit auszugehen.
- Angelehnt an das Prinzip der Punktnüchternheit, das im Rahmen der Alkoholprävention zur Anwendung kommt, werden **Konsumsituationen** erfasst, um die Nutzerinnen und Nutzer auf die besondere Problematik in bestimmten Situationen hinweisen zu können wie beispielsweise bei der Teilnahme am Straßenverkehr, bei der Arbeit oder in der Schule.
- Um das Risiko einer **Cannabisabhängigkeit** einschätzen zu können, wird die deutsche Version der Severity of Dependence Scale (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008) abgefragt.
- Neben den konsumbezogenen Kriterien dient die Frage nach der **Lebenszufriedenheit** als Indikator für die psychosoziale Gesundheit. Je nach Ausprägung der Lebenszufriedenheit kann eine differenzierte Einschätzung der Gesundheitsrisiken vorgenommen werden, die sich aus dem Cannabiskonsummuster ableiten.
- Personen, die anfällig sind für **psychische Erkrankungen und Psychosen**, gehen ein besonderes Risiko ein, wenn sie Cannabis konsumieren. Um die Nutzerinnen und Nutzer ggf. über ein persönlich erhöhtes Risiko informieren zu können, wird mit dem Selbstscreen-Prodrom (Kammermann, Stieglitz & Riecher-Rössler, 2009) eine spezielle Skala hierfür angeboten.

### Nutzerinnen und Nutzer des Cannabis Check

Der Selbsttest Cannabis Check wird überwiegend von männlichen Nutzern in Anspruch genommen. Das mittlere Alter aller Nutzerinnen und Nutzer beträgt 20 Jahre (Median).

Abbildung 7: Cannabis Check 2017 - Alter und Geschlecht (n=33.594<sup>5</sup>)



### Cannabiskonsum der Nutzerinnen und Nutzer des Cannabis Check

Die Konsumerfahrung der Nutzerinnen und Nutzer des Cannabis Check kann als hoch bezeichnet werden, wenn man die Normalbevölkerung zum Vergleich heranzieht. Im Schnitt haben 96 % der 12- bis 17-Jährigen, die den Cannabis Check ausgefüllt haben, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert. Laut den Angaben einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Orth, 2016) trifft dies nur auf 2 % der Jugendlichen in der Normalbevölkerung zu. Allerdings

<sup>5</sup> Bereinigte Stichprobe

dürfte der Test für konsumabstinente Jugendliche uninteressant sein, weshalb eine hohe Konsumprävalenz unter den Testusern zu erwarten ist.

2017 konsumierten die Nutzerinnen und Nutzer des Cannabis Check im Durchschnitt an 19,1 Tagen des letzten Monats. Die Hälfte der User bevorzugt eine intensive Wirkung. Dementsprechend hoch ist der Anteil Cannabisabhängiger. 65 % der Nutzerinnen und Nutzer des Cannabis Check erfüllen den Cut-off der deutschen Version der Severity of Dependence Scale. Für Männer liegt der Cut-off bei 4 Punkten, für Frauen bei 2 Punkten. Mit 86 % erfüllt ein deutlich größerer Anteil an weiblichen Nutzerinnen das Kriterium der Cannabisabhängigkeit. Dies ist allerdings, zumindest zum Teil, auf den niedrigeren Cut-off von 2 Punkten zurückzuführen. Bei einem Cut-off von 4 Punkten wären nur noch 63 % der Frauen als cannabisabhängig zu bezeichnen.

**Tabelle 6: Cannabiskonsum der Nutzerinnen und Nutzer des Cannabis Check 2017**

		gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
			männlich	weiblich	<14	14-17	18-24	25-30	>30
n		33.594	24.684	8.910	122	8.610	14.695	4.940	5.227
Erstkonsum	(Median)	16	16	16	13	15	16	17	17
30-Tage-Prävalenz		96%	97%	96%	84%	95%	97%	97%	95%
Konsumtage	∅	19,1	19,1	19,2	11,6	14,4	20,0	21,8	22,1
	(SD)	(10,6)	(10,5)	(10,6)	(10,8)	(10,5)	(9,9)	(9,8)	(10,3)
Wirkintensität	mild	51%	51%	52%	50%	42%	49%	59%	65%
	intensiv	49%	49%	48%	50%	58%	51%	41%	35%
Cannabisabhängigkeit (SDS)		65%	58%	86%	61%	58%	66%	71%	71%
SDS-Punkte	∅	4,8	4,7	5,1	4,2	3,9	4,8	5,5	5,5

In der Rückmeldung des Cannabis Check wird nicht nur auf den Cannabiskonsum eingegangen, es werden auch Merkmale der psychosozialen Gesundheit einbezogen, die mit der *Satisfaction with Life Scale* erfasst werden (Diener, Emmons, Larsen et al., 1985). Die Skala beinhaltet fünf Fragen wie z. B. „Ich bin zufrieden mit meinem Leben“. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „stimme völlig zu“ (7 Punkte) bis „stimme überhaupt nicht zu“ (1 Punkt). Der Gesamtscore kann zwischen 5 und 35 Punkten betragen. Ab einem Summenscore von 20 Punkten liegt die Lebenszufriedenheit im positiven Bereich.

Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Psychose werden mit dem *Selbstscreen-Prodrom* erhoben. Die Beantwortung ist im Gegensatz zu den anderen Fragen im Cannabis Check optional, d. h. diese Fragen können übersprungen werden. Der Selbstscreen-Prodrom umfasst 32 Fragen, die mit „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ beantwortet werden.

Die Ergebnisse in Tabelle 7 zeigen auf, dass die Lebenszufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer, trotz des hohen Anteils Cannabisabhängiger, überwiegend als positiv bezeichnet werden kann, wobei männliche Nutzer tendenziell zufriedener mit ihrem Leben zu sein scheinen. Werte zwischen 20 und 24 gelten als durchschnittlich, d. h. Menschen, deren Wert in diesem Bereich liegen, sind überwiegend zufrieden, sehen aber noch Verbesserungsbedarf in bestimmten Bereichen (Diener, 2006).

Im Kontrast zur überwiegend positiven Lebenszufriedenheit stehen die Werte zur psychischen Gesundheit, die sich eher im kritischen Bereich bewegen. Der Test ist optional, wurde aber immerhin von 80 % der User zusätzlich ausgefüllt. 71 % aller Nutzerinnen und Nutzer erzielten einen Test-Score, der ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufzeigt. 57 % weisen den Testangaben zufolge sogar ein erhöhtes Psychoserisiko auf. Allerdings ist das erhöhte Psychoserisiko ein durchaus bekanntes Phänomen. Studien zufolge steht die Konsumintensität in Zusammenhang mit dem Risiko für Psychose. Angesichts der hohen Konsumfrequenz und der hohen Prävalenz für Cannabisabhängigkeit sind die vorliegenden Ergebnisse zum Psychoserisiko insofern nicht ungewöhnlich.

**Tabelle 7: Psychosoziale Gesundheit der Nutzerinnen und Nutzer des Cannabis Check 2017**

		gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
			männlich	weiblich	<14	14-17	18-24	25-30	>30
Satisfaction with Life Scale	n	33.594	29.252	9.876	122	8.610	14.695	4.940	5.227
	Ø	23,1	23,6	21,7	22,0	23,8	23,3	22,4	22,1
Selbstscreen-Prodrom	n	26.756	19.178	7.578	75	6.644	11.914	3.938	3.038
Risiko psych. Erkrankung		71%	67%	83%	75%	68%	72%	72%	73%
Risiko Psychose		57%	51%	71%	67%	53%	56%	60%	60%

### 3.3.2 Check your Drinking

#### Ziel, Zielgruppe und Methoden des Check your Drinking

Ziel des Selbsttests Check your Drinking ist es, Jugendliche und junge Erwachsene dazu anzuregen, ihr Trinkverhalten selbstkritisch zu überdenken und ggf. zu reduzieren oder einzustellen. Hierzu wird den Nutzerinnen und Nutzern vor dem Hintergrund des persönlichen Alkoholkonsums und des Lebensalters eine individuelle Empfehlung gegeben. Zur Erfassung des Konsummusters werden verschiedene Parameter erhoben:

- Die **Konsummenge** wird auf der Grundlage der letzten sieben Tage ermittelt. Für jeden Tag der vergangenen Woche wird detailliert die Anzahl an alkoholischen Getränken erfasst und in Gramm reiner Alkohol umgerechnet.
- Zur Erfassung der **Konsumfrequenz** werden ebenfalls die letzten sieben Tage zur Grundlage genommen, um den Nutzerinnen und Nutzern am Beispiel ihres aktuellen Konsums ein Feedback geben zu können.
- Das **Rauschtrinken** ist ein typisches Konsummuster unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen und gleichzeitig mit besonderen gesundheitlichen Risiken verbunden, vor allem bei häufigem Rauschtrinken. Rauschtrinken ist definiert als das Trinken von fünf oder mehr Gläsern Alkohol bei einer Gelegenheit.
- Die Erfassung von **Trinkmotiven** dient dazu, den Nutzerinnen und Nutzern spezifische Feedbacks zu geben, wenn das Trinken zur Problembewältigung eine Rolle spielt.
- Das **Konzept der Punktnüchternheit** sieht vor, dass in bestimmten Situationen absolute Nüchternheit einzuhalten ist, wie beispielsweise im Straßenverkehr. Zur Vermittlung der spezifischen Risiken werden unpassende Situationen erfasst, in denen die Nutzerinnen und Nutzer unter dem Einfluss von Alkohol standen.
- Das Vorliegen **problematischen Alkoholkonsums** wird mit Hilfe von Standardscreeninginstrumenten ermittelt. Für Erwachsene wird der AUDIT (Barbor, Higgins-Biddle, Saunders et al., 2001) und für Jugendlicher der CRAFFT (Tossmann, Kasten, Lang et al., 2009) verwendet.

Ausgehend von der Überlegung, dass der Alkoholkonsum junger Menschen epidemiologisch wie auch entwicklungspsychologisch betrachtet in aller Regel eher Ausdruck von Normalität als von Pathologie ist, gilt es zwischen einem vergleichsweise risikoarmen jugendlichen Alkoholkonsum und riskanten bzw. problematischem Trinkmustern zu differenzieren. In Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensalter werden daher unterschiedliche Kriterien zugrunde gelegt, um die (1) Alkoholabstinenz bzw. den risikoarmen Alkoholkonsum von (2) riskanten und von (3) schädlichen Konsummustern zu unterscheiden.

Da sich **Jugendliche** noch in der Entwicklung befinden und Alkohol diese negativ beeinflussen kann, wird Jugendlichen bis 14 Jahren generell empfohlen, ganz auf Alkohol zu verzichten. Bis zum Alter von 17 gilt zwar ebenfalls die Empfehlung, möglichst keinen Alkohol zu trinken, der gelegentliche Konsum geringer Mengen wird jedoch von schädlichen Mengen differenziert, um Jugendlichen adäquate Feedbacks geben zu können. Als schädlich für Jugendliche gelten der regelmäßige, wöchentli-

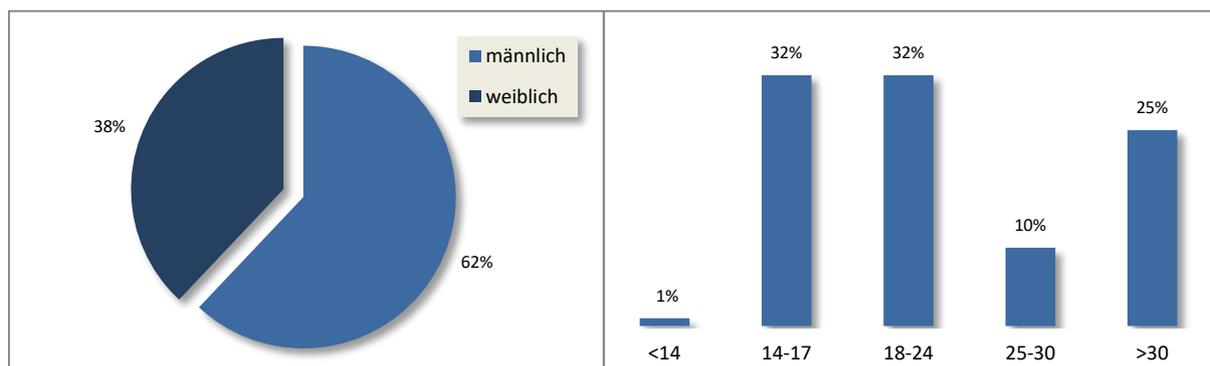
che Konsum von mehr als einem Standardglas<sup>6</sup> Alkohol sowie das Rauschtrinken. Zusätzlich wird der CRAFFT eingesetzt, der geeignet ist, problematische Konsummuster zu identifizieren.

Für **Erwachsene** ab 18 Jahren ist der risikoarme Konsum geschlechtsspezifisch definiert. Maximal ein Standardglas für Frauen (ca. 12 g reiner Alkohol) und zwei Standardgläser für Männer (ca. 24 g reiner Alkohol) bei mindestens zwei konsumfreien Tagen pro Woche gelten als risikoarm. Riskanter Konsum wird auf der Grundlage der Trinkmenge sowie auf Basis der Angaben im Screeninginstrument AUDIT von schädlichem Konsum unterschieden.

### Nutzerinnen und Nutzer des Check your Drinking

Der Selbsttest Check your Drinking wird wie der Cannabis Check überwiegend von männlichen Nutzern in Anspruch genommen. Das mittlere Alter aller Nutzerinnen und Nutzer beträgt 20 Jahre (Median). Das Bildungsniveau ist als eher hoch zu bezeichnen. 32 % haben (Fach-)Abitur oder besuchen das Gymnasium, 29 % studieren. 21 % der User besuchen die Realschule oder haben einen entsprechenden Abschluss gemacht. 7 % lassen sich dem Bildungstyp Hauptschule zuordnen, 9 % besuchen andere Schultypen. Nur 2 % haben ihre Schulzeit ohne Abschluss beendet.

Abbildung 8: Check your Drinking 2017 - Alter und Geschlecht (n=40.872<sup>7</sup>)



### Alkoholkonsum der Nutzerinnen und Nutzer des Check your Drinking

Die Nutzerinnen und Nutzer des Check your Drinking weisen einen hohen Alkoholkonsum auf. Werden die Kriterien für riskante Alkoholmengen für Erwachsene zugrunde gelegt, so überschreiten insgesamt 38 % aller Nutzerinnen und Nutzer diesen Grenzwert. Männern wird empfohlen, nicht mehr als 24 Gramm reinen Alkohol pro Tag zu trinken; für Frauen liegt die Grenze bei 12 Gramm reinem Alkohol pro Tag. Den Selbstangaben zufolge überschreiten auch 11 % der unter 14-Jährigen und 24 % der 14- bis 17-Jährigen die für Erwachsene geltenden Kriterien. Zum Vergleich: Laut den Angaben des Alkoholsurveys der BZgA (Orth, 2017) trinken lediglich 3 % der 12- bis 17-Jährigen der Normalbevölkerung riskante Alkoholmengen.

66 % aller erwachsenen Testuser erfüllen den Cut-off des AUDIT (ab 8 Punkte), betreiben also einen riskanten Alkoholkonsum. Jugendliche erhalten die deutsche Version des CRAFFT, der mit Hilfe von sechs Fragen das Risiko für problematischen Alkoholkonsum identifiziert. Rund die Hälfte der Jugendlichen erfüllt den Cut-off von 2 Punkten.

<sup>6</sup> ca. 10-12 g reiner Alkohol

<sup>7</sup> Bereinigte Stichprobe

**Tabelle 8: Alkoholkonsum der Nutzerinnen und Nutzer des Check your Drinking 2017**

		Geschlecht			Altersgruppen				
		gesamt	männlich	weiblich	<14	14-17	18-24	25-30	>30
n		40.872	25.459	15.413	501	12.995	13.230	4.097	10.049
Konsumtage <sup>1</sup>	Ø	2,5	2,7	2,1	0,9	1,5	2,3	2,9	3,8
Konsummenge <sup>2</sup>	Ø	144 g	177 g	88 g	47 g	91 g	152 g	171 g	195 g
	(SD)	(177 g)	(199 g)	(112 g)	(195 g)	(136 g)	(172 g)	(180 g)	(202 g)
Riskante Konsummenge <sup>3</sup>		38%	39%	37%	11%	24%	41%	48%	51%
Rauschtrinken <sup>4</sup>		50%	58%	37%	12%	40%	58%	60%	51%
AUDIT (ab 18 J.)	n	26.743	17.430	9.313	-	-	12.898	4.022	9.823
	Punkte Ø	11,3	12,0	9,8	-	-	11,4	11,4	11,0
	Cut-off ≥ 8	66%	71%	55%	-	-	69%	67%	61%
CRAFT (bis 17 J.)	n	14.000	7.958	6.042	492	12.945	-	-	-
	Punkte Ø	1,8	1,8	1,7	1,0	1,9	-	-	-
	Cut-off ≥ 2	52%	53%	51%	27%	55%	-	-	-

<sup>1</sup>in der letzten Woche

<sup>2</sup>Gramm reiner Alkohol in der letzten Woche

<sup>3</sup>Männer: durchschnittlich mehr als 24 g reiner Alkohol pro Tag in der letzten Woche; Frauen: durchschnittlich mehr als 12 g reiner Alkohol pro Tag in der letzten Woche

<sup>4</sup>≥ 5 Standardgläser an einem Tag in der letzten Woche

### 3.4 Wissenstests

Mit den Wissenstests können die Nutzerinnen und Nutzer einerseits ihr Wissen über verschiedene Substanzen überprüfen. Andererseits dienen die Wissenstests der Informationsvermittlung, da zu jeder Frage eine erklärende Antwort sowie vertiefende Informationen angeboten werden. Es gibt Wissenstests zu den Substanzen Alkohol, Cannabis, Ecstasy, Halluzinogene, Opiate, Kokain, Nikotin und Speed. Ein neuer Test beinhaltet substanzübergreifende Fragen bzw. berücksichtigt weitere Substanzen.

Eine Auswertung des Wissensstands anhand der Wissenstests ist allerdings nicht möglich, da die Tests beliebig oft wiederholbar sind und der Test selbst die Option vorhält, die eben getätigte Antwort zu korrigieren, um zu erfahren, welche Rückmeldung es hierzu gibt. Insofern ist der erreichte Punktestand nicht geeignet, den tatsächlichen Wissensstand der Nutzerinnen und Nutzer zu ermitteln.

Etwas zuverlässiger dürften die Angaben zu Alter und Geschlecht sein. Am Ende des Tests haben die Nutzerinnen und Nutzer die Möglichkeit, ihr Testergebnis mit dem anderer User zu vergleichen. Hierzu werden die Nutzerinnen und Nutzer gebeten, Alter und Geschlecht anzugeben, um ihnen die Ergebnisse ihrer persönlichen Vergleichsgruppe anzeigen zu können. Zwar kann auch hier nicht ganz ausgeschlossen werden, dass User falsche Angaben machen, allerdings dürfte es im Interesse der User sein, korrekte Angaben zu machen, da sie andernfalls annehmen müssen, dass ihr Ergebnis mit denen einer nicht passenden Bezugsgruppe verglichen wird.

2017 wurden die Wissenstests insgesamt 52.097-mal aufgerufen (Details siehe Anhang 3, Tabelle 22). Vollständig ausgefüllte Tests liegen von 10.377 Nutzerinnen und Nutzern vor. Nach Bereinigung unglaubwürdiger Datensätze und solcher, zu denen keine Angaben zum Alter und zum Geschlecht vorliegen, verbleiben 4.254 Datensätze.

**Tabelle 9: Alter und Geschlecht der Nutzerinnen und Nutzer der Wissenstests 2017**

	gesamt	Alkohol	Cannabis	Ecstasy	Halluz.	Opiate	Kokain	Nikotin	Speed	Spezial
gesamt	10.377	2.305	3.894	1.157	427	274	717	531	898	174
bereinigt <sup>1</sup>	4.254	1.039	1.515	486	191	88	268	206	348	113
männlich	54%	51%	53%	56%	70%	50%	64%	51%	57%	40%
Alter (Median)	20	19	19	19	20	25	25	20	24,5	27

<sup>1</sup>Nur Datensätze mit Angaben zu Alter und Geschlecht

In fast allen Wissenstests überwiegen männliche Nutzer. Der höchste Anteil findet sich in den Tests zu Halluzinogenen und Kokain, der niedrigste im Spezial-Wissenstest. Das mittlere Alter liegt bei 20 Jahren und variiert je nach Test zwischen 19 und 27 Jahren.

### 3.5 E-Mail- und Chatberatung

Mit der Website drugcom.de verfolgt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den Anspruch, umfassend zu legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen zu informieren und junge Menschen dazu anzuregen, ihren eigenen Konsum kritisch zu reflektieren. Ein Großteil der potentiellen Fragen, die Jugendliche und junge Erwachsene zu diesen Themen bewegen, wird bereits durch die Informationsbereiche News, Topthema, Drogenlexikon und FAQ 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 Reflexionsprozesse 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. Der direkte Kontakt zur drugcom-Klientel bietet zudem die Möglichkeit, aktuelle Themen und Trends unter den Nutzerinnen und -Nutzern zu identifizieren und Anregungen für Weiterentwicklungen der Website zu erhalten.

Der drugcom-Chat steht allen Nutzerinnen und Nutzern rund um die Uhr offen. Chatberatung und Moderation durch das drugcom-Team finden montags bis freitags von 15:00 bis 17:00 Uhr statt (außer an bundesweiten Feiertagen). Hierbei ist eine Beraterin bzw. ist ein Berater 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.

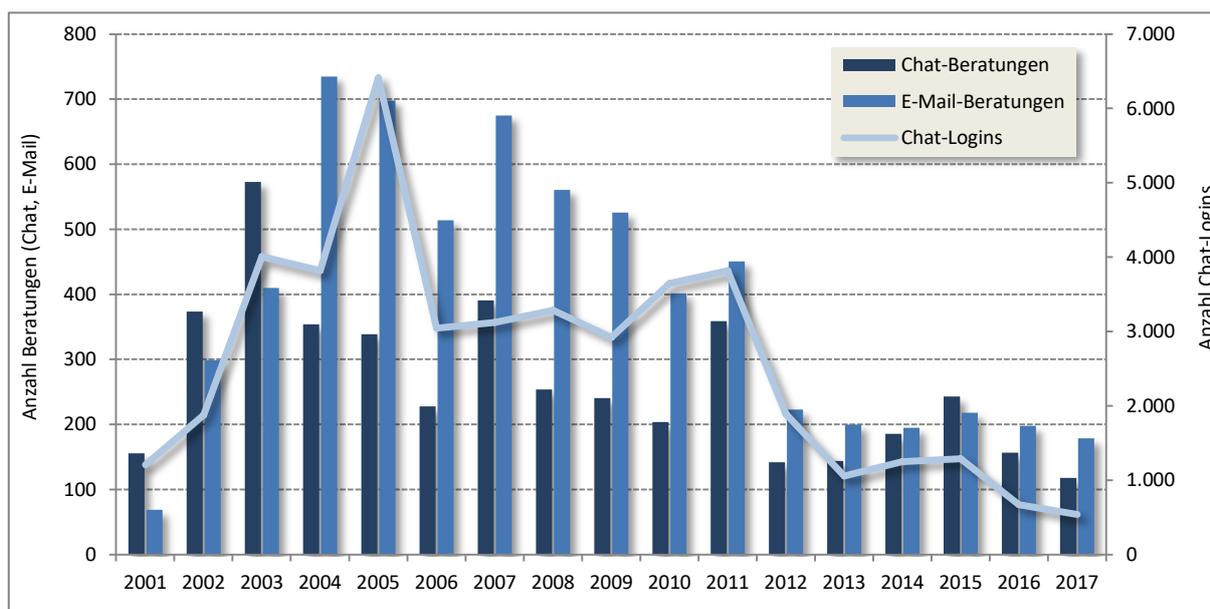
Im Folgenden werden die Nutzungszahlen der E-Mail- und Chatberatung auf drugcom.de aus dem Jahr 2017 vorgestellt und mit der Inanspruchnahme der Vorjahre verglichen (3.5.1). Anschließend wird die Nutzung der E-Mail- und Chatberatung näher beleuchtet (3.5.2).

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

Die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen via E-Mail ist 2017 etwas gesunken. Insgesamt wurden **217 E-Mail-Anfragen** an drugcom.de gesandt (2016: 235 Mails), 179 davon hatten Beratungscharakter. Von den 38 E-Mail-Anfragen ohne Beratungscharakter sind die meisten über die E-Mail-Adresse drugcom@bzga.de eingegangen und beinhalteten überwiegend Anfragen zur Verwendung von drugcom-Inhalten, Fragen zu Verlinkungen und zu Printmaterialien sowie Anfragen von Journalisten, Polizisten und anderen Multiplikatoren.

Die Inanspruchnahme des **Chats** hat im Vergleich zum Vorjahr abgenommen, von 674 Logins im Jahr 2016 auf 542. Entsprechend rückläufig war die Anzahl der Beratungsanfragen: 2017 wurden nur noch **118 Anfragen** an das Beratungsteam gerichtet (2016: 157 Anfragen).

Abbildung 9: E-Mail- und Chatberatungen sowie Chat-Logins 2001 bis 2017



Damit setzt sich der rückläufige Trend der Vorjahre 2017 fort. Über die Gründe dieser Entwicklung kann nur spekuliert werden. Denkbar ist, dass die immer stärkere Internet-Nutzung via Smartphone und veränderte Nutzungsgewohnheiten eine Rolle spielen. Laut den Angaben der repräsentativen JIM-Studie besitzen immer weniger Jugendliche einen Computer oder Laptop (Feierabend, Plankenhorn & Rathgeb, 2017). Während 2012 noch 82 % der 12- bis 19-Jährigen einen Computer oder Laptop besaßen, ist die Besitzrate 2017 auf 69 % gesunken. Im Gegenzug gewinnt das Smartphone immer mehr an Bedeutung, wenn es um die Internetnutzung geht. Bei 81 % der 12- bis 19-Jährigen ist das Smartphone das am häufigsten eingesetzte Gerät für die Internetnutzung. Nur bei 14 % dominieren Computer oder Laptops. Bei den jungen Erwachsenen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab, wenn man die Ergebnisse des Alkoholsurveys der BZgA (Orth, 2017) zur Grundlage nimmt: 77 % der 18- bis 25-Jährigen nutzen das Smartphone, um ins Internet zu gehen, aber nur 61 % nutzen hierfür einen Laptop und nur 32 % einen stationären PC.

Aufgrund des offensichtlichen Wandels bei der Internetnutzung wurde die Kommunikationssoftware überarbeitet, um sie auch für Mobiltelefone nutzbar zu machen. Seit Juni 2017 ist die Oberfläche entsprechend angepasst. Allerdings ist weiterhin keine positive Entwicklung bei der Nutzung der Chat- und E-Mail-Beratung erkennbar. Möglicherweise verändert sich auch das Verhalten junger Menschen, wenn es um Fragen zu persönlichen Problemen geht. So wenden sich Jugendliche zunehmend auch an Peer-Plattformen wie gutefrage.net. Zumindest ein Teil der Fragenden wird von anderen Usern an drugcom.de verwiesen. 2017 wurden 2.328 Besuche auf gutefrage.net an drugcom.de vermittelt.

### 3.5.2 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** befragt (Tabelle 10). Bis auf Alter, Geschlecht und den Klientenstatus sind die Angaben aber sehr lückenhaft, weshalb nur eingeschränkt Aussagen über die Soziodemogra-

fie gemacht werden können. Bei der Chatberatung sind die Beraterinnen und Berater vollständig auf jene Angaben beschränkt, die sie während des Gesprächs in Erfahrung bringen können.

Zu beachten ist, dass Selbstangaben, 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 wollen. Deshalb sollten die Selbstangaben eine ausreichende Zuverlässigkeit aufweisen. Ein gewisser Fehleranteil kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

**Tabelle 10: Soziodemografische Merkmale der Klientinnen und Klienten in der Beratung 2017**

		gesamt (n=297)	E-Mail-Beratung (n=179)	Chat-Beratung (n=118)
Alter	Median	22 Jahre	21 Jahre	26 Jahre
	Mittelwert	24,8	22,5	26,5
	Standardabweichung	8,9	8,0	9,1
Geschlecht	männlich	45 %	44 %	47 %
	weiblich	55 %	56 %	53 %
Status	Klient/-in*	75 %	73 %	78 %
	Eltern/Angehörige	5 %	4 %	7 %
	Partner/-in	12 %	13 %	11 %
	Freunde/Bekannte	2 %	2 %	2 %
	Schüler/-innen, Studierende**	2 %	3 %	1 %
	Multiplikatoren	2 %	2 %	-
	andere	1 %	1 %	2 %

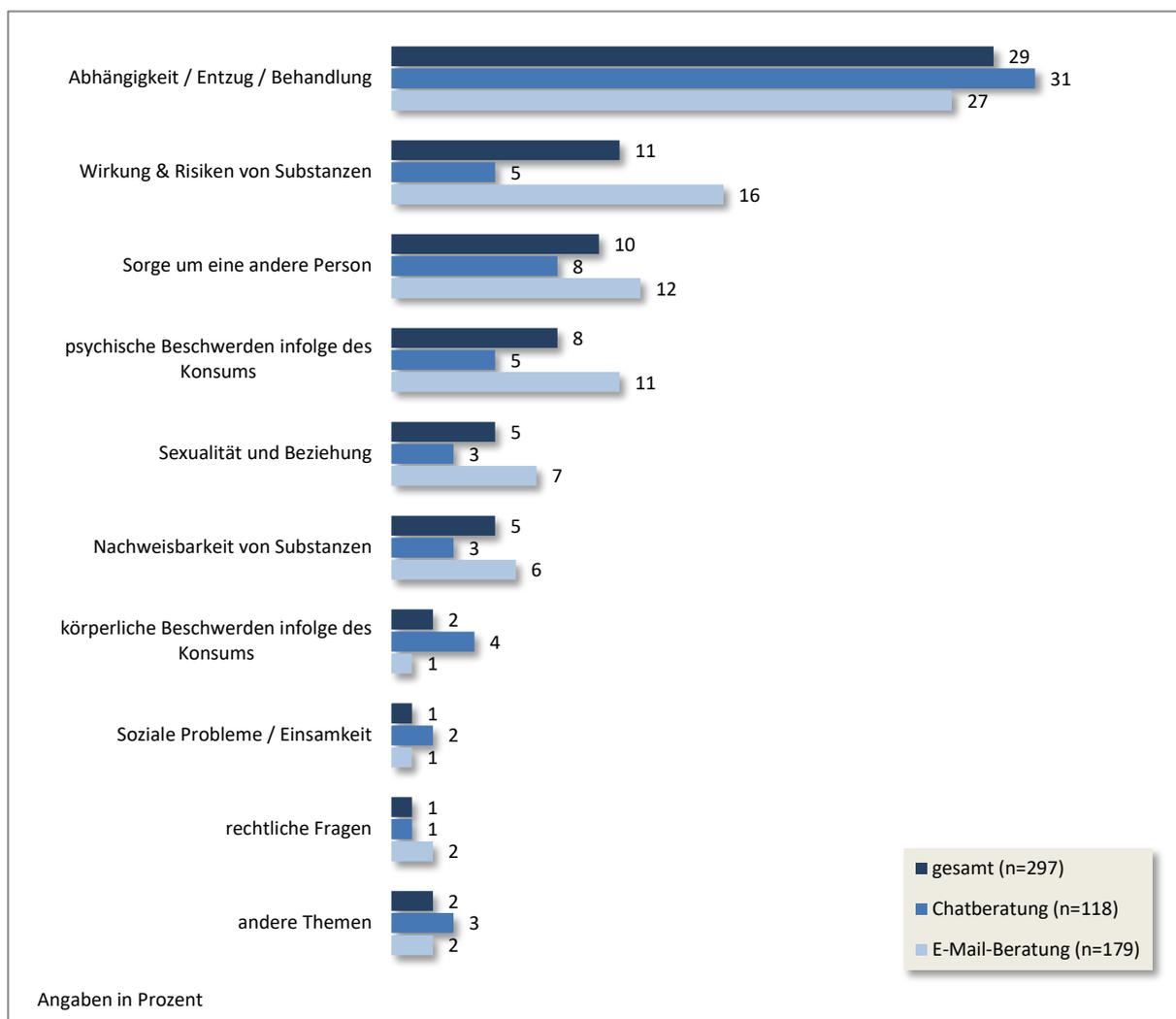
\*mit persönlichen Fragen

\*\*benötigen Informationen für Referate, Hausarbeiten etc.

2017 ist der Anteil an Klientinnen und Klienten mit persönlichen Fragen, die sich auf sie selbst beziehen, mit 75 % leicht gestiegen (2016: 70 %). Das mittlere Alter (Median) der Personen, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, liegt bei 22 Jahren. Personen, die die Chat-Beratung nutzen sind etwas älter. Sowohl in der Chat- als auch der E-Mail-Beratung überwiegen die Nutzerinnen.

Bei den angesprochenen **Themen** dominieren – wie in den Jahren zuvor – sowohl in der E-Mail- als auch in der Chatberatung Fragen zur Abhängigkeit von Substanzen bzw. zum Entzug oder zur Behandlung der Abhängigkeit (Abbildung 10). In 29 % aller Beratungsanfragen spielt dieses Thema eine Rolle. Am zweithäufigsten werden Fragen zu Wirkungen und Risiken von Substanzen gestellt (11 %). Es folgen Fragen von Personen, die sich Sorgen um andere nahestehende Personen machen (10 %).

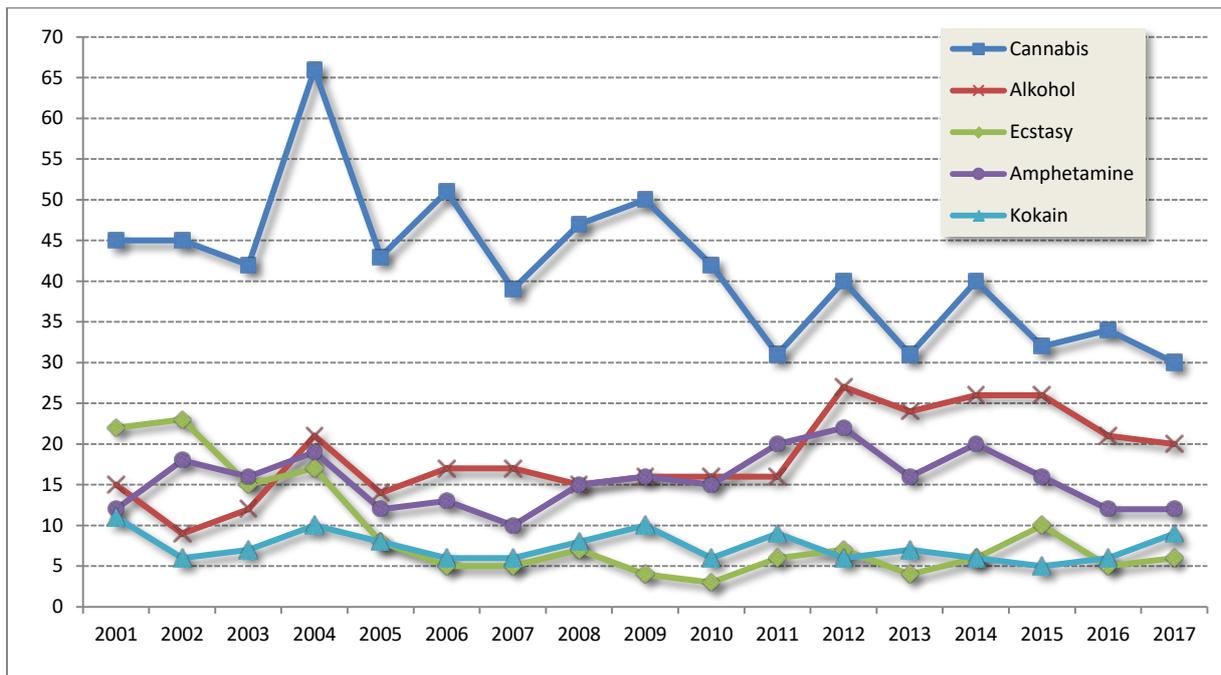
Abbildung 10: Themen der E-Mail- und Chatberatungen in 2017 (Mehrfachangaben möglich)



Seit dem Onlinestart von drugcom.de in 2001 wird protokolliert, wie häufig bestimmte **Substanzen** in der Beratung thematisiert werden. Abbildung 11 veranschaulicht den Verlauf. Anfragen in der E-Mail- und der Chatberatung werden zusammenfassend behandelt.

Fragen zu Cannabis scheinen über die Jahre etwas rückläufig zu sein, werden aber noch am häufigsten angesprochen (30 %). Fragen zu Alkohol (20 %), Amphetaminen (21 %) und Ecstasy (5 %) verbleiben etwa auf gleichem Niveau. Fragen zu Kokain haben hingegen leicht zugenommen (6 %) (weitere Details siehe Anhang 4, Tabelle 25).

Abbildung 11: Thematisierte Substanzen in der Beratung 2001-2017



### 3.6 Quit the Shit

Am 4. Dezember 2017 wurde eine neue Version von Quit the Shit online gestellt. Grundlage der Weiterentwicklung liefern die Ergebnisse einer Studie zur Überprüfung des Einflusses der Teilnahmedauer und des Chats auf die Effektivität des Programms. Zusammenfassende Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Studie werden in Kapitel 3.6.6 dargestellt. Im Folgenden wird das Programm in seinen Grundzügen beschrieben. Veränderungen in der neuen Version sind **rot und kursiv markiert**.

#### 3.6.1 Ziele und Zielgruppen von Quit the Shit

Mit dem Programm Quit the Shit werden Cannabis-konsumierende angesprochen, die ihren Konsum einschränken oder einstellen wollen. Angesprochen sind dabei insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene mit einem regelmäßigen Konsum von Cannabisprodukten. Übergeordnetes Ziel des Programms ist es, den individuellen Konsum von Cannabis im Rahmen der Programmteilnahme und darüber hinaus signifikant zu senken. Dies kann bedeuten, dass der Konsum reduziert oder zeitweilig ganz eingestellt wird. Der übergeordnete Zielrahmen des Programms wird durch die Festlegung individueller Ziele spezifiziert und ergänzt.

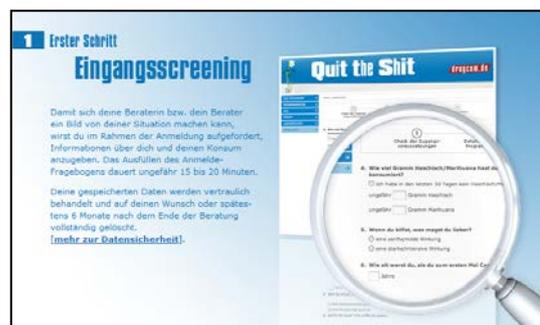


#### 3.6.2 Programmablauf und Programminhalte von Quit the Shit

Das Konzept von Quit the Shit orientiert sich an den Prinzipien der motivierenden Kurzberatung (Motivational Interviewing), die von William Miller & Stephen Rollnick (2005) entwickelt wurde. Im Mittelpunkt dieses Modells steht die Annahme, dass Menschen ihre Verhaltensweisen – zu dem auch das Suchtverhalten zu zählen ist – selbstständig und ohne längerfristige Hilfestellungen durch Professionelle ändern können (Prinzip der Selbstmodifikation). Der Veränderungsprozess kann seitens der Beratung durch unterschiedliche Interventionen befördert werden.

Die Website beinhaltet einen öffentlich zugänglichen Informationsbereich zur Cannabisreduktion oder zum Cannabisausstieg („**Wissenswertes**“) sowie **FAQs zum Programm**. Die Teilnahme am Programm erfolgt nach einer festen Abfolge von folgenden methodischen Elementen:

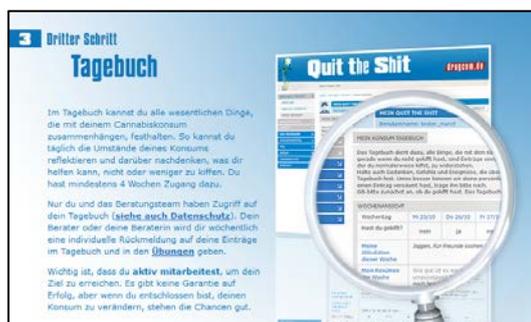
1. Die Anmeldung zum Programm erfolgt über ein **Eingangsscreening**, in dem detaillierte Informationen zur Person, zum Konsum und zu konsumbezogenen Einstellungen erhoben werden. Die Beraterinnen und Berater haben Zugriff auf die Daten der Eingangsbefragung, um sich vor dem Aufnahmechat mit der Klientin oder dem Klienten auf das Gespräch vorbereiten zu können.



2. Nach erfolgreicher Anmeldung und Rückbestätigung der E-Mail-Adresse erhält die anmeldende Person Zugang zum Terminplan des Beratungsteams. In der alten Version von Quit the Shit erfolgte der Einstieg in das Programm ausschließlich über ein **persönliches Gespräch im Chat** mit einer Beraterin oder einem Berater. *Seit dem 4.12.2017 ist es möglich, das Programm auch ohne Aufnahme-Chat zu starten.*



3. Nach dem Aufnahme-Chat *bzw. dem Programmstart ohne Chat* werden die Klientinnen und Klienten aufgefordert, ihre **Ausgangssituation** zu beschreiben und ein **konsumbezogenes Ziel** zu formulieren. Eine Anleitung mit Beispielen wird angezeigt. Anschließend bekommen die Klientinnen und Klienten Zugang zum persönlichen **Konsumtagebuch**. *In der früheren Version von Quit the Shit protokollierten die Teilnehmenden ihren Cannabiskonsum über 50 Tage. Die neue Version sieht eine Standarddauer von 4 Wochen vor. Die Teilnahme-  
dauer kann je nach Bedarf um zwei Wochen verlängert werden. In Einzelfällen ist auch eine zweite  
Verlängerung um zwei Wochen möglich.* Jeden Tag beschreiben die Klientinnen und Klienten nicht nur die Konsummenge, sondern werden auch dazu aufgefordert, über die konkrete Konsumsituation und über auslösende Bedingungen sowie über ihre Erfahrungen in Hinblick auf ihr persönliches Ziel zu reflektieren. An konsumfreien Tagen werden die User dazu aufgefordert niederzuschreiben, was ihnen geholfen hat, an diesem Tag abstinent zu bleiben. Angaben zum Konsum anderer psychoaktiver Substanzen können ebenfalls gemacht werden.



4. Fünf spezielle **Übungen** bieten den Teilnehmenden zusätzlich zum Tagebuch die Möglichkeit, sich mit ihrem Cannabiskonsum vertiefend auseinanderzusetzen.



- Im Rahmen der ersten Übung können sich die Klientinnen und Klienten mit ihren persönlichen „**Risikosituationen**“ befassen, indem sie hierauf bezogene Bewältigungsstrategien entwickeln.
- Die Übung „**Vor- und Nachteile des Kiffens**“ hält die Teilnehmenden dazu an, ihre Haltung zum Konsum zu reflektieren und ihre Gründe für und gegen den Konsum festzuhalten. Aus ihren Angaben wird ein „Entscheidungskompass“ generiert, der ihre Haltung visualisiert und somit Reflexionsprozesse anstoßen soll.
- In der Übung „**Lebensqualität verbessern**“ erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Vielzahl an Vorschlägen, wie sie sich vom Kiffen ablenken und welche neuen Freizeitaktivitäten sie in ihren Tagesablauf integrieren können.

- Die Übung „**Abschiedsbrief an das Suchtmittel**“ richtet sich an Klientinnen und Klienten, die im Rahmen ihrer Programmteilnahme Konsumabstinenz erreicht haben.
- Durch die Übung „**Meine persönlichen Stärken**“ werden die User dazu aufgefordert, sich aktiv mit den eigenen positiven Eigenschaften auseinanderzusetzen, da gerade in Zeiten, in denen sie sich intensiv mit ihren Problemen befassen, die eigenen Stärken aus den Augen verloren gehen können.

5. Mit Freischaltung zum Konsumtagebuch erhalten die User auch Zugang zum **Forum** von Quit the Shit. Nur aktive und ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Programms haben Lese- und Schreibzugang. Dadurch ist gewährleistet, dass die User sich in einem geschützten Bereich befinden, in dem sie nur auf Gleichgesinnte treffen.



6. Während des Programms werden den Usern zusätzlich **Feedbackchats** angeboten, in denen sie ihre bisherigen Erfahrungen mit der Beraterin oder dem Berater besprechen können. Chats können insbesondere bei Usern mit ambivalenter Motivation sinnvoll sein, um sie weiterhin dazu anzuspornen, an ihrem persönlichen Ziel festzuhalten oder kleine Zwischenziele zu definieren. Schließlich erfolgt nach dem Ende des Programms noch ein **Abschlusschat**, der dazu dient, das Erreichte zu resümieren und ggf. auf weiterführende Hilfen hinzuweisen.



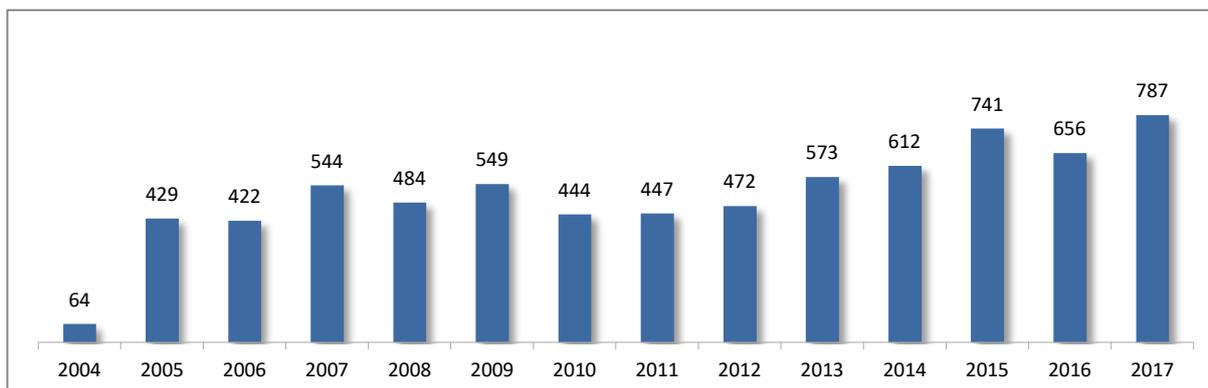
7. Alle Teilnehmenden des Programms werden nach Abschluss ihrer Programmteilnahme darum gebeten, ein **Feedback zum Programm** zu geben. Zudem haben sie die Möglichkeit, einen **Erfahrungsbericht** zu schreiben. Der Erfahrungsbericht wird allen Interessierten im öffentlichen Bereich von Quit the Shit unter einem selbstgewählten Pseudonym zur Verfügung gestellt.



### 3.6.3 Aufnahmen in Quit the Shit

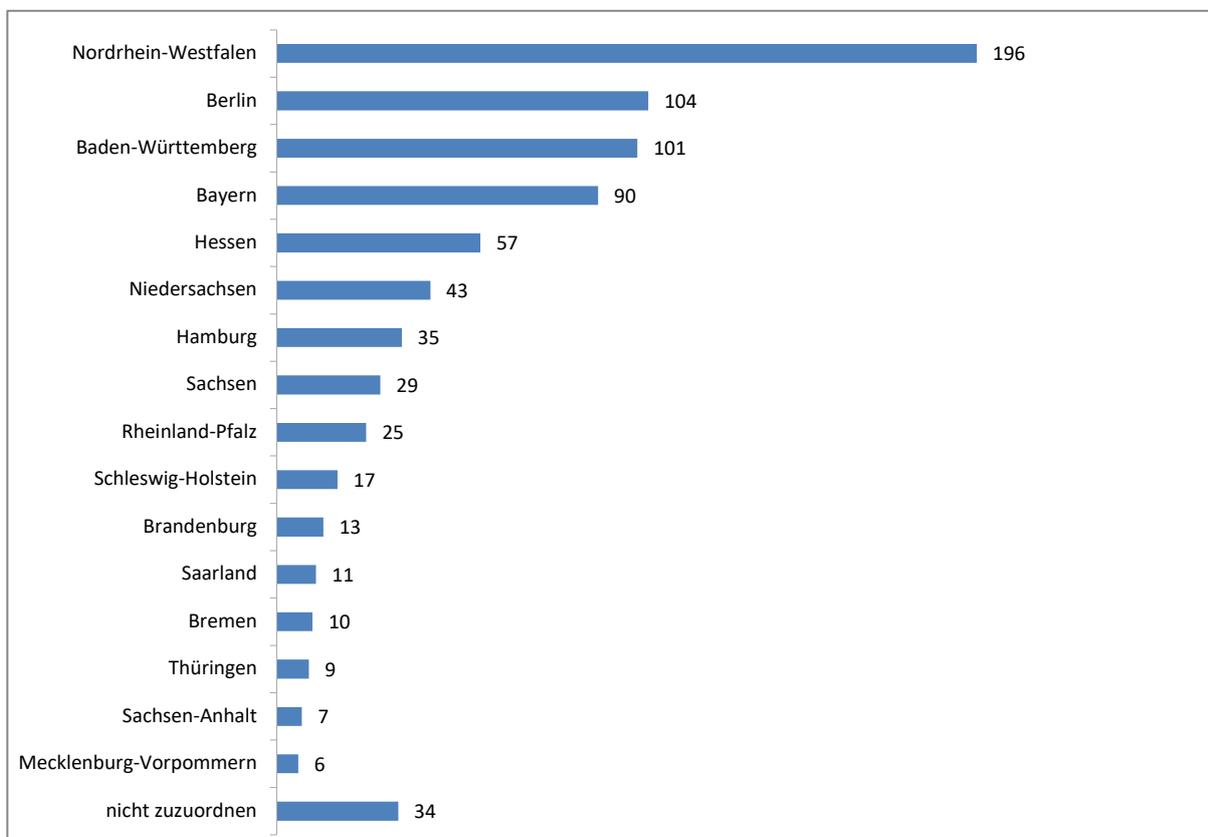
2017 wurden 66.645 Besuche auf der Website registriert, ein Rückgang um 16 % gegenüber 2016 (79.212 Besuche). Dennoch stieg die Anzahl der Anmeldung von 656 auf **787 Klientinnen und Klienten** (Abbildung 12). Der Anstieg ist auf eine Erhöhung der Beratungskapazitäten zurückzuführen, da die Nachfrage in der Regel höher ist, als das Angebot an freien Beratungsplätzen. 532 Klientinnen und Klienten wurden vom drugcom-Team, 255 von den an Quit the Shit beteiligten Beratungsstellen aufgenommen. Seit dem Start von Quit the Shit im August 2004 haben 7.224 Klientinnen und Klienten an dem Programm teilgenommen (Stand 31.12.2017).

Abbildung 12: Jährliche Aufnahmen in Quit the Shit



Im Zuge der Anmeldung geben die User die Postleitzahl ihres Wohnortes an. Auf Grundlage der Postleitzahl erfolgt die Zuweisung zu einer betreuenden Einrichtung, d. h. entweder zum drugcom-Team oder zu einer kommunalen Beratungsstelle, die an Quit the Shit beteiligt ist. Die Verteilung der Klientinnen und Klienten entspricht im Wesentlichen der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik Deutschland (Abbildung 13).<sup>8</sup> Lediglich aus Berlin waren in Anbetracht der Bevölkerungszahl überproportional viele Anmeldungen zu verzeichnen. Ein Teil der Anmeldungen lässt sich nicht zuordnen, da es keine Pflicht zur Eingabe der Postleitzahl besteht.

Abbildung 13: Aufnahmen nach Bundesland (2017)



<sup>8</sup> siehe <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71085/umfrage/verteilung-der-einwohnerzahl-nach-bundeslaendern/>

### 3.6.4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Quit the Shit

Wie in den vorangegangenen Jahren wurde das Programm auch 2017 häufiger von männlichen als von weiblichen Klienten genutzt (siehe Tabelle 11). Knapp zwei Drittel der Klientinnen und Klienten sind zwischen 18 und 30 Jahre alt war. Das mittlere Alter hat sich gegenüber 2016 kaum verändert. Das Bildungsniveau der Programmnutzerinnen und -nutzer liegt weiterhin über dem Bevölkerungsschnitt. So haben 65 % der Klientinnen und Klienten einen gymnasialen Bildungsabschluss bzw. befinden sich auf einem entsprechenden Bildungsweg; in der Normalbevölkerung haben dagegen nur 51 % der 25- bis 35-Jährigen Abitur oder Fachabitur (Statistisches Bundesamt, 2017). Mit deutlichem Abstand folgen Personen auf mittlerem Bildungsweg bzw. mit mittlerer Reife (21 %). Programmteilnehmende, die die Hauptschule besuchen bzw. einen Hauptschulabschluss aufweisen, sind 2017 mit 8 % im Vergleich zum Bevölkerungsschnitt (19 %, 25-35 Jahre) unterrepräsentiert.

**Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale**

		<b>2016</b>	<b>2017</b>
		(n=656)	(n=787)
Alter	Median	26 Jahre	27
	<14 Jahre	-	-
	14-17 Jahre	4 %	4 %
	18-24 Jahre	37 %	34 %
	25-30 Jahre	28 %	27 %
	>30 Jahre	31 %	35 %
Geschlecht	männlich	69 %	66 %
	weiblich	31 %	34 %
Bildung	(noch) kein Schulabschluss	1 %	1 %
	Hauptschule	7 %	8 %
	Realschule	21 %	21 %
	Gymnasium/(Fach-)Abitur	66 %	65 %
	andere Schule	5 %	5 %

Ein Großteil der Klientinnen und Klienten von Quit the Shit hat vor ihrer Teilnahme am Programm – wie auch schon in den Jahren zuvor – erwartungsgemäß (fast) täglich Cannabis konsumiert. 60 % der User in 2017 hatten an mindestens 26 der letzten 30 Tage Cannabis konsumiert (siehe Tabelle 12). Auch die Menge konsumierter Cannabisprodukte ist als hoch zu bezeichnen. So lag diese bei Programmstart bei durchschnittlich 18 Gramm (Median) Marihuana oder Haschisch innerhalb der letzten 30 Tage. Den ersten Joint haben die Teilnehmenden mit 16 Jahren geraucht. Männern und Frauen, die an Quit the Shit teilnehmen, konsumieren etwa gleich häufig Cannabis. Allerdings scheinen Männer dabei mehr Cannabis zu verbrauchen als Frauen.

**Tabelle 12: Cannabiskonsum bei Programmeinstieg**

	2016	2017		
	gesamt (n=656)	gesamt (n=787)	männlich (n=519)	weiblich (n=268)
Alter Erstkonsum (Median)	16	16	16	15
Konsumhäufigkeit Median	28 Tage	28 Tage	27 Tage	28 Tage
bis 5 Tage	3 %	5 %	6 %	4 %
6-10 Tage	3 %	4 %	4 %	4 %
11-15 Tage	7 %	7 %	7 %	6 %
16-20 Tage	9 %	8 %	9 %	7 %
21-25 Tage	16 %	16 %	16 %	16 %
> 25 Tage	63 %	60 %	58 %	63 %
Konsummenge in Gramm (Median)	20 g	18 g	20 g	14 g
Cannabisabhängigkeit SDS (Cut-off $\geq 4$ )	99 %	99 %	99 %	99 %
subjektiv psychisch	95 %	92 %	91 %	96 %

Der intensive Cannabiskonsum geht mit einem hohen Anteil Cannabisabhängiger unter den Klientinnen und Klienten einher. So kann bei 99 % der Klientinnen und Klienten von einer Cannabisabhängigkeit ausgegangen werden, die mit Hilfe der Severity of Dependence Scale (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008) erfasst wird. Dies wird auch durch Selbsteinschätzungen bestätigt: 92 % der User schätzten sich zu Programmbeginn als psychisch abhängig von Cannabis ein. Im Vergleich zum Vorjahr sind keine bedeutsamen Veränderungen beim Cannabiskonsum zu erkennen.

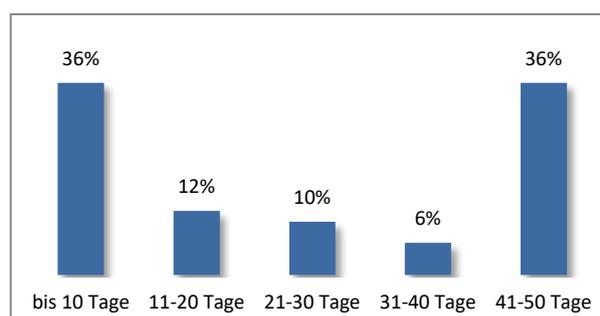
### 3.6.5 Nutzung von Quit the Shit

Von den 787 Klientinnen und Klienten im Jahr 2017 beendeten 38 % das Programm nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater regulär. Wurden die User vom drugcom-Team betreut, lag die Quote der regulären Beender bei 39 %. Bei den am Transfer beteiligten Einrichtungen lag die Quote regulärer Programmbeendigungen bei 37 %. Eine Programmteilnahme wird dann als regulär gewertet, wenn die Teilnehmenden mindestens bis Tag 45 (50-Tage-Version) bzw. bis Tag 25 (4-Wochen-Version) im Programm aktiv waren.

Im Idealfall wurde das Konsumtagebuch lückenlos geführt. Dies ist allerdings nicht immer der Fall. Manche User tragen nicht jeden Konsum einzeln ein, sondern resümieren wöchentlich ihren Konsum und nutzen dafür die Kommentarfunktion, die eigentlich nur als Antwortmöglichkeit auf die Beraterrückmeldungen gedacht ist. Das Tagebuch kann somit auch bei regulärer Teilnahme Lücken aufweisen.

Abweichend von der 45-Tage-Regel kann eine Teilnahme auch dann als regulär gewertet werden, wenn die User bereits einen Monat absti-

**Abbildung 14: Anzahl dokumentierter Tage im Konsumtagebuch in 2017 (n=787)**



nent sind und eine weitere Teilnahme nicht zwingend notwendig erscheint. Dies traf 2017 auf 1 % der Teilnehmenden zu.

**Durchschnittlich wurde das Konsumtagebuch an 24 Tagen geführt.** Der Durchschnittswert bildet aber selten die typische Teilnahmedauer ab, wie Abbildung 14 veranschaulicht. Demzufolge nutzt etwa ein Drittel der Teilnehmenden das Programm nicht länger als zehn Tage. Ein weiteres Drittel bleibt hingegen mehr als 40 Tage im Programm.

Die Beraterinnen und Berater entscheiden fallabhängig, welche **Übungen** zu welchem Zeitpunkt freigeschaltet werden. Lediglich die Übung „Risikosituationen bearbeiten“ wird standardmäßig allen Usern zur Verfügung gestellt. In Einzelfällen wird diese Übung jedoch von der Beraterin oder dem Berater zu Beginn deaktiviert, um andere Übungen wie beispielsweise den „Entscheidungskompass“ in den Vordergrund zu rücken. Tabelle 13 veranschaulicht, wie häufig Übungen im Jahr 2017 von den Beraterinnen und Beratern freigeschaltet wurden und wie hoch der Anteil der User ist, die hiervon Gebrauch machten.

**Tabelle 13: Nutzung der zusätzlichen Übungen in 2017 (n=787)**

	freigeschaltet	davon besucht	davon genutzt*	Speichervorgänge
<b>Risikosituationen bearbeiten</b>	n=785 (99%)	77%	56%	2,3
<b>Vor- und Nachteile des Kiffens</b>	n=490 (62%)	60%	49%	1,3
<b>Lebensqualität verbessern</b>	n=283 (36%)	76%	57%	2,3
<b>Meine persönlichen Stärken</b>	n=158 (20%)	68%	58%	1,2
<b>Abschiedsbrief an das Suchtmittel</b>	n=170 (22%)	57%	24%	1,1

\*mind. ein Speichervorgang

Die Übung „Risikosituationen bearbeiten“ wurde bei 785 der 787 Klientinnen und Klienten, also bei nahezu jedem User freigeschaltet. Am zweithäufigsten wurde den Usern die Übung „Vor- und Nachteile des Kiffens“ zur Verfügung gestellt (62%), gefolgt von der Übung zur Verbesserung der Lebensqualität (36%), dem „Abschiedsbrief an das Suchtmittel“ (22%) und der Übung „Meine persönlichen Stärken“ (20%).

Als Indikator für die Inanspruchnahme der Übungen werden Besuche und Speichervorgänge herangezogen. So gilt eine Übung als genutzt, sofern vom betreffenden User mindestens eine inhaltliche Eingabe vorgenommen und abgespeichert wurde. Hiernach wurde – Freischaltung vorausgesetzt – die Übung „Meine persönlichen Stärken“ am häufigsten genutzt (58%), dicht gefolgt von den Übungen „Lebensqualität verbessern“ (57%) und „Risikosituationen bearbeiten“ (56%) sowie den „Vor- und Nachteilen des Kiffens“ (49%). Die Übung „Abschiedsbrief an das Suchtmittel“ wurde zwar nur von 24% der User genutzt, sie erfordert allerdings auch eine intensivere Auseinandersetzung mit sich selbst und dem eigenen Konsum, während sich andere Übungen durch das Auswählen vorgegebener Antworten bearbeiten lassen.

Darüber hinaus wurde erhoben, wie oft die Nutzerinnen und Nutzer die jeweilige Übung besuchen. Demzufolge werden die Übungen „Risikosituationen bearbeiten“ und „Lebensqualität verbessern“ im Schnitt 2,3-mal im Rahmen der Teilnahme am Programm genutzt. Die Übungen „Vor- und Nachteile des Kiffens“, „Abschiedsbrief an das Suchtmittel“ und „Meine persönlichen Stärken“ werden seltener besucht, was damit erklärt werden kann, dass sie in der Regel durch einen einmaligen Besuch komplett bearbeitet werden können.

Im Rahmen ihrer Programmteilnahme haben die User zusätzlich die Gelegenheit ein **Feedbackgespräch** mit ihrer Beraterin oder ihrem Berater zu führen, um das bisher Erreichte gemeinsam zu besprechen. 2017 haben 37% der Teilnehmenden (n=280) diese Option in Anspruch genommen (drugcom-Team: 47%; Transfer-Beratungsstellen: 16%).

Allen Klientinnen und Klienten, die das Programm regulär beenden, wird angeboten, ein **Abschlussgespräch** zu führen. Darin werden die Erfahrungen, die während der Programmteilnahme gewonnen werden konnten, schlussfolgernd resümiert. 189 Klientinnen und Klienten (25%) haben das chatbasierte Abschlussgespräch im Jahr 2017 in Anspruch genommen (drugcom-Team: 26%; Transfer-Beratungsstellen: 23%).

### 3.6.6 Weiterentwicklung von Quit the Shit

#### Ausgangslage und Fragestellung der Studie

Aufgrund der hohen Nachfrage nach „Quit the Shit“ kann in der Regel nur ein Teil der Beratungssuchenden in das Programm aufgenommen werden. In der Vergangenheit waren bei bis zu drei von vier Anfragen keine Beratungsplätze verfügbar. Im Rahmen einer Studie wurde daher untersucht, ob sich der fallbezogene Aufwand je Klient bzw. Klientin reduzieren lässt, ohne dass die Wirksamkeit des Programms darunter leidet. Durch eine Reduzierung des Beratungsaufwands könnte im Gegenzug die Fallzahl bei gleichbleibenden Ressourcen erhöht werden.

Da zum Zeitpunkt der Studienkonzeption keine differenzierten Erkenntnisse dazu vorlagen, welchen Einfluss einzelne Programmelemente auf die Effektivität des Programms haben, sollte mit der Studie die Frage beantwortet werden, wie sich die Verkürzung des Programms oder das Weglassen von Chat-Gesprächen auf den Cannabiskonsum auswirken.

#### Methoden

Zur Überprüfung der Fragestellung wurde eine randomisierte und kontrollierte Studie (Randomized Controlled Trial, RCT) durchgeführt, in der vier Programmvarianten auf Basis eines 2x2-Experimentaldesigns getestet wurden. Hierbei wurden sowohl die Dauer (28 vs. 50 Tage) als auch der persönliche Kontakt (Chat vs. kein Chat) variiert.

Anfragende, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten, wurden zufallsgesteuert einer der vier Programmvarianten zugewiesen. 3, 6 und 12 Monate nach Programmeinstieg wurden alle Teilnehmenden per E-Mail zu einer Online-Nachbefragung eingeladen. Die Rekrutierung zur Studie erfolgte zwischen August 2014 und Oktober 2015. Das Studiendesign wurde von der Ethik-Kommission der Hochschule Magdeburg-Stendal geprüft und abgenommen.

#### Ergebnisse

Im Studienzeitraum haben 876 Personen am Programm Quit the Shit teilgenommen, 534 haben sich an der Studie beteiligt. Werden alle Programmvarianten zusammengefasst, so konnten Studienteilnehmende ihren Cannabiskonsum monatlich durchschnittlich von 24,9 Konsumtagen drei Monate später auf 7,9 Tage pro Monat reduzieren. Das ist eine deutliche Reduzierung gegenüber den Ergeb-

nissen der ersten RCT-Studie (Tossmann et al., 2011), in der die Teilnehmenden ihren Konsum von 25,1 auf 16,5 Konsumtage pro Monat reduzierten.

Zwischen den vier Programmvarianten lassen sich kaum Unterschiede ausmachen. Klientinnen und Klienten, die am 50-Tage-Programm teilgenommen haben, haben ihren Cannabiskonsum 12 Monate später nur geringfügig stärker reduziert als Teilnehmende der 28-Tage-Version (8,4 vs. 10,3 Konsumtage), jedoch ist der Unterschied nicht signifikant. Hinsichtlich der Konsummenge und der Cannabis-Abhängigkeit sind unabhängig von der Programmdauer starke Reduktionen zu verzeichnen, sodass es keine Rolle zu spielen scheint, ob jemand an der 28-Tage- oder 50-Tage-Version des Programms teilnimmt.

62 % der Teilnehmenden der 28-Tage-Gruppe empfanden das Programm zwar als zu kurz und immerhin 48 % der Personen, die 50 Tage teilgenommen haben, waren der gleichen Meinung. Die unterschiedliche Teilnahmedauer hatte dennoch keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Programm.

Die Bereitstellung chatbasierter Beratung hatte ebenfalls keinen bedeutsamen Einfluss auf die Wirksamkeit des Programms. Die Reduktionen im Cannabiskonsum und bei der Cannabisabhängigkeit fallen bei Teilnehmenden mit und ohne Chatkontakt somit gleich ähnlich stark aus. Allerdings waren Chat-User etwas zufriedener mit dem Programm. Dies spiegelte sich auch in einer etwas stärkeren therapeutischen Allianz mit der Beraterin bzw. dem Berater wieder.

## **Fazit**

Eine Reduzierung des Beratungsaufwands pro Fall, sei es durch das Weglassen des Chats oder durch die Verkürzung auf 28 Tage, mindert die Effektivität des Programms nicht wesentlich. Zwar hat der Chat Vorteile im Hinblick auf eine bessere Berater-Klient-Beziehung, jedoch schlägt sich dies weder kurz- noch langfristig in niedrigeren Konsumraten nieder. Insgesamt ist der zu erwartende Public-Health-Effekt (Wirkung x Anzahl Teilnehmer/-innen) bei einer fallbezogen reduzierten Beratungsdichte höher, da so mehr Personen von dem Programm profitieren und ihren Cannabiskonsum reduzieren oder ganz einstellen können.

### 3.7 Change your Drinking

Change your Drinking ist ein vollautomatisches Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums. Es ist inhaltlich und technisch eng mit dem Selbsttest Check your Drinking verbunden und hat zum Ziel, die Nutzerinnen und Nutzer bei der selbstgesteuerten Reduzierung ihres Alkoholkonsums zu unterstützen. Mit Hilfe des in Change your Drinking integrierten Tagebuchs können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen, ihren Konsum zu reduzieren oder ganz einzustellen.

#### 3.7.1 Ziele und Zielgruppen von Change your Drinking

Zielgruppe des Programms Change your Drinking sind Jugendliche und junge Erwachsene mit einem riskanten Konsum alkoholischer Getränke. Teilnehmen können alle Personen, die ihren Alkoholkonsum senken wollen oder die Abstinenz anstreben. Die Teilnahme unter 14 Jahren ist jedoch nicht möglich. Die selbstgesteuerte Reduktion bzw. der Ausstieg aus dem Alkoholtrinken mit Hilfe eines vollautomatischen Ausstiegsprogramms dürfte kein geeignetes Mittel für Kinder sein, die bereits einen problematischen Alkoholkonsum entwickelt haben. Ihnen wird nahegelegt, die E-Mail- oder Chat-Beratung von drugcom.de zu nutzen. Im Einzelgespräch kann sich eine Beraterin oder ein Berater ein Bild von der persönlichen Problemlage machen und das betroffene Kind ggf. dazu motivieren, mit den Eltern darüber zu sprechen oder gemeinsam mit den Eltern eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Während mit dem Verhaltenstest Check your Drinking die Besucherinnen und Besucher von drugcom.de dazu angeregt werden, sich selbstkritisch mit ihrem Alkoholkonsum auseinanderzusetzen, wird mit dem Interventionsprogramm Change your Drinking eine spezifische Risikopopulation angesprochen, konkret ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder zumindest über einen begrenzten Zeitraum die Abstinenz auszuprobieren.

Abbildung 15: Startseite von Change your Drinking



#### 3.7.2 Programmablauf und Programminhalte von Change your Drinking

Das Programm ist auf eine **Dauer von 14 Tagen** angelegt. Mit dem vergleichsweise kurzen Zeitfenster wird Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein zeitlich überschaubares und damit attraktives Angebot gemacht. Eine längerfristige Perspektive birgt die Gefahr, dass viele jungen Menschen sich von vornherein nicht darauf einlassen oder im Laufe des Programms aussteigen. Der konzipierte Zeitraum dürfte dennoch gut geeignet sein, eine Verhaltensänderung in der aktuellen Lebenssituation des jungen Menschen zu befördern. So berücksichtigt das 14-Tage-Programm sowohl den Alkoholkonsum am Wochenende als auch während der Woche, so dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits viele typische Risikosituationen erleben werden. Letztlich dient das 14-tägige Programm aber lediglich dazu, einen Impuls für eine längerfristige Veränderung des Konsumverhaltens zu geben. Bei

besonders schwerwiegendem Alkoholmissbrauch oder bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit wäre die Teilnahme sicherlich nur ein erster Schritt hin zu der Erkenntnis, dass weitere professionelle Hilfen notwendig sind.

Der Programmablauf erfolgt **vollautomatisch**, d. h. ohne persönlichen Kontakt zu einer Beraterin oder einem Berater nach einem festen Schema. Change your Drinking beinhaltet folgende Elemente:

- Im **Programmeinstieg** haben die erwachsenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer (ab 18 Jahre) die Möglichkeit zu wählen, ob sie für die Dauer von 14 Tagen abstinent sein wollen oder einen risikoarmen Konsum anstreben. Dabei haben sie die Möglichkeit, die maximale Anzahl an Konsumtagen zu wählen. Da ein risikoarmer Konsum mindestens zwei trinkfreie Tage pro Woche beinhalten sollte, sind maximal 5 Konsumtage pro Woche als Ziel möglich. Die maximal mögliche Trinkmenge ist nicht wählbar, sondern wird vom Programm vorgegeben. Als Richtlinie gelten die Regeln für risikoarmen Konsum, die für Frauen 12 g und für Männer 24 g als Höchstgrenze für den vertretbaren Tageskonsum vorsehen. Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren können nur teilnehmen, wenn sie die Abstinenz (zumindest für die nächsten 14 Tage) als Konsumziel wählen, d. h. hier werden die in der Konzeption von Check your Drinking angelegten Konsumkriterien (siehe 3.3.2) konsequent weiterverfolgt.
- Kern des Programms Change your Drinking ist das **Trinktagebuch**, in dem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer täglich festhalten können, ob und wie viel Alkohol sie getrunken haben. Zur einfacheren Berechnung wird mit Standardgläsern gearbeitet. Nach Eingabe der Trinkmengen wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zunächst ein **kurzes Feedback** hierzu gegeben. Dabei werden drei Kategorien unterschieden: risikoarmer Konsum, riskanter und schädlicher Konsum. Letzterer ist definiert durch fünf oder mehr alkoholische Getränke am Tag.
- Im nächsten Schritt werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu eingeladen, sich mit ihren **Risikosituationen** auseinanderzusetzen. Das sind Situationen, in denen es ihnen entweder schwer gefallen ist, ihren Konsum zu kontrollieren oder in denen sie zu viel Alkohol getrunken haben. Daran anknüpfend wird ihnen empfohlen **Kontrollstrategien** zu entwickeln. Unterschieden werden Handlungen und Gedanken, die hilfreich sein können, die jeweilige Risikosituation zu bewältigen. Zur Unterstützung werden Beispiele anderer User angezeigt.<sup>9</sup>
- Auf der Startseite wird den Teilnehmenden jeden Tag ein neuer **Tipp des Tages** angezeigt. Diese enthalten Informationen zur Reduktion des Alkoholkonsums sowie Links zu entsprechenden Subseiten.
- Um die Motivation für eine reguläre Beendigung zu erhöhen, wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einerseits empfohlen, sich selbst eine **Belohnung** in Aussicht zu stellen, die fällig wird, wenn sie das Programm erfolgreich abschließen. Somit wird die Teilnahme mit einem positiven Aspekt in Verbindung gebracht.
- Andererseits werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu angeregt, ihre **persönlichen Gründe** für das Reduzieren zu reflektieren. Insbesondere bei einer noch ambivalenten Haltung kann das Nachdenken und Niederschreiben der persönlichen Beweggründe diejenigen

---

<sup>9</sup> Redaktionell bearbeitete Usereinträge

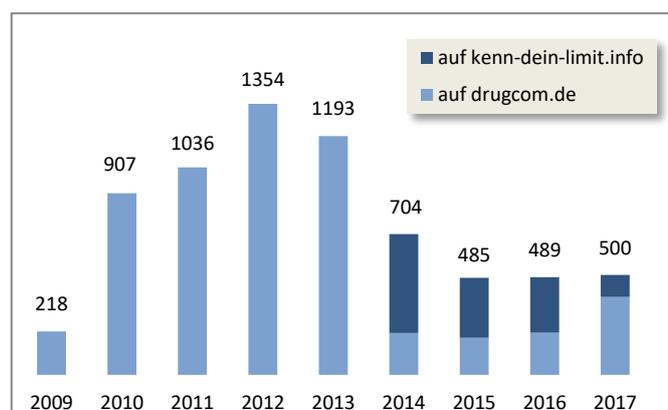
Motive stärken, die zur Verhaltensänderung führen. Zudem wird im Programm an gegebener Stelle darauf verwiesen, wenn beispielsweise das Reduzieren Schwierigkeiten bereitet.

- Des Weiteren stehen allgemeine **Tipps zur Reduzierung des Alkoholkonsums** zur Verfügung. Hieraus könnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Liste von Trinkstrategien zusammenstellen.
- Nach den ersten sieben Tagen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre erste **ausführliche Rückmeldung** auf den Alkoholkonsum der letzten Woche, unter Berücksichtigung des gewählten Programmziels. In der Rückmeldung wird auch auf eventuelle Veränderungen im Konsumverhalten eingegangen, d. h. die Daten aus dem Selbsttest Check your Drinking werden herangezogen. Zudem erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Tipps, wie sie mit ihren persönlichen Risikosituationen umgehen können. Eine zweite ausführliche Rückmeldung im selben Stil erfolgt nach 14 Tagen. Darin wird der gesamte Programmverlauf reflektiert, der die Ergebnisse aus dem Check your Drinking sowie aus den dokumentierten Alkoholkonsum der ersten und zweiten Woche der Programmteilnahme berücksichtigt.
- Das Programm wird flankiert von **automatisierten E-Mails**, die verschickt werden, wenn die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich mehrere Tage hintereinander nicht mehr in das Programm eingeloggt haben, um sie wieder dazu zu motivieren, das Programm regulär zu beenden.

### 3.7.3 Anmeldungen zu Change your Drinking

Seit dem Online-Start von Change your Drinking am 18.03.2009 haben bis Ende 2017 insgesamt 6.886 Personen das Programm genutzt. 2017 haben sich 500 Personen zur Teilnahme am Programm angemeldet. Der Selbsttest Check your Drinking und das Programm Change your Drinking werden zusätzlich seit August 2011 auf der BZgA-Website [www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info) angeboten. Das „Look & Feel“ entspricht zwar dem Design von [kenn-dein-limit.info](http://kenn-dein-limit.info), die Anmeldungen gehen jedoch in die drugcom-Statistik ein. Allerdings wird erst seit 2014 erfasst, auf welcher Domäne die Anmeldung erfolgt. 2017 haben sich 22 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Jahr 2017 über die Website von [kenn-dein-limit.info](http://kenn-dein-limit.info) bei Change your Drinking angemeldet. 78 % der Anmeldungen erfolgten direkt über [drugcom.de](http://drugcom.de). Die Anmeldungen über [kenn-dein-limit.info](http://kenn-dein-limit.info) sind weiterhin rückläufig (2016: 57 %; 2015: 62 %; 2014: 70 %).

Abbildung 16: Anmeldungen seit Programmstart am 3. März 2009 bis 31.12.2017 (n=6.886)



27 Personen haben bei der Anmeldung den Gaststatus gewählt, d. h. haben Daten eingegeben, die sich nicht auf sie persönlich beziehen, oder es liegen unvollständige Datensätze von ihnen vor. Diese User werden aus den folgenden deskriptiven Analysen ausgeschlossen, so dass ein **bereinigter Datensatz von 473 Personen** verbleibt.

### 3.7.4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Change your Drinking

Die Teilnahme am Programm steht, außer für unter 14-Jährige, allen Personen offen. 2017 war der jüngste Teilnehmer 14 Jahre alt, der älteste 71. Das mittlere Alter (Median) betrug 35 Jahre und ist im Vergleich zum Vorjahr um drei Jahre gestiegen. Die Mehrzahl der Teilnehmenden ist männlich (56%). Das Bildungsniveau der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist 2017 im Vergleich zum Vorjahr etwas gestiegen. Fast drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügen über ein hohes Bildungsniveau, d. h. haben die Schule mit dem (Fach-)Abitur abgeschlossen oder streben diesen Abschluss an.

**Tabelle 14: Change your Drinking - soziodemografische Merkmale zu Programmbeginn**

	2016 (n=452)	2017 (n=473)
Männlich	55 %	56 %
Alter (Median)	32 Jahre	35 Jahre
14-17 Jahre	7 %	6 %
18-24 Jahre	22 %	15 %
25-30 Jahre	15 %	18 %
älter als 30 Jahre	56 %	61 %
Bildungsniveau aktuell/abgeschlossen		
kein Abschluss	1 %	1 %
Hauptschule	6 %	5 %
Realschule	17 %	16 %
Gymnasium/Abitur/Fachabitur	33 %	26 %
Studium	40 %	49 %
Sonstige Schule	4 %	5 %

Die Maße zum Trinkverhalten zeigen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Change your Drinking ein hohes Trinkniveau aufweisen. Im Schnitt trinken sie an vier Tagen die Woche insgesamt 276 g reinen Alkohol. Teilnehmende Männer trinken mehr als Frauen. Werden die Kriterien für riskanten Alkoholkonsum aus dem Alkoholsurvey der BZgA (Orth, 2017) zugrunde gelegt, so überschreitet allerdings ein größerer Anteil an Frauen die Grenzwerte. Frauen wird empfohlen nicht mehr als 12 g reinen Alkohol am Tag zu trinken. Bei Männern liegt die Grenze bei 24 g.

**Tabelle 15: Change your Drinking – Screeningergebnisse zu Programmbeginn**

	2016	2017		
	gesamt (n=452)	gesamt (n=473)	männlich (n=266)	weiblich (n=207)
Konsumtage i. d. l. Woche $\emptyset$ (Standardabweichung)	4,1 (2,1)	4,2 (2,1)	4,2 (2,2)	4,2 (1,9)
Konsummenge in g reiner Alkohol i. d. l. Woche $\emptyset$ (Standardabweichung)	257 g (172 g)	276 g (205 g)	320 g (231 g)	(220 g) (148 g)
Riskanter Konsum (m: $\geq$ 24 g; w: $\geq$ 12 g)	78 %	79 %	74 %	85 %
Rauschtrinken i. d. l. Woche ( $\geq$ 5 Standardgläser an einem Tag)	78 %	78 %	82 %	73 %

2017 erfüllten 95 % der angemeldeten Personen den Cut-off-Wert im AUDIT (ab 18 Jahre) und 72 % im CRAFFT (14-17 Jahre). Mit durchschnittlich 18,5 Punkten im AUDIT befinden sich die Erwachsenen deutlich im riskanten Bereich. Ab 16 Punkten empfiehlt die WHO Kurzinterventionen zur Senkung des Alkoholkonsums (Babor, Higgins-Biddle, Saunders et al., 2001). Im Vergleich zu 2016 haben sich keine bedeutsamen Veränderungen abgezeichnet. Während es bei den Erwachsenen keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Screening gibt, zeigen weibliche Jugendliche eine stärker ausgeprägte Problematik als männliche Jugendliche.

**Tabelle 16: Change your Drinking – Screeningergebnisse zu Programmbeginn**

	2016		2017	
	gesamt	gesamt	männlich	weiblich
AUDIT	(n=420)	(n=445)	(n=248)	(n=197)
Anzahl Punkte $\bar{x}$	17,9	18,5	18,7	18,4
(Standardabweichung)	(6,4)	(6,7)	(6,4)	(7,1)
Cut-off $\geq 8$ Punkte	93 %	95 %	95 %	95 %
CRAFFT	(n=32)	(n=28)	(n=18)	(n=10)
Anzahl Punkte $\bar{x}$	2,8	2,7	2,5	3,0
(Standardabweichung)	(1,3)	(2,2)	(2,5)	(1,4)
Cut-off $\geq 2$ Punkte	81 %	72 %	68 %	80 %
AUDIT oder CRAFFT positiv	92 %	94 %	94 %	94 %

### 3.7.5 Nutzung von Change your Drinking

Im Rahmen der Anmeldung können die erwachsenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Change your Drinking ein konsumbezogenes Ziel wählen. Sie haben die Wahl, ob sie Abstinenz für die nächsten 14 Tage oder eine nicht zu überschreitende Anzahl an Trinktagen anzielen wollen. Maximal fünf Konsumtage pro Woche sind möglich. Jugendliche, die am Programm teilnehmen, können nur die Abstinenz als Ziel wählen, da es keine Grenze für risikoarmen Konsum bei Jugendlichen gibt.

Im Schnitt beabsichtigen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, auf durchschnittlich zwei Konsumtage zu reduzieren. Etwa drei von zehn Männern und Frauen haben die Abstinenz gewählt (Tabelle 17).

**Tabelle 17: Change your Drinking – Gewähltes Ziel zu Programmbeginn (nur Erwachsene)**

Gewähltes Ziel	2016		2017	
	gesamt	gesamt	männlich	weiblich
	(n=445)	(n=445)	(n=248)	(n=197)
Anzahl Konsumtage $\bar{x}$	1,8	1,9	1,8	2,0
Abstinenz	32 %	29 %	30 %	28 %

2017 hat die Tagebuchnutzung wieder etwas zugenommen (Tabelle 18). Während 2016 vier von fünf der Teilnehmenden keine Einträge im Tagebuch vorgenommen haben, ist der Anteil der Nichtnutzer 2017 auf 63 % gesunken.

Die vorübergehend niedrigere Inanspruchnahme in 2016 war vermutlich auf technische Probleme zurückzuführen, die zur Folge hatten, dass keine Erinnerungsmails verschickt wurden. Die E-Mails haben den Zweck, zur weiteren Teilnahme zu motivieren, wenn an zwei aufeinanderfolgenden Tagen

keine Einträge vorgenommen wurden. Der Fehler wurde erst im März 2017 entdeckt. Hinzu kam, dass aufgrund eines Fehlers bei der Darstellung des iFrames auf kenn-dein-limit.info, der Button zum Speichern neuer Tagebucheinträge bis Juli 2016 nicht angezeigt wurde. Beide Fehler wurden umgehend behoben, was vermutlich zur Verbesserung der Tagebuchnutzung beigetragen hat.

**Tabelle 18: Nutzung des Tagebuchs von Change your Drinking**

Gewähltes Ziel	2016	2017		
	gesamt (n=452)	gesamt (n=445)	männlich (n=248)	weiblich (n=197)
durchschnittl. Nutzung	2,9 Tage	4,3 Tage	4,9	3,6
vollständige Nutzung	20%	28%	32%	23%
keine Nutzung	77%	63%	59%	67%

## 4. Literatur

- Barbor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Second Edition. WHO.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Köln: BZgA.  
<http://www.bzga.de/pdf.php?id=1be102ef7ebbdeadf2348e806bdfb295>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016). drugcom.de - Jahres- und Evaluationsbericht 2015. <http://www.drugcom.de/pdf.php?id=f95af607a373222a334a2b7dbc3dd0f9>
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2\\_Themen/1\\_Drogenpolitik/Nationale\\_Strategie\\_Druckfassung-Dt.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf)
- Diener, E. (2006). Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale.  
<http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf>
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Feierabend, S., Plankenhorn, T. & Rathgeb, T. (2017). JIM 2017. Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs). <https://www.mpfs.de/studien/jim-studie/2017/>
- Franzkowiak, P. (2001). Risikokompetenz in der Suchtprävention – Potentiale und Probleme. *Prävention*, 24 (4), 102-104.
- Franzkowiak, P. & Schlömer, H. (2003). Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis. *Suchttherapie*, 4, 175-182.
- Kammermann, J., Stieglitz, R.-D. & Riecher-Rössler, A. (2009). „Selbstscreen-Prodrom“ - Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 77, 278-284.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2005). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.  
<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/?sub=100>
- Orth, B. (2017). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/?sub=107>

- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München: IFT Institut für Therapieforschung. [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2015\\_Alkohol-Kurzbericht.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2015_Alkohol-Kurzbericht.pdf)
- 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.
- Statistisches Bundesamt (2017). Statistisches Jahrbuch. Kapitel 3 Bildung. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bildung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bildung.pdf?__blob=publicationFile)
- Steiner, S., Baumeiser, S. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S57-S63.
- Tossmann, P., Kasten, L., Lang, P. & Strüber, E. (2009). Bestimmung der konkurrenten Validität des CRAFFT-d. Ein Screeninginstrument für problematischen Alkoholkonsum bei Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 37(5), 451-459.
- Tossmann, P., Jonas, B., Tensil, M.-D., Lang, P. & Strüber, E. (2011). A Controlled Trial of an Internet-Bases Intervention Programm for Cannabis Users. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 673-679. <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/cyber.2010.0506>

## 5. Anhang

Anhang 1	Glossar .....	52
Anhang 2	Entwicklung der Zugriffe .....	54
Anhang 3	Bereichsnutzung 2017 .....	55
Anhang 4	Chat- und E-Mail-Beratung.....	57

## Anhang 1 Glossar

Adblocker	Adblocker sind Computerprogramme, die in der Regel als Browsererweiterungen installiert werden und unerwünschte Werbung auf Websites ausblenden sollen.
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. Gebräuchliche Webbrowser sind z. B. der Microsoft Edge, Mozilla Firefox, Google Chrome oder Apple Safari.
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.
IP-Adresse	Jedem Computer im Internet wird eine eindeutige Internetprotokoll-Adresse zugewiesen, um Daten zwischen Computern 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. Seit dem 1.1.2010 werden auf BZgA-Domains jedoch keine IP-Adresse mehr dauerhaft gespeichert.
Logfile-Analyse	In der Server-Logfile→ wird jeder „Klick“ eines Users protokolliert. Dadurch entstehen mitunter sehr große Datenmengen, die mit Hilfe einer speziellen Analyse-Software ausgewertet werden können.
Responsive Design	Die Größe von Bildschirmen auf Desktop-Rechnern, Laptops, Tablet-Rechnern und Smartphone kann erheblich variieren. Der grafische Aufbau einer Website wird beim Responsive Design so angepasst, dass für jedes Gerät eine optimale Anordnung der Website-Elemente erzielt wird. Dies betrifft insbesondere die Navigation, Spalten und Texte sowie die Eingabe über Maus oder Touchscreen.
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, Session-ID	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, die mit einer eindeutigen anonymen ID versehen wird. Solange eine Nutzerin bzw. ein Nutzer seinen bzw. ihren Browser nicht schließt, werden alle Aktivitäten einer Session zugeordnet. Schließt die Person jedoch den Browser und öffnet sie anschließend erneut www.drugcom.de, so wird eine zweite

Session erzeugt.

Da bei jedem Öffnen eines Browsers jeweils eine neue Session-ID vergeben wird, wird diese Art der Zugriffsstatistik 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.

#### Verweise

Führt ein Klick auf einen Link zu einer anderen Domäne – z. B. durch ein Suchergebnis bei Google zu [drugcom.de](http://www.drugcom.de) – 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 Besuchen beitragen.

#### 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. <http://> oder <ftp://>) und einem Server-Namen, der wiederum aus dem Namen des Servers und seiner Domain besteht (z. B. [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)).

#### Usertracking

Beim Usertracking werden nicht die IP-Adressen → ausgewertet, sondern die bei jedem Besuch der Website angelegte anonymisierte Session-ID →. Eine Session entspricht in etwa einem Besuch, wobei anzunehmen ist, dass die sessionbasierte Zugriffsstatistik anders zählt als die Analyse per (anonymisierter) IP-Adresse. Wenn mehrere Nutzerinnen und Nutzer beispielsweise sich mittels eines Routers im Internet bewegen, was in den meisten Firmen und Behörden der Fall ist, werden alle Personen gemeinsam nur als ein Besuch gezählt.

Das Verfahren des Usertrackings ermöglicht die Verknüpfung von reaktiven (Angaben der Nutzer) und nicht-reaktiven Daten (Nutzung bzw. „Clicks“). Dadurch können beispielweise Aussagen zum Zusammenhang zwischen Geschlecht, Alter oder Bildungsniveau und den betrachteten Seiten der Domain gemacht werden.

## Anhang 2 Entwicklung der Zugriffe

**Tabelle 19: Entwicklung der Zugriffe auf drugcom.de 2001 bis 2017**

Jahr	Seitenaufrufe	Besuche	Besuche/Tag	Seitenaufrufe/Besuch	Zeit/Besuch
2001	902.775	53.588	327	17	00:06:44
2002	3.103.569	166.581	456	19	00:07:44
2003	4.151.656	207.413	568	20	00:06:53
2004	8.986.876	400.897	1.095	22	00:07:34
2005	10.817.449	678.801	1.860	16	00:06:11
2006	8.299.213	664.667	1.821	13	00:06:21
2007	9.906.767	868.754	2.384	11	00:05:38
2008	9.621.055	762.408	2.085	13	00:06:47
2009	9.368.017	764.885	2.096	12	00:04:52
2010	8.703.240	786.701	2.163	11	00:05:02
2011	7.701.896	810.716	2.221	10	00:04:24
2012	6.722.548	812.823	2.221	8	00:04:39
2013	6.487.066	1.012.633	2.774	6	00:05:45
2014	6.400.099	1.303.848	3.572	5	00:05:28
2015	6.672.015	1.647.438	4.514	4	00:06:10
2016	7.265.716	1.958.995	5.367	4	00:06:37
2017	4.675.034	1.539.969	4.219	3	00:02:21

**Tabelle 20: Entwicklung der Verweise zu drugcom.de 2004 bis 2017**

Jahr	Suchmaschinen		Websites		direkte Zugriffe		gesamt
	n	%	n	%	n	%	n
2004	96.184	24	76.875	19	227.838	57	400.897
2005	236.954	35	71.860	11	369.987	55	678.801
2006	162.683	24	78.207	12	423.777	64	664.667
2007	268.700	31	98.052	11	502.002	58	868.754
2008	340.286	45	89.270	12	332.852	44	762.408
2009	383.199	50	85.437	11	296.249	39	764.885
2010	403.998	51	208.122	26	174.581	22	786.701
2011	410.114	51	239.415	30	161.187	20	810.716
2012	474.762	58	130.863	16	207.198	25	812.823
2013	575.232	57	145.577	14	291.824	29	1.012.633
2014	856.565	66	87.715	7	359.568	28	1.303.848
2015	1.130.566	69	74.208	5	442.663	27	1.647.437
2016	1.371.637	70	76.407	4	510.947	26	1.958.991
2017	1.175.069	76	101.546	7	263.353	17	1.539.968

## Anhang 3 Bereichsnutzung 2017

Tabelle 21: Desktopwebsite vs. mobile Website (Sessions, Mehrfachangaben möglich)

Bereich	Desktopwebsite		mobile Website		
	n	%	n	%	
gesamt	1.435.144	100,0	1.275.818	100,0	
News	116.008	8,1	88.004	6,1	
Abstimmen	9.351	0,7	4.915	0,1	
Topthema	219.310	15,3	379.184	23,9	
Drogenlexikon	32.221	2,2	14.716	0,9	
Drogen	87.180	6,1	27.033	3,1	
	Alkohol	11.262	0,8	1.265	0,1
	Cannabis	17.999	1,3	4.283	0,6
	Ecstasy	11.735	0,8	4.697	0,5
	Halluzinogene	7.938	0,6	1.534	0,1
	Kokain	11.335	0,8	4.008	0,5
	Nikotin	7.553	0,5	951	0,1
	Opiate	8.018	0,6	2.389	0,3
	Speed	11.880	0,8	6.837	0,8
	Crystal	6.771	0,5	233	0,0
Wissenstests	44.914	3,1	7.183	0,5	
	Alkohol	8.346	0,6	810	0,1
	Cannabis	10.001	0,7	2.597	0,1
	Ecstasy	6.510	0,5	1.137	0,1
	Halluzinogene	4.933	0,3	370	0,0
	Kokain	5.864	0,4	764	0,1
	Nikotin	5.491	0,4	359	0,0
	Opiate	4.272	0,3	250	0,0
	Speed	5.557	0,4	1.263	0,1
	Spezial	2.034	0,1	309	0,0
Teste dich!	134.235	9,4	45.999	2,4	
	Check your Drinking	92.147	6,4	4.029	0,2
	Cannabis Check	37.156	2,6	41.185	2,1
Beratung & Hilfe	45.141	3,1	4.534	0,2	
	Change your Drinking	27.028	1,9	567	0,0
	Chat	8.213	0,6	1.075	0,0
	E-Mail-Beratung	820	0,1	238	0,0
FAQ	206.331	14,4	368.229	34,9	
Video	4.117	0,3	531	0,0	
Banner	4.097	0,3	6	0,0	
Animation	5.541	0,4	272	0,1	

**Tabelle 22: 2016 vs. 2017 (Sessions, Desktop und mobil, Mehrfachangaben möglich)**

Bereich	2016		2017		Veränderung	
	n	%	n	%	n	%
gesamt	3.815.570	100,0	2.710.962	100,0	-1.104.608	-29,0
News	267.702	7,0	204.012	7,5	-63.690	-23,8
Abstimmen	15.117	0,4	14.266	0,5	-851	-5,6
Topthema	814.658	21,4	598.494	22,1	-216.164	-26,5
Drogenlexikon	59.223	1,6	46.937	1,7	-12.286	-20,7
Drogen	204.401	5,4	114.213	4,2	-90.188	-44,1
Alkohol	19.180	0,5	12.527	0,5	-6.653	-34,7
Cannabis	46.545	1,2	22.282	0,8	-24.263	-52,1
Ecstasy	28.400	0,7	16.432	0,6	-11.968	-42,1
Halluzinogene	15.757	0,4	9.472	0,3	-6.285	-39,9
Kokain	29.637	0,8	15.343	0,6	-14.294	-48,2
Nikotin	11.513	0,3	8.504	0,3	-3.009	-26,1
Opiate	18.808	0,5	10.407	0,4	-8.401	-44,7
Speed	37.987	1,0	18.717	0,7	-19.270	-50,7
Crystal	10.586	0,3	7.004	0,3	-3.582	-33,8
Wissenstests	71.087	1,9	52.097	1,9	-18.990	-26,7
Alkohol	12.809	0,3	9.156	0,3	-3.653	-28,5
Cannabis	16.946	0,4	12.598	0,5	-4.348	-25,7
Ecstasy	11.130	0,3	7.647	0,3	-3.483	-31,3
Halluzinogene	7.328	0,2	5.303	0,2	-2.025	-27,6
Kokain	9.276	0,2	6.628	0,2	-2.648	-28,5
Nikotin	7.982	0,2	5.850	0,2	-2.132	-26,7
Opiate	6.175	0,2	4.522	0,2	-1.653	-26,8
Speed	10.964	0,3	6.820	0,3	-4.144	-37,8
Spezial	3.813	0,1	2.343	0,1	-1.470	-38,6
Teste dich!	172.980	4,5	180.234	6,6	+7.254	+4,2
Check your Drinking	75.393	2,0	96.176	3,5	+20.783	+27,6
Cannabis Check	86.161	2,3	78.341	2,9	-7.820	-9,1
Beratung & Hilfe	50.206	1,3	49.675	1,8	-531	-1,1
Change your Drinking	20.652	0,5	27.595	1,0	+6.943	+33,6
Chat	11.932	0,3	9.288	0,3	-2.644	-22,2
E-Mail-Beratung	1.229	0,0	1.058	0,0	-171	-13,9
FAQ	1.059.294	27,8	574.560	21,2	-484.734	-45,8
Video	5.672	0,1	4.648	0,2	-1.024	-18,1
Banner	5.656	0,1	4.103	0,2	-1.553	-27,5
Animation	10.767	0,3	5.813	0,2	-4.954	-46,0

## Anhang 4 Chat- und E-Mail-Beratung

**Tabelle 23: Trends in der Inanspruchnahme des Chats und der Beratung (Anzahl)**

	Chat-Logins	Chat-Beratungen	E-Mail-Beratungen
2001	1.209	156	69
2002	1.881	374	299
2003	4.009	573	410
2004	3.821	354	735
2005	6.416	339	698
2006	3.048	228	514
2007	3.124	391	675
2008	3.288	254	561
2009	2.924	241	526
2010	3.648	204	402
2011	3.820	359	451
2012	1.893	142	223
2013	1.057	144	200
2014	1.254	186	195
2015	1.290	243	218
2016	674	157	198
2017	542	118	179

**Tabelle 24: Trends bei den substanzspezifischen Themen in der Chat- und E-Mail-Beratung (Angaben in Prozent)**

	Cannabis	Alkohol	Ecstasy	Amphetamine	Kokain
2001	45	15	22	12	11
2002	45	9	23	18	6
2003	42	12	15	16	7
2004	66	21	17	19	10
2005	43	14	8	12	8
2006	51	17	5	13	6
2007	39	17	5	10	6
2008	47	15	7	15	8
2009	50	16	4	16	10
2010	42	16	3	15	6
2011	31	16	6	20	9
2012	40	27	7	22	6
2013	31	24	4	16	7
2014	40	26	6	20	6
2015	32	26	10	16	5
2016	34	21	5	12	6
2017	30	20	6	12	9

**Tabelle 25: Substanzspezifische Themen in der Beratung 2017 (Angaben in Prozent, Mehrfachangaben möglich)**

	gesamt (n=297)	E-Mail-Beratung (n=179)	Chatberatung (n=118)
keine Substanz	1	1	-
Drogen allgemein	8	12	3
Cannabis	30	34	23
Alkohol	20	22	17
Amphetamine	12	11	14
Medikamente	7	6	8
Kokain	9	10	9
Ecstasy	6	8	3
Nikotin	1	1	1
Opiate / Opioide	3	3	3
Biodrogen (z. B. Pilze)	1	-	1
LSD und andere synthetische Halluzinogene	2	2	3
andere Substanzen	1	1	3