

6. Jahrgang, Heft 1, Artikel 2 – April 2010

Suchtprävention im Internet am Beispiel von www.drugcom.de

Marc-Dennan Tensil & Evelin Strüber

Zusammenfassung

Illegale Drogen, insbesondere Cannabis, stellen trotz leicht sinkender Konsumzahlen weiterhin eine Herausforderung für die Suchtprävention dar. Die Aufgabe der selektiven Prävention besteht zum einen darin, Konsumierende über die Risiken aufzuklären. Zum anderen gilt es, problematische Konsummuster frühzeitig zu erkennen und adäquate Hilfeangebote zu machen, um eine weitere Eskalation des Konsums zu verhindern. Das Internet bietet hierfür ideale Voraussetzungen, hat es sich doch mittlerweile als Alltagsmedium besonders bei jungen Menschen etabliert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet daher seit 2001 mit www.drugcom.de ein Suchtpräventionsportal an, das in erster Linie junge Menschen anspricht, die psychoaktive Substanzen konsumieren und sich über Risiken und Nebenwirkungen informieren wollen. Eingebettet in die Website ist ein spezielles Programm, in dem Cannabiskonsumierende, die ihren Konsum einstellen oder reduzieren wollen, von professionellen Beraterinnen und Beratern betreut werden.

Keywords

Online-Beratung, Chat-Beratung, E-Mail-Beratung, Jugendliche, Suchtprävention, selektive Prävention, Drogenkonsum, illegale Drogen, Cannabis

AutorInnen

- **Marc-Dennan Tensil**
- Diplom-Psychologe
- Projektleiter bei der delphi-Gesellschaft
- Schwerpunkt: Entwicklung von Internet-basierten Präventionsprogrammen
- **Kontakt:** delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH
Behaimstr. 20
10585 Berlin
E-Mail: tensil@delphi-gesellschaft.de
Web: <http://www.delphi-gesellschaft.de>

- **Evelin Strüber**
- Diplom-Soziologin
- verantwortliche Referentin der BZgA für das Suchtpräventionsprojekt
<http://www.drugcom.de>
- **Kontakt:** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Referat: Prävention des Substanzmissbrauchs. Suchtprävention
Ostmerheimer Str. 200
51109 Köln
E-Mail: evelin.strueber@bzga.de
Web.: <http://www.bzga.de>

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Trotz eines leicht rückläufigen Konsums in den letzten Jahren ist der Konsum von Cannabis weiterhin auf einem hohen Niveau in Deutschland. Laut einer repräsentativen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2007) haben 15,1% aller 12- bis 19-Jährigen schon einmal Cannabis konsumiert. Bei den meisten Jugendlichen handelt es sich jedoch nur um Probier- oder Gelegenheitskonsum. Ein Teil der Jugendlichen geht allerdings schon früh zu einem regelmäßigen Konsum über. Laut einer Repräsentativbefragung aus 2007 trifft dies auf 2,3% der 14- bis 17-jährigen und 4,3% der 18- bis 19-jährigen Jugendlichen zu (BZgA, 2007). Die stärkste Verbreitung findet sich unter jungen Erwachsenen. Ausgehend vom Epidemiologischen Suchtsurvey mit Zahlen aus 2006 haben 42,4% aller 21- bis 24-Jährigen schon einmal Cannabis konsumiert, 7,3% auch in den letzten 30 Tagen (Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, 2008).

Neben Cannabis spielen auch Stimulanzien wie Ecstasy (MDMA), Amphetamine und Kokain bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Rolle. So haben 2,3 Prozent der 18- bis 24-Jährigen Amphetamine, 2,1% Ecstasy und 1,9% Kokain in den letzten 12 Monaten konsumiert. In bestimmten Settings wie der Partyszene ist jedoch nicht nur von einer stärkeren Verbreitung des Konsums auszugehen, Besucherinnen und Besucher von Clubs und Diskos betreiben zudem besonders riskante Konsummuster wie dem Mischkonsum, der im Hinblick auf gesundheitliche Folgeprobleme von besonderem Interesse für die Prävention sein dürfte (Tossmann, Boldt & Tensil, 2001).

Der Konsum von legalen und illegalen Drogen muss insofern als eine Realität betrachtet werden, der sich auch die Suchtprävention stellen muss. Zunächst einmal gilt es, Konsumierende überhaupt zu erreichen. Denn dass gerade Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen Präventionsangeboten durchaus mit einem gewissen Misstrauen begegnen, zumal, wenn sie von staatlicher Seite kommen, dürfte nachvollziehbar sein. Daher ist es ein vorrangiges Ziel der BZgA, Akzeptanz in der Zielgruppe zu schaffen und Glaubwürdigkeit in den Angeboten zu vermitteln. Der berühmt-berüchtigte „ausgestreckte Zeigefinger“, also Vorschriften und Verbote, sind hier kontraproduktiv, da jede Botschaft als unglaubwürdig und bevormundet wahrgenommen werden würde. Junge Menschen wollen als mündige Bürgerinnen und Bürger angesprochen werden. Für die BZgA war es deshalb eine besondere Herausforderung, sowohl ein zielgruppenaffines Angebot zu schaffen, das eine hohe Akzeptanz und Glaubwürdigkeit unter jungen Menschen genießt als auch Methoden zu entwickeln, die präventiv in dieser Zielgruppe wirksam werden. Hierfür scheint das Internet ideale Bedingungen zu liefern.

Für viele junge Menschen ist das Internet inzwischen ein selbstverständliches Alltagsmedium. Laut JIM-Studie aus 2009 nutzen inzwischen 90% der 12- bis 19-Jährigen mehrmals die Woche das Internet (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2009). Aus der Perspektive der Suchtprävention verbindet das Internet die Vorteile der Massenkommunikation durch das Erreichen einer potentiell großen Zielgruppe mit den Vorzügen personal-kommunikativer Ansätze, da

das Internet es gleichsam erlaubt, sowohl mit Einzelpersonen als auch mit Gruppen in einen Dialog zu treten. Daher hat die BZgA mit www.drugcom.de ein Suchtpräventionsportal konzipiert, dessen primäres Ziel es zunächst ist, Akzeptanz in der Zielgruppe zu erzielen. Denn Prävention via Internet funktioniert natürlich nur, wenn die Angebote auch wahrgenommen und genutzt werden. Neben einem zielgruppenaffinen Design wurde daher besonderer Wert auf interessante Inhalte und ein aktuelles und umfassendes Informationsangebot gelegt. Für viele junge Menschen sind der Besuch der Website und die Inanspruchnahme der Beratungsangebote schließlich auch der erste Schritt in das Suchthilfesystem.

2. Theoretische Grundlagen

Die Entwicklung von „drugcom.de“ orientierte sich insbesondere an entwicklungspsychologischen sowie an gesundheitspsychologischen Modellen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

2.1 Entwicklungspsychologische Modelle

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

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

2.2 Gesundheitspsychologische Modelle

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

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

3. Ziele von „drugcom.de“

Das Suchtpräventionsprojekt „drugcom.de“ als Teil der Drogenprävention der Bundesregierung ist der programmatischen Zielvorgabe verpflichtet, wie sie im Aktionsplan Drogen und Sucht formuliert wurde (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003). Demnach gilt es im Umgang mit Suchtmitteln nicht nur, diesen zu verhindern oder hinauszuzögern, sondern auch „riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003, S. 21). Hierfür wurde auch der Begriff der Risikokompetenz (Franzkowiak, 2001) geprägt, die zu stärken die wichtigste Aufgabe von „drugcom.de“ ist. Das Konzept der Risikokompetenz ist nicht zuletzt auf die wissenschaftliche Erforschung jugendlichen Risikoverhaltens zurückzuführen, das typischerweise geprägt ist von den Bedürfnissen nach Genuss, Lust und Abenteuer. Dies schließt auch den (Probier-)Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Al-

kohol, Cannabis und anderen Drogen oftmals mit ein, weshalb der Umgang mit diesen Substanzen als eine für alle Jugendlichen zu lösende Entwicklungsaufgabe betrachtet werden kann (Franzkowiak & Schlömer, 2003). Daher sei es sinnvoll, „die Überführung von jugendlichem Risikoverhalten in lebenslange Risikokompetenz in den Zielkatalog der Suchtprävention aufzunehmen“ (S. 177).

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

| Zielebenen | Ziele |
|-------------------|---|
| Wissen | ▪ Aufklärung über die Wirkungen und Risiken von Drogen und Drogenkonsum |
| Einstellung | ▪ Förderung von Problembewusstsein und einer kritischen Einstellung gegenüber eigenem Konsumverhalten |
| Verhalten | ▪ Förderung eines risikoarmen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen ▪ Förderung von Punktnüchternheit, mäßigem Konsum in tolerierten Situationen ▪ Vermittlung von Kompetenzen zur Reduzierung oder Absetzung von Substanzen |

Tabelle 1: Zielebenen und Ziele von drugcom.de -

4. Methoden von „drugcom.de“

Das Gesamtangebot von „drugcom.de“ ist modular aufgebaut und umfasst Informationsangebote sowie Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten, die leicht über die Startseite von „drugcom.de“ aufgerufen werden können (siehe Abb 1.). Im Folgenden werden die Module vorgestellt, die jeweils zur Umsetzung der Ziele von „drugcom.de“ entwickelt wurden. Dabei gilt es zu bedenken ist, dass hier lediglich die wesentlichen Subziele der jeweiligen drugcom-Module angegeben werden. So ist beispielsweise die Wissensvermittlung die wichtigste Aufgabe der Wissenstests. Ein Nebeneffekt könnte aber auch sein, dass der eine oder die andere beispielsweise den eigenen Cannabiskonsum durch die Beschäftigung mit dem Thema überdenkt und anschließend den „cannabis check“ nutzt. Zumindest sekundär ist demnach mit allen Informationsangeboten auch das Ziel der kritischen Überprüfung des eigenen Konsumverhaltens verbunden.



Abb. 2: Startseite von drugcom.de –

4.1 Ziel: Wissensvermittlung

Die Vermittlung von Informationen, um das Wissen über die Risiken des Konsums zu erhöhen, ist eine wichtige Methode in der Suchtprävention. Allerdings darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Effektivität der Informationsvermittlung als Mittel der Prävention nicht unumstritten ist. Gut belegt ist hingegen der Effekt, dass die Merkfähigkeit mit der Tiefe der kognitiven Verarbeitung ansteigt (Craik & Tulving, 1975). Das heißt, wer sich stärker mit einer Thematik auseinandersetzt, wird sich die dargebotenen Informationen besser merken können. Daher werden auf „drugcom.de“ insbesondere Wissens-tests gewissermaßen als Vehikel der Prävention benutzt, da sie ein attraktives Angebot für die Zielgruppe darstellen. Dabei handelt es sich um Multiple-Choice-Tests zu acht verschiedenen Substanzen, bei denen sowohl auf richtige, wie auch auf falsche Antworten differenzierte Erklärungen gegeben werden. Wenn das Interesse geweckt ist, bieten weiterführende Links vertiefende Informationen. Bei dieser Form der Wissensvermittlung soll das für Jugendliche typische „Surfverhalten“ – der spielerische, nicht unbedingt zielgerichtete Umgang mit dem Internet – aktiviert und genutzt werden. Auswertungen des Nutzungsverhaltens belegen, dass die Wissens-tests die mit Abstand meist genutzten Inhalte von „drugcom.de“ sind. 2008 wurden die Wissens-tests rund 170.000-mal aufgerufen.

Neben den Testmöglichkeiten bietet „drugcom.de“ einen umfangreichen und wissenschaftlich abgesicherten Informationspool. Interessierte finden hier ein Dro-

genlexikon sowie weiterführende Informationen unter den häufig gestellten Fragen. Im Bereich Mischkonsum erzählen Konsumentinnen und Konsumenten von ihren persönlichen Erfahrungen mit bestimmten Substanzkombinationen. Da es bislang nur wenige wissenschaftlich abgesicherte Informationen zu den gesundheitlichen Folgen des Mischkonsums illegaler Drogen gibt, wurden ausgewiesene Expertinnen und Experten auf diesem Gebiet dazu gebeten, Einschätzungen zu den genannten Mischkonsummustern zu geben. Beides – Konsumerichte und Expertenkommentare – werden nebeneinander gestellt. So können sich die Leserinnen und Leser ihr eigenes Bild über das Risikopotential von Mischkonsummustern machen.

Ein weiteres wichtiges Element der Website sind aktuelle Meldungen und monatliche Topthemen. Kontinuierlich werden neue wissenschaftliche Publikationen im Bereich des Substanzkonsums in Fachjournalen veröffentlicht. Hieraus die für die Zielgruppe relevanten Themen zu filtern und leicht verständlich aufzubereiten ist eine wichtige Aufgabe von „drugcom.de“. Um den Nutzerinnen und Nutzern eine Gelegenheit zum „Mitmachen“ zu geben, wird monatlich zu einem ausgewählten Thema eine Frage zur Abstimmung gestellt. Das aktuelle Abstimmungsergebnis wird schließlich umgehend rückgemeldet, flankiert von vertiefenden Informationen.

4.2 Ziel: Einstellungsänderung

In der Häufigkeit der Nutzung nur knapp hinter den Wissenstests rangieren die verhaltensbezogenen Selbsttests zu den Substanzen Alkohol und Cannabis. Mit Hilfe des „cannabis check“ und des „check your drinking“ können die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ ihr eigenes Konsumverhalten überprüfen. Sie erhalten ein differenziertes Feedback, in dem auf ihr Konsumverhalten und den daraus möglicherweise resultierenden gesundheitlichen Risiken eingegangen wird. Besonderen Wert wurde auf die Formulierung der Feedbacks gelegt, um nicht Widerstand als Reaktion auf ein kritisches Ergebnis zu provozieren. Es wird somit im Sinne der Frühintervention schon in einem vergleichsweise frühen Stadium vor möglichen Folgen gewarnt, um die Person für Risiken zu sensibilisieren.

4.3 Ziel: Verhaltensänderung

Informationen können viele, aber nicht alle Fragen von Konsumentinnen und Konsumenten und nahestehenden Betroffenen beantworten. Oftmals sind persönliche Krisen oder psychische Probleme mit dem Substanzkonsum verbunden. Der Besuch einer Beratungsstelle wäre hier für viele ratsam, doch ist bekannt, dass beispielsweise ein Großteil derer, die nach objektiven Kriterien einen problematischen Cannabiskonsum aufweisen, den Gang in eine Drogenhilfeeinrichtung scheuen (Perkonig, Pfister, Lieb, Bühringer & Wittchen, 2004). Die Online-Beratung kommt hier den Bedürfnissen der Zielgruppe nach einer unkomplizierten und anonymen Möglichkeit, persönlichen Rat einzuholen, entgegen.

Auf „drugcom.de“ finden Ratsuchende mehrere Möglichkeiten, sich beraten zu lassen, sei es per **E-Mail**, online im **Chat** oder im Rahmen eines längeren Programms. Seit März 2008 haben die Nutzerinnen und Nutzer mit einem problematischen Alkoholkonsum auf „drugcom.de“ auch die Möglichkeit, im Rahmen des

10-Tage-Programms „**change your drinking**“ ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Innerhalb der Programmlaufzeit können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Alkoholkonsum in einem Tagebuch protokollieren und Strategien zur Reduzierung des Konsums ausprobieren. Das Programm läuft vollautomatisch und gibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach 10 Tagen eine differenzierte Rückmeldung zum Programmserfolg bzw. zum aktuellen Alkoholkonsum. Ein weiteres auf das Verhalten bezogenes Programm ist „quit the shit“, das im nächsten Abschnitt ausführlicher erläutert wird.

5. Das Beratungsprogramm „quit the shit“

5.1 Hintergrund

Mit „quit the shit“ wurde ein speziell auf Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten hin zugeschnittenes Beratungsprogramm entwickelt. Es richtet sich an Konsumierende, die ihren Cannabiskonsum zumindest reduzieren wollen. Eine gewisse Veränderungsbereitschaft muss daher vorhanden sein. Viele, die quit the shit aufsuchen, sind allerdings auch fest entschlossen, den Cannabiskonsum, sprich „das Kiffen“, einzustellen. So stellte beispielsweise ein 26-jähriger Teilnehmer, der nach eigenem Bekunden in einer „Kiffer-WG“ gelebt hat, in der Computerspiele und Kiffen den Alltag dominierten, selbstkritisch fest: „Zocken, kiffen, zocken ... Ich habe zehn (Joints) jeden Tag gekifft ... ich will das nicht mehr.“ Die meisten wollen allerdings erst einmal nur reduzieren. Andere – wie das Beispiel zeigt – sind bereits fest davon überzeugt, dass nur noch der Ausstieg für sie infrage kommt. Manche haben bereits aufgehört zu kiffen und stellen fest, dass es gar nicht so einfach ist, nach jahrelangem, oft täglichem Kiffen die Lebensgewohnheiten zu ändern und einfach „Nein“ zu sagen, wenn beispielsweise kiffende Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner zum Joint einladen.

Mit dem Programm „quit the shit“ soll der Zugang zu professioneller Beratung vereinfacht werden. Das Internet bietet hierfür ideale Voraussetzungen. Vor allem junge Menschen sind den alltäglichen Umgang mit dem Medium Internet gewohnt. Die Nutzerinnen und Nutzer können, abgesehen von der E-Mail-Adresse, vollkommen anonym teilnehmen und sind weitestgehend flexibel, was Ort und Zeit der Nutzung betrifft.

5.2 Methodischer Hintergrund von „quit the shit“

Die Konzeption von „quit the shit“ orientiert sich außer an den oben (siehe Punkt 2.) genannten Modellen zusätzlich an solchen, die die Beratung von Klientinnen und Klienten thematisieren. Die Konzepte werden hier nur kurz umrissen. Eine ausführliche Darstellung der Konzeption sowie der praktischen Arbeit im Rahmen von „quit the shit“ wurde an anderer Stelle veröffentlicht (Tossmann, 2007).

Im Rahmen von „quit the shit“ spielt das Konzept der Kurzintervention eine wichtige Rolle, das beispielsweise im Bereich der Raucherentwöhnung (vgl. z. B. Watt & Robinson, 1999; Cornuz, Humair, Seematter, Stoianov, van Melle & Pecoud, 2002) und der Alkoholberatung (vgl. z. B. Stoll, Daepfen & Wick, 1999; Aalto, Pekuri & Seppä, 2003) bereits eingesetzt wurde. Konzeptionell orientieren sich gesundheitsbezogene Kurzinterventionen in aller Regel an kognitiv-

verhaltenstheoretischen (vgl. Marlatt & Gordon, 1985) oder an systemisch-lösungsorientierten Ansätzen (vgl. Berg & Miller, 2000).

Kurzinterventionsprogramme weisen – wie der Terminus es nahe legt – eine vergleichsweise übersichtliche Zeitperspektive auf. Zudem spielt die Ziel- bzw. Lösungsorientierung in diesem methodischen Vorgehen eine wichtige Rolle. Nach Ansicht von Berg und Miller (2000) sollten Ziele für den Klienten bzw. die Klientin bedeutsam, möglichst klein, konkret, präzise und verhaltensbezogen sein. Darüber hinaus wird unterstrichen, dass die vereinbarten Ziele im Lebenskontext des Klienten bzw. der Klientin realistisch und erreichbar sein sollten.

So eindeutig wie es das eingangs zitierte Beispiel vermuten lässt, sind aber nicht alle Klientinnen und Klienten motiviert. Einige empfinden noch ein gewisses Unbehagen bei der Vorstellung, auf das Kiffen gänzlich zu verzichten und sind sich womöglich noch nicht im Klaren, ob sie die Veränderung wirklich wollen. Mit diesen Ambivalenzen umzugehen, ist Teil der Beratung, die sich der Methoden der motivierenden Gesprächsführung bedient. Im Mittelpunkt dieser Vorgehensweise steht nach Miller und Rollnick (2005) die Annahme, dass Menschen in der Lage sind, ihre Verhaltensweisen (auch das Suchtverhalten) selbstständig und ohne längerfristige Hilfestellungen zu ändern (Prinzip der Selbstmodifikation). Der Veränderungsprozess kann seitens der Beratung durch unterschiedliche Interventionen befördert werden, die von einer empathischen Grundhaltung geprägt sind, mit dem Ziel, die Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeitserwartung der Klientin bzw. des Klienten zu fördern, Alternativen anzubieten sowie Rückmeldungen zu geben, die zu einer kritischen Reflexion der gegenwärtigen Situation anregen. In dem Maße, in dem die Umsetzung dieser Beratungselemente gelingt, steigt auf Seiten der Klientin bzw. des Klienten die Motivation zur Veränderung.

5.3 Ziel von quit the shit

Das Ziel der Beratung in Rahmen von quit the shit ist eine signifikante Reduzierung des Cannabiskonsums. Der Ausstieg kann, muss aber nicht angezielt werden. Denn die konkrete Zielvereinbarung wird individuell mit der Klientin oder dem Klienten verhandelt. Der Zeitrahmen ist auf 50 Tage festgelegt, kann in Einzelfällen aber auch unterschritten werden.

5.4 Methoden

Aufgrund der klaren Zeitbegrenzung und zielorientierten Vorgehensweise, folgt das Programm konzeptionell vor allem einem lösungsorientierten Beratungsansatz, der in der Praxis der Beratungsarbeit aufgrund seiner pragmatischen Ausrichtung und seiner klaren methodischen Vorgaben eine große Akzeptanz genießt. Die Beraterinnen und Berater fokussieren dabei konsequent jene Inhalte, die der Entwicklung von Lösungen dienen und versuchen, den Austausch über die Problemsicht möglichst kurz zu halten. Dabei werden vor allem die vorhandenen Ressourcen der Klientinnen und Klienten genutzt, um Veränderungsprozesse zu fördern.

Die wichtigsten Inhalte und Methoden von quit the shit:

- **Aufnahmekontakt per Chat:** Der Aufnahmekontakt erfolgt per Chat und hat sowohl einen informativen als auch einen motivierenden Charakter. Zum einen macht sich die Beraterin bzw. der Berater hier ein erstes Bild von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von „quit the shit“. Zum anderen ist es eine wichtige Aufgabe des Aufnahme-Chats, gemeinsam mit der Teilnehmerin bzw. dem Teilnehmer das individuelle Programmziel zu vereinbaren. Hier versucht die Beraterin bzw. der Berater eine gleichsam realistische wie möglichst konkrete Zielplanung zu initiieren und überprüfbare Ziele zu vereinbaren. Zum anderen macht die Beraterin bzw. der Berater im Rahmen des Aufnahme-Chats die herausragende Bedeutung des Konsumtagebuchs deutlich und ermuntert die Ratsuchenden dieses Instrument systematisch, d. h. täglich zu nutzen.
- **Das Tagebuch:** Das Konsum-Tagebuch ist das Kernmedium von „quit the shit“. Es fördert die Selbstbeobachtung der Beratungsklientel und stellt gleichsam die zentrale Kommunikationsfläche zwischen der Beraterin bzw. dem Berater und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Programms dar. Während des 50-Tage-Programms erhalten Ratsuchende regelmäßig, d. h. einmal pro Woche eine qualifizierte Rückmeldung vom Beratungsteam. Grundlage der Rückmeldungen sind die jeweiligen Tagebucheinträge, wobei auch die Angaben aus dem Eingangs-Screening, aus dem Aufnahme-Chat und den Übungen berücksichtigt werden.
- **Übungen:** Zusätzlich zum täglichen Protokollieren beinhaltet das Programm bis zu vier Übungen, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich über ihre Risikosituationen und mögliche Kontrollstrategien Gedanken machen und ggf. Rückfälle analysieren können. Ein Entscheidungsbarometer lädt dazu ein, über die Vor- und Nachteile des Konsums oder des Ausstiegs zu reflektieren. Ganz wichtig ist auch die Umstellung der Lebensgewohnheiten, die meist stark vom Cannabiskonsum geprägt sind. Hierzu werden alternative Aktivitäten vorgeschlagen, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in einem Wochenplan integriert werden können.
- **Forum für Klientinnen und Klienten:** Um die soziale Unterstützung zu stärken, haben angemeldete Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, sich in einem geschützten Forum untereinander auszutauschen. Personen, die nicht bei „quit the shit“ registriert sind, haben weder Lese- noch Schreibrechte.
- **Wissenswertes:** Der Informationsbereich wurde speziell für Cannabiskonsumierende entwickelt, die ihren Konsum in den Griff kriegen wollen. Er steht allen Interessierten (nicht nur den angemeldeten Personen) zur Verfügung, dient aber vor allem die bei „quit the shit“ angemeldeten Personen zur Unterstützung ihrer Programmteilnahme.
- **Feedback- und Abschlussgespräch:** Etwa zwei Wochen nach Beginn des Tagebuchs werden die bisherigen Erfahrungen im Chat reflektiert, um das Ziel ggf. zu präzisieren. Zum Ende des 50-Tage-Programms wird schließlich mit allen, die „quit the shit“ regulär beenden, ein chatbasiertes Abschlussgespräch vereinbart. Ziel des Gespräches ist es, die Erfahrungen aus der Programmteilnahme zu reflektieren und Strategien für zukünftige Problemlösungen zu besprechen. Damit soll die Nachhaltigkeit der erreichten Erfolge sichergestellt werden.

5.5 Evaluationsergebnisse zu quit the shit

Seit dem Programmstart im August 2004 bis Ende 2009 wurden rund 2.500 Personen in das Programm aufgenommen. Durch Pre-Post-Erhebungen wird das Programm projektbegleitend auf seine Akzeptanz und seine Wirkung hin evaluiert. Bisherige Ergebnisse konnten aufzeigen, dass sich der Konsum nachhaltig mehr als halbiert (Tensil, Jonas & Tossmann, 2007). Beispielsweise konnte ermittelt werden, dass drei Monate nach Abschluss des Programms sich die Konsummenge (Gramm Haschisch und Marihuana) von anfangs durchschnittlich 17 auf 7 Gramm pro Monat reduziert. Die Konsumhäufigkeit hat sich im Schnitt von 23 auf 10 Tage in den letzten 30 Tagen verringert. 30 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben ihren Konsum sogar ganz eingestellt (Tensil, Jonas & Tossmann, 2007).

Von Dezember 2006 bis August 2008 wurde eine randomisierte Studie mit einer Warte-Kontrollgruppe durchgeführt (Tossmann, Jonas, Tensil, Lang & Strüber, 2010). In der Studie werden verschiedene Konsummaße sowie Veränderungen im psychischen Befinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer signifikant ihren Konsum gegenüber der Warte-Kontrollgruppe reduzieren konnten. Darüber hinaus werden in allen untersuchten psychischen Parametern wie Depressionen, Angstsymptome und Lebenszufriedenheit signifikante Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe sichtbar.

Diese guten Ergebnisse gründen auf einer hohen Akzeptanz des Programms unter den Nutzerinnen und Nutzern von quit the shit. So werden die bereitgestellten Informationen zur Kontrolle des eigenen Cannabiskonsums als verständlich, interessant und nützlich bewertet; ebenso verhält es sich mit dem Kontakt zum Beratungsteam (Tensil, Jonas & Tossmann, 2007). Aus den Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer wird vor allem deutlich, dass die zentralen Programmbestandteile – das Tagebuch und die vom Beratungsteam verfassten Tagebuchkommentare – eine wirkungsvolle Hilfe bei der Reduzierung ihres Cannabiskonsums sind.

Literatur

Aalto, M., Pekuri, P. & Seppä, K. (2003). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence*, 69 (1), 9-14.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.

Becker, M. H. (Eds). (1974). The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Slack.

Bengel, J. (1993). Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Göttingen: Hogrefe.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). Cannabiskonsum der Jugendliche und jungen Erwachsenen in Deutschland. Köln: BZgA, verfügbar unter: <http://www.bzga.de/?id=studien&sid=-1&sub=10> [18.01.2010].

- Craik, F. I. M. & Tulving, E. (1975).** Depth of processing and the retention of words in episodic memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104, 268-294.
- Cornuz, J., Humair, J.-P., Seematter, L., Stoianov, R., van Melle, G. & Pecoud, A. (2002).** Efficacy of resident training in smoking cessation: A randomized, controlled trial, of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Annals of Internal Medicine.*, 136, 429-437.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003).** Aktionsplan Drogen und Sucht. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Franzkowiak, P. (1986).** Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen. Heidelberg: Springer.
- Franzkowiak, P. (2001).** Risikokompetenz in der Suchtprävention – Potentiale und Probleme. *Prävention* 24: 102-104.
- Franzkowiak, P. & Schlömer, H. (2003).** Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis. *Suchttherapie*, 4, 175-182.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Papst, A. (2008).** Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 16-25.
- Marlatt G. A., Gordon, J. R. (1985).** Relapse Prevention. New York: Guilford Press.
- Matarazzo, J. D. (1980).** Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2009).** JIM 2009 – Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, verfügbar unter: <http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf09/JIM-Studie2009.pdf> [18.01.2010].
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2005).** Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Moffitt, T. E. (1993).** Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A development taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674-701.
- Perkonig, A., Pfister, H., Lieb, R., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2004).** Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. *Suchtmed*, 6, 22-31.
- Rosenstock, I. M. (1974).** The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Schwarzer, R. (1992).** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. K. & Reitzle, M. (1987).** Selbstwertgefühl, Freizeitpräferenzen und Drogengebrauch im Jugendalter. In H. P. Frey & K. Haußer (Hrsg.), *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung* (S. 125-138). Stuttgart: Enke.
- Silbereisen, R. & Reese, A. (2001).** Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 131-155). Opladen: Leske & Budrich.
- Stoll, B., Daepfen, J. B. & Wick, H. D. (1999).** Die Kurzintervention: Eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum. *Praxis*, 88, 1699-1704.
- Tensil, M.-D., Jonas, B. & Tossmann, P. (2007).** drugcom.de – Modellhafte Suchtprävention im Internet. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 32. Köln: BZgA, verfügbar unter: <http://www.bzga.de/?id=medien&sid=58&idx=1482> [19.01.2010].
- Tossmann, P. (2007).** Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums - Online-Beratung am Beispiel von drugcom.de. Band 31. Köln: BZgA, verfügbar unter: <http://www.bzga.de/?id=medien&sid=58&idx=1438> [20.01.2010]
- Tossmann, P., Boldt, S. & Tensil, M.-D. (2001).** The Use of Drugs within the Techno Party Scene in European Metropolitan Cities. *European Addiction Research*, 7 (1), 2-23.

Tossmann, P. Jonas, B., Tensil. M.-D., Lang, P. & Strüber, E. (2010). Quit the shit – A randomized controlled trial of an internet-based intervention programme for cannabis users. Journal of Medical Internet Research, in Vorbereitung.

Watt, R. G., Robinson, M. (1999). Helping smokers to Stop – A guide for the dental team. London: Health Education Authorities.