

J. Körkel, G. Becker, H.-V. Happel, G. Lipsmeier (2011)

# Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums

Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie  
in der niedrigschwelligen Drogenhilfe

2006 - 2010



Die Studie wurde gefördert  
vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main

---

---

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMI	Body Mass Index
CAPI	Computer Assisted Personal Interview
COMBINE Study	Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions Studie
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV
idh	Integrative Drogenhilfe e. V. Frankfurt
KISS	Kompetenz Im Selbstbestimmten Substanzkonsum
KISS-ITT	KISS Intention-To-Treat-Gruppe
KISS-TPP	KISS Treated-Per-Protocol-Gruppe
KI.	KlientInnen
MCV	Mittleres Corpuskuläres Volumen
MQS	Methodological Quality Score
NE	Nichterschienene
RCT	Randomized Controlled Trial
SKE	Standardkonsumeinheit
TN	TeilnehmerInnen
Warte-KG	Warte-Kontrollgruppe
ZUK	Zwischenurinkontrolle

idh Integrative Drogenhilfe e. V.  
Frankfurt am Main (Hrsg.)

### **Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums**

**Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe 2006 - 2010**

Redaktion: Joachim Körkel, Gabi Becker, Hans-Volker Happel, Gerold Lipsmeier  
Anschrift der idh: Schielestraße 22, 60314 Frankfurt am Main  
Telefon: (069) 94 19 70-0  
Fax: (069) 94 19 70-25  
info@idh-frankfurt.de  
www.idh-frankfurt.de

# INHALT

	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	5	5.8.7	Suchtbiografische Merkmale.....	55
1	<b>Theoretischer Hintergrund</b> .....	13	5.9	Urinuntersuchungen .....	56
1.1	Das Paradigma niedrigschwelliger Drogenhilfe und die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung .....	13	5.10	Medizinische Untersuchung.....	57
1.2	Das Rationale zieloffener Suchtarbeit .....	16	5.11	Datenprüfung und -aufbereitung .....	58
1.2.1	Bereitschaft zur Konsumreduktion.....	16	5.11.1	Aufbereitung und Kontrolle der Konsumangaben .....	58
1.2.2	Realisierbarkeit eines selbstkontrollierten Konsums .....	17	5.11.2	Validitätsprüfung der Selbstauskünfte.....	61
1.2.3	Ethische Erfordernisse von Zieloffenheit .....	18	5.11.3	Zwischenzeitliche Behandlungen.....	64
1.2.4	Compliance-Förderung durch Zieloffenheit .....	18	5.11.4	Längsschnittabgrenzungen.....	64
1.2.5	Wirksamkeit von Konsumreduktionsprogrammen .....	19	5.12	Statistische Auswertungsverfahren .....	65
1.3	Fazit.....	19	5.13	Fallzahlentwicklung der analysierbaren Stichprobe (CONSORT Statement) .....	67
2	<b>INTEGRATIVE DROGENHILFE e.V.</b> .....	21	6	<b>AUSGANGSMERKMALE DER TEILNEHMERINNEN</b> .....	71
2.1	Ziele und Arbeitsansatz.....	21	6.1	Soziodemografische Merkmale.....	71
2.2	idh-Einrichtungen .....	22	6.2	Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen .....	73
2.3	Mitarbeiterschaft und Schulungsmaßnahmen .....	22	6.3	Soziale Unterstützung.....	74
2.4	KISS als Forschungsprojekt der idh .....	23	6.4	Körperlich-gesundheitlicher, infektiologischer und psychisch-psychiatrischer Status .....	74
2.5	KISS-Standorte .....	23	6.4.1	Körpermedizinisch relevante Störungen .....	75
2.5.1	Eastside.....	23	6.4.2	Serologischer Status .....	76
2.5.2	FriedA.....	25	6.4.3	Body-Maß-Index und alkoholbezogene Befundparameter.....	77
2.5.3	Konsumraum Niddastraße .....	25	6.4.4	Körperlicher Allgemeinzustand .....	78
3	<b>DAS PROGRAMM KISS</b> .....	27	6.4.5	Medizinischer Behandlungsbedarf .....	80
3.1	Grundmerkmale und Aufbau des KISS-Programms .....	27	6.5	Psychischer Status.....	81
3.1.1	Inhalte der 12 KISS-Sitzungen .....	30	6.5.1	Psychisch-psychiatrische Symptomatik .....	81
3.1.2	Arbeitsunterlagen und -methoden .....	31	6.5.2	Psychischer Allgemeinzustand .....	83
3.2	Bisherige Erfahrungen mit der Umsetzung des KISS-Programms .....	34	6.6	Suchtbiografische Merkmale.....	85
4	Forschungsfragestellungen .....	35	6.6.1	Alter bei Beginn des regelmäßigen Substanzkonsums .....	85
4.1	Primäre Forschungsfragestellung.....	35	6.6.2	Frühere Behandlungen wegen Drogen-, Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.....	86
4.2	Sekundäre Forschungsfragestellungen .....	37	6.6.3	Aktueller Substanzkonsum (letzte 28 Tage) .....	87
5	<b>DESIGN UND DURCHFÜHRUNG</b> .....	39	6.6.3.1	Substanzbezogene Konsumhäufigkeiten ....	87
5.1	Zugangs- und Ausschlusskriterien .....	39	6.6.3.2	Substanzbezogene Konsummengen .....	90
5.2	Rekrutierung der TeilnehmerInnen.....	39	6.6.4	Abhängigkeitsdiagnosen.....	93
5.3	Studiendesign, Studiengruppen und Studienstandorte.....	41	6.6.5	Konsumbezogene Änderungswünsche.....	95
5.4	Eingesetzte TrainerInnen und InterviewerInnen .....	43	6.6.6	Änderungsbezogene Kognitionen .....	97
5.5	Eingangserhebung (Pre-Assessment).....	44	6.7	Fazit .....	98
5.6	Durchführung des KISS-Programms .....	45	7	<b>PROGRAMMTEILNAHME UND –BEWERTUNG</b> .....	103
5.7	Zwischen-, Abschluss- und Katamneseerhebung.....	45	7.1	Teilnahmhäufigkeit .....	103
5.8	Das persönliche Interview .....	46	7.1.1	Nichterschienene, KurzteilnehmerInnen, HäufigteilnehmerInnen.....	103
5.8.1	Erhebung des Substanzkonsums.....	47	7.1.2	Teilnahmhäufigkeit pro Standort und KISS-Sitzung .....	106
5.8.2	Subjektive Belastungswahrnehmung in sieben zentralen Lebensbereichen .....	53	7.1.3	Gründe für die Nichtanwesenheit an einzelnen Sitzungen .....	109
5.8.3	Verfügbarkeit sozialer Unterstützung.....	53	7.2	Abbruch-/Haltequote.....	109
5.8.4	Abhängigkeitsdiagnostik nach DSM-IV.....	54	7.3	Programmbewertung .....	110
5.8.5	Änderungsbezogene Kognitionen .....	54	7.4	Exkurs: Programmteilnahme und -bewertung in der gepoolten KISS-Gruppe.....	111
5.8.6	Soziodemografische Merkmale .....	55	7.4.1	Teilnahmhäufigkeit .....	111

7.4.2	Haltequote .....	113	9.2.1.3	Crack.....	188
7.4.3	Programmbewertung.....	113	9.2.1.4	Kokain .....	191
7.4	Fazit.....	115	9.2.1.5	Benzodiazepine .....	194
8	<b>STUDIENQUALITÄT</b> .....	117	9.2.1.6	Cannabis .....	197
9	<b>STUDIENERGEBNISSE</b> .....	121	9.2.1.7	Alkohol .....	200
9.1	Wirkt KISS? Pre-post-Veränderungen in KISS- und Warte-Gruppe .....	121	9.2.1.8	Zigaretten .....	202
9.1.1	Konsumbezogene Veränderungen .....	121	9.2.1.9	Drogen-Cocktails.....	202
9.1.1.1	Gesamtveränderungen .....	122	9.2.1.10	Fazit .....	203
9.1.1.2	Heroin.....	128	9.2.2	Stand der sozialen, physischen und psychischen Entwicklung zum Katamnesezeitpunkt .....	204
9.1.1.3	Crack.....	132	9.2.2.1	Veränderungen bei soziodemografischen Merkmalen .....	204
9.1.1.4	Kokain (Pulver) .....	135	9.2.2.2	Veränderungen der erlebten Belastung in verschiedenen Lebensbereichen .....	205
9.1.1.5	Benzodiazepine .....	138	9.2.2.3	Veränderungen in der erlebten sozialen Unterstützung .....	208
9.1.1.6	Cannabis .....	141	9.2.2.4	Veränderungen im organmedizinischen Bereich.....	210
9.1.1.7	Alkohol.....	144	9.2.2.5	Veränderungen im psychiatrischen Bereich.....	210
9.1.1.8	Zigaretten.....	147	9.2.2.6	Fazit .....	213
9.1.1.9	Drogen-Cocktails .....	148	9.2.3	Subgruppenvergleiche.....	214
9.1.1.10	Suchtverlagerung durch KISS? .....	149	9.2.3.1	Geschlecht .....	214
9.1.1.11	Fazit.....	150	9.2.3.2	Schwere der Abhängigkeit.....	216
9.1.2	Exkurs: Konsumbezogene Veränderungen in der „gepoolten KISS-Gruppe“ .....	152	9.2.3.3	Substitutionsbehandlung .....	217
9.1.2.1	Gesamtveränderung .....	152	9.2.3.4	Beschäftigungsstatus .....	218
9.1.2.2	Substanzspezifische Veränderungen .....	153	9.2.3.5	Psychiatrische Begleiterkrankungen .....	220
9.1.2.3	Fazit.....	154	9.2.3.6	Soziale Unterstützung.....	221
9.1.3	Veränderungen im sozialen, physischen und psychischen Bereich.....	155	9.2.3.7	Fazit .....	222
9.1.3.1	Veränderungen bei soziodemografischen Merkmalen.....	155	10	<b>NICHTTEILNEHMERINNEN AN DER KISS-STUDIE</b> .....	224
9.1.3.2	Veränderungen der erlebten Belastung in verschiedenen Lebensbereichen .....	156	10.1	Theoretischer Hintergrund .....	224
9.1.3.3	Veränderungen in der erlebten sozialen Unterstützung.....	157	10.2	Politstudie zur Nichtteilnahme an der KISS-Studie.....	225
9.1.3.4	Veränderungen im organmedizinischen Bereich .....	157	10.2.1	Fragestellungen.....	225
9.1.3.5	Veränderungen im psychiatrischen Bereich .....	158	10.2.2	Methode .....	226
9.1.3.6	Fazit.....	159	10.2.2.1	Design .....	226
9.1.4	Subgruppenvergleiche .....	160	10.2.2.2	Rekrutierung der TeilnehmerInnen .....	226
9.1.4.1	Geschlecht.....	160	10.2.2.3	Erhebungsinstrument .....	226
9.1.4.2	Schwere der Abhängigkeit .....	162	10.2.2.4	Durchführung.....	227
9.1.4.3	Substitutionsbehandlung .....	164	10.2.2.5	Stichprobe .....	227
9.1.4.4	Beschäftigungsstatus (Ausbildung oder Erwerbstätigkeit) .....	165	10.3	Ergebnisse zu den Nichtteilnahmegründen.....	229
9.1.4.5	Psychiatrische Begleiterkrankungen.....	166	10.4	Schlussfolgerungen für die zukünftige Erhöhung der Teilnahmequote .....	231
9.1.4.6	Soziale Unterstützung .....	168	11	<b>DISKUSSION</b> .....	235
9.1.4.7	Fazit.....	170	12	<b>LITERATUR</b> .....	245
9.1.5	Kovariaten und Prädiktoren substanzbezogener Änderungen.....	171		<b>ANHANG</b>	
9.1.5.1	Ausgangsniveau der globalen Konsum- variablen und Gruppenzugehörigkeit.....	171	A1.....	251	
9.1.5.2	Weitere potenzielle Prädiktoren der Konsumänderung.....	173	A2.....	261	
9.1.5.3	Fazit.....	176	A3.....	267	
9.2	Katamnestiche Stabilität der Pre-post-Ver- änderungen der KISS-TeilnehmerInnen ....	176			
9.2.1	Katamnestiche Stabilität der konsumbezogenen Veränderungen .....	177			
9.2.1.1	Gesamtveränderungen .....	177			
9.2.1.2	Heroin.....	185			

---

## ZUSAMMENFASSUNG

Unter dem Titel „Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe“ wurde an drei Standorten der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt e.V. (idh) eine Wirksamkeitsprüfung des Konsumreduktionsprogramms KISS („Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“)<sup>1</sup> durchgeführt. Die von der Stadt Frankfurt – Drogenreferat – unterstützte Studie erstreckte sich über den Zeitraum von November 2006 bis August 2008.

## THEORETISCHER HINTERGRUND

Während im Alkoholbereich Konsumreduktionsprogramme und Methoden des kontrollierten Trinkens umfänglich entwickelt worden sind und in ihrer Wirksamkeit durch unterschiedliche Studien als abgesichert gelten können (Saladin & Santa Ana, 2004, Walters, 2000), werden derartige Ansätze im Drogenbereich bisher nur cursorisch diskutiert. Der Einsatz solcher Programme erscheint jedoch auch bei Abhängigen illegaler Drogen aus mindestens zwei Gründen angezeigt (vgl. detaillierter Körkel, 2009). Erstens ist die Mehrzahl Drogenabhängiger zu einem Leben ohne jegliche Drogen nicht bereit bzw. nicht in der Lage – durchaus aber bereit, den Konsum zu reduzieren. Dies belegen z. B. der anhaltende „Beikonsum“ während Substitutionsbehandlungen (Wittchen et al., 2008) sowie der Anteil von 47% der schwer Cannabisabhängigen, der seinen Cannabiskonsum reduzieren, aber nicht abstinent leben möchte (Simon & Sonntag, 2004). Zweitens zeigen diverse Feld- und Katamnese Studien, dass es einem Teil der Drogenabhängigen sogar ohne professionelle Unterstützung gelingt, zu einem selbstkontrollierten Substanzkonsum überzugehen (vgl. Körkel & Verthein, 2010). Dies sollte umso mehr möglich sein, wenn DrogenkonsumentInnen durch Fachkräfte in Form eines strukturierten Programms gezielt zur Konsumreduktion befähigt werden („empowerment“). Mit anderen Worten ist zu erwarten, dass durch das Angebot eines Konsumreduktionsprogramms diejenigen DrogenkonsumentInnen, die durch die vorhandenen Abstinenzbehandlungen nicht mehr (oder noch nicht) erreicht werden und weiter zu verelenden drohen, für eine Behandlung gewonnen und an eine Veränderung ihres Substanzkonsums herangeführt werden können.

Auf diesen Überlegungen aufbauend, wurde im Jahr 2005 das verhaltenstherapeutische Selbstmanagementprogramm KISS („Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“; Körkel & Quest-Akademie, 2008a, 2008b) entwickelt, erstmals in der Hamburger Drogenhilfeeinrichtung *Palette e.V.* zum Einsatz gebracht und in der vorliegenden Studie auf seine Wirksamkeit überprüft.

---

<sup>1</sup> Der ursprünglich verwendete Begriff „Kontrolle“ wurde zwischenzeitlich durch den der „Kompetenz“ ersetzt.

---

## DAS KISS-PROGRAMM

Das Programm KISS (Körkel & Quest-Akademie, 2008a, 2008b) besteht aus 12 modular aufgebauten, zeitlich engmaschig strukturierten thematischen Gruppen- oder ersatzweise Einzelsitzungen zu je 2¼ Stunden Dauer, die von 1-2 TrainerInnen wöchentlich über eine Zeitspanne von vier Monaten durchgeführt werden. Im Mittelpunkt stehen das Führen eines Konsumtagebuches, das Bilanzieren des bisherigen Konsums, die Festlegung wöchentlicher Konsumziele und ggf. Ziel- und Strategiekorrekturen in der jeweiligen Folgewoche. Daneben wird trainiert, Risikosituationen und aktuelle Lebensbelastungen zu erkennen und zu bewältigen, „Ausrutscher“ zu meistern und soziale Abgrenzungskompetenzen gegen Konsumangebote zu entwickeln. Bei KISS handelt es sich somit um ein Behavioral Self-Control Training (BSCT), in dem das Selbststeuerungspotential der DrogenkonsumentInnen gefördert wird. Der Durchführung der Vorgespräche und 12 Sitzungen liegen eine feste Zeit- und Inhaltsstruktur sowie diverse Arbeits- und Informationsbögen zugrunde, die im Trainer-Manual bzw. Teilnehmer-Handbuch zusammengestellt sind (vgl. Körkel, 2009, 2010).

## FRAGESTELLUNGEN

Die Hauptfragestellung der Studie lautet: Wird der Substanzkonsum durch Teilnahme am KISS-Programm gesenkt und bleibt ein eingetretener Effekt im Nacherhebungszeitraum von sechs Monaten nach Ende des Programms erhalten? Als Zielgrößen des Substanzkonsums dienen dabei die Menge der konsumierten Substanz(en), die Anzahl der konsumfreien Tage, die Summe der DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnosen und die konsumbezogenen Geldausgaben.

In Form von Sekundärfragestellungen wird geprüft, a) wie viele TeilnehmerInnen (TN) das Programm durchhalten (Haltequote), b) ob sich Konsumänderungen auf die psychische und physische Situation der TeilnehmerInnen auswirken, c) ob eine Suchtverlagerungseffekt zu beobachten ist, d) welche Variablen eine Konsumänderung vorherzusagen erlauben und e) ob bestimmte Subgruppen von KlientInnen (z. B. Substituierte) besonders vom KISS-Programm profitieren.

## STUDIENDESIGN

Die Wirksamkeitsprüfung des KISS-Programms erfolgte in Form einer randomisierten klinischen Studie (Randomized Controlled Trial) an drei Standorten der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt (Konsumraum Niddastraße, Drogenhilfezentrum Eastside, Substitutionsambulanz FriedA; vgl. [www.idh-frankfurt.de](http://www.idh-frankfurt.de)). Alle an KISS interessierten DrogenkonsumentInnen, die die Aufnahmekriterien erfüllten und die Eingangsdagnostik vollständig durchlaufen hatten, wurden an jedem der drei idh-Standorte per Zufall entweder einer der sukzessive angebotenen 10 KISS-Interventionsgruppen (Intention-To-Treat-Gruppe, KISS-ITT, n = 59) oder einer der 10 Warte-

---

Kontrollgruppen (Warte-KG, n = 54) zugewiesen<sup>2</sup>. In allen KISS-Sitzungen wurden Zeit- und Inhaltsprotokolle geführt. Durch Abgleich dieser Protokolle mit den Vorgaben des Trainer-Manuals konnte bestätigt werden, dass „KISS drin war, wo KISS drauf stand“, d. h. das KISS-Programm wie vorgesehen durchgeführt worden ist („Treatment Integrity“).

Alle StudienteilnehmerInnen konnten weiterhin und ohne irgendwelche Restriktionen die vorhandenen Angebote der Drogenhilfe – z. B. eine Substitutionsbehandlung – wahrnehmen, weshalb die Warte-KG nicht als reine Warte-Vergleichsbedingung, sondern als „Treatment As Usual“-Bedingung anzusehen ist.

Zur Wirksamkeitsprüfung von KISS wurde der Substanzkonsum vor Start des Programms (Eingangserhebung bzw. Pre-Assessment, t1) mit dem am Ende des Programms bzw. am Ende der Wartezeit (Abschlussuntersuchung bzw. Post-Assessment, t2) verglichen. Zusätzlich wurde der Konsum sechs Monate nach Ende der Intervention überprüft, um die Stabilität bzw. Nachhaltigkeit von Veränderungen beurteilen zu können (Katamneseerhebung bzw. Follow-up-Assessment, t4).

Die Erhebungen bestanden zu allen drei Zeitpunkten aus drei Teilen: dem PC-gestützten, durch geschulte Interviewer durchgeführten Interview (Teil 1), der Urinprobe (Teil 2) und der medizinischen Befunderhebung (Teil 3). Im Rahmen dieser Erhebungen wurden anhand bewährter diagnostischer Instrumente für die letzten vier Wochen Häufigkeit und Menge des Konsums von 14 legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen (Timeline-Followback), der Abhängigkeitsstatus (SKID-I), die Suchtvorgeschichte (u. a. Behandlungsvorerfahrungen) und der körperliche, psychisch-psychiatrische sowie soziale Zustand der KlientInnen (DGSS-Dokumentationsstandards III) erfasst. In der Abschlussuntersuchung wurde eine Programmbewertung durch die KlientInnen eingeholt.

## STICHPROBE

Mit 230 KlientInnen, die nach persönlicher Ansprache oder anderen Programmhinweisen (ausgelegte Flyer, Quiz mit Tombola) Interesse am KISS-Programm bekundeten, wurden individuelle Informationsgespräche über KISS und den geplanten RCT geführt. Mit den 123 Personen, die im Anschluss an die Info-Gespräche weiterhin an einer Teilnahme interessiert waren und die Aufnahmekriterien erfüllten (z. B. kein anstehender JVA-Aufenthalt während des Zeitraums des KISS-Programms), wurden die Eingangserhebungen begonnen und mit 113 von ihnen vollständig abgeschlossen. Dieser Personenkreis von n = 113 bildet die randomisierte, den Auswertungen zugrunde liegende Studiengruppe.

---

<sup>2</sup> Die der Warte-Gruppe zugelosten KlientInnen konnten nach Beendigung der ca. 4-monatigen Wartezeit ebenfalls an einer KISS-Gruppe teilnehmen, wurden in den Auswertungen des RCT aber nicht berücksichtigt.

---

Das Durchschnittsalter der 113 TeilnehmerInnen liegt bei 39 Jahren. 28% sind Frauen, zwei Drittel (66%) sind ledig, 41% haben Kinder. Die Mehrzahl (52%) hat einen niedrigen Schulabschluss (Haupt- oder Sonderschule), 8% sind ohne Schulabschluss. 74% der TeilnehmerInnen sind arbeitslos und 92% beziehen Sozialleistungen. 48% wohnen in einer beschützten Wohnform, z. B. Notschlafstelle. 64% sind Hepatitis positiv und 16% positiv auf HIV getestet. Daneben liegt eine Vielzahl medizinischer Erkrankungen vor (schlechter Zahnstatus: 36%; Polyneuropathie: 18%; chronische Hauterkrankung: 14%; Gastritis: 10,0%). Gemäß den psychiatrischen Screeningfragen besteht bei 46% Verdacht auf eine schwere Depression, 47% geben massive Angststörungen an, und 33% werden mit Psychopharmaka behandelt.

Die am häufigsten konsumierten Suchtmittel der 113 Studien-TeilnehmerInnen sind Zigaretten (96%), Crack (66%), Heroin (63%), Beruhigungsmittel (Benzodiazepine; 60%), Cannabis (60%), Alkohol (46%) und Kokain (29%). Im Durchschnitt konsumieren die KlientInnen 5,2 Suchtmittel (inklusive Zigaretten und Substitut). 73% befinden sich in ärztlicher Substitutionsbehandlung.

## STATISTISCHE ANALYSEN

Die Berechnungen der Konsumveränderungen basieren auf der Gesamtstichprobe aller  $n = 113$  randomisierten KlientInnen („Intention-To-Treat-Analysen“) unter Ausschluss der wenigen TN, die erhöhte Werte ( $>$  zwei Standardabweichungen) in den Konsumvariablen aufwiesen. Die statistischen Analysen wurden für die sechs Substanzen (hier „Hauptsubstanzen“ genannt) durchgeführt, die – neben Zigaretten – in der Frankfurter „Drogenszene“ dominieren: Crack, Heroin, Benzodiazepine, Cannabis, Alkohol und Kokain. Für substanzübergreifende Berechnungen (z. B. Gesamtkonsum über alle Substanzen) wurden die Einzelveränderungen der sechs Hauptsubstanzen summiert. Zur Prüfung der Konsumänderungen und Gruppenunterschiede kamen parametrische und nonparametrische Signifikanztests und Effektstärkenanalysen zum Einsatz.

## STUDIENQUALITÄT

Der KISS-RCT der Integrativen Drogenhilfe e.V. erfüllt bei Zugrundelegung der beiden wichtigsten internationalen Qualitäts-Checklisten (Mesa Grande Qualitätskriterien, Miller, Wilbourne & Hettema, 2003; „Quality Checklist“ des Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Berglund, Thelander & Jonsson, 2003) in hohem Maße die an aussagefähige wissenschaftliche Studien anzulegenden methodischen Kriterien (z. B. Standardisierung der Behandlung, persönliche Follow-up-Erhebungen etc.). Hervorzuheben ist nicht zuletzt die hohe Treatment Integrity, d.h. die Tatsache, dass KISS wie vorgesehen umgesetzt worden ist – eine in klinischen Studien oftmals nicht gewährleistete Vorbedingung jeglicher Ergebnisinterpretation (vgl. z. B. Miller, Moyers, Arciniega, Ernst & Forchimes, 2005). Für den vorliegenden KISS-RCT bleibt festzuhalten, dass die Ergebnisse als interpretierbar und für die Grundgesamtheit der einbezogenen KlientInnen verallgemeinerbar gelten können.



---

## ERGEBNISSE

### PROGRAMMTEILNAHME UND -ZUFRIEDENHEIT

Über alle Standorte hinweg wurden durchschnittlich 7,4 der 12 KISS-Sitzungen besucht. 40,4% der Personen waren an 10 bis 12 Sitzungen anwesend, was einer Teilnahme an mindestens 83% des Gruppenprogramms entspricht. Vier Personen (8,5%) sind vorzeitig aus dem KISS-Programm ausgeschieden. Die anonymen Befragungen am Ende jeder KISS-Sitzung wie auch die Befragungen im Rahmen des Post-Assessments am Ende der KISS-Teilnahme ergeben hohe Zufriedenheitswerte mit dem Programm als ganzem, seinen Bestandteilen (z. B. wöchentlicher Rhythmus der Gruppensitzungen) und den TrainerInnen. Die relativ hohe Anzahl der wahrgenommenen KISS-Sitzungen in Verbindung mit der hohen Haltequote (über 90%) lassen die Schlussfolgerung zu, dass das KISS-Programm auch für polyvalent konsumierende und sozial deprivierte Drogenabhängige attraktiv ist (Sekundärfragestellung 1).

### VALIDITÄT DER SELBSTAUSSAGEN

Da alle Analysen von Konsumveränderungen auf potenziell nicht validen Selbstangaben der KlientInnen zu ihrem Substanzkonsum beruhen, wurden diese Angaben mit den Ergebnissen der Urinanalysen abgeglichen. Im Ergebnis zeigt sich in ca. 90% aller Analysen kein Widerspruch zwischen Selbstangaben und Urintestergebnissen, womit die Konsumangaben der KlientInnen als insgesamt aussagefähig betrachtet werden können.

### KONSUMVERÄNDERUNGEN

Die Analyse der Konsumveränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung ergibt, dass die TeilnehmerInnen der KISS-ITT-Gruppe denen der Warte-Gruppe in allen konsumbezogenen Veränderungsindikatoren (Gesamtmenge der konsumierten Substanzen, Anzahl konsumfreier Tage, gesamte Geldausgaben für Drogen, Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen) statistisch und numerisch bedeutsam überlegen sind. Im Einzelnen zeigt sich, dass die KISS-Gruppe den Konsum bei allen Substanzen („Gesamtkonsum“) im zurückliegenden Monat (Vergleich t1 zu t2) um 30% reduziert hat (Wartegruppe 6%). Die Anzahl der konsumfreien Tage bei jeder der konsumierten Substanzen steigt bei der Interventionsgruppe um 19% an (Wartegruppe 3%). Die Abhängigkeitsdiagnosen gehen in der Interventionsgruppe um 31% zurück (Warte-Gruppe 10%). Die monatlichen Konsumkosten werden der Interventionsgruppe um 36% (244 €) reduziert (Warte-Gruppe: 3% bzw. 25 €). Zudem zeigt sich, dass nur 12% der KISS-TN, aber 24% der Warte-TeilnehmerInnen während der viermonatigen Programmdauer eine stationäre Entgiftungsbehandlung benötigten. Über alle 10 durchgeführten KISS-Gruppen hinweg führte dies zu einer Einsparung von ca. 29.000 € Krankenhauskosten (Social Return on Investment).

---

Eine Betrachtung der Veränderung der einzelnen Substanzen zeigt, dass die KISS- TeilnehmerInnen in mindestens einem der vier Overall-Zielkriterien größere Erfolge als die Warte-KG- TeilnehmerInnen bei Crack, Heroin, Kokain, Benzodiazepinen und Cannabis erzielen. Der Alkoholkonsum wird durch die Teilnahme am KISS-Programm in der vorliegenden Stichprobe nicht beeinflusst. Die Konsumreduktionen bleiben in der Interventionsgruppe auch im sechsmonatigen Katamnesezeitraum stabil, so dass sowohl für den Gesamtkonsum als auch die einzelnen Substanzen eine Nachhaltigkeit des Programms zu belegen ist.

Ergänzend zu den Konsumänderungen wurde geprüft, ob die Reduktion des Drogenkonsums auch zu Änderungen im sozialen, psychischen und somatischen Bereich führt (Sekundärfragestellung 2). Bei den soziodemografischen Variablen (Schulbildung, Berufsstatus, Wohnsituation, Familienstand) haben sich in der kurzen Zeitspanne der KISS-Teilnahme (vier Monate) erwartungsgemäß nur minimale Änderungen ergeben. Im Gegensatz dazu finden sich bei der subjektiven Einschätzung der Lebensbelastungen bei den KISS-TN, nicht aber in der Warte-KG signifikante Verbesserungen im finanziellen, rechtlichen und psychischen Bereich.

Im Pre-post-Vergleich von Subgruppen der KISS-TeilnehmerInnen zeigt sich, dass männliche KISS-Teilnehmer tendenziell mehr von KISS profitieren als weibliche, TeilnehmerInnen mit ausgeprägter Substanzabhängigkeit stärker als solche mit weniger ausgeprägter Abhängigkeit, substituierte KlientInnen stärker als nichtsubstituierte und TeilnehmerInnen mit geringerer sozialer Unterstützung deutlicher als solche mit stärkerer Unterstützung. Die Ergebnisse der Subgruppenvergleiche stehen allerdings unter dem Vorbehalt, dass sie zum Teil auf relativ wenigen Personen beruhen und deshalb mehr hypothesenbildenden Charakter besitzen denn als gut abgesicherte Effekte gelten können.

Betrachtet man die Konsumentwicklung über die 10 Monate von Beginn des KISS-Programms über dessen Ende bis hin zum Abschluss der Katamnesezeit, so lässt sich festhalten: KISS wirkt besonders gut bei drogenabhängigen Männern, bei Drogenabhängigen mit ausgeprägter Abhängigkeitsschwere, bei Nichtsubstituierten, bei Drogenabhängigen ohne Beschäftigung (Arbeit oder Ausbildung), bei Drogenabhängigen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen sowie bei Drogenabhängigen mit geringer Unterstützung im sozialen Umfeld. Mit anderen Worten: KISS wirkt bei mehrfach (sozial, psychisch und/oder substanzbezogen) beeinträchtigten Drogenabhängigen besonders gut. Allerdings scheitert der Nachweis der Wirksamkeit von KISS bei vielen der Komplementärgruppen (z. B. Frauen) vermutlich nur an der geringen Fallzahl und Ausreißerwerten: Nur bei den Drogenabhängigen mit relativ wenigen oder keinen Abhängigkeitsdiagnosen ist relativ gut abgesichert, dass sie weniger profitieren als diejenigen mit mehr Abhängigkeitsdiagnosen. So oder so bedürfen die Ergebnisse der Subgruppenanalysen der Replikation in Folgestudien mit größeren Fallzahlen.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das KISS-Programm ist nach den Ergebnissen dieser Studie für Drogenabhängige, die einen langjährigen, polyvalenten und in den Konsummustern hoch problematischen Verlauf aufweisen, attraktiv und im Kontext der existierenden Drogenhilfe gut umsetzbar. Dafür sprechen die hohe Anzahl der am Programm interessierten und teilnehmenden KlientInnen, die relativ hohe Anzahl wahrgenommener KISS-Sitzungen und die hohe Haltequote. Das Programm wird aber nicht nur gut von den KlientInnen angenommen, sondern zieht in allen Indikatoren einer Konsumveränderung – Reduktion der Konsummenge, Anstieg konsumfreier Tage, Abnahme der Abhängigkeitsmerkmale und Reduktion der drogenbezogenen Geldausgaben – statistisch signifikante, praktisch bedeutsame und im Bewährungszeitraum von sechs Monaten nach Programmende anhaltende Effekte über alle konsumierten Hauptsubstanzen hinweg (außer Alkohol) nach sich.

Diese Ergebnisse legen nahe, das Angebot einer fachlich begleiteten, strukturierten Konsumreduktion fest in der Angebotspalette der Drogenhilfe zu verankern. Nicht zuletzt in Substitutionsbehandlungen ist KISS als Begleitangebot (z. B. im Kontext der psychosozialen Betreuung) angezeigt, wenn der Beikonsum den Erfolg der Substitution zu gefährden droht. Dies würde sich für alle Beteiligten „rentieren“ – auch für die Kostenträger (v.a. die Krankenkassen) durch Einsparung von Kosten zukünftiger Entgiftungsbehandlungen.

Für die niedrigschwellige Drogenhilfe erscheint ein Paradigmenwechsel geboten. Zum Profil niedrigschwelliger Drogenarbeit sollten neben den gängigen Überlebenshilfemaßnahmen wie Spritzentausch, Notschlafmöglichkeiten, Versorgung mit Lebensmitteln etc. gehören, den Konsum als solchen zu problematisieren, zur Konsumveränderung zu motivieren und Reduktionsprogramme vorzuhalten.

Eine Replikation der Ergebnisse an größeren Stichproben ist wünschenswert, um Subgruppeneffekte (z. B. substituierte versus nicht substituierte KlientInnen) statistisch aussagefähig zu überprüfen und Indikationsstellungen gezielter vornehmen zu können.

**Den kompletten Abschlussbericht können Sie auf CD gegen eine Gebühr von 5 € anfordern:**

Integrative Drogenhilfe e.V.

Gabriele Zich

Telefon: 069-941970-40

Email: [g.zich@idh-frankfurt.de](mailto:g.zich@idh-frankfurt.de)