

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

NEUE WEGE IN DER PRÄVENTION DES DROGENKONSUMS

Onlineberatung am Beispiel
von *drugcom.de*

BAND 31

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BZgA

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

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

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

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 31

**NEUE WEGE IN DER PRÄVENTION DES
DROGENKONSUMS – ONLINEBERATUNG
AM BEISPIEL VON *DRUGCOM.DE***

Peter Tossmann

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

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

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

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 31
Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel
von *drugcom.de*
Köln: BZgA, 2007

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

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

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach
1.5.08.07

ISBN 3-937707-43-3

Band 31 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

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

Bestellnummer: 60631000

Vorwort

Innerhalb der letzten zehn Jahre hat das Medium Internet in der Bundesrepublik Deutschland rasant an Bedeutung gewonnen. Wissenschaftliche Untersuchungen haben zeigen können, dass die Internetnutzung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen besonders weitverbreitet ist und dass dieses Medium von jungen Menschen hauptsächlich zur Kommunikation (E-Mail, Chat) und zur Informationssuche genutzt wird.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2001 mit www.drugcom.de ein Internetportal zur Drogen- und Suchtprävention etabliert. Zielgruppe dieses Angebots sind drogenaffine Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von etwa 15 bis 25 Jahren. Übergeordnetes Ziel von drugcom.de ist es, über Wirkungen und Risiken von Drogen und Drogenkonsum zu informieren, eine selbstkritische Einstellung gegenüber dem eigenen Konsumverhalten und einen möglichst risikoarmen Umgang mit psychoaktiven Substanzen anzuregen. Auf der Internetseite von drugcom.de finden sich neben einer Vielzahl von Informationen zu drogen- bzw. suchtspezifischen Fragen ein frei zugänglicher Chatraum sowie das Angebot, drogen- und suchtspezifische Fragen bzw. Probleme in einem One-to-One-Chat online mit einer professionellen Beraterin bzw. einem Berater zu besprechen.

Vom Sommer 2001 bis zum Jahresende 2006 haben etwa 3000 junge Menschen per E-Mail den Rat des Teams von drugcom.de gesucht und mehr als 2000 Jugendliche und junge Erwachsene haben die Chatberatung in Anspruch genommen. Mehr als 1000 Personen haben seit dem Programmstart im Herbst 2004 bis zum Frühjahr 2007 das internetbasierte Beratungsprogramm „quit the shit“ genutzt, das gezielt die Gruppe der Cannabis-konsumierenden anspricht.

Mit dem vorliegenden Band aus der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ werden zum einen die konzeptionellen und empirischen Grundlagen der Onlineberatung von drugcom.de dargestellt. Zum anderen wird beschrieben, wer die Beratungsangebote von drugcom.de nutzt, welche Frage- bzw. Problemstellungen hierbei relevant sind und wie die Beratungskonzeption methodisch umgesetzt wird.

Dabei zeigt sich, dass die Onlineberatung ein wichtiges und erfolgreiches Instrument der selektiven und indizierten Prävention darstellt und eine gute Ergänzung anderer Präventionsstrategien sein kann. Ich hoffe, dass das vorliegende Fachheft auf Interesse in der Fachöffentlichkeit stößt und ein wichtiger Baustein für die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Suchtprävention im Internet darstellen kann.

Köln, im Juli 2007

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

Steckbrief des Projekts

Projekttitel:	Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">• Darstellung der konzeptionellen Grundlagen unterschiedlicher Beratungsmethoden.• Darstellung der empirischen Grundlagen und der aktuellen Praxis der Onlineberatung.• Beschreibung der methodischen Umsetzung der Onlineberatung von drugcom.de
Projektdurchführung:	delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH Behaimstr. 20 10585 Berlin
Autor:	Dr. Peter Tossmann
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln Tel.: 0221-8992-0 Fax: 0221-8992-300
Projektleitung:	Evelin Strüber

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	9
2. KONZEPTE DER BERATUNG	11
2.1 Was ist Beratung?	12
2.2 Beratungsmethoden	13
2.2.1 Personenzentrierte Beratung	14
2.2.2 Lösungsorientierte Beratung	15
2.2.3 Motivational Interviewing	16
3. EMPIRISCHE GRUNDLAGEN DER ONLINEBERATUNG	19
3.1 Die Praxis der Onlineberatung	20
3.2 Fachliche Standards der Onlineberatung	22
3.3 Wirksamkeit von Onlineberatung	23
4. ZIELE DER DROGEN- UND SUCHTPRÄVENTION VON „DRUGCOM.DE“	25
5. METHODISCHE UMSETZUNG DER ONLINEBERATUNG VON „DRUGCOM.DE“	29
5.1 Nutzung, Nutzerinnen und Nutzer der E-Mail- und Chatberatung von „drugcom.de“	31
5.1.1 Die Inanspruchnahme der Beratungsangebote	31
5.1.2 Die Nutzerinnen und Nutzer der Beratungsangebote	33
5.1.3 Fragestellungen der Onlineberatung von „drugcom.de“	34
5.2 Die E-Mail-Beratung von „drugcom.de“	35
5.3 Die Chatberatung von „drugcom.de“	42
5.3.1 Förderung eines informierten Problembewusstseins	43
5.3.2 Anregungen zur Gestaltung protektiver persönlicher Beziehungen	44
5.3.3 Persönlichkeitsbezogene Interventionen	45
5.3.4 Verhaltensbezogene Interventionen	45
5.3.5 Angebote weiterführender Hilfe	47
5.4 Onlineberatung im Rahmen von „quit the shit“	47
5.4.1 Der Aufnahmechat	48
5.4.2 Rückmeldungen zu den Tagebucheinträgen	51
5.4.3 Der Abschlusschat	54

6. FAZIT	57
7. LITERATUR	61
8. ANHANG	65
8.1 Aufnahmechat	66
8.2 Tagebuchprotokolle und Rückmeldungen	72
8.3 Abschlusschat	79

EINLEITUNG

1

Innerhalb der letzten zehn Jahre hat das Medium Internet in der Bundesrepublik Deutschland rasant an Bedeutung gewonnen. Lag der Anteil der ab 14-jährigen Internetnutzerinnen und -nutzer im Jahr 1997 entsprechend einer repräsentativen Untersuchung noch bei 6,5 %, so kann heute davon ausgegangen werden, dass mehr als jeder zweite Bundesbürger bzw. jede zweite Bundesbürgerin das Internet zumindest gelegentlich nutzt (Eimeren und Frees 2005). Im Rahmen dieser Untersuchung konnte auch gezeigt werden, dass die Internetnutzung unter 14- bis 19-jährigen Jugendlichen (95,7 %) und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 29 Jahren (85,3 %) besonders weitverbreitet ist und dass dieses Medium hauptsächlich zur Kommunikation (E-Mail, Chat), zur Informationssuche und zum Erwerb von Waren genutzt wird. Angesichts der Tatsache, dass inzwischen die überwiegende Mehrheit insbesondere junger Menschen einen regelmäßigen Zugang zum Internet hat, wird dieses Medium auch in der Drogen- und Suchtprävention genutzt. Mit www.drugcom.de betreibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit dem Sommer 2001 eine Internetplattform, die die Zielgruppe der drogenaffinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen fokussiert. Die Website ist inzwischen gut etabliert und zählt dem Bilanzbericht 2004–2006 zufolge (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006) täglich zwischen 1500 und 2000 Besucherinnen und Besucher.

Übergeordnetes Ziel von „drugcom.de“ ist es, junge Nutzerinnen und Nutzer über psychoaktive Substanzen, deren Wirkungen und Risiken zu informieren, eine (selbst-)kritische Einstellung zum Substanzkonsum zu fördern und ggf. eine Veränderung von Konsumverhalten zu unterstützen. Neben der Vermittlung einer Vielzahl von Informationen ist die Onlineberatung integraler Bestandteil der Präventionsstrategie der Website. So sind in den ersten fünf Jahren des Onlinebetriebs von „drugcom.de“ insgesamt etwa 2500 E-Mails beantwortet worden, etwa 2000 junge Besucherinnen und Besucher haben die Möglichkeit zu einer Chatberatung genutzt und knapp 700 Cannabiskonsumenden und -konsumentinnen haben seit dem Spätsommer 2004 mithilfe des Beratungsprogramms „quit the shit“ versucht, ihren Cannabiskonsum zu reduzieren oder einzustellen. Mit der hier vorliegenden Publikation sollen nun die konzeptionellen Grundlagen der Onlineberatung von „drugcom.de“ dargelegt und die methodische Umsetzung der internetbasierten Beratung skizziert werden.

**KONZEPTE
DER BERATUNG**



2.1 Was ist Beratung?

Beratung ist eine besonders weitverbreitete Hilfeform und eine der wichtigsten Methoden sozialer, sozialpädagogischer und psychologischer Arbeitsfelder. Dabei ist Beratung ein Oberbegriff für die Formen der Interaktion zwischen Ratsuchenden und Helferinnen und Helfern. Die Interaktion der Beratung fokussiert kognitive, emotionale und lebenspraktische Lösungen bzw. Bewältigungen von Problemlagen der Ratsuchenden. Eine umfassende Definition von Beratung stammt von Dietrich (1983, S. 2): „Beratung ist in ihrem Kern jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums versucht, einen desorientierten, inadäquat belasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können.“

Nach Sickendiek, Engel und Nestmann (1999, S. 14f.) lässt sich „Beratung im sozialpädagogischen und psychosozialen Bereich definieren als Angebot von Hilfe und Unterstützung

- bei der Orientierung in Anforderungssituationen und Problemlagen,
- bei der Entscheidung über anzustrebende Ziele und Wege,
- bei der Planung von Handlungsschritten zur Erreichung der Ziele,
- bei der Umsetzung und Realisierung der Planung und
- bei der Reflexion ausgeführter Handlungsschritte und Vorgehensweisen“.

Straumann, die sich eingehend mit Fragen der Qualitätsentwicklung der Beratung befasst hat, definiert Beratung wie folgt: „Unter einer professionellen Beratung wird eine wissenschaftlich qualifizierte Problem-, Konflikt- oder Krisenbewältigungshilfe verstanden, die über fachliche Informationsvermittlungen, konkrete Hilfen, Ratschläge und Handlungsanweisungen hinausgeht, ganzheitlich orientiert ist und subjektbezogen ansetzt ... Unter Anwendung theoretischen Wissens und methodischen Könnens suchen die Fachkräfte gemeinsam mit den Beratenen nach Entscheidungen und Wegen zur Problemlösung. Sie stärken kontextgebunden und zielorientiert persönliche Kompetenzen, erschließen soziale Potenziale und verändern – je nach Möglichkeiten und Grenzen – problemverursachende Verhältnisse.“ (Straumann 2001, S. 61f.)

Ein dreidimensionales Modell der Beratung wurde von Gelso und Fretz (1992) vorgestellt. Die Autoren gehen davon aus, dass Beratung sowohl einen *präventiven*, einen *entwicklungsfördernden* und einen *kurativen* Charakter haben kann. So dient die Beratung dazu, Probleme zu antizipieren und diese möglichst frühzeitig zu lösen oder Individuen dabei zu unterstützen, ihre Potenziale zu erkennen und weiterzuentwickeln.

Die kurative Bedeutung von Beratung kommt zum Tragen, wenn es um die Unterstützung von Personen bei der Bewältigung persönlicher Probleme oder psychischer Störungen geht. Die Bedeutung der professionellen Beratung für die Prävention und Gesundheitsförderung ist auch von anderen Autoren unterstrichen worden (Sander 1999; Sickendiek et al. 1999). Da Menschen immer wieder – insbesondere in schwierigen Lebensphasen und Lebenssituationen – mit belastenden Ereignissen und Konflikten konfrontiert sind, die sie ohne fremde Hilfe schwer bewältigen können, kommt der Beratung eine bedeutsame Aufgabe zu, die einer Konflikteskalation und einer Chronifizierung entgegenwirken kann. Indem die professionelle Beratung möglichst frühzeitig und unkompliziert eine Hilfe zur praktischen Bewältigung von Problemsituationen anbietet, ist sie ein Instrument der Gesundheitsförderung.

2.2 Beratungsmethoden

Beratung ist in der Regel ein komplexes methodisches Handeln, in dem Methoden je nach Beratungskonzeption, Problemlage, Ziel und Setting der Beratung miteinander kombiniert werden. Nach Sickendiek, Engel und Nestmann (1999) beinhaltet das Methodenspektrum

- das aktive Zuhören, um zu verstehen, um sich einzufühlen,
- die vielfältigen Möglichkeiten verbaler und nichtverbaler Reaktionen,
- die gemeinsame Analyse von Problemstellungen und -hintergründe und
- vielfältige Verfahren der Anregung zur Selbstreflexion und der emotionalen Fokussierung.

Nach den Autoren ist Beratung in den meisten Feldern der psychosozialen Arbeit multimethodisch angelegt und eklektisch-integrativ orientiert. „Das heißt, Beratung wählt und nutzt Methoden und Verfahren aus unterschiedlichen Konzepten von Veränderung und Hilfe. Beratung stellt problem-, klienten- und zielspezifische Methoden zusammen, integriert sie und geht eklektisch vor.“ (Sickendiek et al., S. 135)

Die Onlineberatung, die im Rahmen von „drugcom.de“ realisiert wird, orientiert sich am Konzept der *Personenzentrierten Beratung* (Sander 1999; Weinberger 2004), an der Konzeption der *Lösungsorientierten Kurzintervention* (de Shazer 1989, 1997; Bamberger 2001) und an der Methode des *Motivational Interviewing* (Miller und Rollnick 1999, 2002). Alle drei Konzeptionen basieren auf einem humanistischen Menschenbild, nach dessen Grundannahme jeder Mensch aktiver Gestalter seiner eigenen Existenz ist. Nachfolgend sollen die drei genannten methodischen Grundkonzepte im Detail dargestellt werden.

2.2.1 Personenzentrierte Beratung

Das personenzentrierte Konzept geht auf die umfangreiche Praxis und Forschungsarbeit des US-amerikanischen Psychologen Carl Rogers (1902–1987) zurück und basiert auf den philosophisch-anthropologischen Grundlagen des humanistischen Menschenbildes. In seinem Spätwerk (Rogers 1978, S. 26 f.) stellt er die Grundüberzeugungen seines Konzepts dar: „Der personenbezogene Ansatz beruht auf der Prämisse, dass der Mensch im Grunde ein vertrauenswürdiger Organismus sei, der fähig ist, die äußere und innere Situation abzuschätzen, und der sich auch selbst so versteht, dass er konstruktive Entscheidungen in Bezug auf die nächsten Schritte im Leben treffen und nach diesen Entscheidungen handeln kann.“ Ein wesentlicher Bestandteil dieser Persönlichkeitstheorie ist die Selbstaktualisierungstendenz. Darunter versteht man die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus, sich selbst zu erhalten und sich weiterzuentwickeln. Mit Organismus ist dabei die psychische und physische Einheit des Menschen gemeint. Der personenzentrierte Ansatz der Beratung (wie auch der Psychotherapie) ist demzufolge darauf ausgerichtet, diese jedem Menschen innewohnende Kraft zur Selbstaktualisierung und persönlichen Weiterentwicklung zu unterstützen. Zwischen Rogers' Konzeption zur Selbstaktualisierungstendenz und dem Theorem des salutogenetischen Forschungsansatzes (Antonovsky 1979) sowie Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung (Paulus 1992) sind einige Berührungspunkte erkennbar. Alle drei Modelle beinhalten Prinzipien der Hilfe zur Selbsthilfe und der Förderung von Selbstverantwortlichkeit und Selbstbestimmung (Straumann 1991).

Kernelemente der methodischen Umsetzung dieser Konzeption in der Beratung und der Psychotherapie sind 1. das empathische Verstehen, 2. die unbedingte Wertschätzung und 3. die Kongruenz.

1. *Empathisches Verstehen* bedeutet, den subjektiven Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit dem Ziel, „die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten so zu sehen, wie er sich selbst sieht“ (Rogers 1972, S. 42). Die Beraterin bzw. der Berater stellt sich durch aktives Zuhören auf die Empfindungen und Werte von Ratsuchenden ein und versucht, die subjektive Sicht Ratsuchender möglichst umfassend zu verstehen. Durch die Verbalisierung dessen, was die Beraterin bzw. der Berater verstanden hat, nimmt die Klientin bzw. der Klient diese Empfindungen aus einer gewissen Distanz wahr, die zur gemeinsamen Reflexion des Sachverhalts genutzt werden kann.
2. Ein weiteres wesentliches Kernelement des personenzentrierten Ansatzes ist die *unbedingte Wertschätzung*. Das heißt, Ratsuchende werden vom Berater bzw. von der Beraterin akzeptiert und angenommen, unabhängig davon, was sie sind oder äußern. Rogers (1973, S. 47) formulierte es so: „Je mehr ich den Einzelnen zu akzeptieren vermag, je mehr Zuneigung ich für ihn empfinde, desto leichter kann ich eine für ihn nützliche Beziehung schaffen.“ Die der Klientin bzw. dem Klienten entgegengebrachte unbedingte Wertschätzung hat zweierlei zur Folge: Zum einen kann dadurch eine angstfreie und damit tragfähige Beziehung konstituiert werden, die die Grund-

lage für eine offene Kommunikation und kritische Reflexion eigener Verhaltens- und Erlebensweisen ist. Zum anderen fördert die den Ratsuchenden entgegengebrachte Wertschätzung die Selbstachtung und das Selbstbewusstsein von Klientinnen und Klienten (Weinberger 2004).

3. Im Zusammenhang mit der Konzeption der Personenzentrierten Beratung meint der Begriff *Kongruenz* (bzw. Authentizität) die Übereinstimmung dessen, was der Berater bzw. die Beraterin sagt oder tut mit dem, was er bzw. sie empfindet. Das Bemühen, Ratsuchenden gegenüber authentisch zu sein, ist von grundlegender Bedeutung für den Beratungsprozess, weil der Klient bzw. die Klientin dadurch Vertrauen fasst und gefühlsmäßige Erlebnisse oder Probleme besprechen kann.

In jüngster Zeit haben Autoren darauf aufmerksam gemacht (Sander 1999; Weinberger 2004), dass diese drei Basiskomponenten des personenzentrierten Ansatzes – das empathische Verstehen, die unbedingte Wertschätzung und die Kongruenz – weniger als „Beratungstechniken“ als vielmehr als „Haltung“ zu verstehen sind, die ein personenzentriertes Vorgehen möglich machen.

2.2.2 Lösungsorientierte Beratung

Lösungsorientierte Ansätze der Kurztherapie und Beratung sind insbesondere in den 80er- und 90er-Jahren entwickelt worden, wobei diese vor allem mit dem Namen Steve de Shazer und seiner Arbeitsgruppe verbunden sind (de Shazer 1989, 1992, 1997; de Jong, Kim Berg 1998). Die lösungsorientierte Vorgehensweise genießt in der Praxis der Beratungsarbeit insbesondere aufgrund ihrer pragmatischen Ausrichtung und ihrer klaren methodischen Vorgaben eine große Akzeptanz.

Mit dem lösungsorientierten Konzept wurde in der psychosozialen Arbeit ein Perspektivenwechsel vollzogen: „von der Problemsprache und der Problemthematisierung im so genannten Problemraum zur Lösungssprache und der Lösungsthematisierung im so genannten Lösungsraum“ (Sickendiek et al. 1999, S. 85). So fokussieren Beraterinnen und Berater in ihren Beratungsgesprächen konsequent jene Inhalte, die der Entwicklung von Lösungen dienen und versuchen den Austausch über die Problemsicht möglichst kurz zu halten. Bamberger (2001, S. 20) formulierte dies in seinem Praxishandbuch so: „Lösungen konstruieren statt Probleme analysieren.“

Die Lösungsorientierte Beratung folgt fünf grundlegenden Prinzipien (vgl. Sickendiek et al. 1999):

- Dem Prinzip der *Lösungsorientierung*: Der Fokus der Interaktion liegt nicht auf der Bearbeitung einer Problematik, sondern in der Akzentuierung und Thematisierung von Lösungsprozessen.
- Dem Prinzip der *Ressourcenorientierung*: Ausgangspunkt dieser Strategie ist die Überzeugung, dass Ratsuchende über vielfältige interne und externe Ressourcen ver-

fügen und dass sie als Expertinnen bzw. Experten ihrer Lebenskontexte betrachtet werden können. Aufgabe der (Lösungsorientierten) Beratung ist es demnach, an die vorhandenen Ressourcen anzuknüpfen.

- Dem Prinzip der *Konstruktivität*: Individuelle Problemlagen sind weniger „objektive“ Sachverhalte als subjektive Konstruktionen. Demzufolge ist auch die Entwicklung von Lösungen als ein individuell konstruktives Ergebnis zu betrachten.
- Dem Prinzip der *Veränderung*: Im Verlauf der Beratung machen Ratsuchende Erfahrungen, die (zwangsläufig) zu einer Veränderung von Sichtweisen und Selbstbildern führen. Diese Veränderungserfahrung hat eine Eigendynamik und kann im Beratungsprozess genutzt werden.
- Dem Prinzip der *Minimalintervention*: Lösungsorientierte Beratung folgt einer grundlegenden Effizienzregel, wonach Beraterinnen und Berater so wenig wie möglich in die Erarbeitung von Lösungen eingreifen. Hierin wird das Zutrauen in die Ressourcen und Potenziale von Ratsuchenden deutlich.

2.2.3 Motivational Interviewing

Das Konzept des „Motivational Interviewing“ wurde in den 80er-Jahren von Miller und Rollnick (1999, 2002) basierend auf dem Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente (1983, 1984) für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt.

Motivierende Gesprächsführung ist ein zielgerichtetes, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen. Diese Definition gliedert die Motivierende Gesprächsführung in den Kreis der Beratungskonzepte nach Rogers (humanistische Therapieschulen) und hebt gleichzeitig hervor, dass die Beraterin bzw. der Berater durchgängig ein klientendefiniertes Ziel im Auge behält und Strategien gezielt einsetzt, um es die Klientin bzw. den Klienten erreichen zu lassen. Die Klientin oder der Klient wird als selbstverantwortlich behandelt und es gilt, sie bzw. ihn auf ihrem oder seinem Weg ohne Einflussnahme oder Machtausübung zu begleiten. Der Umgang mit Widerstand und Ambivalenz steht im Zentrum der Motivierenden Gesprächsführung. Ambivalenz wird als normale Phase einer Verhaltensänderung akzeptiert, und Motivation zur Veränderung ist nicht Voraussetzung, sondern Ziel der Beratung.

Motivierende Gesprächsführung eignet sich zur Beratung bei Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenproblemen, bei Risikoverhalten auch von Adoleszenten und schwierigen Entscheidungen. Eine klientenzentrierte Haltung und eine auf die Stufen der Veränderung abgestimmte Gesprächstechnik fördern das.

Problematisches Verhalten hat für die Betroffenen oft zwei Seiten: Beziehungen zu Familie und Freunden bzw. Freundinnen leiden, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz irritieren, und die Selbstachtung gerät ins Schwanken. Aber das problematische Verhalten lindert

auch Ängste und lässt Hemmungen und Sorgen vorübergehend vergessen. Warum sich ändern? Warum eine Stütze gegen ein Risiko eintauschen? Die Beraterin bzw. der Berater akzeptiert diese Ambivalenz und gibt in einer Motivierenden Gesprächsführung der Klientin bzw. dem Klienten die Möglichkeit, beide Seiten des Zwiespalts zu akzeptieren. Man arbeitet mit dem Widerstand und erzeugt Äußerungen der Eigenmotivation. Die Klientin bzw. der Klient bestimmt Zeitpunkt, Richtung, Rhythmus und Intensität des Gesprächs, die Beraterin bzw. der Berater bewegt sich mit und behält dabei das klienten-definierte Ziel im Auge.

Die Motivierende Gesprächsführung eignet sich für viele Arten von Interventionen, und da es vor allem um eine Grundhaltung in der Beratungssituation geht, lässt sie sich auch gut mit anderen Beratungs- und Therapieformen vereinbaren.

Der Veränderungsprozess kann seitens der Beratung durch unterschiedliche Interventionen befördert werden (Miller und Sanchez 1991; zitiert nach Miller und Rollnick 1999):

- Die Berater bzw. Beraterinnen vermitteln eine empathische Grundhaltung.
- Die Eigenverantwortung des Klienten bzw. der Klientin wird gefördert.
- Die Selbstwirksamkeit des Klienten bzw. der Klientin wird gestärkt.
- Dem Klienten bzw. der Klientin werden unterschiedliche Alternativen von Bewältigungs- oder Veränderungsstrategien angeboten.
- Der Klient bzw. die Klientin erhält Rückmeldungen, die zu einer kritischen Reflexion seiner gegenwärtigen Situation anregen.
- Der Klient bzw. die Klientin erhält Ratschläge.

In dem Maße, in dem die Umsetzung dieser Beratungselemente gelingt, steigt aufseiten des Klienten bzw. der Klientin die Motivation zur Veränderung.

**EMPIRISCHE GRUND-
LAGEN DER ONLINE-
BERATUNG**



Innerhalb der letzten zehn Jahre hat das Medium Internet in der Bundesrepublik Deutschland rasant an Bedeutung gewonnen. Lag der Anteil der ab 14-jährigen Internetnutzerinnen und -nutzer im Jahr 1997 entsprechend einer repräsentativen Untersuchung noch bei 6,5 %, so kann heute davon ausgegangen werden, dass mehr als jeder zweite Bundesbürger bzw. jede zweite Bundesbürgerin das Internet zumindest gelegentlich nutzt (Eimeren et al. 2004). Bestanden noch vor Jahren erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf die Frage, ob das Medium Internet genutzt wird, so scheint der Anteil von Frauen und Männern, die dieses Medium in ihren Alltag integriert haben, sich inzwischen immer mehr anzugleichen (Eimeren et al. 2004). Im Rahmen dieser Untersuchung konnte auch gezeigt werden, dass die Internetnutzung unter Jugendlichen (90 %) und jungen Erwachsenen (80 %) besonders weitverbreitet ist und dass dieses Medium hauptsächlich zur Kommunikation (E-Mail, Chat), zur Informationssuche und zum Erwerb von Waren genutzt wird.

Im Zuge der zunehmenden Verbreitung hat sich das Internet in den vergangenen Jahren (auch) als Medium der Prävention und Gesundheitsförderung etabliert. So wird das Internet zur Vermittlung gesundheitsbezogener Inhalte und Informationen, zur Initiierung und Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen oder zur Vernetzung von Personen zu spezifischen gesundheitsrelevanten Themen genutzt. Der Vorteil des Internets besteht darin, dass massenmediale Kommunikationsstrategien mit interpersonellen verknüpft werden können. Die Kombination von hoher Reichweite einerseits und großer Interaktivität andererseits stellt die Grundlage für effektive bevölkerungsbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung dar (Cassell et al. 1998). Das Internet kann flexibel und anonym genutzt werden, es kennt weder Öffnungs- noch Wartezeiten und weist Nutzerinnen und Nutzern eine (inter-)aktive Rolle im Präventionsgeschehen zu.

Das Internet kann aber nicht nur *massenmedial*, sondern ergänzend hierzu auch *personalkommunikativ* genutzt werden. So stellt die einzelfallbezogene Beratung via Internet eine wesentliche Option der Gesundheitskommunikation dar. Gerade die Kombination von einer differenzierten Informationsvielfalt einerseits und einer auf einzelne Individuen zugeschnittene Informationen und Interventionen andererseits macht das Potenzial des Internets aus.

3.1 Die Praxis der Onlineberatung

Der Fachverband der Schweizer Psychologinnen und Psychologen definiert Onlineberatung als „eine aktive, helfende Begegnung ... zwischen einem/einer Ratsuchenden und einem/einer Berater/-in. Sie findet virtuell im Internet mittels dessen spezifischer Kommunikationsformen (E-Mail, Chat, Forum etc.) statt, wobei die Klienten/-innen Ort und

Zeitpunkt der Problemformulierung selber bestimmen. Sie hat zum Ziel, bei den Klienten/-innen kognitiv-emotionale Lernprozesse anzuregen, damit die Selbststeuerungs- und Handlungsfähigkeit wieder erlangt oder verbessert werden kann. Psychologische Onlineberater/-innen stützen ihre Beratung auf anerkannte psychologisch-beraterische Methoden und halten sich an berufsethische Standards.“ (Andermatt et al. 2003)

In der internationalen Literatur wird eine Reihe von *Vorteilen* der internetbasierten Beratung benannt:

1. **Niedrigschwelligkeit** lädt ein: Ratsuchende, die ambivalent oder wenig motiviert sind, profitieren von Onlineberatungsangeboten ebenso wie Personen, die in Regionen mit unzureichender psychosozialer Infrastruktur leben oder körperlich behindert sind (vgl. Döring 2000, S. 532). Auch Klientengruppen, die sich stigmatisiert fühlen, fällt es leichter, ein virtuelles Beratungsangebot als ein „reguläres“ zu nutzen (Mitchell und Murphy 1998).
2. **Anonymität** schützt: Untersuchungen konnten zeigen, dass die Anonymität von Internetnutzerinnen und -nutzern in der Onlineberatung die Grundlage für eine vergleichsweise direkte und angstfreie Selbstreflexion darstellt (Wright 2002; Suler 2002). Hiervon profitieren wohl insbesondere Jugendliche, die sich mit ihrem Anliegen an Professionelle wenden (Weißhaupt 2004).
3. **Schreiben** hilft: Der individuelle Prozess der Problembeschreibung kann Selbsthilfekräfte mobilisieren und damit einen Beitrag zur Problemlösung darstellen (Wright und Chung 2001; Murphy und Mitchell 1998; Pennebaker 1997; Esterling et al. 1999).

Einschränkungen bzw. *Nachteile* der Onlineberatung sind:

1. **Die Kanalreduktion:** In der textbasierten Beratung fehlen alle Signale des optischen und akustischen Ausdrucks. Nach Döring (2003) passen Menschen ihr Kommunikationsverhalten den technischen Bedingungen der Kommunikation an, was seitens der Ratsuchenden ebenso wie aufseiten der professionellen Beraterinnen und Berater zu einer besonderen Konzentration auf das geschriebene Wort führt.
2. **Die Asynchronizität der Kommunikation:** Die wohl am weitesten verbreitete Form der internetbasierten Kommunikation ist der Austausch über E-Mails. Erfolgt die Onlineberatung per E-Mail, so ist die Interaktion zwischen Klientin bzw. Klient und Beraterin bzw. Berater von Zeitverzögerungen geprägt. Obgleich die Zeit zwischen Problemschilderung und beratender Intervention durchaus auch konstruktiv-reflexiv genutzt werden kann, kann das Warten auf die Antwort des Beraters bzw. der Beraterin aufseiten der Klienten bzw. Klientinnen zu Unsicherheit führen.
3. **Die Gefahr von Missverständnissen:** In asynchronen Formen der Onlineberatung (zum Beispiel E-Mail) ist naturgemäß keine Möglichkeit gegeben, Eindrücke oder Hypothesen spontan zu klären. So sind Beraterinnen und Berater aufgefordert, fehlende Informationen durch ein behutsames Zwischen-den-Zeilen-Lesen zu kompensieren und im Zusammenhang mit der klientenbezogenen Problemerkennung nur vorläufige Hypothesen zu bilden (Childress 1998).

4. Kompetenzprobleme: Um das Internet für die Beratung nutzen zu können, müssen sowohl Beraterinnen und Berater als auch Ratsuchende zum einen die Kompetenz aufweisen, Computer und Internet bedienen zu können. Zum anderen müssen sie in der Lage sein, sich schriftlich ausdrücken zu können (Zack 2002).
5. Unmöglichkeit der Krisenintervention: Die Begrenztheit der Onlineberatung wird insbesondere dann deutlich, wenn schwere akute Krisen oder gar eine Suizidalität von Ratsuchenden gegeben ist (Mitchell und Murphy 1998; Fenichel et al. 2002).
6. Fragen der Datensicherheit: Die technologischen Grundlagen der Onlineberatung sollten kontinuierlich weiterentwickelt werden, damit die Anonymität und Datensicherheit sichergestellt ist (Zack 2004).

3.2 Fachliche Standards der Onlineberatung

Zu diesem neuen Feld der Gesundheitskommunikation liegen erste Arbeiten zur Entwicklung und Überprüfung von Qualitätsstandards der Chatberatung vor (Robson und Robson 2000; Heinlen et al. 2003). Die *International Society for Mental Health Online (ISMHO)* hat Standards für die Praxis der internetbasierten Gesundheitskommunikation definiert (<http://www.ismho.org>). Danach sollten Personen, die eine Onlineberatung in Anspruch nehmen, hinreichend informiert werden über:

- den Charakter und den Prozess der Beratung,
- die Qualifikation der Beraterin bzw. des Beraters,
- die Vorteile und die Grenzen des Beratungsangebots und über
- alternative, ergänzende oder weiterführende Hilfeangebote.

Darüber hinaus gilt es, die Nutzerinnen und Nutzer von Onlineangeboten über den Stand der Datensicherheit und darüber zu informieren, ob, wie und wie lange die Daten der Beratungskommunikation gespeichert werden.

Ansonsten gelten für den Onlinebereich auch jene fachlichen Standards, die von unterschiedlichen Organisationen und Fachverbänden für den Bereich der professionellen Beratung im Gesundheitswesen definiert wurden (American Counseling Association, ACA, International Association for Counselling IAC, European Association of Counselling EAC). In der Bundesrepublik Deutschland hat sich im Herbst 2004 die Deutsche Gesellschaft für Beratung (DGfB) gegründet, die bei Drucklegung dieses Fachheftes an einem Konzept zu einer übergreifenden Qualitätssicherung der Beratung arbeitet.

3.3

Wirksamkeit von Onlineberatung

Inzwischen liegt eine Vielzahl von Publikationen zum Aspekt der internetbasierten Beratung und Psychotherapie vor. Die meisten dieser Arbeiten jedoch haben deskriptiven oder informativen Charakter. In den vergangenen fünf Jahren widmeten sich einige Forschungsarbeiten der Frage der Wirksamkeit von Onlineberatung. Generell konnte dabei gezeigt werden, dass internetbasierte Beratung und Therapie zu einer signifikanten Reduktion psychosozialer Problembelastungen geführt hat, und zwar im Bereich der Angsterkrankung (Klein und Richards 2001), der Essstörungen (Robinson und Serfaty 2001) und posttraumatischer Belastungen (Lange et al. 2000). Im Rahmen einer qualitativen Studie haben Jedlicka und Jennings (2001) die Ergebnisse von Paarberatungen untersucht, die nach dem Konzept der Lösungsorientierten Kurzintervention via Internet durchgeführt wurden. Nach der Einschätzung der Autoren ist das internetbasierte Beratungsangebot ähnlich effektiv einzuschätzen wie die Ergebnisse von Paarberatungen, die im Kontext einer Face-to-Face-Situation realisiert werden. Eine besonders interessante Studie fokussierte die Frage, wie sich eine effektive therapeutisch-beraterische Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beraterinnen und Beratern bildet (Cook und Doyle 2002). Dabei zeigte sich die via Internet konstituierende Beziehung („therapeutic alliance“) als mindestens ebenso stark und tragfähig wie jene, die in klassischen Face-to-Face-Settings zu finden sind.

Obwohl die Mehrzahl der hier skizzierten Forschungsarbeiten mit vergleichsweise kleinen Stichproben gearbeitet haben, kann in einer ersten Bewertung davon ausgegangen werden, dass die Onlineberatung nicht nur eine zweckmäßige, sondern auch eine wirkungsvolle Methode im Bereich der Gesundheitsförderung darstellen kann.

3

**ZIELE DER DROGEN-
UND SUCHTPRÄVENTION
VON „DRUGCOM.DE“**



Mit dem Begriff der Sekundärprävention wird der Bereich der Suchtvorbeugung beschrieben, „der auf die Beeinflussung bereits bestehenden Drogenkonsums abzielt“ (Schmidt 2001, S. 17). Sekundärpräventive Maßnahmen richten sich demnach weniger an die Allgemeinbevölkerung, sondern an spezifische Risikopopulationen, die sich über riskante Verhaltensweisen charakterisieren lassen.

Der gemeinsame Nenner aller aktuellen Konzepte der Sekundärprävention ist es, einen konstruktiven Umgang mit Risikoverhalten zu fördern, Risikokompetenz zu vermitteln und Jugendliche und junge Erwachsene in ihrem Risikoverhalten zu begleiten. In der Praxis bedeutet Risikobegleitung auch, dass – eingebettet in eine konsumakzeptierende Haltung – eine sachgerechte Aufklärung und Gefahrenminimierung realisiert wird (vgl. Franzkowiak 2001; Rabes und Harm 1997; Fahrenkrug 1998; Heudtlass und Stöver 2000).

Betrachtet man die aktuelle Literatur zur Sekundärprävention, so lässt sich eine Reihe unterschiedlicher Akzente in der Formulierung der Ziele sekundärpräventiver Maßnahmen erkennen. Silbereisen und Reese (2001) betonen in Anlehnung an Newcomb und Bentler (1989) sowie Bühringer (1992) die Bedeutung der Wissensvermittlung für die Sekundärprävention – sowohl im Hinblick auf die Wirkungsweise psychoaktiver Substanzen als auch in Bezug auf mögliche Folgen des Substanzkonsums. Ferner wird von den Autoren in der Förderung einer kritischen Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen ebenso ein wichtiges Detailziel der Sekundärprävention gesehen wie in der Förderung des Verzichts auf bestimmte Substanzen und auf den generellen Verzicht des Substanzgebrauchs in bestimmten Situationen.

Nach Franzkowiak (2001) ist es vorrangiges Ziel der Sekundärprävention, Jugendlichen Risikokompetenz zu vermitteln. Hierzu gehören ein „informiertes Problembewusstsein“, die „Entwicklung von Gebrauchsnormen“, eine „konsequente Punktnüchternheit“ sowie die „Förderung von Entscheidungsfreiheit und Verhaltensstärke“ im Hinblick auf eine langfristige Kontrolle des eigenen Substanzkonsums.

Schmidt (2001) sieht in Ergänzung zu den hier zitierten Autoren weitere bedeutsame Detailziele für die Sekundärprävention. Die Verbesserung individueller Kompetenzen von Konsumentinnen und Konsumenten kann demnach ein ebenso wichtiger Beitrag der Suchtvorbeugung sein wie die Unterstützung bei der Gestaltung protektiver Bedingungen (Familie, Schule) und die Minimierung von Gefährdung innerhalb des Peerkontextes.

Das hier skizzierte Zielspektrum wird auf „drugcom.de“ mithilfe unterschiedlicher Methoden realisiert. Zur Informationsvermittlung stehen den Nutzerinnen und Nutzern der Website zum Beispiel ein „Drogenlexikon“ sowie eine Vielzahl interaktiver Wissenstests zu unterschiedlichen Substanzen und deren Konsumrisiken zur Verfügung („wissen testen“). Mit dem Ziel, eine selbstkritische Einstellung zum Konsum psychoaktiver Sub-

stanzen zu fördern, sind zwei Verhaltenstests zum Konsum von Alkohol und Cannabis auf „drugcom.de“ integriert („sich testen“). Während aber zum Beispiel mit dem Lexikon, den Wissens- und Verhaltenstests das Internet als Medium der Massenkommunikation genutzt wird, betreibt man ergänzend hierzu mit der Onlineberatung eine personal-kommunikative Form der Prävention auf „drugcom.de“. Unterscheiden lassen sich individuelle Beratungen, die per E-Mail (vgl. Kapitel 5.2) oder dem Einzelchat (vgl. Kapitel 5.3) realisiert werden und Beratungen, die im Rahmen des strukturierten Ausstiegsprogramms „quit the shit“ durchgeführt werden (vgl. Kapitel 5.4).

4

**METHODISCHE
UMSETZUNG DER
ONLINEBERATUNG
VON „DRUGCOM.DE“**



Wie schon erwähnt, werden auf der Internetplattform zur Drogen- und Suchtprävention www.drugcom.de massenkommunikative Strategien der Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der personalen Kommunikation ergänzt. Das bedeutet, dass jungen Nutzerinnen und Nutzern der Website zusätzlich zu dem differenzierten Informationsangebot die Möglichkeit gegeben ist, sich mit ihren individuellen Fragen und Problemen – per E-Mail oder im Chat – an das professionelle drugcom-Team zu wenden.

Die Option der direkten Kommunikation zwischen den Nutzerinnen und Nutzern mit den Beraterinnen und Beratern von „drugcom.de“ erhöht die Zielgruppennähe der Website und ist die Grundlage für die Vitalität des internetbasierten Angebots. Der Chat- und E-Mail-Kommunikation kommt eine Doppelfunktion zu: Aus der Perspektive der Nutzenden bieten Chat- und E-Mail-Beratung eine unkomplizierte, niedrigschwellige Möglichkeit zu Kommunikation und Beratung. Für die Projektdurchführung erfüllt der Kontakt mit der Zielgruppe eine Monitoringfunktion, in der sich zum einen Themen und Trends im Bereich des Substanzkonsums abbilden und zum anderen (unsystematisch) Feedbacks zur Website gegeben werden.

Onlineberatung wird jedoch auch im Rahmen des Beratungsprogramms „quit the shit“ umgesetzt. Mit diesem webbasierten Angebot wird die Zielgruppe jener Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten fokussiert, die ihren Substanzkonsum einstellen oder aber signifikant reduzieren wollen. Wie weiter unten beschrieben wird, werden bei „quit the shit“ mehrere Methodenelemente miteinander verknüpft: ein One-to-One-Chat zur Aufnahme in das Programm, ein Konsumtagebuch, regelmäßige Rückmeldungen zu den Tagebucheinträgen von Beraterinnen und Beratern und ein individuelles Beratungsgespräch im Chat zum Abschluss der Programmteilnahme.

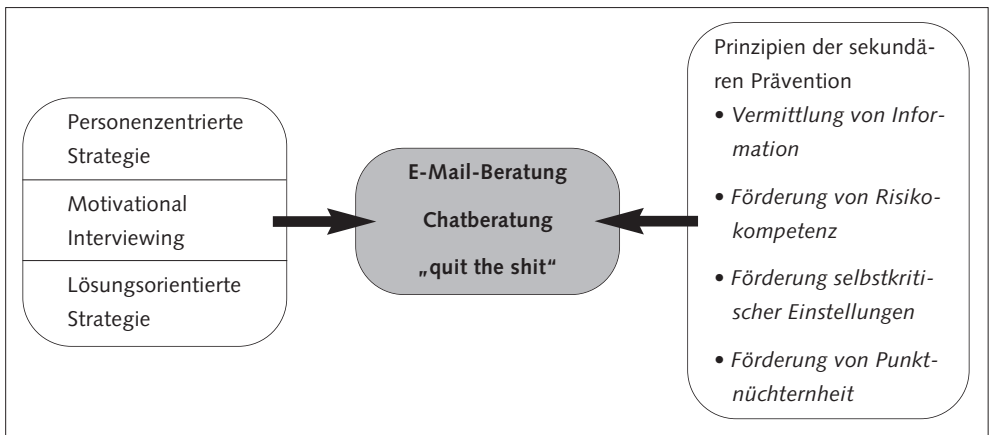


Abb. 1: Konzeptionelle Grundlagen der Onlineberatung von „drugcom.de“

Im Rahmen der Onlineberatung von „drugcom.de“ wird versucht, sowohl die in Kapitel 2 skizzierten theoretischen Konzepte umzusetzen als auch die in Kapitel 4 zusammenfassend dargestellten Ziele der Drogen- und Suchtprävention zu verfolgen. Abbildung 1 auf Seite 30 stellt diesen Sachverhalt schematisch dar.

5.1 Nutzung, Nutzerinnen und Nutzer der E-Mail- und Chatberatung von „drugcom.de“

5.1.1 Die Inanspruchnahme der Beratungsangebote

Jederzeit können sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ in den Chat einloggen. Moderation und Chatberatung werden von Montag bis Freitag von 15 bis 17 Uhr angeboten. Eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des drugcom-Teams ist dabei im Chat anwesend, um Diskussionen anzuregen und zu moderieren. Wer eine individuelle Beratung in Anspruch nehmen möchte, wird von der Beraterin bzw. dem Berater zur Beratung in einen separaten Chatraum geleitet, in dem das Beratungsgespräch „unter vier Augen“ geführt werden kann.

Darüber hinaus können sich die Nutzerinnen und Nutzer von „drugcom.de“ jederzeit per E-Mail an das drugcom-Team wenden. Die Beraterinnen und Berater sichern in der Regel eine qualifizierte Bearbeitung der E-Mails innerhalb einer Zeit von maximal zwei Werktagen zu. Abbildung 2 auf Seite 32 veranschaulicht die Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote und die Entwicklung seit dem Onlinestart von „drugcom.de“.

Nachdem die Chat-Log-ins im Jahr 2003 sprunghaft angestiegen sind, stagnierten die Log-ins im Folgejahr, um sich dann 2005 beinahe zu verdoppeln. Damit sind die Chat-Log-ins seit Projektbeginn um 531 % gestiegen, was in etwa der Zunahme der Visits in dieser Zeit entspricht. 2005 wurden insgesamt 6416 Chat-Log-ins registriert, wobei diese nicht mit der Anzahl an Userinnen und Usern zu verwechseln ist. Zahlreiche Userinnen und User loggen sich öfter ein, einige über einen längeren Zeitraum sogar täglich. Daraus hat sich eine (immer wieder wechselnde) Chatcommunity gebildet – eine Art „Stammpublikum“, das wesentlich dazu beiträgt, dass der Chat belebt ist und weitere Userinnen und User dort bindet.

Unter den 6416 Chatuserinnen und -usern bzw. Log-ins in den Chat, die im Jahr 2005 registriert wurden, lassen sich anhand des Benutzernamens 2286 unterschiedliche Nutzerinnen und Nutzer ausmachen, wobei nicht auszuschließen ist, dass einige Userinnen und User sich mehrmals mit unterschiedlichen Benutzernamen anmelden. Mehrere Log-

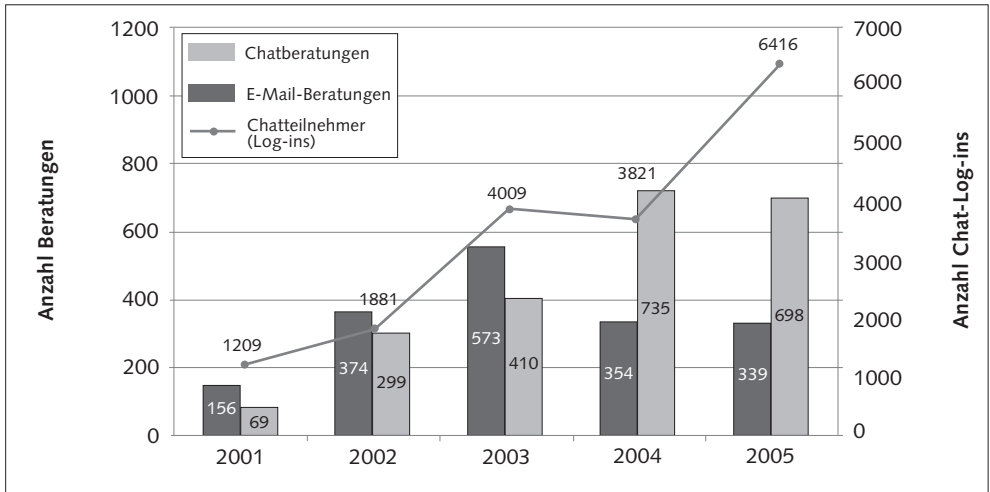


Abb. 2: Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote seit Projektbeginn

ins einer Chatteilnehmerin bzw. eines Chatteilnehmers pro Tag werden jedoch nur als ein Log-in gewertet. Obwohl die drugcom-Moderatorinnen und -Moderatoren nur zwei Stunden anwesend waren, fanden rund 30 % aller Log-ins in dieser Zeit statt, was darauf schließen lässt, dass viele Userinnen und User sich bewusst wegen deren Anwesenheit zu dieser Zeit einloggen.

Bei den Chatberatungen hat es 2004 einen deutlichen Rückgang gegeben, was sich jedoch nicht auf ein Nachlassen der Nachfrage, sondern auf das Cannabisberatungsprogramm „quit the shit“ zurückführen lässt. Bis zum Onlinestart von „quit the shit“

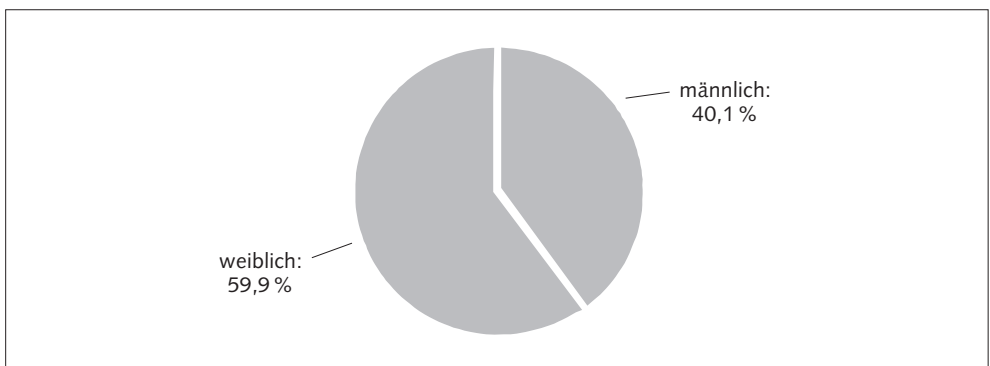


Abb. 3: Geschlechterverteilung bei der Inanspruchnahme der Beratungsangebote (n = 1037)

im August 2003 war die Zeit zwischen 15 und 17 Uhr reserviert für Chatmoderation und -beratung. Um die personellen Ressourcen optimal auszunutzen, werden die Termine für Einzelgespräche bei „quit the shit“ nun überwiegend in diesem Zeitraum angeboten. Chatberatungen können also nur noch dann stattfinden, wenn ein Termin frei geblieben ist oder die angemeldete Interessentin bzw. der angemeldete Interessent nicht erscheint. 2005 wurden mit 339 Beratungen etwas weniger Beratungen als im vorigen Jahr geleistet, da eine Zunahme an Aufnahmegesprächen im Rahmen von „quit the shit“ zu verzeichnen war. Im Gegenzug zur abnehmenden Verfügbarkeit der drugcom-Beraterinnen und -Berater für Chatberatungen konnte eine deutliche Zunahme bei den E-Mail-Anfragen an das Beratungsteam von 410 auf 735 (im Jahr 2004) verzeichnet werden. 2005 gab es hier nur einen leichten Rückgang auf 698 E-Mail-Beratungen. Die Nutzung des E-Mail-Kontakts verbleibt somit auf hohem Niveau.

5.1.2 Die Nutzerinnen und Nutzer der Beratungsangebote

Anhand der dokumentierten Beratungsfälle sollen die Nutzerinnen und Nutzer der Chat- und E-Mail-Beratung einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Der Altersschnitt der Personen, die Beratungsleistungen nutzen, liegt bei 20 Jahren (Median) und ist mit denen, die andere „drugcom.de“-Angebote nutzen, in etwa vergleichbar. Es zeigen sich allerdings Unterschiede in der Geschlechterverteilung. Wie in den vergangenen Jahren werden die Beratungsangebote von mehr weiblichen als von männlichen Personen in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 3). Dies steht in Kontrast zum Geschlechtsverhältnis in anderen drugcom-Angeboten wie dem „cannabis check“, „check your drinking“ oder den Wissenstests – dort ist der Anteil männlicher User deutlich höher.

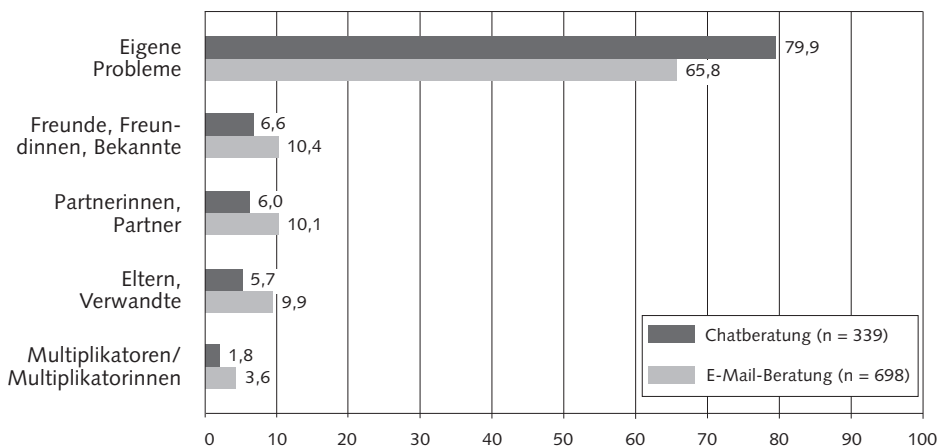


Abb. 4: Klientenstatus der Nutzerinnen und Nutzer der Beratungsangebote (n = 1037)

Die Analyse des Klientenstatus (vgl. Abbildung 4 auf Seite 33) offenbart, dass die meisten Klientinnen und Klienten, die sich an das drugcom-Team wenden, dies zumeist aufgrund eigener Probleme tun. Zudem wird erkennbar, dass für sie der Kontakt über den Chat eine besondere Bedeutung hat: 80 % derjenigen, die ihre Anfrage per Chat an das Beratungsteam richten, tun dies aufgrund eigener Probleme, wohingegen nur 66 % der E-Mail-Anfragen eigene Probleme zum Inhalt haben. Personen, die sich wegen einer Frage bezüglich ihres Freundes bzw. ihrer Freundin, Partners bzw. Partnerin oder Kindes oder als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an das Beratungsteam wenden, sind eindeutig in der Minderzahl.

5.1.3 Fragestellungen der Onlineberatung von „drugcom.de“

Der Dokumentation der Onlineberatung aus dem Jahr 2005 zufolge werden Fragen und Probleme zum Thema Substanzabhängigkeit mit 305 Anfragen am häufigsten angesprochen. In 253 Anfragen wurde die Sorge um jemand anders geäußert. Fragen zu Wirkungen und Risiken von Drogen wurden insgesamt 151-mal thematisiert. In der Häufigkeit folgen Fragen zu psychischen (n = 89) bzw. körperlichen Beschwerden (n = 57) und zur Nachweisbarkeit von Substanzen (n = 55). Fragen zu sozialen Problemen (n = 45), rechtlichen Aspekten (n = 44), Suizidalität (n = 42) und Sexualität/Liebe (n = 15) wurden ebenfalls an das drugcom-Team gerichtet.

Bei der differenzierten Betrachtung, zwischen beiden Optionen einen Beratungskontakt herzustellen, zeigt sich, dass der Chat im Vergleich zur E-Mail eher dann genutzt wird, wenn akute Problemlagen vorliegen, die die anfragende Person selbst betreffen. So liegt der prozentuale Anteil der Chatnutzer und -nutzerinnen bei Themen wie Abhängigkeit bzw. Entzug (37 % vs. 26 %), bei psychischen Beschwerden infolge des Konsums, bei sozialen Problemen wie zum Beispiel Einsamkeit oder suizidalen Neigungen höher als der Anteil von E-Mail-Anfragen. Der Kontaktweg per E-Mail wird eher von Personen genutzt, die ihre Sorge um jemand anders thematisieren (zum Beispiel: „Ich glaube, mein Sohn nimmt Drogen.“) oder wenn Fragestellungen angesprochen werden, die keine direkte Rückmeldung bzw. Beratung erfordern, wie etwa Fragen zur Wirkung und zu Risiken von Substanzen (zum Beispiel: „Ich habe Diabetes. Gibt es spezielle Risiken bei mir, wenn ich Ecstasy nehme?“) oder zur Nachweisbarkeit von Substanzen. Entsprechend der Aufgabenstellung der Website wurde in 95 % aller Beratungsanfragen der Konsum von legalen oder illegalen Substanzen thematisiert. Davon behandelten die meisten (43 %) den Konsum von Cannabis. Hierbei geht es häufig um Fragen zur Abhängigkeit von Cannabis, oft gepaart mit Fragen zum Programm „quit the shit“. Fragen zum Alkoholkonsum wurden mit 14 % am zweithäufigsten angesprochen; das Thema „Amphetamine“ folgt mit einem etwas geringeren Anteil (12 %). Fragen zu Ecstasy und Kokain machten jeweils einen Anteil von 8 % der Anfragen aus.

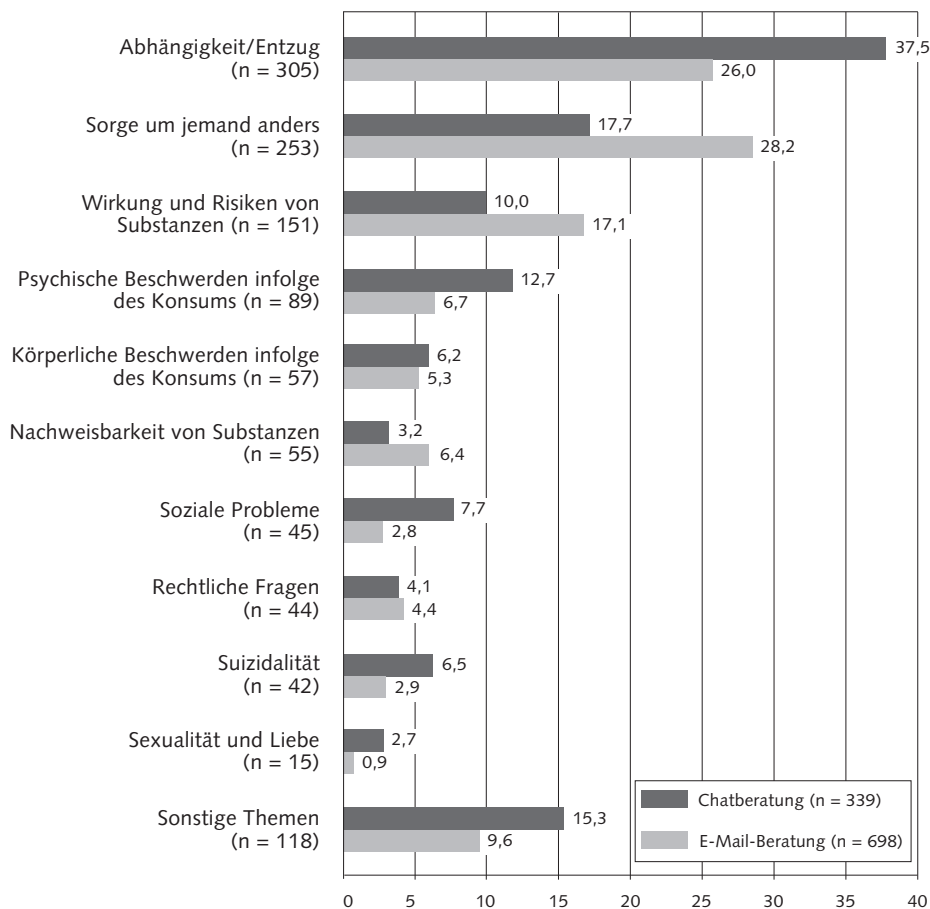


Abb. 5: Themen der Beratung (Mehrfachangaben möglich, n = 1037)

5.2 Die E-Mail-Beratung von „drugcom.de“

Pro Monat nutzen etwa 40 bis 50 Besucherinnen und Besucher von „drugcom.de“ die Möglichkeit, sich per E-Mail an das Beratungsteam zu wenden. Wie oben dargestellt, sind dies etwa in zwei Drittel der Fälle Jugendliche und junge Erwachsene, die sich mit Fragen zu ihrem Substanzkonsum oder mit suchtspezifischen Problemen an „drugcom.de“ wenden.

Weitere 30 % der E-Mails stammen von Eltern, Freunden bzw. Freundinnen oder Bekannten. Die Bearbeitung der E-Mails ist so organisiert, dass Ratsuchenden zwischen Montag und Freitag eine qualifizierte Antwort innerhalb von 48 Stunden zugesandt wird¹.

In aller Regel enthalten E-Mail-Anfragen einen Informationsbedarf, in vielen Fällen auch einen Unterstützungs- oder Hilfebedarf. Werden in einer E-Mail „Wissensfragen“ formuliert wie „Kann es sein, dass man von Kokain Angstzustände bekommt?“ oder „Wie lange kann ein Horrortrip anhalten?“, so kann in aller Regel davon ausgegangen werden, dass Ratsuchende sich von der Onlineberatung mehr erhoffen als eine sachgerechte Information. Häufig haben derartige Fragen eine hohe *persönliche Relevanz*, und Ratsuchende versuchen im Kontext der Beratung ihre Erfahrungen und Emotionalität zu vermitteln und Problemlösungsideen zu entwickeln. Das bedeutet, dass die Aufgabe der Beratung auch darin besteht, die mit der Anfrage möglicherweise verbundenen Ängste und gesundheitlichen Risiken in der E-Mail-Antwort aufzugreifen und der bzw. dem Ratsuchenden zurückzumelden.

Die Antwort einer Beratungsanfrage enthält in der Regel drei unterschiedliche Komponenten. Zuerst einmal gilt es, den geschilderten *Sachverhalt* zusammengefasst wiederzugeben. Insbesondere bei langen E-Mails ist dies wichtig, um der Antwort den wesentlichen Kern der Anfrage voranzustellen. In einem zweiten Teil der Beratungs-Mail versuchen Beraterinnen und Berater, den *emotionalen Hintergrund* der Beratungsanfrage bzw. den subjektiven Erfahrungshintergrund der Frage zu formulieren. Hierdurch gewinnen Ratsuchende den Eindruck, dass die Beraterin bzw. der Berater die individuelle Situation (einfühlend) versteht, was die Verbindlichkeit und die Glaubwürdigkeit der Beratung erhöht. In den meisten Fällen enthält eine Beratungs-Mail ergänzend hierzu eine *Empfehlung*, die der formulierten Fragestellung bzw. Problemsituation angemessen scheint. In aller Regel sind dies Verweise auf weitere Informationsquellen oder weitergehende Beratungsmöglichkeiten.

Nachfolgend soll nun anhand einiger E-Mail-Anfragen die methodische Umsetzung der Beratungskonzeption dargestellt werden. (Die Orthografie der E-Mails wurde behutsam an die neue deutsche Rechtschreibung angepasst. Durchgängige Kleinschreibung wurde jedoch beibehalten.)

1 Aus Gründen der Datensicherheit wird der E-Mail-Verkehr technisch über einen Server (SSL Verbindungen) realisiert.

Fall 1: Kai 18

Hallo,
ich konsumiere seit 6 Jahren täglich Gras und seit 2 Jahren auch fast täglich PEP. Vor acht Wochen bin ich zu Hause rausgeflogen und wohne jetzt in einer betreuten Wohngemeinschaft. Da gefällt es mir soweit ganz gut, aber vor ca. 1 Monat habe ich bemerkt, dass ich immer müder werde. Ich habe am Wochenende 36 Stunden durchgeschlafen ... (UND DAS AUF PEP) auch mein Magen und mein Kreislauf machen nicht mehr so ganz mit. Ich kippe gelegentlich einfach so um ... ich werde immer öfter darauf angesprochen, ob ich drogensüchtig wäre, selbst meine Arbeitskollegen haben es mittlerweile schon geblickt ... sollte ich mal zum Arzt gehen? Kann der überhaupt irgendwas tun? Ich mein, wir wissen ja alle, wovon kommt ... würde mich über Rückmeldung sehr freuen (Smiley)
Schönen Abend noch!
Kai

Hallo Kai,
du konsumierst schon recht lange und regelmäßig Cannabis und seit zwei Jahren auch Amphetamine. Angesichts deines relativ starken Drogenkonsums ist es nicht verwunderlich, dass dein Körper nun die ersten Ausfallerscheinungen zeigt. Deine Beschwerden sind mit Sicherheit auf deinen Konsum zurückzuführen, wie du auch selbst weißt. Du kannst zu einem Arzt gehen, um dich untersuchen zu lassen, damit du weißt, woran du genau bist. Dem Arzt solltest du unbedingt von deinem Konsum erzählen, damit er sich auch ein richtiges Bild machen kann. Ärzte haben Schweigepflicht! Eine andere Frage, die sich mir beim Lesen deiner Mail gestellt hat: Machst du dir selbst Sorgen um deine körperliche und geistige Gesundheit? Willst du etwas an deinem Konsum ändern? Dann würde ich dir empfehlen, dir professionelle Hilfe bei einer Drogenberatungsstelle in deiner Nähe zu holen. Die Adressen findest du unter folgendem Link:
<http://www.drugcom.de/?uid=20e109809e9409b2b249d0a58d0301c4&id=suchtberatung>
Die Beratung ist kostenlos und auch die Berater und Beraterinnen haben Schweigepflicht. Du kannst dort auch anonym hingehen. Mein Eindruck ist, du tust gut daran, deine Bedenken ernst zu nehmen und etwas an deinem Konsum zu ändern.
Viele Grüße von Evi
vom drugcom-team

Wie aus der Antwort der Beraterin erkennbar ist, werden in dieser Beratung zum einen die Fragen des Klienten aufgegriffen und beantwortet; zum anderen greift die Beraterin die in Ansätzen vorhandene Problemeinsicht des Klienten auf, motiviert ihn, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und stellt ihm hierfür geeignete Informationen zur Verfügung.

Fall 2: Vera 16

Hallo!

Ich bräuchte mal eure Hilfe. Am Wochenende habe ich den Cannabistest von „drugcom.de“ gemacht und das Ergebnis war, dass ich abhängig wäre, na ja – das dachte ich letztes Jahr mal, weil ich da ständig Schlafprobleme hatte, jeden Tag mehrmals geraucht habe (bis zu zehn Joints) und Bong habe ich damals auch noch geraucht. Seit Februar rauche ich keine Bong mehr; bis jetzt habe ich höchstens wieder fünf Köpfe insgesamt geraucht. Ich rauche jetzt seit ca. 14 Monaten regelmäßig, zwischendurch habe ich aber auch mal ne „Pause“ gemacht aber länger als eine Woche habe ich es nicht geschafft. Jetzt habe ich wieder 4 Tage nicht geraucht, aber ich gebe zu, dass ich auch mal ne „Pause“ mache, damit der nächste Joint wieder richtig kickt. Und zweimal hatte ich auch schon einen „Absturz“. Heute hatte ich eigentlich einen ziemlich miesen Tag und ich wollte unbedingt was rauchen, aber ich hatte halt kein Geld mehr, ich glaube, hätte ich Geld gehabt, hätte ich mir auf jeden Fall was geholt ... Ich bin eigentlich auch froh darüber, mal nichts zu rauchen, einen Tag mal wieder „normal“ zu überstehen ... Ich habe das Gefühl, dass das Kiffen bei mir schon Spuren hinterlassen hat ... ich vergesse häufiger Sachen als sonst, kann manchmal (wenn ich geraucht habe, dann den nächsten Tag mal wieder nichts) nicht einschlafen, bin dann zwischendurch über 30 Stunden nonstop wach! Ich wohne noch zu Hause, meine Eltern wissen natürlich nicht, dass ich kiffe (ich will nicht wissen, was sie mit mir machen würden, wenn sie es wüssten), sie hatten aber öfters schon einen Verdacht, sie haben schon Filter gefunden und Blättchen auch –ich meinte natürlich, dass es nicht mir gehöre ... Tut mir Leid, dass ich jetzt so viel geschrieben habe, aber das ist halt eine Möglichkeit, wo ich mir halt „Hilfe“ holen kann und ich habe jetzt so viel geschrieben, damit ihr wisst, wie lange ich rauche, was schon war usw. Bin ich wirklich abhängig? Was meint ihr???

Danke Vera

Liebe Vera

Du hast dich an uns gewandt, weil du dir Sorgen um dich machst und dich fragst, ob du von Cannabis abhängig bist. Ganz genau kann ich das von hier aus natürlich nicht beurteilen, da ich dich nicht persönlich kenne. Viele Dinge, die du in deiner E-Mail beschrieben hast (täglich, mehrmaliger Konsum etc., dein Testergebnis beim Cannabistest), sprechen meines Erachtens schon sehr dafür, oder? Ich habe mich auch gefragt, wie du selbst es einschätzen würdest. Fühlst du dich denn abhängig von Cannabis? Als ich deine E-Mail gelesen habe, hatte ich auch das Gefühl, dass du selbst unter deinem Konsum leidest, also dass du gern wieder konzentrierter wärst, dir einen geregelten Tagesablauf wünschst und dich auch sonst gern wieder besser fühlen möchtest. Du hast es ja auch schon geschafft, eine Woche lang nicht zu kiffen. Klasse! Aber es ist nicht einfach, sein eigenes Verhalten langfristig zu verändern und manchmal ist es gut, wenn man dabei Unterstützung hat. Vielleicht möchtest du dir diese Unterstützung ja in unserem Programm „quit the shit“ holen? Dort bieten wir mittels eines Tagebuches und wöchentlicher Rückmeldungen die Möglichkeit, dich beim Aufhören zu unterstützen. In einem ausführlichen Chatgespräch würden wir zunächst über deine persönliche Situation sprechen und erste Lösungsschritte suchen. Informationen zum Programm findest du dazu unter dem Menüpunkt „quit the shit“. Du kannst dich dort über den Ablauf des Programms informieren und dich dort auch anmelden. Dort findest du auch unter dem Unterpunkt >Wis-

senswertes, den Cannabiskonsum in den Griff bekommen, viele erste hilfreiche Tipps, denn viele Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten beschäftigen oft ähnliche Fragen, wenn sie ihren Konsum reduzieren möchten. Zurzeit sind auch Plätze im Programm frei. Natürlich hast du auch jederzeit die Möglichkeit, dich an eine Drogenberatung in deiner Nähe zu wenden. Die Beratung dort ist anonym und kostenlos. Adressen dazu findest du unter Druginfo > help

Ich bin gespannt, wie du dich entscheidest und würde mich freuen, noch einmal von dir zu hören.

Viele Grüße von Reglinde
vom drugcom-team

Diese Antwort-Mail der Beraterin hat zwei Komponenten: Zum einen greift sie die für die Klientin zentrale Frage nach dem Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit auf. Die Frage „Bin ich wirklich abhängig?“ wird – analog der Konzeption der personenzentrierten Strategie – beantwortet, indem der in der E-Mail der Klientin enthaltene subjektive Erfahrungshintergrund aufgegriffen und in die Antwort eingearbeitet wird. Die Klientin erfährt so, dass sie sich ihre Frage vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen selbst beantworten kann bzw. eigentlich schon selbst beantwortet hat. Durch die Beratung erfährt die Klientin darin noch eine Bestärkung. Die zweite Komponente betrifft die Anregung, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Diese Intervention bietet sich insbesondere bei jungen Menschen an, die über einen längeren Zeitraum einen regelmäßigen oder gar abhängigen Konsum von Cannabis betrieben haben. Auch Jugendliche, die bei ihrem Entschluss, den Substanzkonsum einstellen zu wollen, eher ambivalent sind, können sehr von weitergehenden Hilfeangeboten profitieren.

5

Fall 3: M. 15 (weiblich)

Liebes drugcom-team,
ich habe das Gefühl, dass ein Freund aus meiner Clique regelmäßig kifft. Das heißt, ich weiß es auch. Seit sich seine Freundin von ihm getrennt hat, hat er sich total distanziert und sein Verhalten geändert. Ihm ist sein Leben irgendwie egal geworden und er macht nur noch Scheiß in der Schule. Wir haben schon öfters versucht, mit ihm zu reden, aber er blockt total ab. An manchen Tagen ist er total depressiv und an anderen fröhlich und aufgedreht. Mit seinen Freunden – also mit uns – hat er kaum noch etwas zu tun. Wir machen uns ernsthaft Sorgen um ihn, dass es nicht beim Kiffen bleibt und dass er abrutscht.

Wie können wir mit ihm vernünftig reden und ihm helfen??

Mit freundlichen Grüßen, M.

Liebe M.

Du hast dich an uns gewandt, weil du dir Sorgen um einen Freund in deiner Clique machst, der regelmäßig kifft und sich von euch distanziert hat. Du schreibst, dass die Veränderung begann, als sich seine Freundin von ihm getrennt hat. Wie du vielleicht selbst schon erfahren hast, kann Liebeskummer eine Person in Krisen stürzen und es braucht auch oft einige Zeit, um damit fertig zu werden. Es ist nicht ungewöhnlich, dass jemand in so einer Situation verstärkt Drogen konsumiert, es ist aber ein Anzeichen dafür, dass es ihm nicht gut geht und er die Krise noch nicht überwunden hat. Aus so einer Situation kann sich unter Umständen ein problematischer Drogenkonsum entwickeln, muss es aber nicht zwangsläufig.

Ich finde es sehr schön, dass ihr euch um euren Freund so engagiert kümmert. Auch die Idee, mit ihm ein Gespräch zu führen, ist wohl ganz gut. Vielleicht überlegt ihr einmal, mit wem von euch er momentan noch den besten Kontakt hat und der- oder diejenige wartet auf eine günstige Gelegenheit und sucht ein ruhiges Gespräch zu zweit. Achtet aber vor allem darauf, dass er bei dem Gespräch nüchtern ist.

Ansonsten glaube ich, dass es gut für ihn ist, wenn er sieht, dass ihr weiterhin für ihn da seid, dass ihr ihn versteht und dass ihr bereit seid, ihm zu helfen. Vielleicht unternimmt ihr ja auch mal etwas zusammen, damit er auf andere Gedanken kommt?

Hier noch ein paar allgemeine Tipps:

Wenn deine Freunde Drogen konsumieren, kann sich eure Freundschaft verändern und darunter leiden. Du merkst, dass sich deine Freunde anders verhalten und machst dir Sorgen um sie. Ihr seht euch weniger häufig oder oft im berauschten Zustand, und du bist unsicher, wie du mit der Situation umgehen sollst.

Meist ist es schwer, manchmal gar nicht möglich, jemanden davon abzuhalten, Drogen zu nehmen. Bedenke auch, dass nicht jeder Drogenkonsum gleich ist und sich die Konsummuster unterscheiden. Nicht immer zieht der Drogenkonsum ernsthafte Schwierigkeiten nach sich.

In jedem Fall solltest du deine Bedenken und Ängste ansprechen und nicht „um der Freundschaft willen“ für dich behalten.

Weitere Tipps findest du auf „drugcom.de“:

<http://www.drugcom.de/?uid=7ffb791e7f91529a177a8cba96bff12e&id=freundhilfe>

Falls du noch weitere Fragen hast, kannst du dich gern wieder an uns wenden.

Viele Grüße von Reglinda

vom drugcom-Team

In dieser Beratung werden die Sorge und das Engagement der Freundin eines Drogenkonsumenten durch die Beraterin unterstützt. Ergänzt wird dies durch einige fallspezifische Anregungen („Achtet aber vor allem darauf, dass er bei dem Gespräch nüchtern ist“) und ein Verweis auf weitere Tipps.

Fall 4: Mutter

Hallo,
mein Sohn (23) ist drogenabhängig („harte D.“), er wohnt seit einem Jahr 800 km weit weg von mir, zog nach stationärer Therapie zum Vater, um von der Szene wegzukommen, doch es bestand keine Beziehung, und der Vater warf ihn raus. Daraufhin wieder Drogenmissbrauch. Er kam bei Freunden unter. Habe ihn nach einem Jahr wiedergesehen und war schockiert ... Er hat kein eigenes Zuhause, „schämt“ sich, in die Klinik zu gehen wegen einer Entgiftung („ich bin ein Versager“), möchte aber unbedingt eine Therapie machen! Er ruft mich ca. alle zehn Tage an. Ich habe keine Adresse, keine Telefonnummer und bin sehr besorgt. Kann ich denn gar nichts für ihn tun?!! Immer wird davon geredet, dass man seine Kinder „loslassen“ sollte ... und dass ein Abhängiger erst ganz unten sein muss, bevor er/sie Hilfe annimmt ... ich bin voller Angst um ihn, denn, wir haben ein sehr gutes Verhältnis! Haben vieles geschafft ... in der Vergangenheit ...
Danke für eine schnelle Antwort!

Hallo,
zuerst einmal: Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie sich große Sorgen um ihren Sohn machen und dass dieser ungewisse Zustand für Sie nur sehr schwer auszuhalten ist. Ich finde es gut, dass Sie für Ihren Sohn da sind und ihn unterstützen, das scheint in der Vergangenheit für Sie beide ja auch sehr hilfreich gewesen zu sein. So wie ich Ihre E-Mail verstehe, scheint sich ja auch Ihr Sohn eine Veränderung der Situation zu wünschen und möchte seinen Drogenkonsum beenden. Außerdem hat er ja auch schon Erfahrung und weiß, was er dazu unternehmen kann. Mir scheint jedoch, dass Ihr Sohn hierfür professionelle Unterstützung braucht. Dazu könnte er erneut in jene Klinik gehen, die er schon kennt oder aber in eine andere. Auf jeden Fall sollte er sich an eine Drogenberatungsstelle wenden. Es ist nicht ungewöhnlich, dass ein Drogenabhängiger mehrere Anläufe benötigt, bis er seinen Weg gefunden hat. Dafür braucht er sich nicht zu schämen!
Wenn das für Ihren Sohn eine Unterstützung ist, können Sie sich auch überlegen, ihn zu einer Beratungsstelle zu begleiten. Adressen in Ihrer Nähe finden Sie unter:
<http://www.drugcom.de/?uid=d486f0976aebd4306ff078f80282cbf5&id=suchtberatung>
Ich wünsche Ihnen beiden viel Glück, dennoch habe ich das Gefühl, dass Sie durch die Situation sehr belastet sind. Aus diesem Grund möchte ich Ihnen gern eine Adresse nennen, wo Sie sich selbst Unterstützung holen können: Der Bundesverband der Elternkreise e. V. (BVEK) ist ein Zusammenschluss von Elternkreisen drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher und ihrer Landesverbände. Den BVEK finden Sie unter: <http://home.snafu.de/bvek>
So schwer es auch ist, aber letztendlich muss Ihr Sohn sich entscheiden, seinen Drogenkonsum zu beenden, und die Verantwortung dafür müssen Sie ihm überlassen. Mir scheint es an dieser Stelle wichtig zu sein, Sie zu ermuntern, auch für sich zu sorgen. Dazu gehört dann auch, dass Sie sich abgrenzen und ihr eigenes Leben führen. Ich weiß, das alles ist nicht einfach, aber Sie können Ihrem Sohn nur signalisieren, dass Sie ihn unterstützen, aber nur im Rahmen Ihrer eigenen Grenzen und Kapazitäten.
Ich gebe Ihnen noch eine Adresse, unter der Sie allgemeine Tipps finden, die Ihnen helfen können: www.drugcom.de > [druginfo](#) > [faq](#) > [allgemeine fragen](#) > [was tun, wenn Freunde Drogen nehmen](#). Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich gern wieder an uns. Ich wünsche Ihnen ganz viel Kraft.
Liebe Grüße! Ilka Andersen vom drugcom-Team

Entsprechend der Beratungskonzeption ist auch im Rahmen dieser Beratung mit einer Mutter eines Drogenabhängigen die Vermittlung von Informationen gekoppelt mit einer emotionalen Unterstützung und Empfehlungen, weitergehende Hilfen in Anspruch zu nehmen.

5.3 Die Chatberatung von „drugcom.de“

Nachfolgend soll nun dargestellt werden, wie die konzeptionellen Grundlagen der Onlineberatung im Rahmen der Chatberatung von „drugcom.de“ methodisch umgesetzt werden. Hierzu wird auf Ergebnisse einer Studie zurückgegriffen, die im Jahr 2004 durchgeführt und an anderer Stelle veröffentlicht wurde (Tossmann et al. 2006). Im Rahmen dieser Forschungsarbeit sind alle $N = 93$ Beratungen der Monate September, Oktober und November 2003 analysiert worden, die im virtuellen One-to-One-Beratungsraum von „drugcom.de“ durchgeführt wurden. Im Rahmen der Datenanalyse hat sich gezeigt, dass nicht nur Konsumentinnen und Konsumenten psychoaktiver Substanzen die Onlineberatung von „drugcom.de“ in Anspruch nehmen, sondern auch eine beträchtliche Anzahl von Bezugspersonen. In 19 der 93 Beratungen suchten Partnerinnen oder Partner von Konsumentinnen bzw. Konsumenten Hilfe bei „drugcom.de“, und in weiteren acht Fällen waren es deren Freunde bzw. Freundinnen. Im Prozess der qualitativen Datenanalyse wurden in $N = 93$ Onlineberatungen insgesamt 2104 Einzelinterventionen² erfasst, codiert und in ein Kategoriensystem integriert. Danach lassen sich die Interventionen der Chatberatung von „drugcom.de“ fünf thematischen Kategorien zuordnen:

- Förderung eines informierten Problembewusstseins,
- Anregung zur Gestaltung protektiver persönlicher Beziehungen,
- persönlichkeitsbezogene Interventionen,
- verhaltensbezogene Interventionen,
- Angebot weiterführender Hilfen.

Nachfolgend soll mithilfe von authentischen Ausschnitten aus Chatprotokollen und der E-Mail-Kommunikation skizziert werden, wie die Beraterinnen und Berater von „drugcom.de“ auf die Fragen und Problemlagen der Klientel eingehen und die Beratungskonzeption im Detail umsetzen.

² Als Interventionen wurden alle Texte bzw. Textfragmente gewertet, mit denen die Beraterinnen versuchten, auf das Wissen, die Einstellungen oder das Verhalten der Ratsuchenden Einfluss zu nehmen.

5.3.1 Förderung eines informierten Problembewusstseins

Für Franzkowiak (2001) gilt ein „*informiertes Problembewusstsein*“ als wesentliche Komponente einer drogenbezogenen Risikokompetenz. Im Rahmen der analysierten Onlineberatungen von „drugcom.de“ konnten insgesamt 581 Interventionen – das heißt mehr als jede vierte Beratungsintervention – dieser thematischen Oberkategorie zugeordnet werden. Mit der Förderung eines informierten Problembewusstseins sind Interventionen gemeint, die zum einen Informationen vermitteln und zum anderen eine (selbst-)kritische Haltung dem Substanzkonsum gegenüber fördern.

Klientin: „Also ich wollte mal wissen, ob die Pille nicht mehr wirkt, wenn ich xtc nehme?“

Beraterin: „... dass xtc einen direkten Einfluss auf die Pille hat, ist nicht erwiesen; aber xtc-Konsum kann Nebenwirkungen haben, die die Wirksamkeit der Pille beeinflussen können.“

Klientin: „mh, na ja, stimmt also vielleicht doch?“

Beraterin: „Es ist richtig, dass du mit dem xtc-Konsum ein erhebliches Risiko eingehst.“

Anregungen zur Sensibilisierung der eigenen Wahrnehmung finden in der Onlineberatung immer dann Anwendung, wenn es gilt, den Ratsuchenden einen differenzierten Überblick über ihre aktuelle Problemlage zu ermöglichen. Dabei explorieren die Beraterinnen die formulierten Beschwerden, Konflikte, Wünsche und Potenziale der Klienten:

Klient: „Wochenende war cool ... war ziemlich besoffen.“

Beraterin: „Was genau gefällt dir so gut am Besoffensein?“

Klient: „Wie soll ich es sagen ... ich bin dann eben viel offener.“

Beraterin: „... dann bist du so, wie du sein möchtest?“

Klient: „Ja, aber eigentlich will ich ja nicht immer besoffen sein.“

Mit der personenzentrierten Strategie der Beratung werden Lebenskompetenzen gestärkt, indem Klientinnen und Klienten ihre eigene Problemlage besser verstehen und ihre Ressourcen besser einschätzen können. „Lebenskompetent ist derjenige, der sich selbst kennt und mag und über Empathie verfügt.“ (WHO 1994, zitiert nach Silbereisen und Reese 2001, S. 147)

Die „Förderung einer kritischen Einstellung“ hat das Hinterfragen von konsumbezogenen Verhaltensweisen oder Meinungen zum Ziel. Hier werden Selbstverständlichkeiten des Substanzkonsums und konsumbezogene Ideologien hinterfragt und auf mögliche Aspekte gesundheitlicher Risiken hingewiesen.

Klient: „PMA ist dir ein Begriff?“

Beraterin: „Ja, ist mir ein Begriff.“

Klient: „Na ja (smile), ich musste davon mal brechen und zwar erst Schaum und dann zweimal Wasser. Hatte das was mit Überdosis zu tun?“

Beraterin: „Klingt nicht gerade gut.“

5

Klient: „Na ja ... der Schaum sah aus wie von Bier, wovon ich zwei getrunken habe.“

Beraterin: „Ich muss sagen, dass mich diese Geschichte etwas schockiert. Machst du öfters solche Erfahrungen?“

Klient: „Na ja, wenn Party is, kann so was schon vorkommen. Und Party is eben Standard.“

Beraterin: „... und bei so einer Standardparty scheint dir deine Gesundheit nicht mehr so wichtig zu sein?“

Klient: „Doch schon, aber ... na ja, ich nehm es dann halt nicht so genau.“

5.3.2 Anregungen zur Gestaltung protektiver persönlicher Beziehungen

In dieser thematischen Oberkategorie sind alle Interventionen gebündelt, mit denen die Beraterinnen versucht haben, die Klientinnen und Klienten zu ermuntern, auf ihr soziales Nahfeld Einfluss zu nehmen. Zu einem vergleichsweise hohen Anteil konnte diese Form der Intervention in der Beratung von Partnerinnen und Partnern bzw. nahen Freunden und Freundinnen von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten ausgemacht werden.

Klientin: „Ich liebe meinen Freund echt arg, aber die Kifferei frisst mich auf. Es macht mich total fertig, seelisch wie auch körperlich. Ich versuche nicht, ihn zu zwingen aufzuhören, weil das will ich gar nicht und weil das auch nichts bringt, aber er versteht nicht, dass ein Kompromiss nötig wäre.“

Beraterin: „Dann hast du also schon mit ihm gesprochen?“

Klientin: „Ja, schon öfters.“

Beraterin: „Was wäre denn ein Kompromiss für dich?“

Zahlreiche Konsumentinnen bzw. Konsumenten formulieren jedoch auch familiäre Probleme in der Onlineberatung. Auch hier wird dann versucht, die Klientinnen und Klienten zu ermutigen, diese Konflikte in der Familie anzugehen.

Klient: „Mein Vater ist der, der Terror macht und meine Mutter zuquatscht ... Ich weiß, dass meine Mutter meinen Vater für die nächsten Tage zum Reden eingeladen hat und wenn der irgendwas mitkriegt, bin ich mir sicher, dass er meine Mutter zwingt, mich auf Entziehungskur oder ins Heim zu stecken, sonst würde er sie anzeigen.“

Beraterin: „Hast du denn schon mal selbst versucht, mit deinem Pa in aller Ruhe darüber zu reden?“

Ebenfalls zu diesem Themenbereich zählen die Beratungseinheiten, in denen die Beraterinnen gemeinsam mit Klienten und Klientinnen versuchen, auf die persönlichen Beziehungen der Ratsuchenden zu Peers oder im Kontext von Schule und Arbeit Einfluss zu nehmen. Hierbei werden vorrangig Probleme in der Abgrenzung vom Drogenkonsum in der gleichaltrigen Bezugsgruppe formuliert.

5.3.3 Persönlichkeitsbezogene Interventionen

Unter persönlichkeitsbezogenen Interventionen sind jene Beratungselemente zu verstehen, die weniger auf die Gestaltung des persönlichen Umfelds oder auf das Verhalten der Klienten und Klientinnen abzielen. Die Mehrzahl der Verbalisierungen der Beraterinnen können als Unterstützung bei der Übernahme von Eigenverantwortung oder als Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen verstanden werden. In Beratungen von Bezugspersonen von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten wurde im Rahmen der Onlineberatung häufig eine Sensibilisierung für die eigenen Grenzen betrieben.

Mit einer Fokussierung der Eigenverantwortung von Konsumentinnen und Konsumenten (und anderen Ratsuchenden) regen die Beraterinnen die Klienten und Klientinnen an, für alle ihre Belange selbst Verantwortung zu übernehmen und bestärken sie – in aller Regel – in ihren persönlichen Entscheidungen.

Hiermit eng verknüpft ist die mit der Beratung verbundene Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Hier werden Klientinnen und Klienten in ihren Problemlösungsbemühungen bestätigt und bestärkt.

Klientin: „Kann’s noch nicht glauben. Hab mit dem Kiffen endlich Schluss gemacht.“

Beraterin: „Seit zwei Wochen kiffst du jetzt nicht mehr? Wie lange und wie viel hast du denn zuvor konsumiert?“

Klientin: „Mit 18 ca. angefangen also 2001 ... dann ein Jahr Pause, dann seit 2002 bis vor 2 Wochen durchgehend jeden Tag.“

Beraterin: „Aber dafür ist das ziemlich gut, dass du nun seit zwei Wochen durchhältst. Respekt! (smile)“

In den Beratungen von Bezugspersonen (zum Beispiel Partnerinnen und Partner) konnte eine Vielzahl von persönlichkeitsbezogenen Interventionen herausgearbeitet werden, die als *Sensibilisierung für die eigenen Grenzen* zusammenzufassen sind.

Hier versuchen die Beraterinnen den Ratsuchenden zu verdeutlichen, dass sie ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin oder Freund bzw. Freundin zwar eine Hilfe sein können, indem sie das Gespräch mit ihnen suchen; auf die Entscheidung und die Initiative, das eigene Konsumverhalten zu verändern, haben Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte jedoch häufig wenig Einfluss. Ein weiterer Aspekt dieser Form der Intervention kommt auch dann zum Tragen, wenn es darum geht, Muster der Co-Abhängigkeit (meist von Partnerinnen von Drogenkonsumenten) anzusprechen.

5.3.4 Verhaltensbezogene Interventionen

Unter dem thematischen Oberbegriff der verhaltensbezogenen Interventionen sind Beratungseinheiten zusammengefasst, die auf ein spezifisches Verhalten der Klienten und

5

Klientinnen gerichtet waren. Dabei lassen sich konsumbezogene und nicht konsumbezogene Interventionen unterscheiden.

Konsumbezogene Interventionen

Konsumbezogene Interventionen der Beratung haben in aller Regel den Charakter von Empfehlungen, wobei Abstinenzempfehlungen, Empfehlungen, den Konsum zu reduzieren und „Safer-Use“-Empfehlungen zu unterscheiden sind.

Insgesamt formulierten die Beraterinnen in dem Untersuchungszeitraum 98 konsumbezogene Interventionen; Empfehlungen zur Konsumreduktion wurden hierbei am häufigsten ausgesprochen. Dabei wurde entweder angeregt, die Konsummenge oder die Konsumfrequenz (in aller Regel von Cannabis) zu reduzieren oder den Substanzkonsum in bestimmten Situationen ganz zu unterlassen.

Abstinenzempfehlungen werden in aller Regel vor dem Erstkonsum spezifischer psychoaktiver Substanzen oder beim Vorliegen eines Konsums „harter“ Drogen (zum Beispiel Kokain) vermittelt. Am häufigsten jedoch, wenn der Klient bzw. die Klientin im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis oder Partydrogen von massiven physischen oder psychischen Problemen berichtet.

Klient: „Hat sich in letzter Zeit zugespitzt. Das mit den Partys und den Drogen.“

Beraterin: „Hört sich an, als hättest du damit Probleme bekommen.“

Klient: „Nachts krieg ich Schweißausbrüche, Albträume und Zitteranfälle.“

Beraterin: „Das können Entzugssymptome sein. Die verschwinden aber, wenn du länger nix mehr genommen hast.“

Klient: „Ich heule oft deswegen. Das schlimmste am ganzen Kiffen sind immer die Paranoia-Angstanfälle und die DEPRESSIONEN. Aber ich selber bin der Meinung, bei mir scheint es krasse Abhängigkeit zu sein. Ich habe mal 82 kg gewogen, jetzt 75 kg. Jeder spricht mich darauf an.“

Beraterin: „Ja, du hast recht. Cannabiskonsum kann psychisch abhängig machen. Dass du dich entschlossen hast, nicht mehr zu kiffen, ist eine gute Entscheidung.“

Nicht konsumbezogene Interventionen

Unter dieser thematischen Kategorie sind insbesondere Anregungen zur Verbesserung der psychosozialen Kompetenz und zur Entwicklung alternativer Lebensinhalte bzw. Freizeitoptionen zusammengefasst. Ratsuchende werden hier ermuntert, ihr Verhaltensrepertoire zu erweitern und sich aktiv um Problemlösungen zu bemühen.

Klientin: „Also gestern war auch so 'ne Situation. Da hab ich gesagt: wenn ihr unbedingt eine blubbern müsst dann macht doch. Aber ohne mich.“

Beraterin: „Ich finde das prima und mutig, dass du in der Clique nicht mehr alles mitmachst.“

5.3.5 Angebote weiterführender Hilfe

Insgesamt 362 Interventionen der Beraterinnen verfolgten das Ziel, den Onlineklientinnen und -klienten eine weitergehende Beratungsperspektive zu eröffnen. Eine weiterführende Hilfe wurde angeregt, wenn die formulierte Problemlage als vergleichsweise schwerwiegend erachtet wurde und im Rahmen des Onlinekontakts keine erschöpfende Hilfestellung zu leisten war. Zu differenzieren sind Beratungsinterventionen, in deren Rahmen Ratsuchenden empfohlen wird, sich an eine regionale Beratungsstelle (Drogenberatung, Jugendberatung, Mädchenberatung etc.) zu wenden. In Einzelfällen – bei Kenntnis des Wohnortes der Klienten bzw. Klientinnen – übermitteln die Beraterinnen hierbei auch Adressen und Telefonnummern.

Oft wird in diesem Zusammenhang die Beratung auch zum Abbau von Hemmschwellen genutzt. Gerade für jugendliche Klientinnen und Klienten mit einer Cannabisproblematik ist die Inanspruchnahme einer (klassischen) Drogenberatung meist mit der Überwindung von Ängsten und Unsicherheiten verbunden.

Einigen Klientinnen und Klienten wird am Ende des Beratungsdialogs angeboten, bei Bedarf auch weiterhin die Onlineberatung von „drugcom.de“ zu nutzen. Gerade im Übergang zur Beratungsstelle vor Ort kann es hilfreich sein, wenn Jugendliche und junge Erwachsene die Hilfe der Chatberatung in Anspruch nehmen.

5.4 Onlineberatung im Rahmen von „quit the shit“

Mit „quit the shit“ wird Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis auf www.drugcom.de ein Beratungsangebot unterbreitet, das die Reduzierung bzw. den Ausstieg aus dem Substanzkonsum anzielt. Das Programm besteht aus fünf Modulen:

1. Das Beratungsprogramm ist eingebunden in eine Vielzahl von spezifischen *Informationen zum Ausstieg*. Diese dienen den Nutzerinnen und Nutzern vor und während der Programmteilnahme als Informationsquelle.
2. Im Rahmen des automatisierten *Eingangsscreenings* werden die Motivation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geprüft und Klientendaten erfasst, die für die Beratung wie auch für die Evaluation relevant sind.
3. Der individuelle Programmstart erfolgt über einen *Aufnahmechat*, der online im Rahmen einer One-to-One-Kommunikation im Beratungschat stattfindet.
4. Kern der Intervention ist ein *50-Tage-Buch*. Klientinnen und Klienten nutzen dies, indem sie täglich dokumentieren. Beraterinnen und Berater nutzen dieses Tagebuch, indem sie einmal pro Woche die Veränderungsprozesse kommentieren und durch Fragen und Anregungen weiter befördern.

5. Schließlich wird im Rahmen eines *Abschlusschats* der Verlauf der Beratung resümiert und auf die Nachbefragungen verwiesen.

Eine (internetbasierte) personale Kommunikation mit den Ratsuchenden findet im Rahmen des Ausstiegsprogramms während des Aufnahmechats, im Rahmen der Rückmeldungen zu den Tagebucheinträgen und beim Abschlussgespräch statt. In diesen drei Bereichen kommt die Beratungskonzeption zum Tragen. Die Beraterinnen und Berater gestalten die Kommunikation mit den Ratsuchenden mit einer Grundhaltung, die – entsprechend den dargestellten Beratungsmethoden – von Empathie und Wertschätzung getragen ist. Sie gestalten den Dialog ressourcen- und lösungsorientiert und sind bemüht, die Klientinnen und Klienten zu motivieren, die angezielten Veränderungen in Angriff zu nehmen.

Nachfolgend soll beschrieben werden, wie die Beratungskonzeption von „drugcom.de“ im Aufnahmekontakt von „quit the shit“, im Zusammenhang mit den Rückmeldungen der Tagebucheinträge und im Rahmen des Abschlussgesprächs umgesetzt wird. Exemplarische Auszüge einer Beratung finden sich im Anhang der vorliegenden Konzeption.

5.4.1 Der Aufnahmechat

Die Themen des Aufnahmechats

Der Aufnahmekontakt 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 des „quit the shit“-Programms und versucht, zu dem Eingangsscreening ergänzende Informationen zu gewinnen (Exemplarischer Aufnahmechat siehe Kapitel 8.1). Zum anderen gilt es, Nutzerinnen und Nutzer des Programms zu ermuntern, sich für das angezielte Vorhaben zu engagieren. Wie aus der nachfolgenden Übersicht hervorgeht (vgl. Tabelle 1), wird der Aufnahmekontakt dazu genutzt, um sich über das Konsumverhalten und über die Konsummotive der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Bild zu machen. Ferner wird erfragt, aus welchen Gründen der Cannabiskonsum verändert werden soll und warum es in zurückliegender Zeit Versuche gegeben hat, den Konsum von Cannabis einzustellen.

Von besonderer Bedeutung ist es, den Aufnahmechat zur Bestimmung der je individuellen Risikosituationen zu nutzen. Hierbei lernen die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer, Situationen zu unterscheiden, in denen sie entweder stark oder wenig der Versuchung des Substanzkonsums ausgesetzt sind. Ebenso bedeutsam ist es in diesem Zusammenhang, gemeinsam mit der Klientin bzw. mit dem Klienten mögliche Strategien zu besprechen, die geeignet sind, problematische Situationen ohne den Konsum von Cannabis zu bewältigen bzw. die Kontrolle über das eigene Vorhaben zu bewahren.

Ferner werden die „quit the shit“-Teilnehmenden ermuntert, nach Quellen der Unterstützung zu suchen. Sehr häufig kann der Kontakt zu drogenabstinenten Freunden bzw. Freundinnen und Bekannten oder zur Familie unterstützend genutzt werden.

Eine wichtige Aufgabe des Aufnahmemechats ist es, gemeinsam mit dem Programmteilnehmer bzw. der -teilnehmerin das individuelle Programmziel zu vereinbaren. Hier versucht die Beraterin bzw. der Berater, eine gleichsam *realistische* wie möglichst *konkrete* Zielplanung zu initiieren und *überprüfbar*e Ziele zu vereinbaren. Darüber hinaus macht die Beraterin bzw. der Berater im Rahmen des Aufnahmemechats die herausragende Bedeutung des Konsumtagebuchs deutlich und ermuntert die Ratsuchenden, dieses Instrument systematisch – das heißt täglich – zu nutzen.

Gegen Ende des Aufnahmemechats werden die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer auf die Programminformationen auf der Website hingewiesen („Mehr Informationen zum 50-Tage-Programm“) hingewiesen und danach gefragt, ob noch offene Fragen bestehen.

Themenbereich	Beispielhafte Fragen
Aktuelles Konsumverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Aus dem Eingangsfragebogen geht hervor, dass du mehrmals täglich kiffst. Ist das so? • Kiffst du hauptsächlich abends oder über den ganzen Tag verteilt? • Welche Rolle spielen Alkohol und andere Drogen?
Motive und Funktionen des Cannabiskonsums	<ul style="list-style-type: none"> • Was gefällt dir so gut am Kiffen? Was würde dir fehlen, wenn du sofort damit aufhören würdest?
Gründe für die Beendigung/ Reduzierung des Cannabiskonsums	<ul style="list-style-type: none"> • Du hast dich entschieden, deinen Cannabiskonsum deutlich zu reduzieren/einzustellen. Was sind hierfür die wichtigsten Gründe?
Vorangegangene Versuche	<ul style="list-style-type: none"> • Hast du schon mal versucht, deinen Cannabiskonsum in den Griff zu bekommen? Wie oft schon? Wann war das letzte Mal? Wie lange hast du es schon mal geschafft, nicht zu kiffen?
Persönliche Risikosituationen	<ul style="list-style-type: none"> • Was denkst du, sind für dich die Situationen, in denen es dir besonders schwerfällt, nicht zu kiffen? • Wie viele deiner Freunde bzw. Freundinnen und Bekannten kiffen? Gibt es Leute in deinem Umfeld, die nicht kiffen?
Persönliche Bewältigungs- und Kontrollstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Hast du schon Ideen, was du anstelle des Kiffens machen willst? Was willst du tun, wenn die Lust zum Kiffen riesengroß wird?
Quellen der Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Freunde bzw. Freundinnen oder Bekannte, die dich bei deinem Vorhaben unterstützen können? Wer wird dich bei deinem Vorhaben unterstützen?
Persönliches Programmziel	<ul style="list-style-type: none"> • Was genau ist dein Ziel, das du in 50 Tagen erreicht haben willst? • Was meinst du, kannst du in den nächsten 50 Tagen schaffen?

Tab. 1: Themenstruktur des Aufnahmemechats

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden darauf aufmerksam gemacht, dass der Erfolg der Maßnahme in hohem Maße durch deren Entschlossenheit und Aktivität bestimmt wird und es wird vermittelt, dass das virtuelle Unterstützungsangebot natürlich Grenzen hat. Schwerwiegende Probleme oder eine langjährige chronische Drogenabhängigkeit können mithilfe des „quit the shit“-Programms wahrscheinlich nur schwer gelöst werden. Aus diesem Grund wird in Einzelfällen entschieden, Bewerberinnen bzw. Bewerber nicht in das Programm aufzunehmen. Dies gilt zum einen bei Personen, die (offensichtlich) unter einer schweren und unbehandelten psychiatrischen Erkrankung leiden und zum anderen bei Alkohol-, Kokain- oder Opiatabhängigen, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder reduzieren wollen. In diesen Fällen dürfte das Ausstiegsprogramm keine adäquate Hilfe darstellen, weshalb diese Klientel auf fachspezifische Hilfen hingewiesen wird.

Die Funktion des Aufnahmechats

Eine besonders wichtige Funktion des Aufnahmechats ist die Motivierung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer. Diese wird durch die empathische personenzentrierte Haltung der Professionellen gewährleistet und durch spezifische Interventionen unterstützt.

Ambivalenzen ansprechen: Die Beraterin bzw. der Berater ist im Erstkontakt mit der Entscheidung von Ratsuchenden konfrontiert, ihr Konsumverhalten ändern zu wollen. Sehr häufig basiert dieser Entschluss jedoch auf persönlichen Abwägungen zwischen den Vorteilen und den Nachteilen des Cannabiskonsums. Um die (teilweise sehr ambivalente) individuelle Motivlage für den Programmeinstieg nachvollziehen und dem Klienten bzw. der Klientin transparent machen zu können, sollte die Beraterin mit den Ratsuchenden einen offenen Dialog über die positiven wie negativen Aspekte des angezielten Konsumverzichts führen (zum Beispiel: „Was denkst du, verlierst du, wenn du nicht mehr kiffst?“).

Ein realistisches Bild zeichnen: Einige Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten – insbesondere jene, die bislang noch keine Versuche unternommen haben, ihren Substanzkonsum zu reduzieren oder einzustellen – starten mit unrealistischen Vorstellungen in das „quit the shit“-Programm. Stellt sich dann nach einigen Tagen heraus, dass der Konsumverzicht nicht gleich und ohne großen Aufwand erreicht wird, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich Frustration breitmacht oder gar das Programm abgebrochen wird. Besser vorbereitete Klientinnen und Klienten haben eine höhere Erfolgchance. Aus diesem Grund sollten Beraterinnen und Berater ihre Klientel nach zu erwartenden Schwierigkeiten fragen, die den persönlichen Programmterfolg gefährden könnten (zum Beispiel: „Worauf glaubst du, musst du am meisten achten, damit du deine Ziele erreichen kannst?“).

Die Entscheidung unterstützen – das Selbstbewusstsein stärken: Gerade weil eine Veränderung des in aller Regel langjährigen Cannabiskonsums eine große Herausforderung für Ratsuchende darstellt, gilt es, die getroffene Entscheidung zu unterstützen. Schließlich hat der Klient bzw. die Klientin den Mut und die Entschlossenheit aufgebracht, eine deutliche Veränderung von Alltagsroutinen vornehmen zu wollen und geht dabei subjektiv beträchtliche Risiken ein. Schaffe ich das? Verliere ich dabei einige Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte? Wie gestalte ich meine „neue“ Freizeit? In diesem Zusammenhang sollten die Professionellen den Programmteilnehmerinnen und -teilnehmern Respekt und Zutrauen entgegenbringen. Hiermit leistet die Beraterin bzw. der Berater einen Beitrag zur Unterstützung des Selbstbewusstseins von Klienten und Klientinnen. „Die Stärkung des Selbstbewusstseins des Klienten fängt damit an, dass man seiner Entscheidung über das, was ihm wichtig ist, folgt und sie respektiert.“ (Berg und Miller 2000, S. 126)

Eigenverantwortung betonen: Einige Ratsuchende haben die Hoffnung, dass sich die angestrebte Veränderung des eigenen Cannabiskonsums mit der Programmteilnahme praktisch von selbst einstellt. Aus diesem Grund ist es wichtig, Teilnehmerinnen und Teilnehmern gegenüber deutlich zu machen, dass sich der angezielte Erfolg nur bei einem gewissenhaften Engagement einstellen wird (zum Beispiel: „Was du erreichen wirst, hängt allein von dem ab, was du tust.“).

5.4.2 Rückmeldungen zu den Tagebucheinträgen

Das Tagebuch ist das Kernmedium des Beratungsprogramms „quit the shit“. Es fördert die Selbstbeobachtung (Selfmonitoring) der Beratungsklientel und stellt gleichsam die zentrale Kommunikationsfläche zwischen der Beraterin bzw. dem Berater und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Programms dar. Dort schlägt sich der eigentliche Beratungsprozess nieder. Während des 50-Tage-Programms erhalten Ratsuchende regelmäßig einmal pro Woche eine qualifizierte Rückmeldung von den Professionellen. Grundlage der Rückmeldungen sind die jeweiligen Tagebucheinträge, wobei auch die Angaben aus dem Eingangsscreening und aus dem Aufnahmechat berücksichtigt werden.

In den Rückmeldungen zeigt sich – ebenso wie im Aufnahmechat – die Grundhaltung der drugcom-Kommunikation: Die Berater und Beraterinnen begegnen ihrer Klientel mit Empathie und Wertschätzung, sie gestalten ihre Kommunikation ressourcen- und lösungsorientiert und sind bemüht, die Klientinnen und Klienten zu motivieren, die angezielten Veränderungen in Angriff zu nehmen.

Die Rückmeldungen setzen sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen (vgl. Tabelle 2 auf Seite 53), wobei *Rückmeldungen*, *Anregungen* und eine *Motivierung* der Kern der Kommentare darstellen.

Rückmeldungen beziehen sich zum einen auf den bisherigen Prozess oder den aktuellen Stand der Beratung. So erhalten die Nutzerinnen und Nutzer des Angebots zum Beispiel ein Feedback zum Führen ihres Tagebuchs („Kompliment – du führst dein Tagebuch sehr gewissenhaft und ausführlich.“), zum Stand der Zielrealisierung („Du wolltest in der zurückliegenden Woche eigentlich nur am Wochenende kiffen. Das ist dir deinem Tagebuch zufolge nicht ganz geglückt. Was denkst du, kannst du noch besser machen?“) oder zu anderen Aspekten des individuellen Programmverlaufs. Ganz wesentlich für eine kontinuierliche und erfolgreiche Programmteilnahme dürften die Rückmeldungen und die Auswertung von Erfolgserlebnissen sein. Die Beraterin bzw. der Berater sollte „alle positiven, erfolgreichen oder nützlichen Bemühungen aufzeigen, die der Klient unternimmt, um seinen Zielen näher zu kommen. Wenn der Klient irgendetwas macht, was ihm gut tut, sollte dies hervorgehoben und ihm als Verdienst angerechnet werden.“ (Berg und Miller 2000, S. 118)

Rückmeldungen zum Substanzkonsum können sich sowohl auf den aktuellen Cannabiskonsum, aber auch auf den Konsum von Alkohol oder anderer Substanzen beziehen („Wenn ich dein Tagebuch aufmerksam lese, fällt mir auf, dass du zwar deutlich weniger kiffst, dafür aber häufiger Bier trinkst. Wie siehst du das?“). In den Rückmeldungen zur psychosozialen Situation der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer wird auf jene aktuellen Lebensbereiche eingegangen, die im Aufnahmekontakt oder in den Tagebucheinträgen erwähnt sind und für die Teilnehmenden von Relevanz sind. Soll der Cannabiskonsum eingestellt werden, weil Prüfungen anstehen, kann dies in den Rückmeldungen ebenso Erwähnung finden („Weil dir die Abiturprüfungen wichtig sind, versuchst du nun, den Konsum von Cannabis sein zu lassen.“), als wenn belastende Lebensereignisse zu depressiver Stimmung und zu einem verstärkten Konsum führen („Nach dem, was mir dein Tagebuch sagt, hast du dich in der letzten Woche, nachdem dein Freund dich verlassen hat, stark zurückgezogen und nur noch gekiff.“). Die Rückmeldungen zur psychosozialen Situation haben zum einen die Funktion, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Programms zu verdeutlichen, dass die internetbasierte Beratung von „quit the shit“ individualisiert ist und sie die wesentlichen Strukturen der individuellen Lebenssituation im Fokus der Aufmerksamkeit hat. Zum anderen lernen die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer durch diese Art der Rückmeldung, dass ihr Konsumverhalten ebenso wie dessen Veränderung in einem Zusammenhang mit ihrer Lebenssituation steht. Um die Kooperationsbereitschaft der Beratungsklientel zu steigern, empfehlen Berg und Miller (2000), bei der Formulierung (zum Beispiel der Tagebuchrückmeldungen) die Worte der Klientinnen und Klienten zu verwenden.

Wie in Tabelle 2 dargestellt, enthalten die Tagebuchkommentare in der Regel auch Anregungen. Hierzu zählt zum einen die Weitergabe von Informationen, wie zum Beispiel zu Fragen der Risiken des Substanzkonsums oder zu Adressen für weiterführende Hilfen. Angesichts des vergleichsweise großen Informationsgehalts der drugcom-Website wird hierbei sehr häufig auf die entsprechenden Stellen dieses Portals verwiesen. Zum anderen werden die „quit the shit“-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer durch die Tagebuch-

Rückmeldungen	<ul style="list-style-type: none"> • Rückmeldungen zum Beratungsprozess • Rückmeldung zum Substanzkonsum • Rückmeldung zur psychosozialen Situation
Anregungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Information • Anregung zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion • Ideen und Vorschläge • Aufgaben
Beantwortung spezifischer Fragen	
Motivierung	

Tab. 2: Inhaltliche Struktur der Tagebuchrückmeldungen von „quit the shit“

rückmeldungen zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion angeregt. Diese beziehen sich insbesondere auf den Konsum von Cannabis bzw. auf die Bemühungen der Ratsuchenden, ihr Konsumverhalten zu verändern („Wenn ich deine Tagebuchaufzeichnungen so lese, kann ich keinen Hinweis dafür finden, dass du in der vergangenen Woche versucht hast, deinen Konsum zu reduzieren. Wie siehst du das?“).

In der Regel werden Rückmeldungen durch Ideen und Vorschläge ergänzt, die die Beraterinnen und Berater vor dem Hintergrund der Tagebucheinträge generieren. In aller Regel handelt es sich dabei um Anregungen zur drogenfreien Freizeitgestaltung („Du wolltest doch dein Fußballtraining wieder aufnehmen. Willst du das in der nächsten Woche in Angriff nehmen?“) oder zum Umgang mit drogenkonsumierenden Freunden bzw. Freundinnen und Bekannten („Hast du schon mal versucht, ‚nein‘ zu sagen, wenn andere dir angeboten haben mitzurauchen?“ oder „An einem Abend, an dem du auf gar keinen Fall kiffen willst, ist es wahrscheinlich besser, sich mit Leuten zu treffen, die kein Dope rauchen.“). Eng verknüpft mit derartigen Anregungen sind Aufgaben, die die Beraterinnen und Berater der „quit the shit“-Klientel wöchentlich ins Tagebuch schreiben. So bekommen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beispielsweise die Aufgabe, auf positive persönliche Veränderungen zu achten, die mit dem Drogenverzicht einhergehen. Oder sie werden gebeten, all jene Situationen im Tagebuch zu protokollieren, in denen es ihnen gelungen ist, auf den Konsum von Cannabis zu verzichten – und wie dies gelungen ist. Da den individuellen Kontrollstrategien eine besonders hohe Bedeutung im Rahmen des Ausstiegsprogramms „quit the shit“ zukommt, sollte dies bei der Kommentierung der Tagebuchprotokolle stets berücksichtigt werden.

Im Zusammenhang mit der Programmteilnahme stellen sich für die Klientinnen und Klienten jedoch oft auch spezifische Fragen, die beantwortet werden müssen. So wird das Tagebuch manchmal zum Beispiel dazu genutzt, gezielt nach Entzugssymptomen („Ist es normal, dass ich nach ‚cleanen‘ fünf Tagen immer noch Schlafstörungen habe?“), nach ärztlichem Rat („Muss ich als Epileptiker was Besonderes beachten, wenn ich mit



dem Kiffen aufhöre?“) oder nach einem Rechtsbeistand („Was kann ich tun, wenn ich wegen meiner Kifferei Ärger mit der Führerscheinstelle habe?“) zu fragen.

Wie oben beschrieben, ist eine Motivierende Gesprächsführung wesentliches Charakteristikum der Onlineberatung von „drugcom.de“. Im Rahmen des Ausstiegsprogramms „quit the shit“ wird diese allgemeine Kommunikationsstrategie durch eine gezielte Motivierung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer in den Tagebuchkommentaren ergänzt. Der motivierende Kommentar wird in Abhängigkeit vom jeweiligen Stand der Klientinnen und Klienten verfasst. Jemand, der zum Beispiel in den zurückliegenden vier Wochen recht erfolgreich am Programm teilgenommen hat, wird ermuntert, die begonnene Strategie fortzusetzen („Du hast schon viel von deinem angestrebten Ziel erreicht – prima! Ich wünsche dir, dass du das weiter so hinbekommst.“), während jemand anderes, der bislang wenig erreicht hat, ermuntert wird, nicht aufzugeben („Mit dem Kiffen aufzuhören ist oft schwerer als man denkt. Das geht vielen anderen auch so. Vielleicht gibst du dir eine neue Chance und versuchst es in der nächsten Woche noch mal. Ich bin überzeugt: Du kannst es schaffen.“).

5.4.3 Der Abschlusschat

Zum Abschluss des 50-Tage-Programms „quit the shit“ wird mit allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Programm regulär beenden, ein chatbasiertes Abschlussgespräch vereinbart. Ziel des Gesprächs 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. Der Abschlusschat hat mehrere thematische Schwerpunkte, die in Tabelle 3 skizziert sind.

In einem ersten Schritt wird der Abschlusschat dazu genutzt, eine kritische Überprüfung der individuellen Programmzielstellung vorzunehmen. Zentrale Frage ist dabei also: Wie hat sich das Konsumverhalten der Teilnehmerin bzw. des Teilnehmers entsprechend dem vereinbarten Programmziel verändert? In aller Regel fällt die individuelle Programmbilanz recht differenziert aus: So sind in den zurückliegenden sieben Wochen Erfolge und

Programmziele	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist erreicht worden? • Was ist nicht erreicht worden?
Strategien und Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Umstände sind günstig/ungünstig? • Welche persönlichen Strategien sind günstig/ungünstig?
Perspektiven	<ul style="list-style-type: none"> • Worauf will die Klientin bzw. der Klient zukünftig achten?
Rückmeldungen und Anregungen	

Tab. 3: Inhaltliche Struktur des Abschlussgespräches von „quit the shit“

Misserfolge gemacht worden, die es zu bewerten gilt („Du hast dir ja für das 50-Tage-Programm viel vorgenommen. Wie bewertest du nun dein Ergebnis?“, „Wie zufrieden bist du mit dir?“). Damit eng verknüpft ist die Frage, welche Bedingungen und welche persönlichen Strategien für den Cannabisverzicht individuell günstig oder auch ungünstig sind. Hier kann die Klientin bzw. der Klient die persönliche Lernerfahrung reflektieren, die im Rahmen der Programmteilnahme gemacht wurde („Was denkst du, ist für dich die beste Strategie, nicht zu kiffen?“).

Ein weiterer Fragenbereich ist auf die unmittelbare Zukunft bezogen. Hier stellen sich folgende Fragen: Welche nächsten Ziele werden fokussiert? Wie kann die Klientin bzw. der Klient es schaffen, weiterhin keinen oder einen stark reduzierten Cannabiskonsum zu betreiben? Wie kann das Erreichte beibehalten werden? Bei der Bearbeitung dieser Fragen werden die am Programm Teilnehmenden auf die unmittelbar zurückliegenden Erfahrungen zurückgreifen und sollen im Abschlusschat angeregt werden, ihre persönlichen Chancen und Risiken zu bewerten („Nach dem, was du in den letzten Wochen hier erfahren hast – worauf musst du unbedingt achten, wenn du weiterhin drogenfrei bleiben willst?“).

Nachdem die Programmteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer mit ihrer persönlichen Auswertung abgeschlossen haben, erhalten sie von ihrer Beraterin bzw. ihrem Berater noch einige Rückmeldungen und Anregungen. In einem ersten Schritt formulieren die Professionellen eine Rückmeldung zum Verlauf des Beratungsprozesses („Nachdem es dir am Anfang sehr schwerfiel, regelmäßig das Tagebuch zu nutzen, hast du das nach zwei bis drei Wochen richtig gut nutzen können.“, „Mir hat gefallen, wie du dich nach jedem Rückfall wieder aufgerappelt hast und dabeigeblichen bist.“). Danach folgt eine zusammenfassende Problembeschreibung durch die Beraterin bzw. den Berater („Nach meiner Wahrnehmung ist es für dich besonders schwierig, auf das Kiffen zu verzichten, wenn du mit deinem Freund zusammen bist.“) und Anregungen, die für eine Aufrechterhaltung des Drogenverzichts hilfreich sind („Wie du in den letzten Wochen feststellen konntest, fährst du gut damit, dich wieder verstärkt um deinen Sport zu kümmern.“). Jenen Programmteilnehmerinnen und -teilnehmern, die nach Abschluss des Ausstiegsprogramms keine zufriedenstellende Lösung ihrer Drogenproblematik erzielen konnten, wird die Aufnahme weiterführender Hilfen (Drogenberatungsstellen, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten) empfohlen. Und natürlich werden alle Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer auf die Möglichkeit hingewiesen, bei Bedarf die Hilfe von „drugcom.de“ (E-Mail-Beratung, Chatberatung) in Anspruch zu nehmen. Und schließlich wird im Abschlusschat darauf hingewiesen, dass das Programm „quit the shit“ evaluiert wird, weshalb alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sofort nach Beendigung des Programms nach drei und nach sechs Monaten per E-Mail gebeten werden, einen Onlinefragebogen zu beantworten. Die Befragung ist Kernelement der projektbegleitenden Evaluation des Programms und dient der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung von „quit the shit“.



FAZIT

Mit dem vorliegenden Fachheft wird ein Einblick in die konzeptionellen Grundlagen und die methodische Umsetzung der Onlineberatung von drugcom.de vermittelt. Ergänzend zu dem reichhaltigen Informationsangebot bietet drugcom.de Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Möglichkeit, sich mit ihren Fragen und persönlichen Problemen über das Internet an das drugcom-Team zu wenden. Die Nutzerinnen und Nutzer der Onlineberatung von drugcom.de sind in der Regel zwischen 15 und 25 Jahre alt.

Während das E-Mail- und Chatangebot mehrheitlich von jungen Frauen genutzt wird, sind die Nutzer des Beratungsprogramms „quit the shit“ in der Mehrzahl junge Männer. Wie gezeigt werden konnte, sind die Themen der Beratung recht vielfältig. Häufig jedoch stehen Fragen zu Cannabis, Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen sowie persönliche suchtspezifische Probleme im Mittelpunkt der Onlineberatung. Sowohl die Nutzungsstatistik der Website als auch die Ergebnisse der begleitenden Evaluation machen deutlich, dass das Beratungsangebot eine hohe Akzeptanz bei der Zielgruppe hat.

Was sind nun die Vorteile der Onlineberatung? Zuerst einmal muss festgehalten werden, dass die Onlineberatung sehr unkompliziert genutzt werden kann. Es bedarf keiner Anrufe, keiner Terminabsprachen, keiner Anfahrtswege und damit verbundenem Zeit- und Organisationsaufwand. Falls ein Internetzugang vorhanden ist, stellt die Onlineberatung ein besonders niedrigschwelliges Angebot für Drogenkonsumentinnen und -konsumenten dar. Das bedeutet, dass drugcom.de als eine leicht zugängliche virtuelle Anlaufstelle von einer Vielzahl junger Menschen zur Beratung in unterschiedlichsten Drogenfragen genutzt wird.

Eng verknüpft damit ist der Aspekt der Anonymität der Beratung. Auch wenn das Internet bis heute keine absolute Datensicherheit gewährleisten kann, wird im Rahmen der technischen Umsetzung von drugcom.de kontinuierlich darauf geachtet, den bestmöglichen Sicherheitsstandard einzulösen. Die durch das Internet mögliche Anonymität eröffnet Ratsuchenden die Möglichkeit, sich ohne Scheu und Scham mit ihrem Anliegen an Professionelle zu wenden.

Betrachtet man die im Rahmen der E-Mail- oder Chatberatung vorgetragenen Problemlagen, so wird schnell ein weiterer Vorteil der internetbasierten Form der psychosozialen Beratung offensichtlich. Die niedrige Hemmschwelle zur Inanspruchnahme einer Onlineberatung kann vor allem als eine Chance betrachtet werden, in einem vergleichsweise frühen Stadium des Drogenkonsums beziehungsweise in einer frühen Konflikt- oder Problemphase Kontakt zu jugendlichen Konsumentinnen und Konsumenten herzustellen und so recht früh zu intervenieren.

Aus subjektiver Sicht der Ratsuchenden dürften viele der in die Onlineberatung eingebrachten Probleme (noch) nicht zur Kontaktaufnahme zu einer Drogenberatungsstelle Anlass geben. Aber obwohl die Onlineberatung insbesondere ein Instrument der Frühintervention ist, wird das Beratungsangebot auch von jungen Menschen genutzt, die seit

mehreren Jahren Suchtmittel konsumieren oder eine schwerwiegende Abhängigkeitsproblematik aufweisen. In solchen Fällen kann die Onlineberatung nur ein erster Schritt sein und die psychosoziale Beratung vor Ort nicht ersetzen. In diesem Sinne ist die Onlineberatung von drugcom.de als eine erste Kontaktstelle zu begreifen, wo Jugendliche und junge Erwachsene zur Aufnahme weitergehender Hilfen angeregt und motiviert werden.

LITERATUR



- Andermatt, O. (2003): Psychotherapie im Internet? *Psychoscope* 8, 6–7.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bamberger, G. (2001): *Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Berg, I. K., Miller, S. D. (2000): *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Bühringer, G. (1992): *Drogenabhängig*. Freiburg: Herder.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006): *drugom.de. Jahres- und Evaluationsbericht 2005*. Köln.
- Cassell, M. M., Jackson, C., Chevront, B. (1998): Health communication on the internet – an effective channel for health behavior change? *Journal of Health Communication*, 3, 71–79.
- Childress, C. (1998): Potential Risks and Benefits of Online Psychotherapeutic Interventions. Verfügbar unter <http://www.ismho.org/issues/9801.htm> [10. 10. 1999].
- Cook, J. E., Doyle, C. (2002): Working alliance in online therapy as compared to face-to-face-therapy: Preliminary results. *CyberPsychology and Behavior* 5, 95–105.
- de Jong, P., Kim Berg, I. (1998): *Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Leben.
- de Shazer, S. (1989): *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett.
- de Shazer, S. (1992): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- de Shazer, S. (1997): Die Lösungsorientierte Kurztherapie – ein neuer Akzent der Psychotherapie. In: Hesse, J. (Hrsg.): *Systemisch-lösungsorientierte Kurztherapie* (S. 55–74). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Dietrich, G. (1983): *Allgemeine Beratungspsychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Döring, C. (2003): *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*. Göttingen: Hogrefe.
- Eimeren, B. van, Frees, B. (2005): Nach dem Boom: Größter Zuwachs in internetfernen Gruppen. *Media Perspektiven* 8, 362–379.
- Eimeren, B. van, Gerhard, H., Frees, B. (2004): Internetverbreitung in Deutschland: Potenzial vorerst ausgeschöpft? *ARD/ZDF-Online-Studie. Media Perspektiven* 8, 350–370.
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J., Pennebaker, J. W. (1999): Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19 (1), 79–96.
- Fahrenkrug, H. (1998): Risikokompetenz – eine neue Leitlinie für den Umgang mit ‚riskanten Rauschen‘? *Suchtmagazin*, 24 (3), 23–27.
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., Meunier, V., Walker-Schmucker, W. (2002): Myths and Realities of Online Clinical Work. *CyberPsychology and Behavior* 5, 481–497.
- Franzkowiak, P. (2001): Risikokompetenz in der Suchtprävention. *Prävention*, 24 (4), 102–104.
- Gelso, C. J., Fretz, B. R. (1992): *Counseling Psychology*. Fort Worth.
- Heinlen, K. T., Welfel, E. R., Richmond, E. N., Rak, C. F. (2003): The scope of webcounseling: A survey of services and compliance with NBCC Standards for the Ethical Practice of WebCounseling. *Journal of Counseling & Development*, 81, 61–69.
- Heudtlass, J.-H., Stöver, H. (2000): *Risiko mindern beim Drogengebrauch. 2., neubearb. Auflage* (1. Aufl. 1995). Fachhochschulverlag: Frankfurt/M.
- Jedlicka, D., Jennings, G. (2001): Marital therapy on the internet. *Journal of Technology in Counseling* 2, 1–15.
- Klein, B., Richards, J. C. (2001): A brief Internet-based treatment for panic disorders. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy* 29, 113–117.

- Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J. P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M. et al. (2000): Interapy: The effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the internet. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy* 28, 175–192.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1999): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002): *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., Sanchez, V. C. (1991): *Motivating young adults for treatment and lifestyle change*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Mitchell, D., Murphy, I. (1998): Confronting the challenges of therapy online: A pilot project. Proceedings of the Seventh National and Fifth International Conference on Information Technology and Community Health, Victoria, British Columbia, Canada.
- Murphy, I., Mitchell, D. (1998): When writing helps to heal: e-mail as therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26 (1), 21–32.
- Newcomb, M., Bentler, P. (1989): Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*, 44, 242–248.
- Paulus, P. (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG Verlag.
- Pennebaker, J. W. (1997): Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162–166.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1984): *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Rabes, M., Harm, W. (Hrsg.) (1997): *XTC und XXL Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Vorbeugungsmöglichkeiten und Jugendkultur*. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg.
- Robinson, P. H., Serfaty, M. A. (2001): The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review* 9, 182–193.
- Robson, D., Robson, M. (2000): Ethical issues in internet counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 13 (3), 249–257.
- Rogers, C. R. (1972): *Die nicht-direktive Beratung*. Kindler: München.
- Rogers, C. R. (1973): *Die klientenbezogene Gesprächspsychotherapie*. Kindler: München.
- Rogers, C. R. (1978): *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. Kindler: München.
- Sander, K. (1999): *Personenzentrierte Beratung*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel.
- Schmidt, B. (2001): *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen*. Juventa Verlag: Weinheim und München.
- Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. (1999): *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Juventa Verlag: Weinheim und München.
- Silbereisen, R. K., Reese, A. (2001): Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel, J. (Hrsg.): *Risikoverhalten Jugendlicher* (S. 131–153). Leske + Budrich: Opladen.
- Straumann, U. (1991): *Personenzentriertes Konzept und soziale Arbeit. Auf dem Weg einer sich selbst optimierenden Sozialarbeit*. Blätter der Wohlfahrtspflege 1.
- Straumann, U. (2001): *Professionelle Beratung. Bausteine zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung*. Asanger Verlag: Heidelberg.
- Suler, J. (2002): *The online disinhibition effect*. Verfügbar unter <http://www.rider.edu/~suler/psyber/disinhibit.html>.
- Tossmann, H. P., Jordan, S., Fleischer, A. (2006): *Onlineberatung: Ein Instrument der sekundären Drogenprävention. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 4.
- Weinberger, S. (2004): *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe*. Juventa Verlag: Weinheim und München.

- Weißhaupt, U. (2004): Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53 (8), 560–573.
- Wright, J. (2002): Online Counselling: learning from writing therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30 (3), 285–298.
- Wright, J., Chung, M. C. (2001): Mastery or mystery? Therapeutic writing: a review of the literature. *British Journal of Guidance & Counselling*, 29 (3), 277–291.
- Zack, J. S. (2002): Online counselling: The future of practicing psychologists? *National Psychologist*, 11, 6B–8B.
- Zack, J. S. (2004): Technology of online counseling. In: Kraus, R., Zack, J., Stricker, G. (Eds.): *Online Counseling: A handbook for mental health professionals* (93–121). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

ANHANG



8.1 Aufnahmechat

Die Orthografie der Chatprotokolle wurde behutsam an die neue deutsche Rechtschreibung angepasst. Kleinschreibung und fehlende Kommata bzw. Interpunktion wurden jedoch beibehalten.

drugcom-reglinde	Hallo, willkommen bei „quit the shit“! Hier sind wir unter uns. Ich bin reglinde, bin Psychologin, Beraterin und Therapeutin. Für unser Gespräch haben wir ungefähr 50 Minuten Zeit. Wie kam es, dass du dich hier angemeldet hast?
sinus	Ich habe mich anonym an die Caritas gewendet und die haben mich hierher verwiesen
drugcom-reglinde	Ah so. schön dass du nun da bist. hast du dich schon über unser Programm informiert?
sinus	Ich habe mich ein wenig auf der Website informiert, eins vorweg ich finde das Projekt super und die Möglichkeiten (Chatberatung etc.) sind klasse
sinus	Ich will und muss von den Drogen weg und ich denke das ich bei euch gut aufgehoben bin
drugcom-reglinde	Danke, schon mal. was möchtest du denn durch das Programm für dich erreichen?
drugcom-reglinde	Ah du willst ganz aufhören?
sinus	Tja, gute Frage ... gibt es denn bei Drogen nicht 1 oder 0?
sinus	Wenn ich darüber nachdenke nie wieder einen Joint zu rauchen dann ist das schon sehr komisch
drugcom-reglinde	Nein nicht unbedingt, aber manchmal ist es tatsächlich sinnvoller komplett aufzuhören, aber letztlich musst du vor allem zu deinem Ziel stehen.
drugcom-reglinde	Vielleicht sprechen wir erst einmal darüber, wo du momentan stehst etc. und kommen dann später noch einmal auf dein Ziel zurück. Du kiffst momentan 2- bis 4-mal täglich, meist tagsüber oder abends, korrekt?
sinus	Das stimmt ... wenn es die Gelegenheit zulässt
drugcom-reglinde	Was gefällt dir am Kiffen?

sinus	Die Entspannung, das Lockerlassen, der Sex danach ...
drugcom-reglinde	Also abschalten und entspannen nach einem anstrengenden Tag?
sinus	Kann man sagen, obwohl ich das danach nicht mag ... wie zum Beispiel verplant zu sein, müde und irgendwie „down“
drugcom-reglinde	Was arbeitest du denn?
sinus	Ich bin selbstständiger Webdesigner
drugcom-reglinde	Ui, klingt ja interessant!
drugcom-reglinde	Dann kannst du unsere Site ja auch aus professioneller Sicht beurteilen.
sinus	Mir gefällt sie sehr
sinus	Ja kann ich :=
drugcom-reglinde	Also mit deiner arbeit bist du ganz zufrieden, das ist gut.
sinus	Es läuft und für die Butter auf dem Brot reicht es aus
drugcom-reglinde	Du hast jetzt schon angesprochen, was du am Kiffen nicht magst, also „verplant“, „müde“ und „down“ zu sein.
drugcom-reglinde	Gibt es noch etwas, was du nicht so toll findest?
sinus	... man zieht sich auch zurück, will allein sein ... kein bock auf nix mehr
drugcom-reglinde	Fallen dir noch mehr Nachteile ein?
sinus	Hmm ... Konzentration lässt nach, man kann sich nicht mehr so freuen, man denkt dass jeder Lebensabschnitt nur „stoned“ schön ist
drugcom-reglinde	Sind das auch die Gründe, weshalb du überlegt hast, deinen Konsum zu reduzieren oder kommt da noch etwas hinzu?
sinus	Der ganze Spaß kostet noch dazu eine Menge Geld und Zeit die für das ganze Thema draufgeht
drugcom-reglinde	Warum bist du auf die Idee gekommen, dich an die Caritas zu wenden?

sinus	Ich wollte aufhören und schaffe es so nicht und darum wende ich mich an Leute die Ahnung davon haben
drugcom-reglinde	Also du hast es schon mal probiert?
sinus	Ja klar, aber wenn ich was zu Hause habe dann rauche ich es und denke mir beim letzten Joint: das war es. das hält dann 2 Wochen an und ich bestelle nach
drugcom-reglinde	Was war die längste zeit, die du schon geschafft hast?
sinus	Ich habe mal insgesamt 1 Jahr damit aufgehört , das ist aber 3 Jahre her, ich denke dass der Stoff immer stärker wird und es einem vielleicht dann schwerer fällt
drugcom-reglinde	Und in letzter Zeit, wann war dein letzter Aufhörversuch und wie lange bist du standhaft geblieben?
sinus	Insgesamt 2 Wochen und danach habe ich mir was besorgt
drugcom-reglinde	Also zunächst einmal find ich es wirklich klasse, dass du das schon mal geschafft hast. Damit weißt du auch, dass du es prinzipiell schaffen kannst und hast dabei sicher schon einiges über dich gelernt, was du jetzt gut gebrauchen kannst.
sinus	Na ja, ich bin halt in den 2 Wochen dann schon mit Gedanken nur beim Kiffen und ich habe gemerkt dass dann auch mein Alkoholkonsum steigt wenn nix zu rauchen da ist
drugcom-reglinde	Zum Beispiel weißt du nun, dass du nichts zu Hause haben darfst, wenn du ernsthaft nicht kiffen möchtest. Hast du Sorge, dass du dann auf eine andere Substanz umschaltest?
sinus	Eigentlich nicht da ich den Rausch von Alkohol nicht so mag, härtere Drogen kommen bei mir sowieso nicht in Frage. Aber sorge habe ich schon
drugcom-reglinde	Werden wir also im Auge behalten. Aber lass uns doch mal über dein Ziel sprechen. Was schlägst du als Ziel vor für das 50-Tage-Programm?
sinus	Nicht zu kiffen, aber bin ich dann clean, ich muss das ganze aus meinen kopf bekommen
drugcom-reglinde	O. k., find ich sinnvoll, gerade weil du ja auch gemerkt hast, dass du sofort wieder kiffst, wenn du was da hast. Also halten wir schon mal als dein Ziel fest: Ich will ganz aufhören zu kiffen?
sinus	Ich habe halt doch Panik davor, dass ich gereizt bin, unruhig usw.

drugcom-reglinde	Am Anfang ist das auch normal, dass es einem vorübergehend nicht so toll geht. Durch die Entzugserscheinungen musst du durch – da hilft alles nichts.
sinus	Wie lange wird so was dauern, gibt es vielleicht dinge die es mir leichter machen?
drugcom-reglinde	Also, die Entzugserscheinungen sind ganz unterschiedlich in der Art, der Länge und der Intensität. Aber nach einer Woche ist es schon deutlich (!) besser und nach zwei Wochen so gut wie vorbei.
sinus	Ich merke das eher anders, die ersten tage geht es mir gut aber nach einer guten Woche breche ich dann ein
drugcom-reglinde	Gute Erfahrungen machen Leute, die aktiv Sport machen. Du kannst dich auspowern, schläfst dadurch besser, bist ausgeglichener. Aber was passiert dann nach einer Woche? Wie geht es dir dann?
sinus	Sport ?? das ist ja schlimmer als Kiffen :-> ... nur Spaß. Immer wenn es mir schlecht geht, geh ich einfach raus an die frische Luft und bewege mich.
drugcom-reglinde	Na ja, genau. das kannst du dann ganz gezielt einsetzen. Aber was passiert dann nach einer Woche? Wie geht es dir dann?
sinus	Dann werde ich unruhig, unsicher und denke dass alles schlecht ... kurz gesagt mir geht es einfach mies
drugcom-reglinde	Hmm, ich denke, da werden wir dann schauen müssen, aber vielleicht passiert es ja diesmal auch gar nicht so stark. Ach so: noch zu deinem Ziel: also gar nicht mehr kiffen? Soll ich das so eintragen?
sinus	Korrekt, ich will das durchziehen
drugcom-reglinde	Super, dann haben wir schon mal dein Ziel. Was ich noch genauso wichtig finde, ist, was du tun willst anstatt zu kiffen?
sinus	Noch was, also meine freundin und ich habe uns angewöhnt nur noch sex zu haben wenn wir stoned sind. und wenn nix da ist fällt der sex komplett aus ... ich weiß nicht ob das hierher gehört
drugcom-reglinde	Ja sicher, denn das wird sicher ein Thema.
sinus	Alternative zum Kiffen?? gute frage
drugcom-reglinde	Deine Freundin kifft also auch?
sinus	Ja macht sie



drugcom-reglinde	Auch täglich?
sinus	Yep
drugcom-reglinde	Und will sie auch aufhören?
sinus	Sie stört der Gedanke, nie wieder zu kiffen
drugcom-reglinde	Sie hat nicht so viele Nachteile bemerkt wie du?
sinus	Ich denke nicht, sie spielt das Thema eher runter
drugcom-reglinde	Dann wird es für dich nicht einfach, standhaft zu bleiben.
sinus	Stimmt, aber ich muss ihr klar machen, dass ich nur das beste für uns beide will. Aber da ich ja immer für die Beschaffung zuständig bin, wird sie auch mitmachen müssen
drugcom-reglinde	Also sie wird zwangsweise aufhören ...?
sinus	Kann man so sagen, ist das nicht in Ordnung?
drugcom-reglinde	Also wenn einer aufhört und der andere weiterkiffet, dann ist es super schwierig, stark zu bleiben!
sinus	Leider muss ich mich auch von meinen bekannten ein wenig distanzieren ja, das ist manchmal notwendig. Also ich würde gern noch auf die Alternativen zum Kiffen zu sprechen kommen ...
drugcom-reglinde	Ich habe da ehrlich gesagt keine alternativen ...denn es ist nicht nur wichtig, was man nicht machen möchte – also nicht kiffen, sondern auch, was man stattdessen tun will. Hast du Hobbys, Ideen ...
sinus	Eigentlich hänge ich sonst immer vor dem PC, aber da bin ich ja eh schon den ganzen Tag. vielleicht mehr Sport treiben
drugcom-reglinde	O. k., mit deiner Freundin zusammen? Hättest du da eine Idee?
sinus	Hmm, da bin ich echt überfragt
drugcom-reglinde	Vielleicht könntet ihr euch ja mal zusammen was überlegen, was ihr beide gern machen möchtet?
sinus	Wir fangen an im nächsten Jahr ein Haus zu bauen, da habe ich dann genug alternativen. Ansonsten hab ich halt die Vorstellung, dass Kino

	oder Sauna oder auch Sex nur stoned Spaß machen ... von dem Gedanken muss ich halt weg.
drugcom-reglinde	Also diese Vorstellung wirst du – auch in Bezug auf Sex – neu überprüfen. Viele sind ganz erstaunt, dass alles ohne Kiffen mindestens genauso viel Spaß macht – wenn nicht noch mehr.
sinus	Wie soll ich am besten vorgehen?
drugcom-reglinde	Also am besten Tag X festlegen, Reste vernichten, und die nächsten Tage gut planen. Risikosituationen vermeiden, und Alternativen planen. Also zum Beispiel am Donnerstag arbeiten, dann eine Runde Joggen und abends mit der Freundin ins Kino o. Ä.
sinus	Heute ist der letzte Tag, dann ist der Vorrat weg ... soll ich mich für die nächste Zeit voll verplanen?
drugcom-reglinde	Also Tag für Tag. Aber plane auch Entspannungsphasen ein und teste, womit du dich gut entspannen kannst.
sinus	Autogenes Training??
drugcom-reglinde	Experimentiere damit, was dir gut tut und was eher nicht, dann findest du nach und nach deine persönlichen Strategien. Ja, auch autogenes Training kann da sehr hilfreich sein.
sinus	O. k., dann werde ich ab morgen loslegen
drugcom-reglinde	Jetzt noch ein paar Infos: Ich werde dann das mit dir vereinbarte Ziel eintragen und dein Tagebuch heute freischalten. Du bekommst dann eine Mailnachricht und kannst dann sofort mit dem Tagebuch beginnen. Es ist gut, wenn du regelmäßig Eintragungen machst, egal ob du gekifft hast oder nicht. Es ist immer wichtig. Schreibe alles auf, was mit Cannabis zu tun hat. Auch wenn du nur daran denkst oder wie du Situationen meisterst, ohne zu Kiffen. Du bekommst dann einmal wöchentlich eine Rückmeldung von uns in dein Tagebuch. Du kannst auch jederzeit zu uns in den Chat kommen. Log dich dann bitte mit deiner User-ID ein, damit wir erkennen, dass du am Programm teilnimmst. Hast du schon unter Wissenswertes: „den Cannabiskonsum in den Griff kriegen“ gelesen? Es steht unter einem Menüpunkt im Programm. Lies es dir bitte noch einmal in Ruhe durch. Da stehen viele wichtige Tipps und Hinweise. Ich werde dein Tagebuch heute schon freischalten, dann kannst du dir alles schon mal anschauen und kannst es ab morgen voll nutzen. Deine erste Rückmeldung bekommst du dann in einer Woche. Wenn du Fragen hast vorher, dann komm einfach in den Chat.
sinus	Super, ich danke dir für deine Hilfe
drugcom-reglinde	Vor allem drück ich dir für die nächste Woche ganz fest die Daumen!



8.2 Tagebuchprotokolle und Rückmeldungen

User > aktiv > Tagebuch

User-ID:		Geschlecht:	männlich
Nickname:	sinus	Wohnsituation:	mit meinem Partner/meiner Partnerin
Alter:	29	Beruf/Beschäftigung:	selbstständig

Ausgangssituation:

Momentan kiffe ich 2- bis 4-mal täglich, meist tagsüber oder abends. Am Kiffen mag ich die Entspannung, das Lockerlassen und den Sex danach. Andererseits bin ich auch nach dem Kiffen verplant, müde und irgendwie down. Außerdem zieht man sich auch zurück, will alleine sein und hat keinen Bock auf nix mehr, die Konzentration lässt nach, man kann sich nicht mehr so freuen und man denkt, dass jeder Lebensabschnitt nur stoned schön ist. Der ganze Spaß kostet noch dazu eine Menge Geld und Zeit. Immer wenn es mir schlecht geht, gehe ich einfach raus an die frische Luft und bewege mich. Ich will wieder mehr Sport treiben. Außerdem fangen wir im nächsten Jahr an, ein Haus zu bauen, da habe ich genug Alternativen (Ausschreibungen, Angebote einholen usw.). Ich möchte außerdem autogenes Training machen. Ich werde auch mit meiner Freundin noch einmal über mein Vorhaben reden und wir werden zusammen überlegen, was wir machen werden, anstatt zu kiffen.

Ziel:

Ich will ganz aufhören zu kiffen.

Woche 1 (Tag 1–7) / gekifft?

Di., 13. 12.	Mi., 14. 12.	Do., 15. 12.	Fr., 16. 12.	Sa., 17. 12.	So., 18. 12.	Mo., 19. 12.
ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Di., 13. 12. 05; gekifft

Uhrzeit	Art und Menge	Wo und mit wem?	Warum?
15:00	einen Joint	allein zu Hause	Wenn was da ist, muss ich das einfach wegrauen. Ich kann mir das nicht einteilen und ein paar Tage Pause machen. Ich habe heute vor, meinen Rest aufzurauchen um morgen mit dem Konsum aufzuhören.
19:30	einen Joint	mit meiner Freundin zu Hause	Weil es der Rest und der letzte Abend ist und ich das noch mal genießen will.

Resümee:

Ich bin fest entschlossen, mit dem Kiffen aufzuhören und hoffe, dass ich mit allem gut zurecht komme.

Mi., 14. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Heute der erste Tag ohne Weed. Ich war am Vormittag ein wenig gereizt, aber das hat sich schnell wieder gelegt. An das Kiffen denke ich momentan nicht, jedoch bin ich so was von demotiviert. Als Selbstständiger ist das natürlich mehr als schlecht. Konnte im Allgemeinen stoned besser arbeiten.

Do., 15. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Ich bin extrem müde und motiviert wie ein Toastbrot. Ich denke nicht an Weed, aber immer, ob ich das Aufhören schaffe. Meine Arbeit bleibt liegen, da ich mich im Moment selbst bemitleide und keine Lust/Kraft für irgendwas habe. Ich hoffe, dass dieser Zustand schnell weg geht, da ich eigentlich voll arbeiten sollte.

Fr., 16. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Ich bin heute unruhig und ich träume in der Nacht irre Sachen. Mir ist heute was zum Rauchen angeboten worden. Ich habe meinen Standpunkt dargestellt und abgelehnt.

Sa., 17. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Ich denke nicht an die Droge, eher falle ich Moment in eine Grübelphase. Ich bin moralisch sehr angeschlagen.

So., 18. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Denke sehr selten an die Droge, doch ich merke, dass mein Alkoholkonsum stetig steigt. Ich werde versuchen, mich mit Sport im Gleichgewicht zu halten.

Mo., 19. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Kein Resümee vorhanden.

Kommentar (Woche 1):

Lieber sinus,

heute schreibe ich, Reglinde vom drugcom-Team, dir eine erste Rückmeldung für dein Tagebuch.

Zunächst einmal: Klasse gemacht! Du hast die erste Woche ziemlich gut durchgehalten und fünf Tage nicht gekifft, sondern dein Ziel eisern im Auge behalten. Prima! Leider hast du gestern gar nichts in dein Tagebuch geschrieben, deshalb weiß ich auch nicht, wie es dir gerade geht. Es liegt sicher noch ein ganzes Stück Arbeit vor dir, aber mit dieser ersten Woche hast du dich in eine gute Startposition gebracht und auch schon ein erstes Stück erfolgreich zurückgelegt. Damit dir das weiterhin so gut gelingt, würde mich vor allem interessieren, was dir in der ersten Woche besonders geholfen hat, stark zu bleiben. Zunächst einmal hast du alle Reste verbraucht und hast dann vorgesorgt, indem du nichts mehr da hattest. Beobachte in der nächsten Woche auch noch einmal genau, wie du es schaffst, nicht zu kiffen, also welche Gedanken dich vom Kiffen abhalten und womit du dich ablenkst. Je genauer du weißt, was dir da hilft und gut tut, umso gezielter kannst du auch später diese Strategien für dich anwenden. Notiere all das auch im Tagebuch, damit wir beide, du und ich, einen Überblick erhalten, was dir hilft und was nicht.

Nervosität und Unruhe, depressive oder aggressive Gefühle sind typische Entzugserscheinungen. Meist treten diese 24 bis 48 Stunden nach dem letzten Konsum auf und dauern in der Regel bis zu einer Woche an, höchstens bis zu 14 Tage. Sie sind ein Zeichen dafür, dass dein Organismus daran gewöhnt war, Cannabis regelmäßig zu verarbeiten und jetzt damit beschäftigt ist, sich umzustellen. In der nächsten Woche solltest du also schon deutliche Verbesserungen bemerken.

Du hast geschrieben, dass du in letzter Zeit wirre Träume hast. Viele ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten berichten davon, dass sie wieder zu träumen beginnen (bzw. sich wieder an ihre Träume erinnern), nachdem sie aufgehört haben zu kiffen. Auch wirre Träume oder Alpträume sind typische Erscheinungen nach dem Aufhören und geben sich nach einiger Zeit wieder.

Für deine Anstrengungen in der ersten Woche hättest du dir eigentlich eine Belohnung verdient, findest du nicht auch? Hast du schon einmal darüber nachgedacht, womit du dir etwas Gutes tun könntest? Vielleicht möchtest du dir von dem gesparten Geld etwas kaufen oder mal was Besonderes unternehmen? Ich bin schon gespannt zu lesen, wofür du dich entschieden hast.

Besonders beeindruckt hat mich, dass du auch durchgehalten hast, als es hart wurde, deshalb bleib weiterhin dran und mach weiter so wie bisher! Plane auch die Weihnachtstage gut voraus, indem du überlegst, wann es kritisch werden könnte und entsprechend überlegst, wie du dich ablenken wirst.

Ich wünsche dir auf jeden Fall eine schöne Weihnachtszeit und drück dir auch wieder ganz fest die Daumen!

Viele Grüße von Reglinde
vom drugcom-Team

PS: Behalte deinen Alkoholkonsum auch weiterhin gut im Auge. Hast du eigentlich schon mit dem Sport begonnen? Ich bin schon gespannt davon zu hören.

Woche 2 (Tag 8–14) / gekifft?

Di., 20. 12.	Mi., 21. 12.	Do., 22. 12.	Fr., 23. 12.	Sa., 24. 12.	So., 25. 12.	Mo., 26. 12.
nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Di., 20. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Danke für den Kommentar von dir. Leider kann ich im Moment keinen Sport treiben, da ich seitdem mit dem Kiffen aufgehört habe, krank bin (Grippe) und da ich mich zu nix aufraffen kann. Die schlechte Motivation ist immer noch mein Problem.

Mi., 21. 12. 05: nicht gekifft

Resümee:

Ich denke eigentlich gar nicht an die Droge an sich, wie toll es jetzt wäre, einen zu rauchen. Vielmehr ist es die innerliche Unruhe und Gereiztheit, die mich plagt. Aber wenn ich jetzt einen durchziehe, dann kann ich wieder von vorne anfangen. Ich hoffe, dass es mir in den nächsten Tagen wieder besser geht.

Do., 22. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Das Grübeln über Gott und die Welt ist schon sehr anstrengend, da ich im Moment alles in Frage stelle. Ich fühle mich im Moment eher etwas depressiv. Trotzdem freue ich mich, dass ich immer noch nicht eine neue Bestellung Gras aufgegeben habe. Das „nichts bestellen“ oder „nichts haben“ fällt mir überraschend leicht.

Fr., 23. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Momentan sind meine Träume wirklich sehr schlimm. Zwischen meiner Freundin läuft im Bett so gut wie nix mehr. Jedoch muss ich durch das Ganze jetzt durch. Wenn ich was rauchen würde, stehe ich wieder am Anfang.

Sa., 24. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Irgendwie bekomme ich das mit dem Alkohol nicht so in den Griff. Früher hatte ich im Monat vielleicht 15 Flaschen Bier und jetzt kann das schon in einer Woche zusammenkommen.

So., 25. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Ich bin immer noch sehr gereizt und habe ein extremes Schlafbedürfnis, ich penne im Moment locker zehn Stunden. Vorher bin ich mit 7,5 super ausgekommen. An das Kiffen denke ich nicht, weder dass ich was rauchen will oder dass ich was besorge. Ein Anruf – und ich wäre wieder bedient, aber ich habe kein Verlangen danach.

Mo., 26. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Heute denke ich wieder, ach, das war noch alles gar nicht so schlimm. Vorher ging es mir besser. Fast keinen Alkohol, keine Alpträume, sehr locker und gelassen, innerlich nicht so aufgewühlt, mehr Sex, keinen Streit mit meiner Freundin. Ich hoffe, dass diese Dinge bald wieder vorbeigehen.

Kommentar (Woche 2):

Lieber sinus,

auch in der zweiten Woche hast du super durchgehalten. Klasse! Aus deinen Tagebucheinträgen lese ich, dass es dir keineswegs leicht gefallen ist, standhaft zu bleiben. Trotzdem hast du dein Ziel nicht aus den Augen gelassen und hast tapfer durchgehalten und für dein Vorhaben gekämpft. Prima!

Ganz beeindruckend finde ich deine Entschlossenheit, die schwierige Phase durchzustehen und weiterhin durchzuhalten. In der nächsten Woche solltest du die Entzugserscheinungen schon deutlich weniger spüren! Achte doch einmal ganz gezielt darauf, welche Verbesserungen du spürst. Außerdem wäre ich auch gespannt, welche ersten positiven Veränderungen du darüber hinaus durch das Nichtkiffen mittlerweile spürst.

Ich habe mich gefragt, womit du dir das Nichtkiffen noch etwas leichter machen könntest. Was machst du jetzt eigentlich, anstatt zu kiffen? Welche Alternativen hast du bzw. habt ihr zusammen entwickelt? Vielleicht unternimmst du in der nächsten Woche mal

ganz gezielt etwas Schönes mit deiner Freundin zusammen? Habt ihr schon eine Idee, was das sein könnte? Auch wenn du momentan kein Sport machen möchtest. Auch viel Bewegung an der frischen Luft tut gut. Oder machst du das ohnehin schon? Oft wird auch ganz gezielt Sport und Bewegung eingesetzt, um die Stimmung zu heben und ausgleichend aufs Gemüt zu wirken. Kämpf also weiterhin für dich und plane nächste Woche ganz gezielt einige schöne Alternativen (allein oder mit Freundin).

Jetzt wünsche ich dir aber erst mal einen guten Start ins neue Jahr! Bleib dran und kämpf weiter so für dich!

Viele Grüße von Reglinda vom drugcom-Team

Woche 3 (Tag 15–21) / gekifft?

Di., 27. 12.	Mi., 28. 12.	Do., 29. 12.	Fr., 30. 12.	Sa., 31. 12.	So., 1. 1.	Mo., 2. 1.
nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Di., 27. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Momentan kommt mir öfter in den Sinn, wieder was zu rauchen. Da es ja gar nicht so schlimm war und mir es doch besser gegangen ist.

Mi., 28. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Ich zerbreche momentan an Selbstmitleid und habe doch leichte Depressionen.

Do., 29. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Kein Resümee vorhanden.

Fr., 30. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Leider merke ich noch keine Verbesserungen mit dem Nichtkiffen. Meine Motivation ist immer noch im Keller. Ich merke, dass ich wieder mehr unternehmen will. Ich gehe jetzt mehr mit meinen Kumpels weg. Der Nachteil ist aber, dass ich wieder mehr trinke.

Sa., 31. 12. 05; nicht gekifft

Resümee:

Ich spüre doch eine leichte Verbesserung des Entzugs. Was neu ist, dass ich in der Nacht sehr viel schwitzen muss.



So., 1. 1. 06; nicht gekifft

Resümee:

Heute geht es mir echt gut, ich überlege, ob ich nicht gleich das Rauchen (Zigaretten) komplett einstelle.

Mo., 2. 1. 06; nicht gekifft

Resümee:

Das mit den Zigaretten hat nicht so geklappt, habe mir heute wieder eine Schachtel besorgt. Aber man muss ja nicht alles über das Knie brechen.

Kommentar (Woche 3):

Lieber sinus,
auch in der dritten Woche bist du standhaft geblieben und hast weiterhin nicht gekifft. Hut ab! Du hast nun schon 20 Tage infolge nicht gekifft. Alle Achtung! Du bist auf einem guten Weg.

In deinem Tagebuch hast du dir einige Gedanken übers Kiffen gemacht. Es ist nicht ungewöhnlich, dass du hin und wieder an der Sinnhaftigkeit deines Zieles zweifelst. Manchmal ist es dann hilfreich, sich noch einmal beide Seiten (das Gute am Kiffen/das Schlechte am Kiffen) genau vor Augen zu führen. Du könntest diese beiden Seiten sogar aufschreiben. Wenn du die Zweifel in dir spürst, ob du dein Ziel verfolgen möchtest, könntest du darüber hinaus noch Folgendes tun: Erstens könntest du dir eine Liste machen, wo du auf der einen Seite alles einträgst, was dafür spricht, dass du aufhörst, und auf der anderen Seite alles, was dagegen spricht. Dadurch könntest du deine Gedanken dazu bewusster wahrnehmen und auch die beiden Seiten besser zueinander abwägen. Zum anderen könntest du dir einmal überlegen, wo du in fünf Jahren stehen würdest, wenn du a) weiter kiffst, wie bisher oder b) dein Ziel verwirklichst. Dadurch könntest du herausfinden, welchen Unterschied dein Verhalten möglicherweise zur Konsequenz haben könnte. Vorübergehende Depressionen und auch das Schwitzen gehören noch zu den Entzugerscheinungen. Andererseits spürst du jetzt auch mehr Unternehmungslust. Wofür möchtest du die gewonnenen Energien denn so nutzen? Wie steht es mit Sport? Oder hast du schon mit autogenem Training begonnen? Nutze dein Tagebuch auch für deine Ideen und Pläne, was du statt des Kiffens tun möchtest bzw. getan hast.

Du hast nun schon seit ein paar Wochen deinen Konsum ganz eingestellt. Aus unserer Erfahrung mit Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten wissen wir, dass gerade die Phase nach vier bis fünf Wochen Abstinenz besonders heikel ist. Eine gute Portion Aufmerksamkeit und Selbstbeobachtung sind weiterhin angebracht. Denn auch das Gefühl „sich in Sicherheit“ zu wägen, kann zu Rückfällen führen. Daher ist es wichtig, dass du weiterhin alles aufschreibst, was irgendwie mit dem Kiffen zu tun hat. Was verändert sich? Bist du mit dem Kiffen konfrontiert worden? Wie hast du reagiert? Führe das Tagebuch in jedem Fall weiter, um die Kontrolle zu behalten.

Du hast schon eine Menge geschafft, deshalb bleib weiterhin dran!

Ich drücke dir für die nächste Woche wieder ganz fest die Daumen!

Viele Grüße von Reglinde

vom drugcom-Team

8.3

Abschlusschat

Die Orthografie der Chatprotokolle wurde behutsam an die neue deutsche Rechtschreibung angepasst. Kleinschreibung und fehlende Kommata bzw. Interpunktion wurden jedoch beibehalten.

drugcom-reglinde	Hallo sinus, schön, dass du da bist, wie geht es dir?
sinus	Mir geht es ganz gut und selbst?
drugcom-reglinde	Danke, mir geht es auch gut. Wie steht es mit dem Kiffen?
sinus	immer noch clean, aber immer noch oft in Gedanken
drugcom-reglinde	Hast du den Eindruck, dass es insgesamt nach und nach weniger Gedanken werden?
sinus	Momentan ist der Gedanke an einen Joint doch wieder sehr groß, ich habe letztes Jahr fast durchgekiffert und das kann man in 50 Tagen nicht einfach so ablegen denke ich
drugcom-reglinde	Ja, das stimmt. trotzdem habe ich mich beim Schreiben deiner letzten Rückmeldung schon gefragt, woran es liegen könnte. Bringt dir das Nichtkiffen zu wenig Vorteile?
sinus	Ich denke, dass ich auch einen guten Start hingelegt habe mit dem Nichtkiffen, mich wundert ehrlich gesagt auch, das Kiffen war halt doch fester Bestandteil meines Lebens. Die Vorteile und Nachteile halten sich die Waage
drugcom-reglinde	Welche Nachteile hast du denn gespürt?
sinus	Müdigkeit, sozialer Rückzug und der Elan in allen Dingen
drugcom-reglinde	Du bist mehr müde, hast weniger Elan und ziehst dich mehr zurück?
sinus	Das sind die nachteile am Kiffen
drugcom-reglinde	Ach so, ja das stimmt. Siehst du denn auch Nachteile vom Nichtkiffen.



sinus	Ach so, wenn ich kiffe dann bin ich entspannter, sehe dinge anders, gehe mit Situationen entspannter um, besserer Sex und natürlich der Rausch an sich, aber das sollte doch auch nüchtern gut funktionieren.
drugcom-reglinde	Ja, auf jeden Fall! Also ich sehe ganz deutlich, dass du das Nichtkiffen prima hinbekommen hast, du warst richtig erfolgreich und natürlich brauchen die Dinge etwas Zeit, sich umzustellen. Aber die Themen Entspannung und Sex scheinen in dem Zusammenhang nach wie vor ganz wichtig zu sein. Konntest du denn mit den Ideen in meiner letzten Rückmeldung etwas anfangen, also im Hinblick auf dein Sexleben?
sinus	Ja schon, aber es ist halt ein langer Prozess sich umzustellen, jedoch laufe ich doch immer wieder Gefahr mir was zu besorgen, aber die Angst wieder reinzurutschen hält mich immer wieder auf.
drugcom-reglinde	Ja – es ist wirklich ein langer Prozess da gebe ich dir unbedingt Recht, die Rückfallgefahr kannst du aber verringern, wenn du dich aktiv den Themen Alternativen zur Entspannung und Alternativen im Sexleben annimmst, also nicht einfach abwarten, sondern aktiv werden.
sinus	Ich war jetzt auch schon im PME-Kurs, aber ich weiß nicht ob das so in die Praxis umzusetzen ist. Ich kann mich ja nicht immer auf den Boden legen und mit Musik runterfahren :-)) ich vermisse auch die Gespräche die man im Rausch hat, das abstrakte denken und vieles mehr.... Ich denke dass ich schon auf den richtigen weg bin, aber man redet sich immer wieder Sachen ein die pro für das Kiffen sind.
drugcom-reglinde	Also, ich habe den Eindruck, dass du auf einem guten Weg bist. Es ist dann hilfreich, sich noch einmal genau vor Augen zu führen, warum du das Kiffen damals aufgegeben hast und ob es sich wirklich lohnen würde, das Erreichte wieder aufs Spiel zu setzen.
sinus	Stimmt, aber allein der Gedanke dass ich ja selbst sage das war nicht mein letzter Joint, ist doch schon schlimm, oder? Ich hoffe dass ich solange durchhalte bis mich das Thema nicht mehr kratzt. Es liegt wahrscheinlich daran dass ich vielleicht der Typ bin, der etwas verträumt ist, der immer einer innerliche Unruhe hat und vielleicht eine soziale Phobie hat.
drugcom-reglinde	Manchmal treten auch noch Schwierigkeiten klarer zutage, die durch das Kiffen überdeckt waren und die dann auch einer Lösung bedürfen. Also manche stellen dann fest, dass sie gern im Anschluss noch eine Psychotherapie machen möchten oder dieses und jenes noch verändern wollen.
sinus	Moment muss kurz an das Telefon!
sinus	Sorry – bin wieder da.
drugcom-reglinde	Okay, hast du jetzt noch Fragen an mich?

sinus	Ne, eigentlich nicht mehr, danke
drugcom-reglinde	Ich habe noch eine Bitte an dich: es wäre toll, wenn du die Nachbefragungen per E-Mail beantworten könntest. Es hilft uns, das Programm zu überprüfen und zu verbessern.
sinus	Per Mail ?? o. k.
drugcom-reglinde	Außerdem möchte ich dir noch einmal sagen, dass du dich gern jederzeit wieder an uns wenden kannst, per Chat oder E-Mail, wenn noch Fragen auftauchen.
sinus	Okay, vielen dank
drugcom-reglinde	Ja, dann wünsche ich dir von ganzem Herzen alles Gute, du bist auf einem guten Weg, also engagiere dich weiter so für dich! Und viel Glück mit dem Hausbau!
sinus	Danke für deine Hilfe und die guten Ratschläge, schön dass es solche Einrichtungen gibt und ich werde euch weiter empfehlen, wenn es auch euch mehr Arbeit bringt :-)
drugcom-reglinde	Danke. Wir freuen uns!
sinus	Bye Reglinde
drugcom-reglinde	Dann also noch einen schönen Tag. Und alles Gute!

Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

- Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen*
Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60600000
- Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen.*
Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60602000
- Band 3: *Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen.* Eine Expertentagung der BZgA.
Bestellnr.: 60603000
- Band 4: *Prävention durch Angst? – Stand der Furchtappellforschung.*
Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60604000
- Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien.*
Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef.
Bestellnr.: 60605000
- Band 6: *Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert.* Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60606000
- Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele.*
Bestellnr.: 60607000
- Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*
Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission.
Bestellnr.: 60608000
- Band 9: *Die Herausforderung annehmen – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich.*
Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn.
Bestellnr.: 60609000
- Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung.*
Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt.
Bestellnr.: 60610000
- Band 11: *Schutz oder Risiko? – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern.* Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60611000
- Band 12: *Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft.*
Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000.
Bestellnr.: 60612000
- Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze*
Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60613000
- Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive.* Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60614000
- Band 15: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen.*
Bestellnr.: 60615000

- Band 16: *„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef.
Bestellnr.: 60616000
- Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee.
Bestellnr.: 60617000
- Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema.
Bestellnr.: 60618000
- Band 19: *Drogenkonsum in der Partyszene* – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand.
Bestellnr.: 60619000
- Band 20: *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile* – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60620000
- Band 21: *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport* – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60621000
- Band 22: *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberger u. a.
Bestellnr.: 60622000
- Band 23: *Illegale Drogen in populären Spielfilmen* – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995 mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke.
Bestellnr.: 60623000
- Band 24: *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland* – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt.
Bestellnr.: 60624000
- Band 25: *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche* – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist.
Bestellnr.: 60625000
- Band 26: *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt.
Bestellnr.: 60626000
- Band 27: *Ernährung, Bewegung und Stressregulation bei Kindern und Jugendlichen – Epidemiologische Grundlagen und Handlungsansätze für ein integriertes Interventionsmodell*. Von Reinhard Mann, Lydia Lamers und Cornelia Goldapp.
Bestellnr.: 60627000
- Band 28: *MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase*. Von Kordula Marzinzik und Angelika Fiedler.
Bestellnr.: 60628000
- Band 29: *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Von Anneke Bühler und Christoph Kröger.
Bestellnr.: 60629000
- Band 30: *Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup*. Von Silke Bartsch. Bestellnr.: 60630000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis „Fachpublikationen“. Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

**ISBN 3-937707-43-3
ISSN 1439-7951**