

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**

---



## IMPRESSUM

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

### **Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums**

Anschriften der Autoren/der Autorin:

Prof. Dr. Joachim Körkel

Evangelische Hochschule Nürnberg, Fakultät für Sozialwissenschaften,  
Bärenschanzstr. 4, 90429 Nürnberg

Dipl.-Kauffrau Gabi Becker, Geschäftsführerin

Integrative Drogenhilfe e.V.,  
Schielestr. 22, 60314 Frankfurt

Prof. Dr. Hans-Volker Happel

Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit,  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Gero Lipsmeier

Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit,  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main

Layout: Monika Maier-Luchmann

Anschrift der idh: Schielestraße 22, 60314 Frankfurt am Main

Telefon: (069) 94 19 70-0

Fax: (069) 94 19 70-25

E-Mail [info@idh-frankfurt.de](mailto:info@idh-frankfurt.de)

[www.idh-frankfurt.de](http://www.idh-frankfurt.de)

---

## 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

# INHALT

	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	7			
1	<b>Theoretischer Hintergrund</b> .....	15	5.8.7	Suchtbiografische Merkmale.....	57
1.1	Das Paradigma niedrigschwelliger Drogenhilfe und die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung .....	15	5.9	Urinuntersuchungen .....	58
1.2	Das Rationale zieloffener Suchtarbeit .....	18	5.10	Medizinische Untersuchung.....	59
1.2.1	Bereitschaft zur Konsumreduktion.....	18	5.11	Datenprüfung und -aufbereitung .....	60
1.2.2	Realisierbarkeit eines selbstkontrollierten Konsums .....	19	5.11.1	Aufbereitung und Kontrolle der Konsumangaben .....	60
1.2.3	Ethische Erfordernisse von Zieloffenheit .....	20	5.11.2	Validitätsprüfung der Selbstauskünfte.....	63
1.2.4	Compliance-Förderung durch Zieloffenheit .....	20	5.11.3	Zwischenzeitliche Behandlungen.....	66
1.2.5	Wirksamkeit von Konsumreduktionsprogrammen .....	21	5.11.4	Längsschnittabgrenzungen.....	66
1.3	Fazit.....	21	5.12	Statistische Auswertungsverfahren .....	67
			5.13	Fallzahlentwicklung der analysierbaren Stichprobe (CONSORT Statement) .....	69
2	<b>INTEGRATIVE DROGENHILFE E.V.</b> .....	23	6	<b>AUSGANGSMERKMALE DER TEILNEHMERINNEN</b> .....	73
2.1	Ziele und Arbeitsansatz.....	23	6.1	Soziodemografische Merkmale.....	73
2.2	idh-Einrichtungen .....	24	6.2	Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen .....	75
2.3	Mitarbeiterschaft und Schulungsmaßnahmen .....	24	6.3	Soziale Unterstützung.....	76
2.4	KISS als Forschungsprojekt der idh .....	25	6.4	Körperlich-gesundheitlicher, infektiologischer und psychisch-psychiatrischer Status .....	76
2.5	KISS-Standorte .....	25	6.4.1	Körpermedizinisch relevante Störungen .....	77
2.5.1	Eastside.....	25	6.4.2	Serologischer Status .....	78
2.5.2	FriedA.....	27	6.4.3	Body-Maß-Index und alkoholbezogene Befundparameter.....	79
2.5.3	Konsumraum Niddastraße .....	27	6.4.4	Körperlicher Allgemeinzustand .....	80
			6.4.5	Medizinischer Behandlungsbedarf .....	82
3	<b>DAS PROGRAMM KISS</b> .....	29	6.5	Psychischer Status .....	83
3.1	Grundmerkmale und Aufbau des KISS-Programms .....	29	6.5.1	Psychisch-psychiatrische Symptomatik .....	83
3.1.1	Inhalte der 12 KISS-Sitzungen .....	32	6.5.2	Psychischer Allgemeinzustand .....	86
3.1.2	Arbeitsunterlagen und -methoden .....	33	6.6	Suchtbiografische Merkmale.....	88
3.2	Bisherige Erfahrungen mit der Umsetzung des KISS-Programms .....	36	6.6.1	Alter bei Beginn des regelmäßigen Substanzkonsums .....	88
4	Forschungsfragestellungen .....	37	6.6.2	Frühere Behandlungen wegen Drogen-, Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.....	89
4.1	Primäre Forschungsfragestellung.....	37	6.6.3	Aktueller Substanzkonsum (letzte 28 Tage) 90	
4.2	Sekundäre Forschungsfragestellungen .....	39	6.6.3.1	Substanzbezogene Konsumhäufigkeiten ....	90
			6.6.3.2	Substanzbezogene Konsummengen .....	93
5	<b>DESIGN UND DURCHFÜHRUNG</b> .....	41	6.6.4	Abhängigkeitsdiagnosen.....	96
5.1	Zugangs- und Ausschlusskriterien .....	41	6.6.5	Konsumbezogene Änderungswünsche.....	98
5.2	Rekrutierung der TeilnehmerInnen.....	41	6.6.6	Änderungsbezogene Kognitionen.....	100
5.3	Studiendesign, Studiengruppen und Studienstandorte.....	43	6.7	Fazit .....	101
5.4	Eingesetzte TrainerInnen und InterviewerInnen .....	45	7	<b>PROGRAMMTEILNAHME UND –BEWERTUNG</b> .....	105
5.5	Eingangserhebung (Pre-Assessment).....	46	7.1	Teilnahmhäufigkeit .....	105
5.6	Durchführung des KISS-Programms .....	47	7.1.1	Nichterschienene, KurzteilnehmerInnen, HäufigteilvernehmerInnen.....	105
5.7	Zwischen-, Abschluss- und Katamneseerhebung.....	47	7.1.2	Teilnahmhäufigkeit pro Standort und KISS-Sitzung .....	108
5.8	Das persönliche Interview .....	48	7.1.3	Gründe für die Nichtanwesenheit an einzelnen Sitzungen .....	111
5.8.1	Erhebung des Substanzkonsums.....	49	7.2	Abbruch-/Haltequote.....	111
5.8.2	Subjektive Belastungswahrnehmung in sieben zentralen Lebensbereichen .....	55	7.3	Programmbewertung .....	112
5.8.3	Verfügbarkeit sozialer Unterstützung.....	55	7.4	Exkurs: Programmteilnahme und -bewertung in der gepoolten KISS-Gruppe.....	113
5.8.4	Abhängigkeitsdiagnostik nach DSM-IV.....	56	7.4.1	Teilnahmhäufigkeit .....	113
5.8.5	Änderungsbezogene Kognitionen .....	56			
5.8.6	Soziodemografische Merkmale .....	57			

7.4.2	Haltequote .....	115	9.2.1.3	Crack.....	190
7.4.3	Programmbewertung.....	115	9.2.1.4	Kokain .....	193
7.4	Fazit.....	117	9.2.1.5	Benzodiazepine .....	196
8	<b>STUDIENQUALITÄT</b> .....	119	9.2.1.6	Cannabis .....	199
9	<b>STUDIENERGEBNISSE</b> .....	123	9.2.1.7	Alkohol .....	202
9.1	Wirkt KISS? Pre-post-Veränderungen in KISS- und Warte-Gruppe .....	123	9.2.1.8	Zigaretten .....	204
9.1.1	Konsumbezogene Veränderungen .....	123	9.2.1.9	Drogen-Cocktails .....	204
9.1.1.1	Gesamtveränderungen .....	124	9.2.1.10	Fazit .....	205
9.1.1.2	Heroin .....	130	9.2.2	Stand der sozialen, physischen und psychischen Entwicklung zum Katamnesezeitpunkt .....	206
9.1.1.3	Crack .....	134	9.2.2.1	Veränderungen bei soziodemografischen Merkmalen .....	206
9.1.1.4	Kokain (Pulver) .....	137	9.2.2.2	Veränderungen der erlebten Belastung in verschiedenen Lebensbereichen .....	207
9.1.1.5	Benzodiazepine .....	140	9.2.2.3	Veränderungen in der erlebten sozialen Unterstützung .....	210
9.1.1.6	Cannabis .....	143	9.2.2.4	Veränderungen im organmedizinischen Bereich.....	212
9.1.1.7	Alkohol.....	146	9.2.2.5	Veränderungen im psychiatrischen Bereich.....	212
9.1.1.8	Zigaretten.....	149	9.2.2.6	Fazit .....	215
9.1.1.9	Drogen-Cocktails .....	150	9.2.3	Subgruppenvergleiche.....	216
9.1.1.10	Suchtverlagerung durch KISS? .....	151	9.2.3.1	Geschlecht .....	216
9.1.1.11	Fazit.....	152	9.2.3.2	Schwere der Abhängigkeit.....	218
9.1.2	Exkurs: Konsumbezogene Veränderungen in der „gepoolten KISS-Gruppe“ .....	154	9.2.3.3	Substitutionsbehandlung .....	219
9.1.2.1	Gesamtveränderung .....	154	9.2.3.4	Beschäftigungsstatus .....	220
9.1.2.2	Substanzspezifische Veränderungen .....	155	9.2.3.5	Psychiatrische Begleiterkrankungen .....	222
9.1.2.3	Fazit.....	156	9.2.3.6	Soziale Unterstützung.....	223
9.1.3	Veränderungen im sozialen, physischen und psychischen Bereich.....	157	9.2.3.7	Fazit .....	224
9.1.3.1	Veränderungen bei soziodemografischen Merkmalen.....	157	10	<b>NICHTTEILNEHMERINNEN AN DER KISS-STUDIE</b> .....	225
9.1.3.2	Veränderungen der erlebten Belastung in verschiedenen Lebensbereichen .....	158	10.1	Theoretischer Hintergrund .....	225
9.1.3.3	Veränderungen in der erlebten sozialen Unterstützung.....	159	10.2	Pilotstudie zur Nichtteilnahme an der KISS-Studie.....	226
9.1.3.4	Veränderungen im organmedizinischen Bereich .....	159	10.2.1	Fragestellungen.....	226
9.1.3.5	Veränderungen im psychiatrischen Bereich .....	160	10.2.2	Methode .....	227
9.1.3.6	Fazit.....	161	10.2.2.1	Design .....	227
9.1.4	Subgruppenvergleiche .....	162	10.2.2.2	Rekrutierung der TeilnehmerInnen .....	227
9.1.4.1	Geschlecht.....	162	10.2.2.3	Erhebungsinstrument .....	227
9.1.4.2	Schwere der Abhängigkeit .....	164	10.2.2.4	Durchführung.....	228
9.1.4.3	Substitutionsbehandlung .....	166	10.2.2.5	Stichprobe .....	228
9.1.4.4	Beschäftigungsstatus (Ausbildung oder Erwerbstätigkeit) .....	167	10.3	Ergebnisse zu den Nichtteilnahmegründen.....	230
9.1.4.5	Psychiatrische Begleiterkrankungen.....	168	10.4	Schlussfolgerungen für die zukünftige Erhöhung der Teilnahmequote .....	232
9.1.4.6	Soziale Unterstützung .....	170	11	<b>DISKUSSION</b> .....	235
9.1.4.7	Fazit.....	172	12	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	245
9.1.5	Kovariaten und Prädiktoren substanzbezogener Änderungen.....	173	<b>ANHANG</b>		
9.1.5.1	Ausgangsniveau der globalen Konsum- variablen und Gruppenzugehörigkeit.....	173	A1	Pre-Post-Konsumänderungen in den gepoolten KISS-Gruppen.....	251
9.1.5.2	Weitere potenzielle Prädiktoren der Konsumänderung.....	175	A2	Subgruppenspezifische Pre-Post- Veränderungen des Substanzkonsums ....	261
9.1.5.3	Fazit.....	178	A3	Subgruppenspezifische Veränderungen des Substanzkonsums zwischen Pre, Post und Katamnese .....	267
9.2	Katamnestiche Stabilität der Pre-post-Ver- änderungen der KISS-TeilnehmerInnen ....	178			
9.2.1	Katamnestiche Stabilität der konsumbezogenen Veränderungen .....	179			
9.2.1.1	Gesamtveränderungen .....	179			
9.2.1.2	Heroin.....	187			

---

## ZUSAMMENFASSUNG

Unter dem Titel „Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrighschwelligigen 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 Katamnesestudien, 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 & Hetteema, 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 niedrighschwellige Drogenhilfe erscheint ein Paradigmenwechsel geboten. Zum Profil niedrighschwelliger 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.



# 1 THEORETISCHER HINTERGRUND

Das in der vorliegenden Studie auf seine Wirksamkeit hin geprüfte KISS-Programm geht von der Annahme aus, dass eine gezielte Befähigung zur Konsumreduktion ein wünschbares und von DrogenkonsumentInnen vielfach auch erreichbares Ziel darstellt und Reduktionsprogramme (wie KISS) einen festen Bestandteil u.a. in der niedrigschwelligen Drogenarbeit darstellen sollten. Die Überlegungen, die dieser Einschätzung zugrunde liegen, werden in den folgenden Abschnitten ausgeführt.

## 1.1 DAS PARADIGMA NIEDRIGSCHWELLIGER DROGENHILFE UND DIE NOTWENDIGKEIT EINER WEITERENTWICKLUNG

Niedrigschwellige Drogenhilfeangebote sind in den letzten 20 Jahren neben abstinenzorientierten Beratungs-/Therapieangeboten, Präventionsmaßnahmen und staatlichen Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen (Rechtsdurchsetzung) zur etablierten vierten Säule in Drogenpolitik und Drogenhilfe geworden (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, 2006; Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention, 2010; Stöver, 1999a). Die zentrale Zielsetzung niedrigschwelliger Hilfen folgt dem Prinzip der Schadensminimierung, d. h. der Sicherung eines gesunden, menschenwürdigen (Über-)Lebens. Die Palette dazu vorgehaltener Hilfsangebote ist vielfältig und reicht von Kontaktläden über Notschlafstellen bis zu Drogenkonsumräumen, meist verknüpft mit Essens-, Wasch-, Spritzentausch- und anderen Angeboten (vgl. Akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. & Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999 [Akzept, 1999]; Heudtlass & Stöver, 2005). Die Hilfen werden „voraussetzungsfrei“ angeboten, was vor allem bedeutet, dass sie durch die KonsumentInnen ohne weitere Verpflichtungen (z. B. zu einer weitergehender Abstinenzbehandlung) in Anspruch genommen werden können.

Niedrigschwellige Drogenhilfe wendet sich vor allem an KonsumentInnen der „offenen Drogenzene“, in der vielfältige, je nach Angebot und „Konsumwellen“ sich verändernde Drogengebrauchsmuster vorfindbar sind. Waren Mitte der 90er Jahre noch Heroin, Kokain und Benzodiazepine (z. B. Rohypnol) die am häufigsten konsumierten Substanzen (vgl. Kemmesies, 1995), so haben sich mit Beginn des neuen Jahrtausends in den „Drogenmetropolen“ Frankfurt und Hamburg zunehmend Crack und die gesamte Variationsbreite der Benzodiazepine in Kombination mit Heroin und Alkohol als häufigste Konsummuster etabliert (Prinzleve, Müller, Werse & Bernard, 2005; Werse, Müller & Bernard, 2009). Dass diese riskanten Konsummuster auch mit erhöhten Folgerisiken einhergehen, muss nicht gesondert erwähnt werden.

Die Implementierung der auf diese Zielgruppe ausgerichteten niedrigschwelligen Drogenhilfeangebote ging mit heftigen drogenpolitischen Auseinandersetzungen einher. Die Befürworter dieses neuen Konzeptes der Drogenhilfe gingen von grundlegenden humanistischen Überzeugungen und der Sichtweise aus, dass viele Problemlagen Drogenabhängiger überhaupt erst durch das herrschende „Dogma der Abstinenz“ und die strafrechtlichen Verfolgungsmaßnah-

men hervorgerufen seien. Demnach sollte eine Akzeptanz des Drogenkonsums nicht nur dem Selbstbestimmungsrecht der KonsumentInnen gerecht werden, sondern auch ihre gesundheitlichen und sozialen Lebensprobleme reduzieren helfen (vgl. Happel, 1994). Umgekehrt unterstellten die Abstinenzbefürworter den im Bereich der niedrigschwelligen Drogenhilfe Tätigen einen pathologischen Bezug zu den Hilfesuchenden und eine „institutionalisierte Co-Abhängigkeit“ (vgl. Bochnik, 1996).

Wo steht die niedrigschwellige Drogenhilfe heute? So gut wie unbestritten ist, dass niedrigschwellige Drogenhilfeansätze als unverzichtbare vierte Säule eines Sozialstaates gelten können, dem sowohl am Überleben der Drogenabhängigen (z. B. unmittelbare Notfallhilfe in Drogenkonsumräumen), der Förderung ihrer Gesundheit (z. B. Infektionsprophylaxe), der Heranführung an Ausstiegshilfen (z. B. Aufnahme einer Substitutionsbehandlung), der Verhinderung des Ausbreitens ansteckbarer Krankheiten (z. B. Zurverfügungstellung steriler Injektionsutensilien) und der „Vermeidung öffentlichen Ärgernisses“ (z. B. durch „Anbindung“ der Drogenabhängigen an Kontaktläden, Notschlafstellen u. a. m.) liegt. Diese und andere Effekte werden gemäß internationaler Befundlage von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen tatsächlich auch erzielt (zusammenfassend Uchtenhagen, 2005; Weltgesundheitsorganisation, 2004). Beispielsweise nehmen durch die Inanspruchnahme von Drogenkonsumräumen die Infektionsraten, die Anzahl letaler Überdosierungen und der Konsum im öffentlichen Raum ab, während die Bereitschaft zu medizinischer Befundabklärung (z. B. Hepatitisdiagnostik) sowie die Teilnahme an medizinischer Behandlung zunehmen (Uchtenhagen, 2005). Die Sichtweise, dass derartige Behandlungserfolge jenseits der Abstinenz zu beachten und anzustreben sind, hat sich mittlerweile auch in der „traditionellen“ Suchttheorie und –forschung durchgesetzt. Viele prominente Suchtforscher (u.a. Babor et al., 2007) fordern inzwischen eine zielgruppenspezifische Effektivitätsbetrachtung. Das bedeutet, in die Beurteilung und Bewertung von Behandlungsergebnissen Parameter wie die Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums, Verbesserungen der psychiatrischen, medizinischen und beschäftigungsbezogenen Lage sowie Reduktionen von Überdosierungsrisiken, Kriminalität und HIV-Infektionen einzubeziehen.

Gleichwohl kommt Bossong (2008) in einer historischen Analyse der niedrigschwelligen Drogenhilfe zu einer kritischen Bilanz. Niedrigschwellige Drogenhilfe habe über all die Jahre hinweg Segregation, Klientifizierung und Elendsverwahrung verfestigt und ihre ehemals hehren Ziele verfehlt. Dabei konstatiert er ein für die niedrigschwellige Drogenhilfe riskantes Abdriften gegenüber traditionellen Behandlungs- und Interventionsangeboten, was die methodische Fundierung des Vorgehens und die wissenschaftliche Absicherung anbelangt. Einen entscheidenden Grund für die geringe Wertschätzung der niedrigschwelligen Drogenhilfe sieht Bossong u. a. darin, dass „Verlautbarungen“ und Veröffentlichungen in diesem Bereich meist normativ ausgerichtet sind und empirische Forschung kaum den gängigen Wissenschaftsstandards genügt, sondern weitgehend anekdotisch ausfällt. Folgerichtig fordert er, dass die niedrigschwellige Drogenhilfe ihren professionellen Methodenzugang spezifizieren und verbessern sowie ihre Wirksamkeit absichern müsse, um eine Deklassierung in die schlichte Elendsverwaltung ab-



wenden zu können. Bossongs Position ignoriert zwar die nachweislichen Erfolge niedrigschwelliger Drogenhilfe in der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung der KonsumentInnen und dem Schutz des Gemeinwohls (s.o., Uchtenhagen, 2005). In wesentlichen Kernannahmen decken sich aber Bossongs Position mit den Ausgangsüberlegungen der KISS-Studie, wonach evidenzbasierte, mit dem Menschenbild niedrigschwelliger Drogenarbeit vereinbare Methoden zur Freisetzung von Änderungsmotivation und Förderung von Konsumreduktion nicht genutzt werden.

Eine Befragung von insgesamt 117 MitarbeiterInnen der niedrigschwelligen Drogenhilfe zu Kenntnisstand, Bedeutsamkeit und Verfügbarkeit relevanter Methoden und Verfahren niedrigschwelliger Drogenarbeit unterstützt diese Einschätzung (Happel, 2005). In der Studie ergab sich – insbesondere was die Bedeutung systematischer Interventionsformen anbelangt – ein ausgesprochen heterogenes Bild. Zentrale Methoden und Verfahren der niedrigschwelligen Drogenhilfe sind nach Urteil der Befragten Spritzentausch, eine – wenn auch sehr diffus artikuliert – psychosoziale Begleitung der Substituierten, Safer-use-Techniken und Notfallversorgung. Insgesamt dokumentieren die Antworten ein durchgängig pragmatisches, an medizinischen Präventionsmodellen orientiertes und den Drogenkonsum begleitendes (statt aktiv eingreifendes) Selbstverständnis niedrigschwelliger Drogenarbeit. Es überrascht die geradezu nachlässige Einschätzung ureigenster sozialarbeiterischer Methoden, wie z. B. Case Management, motivierende Gesprächsführung und Psychoedukation. Diese Verfahren sind allenfalls in rudimentärer Form bekannt und eingesetzt und werden darüber hinaus auch nur in Ausnahmefällen als hilfreich eingeschätzt. Diese Ergebnisse bestätigen die von Bossong (2008) beschriebene Problemlage.

Die unzureichende Nutzung evidenzbasierter Methoden und Programme in der niedrigschwelligen Drogenhilfe dürfte u. a. damit zusammenhängen, dass ihr Credo lautet: Akzeptiere die KlientInnen in ihrem So-Sein – inklusive ihrem Drogenkonsum – und versuche nicht, ihnen in ihr Leben hineinzureden. Motivierungsbemühungen werden meist mit unerwünschter Einflussnahme auf den Konsumenten gleichgesetzt und in enge Verbindung zu „therapeutisch verbrämte[n] Umerziehungsversuche[n]“ (Stöver, 1999c, S. 17) gebracht, wie sie bisweilen aus abstinenzorientierter Drogenbehandlung bekannt sind. Diese Sichtweise erscheint u. a. deshalb prekär, weil man begründet davon ausgehen kann, dass DrogengebraucherInnen aufgrund der für sie negativen Begleiterscheinungen des Konsums aus sich heraus gute Gründe und den Wunsch besitzen, an ihrem Drogenkonsum etwas zu verändern („intrinsische Motivation“) – dass also vorhandenes Änderungspotential vorhanden und „nur“ freigesetzt werden muss. Gezielte Gesprächsinterventionen, die zu Konsumveränderungen „einladen“ („Motivational Interviewing“, Miller & Rollnick, 1999, 2005) und strukturierte Angebote zur Konsumreduktion erscheinen aus dieser Sichtweise dringlich geboten. Derartige innovative Interventionen können zudem als Brücke zwischen niedrigschwelligen und abstinenzorientierten Hilfsangeboten betrachtet werden (vgl. auch Stöver, 1999b, S. 9).

---

## 1.2 DAS RATIONALE ZIELOFFENER SUCHTARBEIT

Setzt man auf Seiten der Klientel niedrigschwelliger Drogenhilfe die Bereitschaft zu einer Änderung ihres Konsumverhaltens voraus, so stellt sich weitergehend die Frage, was dafür spricht, im Rahmen niedrigschwelliger Drogenarbeit, aber auch in den Bereichen Prävention und Beratung/Behandlung/Therapie *zieloffen* vorzugehen, d. h. in Ergänzung zu Abstinenzangeboten gezielte Maßnahmen zur Förderung von Konsumreduktionen anzubieten. Mindestens fünf Argumente sind ins Feld zu führen, weshalb Konsumreduktionsprogramme als fester Bestandteil in das Angebotsspektrum der Drogenhilfe eingebunden, d. h. fachlich qualifiziert, gut platziert und als Regelangebot vorgehalten werden sollten.

### 1.2.1 BEREITSCHAFT ZUR KONSUMREDUKTION

Die allererste Markenzeichen eines Drogenhilfesystems sollte es sein, für möglichst viele Betroffene akzeptable Hilfsangebote anzubieten (Public Health Orientierung), statt hochselektiv nur eine Subgruppe von ihnen zu erreichen. Wie sich nun zeigen lässt, ist die Forderung nach Abstinenz – als Vorbedingung und/oder Ziel eines Behandlungsangebotes – eine Bedingung, die die Mehrzahl der DrogenkonsumentInnen von einer Konsumänderung abhält, sei es, weil sie zur Abstinenz nicht, noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, oder weil sie ein substanzfreies Leben nicht anstreben. Drei Beispiele machen dies deutlich.

- § Beispiel 1 (Simon & Sonntag, 2004): 47% der in deutschen Suchtberatungsstellen vorstellig werdenden hochgradig Cannabis-Abhängigen wollen „weniger Cannabis konsumieren“ – aber nicht ganz aufhören („hochgradig“ = 5,2 der 7 DSM-IV-Kriterien für Cannabisabhängigkeit sind erfüllt; Cannabis wird an 29 von 30 zurückliegenden Tagen konsumiert; pro Tag 11 Joints).
- § Beispiel 2 (Wittchen et al., 2008): Von n = 1615 untersuchten Heroinabhängigen, die sich in ärztlicher Substitutionsbehandlung befanden, wiesen 49% in der Eingangserhebung einen deutlichen „Beikonsum“ von diversen Suchtmitteln (Benzodiazepine u. a. m., aber ohne Alkohol und Cannabis) auf. Nach einem Jahr waren es annähernd so viele, nämlich 46%, wobei die aufgrund massiven Beikonsums aus der Substitution Ausgeschlossenen gar nicht mitgerechnet worden sind. In ähnlicher Weise sprechen die von Srivastava, Kahan und Ross (2008) zusammengefassten Ergebnisse nicht dafür, dass der Alkoholkonsum während der Substitution abnimmt. Das heißt: Man kann nicht davon ausgehen, dass der Konsum „beikonsumierter“ Substanzen im Laufe der Substitution „von alleine“ zurückgeht.
- § Beispiel 3 (Feder, 2001): Strukturierte Interviews mit 82 Drogenabhängigen in 10 bayerischen Langzeitdrogentherapieeinrichtungen, die sich in unterschiedlichen Stadien ihrer abstinenzorientierten Drogentherapie befanden, ergaben, dass etwa 9 von 10 Befragten nach der Behandlung weiterhin rauchen (90,2%) und Alkohol trinken (86,4%) wollten. We-

niger, aber immer noch beachtlich viele der Drogenabhängigen beabsichtigten, zukünftig Cannabis (46.2%), Designerdrogen (31,4%), Kokain (21,8%), Opiate (11,7%) oder Sedativa (9.1%) konsumieren zu wollen.

Ein ähnliches Problem stellt sich im Übrigen in heroingestützten Behandlungen, wie die entsprechenden Studien aus Deutschland, der Schweiz und anderen Ländern demonstrieren: Trotz deutlicher Absenkung des illegalen Heroin- und Kokainkonsums bleibt ein erheblicher Begleitkonsum – vor allem von Benzodiazepinen und Alkohol – bestehen (vgl. z.B. Eiroa, Haasen, Verthein, Dilg, Schäfer & Reimer, 2010; Haasen et al., 2009).

Die Grundbotschaft – verdeutlicht an den vorgenannten Beispielen – lautet somit: Beschränkt man das Hilfespektrum auf Abstinenzangebote und klammert Reduktionsangebote aus, so wird in den Konsumenten bereits vorhandenes Änderungspotential blockiert, statt freigesetzt. Und: Durch Abstinenzangebote wird nur ein geringer Anteil der „Problemkonsumenten“ erreicht – schon gar nicht das Gros der Jugendlichen oder jüngeren Erwachsenen (Partykonsumenten, „Komatrinker“ etc.), denen ein lebenslanges Abstinenzangebot in der Regel abwegig erscheint (vgl. Kremer, 2009).

### **1.2.2 REALISIERBARKEIT EINES SELBSTKONTROLLIERTEN KONSUMS**

Die prinzipielle Möglichkeit, auch illegale Drogen in moderatem Ausmaß zu konsumieren, wird durch die Ergebnisse dreier Forschungsbereiche gestützt (vgl. Körkel & Verthein, 2010):

- § Gemäß den Berechnungen von Schippers und Cramer (2002) konsumieren 1 bis 2 Promille der Allgemeinbevölkerung Heroin oder Kokain risikobewusst, d. h. in medizinisch nicht bedenklicher Menge sowie sozial und strafrechtlich unauffällig.
- § Ein Teil der Drogenabhängigen wächst ohne professionelle Hilfen aus der Sucht heraus und nimmt einen gemäßigten, beruflich, privat und gesundheitlich unproblematischen Konsum auf (vgl. Happel, 1988; Klingemann & Sobell, 2007).
- § Manche Heroin-/Kokainabhängigen gehen nach abstinenzorientierter Drogentherapie (z. B. Substitutionsbehandlung oder stationärer Langzeittherapie) zu einem gemäßigten Konsum über. Meili, Dober und Eyal (2004) schätzen diesen Anteil, ähnlich wie Schippers und Cramer (2002), auf ca. 22% und folgern, dass „der kontrollierte Konsum harter Drogen, auch bei längerer Abhängigkeit, vermutlich ebenso häufig [ist] wie die Abstinenz nach Abhängigkeit“ (S. 5). Dieser Befund liegt für große Stichproben auch aus dem Alkoholbereich vor (Dawson, Grant, Stinson, Chou, Huang & Ruan, 2005).

### 1.2.3 ETHISCHE ERFORDERNISSE VON ZIELOFFENHEIT

Gemäß einer zumindest in unserem Kulturkreis fundamentalen ethischen Maxime ist auch im therapeutischen Handeln die Unverfügbarkeit bzw. Autonomie des Menschen zu gewährleisten (vgl. Scharrer, 2008). Diese Maxime beinhaltet, nichts gegen den Willen der KlientInnen zu tun, also auch Ziele nur mit deren ausdrücklicher Zustimmung zu verfolgen. Ethisch betrachtet, ist es also u. a. notwendig, die Frage von Abstinenz oder kontrolliertem Konsum explizit und sanktionsfrei ins Gespräch zu bringen, das Für und Wider dieser Ziele zu erörtern und letztlich das Ziel aufzugreifen, das die KlientInnen für sich anstreben möchten (vgl. Körkel, 2008). Die ethische Selbstverpflichtung zur Autonomiewahrung und -förderung der KlientInnen verträgt sich nicht mit einer „monopolistische[n] Therapiediktatur, die – ganz im Sinne der Gesinnungsethik – weiß, was für Menschen gut ist“ (Uchtenhagen, 1995, S. 15).

Aus ethischer Perspektive ist es zudem geboten, KlientInnen nichts abzuverlangen, was zu erbringen sie im Moment nicht in der Lage sind ("Brückenprinzip"). Das bedeutet, dass neben die Zielvariante der Suchtmittelabstinenz auch alternative Ziele wie das des kontrolliert-reduzierten Konsums treten können müssen, wenn sich Abstinenz – zumindest temporär – als unrealistisch erweist.

### 1.2.4 COMPLIANCE-FÖRDERUNG DURCH ZIELOFFENHEIT

Grundlage von Suchtbehandlung sollte sinnvollerweise sein, ehrliche Zielaussagen der KlientInnen zu fördern, die Zielbindung (Motivation und Willenskraft) zu stärken und die Therapie mit expliziten Zielabsprachen zu beginnen (Greve, 1993). Wenn, wie empirisch belegt (Feder, 2001; Körkel & Schindler, 1999), das Ziel vieler Drogenabhängiger nicht in Dauerabstinenz von allen Drogen besteht, macht es wenig Sinn, auf einer Abstinenzfestlegung der KlientInnen zu bestehen – denn diese zieht auf KlientInnenseite inneren Rückzug und „gute Miene zum bösen Spiel“ nach sich. Zieloffenheit, also die Bereitschaft, unterschiedliche Ziele zu bedenken, die Ziele der KlientInnen ernst zu nehmen und sie schließlich darin zu unterstützen, ihre Kräfte gezielt für sie akzeptable Ziele einzusetzen, bringt erhebliche Vorteile mit sich:

- § Kraft zehrende Überzeugungsversuche für ein bestimmtes Ziel erübrigen sich.
- § Ehrliche KlientInnenaussagen werden begünstigt.
- § KlientInnen erleben Entscheidungsspielraum, was zur Veränderung motiviert und Reaktanz vorbeugt.
- § Die Behandlung kann mit einer gemeinsam getragenen Zielvereinbarung beginnen.
- § KlientInnen können aus eigener Erfahrung heraus Zielveränderungen vornehmen.

Das Konzept des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2005; Körkel & Veltrup, 2003) liefert für die praktische Umsetzung dieses Leitgedankens eine exzellente Grundlage.

---

### 1.2.5 WIRKSAMKEIT VON KONSUMREDUKTIONSPROGRAMMEN

Sowohl bei Alkoholabhängigen (vgl. z. B. Körkel, 2006; Walters, 2000), Nikotinabhängigen (vgl. Drinkmann, 2007; www.kontrolliert-rauchen.de), als auch „pathologischen Glücksspielern“ (vgl. Ladouceur, Lachance & Fournier, 2009) ist bekannt: Konsumreduktionsprogramme erzielen mindestens so gute Erfolge wie abstinenzorientierte Ansätze – obwohl zuweilen behauptet wird, dass ein reduziert-kontrollierter Konsum aufgrund des so genannten „Kontrollverlusts“ bei Abhängigen prinzipiell nicht möglich sei.

### 1.3 FAZIT

Das gegenwärtige Manko niedrigschwelliger Drogenarbeit besteht u. a. darin, dass

- § der Drogenkonsum als solcher weitgehend unthematziert bleibt, sondern (vordergründig) „akzeptiert“ wird
- § Motivational Interviewing als evidenzbasierte und mit dem Menschenbild niedrigschwelliger Drogenarbeit übereinstimmende Methode der Freisetzung intrinsischer Veränderungsmotivation nicht genutzt wird und
- § systematische Angebote zur Reduktion des Drogenkonsums nicht vorgehalten und in das Spektrum der Hilfeleistungen integriert werden.

Ausgehend von dieser Problemdiagnose niedrigschwelliger Drogenarbeit wurde in der vorliegenden Studie versucht nachzuweisen, dass auch im niedrigschwelligen Drogenbereich Klientinnen von sich aus, d. h. ohne sanktionierenden Zwang, bereit sind, über ihren Drogenkonsum veränderungsorientiert zu sprechen, ein gezieltes Angebot zur Konsumreduktion – das Programm KISS – anzunehmen und auf diesem Wege ihren Konsum zu senken.



---

## 2 INTEGRATIVE DROGENHILFE e.V.

Die Integrative Drogenhilfe (idh) ist ein Verein, der acht niedrigschwellige Drogenhilfeangebote in Frankfurt vorhält. Der Verein beschäftigt in seinen Einrichtungen und Projekten ca. 150 MitarbeiterInnen und versorgt mit seinen Angeboten rund 6.000 KlientInnen im Jahr.

Die Einrichtungen und Projekte der idh werden hauptsächlich von Drogen konsumierenden Frauen und Männern genutzt, deren Lebensalltag von der Beschaffung und dem Konsum illegaler Drogen bestimmt ist. Sie befinden sich oft in einer so stark angegriffenen physischen und psychischen Verfassung, dass sie für klassische therapie- oder abstinenzorientierte Hilfeangebote noch nicht oder nicht mehr zugänglich sind.

### 2.1 ZIELE UND ARBEITSANSATZ

Die Integrative Drogenhilfe wurde 1986 in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins im Rahmen eines Forschungsprojekts durch eine Gruppe von WissenschaftlerInnen an der Fachhochschule Frankfurt gegründet. Ausgehend von den Ergebnissen und Erkenntnissen der ersten deutschen Studie zum selbstorganisierten Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit (Happel, 1988; vgl. auch Klingemann, Sobell & Sobell, 2010), wurden folgende Zielsetzungen und Arbeitsschwerpunkte der idh formuliert:

- § Unterstützung selbstorganisierter, auch nicht abstinenzorientierter Ansätze zur Überwindung der Drogenabhängigkeit
- § Förderung alternativer und am Konzept der Schadensminimierung orientierter Angebote in der Drogenhilfe
- § Kritische Kommentierung der herrschenden Drogenpolitik
- § Engagement gegen die Vereinnahmung des Drogenthemas durch die Medien
- § Abbau von Vorurteilen gegenüber „Junkies“ in der Öffentlichkeit
- § Förderung des Ausbaus sozialer Netzwerke im Sinne von Risikominimierung

Die idh verbindet ihre jahrelangen praktischen Erfahrungen im Umgang mit Schwerstabhängigen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, beteiligt sich an nationalen und internationalen Studien und engagiert sich aktiv in überregionalen Netzwerken. So entstanden immer wieder Modellprojekte und Einrichtungen, die über die Landesgrenzen hinweg bekannt wurden und das Drogenhilfesystem erweiterten, wie zum Beispiel die Eröffnung des ersten Drogenkonsumraums in Deutschland im Jahr 1994.

---

## 2.2 idh-EINRICHTUNGEN

Die Integrative Drogenhilfe betreibt die folgenden acht niedrigschwelligen Einrichtungen innerhalb dem Stadtgebiet Frankfurts:

- § Eastside: Obdachlosenunterkunft mit Konsumraum, Substitutionsambulanz, Cafébereich und Sozialdienst
- § Werkstätten im Eastside: Beschäftigungsmöglichkeiten für BezieherInnen von SGB II und SGB XII Unterstützung
- § FriedA: Kontaktladen mit Substitutionsambulanz und Sozialdienst
- § Rotlint: Betreute Wohngemeinschaft und betreutes Einzelwohnen
- § Arbeit, Technik und Kultur: Qualifizierung und Beschäftigung im Printmedienbereich, Herausgabe einer regelmäßig erscheinenden Zeitschrift
- § Lichtblick: Beratungs- und Unterstützungseinrichtung für drogenabhängige Eltern und deren Kinder
- § Hotline: Streetwork und Beratung für sich prostituierende Drogengebraucherinnen
- § Niddastraße: szenenaher Konsumraum im Bahnhofsviertel

Darüber hinaus führt die idh zahlreiche kleinere Projekte sowie ein trägerübergreifendes Streetworkprojekt (OSSIP: Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention) durch. Im Bereich der Beschäftigungsförderung von SGB II-BezieherInnen finden gemeinsame Angebote mit anderen Trägern statt. Die idh pflegt in allen Arbeitsbereichen eine enge Kooperation mit anderen AnbieterInnen der Drogenhilfe, ebenso bei der Beschäftigung und Qualifizierung sowie im Bereich der medizinischen Versorgung.

## 2.3 MITARBEITERSCHAFT UND SCHULUNGSMABNAHMEN

Die idh beschäftigt in ihren Einrichtungen rund 150 SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, PädagogInnen, PsychologInnen, HandwerkerInnen und studentische MitarbeiterInnen. Ein großes Anliegen des Vereins ist es, die MitarbeiterInnen für die niedrigschwellige Arbeit zu qualifizieren. Deshalb erhalten alle Beschäftigten zusätzlich zu ihren berufsspezifischen Ausbildungen eine Deeskalationsfortbildung und eine Qualifizierung im Bereich „Erste Hilfe bei Drogennotfällen“.

Im Jahr 2005 wurde ergänzend dazu damit begonnen, alle MitarbeiterInnen des Vereins in Motivational Interviewing auszubilden. Ziel dieser Qualifizierungen ist es, eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die MitarbeiterInnen Verände-



rungswünsche der KlientInnen besser unterstützen und Veränderungsprozesse aktiv begleiten können. Mit der Einführung von Motivational Interviewing wurde schnell deutlich, dass die idh ihren KlientInnen auch ein Angebot zur Unterstützung von Veränderungen ihres Konsumverhaltens unterbreiten muss. Geschäftsführung und Vorstand beschlossenen daraufhin im Herbst 2005, das Programm KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum einzuführen und im Rahmen einer wissenschaftlichen, randomisierten Studie die Wirksamkeit des Programms zu überprüfen.

## **2.4 KISS ALS FORSCHUNGSPROJEKT DER idh**

In der Satzung der idh wird explizit die Erforschung und Förderung integrativer Methoden und alternativer Ansätze im Bereich der Drogenarbeit als Zweck des Vereins formuliert. Verwirklicht werden soll dieser Anspruch u. a. durch die wissenschaftliche Auf- und Bearbeitung praxisrelevanter Problemstellungen. In diesem Kontext ist die Durchführung des Forschungsprojekts „KISS“ anzusiedeln. Die idh verbindet mit der KISS-Studie die Zielsetzung, neue Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie verelendete Drogenabhängige besser als bislang zur aktiven Veränderung ihres Drogenkonsums motiviert und befähigt werden können („Empowerment“), um auf diesem Wege ihre körperliche, psychische und soziale Situation zu verbessern und gleichzeitig den Benefit für die Gesellschaft zu erhöhen (z. B. durch die Senkung von Beschaffungskriminalität, Prostitution und Entgiftungsbehandlungen). Sollte sich empirisch erweisen, dass das Konsumreduktionsprogramm KISS dies ermöglicht, könnte die idh durch die breite Implementierung dieses Programms in den diversen idh-Einrichtungen ein noch breiteres, evidenzbasiertes Behandlungsspektrum vorhalten. Zugleich verspricht sich die idh von der KISS-Studie generelle Hinweise auf Weiterentwicklungsoptionen der Drogenhilfe.

## **2.5 KISS-STANDORTE**

Mit der Entscheidung das Programm KISS einzuführen, wurde festgelegt, dieses im Eastside, in der FriedA und im Konsumraum Niddastraße durchzuführen. Seit November 2006 finden hier regelmäßig KISS-Gruppen statt. Alle drei Einrichtungen, die im Folgenden eingehender dargestellt werden, werden zu ca. 20% - 25% von Frauen und zu rund 75% - 80% von Männern genutzt.

### **2.5.1 EASTSIDE**

Das Eastside ist Europas größte niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtung. Es ist an 365 Tagen im Jahr 24 Stunden geöffnet. Hier leben, wohnen und arbeiten Drogenabhängige unter einem Dach. Es steht allen drogengebrauchenden Menschen in Frankfurt offen und bietet ihnen einen niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem. Besonders erfahren ist das Eastside in der Begleitung von psychiatrisch auffälligen Menschen. Zudem bietet es spezielle Unterstützung für Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. Das Eastside wird von Menschen 26 verschiedener Nationalitäten in Anspruch genommen

---

Im Eastside können folgende Angebote genutzt werden:

- § Sozialdienst
- § Werkstätten
- § Wohnen
- § Streetwork und Shuttlebus
- § Konsumraum
- § Café Eastside
- § Kunst- und Freizeitprojekt

Im Rahmen des Sozialdienstes werden 400 Personen pro Jahr betreut, das Durchschnittsalter beträgt 36,5 Jahre. 35% der NutzerInnen des Sozialdienstes verfügen über eigenen Wohnraum, 90% sind erwerbslos und 69% nehmen im Haus an einer Substitutionsbehandlung teil. Diese wird in Kooperation mit den Malteser Werken angeboten. 5,7% der medizinisch Versorgten sind HIV-positiv, an Hepatitis C sind 73% erkrankt.

In den Werkstätten (Garten- und Landschaftspflege, Renovierungsarbeiten, Schreinerarbeiten, Reinigungsarbeiten, Möbelrestaurierung, Fußbodenverlegung Wäscherei, seilunterstützte Baumpflege, Hausmeisterservice) arbeiten bis zu 80 Personen. Hier gibt es die Möglichkeit eine der 55 AGH - Stellen (Dauer 18 Monate) zu besetzen, als TagelöhnerIn zu arbeiten, gemeinnützige Arbeitsstunden abzuleisten oder im Rahmen einer SGB XII-Tagesstrukturierung stundenweise mitzuwirken.

Der Wohnbereich des Eastside bietet 73 reguläre Übernachtungsmöglichkeiten für obdachlose DrogengebraucherInnen. Hierfür stehen Einzel-, Zwei- und Vierbettzimmer zur Verfügung. Im Winter werden zusätzlich 20 Notbetten angeboten. Die Betten sind fast immer zu 100% ausgelastet und es finden rund 30.000 Übernachtungen im Jahr statt. Diese Möglichkeit wird von 900 verschiedenen KlientInnen pro Jahr genutzt.

StreetworkerInnen machen in den Abend- und Nachtstunden im Bahnhofsviertel auf die vorhandenen Übernachtungsmöglichkeiten und sonstigen Angebote aufmerksam. Da die Entfernung zwischen Bahnhofszene und Eastside groß ist, verkehrt in dieser Zeit regelmäßig ein Shuttlebus zwischen Bahnhofsviertel und Eastside.

Der Konsumraum steht täglich von 16:00 Uhr bis 22:00 Uhr zur Verfügung, es gibt 8 Konsumplätze. Jährlich finden hier knapp 16.000 Konsumvorgänge statt und es werden 130.000 Spritzen und 160.000 Nadeln getauscht. Insgesamt nutzen ca. 1.700 Personen den Konsumraum.

Das Café ist das „Wohnzimmer“ der Einrichtung. Es bietet täglich 150 Personen Raum und Gelegenheit zur Versorgung mit Lebensnotwendigem. Hier kann man sich ausruhen, seine Freizeit verbringen, warme Mahlzeiten zu sich nehmen sowie Kontakt- und Informationsgespräche führen. Regelmäßige Kunst- und Freizeitangebote stehen allen NutzerInnen der Einrichtung zur Verfügung.

## 2.5.2 FRIEDA

Der Kontaktladen FriedA ist eine der wenigen Einrichtungen für DrogengebraucherInnen und Substituierte, die sich außerhalb des Frankfurter Bahnhofsviertels etabliert hat. Die FriedA hat von Montag bis Freitag von 9:00 Uhr bis 16:00 Uhr und samstags von 9:00 Uhr bis 13:00 Uhr geöffnet.

In der FriedA können folgende Angebote genutzt werden:

- § Café
- § Parkprojekt
- § Medizinische Ambulanz (Malteser Werke)
- § Sozialdienst
- § Sprizentausch

Das Café richtet sein Angebot sowohl an Substituierte als auch an noch aktive DrogengebraucherInnen. Es gilt als Alternative zu den in Szenenähe liegenden Kontaktläden. In der Woche wird das Café von 190 verschiedenen Personen aufgesucht.

Auch in der FriedA gibt es Arbeit und Beschäftigung für die BesucherInnen der Einrichtung (Reinigung der Parkanlagen, Einsammeln von Spritzenutensilien im öffentlichen Raum, Gebäudereinigung). 40 verschiedene KlientInnen arbeiten hier jährlich mit. Es besteht die Möglichkeit zur Ableistung von gemeinnützigen Arbeitsstunden, Mitarbeit im Rahmen einer AGH oder zur stundenweisen Beschäftigung.

Die Substitutionsambulanz wird in Kooperation mit den Malteser Werken betrieben. Die idh ist für die psychosoziale Versorgung der KlientInnen zuständig und die Malteser Werke übernehmen den medizinischen Teil.

Den Sozialdienst FriedA nehmen jährlich 175 KlientInnen in Anspruch. Deren Durchschnittsalter beträgt 35,6 Jahre. 80% der NutzerInnen der FriedA sind deutscher Herkunft, 65% verfügen über eigenen Wohnraum, 81% sind erwerbslos und 87% in einer Substitutionsbehandlung. 15% sind HIV positiv und 79% Hepatitis C positiv.

## 2.5.3 KONSUMRAUM NIDDASTRASSE

Der Konsumraum Niddastrasse ist täglich von 11:00 Uhr bis 23:00 Uhr geöffnet. Es stehen dort 12 Konsumplätze zur Verfügung. Oberste Zielsetzung sind die Gesundheitsprophylaxe und die Überlebenshilfe. Neben hygienischen Konsummöglichkeiten und Sprizentausch erhalten die Betroffenen Safer Use- und Safer Sex-Informationen und werden über Übertragungswege und -risiken von Infektionskrankheiten aufgeklärt. In Gesprächen und Kurzinterventionen werden mit dem Drogenkonsum assoziierte Problematiken thematisiert. Ziel ist es, die Veränderungsmotivation der DrogengebraucherInnen zu fördern und erste Schritte hin zu einer positiven Verände-

---

zung ihrer Lebenslage einzuleiten. Medizinische Versorgung wird auch hier in Kooperation mit den Malteser Werken angeboten.

Das Angebot hygienischer Konsummöglichkeiten wird von 5.800 Personen pro Jahr wahrgenommen, davon sind rund 1.200 Personen Neuaufnahmen. Es finden 85.000 Konsumvorgänge statt, das ist ca. die Hälfte aller Konsumvorgänge in Frankfurts Konsumräumen. In der Niddastraße werden 482.500 Spritzen und 780.000 Nadeln im Jahr getauscht. Es finden 10.000 Kurzberatungen statt, 280 Notfälle werden jährlich behandelt und 850 Personen nehmen die medizinischen Angebote in Anspruch. Rund 550 Personen werden in weiterführende Angebote vermittelt. Insgesamt nutzen 700 Personen den Konsumraum mehr als 50-mal im Jahr und 450 NutzerInnen kommen mehr als 100-mal jährlich zum Konsumieren in die Niddastraße.

Das Durchschnittsalter der NutzerInnen beträgt 34,9 Jahre, 5,9% sind HIV positiv, bei mindestens 54% liegt nach eigenen Angaben eine Hepatitis C Erkrankung vor. 82% geben an arbeitslos zu sein. 13% leben in Notschlafstellen oder sind obdachlos.

## 3 DAS PROGRAMM KISS

### 3.1 GRUNDMERKMALE UND AUFBAU DES KISS-PROGRAMMS

Das Programm „KISS“ (= „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“; Körkel & GK Quest, 2008a, 2008b) wurde im Jahr 2005 mit dem Ziel entwickelt, Drogenabhängige zur gezielten, selbstkontrollierten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen zu befähigen.

KISS baut auf den Programmen zum kontrollierten Trinken auf, die sich in vielen Studien als effektiv erwiesen haben (vgl. Apodaca & Miller, 2003; Körkel 2002a, 2002b) - auch bei schwer abhängigen KonsumentInnen (Heather et al.; 2000; Körkel, 2006). KISS ist dem Typus der manualisierten verhaltenstherapeutischen Selbstmanagementprogramme („Behavioral Self-Control Trainings“, BSCT; vgl. Hester, 2003) zuzuordnen, die darauf abzielen, dass eine Person ihr Verhalten eigenständig (statt fremdgesteuert, wie z. B. im Falle des Kontingenzmanagements) zu regulieren vermag. Die kognitiven und emotionalen Prozesse, die der Eigensteuerung zugrunde liegen (z. B. Selbstbeobachtung, Setzen eines Zielstandards, Selbstbewertung der Zielerreichung, Kausalattribution von Erfolg und Mislingen) sind in der Motivationspsychologie gut erforscht und theoretisch systematisiert worden (Heckhausen & Heckhausen, 2009); Kanfer (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2005) hat die entsprechenden Erkenntnisse der Selbstmanagementansätze für die Klinische Psychologie nutzbar gemacht. Auf diese Grundlagen wird im KISS-Programm zurückgegriffen.

Unter „selbstkontrolliertem Konsum psychoaktiver Substanzen“ wird im Programm KISS – in Einklang mit der internationalen Literatur – verstanden, dass eine Person ihren Substanzgebrauch an einem zuvor festgelegten Konsumplan bzw. Konsumregeln ausrichtet (vgl. Körkel, 2002a). Selbstkontrollierter Konsum bezeichnet also einen disziplinierten, geplanten und limitierten Substanzgebrauch. De facto bedeutet dies im Programm KISS, jeweils für eine Woche im Voraus und getrennt für jede Substanz die Konsummenge und Konsumfrequenz zu planen. Das heißt, dass wochenweise (1) die Anzahl der konsumfreien Tage, (2) die maximale Konsummenge an Konsumtagen sowie (3) der maximale Gesamtkonsum in der ganzen Woche festgelegt werden. Die Art und Anzahl der in einen solchen Konsumplan einzubeziehenden Substanzen sowie das Ausmaß der wöchentlichen Reduktion bestimmen dabei die KlientInnen selbst, ggf. nach entsprechendem Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern und der Gruppenleitung.

Aufbauend auf diesem Grundverständnis substanzbezogener Selbstkontrolle, weist KISS folgende Charakteristika auf:

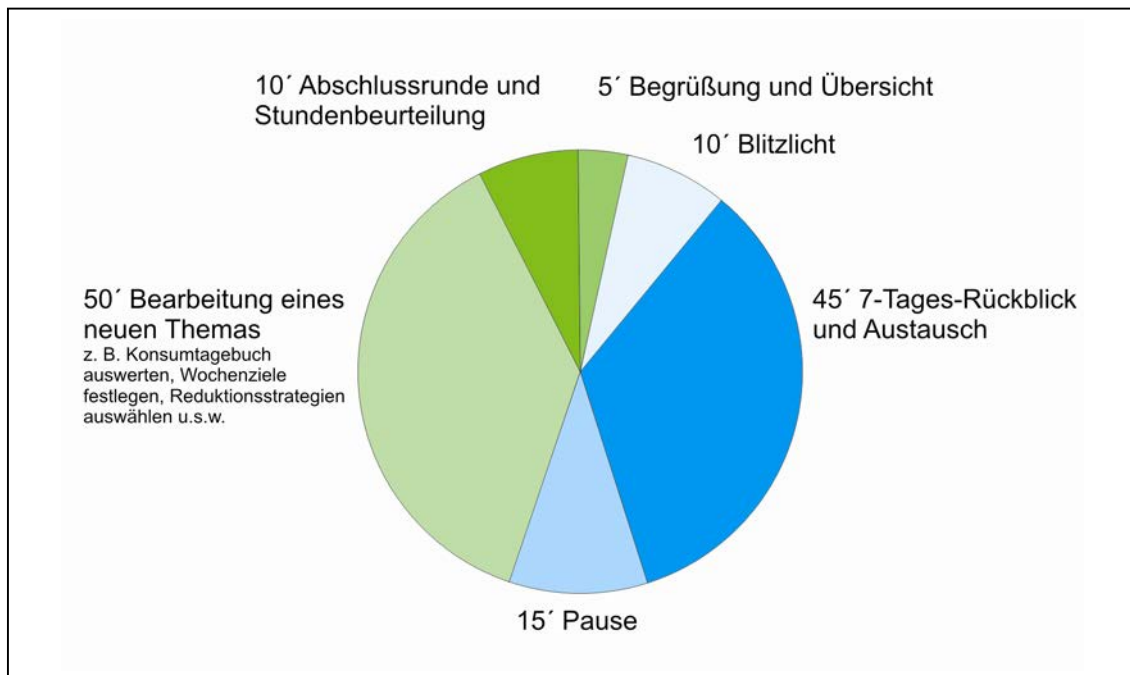
- § Gruppenprogramm für bis zu 12 TeilnehmerInnen
- § 1 - 2 vorgeschaltete Einzelsitzungen: Eingangsdiagnostik (Grundlage: KISS-Diagnostikmanual) und Einführung des Konsumtagebuchs (zur Erhebung der Konsumausgangsbasis)

- 
- § 12 wöchentliche Gruppentermine zu je 2¼ Stunden Dauer über einen Zeitraum von 3½ – 4 Monaten (Grundlage: TrainerInnen-Manual und TeilnehmerInnen-Handbuch); versäumte Gruppensitzungen können in Einzelsitzungen nachgeholt werden
  - § Zieloffenheit: Konsumreduktion und/oder Abstinenz von einzelnen oder allen Substanzen sind willkommen
  - § humanistisch-psychologischer Menschenbildhintergrund: Partnerschaftlichkeit (Begegnung „auf gleicher Augenhöhe“), Respektierung der Autonomie der KlientInnen etc.
  - § Motivational Interviewing als methodische Basiskompetenz der TrainerInnen
  - § Ablauf jeder Sitzung verhaltenstherapeutisch strukturiert: 50% der Zeit Vermittlung festgelegter Inhalte (z. B. Grundinformationen über Drogen, Auswertung des Konsum-tagebuchs, Konsumzielfestlegung für jeweils eine Woche usw.), 50% Austausch von Erfahrungen und Erarbeitung individualisierter Veränderungspläne
  - § die Fortschritte der TeilnehmerInnen stehen im Focus („lösungsorientiert“, nicht defizitorientiert)

KISS besteht aus zwei vorgeschalteten Einzelsitzungen sowie 12 wöchentlichen, strukturierten Gruppenterminen, die sich über eine Zeitspanne von 3½ – 4 Monaten erstrecken. Im Mittelpunkt der beiden Einzelsitzungen stehen vier Zielsetzungen:

- § Erhebung grundlegender diagnostischer Informationen mittels des KISS-Diagnostikinventars (Körkel & GK Quest Akademie, 2008a). Dazu gehören soziodemografische Merkmale, der somatische und psychiatrische Status, Suchtvorbehandlungen sowie die detaillierte Häufigkeits-Mengen-Erfassung des Konsums nach modifiziertem Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1992).
- § Substanz- und personenspezifische Festlegungen der bei einem Konsumvorgang üblicherweise eingenommenen Konsummenge („Standardkonsumeinheit“, SKE) als Grundlage einer Registrierung und späteren Auszählung der Konsummengen.
- § Einführung des Baseline-Konsumtagebuchs zur Registrierung der aktuellen Konsummengen (für alle oder von KlientInnen ausgewählte Substanzen).
- § Identifizierung von „Verbündeten“, deren Unterstützung bei der Konsumreduktion in Anspruch genommen werden soll.

Jede der 12 Gruppensitzungen folgt einem feststehenden Ablauf und hat einen Zeitumfang von 2¼ Stunden bzw. 135 Minuten (vgl. Abbildung 3.1).

**Abbildung 3.1 Ablauf einer KISS-Gruppensitzung**

Nach der Begrüßung und Eingangsrunde erfolgt ein Rückblick auf den Konsum der letzten sieben Tage (bezogen auf jede Änderungssubstanz: konsumfreie Tage, maximaler Tageskonsum und Gesamtkonsummenge über die Woche) und die in der letzten Sitzung vereinbarten „Hausaufgaben“. Nach einer 15-minütigen Pause wird dann das jeweils anstehende neue Sitzungsthema erarbeitet, wie etwa das Auswerten der Konsumtagebücher, das Festlegen wöchentlicher Konsumziele, das Erkennen und Bewältigen von Risikosituation, der Umgang mit „Ausrutschen“.

Am Ende jeder Gruppensitzung stehen eine Abschlussrunde und das Ausfüllen eines anonymisiert bleibenden Stundenbeurteilungsbogen (9 Einzeleinschätzungen). Für die TrainerInnen steht nach jeder Sitzung ein Blankoformular des „TrainerInnenprotokolls“ zur Verfügung, in dem rückblickend die wesentlichen Aspekte der Sitzung festgehalten werden können (teilnehmende Personen, vermittelte Inhalte, Besonderheiten der Sitzung, Merkposten für die nächste Sitzung, eigene Gesamtzufriedenheit mit der Sitzung u. a. m.).

Inhaltlich betrachtet, bilden die ersten drei KISS-Gruppensitzungen die Grundlage für das Einleiten des gezielten Reduktionsprozesses, der dann mit der vierten Sitzung beginnt. In der vierten Sitzung werden erstmals Wochenziele festgelegt, die von da an wöchentlich erneuert werden. Ab dieser Sitzung kommt auch ein neues Konsumtagebuch zum Einsatz, in das die Wochenziele und die täglichen Konsumdaten eingetragen werden (vgl. Abbildung 3.2.).





### 3.1.2 ARBEITSUNTERLAGEN UND -METHODEN

Die Arbeitsunterlagen zum KISS-Programm bestehen aus einem Durchführungsmanual für die KursleiterInnen (einschl. CD-ROM mit Blanko-Arbeitsblättern, Informationsbögen, Evaluationslisten usw.) sowie einem aus 110 Seiten bestehenden, begleitend zu den einzelnen Sitzungen zu nutzenden Handbuch für die KlientInnen (Körkel & GK Quest Akademie, 2008b).

Didaktisch wird im KISS-Gruppenprogramm mit Visualisierungen (Flipcharts, Informationsbögen etc.) und aktivierenden Methoden (Partner- und Kleingruppenübungen, Rollenspielen, Auflockerungsübungen [„Körper und Geist“], Bearbeitung von Arbeitsblättern u.a.m.) gearbeitet. Hausarbeiten von einer zur nächsten Sitzung sollen die Umsetzung des Erarbeiteten im Alltag fördern.

Die Basiskompetenz für die Gesprächsführung und Gruppenleitung einer KISS-Gruppe bilden Geist (spirit) und Methoden des Motivational Interviewing (MI; Miller & Rollnick, 2005). In Bezug auf den „Geist“ des MI bedeutet dies, dass den KlientInnen gleichberechtigt-partnerschaftlich begegnet, ihre Autonomie (z. B. bei der Festlegung der Konsumziele) respektiert und angestrebt wird, ihre Sichtweise zu erkunden und in den Mittelpunkt zu rücken („evocative style“; vgl. Körkel, 2008). Auf der Handlungsebene kommen im MI sieben Methoden in gezielter Kombination zum Einsatz (offene Fragen stellen, aktiv zuhören, Patientenäußerungen würdigen, zusammenfassen etc.; vgl. Körkel & Veltrup, 2003). Die Nutzung der interaktionellen Kompetenz, die in Geist und Methoden des MI begründet ist, soll die Grundlage dafür schaffen, sowohl strukturiert (aber nicht „schematisch“) im Sinne des KISS-Manuals vorzugehen als auch individuellen sowie gruppenspezifischen Prozessen gerecht zu werden. Positive Erfahrungen einer derartigen Kombination liegen aus dem großen US-amerikanischen Cannabis Youth Treatment (CYT) vor, in dem Jugendliche mit problematischem Cannabiskonsum in strukturierter Form auf der Basis eines MI-fundierten Manuals behandelt worden sind (Dennis et al., 2004).

KISS kann in modifizierter Form auch ausschließlich im Einzelsetting durchgeführt werden, wobei dann die Gruppenübungen entfallen und auf der Basis der vorhandenen Arbeitsunterlagen gearbeitet wird. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde von dieser Variante bei den Nachhol Sitzungen Gebrauch gemacht, wenn ein Klient/eine Klientin eine Gruppensitzung versäumt und diese im Zweiergespräch mit einem der beiden Gruppenleiter nachgeholt hat.

In Vorbereitung befinden sich ein KISS-Auffrischungs- und Fortsetzungsprogramm („KISS-Plus“) und eine KISS-Kurzintervention („KISS-Light“ = Weitergabe des Konsumtagebuchs mit schriftlicher Anleitung zum Ausfüllen). Innerhalb des Drogenkonsumraums „Niddastraße“ der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt ist bereits das „KISS-Café“ als wöchentliche „KISS-Schnuppermöglichkeit“ installiert und in der idh mit einer KISS-Adaption für Jugendliche („Keep It Smart'n Safe“) begonnen worden (vgl. Kapitel 11.3).

Ausbildungen zur KISS-Trainerin/zum KISS-Trainer werden von der GK Quest Akademie ([www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de)) durchgeführt und umfassen einen Zeitraum von 2 x 3 Tagen. Bislang (Stand: Juli 2011) wurden 512 Fachkräfte zur KISS-Trainerin/zum KISS-Trainer ausgebildet (vgl. Abbil-



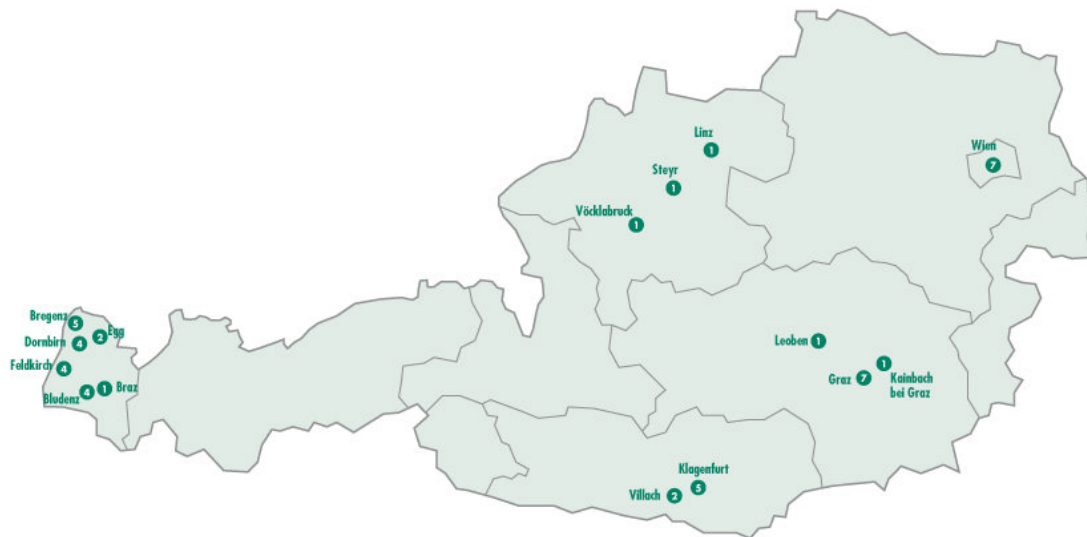
Abbildung 3.3.2 KISS-Standorte Schweiz



© GK Quest Akademie, April 2011

Anmerkungen. Die in den Kreisen angegebenen Zahlenangaben entsprechen der Anzahl der KISS-TrainerInnen im jeweiligen Ort.

Abbildung 3.3.3 KISS-Standorte Österreich



© GK Quest Akademie, April 2011

Anmerkungen. Die in den Kreisen angegebenen Zahlenangaben entsprechen der Anzahl der KISS-TrainerInnen im jeweiligen Ort.

## 3.2 BISHERIGE ERFAHRUNGEN MIT DER UMSETZUNG DES KISS-PROGRAMMS

Erste Erfahrungen mit der Umsetzung und den Effekten des KISS-Programms liegen aus der Hamburger Drogenhilfe vor (vgl. Körkel, Becker, Gehring, König, Leiblein & Täubler, 2006a, 2006b). Nachdem 16 MitarbeiterInnen (überwiegend SozialpädagogInnen) verschiedener niedrigschwelliger Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen (Abrigado, Die Brücke, Palette, Ragazza, Subway) im Oktober und November 2005 sechs Tage lang in KISS geschult worden waren, fand von November 2005 bis März 2006 die erste KISS-Gruppe mit acht KlientInnen in der „Palette e.V.“, einer ambulanten Drogenhilfeeinrichtung mit niedrigschwelliger Ausrichtung, statt. Alle TeilnehmerInnen waren polytoxikoman, vier nahmen an einer Methadonbehandlung teil. Die Ergebnisse dieser Pilotstudie sind ermutigend: Während der Gruppensitzungen waren durchschnittlich 76% der KlientInnen anwesend, nur ein Klient beendete das Programm nach der ersten Sitzung. Auf Wunsch der KlientInnen wurden versäumte Gruppenstunden in Einzelsitzungen nachgeholt, wodurch sich die Programmteilnahme auf 89,6% erhöhte. Die meisten Teilnehmenden konnten den Konsum ihrer Hauptsubstanz zum Teil erheblich reduzieren und haben gezielte Konsumreduktionen auch bei anderen von ihnen konsumierten Substanzen erreicht. Veränderungen sind auch in anderen Lebensbereichen in Gang gesetzt worden (z. B. Partnerschaft). Hinsichtlich der Reduktion ihres Drogenkonsums äußerten sich die KlientInnen abschließend sehr zufrieden, und auch die Bewertung der KISS-Sitzungen durch die beiden TrainerInnen fiel ausgesprochen positiv aus.

Aus dieser Hamburger Feldstudie können zwar keine wissenschaftlich profunden Schlüsse zur Wirksamkeit des KISS-Programms gezogen werden; bereits das Fehlen einer Vergleichsgruppe (z. B. Warte-Kontrollgruppe) ohne KISS-Teilnahme verbietet dies. Belegen können die Hamburger Erfahrungen gleichwohl, dass es möglich ist, in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen ein verhaltenstherapeutisches Selbstkontrollprogramm wie KISS umzusetzen, auch wenn zuweilen der Eindruck vorherrscht, bei dieser Klientel und im niedrigschwelligen Arbeitskontext wäre das nicht möglich. Im Gegenteil: Auch KonsumentInnen, die der „offenen Drogenszene“ zuzurechnen sind, können ganz offensichtlich zur Konsumreduktion und Gruppenteilnahme motiviert werden. Aus den Hamburger Erfahrungen heraus wurde deshalb resümiert: „Die Ergebnisse dieser Studie ermutigen dazu, eine Neuausrichtung des Angebotsprofils niedrigschwelliger Drogenhilfe vorzunehmen. Dieser angestrebte ‚Paradigmenwechsel‘ besagt: Zum Profil niedrigschwelliger Drogenarbeit sollte neben den gängigen Überlebenshilfemaßnahmen (wie Spritzentausch, Notschlafmöglichkeiten, Versorgung mit Lebensmitteln etc.) auch gehören, den Konsum als solchen zu problematisieren, zur Konsumveränderung zu motivieren und neben Abstinenz- auch Reduktionsprogramme vorzuhalten.“ (Körkel et al., 2006a).

In einer Feldstudie unter KISS-TeilnehmerInnen (ohne Kontrollgruppe) kommt Verthein (2010) zu dem Ergebnis, dass die KISS-Teilnahme zu statistisch signifikanten Konsumverringeringen (Steigerung der konsumfreien Tage um drei pro Monat), Verbesserungen des subjektiven Befindens sowie zu einem Rückgang der psychischen Symptomatik führt.

Die offene Frage, welche Konsumänderungen bei KISS-Teilnahme versus ohne KISS-Teilnahme zu erwarten sind, wurde mit der vorliegenden Studie wieder aufgegriffen.

## 4 FORSCHUNGSFRAGESTELLUNGEN

In der vorliegenden Studie steht die Frage „Wirkt KISS konsumreduzierend?“ im Mittelpunkt (primäre Forschungsfragestellung). Darüber hinaus werden der „Haltekraft“ von KISS, bio-psycho-sozialen Veränderungen und Suchtverlagerungseffekten in Folge der KISS-Teilnahme, Vorhersagemöglichkeiten von Konsumänderungen sowie der differentiellen Wirksamkeit von KISS in Subgruppen Drogenabhängiger nachgegangen (sekundäre Fragestellungen). In den folgenden Abschnitten werden die Forschungsfragestellungen und ihre Operationalisierungen eingehender erläutert.

### 4.1 PRIMÄRE FORSCHUNGSFRAGESTELLUNG

Die Hauptfragestellung dieser Studie lautet:

Reduzieren Drogenabhängige, die niedrighschwellige Drogenhilfeangebote frequentieren **und** am verhaltenstherapeutisch strukturierten Konsum-Selbstkontrollprogramm „KISS“ teilnehmen (= Behandlungsgruppe), ihren Drogenkonsum in stärkerem Ausmaß als Drogenabhängige, die die üblichen Angebote niedrighschwelliger Drogenhilfe in Anspruch nehmen („Treatment As Usual“), aber **nicht** am KISS-Programm teilnehmen (Warte-Kontrollgruppe)?

Diese Fragestellung wird anhand der folgenden vier substanzübergreifenden Hauptzielkriterien überprüft, die detailliert in Kapitel 5.11.1 dargestellt sind. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten vier Wochen (28 Tage) vor der Erhebung.

Das erste Zielkriterium ist die in Standardkonsumeinheiten (SKE) umgerechnete **Gesamtmenge aller konsumierten Drogen**. Dieses Zielkriterium deckt sich unmittelbar mit der Zielerwartung, die bei KonsumentInnen mehrerer Drogen an ein substanzübergreifendes Konsumreduktionsprogramm zu stellen ist: Dass der gesamte Substanzkonsum reduziert wird.

Das zweite Zielkriterium bildet die über alle Substanzen gemittelte **Anzahl konsumfreier Tage**, die zwischen 0 (= kein konsumfreier Tag bei irgendeiner Substanz) und 28 (= abstinent von allen Substanzen) variieren kann sein. Dieses zweite Zielkriterium gibt Hinweise darauf, ob das KISS-Programm in der Lage ist, Entwicklungen in Richtung teilweiser Konsumfreiheit (ggf. bis zur Abstinenz) zu fördern.

Die **Summe der DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnosen** über alle konsumierten Substanzen hinweg bildet das dritte substanzübergreifende Zielkriterium. Dieses Zielkriterium bringt über die Indikatoren der Konsumreduktion (Gesamtkonsum und konsumfreie Tage) hinausgehend zum Ausdruck, ob durch die Programmteilnahme die süchtige Bindung an die Droge gelockert oder aufgelöst werden kann und in der Folge mit einer Normalisierung der Lebensvollzüge zu rechnen ist.

---

Das vierte Overall-Zielkriterium ist die **in den Drogenkonsum monatlich investierte Geldmenge (in €)**. Dieses vierte Zielkriterium liefert indirekte Hinweise darauf, inwiefern delinquentes Verhalten und Prostitution durch die Intervention beeinflusst werden können. Die begründete Annahme dabei ist, dass zumindest die an dieser Studie teilnehmenden Drogenabhängigen der „offenen Drogenszene“ ihre drogenbezogenen Geldaufwendungen zu wesentlichen Teilen aus strafrechtlich belangbaren Handlungen (Beschaffungskriminalität, z. B. Diebstahl oder Drogenhandel) und – vor allem bei drogenabhängigen Frauen – Prostitution bestreiten.

Der Studie liegt die Hypothese zugrunde, dass die KISS-Gruppe der Warte-KG (Treatment-As-Usual-Gruppe) in allen vier Zielkriterien statistisch signifikant überlegen ist.

Zur Spezifizierung der Overall-Ergebnisse werden die substanzspezifischen Unterschiede zwischen KISS- und Warte-KG geprüft. Dazu werden die folgenden Zielgrößen herangezogen (erneut bezogen auf die letzten 28 Tage vor der Erhebung):

- § Menge der konsumierten SKE (= Gesamtkonsum der jeweiligen Substanz)
- § Anzahl konsumfreier Tage
- § Durchschnittskonsummenge an Konsumtagen
- § Anzahl an Konsumvorgängen (nur bei illegalen Drogen)
- § Konsumkosten
- § Veränderungen im Abhängigkeitsstatus (Abhängigkeitsstatus überwunden oder in Abhängigkeitsstatus gewechselt)

Die Effekte der KISS-Teilnahme werden für zwei Zeiträume getestet:

Im **ersten Zeitfenster** wird erfasst, ob sich von Beginn bis Ende des KISS-Programms Konsumänderungen eingestellt haben. Der Vergleich des Substanzkonsums vor Beginn des KISS-Programms (t1, Eingangserhebung) mit dem zu Ende des Programms (t2, Abschlusserhebung) steht im Mittelpunkt der Betrachtung, da die Studie belegen soll, dass es durch Teilnahme am KISS-Programm überhaupt möglich ist, Veränderungen im Drogenkonsum herbeizuführen.

Ohne gezielte Nachsorge- oder Anschlussmaßnahmen (z. B. „Auffrisch- oder Folgesitzungen“ [„booster sessions“]) ist allerdings weder beim KISS-Programm noch bei anderen suchttherapeutischen Interventionen davon auszugehen, dass Veränderungen eines chronifizierten Verhaltens aufrechterhalten werden. KISS-Anschlussinterventionen (vor allem „KISS-Plus“; vgl. Kapitel 3) sind zwar geplant, sie kamen aber in dieser Studie noch nicht zum Einsatz. Trotz dieser eingeschränkten Erwartungen an die zeitliche Beständigkeit der KISS-Effekte beim Fehlen von Anschluss-Programmelementen wird in einem **zweiten Zeitfenster** analysiert, ob die im Laufe von KISS eingetretenen Änderungen auch noch sechs Monate nach Programmende (Follow-up- bzw. Katamnesezeitraum) nachzuweisen sind (Vergleich der Ausprägung der Zielvariablen zu Programmbeginn bzw. Programmende und sechs Monate später [Pre-post – Katamnese-Vergleich]).

---

## 4.2 SEKUNDÄRE FORSCHUNGSFRAGESTELLUNGEN

Die folgenden fünf Fragestellungen sollen ergänzende Aufschlüsse über die Akzeptanz des KISS-Programms sowie seine (subgruppenspezifische) Wirkung liefern:

- (1) Ist die „Haltequote“ im KISS-Programm mindestens so hoch wie die in anderen drogen-spezifischen Behandlungen (z. B. Substitutionsbehandlung oder Abstinenztherapie)?
- (2) Verbessern sich der körperliche und psychische Allgemeinzustand sowie die soziale Lebenssituation bei den TeilnehmerInnen der KISS-Gruppe in stärkerem Ausmaß als bei den TeilnehmerInnen der Warte-Kontrollgruppe?
- (3) Tritt ein „Suchtverlagerungseffekt“ ein? Das heißt: Geht mit dem Rückgang des Konsums bei einer Substanz ein Konsumanstieg bei anderen Substanzen einher?
- (4) Profitieren Subgruppen Drogenabhängiger in unterschiedlichem Ausmaß von KISS?

Im Einzelnen soll die differentielle Wirksamkeit von KISS zwischen folgenden Subgruppen Drogenabhängiger verglichen werden:

- § Drogenabhängige Frauen versus Männer.
  - § Drogenabhängige, die schwer versus nicht schwer (bzw. weniger schwer) drogenabhängig sind.
  - § Drogenabhängige, die substituiert versus nicht substituiert sind.
  - § Drogenabhängige, die einer Ausbildung oder Arbeit nachgehen versus solchen, die in keine Ausbildung oder Arbeit eingebunden sind.
  - § Drogenabhängige, die mindestens eine versus keine psychiatrische Begleiterkrankung aufweisen.
  - § Drogenabhängige, die viel versus keine/wenig soziale Unterstützung erfahren.
- (5) Welche Indikatoren außer der Gruppenteilnahme sind geeignet, ggf. nachweisbare Konsumreduktionen vorherzusagen (z. B. soziodemografische Merkmale oder Teilnahmefrequenz am KISS-Programm)?





---

## 5 DESIGN UND DURCHFÜHRUNG DER STUDIE

### 5.1 ZUGANGS- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

An der Studie zur Wirksamkeit des Programms KISS konnten alle interessierten Drogenabhängigen teilnehmen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme mindestens 18 Jahre alt waren, über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift verfügten und deren Wohnort in Frankfurt und Umgebung (30 km Radius) lag. Es wurde die Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an den Gruppensitzungen vorausgesetzt und es durften keine Abwesenheiten bekannt sein, wie z. B. Urlaub, Haft, Umzug, Klinikaufenthalt etc. Diese Aufnahmekriterien wurden im „Infogespräch“ (vgl. unten 5.2) abgeklärt. Bei Erfüllung aller Aufnahmekriterien wurden die Ausschlusskriterien untersucht. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer Motivation zur sofortigen Drogenabstinenz. Schwerhörigkeit, Blindheit o.ä. körperliche Beeinträchtigungen, die eine Teilnahme am Gruppenprogramm erschweren oder verunmöglichen, führten ebenso zur Ablehnung wie Hausverbot in allen Einrichtungen der idh.

### 5.2 REKRUTIERUNG DER TEILNEHMERINNEN

Da es sich bei KISS um einen neuen Ansatz zur Arbeit mit Drogenabhängigen handelt, mussten umfangreiche Informations- und Aufklärungsarbeiten an den Anfang der Rekrutierungsphase gestellt werden.

Zunächst galt es, die **MitarbeiterInnen** der idh für dieses Angebot zu **gewinnen**, um diese in die Motivierung der KlientInnen zur Teilnahme am Konsum-Reduktionsprogramm einzubinden. Es wurden Informationsveranstaltungen für alle MitarbeiterInnen durchgeführt, Handouts und andere Informationsmaterialien für MitarbeiterInnen erstellt und eine 11-köpfige Projektgruppe zur Implementierung des Programms KISS in die Arbeit der idh eingerichtet.

Nachdem alle MitarbeiterInnen über ausreichend Informationen bzgl. KISS verfügten, wurde ca. 3 Monate vor Durchführung der ersten KISS-Gruppen mit der **Akquise der TeilnehmerInnen** begonnen. Es wurden Infoflyer für die KlientInnen erstellt, in allen Einrichtungen fanden Informationsveranstaltungen mit zwei KISS-Teilnehmern aus Hamburg und dem ersten dortigen KISS-Trainer (Uwe Täubler) statt, Plakate und Wandfahnen wurden aufgehängt, die BesucherInnen/NutzerInnen der idh Einrichtungen wurden auf KISS hingewiesen und der Höhepunkt der Akquisezeit im Jahr 2006 war ein KISS-Preisausschreiben mit öffentlicher Verlosung der Preise im Rahmen einer weiteren KISS Informationsveranstaltung.

Die anderen Träger von Drogenhilfeeinrichtungen in Frankfurt und substituierende Ärzte wurden über das Angebot informiert. Auch dort wurden Plakate ausgehängt, Flyer verteilt und es wurden einige Informationsstunden von idh-MitarbeiterInnen durchgeführt.

Mit interessierten KlientInnen wurde ein Einzelgespräch („**Infogespräch**“) durchgeführt, um ihnen das Programm zu erläutern, ihnen die wissenschaftliche Studie vorzustellen und sie für ei-

---

ne Teilnahme zu motivieren. Die Infogespräche wurden nach der „Checkliste Infogespräch“ durchgeführt, so dass alle Interessierten die gleichen Informationen erhielten. Hierbei wurden die unter 5.1 aufgeführten Einschluss-/Ausschlusskriterien abgeklärt, es wurde der Benutzungscode gebildet<sup>3</sup>, die Einverständniserklärung der Teilnehmenden an der wissenschaftlichen Begleitstudie teilzunehmen schriftlich eingeholt („informed consent“) und das weitere Vorgehen (u. a. Termin des Pre-Assessments mit Zufallszuweisung zu sofort beginnender Gruppe oder Wartegruppe) vereinbart. Die Infogespräche wurden von allen 18 ausgebildeten KISS-TrainerInnen der idh durchgeführt. In allen Einrichtungen wurden zu Beginn der Studie täglich KISS Infogespräche angeboten. Insgesamt fanden 230 Infogespräche statt. An der folgenden Eingangserhebung zur Studie beteiligten sich schließlich 123 Personen. Einzelheiten zur Fallzahlentwicklung folgen in Abschnitt 5.13 und eine Teilstichprobe der Nichtteilnehmenden wird in einem Exkurs (Kapitel 10) näher beschrieben.

Als nächster Schritt folgte für die zur Teilnahme Entschlossenen die **Eingangserhebung** (Pre-Assessmenterhebung), die in ihren drei Teilen vollständig abgeschlossen sein musste, um in die Studie aufgenommen zu werden (Intent To Treat Kriterium bzw. im Folgenden ITT-Kriterium). Zur Eingangserhebung gehörte ein Interview zur Erhebung des Substanzkonsums und soziodemografischer Hintergrundvariablen, das von eigens dafür geschulten 11 InterviewerInnen durchgeführt wurde. Direkt an das Interview, in wenigen Ausnahmefällen 1-2 Tage später, erfolgte als zweiter Teil der Eingangserhebung die Urinabgabe mit anschließender Laboranalyse auf psychotrope Substanzen. Als dritter Teil der Eingangserhebung erfolgte innerhalb einer Woche nach dem Interview eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung. Die in die Studie aufgenommenen TeilnehmerInnen erhielten in den Folgetagen ein ausführliches individuelles Gespräch entsprechend dem KISS-Manual (vgl. Kapitel 3) mit dem/r KISS-Trainer/in, der/die die jeweilige Gruppe in der entsprechenden Einrichtung durchführte.

Nach dem ersten erfolgreichen Durchgang der KISS-Gruppen wurde die Akquise begleitend zum Tagesgeschäft mit den o.g. Instrumentarien und nach dem festgelegten Ablauf durchgeführt.

---

<sup>3</sup> Der zehnstellige Benutzungscode wurde gebildet, um TeilnehmerInnen über die gesamte Studiendauer eindeutig identifizieren zu können, ohne deren Anonymität zu gefährden. Zum Einsatz kam ein Verfahren, das in Frankfurt in analoger Weise auch bei der Dokumentation von Konsumraumnutzungen verwendet wird. Der Code wurde nach folgenden Regeln gebildet: Dritter Buchstabe des Familiennamens, Anzahl der Buchstaben des Familiennamens in zweistelliger Form, dritter Buchstabe des Vornamens, Anzahl der Buchstaben des Vornamens in zweistelliger Form, Geburtsjahr, Geschlecht (M/W) und Code für die Einrichtung, in der das Infogespräch stattfand (1: Eastside, 2: Niddastr., 3: FriedA).

Bei der Anzahl der Buchstaben ist 10 die Höchstgrenze. Hat ein Name also mehr als zehn Buchstaben, wird immer eine 10 genommen. Beispiel: Hugo, geb 1970, Infogespräch im Eastside: G05I0870M1

### 5.3 STUDIENDESIGN, STUDIENGRUPPEN UND STUDIENSTANDORTE

Vordringliches Ziel des Studiendesigns war die Sicherstellung einer belastbaren, aktuellen wissenschaftlichen Standards genügenden Prüfung der Forschungsfragestellungen (vgl. Kapitel 4). Das zum Nachweis von Wirkungen einer Intervention aus methodologischer Sicht am besten geeignete Untersuchungsdesign ist ein experimentelles Design mit Zufallszuweisung der StudienteilnehmerInnen zu (mindestens) je einer Versuchs- und einer Vergleichsgruppe (vgl. Nezu & Nezu, 2008). Während die eine Gruppe (Versuchsgruppe) an dem neuen zu untersuchenden Programm teilnimmt, tut dieses die andere Gruppe (Vergleichsgruppe) nicht. Eine grundlegende Herausforderung bei solchen Untersuchungen ist es sicher zu stellen, dass sich die Versuchs- und Kontrollgruppe nicht systematisch in den Ausgangsvoraussetzungen unterscheiden. Eine hierzu häufig verwendete Methode besteht in der zufälligen Zuweisung von KlientInnen zu einer der beiden Gruppen, der so genannten Randomisierung. Ein solches Design wird in der medizinischen und psychologischen Fachliteratur als „randomisierte kontrollierte Studie“ (englisch: Randomized Controlled Trial, RCT) bezeichnet.

In der hier vorgestellten Studie wurde die Vergleichsgruppe als Warte-Kontrollgruppe<sup>4</sup> realisiert. Am Ende des Interviews der Eingangserhebung wurden die KlientInnen in die KISS- bzw. Warte-Gruppe der jeweiligen Einrichtung randomisiert. Als Randomisierungsverfahren wurde eine uneingeschränkt zufällige Auswahl ohne Matching und Quotierung eingesetzt. Dieses Verfahren war als echter Zufallsprozess - durch die InterviewerInnen nicht beeinflussbar - in der zur Durchführung der Interviews eingesetzten CAPI-Software<sup>5</sup> programmiert. Die StudienteilnehmerInnen erhielten somit direkt im Anschluss an das Eingangsinterview die Information, ob ihre KISS-Gruppe sofort oder erst in ca. vier Monaten beginnen würde.

Die KlientInnen, die der Wartegruppe zugewiesen wurden, erhielten die Zusicherung, dass sie an der auf die unmittelbar beginnende Gruppe folgenden KISS-Gruppe teilnehmen könnten.

Das Design sieht nach der Eingangserhebung (**t1, Pre-Assessment**) sowohl für die TeilnehmerInnen an der nächsten beginnenden KISS-Gruppe (Versuchsgruppe), als auch für die in die Warte-Kontrollgruppe randomisierten KlientInnen nach 1,5 Monaten (der Hälfte der Laufzeit des KISS-Programms) eine erste **Zwischenurinkontrolle** (ZUK) vor.

Darauf folgt für beide Gruppen nach Beendigung der KISS-Gruppe bzw. der entsprechenden Wartezeit ein umfassendes zweites Interview, sowie eine weitere Urinkontrolle und eine ärztliche Untersuchung (**t2, Post-Assessment**). Die Warte-Kontrollgruppe hatte hieran anschließend

---

<sup>4</sup> Da die KlientInnen in der Warte-Kontrollgruppe weiterhin ihre „normale“ Behandlung und/oder Beratung erhielten, werden solche Warte-Kontrollgruppen gelegentlich auch als so genannte „Treatment As Usual“-Gruppe (TAU) bezeichnet. In diesem Bericht wird jedoch durchgehend der Begriff „Warte-Kontrollgruppe“ verwendet.

<sup>5</sup> CAPI bedeutet „Computer Assisted Personal Interview“. Die Interviews mit den Befragten wurden zu allen Zeitpunkten durch geschulte InterviewerInnen mit Unterstützung eines Laptops durchgeführt. Hierfür wurde die Software IRQuest-Offline(r) der Firma Interrogare GmbH mit einem von der Studiengruppe programmierten Fragebogen eingesetzt.

die Gelegenheit an einer KISS-Gruppe teilzunehmen. Für KlientInnen, die dieses Angebot wahrgenommen haben, sieht das Design wiederum nach der Hälfte der Laufzeit eine Zwischen- Urinkontrolle (ZUK) und nach Abschluss des Programms ein weiteres Interview mit ärztlicher Untersuchung sowie Urinstatuskontrolle vor (**t3, Post-Assessment 2**).

Die **Katamnese** ist 6 Monate nach Abschluss der KISS-Gruppe vorgesehen (**t4**). Da die Wartegruppen-KlientInnen in der Regel nach der ursprünglichen Wartezeit an einer KISS-Gruppe teilgenommen haben, wurde die Katamnese für diese somit erst ca. 10 Monate nach Beendigung der Wartezeit durchgeführt. Durch die zwischenzeitliche Teilnahme an einer KISS-Gruppe liegen in der Regel keine Katamnese-daten für reine Wartelisten-KlientInnen vor. Ein Vergleich zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe ist also für die Katamnese – anders als für t1-t2-Vergleiche – nicht geplant (und auch nicht möglich). Die Entscheidung, den in die Vergleichsgruppe randomisierten KlientInnen nach Abschluss der 4-monatigen Wartezeit eine Teilnahme zu ermöglichen, war von Anfang an intendiert und ethisch auch geboten.

Es wurden über die gesamte Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitstudie im zeitlichen Abstand von jeweils ca. 4 Monaten KISS-Gruppen mit jeweils vorgeschalteten Eingangsinterviews - in denen die oben erwähnte Randomisierung stattfand – angeboten (vg. Tabelle 5.3.1). Die StudienteilnehmerInnen wurden also nicht alle zu einem fixen Startpunkt, sondern zu mehreren Rekrutierungs- und Erhebungswellen für die Teilnahme am Programm und an der Studie gewonnen.

Die Datenerhebung für diese Studie lief von September 2006 bis Ende August 2008 (Feldphase).

**Tabelle 5.3.1 Zeitliches Schema der Datenerhebungen**

	Pre-Assessment (t1)	Randomisierung	ZUK	Post-Assessment (t2)	ZUK	Post-Assessment 2 (t3)	Katamnese (t4)
1. Welle KISS 11/06 <sup>1</sup>	Sept. - Okt. 06	KISS	Jan 07	Feb 07	-	-	Aug 07
		Warte-KG	Jan 07	Feb 07	Apr 07	Jun 07	Dez 07
2. Welle KISS 03/07	Feb 07	KISS	Apr 07	Jun 07	-	-	Dez 07
		Warte-KG	Apr 07	Jun 07	Aug 07	Okt 07	Apr 08
3. Welle KISS 07/07	Jun 07	KISS	Aug 07	Okt 07	-	-	Apr 08
		Warte-KG	Aug 07	Okt 07	Dez 07	Feb 08	Aug 08
4. Welle KISS 11/07	Okt 07	KISS	Dez 07	Feb 08	-	-	Aug 08
		Warte-KG	Dez 07	Feb 08	Apr 08	Jun 08	Dez 08 nicht mehr in der Feldphase

*Anmerkungen.* <sup>1</sup> Die bei den „Wellen“ vorgenommenen Zahlenangaben beziehen sich auf Monat (vor dem Schrägstrich) und Jahr (nach dem Schrägstrich) des Beginns der KISS-Gruppen

Für die Beteiligung an den einzelnen Datenerhebungen und Untersuchungen erhielten die KlientInnen teilweise eine kleine Aufwandsentschädigung:

Für vollständige Pre-Assessment-Daten (Urinuntersuchung, ärztliche Untersuchung einschließlich Blutentnahme, Interview) erhielten die KISS-TeilnehmerInnen keine Zahlung, die KlientInnen der Wartegruppe 10 €. Für die Zwischen-Urinkontrolle(n) erhielten alle 5 €. Für die vollständige Beteiligung am Post-Assessment (für die Wartegruppe ggf. zweimal) und an der Katamnese erhielten sowohl die KISS-TeilnehmerInnen, als auch Wartegruppen-KlientInnen jeweils 10 €, wenn alle Erhebungsbestandteile (Interview, Urinuntersuchung, ärztliche Untersuchung einschließlich Blutwerten) vorlagen.

Wie Tabelle 5.3.1 entnommen werden kann, erstreckte sich die Datenerhebung für diese Studie auf den Zeitraum von September 2006 bis einschließlich August 2008. Die Eingangsinterviews wurden zudem getrennt an den drei an dieser Studie beteiligten KISS-Standorten (vg. Kapitel 2.3) durchgeführt. Dabei fanden an den Standorten FriedA und Eastside zu allen vier Erhebungswellen KISS-Gruppen statt, während in der Niddastr. lediglich zu den ersten beiden Wellen Gruppen durchgeführt wurden. Insgesamt stützt sich diese Studie deshalb auf die Auswertung von Daten, die in 10 verschiedenen KISS-Gruppen resp. 10 Wartegruppen erhoben wurden.

## 5.4 EINGESETZTE TRAINERINNEN UND INTERVIEWERINNEN

Insgesamt wurden 18 **TrainerInnen** über einen 8-tägigen Inhouse-Trainingskurs der GK Quest-Akademie ([www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de)) im KISS-Programm geschult. Von diesen 18 KISS-TrainerInnen der idh kamen im Verlauf der Studie 14 (7 Frauen, 7 Männer) zum Einsatz. Das Durchschnittsalter der TrainerInnengruppe beträgt 39,1 Jahre ( $M = 36,9$ ,  $W = 41,2$ ) und entspricht damit in etwa dem Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen. Lediglich ein Trainer hat keine akademische Ausbildung, 10 TrainerInnen haben einen Diplomabschluss in Sozialarbeit oder Sozialpädagogik, die Übrigen in Pädagogik, Soziologie und Biologie. Durchschnittlich verfügen die TrainerInnen über eine fast 12-jährige Berufserfahrung (11,9 Jahre [2 Jahre bis 15 Jahre und 9 Monate]), die in der überwiegenden Zeit in der idh gesammelt wurde. Im Vorfeld der KISS-Trainerausbildung haben alle TrainerInnen eine Ausbildung in Motivierender Gesprächsführung (durchschnittlich 8 Ausbildungstage) durch die GK Quest-Akademie erhalten. Neun TrainerInnen hatten Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenprogrammen, jedoch nur zwei TrainerInnen auch mit einem strukturierten Programmmanual.

Im Rahmen der Ausbildung zur KISS-TrainerIn wurden die Regeln für eine programmtreue und angemessene Durchführung erarbeitet, die Vorbereitung für die Durchführung der 12 verschiedenen Module besprochen und im Rahmen von Rollenspielen mögliche gruppenspezifische Optionen bearbeitet. Vor Beginn der ersten KISS-Gruppen fand ein eintägiges Briefing der ersten 6 KISS-TrainerInnen durch die GK Quest Akademie statt. Nach Beginn der KISS-Gruppen wurde begleitend ein Coaching für die TrainerInnen angeboten, das sie im Schnitt an 7,6 Tagen

---

nutzten. Im Rahmen der vorliegenden KISS-Studie hatten die TrainerInnen bis auf einen Trainer mindestens zwei KISS-Gruppen geleitet.

Die **Interviews** im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie wurden durch 11 geschulte MitarbeiterInnen der idh durchgeführt. Die InterviewerInnen waren nicht zugleich TrainerInnen der KISS-Gruppen, um eine Unabhängigkeit der Interviewdurchführung von der eigentlichen Gruppenarbeit sicher zu stellen. Zwei der InterviewerInnen hatten zwar vorher bereits an der oben angesprochenen KISS-Schulung teilgenommen, führten die Interviews aber ausschließlich in anderen als den selbst geleiteten KISS-Gruppen durch. Alle InterviewerInnen hatten eine Ausbildung in Motivational Interviewing absolviert.

Die Schulung wurde von Prof. Dr. Lipsmeier und Prof. Dr. Happel an einem ganzen Tag an der Fachhochschule Frankfurt am Main durchgeführt. Die Schulung umfasste zunächst einen Vortrag über allgemeine Grundsätze der Durchführung von standardisierten Befragungen (u. a. Neutralität, unbedingte Beachtung der vorgegebenen Texte und Überleitungen, Gebrauch von begleitendem Material wie den verwendeten Antwortskalen, Bedeutung des einheitlichen Vorgehens aller InterviewerInnen). Anschließend wurde von jeder/jedem InterviewerIn mindestens ein vollständiges Interview zur Probe mit einer anderen Person aus der Gruppe als (fiktive/r) InterviewpartnerIn unter Beobachtung der Schulungsleiter durchgeführt. Nach individuellem Feedback und Klärung offener Fragen fand eine Abschlussrunde statt, in der die Bedeutung des einheitlichen und neutralen Vorgehens für den Erfolg der gesamten Studie erneut herausgestellt wurde.

Nach dem ersten Durchgang der KISS-Interviews fand ein Auswertungstreffen der InterviewerInnen statt.

## **5.5 EINGANGSERHEBUNG (PRE-ASSESSMENT)**

Die Eingangserhebung umfasste die bereits oben genannten drei Bestandteile: das persönliche Interview, die Urinabgabe und die ärztliche Untersuchung (Erhebung des körperlichen sowie psychischen Allgemeinzustandes durch einen ÄrztInnenfragebogen und Blutentnahme). Um eine Zusammenführung dieser Informationen - wie auch der später erhobenen Post-Assessments, Zwischenurinkontrollen und der Katamnesedaten - zu ermöglichen und dabei so früh wie irgend möglich eine Anonymisierung der personenbezogenen Daten sicher zu stellen, wurde in jedem Erhebungsschritt der oben bereits erläuterte BenutzerInncode auf allen von einer Person verfügbaren Informationen (Datensatz des CATI-Interviews, Laborbefunde der Blut- und Urinuntersuchungen, ÄrztInnenfragebogen, Informationen über die Anzahl der wahrgenommenen KISS-Gruppen) mitgeführt.

Während für die Durchführung des Interviews eine computergestützte persönliche Befragung (vgl. Kapitel 5.8) zur Anwendung kam, wurden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung (vgl. Kapitel 5.10) auf einem Papierfragebogen festgehalten, den die ÄrztInnen während der bzw. im

Anschluss an die Untersuchung ausgefüllt haben. Die Laborergebnisse zu den Urinuntersuchungen (vgl. Kapitel 5.10) und die im Rahmen der ärztlichen Untersuchung gewonnenen Blutproben wurden unmittelbar durch das Labor an die idh übermittelt, wobei auf den Befunden kein Name, sondern ausschließlich der oben erwähnte Code angegeben war.

Die Hauptanalysetichprobe dieses Projektes ist die randomisierte Stichprobe der KISS-TeilnehmerInnen und der entsprechenden Wartegruppe. Alle Personen, die über eine vollständige Eingangsdiagnostik verfügen (s.o.) und in eine der beginnenden KISS-Gruppen randomisiert wurden, bezeichnen wir als ITT (Intend to Treat) Stichprobe - zunächst unabhängig davon, wie viele (und ob überhaupt) KISS-Sitzungen wahrgenommen wurden. Dementsprechend bilden die Personen, die über eine vollständige Eingangsdiagnostik verfügen und in die Wartegruppe randomisiert wurde, die entsprechende Vergleichsgruppe. Einzelheiten zur Fallzahlentwicklung und den Gründen, warum einzelne Personen nicht in der Auswertung berücksichtigt werden können, finden sich in Kapitel 5.13.

## **5.6 DURCHFÜHRUNG DES KISS-PROGRAMMS**

Allen Teilnehmenden des KISS-Programms wurde mit dem Vorgespräch durch die TrainerInnen ein Bestandsaufnahmetagebuch ausgehändigt mit der Aufforderung, für die Zeit bis zum Beginn ihrer KISS-Gruppe den täglichen Konsum für jede Substanz zu dokumentieren und sich somit einen Überblick über den eigenen Gesamtkonsum zu verschaffen. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden ein KISS-Handbuch mit Arbeitsmaterialien und Informationen zu den einzelnen Einheiten.

Das KISS-Programm wurden in allen Gruppen entsprechend dem Trainermanual durchgeführt. Die jeweils 2,25-stündigen Gruppensitzungen wurden von 2 KISS-TrainerInnen durchgeführt und dokumentiert. TeilnehmerInnen, die eine Gruppensitzung versäumt hatten, konnten diese in Einzelsitzungen mit den jeweiligen KISS-TrainerInnen nachholen.

## **5.7 ZWISCHEN-, ABSCHLUSS- UND KATAMNESEERHEBUNG**

Das oben erläuterte Studiendesign (vgl. Abschnitt 5.3) sieht zu zwei (bei Wartegruppen-TeilnehmerInnen mit anschließend wahrgenommener KISS-Gruppe zu drei) weiteren Zeitpunkten analoge Datenerhebungen wie bei der Eingangsuntersuchung vor. Auch hier wurden jeweils computergestützte, persönliche Interviews, ärztliche Untersuchungen mit Blutentnahme sowie Urinuntersuchungen durchgeführt.

Darüber hinaus wurden Zwischenurinuntersuchungen jeweils nach ca. der Hälfte der Programm- bzw. Wartegruppenzeit durchgeführt. Hierbei wurde insbesondere ein Screening auf den Konsum der wesentlichen Substanzen dieser Studie durchgeführt. Diese drei wesentlichen Bestandteile der Datenerhebung werden in den folgenden drei Abschnitten näher erläutert.

## 5.8 DAS PERSÖNLICHE INTERVIEW

Wie bereits erwähnt, wurden die persönlichen Interviews durchgängig mit Computerunterstützung durchgeführt. Die eingesetzten Interviewfragen waren dabei zu allen drei Erhebungszeitpunkten identisch. Die einzigen Unterschiede betreffen die zu den späteren Zeitpunkten selbstverständlich nicht vorhandene Randomisierung sowie die im Post-Assessment und der Katamnese eingefügten Fragen zur retrospektiven Bewertung des KISS-Programmes.

**Tabelle 5.8.1 Themenbereiche und Erhebungsinstrumente der persönlichen Interviews**

	Themenbereich/ Konstrukt	Quelle	Anmerkungen
1	Aktueller Substanzkonsum während der dem Interview vorangegangenen 28 Tage	CAPI (Computer Assisted Personal Interview; eigene Entwicklung der Studiengruppe in Anlehnung an die Timeline Follow-back Methode, Sobell & Sobell, 1992)	vgl. Kapitel 5.8.1
2	Subjektive Belastungswahrnehmung in 7 zentralen Lebensbereichen	7-stufige Ratings (eigene Entwicklung der Studiengruppe; Erfasste Bereiche: Körperliche Gesundheit, Wohnsituation, Arbeitssituation, finanzielle Situation, rechtliche Situation, psychische Verfassung, soziale Situation)	vgl. Kapitel 5.8.2
3	Verfügbarkeit sozialer Unterstützung	Skala „Soziale Unterstützung“ (Henkel, Zemlin & Dornbusch, 2003). Drei Items zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung in den Bereichen: Besprechen persönlicher Probleme, Unterstützung durch Taten bei praktischen Problemen, Personen, auf die man sich in Notsituationen verlassen kann	vgl. Kapitel 5.8.3
4	Abhängigkeitsdiagnostik für jede in den letzten 28 Tagen konsumierte Substanz	Strukturiertes Klinisches Interview für Achse I (SKID-I, Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997). Das SKID-I dient der Diagnose psychiatrischer Störungen entsprechend Achse I des DSM-IV.	vgl. Kapitel 5.8.4
5	Änderungsbezogene Kognitionen	Drei 11-stufige Skalen (Sobell & Sobell, 2006) zu a) persönlicher Wichtigkeit einer Konsumreduktion b) persönlicher Zuversicht, eine Konsumreduktion „zu schaffen“ c) momentaner Bereitschaft einer Konsumreduktion	vgl. Kapitel 5.8.5
6	Soziodemografische Merkmale	Items aus dem European Addiction Severity Index (EuropASI; Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1999), den Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS, 2001), der Basisdokumentation Sucht (Bado Sucht) des Fachverbands Sucht (2003) und dem Epidemiologischen Suchtsurvey (IFT/infas, 2003)	vgl. Kapitel 5.8.6
7	Suchtvorgeschichte	Wie unter „soziodemografische Merkmale“	vgl. Kapitel 5.8.7
8	Retrospektive Bewertung der KISS-Gruppe	Stundenbeurteilungsbogen (8 Items) und TrainerInnenprotokoll, daraus 1 Item, Retrospektive Einschätzung des Programms (12 Items) (Körkel & GK Quest Akademie, 2008a)	vgl. Kapitel 7.4.3

Der Fragebogen wurde vor dem Einsatz in seinen wesentlichen Teilen (insbesondere der Konsumerhebung) einem ausführlichen Pretest unterzogen. Hierzu wurde die letzte Version des Fragebogens mit 8 KlientInnen aus der Einrichtung Eastside unter Realbedingungen, aber in Anwesenheit von jeweils zwei Mitgliedern der Studiengruppe überprüft. Die KlientInnen erhielten hierfür eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10,00 €. Pretestzweck war insbesondere die Überprüfung der Durchführbarkeit des Interviews als computerunterstützte Befragung sowie die Aufdeckung eventueller Verständnisprobleme auf Seiten der KlientInnen.

Im Ergebnis wurden einige Formulierungen leicht modifiziert, ansonsten ergab sich keine Notwendigkeit zu umfassenden Änderungen am Erhebungsinstrument und einer Durchführung mit Computerunterstützung standen keinerlei Pretest-Beobachtungen im Wege.



### 5.8.1 ERHEBUNG DES SUBSTANZKONSUMS

Die zuverlässige Erhebung der genauen Konsummuster und der Mengen konsumierter Substanzen stellte eine der wesentlichen methodischen Herausforderungen dieser Studie dar. Zum einen sind die bei Drogenabhängigen anzutreffenden Konsummuster (Art, Menge, Häufigkeit, Kombinationen, Konsumformen) ausgesprochen heterogen. Zum anderen fehlt für die meisten in der „Szene“ konsumierten Substanzen eine zuverlässige Möglichkeit zur Feststellung der tatsächlich konsumierten Wirkstoffmenge (im Gegensatz z. B. zum Alkohol). Nicht zuletzt ist auch mit Effekten von Erinnerungsdefiziten sowie sozialer Erwünschtheit zu rechnen. Auf der anderen Seite ist jedoch gerade der Konsum die zentrale abhängige Variable dieser Studie, weshalb ein nicht unerheblicher Aufwand getrieben wurde, diesen so präzise wie möglich zu erfassen. Die Erhebung des Konsums stützt sich auf den Timeline Followback Ansatz (Sobell & Sobell, 1992). Dieser erhebt vom aktuellen Zeitpunkt des Interviews ausgehend rückwärts das Konsumverhalten während der vergangenen 30 Tage.

Nicht zuletzt aufgrund der Heterogenität der Konsummuster und der möglichen Verzweigungen im zeitlichen Ablauf des Konsums ergeben sich für die konkrete Befragung komplexe Filterführungen in den Fragebögen. Der Einsatz eines Computers zur Durchführung der Interviews war deshalb nahezu zwingend erforderlich, um die InterviewerInnen von diesen Aufgaben zu entlasten und eine wesentliche Fehlerquelle auszuschließen.

Die Konsumerhebung fand zu allen Erhebungszeitpunkten am Anfang des Interviews auf jeweils die gleich Art und Weise statt, die im Folgenden detailliert beschrieben wird. Zur Veranschaulichung wird dabei z. T. auf die im PC-Monitor sichtbaren Masken zurückgegriffen. Zunächst wurde danach gefragt, welche Substanzen von den KlientInnen innerhalb des letzten Jahres konsumiert wurden.

#### 1) Welche der folgenden Substanzen hast Du innerhalb der letzten 12 Monate genommen?

[INT]: Bitte die Liste langsam von oben nach unten durchgehen und jede innerhalb des letzten Jahres konsumierte Substanz markieren.

<input checked="" type="checkbox"/>	Alkohol
<input checked="" type="checkbox"/>	Zigaretten
<input checked="" type="checkbox"/>	Haschisch/ Marijuana
<input checked="" type="checkbox"/>	Heroin
<input type="checkbox"/>	Methadon/ Polamidon
<input type="checkbox"/>	Subutex
<input checked="" type="checkbox"/>	Crack
<input type="checkbox"/>	Kokain (Pulver)
<input type="checkbox"/>	Aufputschmittel (z.B. Speed, Amphetamine u.ä.)
<input type="checkbox"/>	Beruhigungs- und Schlafmittel (z.B. Benzos, Rohypnol, Valium u.ä.)
<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel (z.B. Dolviran, Valeron)
<input type="checkbox"/>	LSD, Pilze und andere Halluzinogene
<input type="checkbox"/>	Ecstasy und andere 'Glückspillen'
<input type="checkbox"/>	Schnüffelstoffe
<input type="button" value="Zurück"/> <input type="button" value="Weiter"/>	

Für alle bei Item 1 genannten Substanzen (im Beispiel: Alkohol, Zigaretten, Haschisch/Marijuana, Heroin, Crack) wurde in Item 2 nachgefragt, welche der genannten Substanzen innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurden:

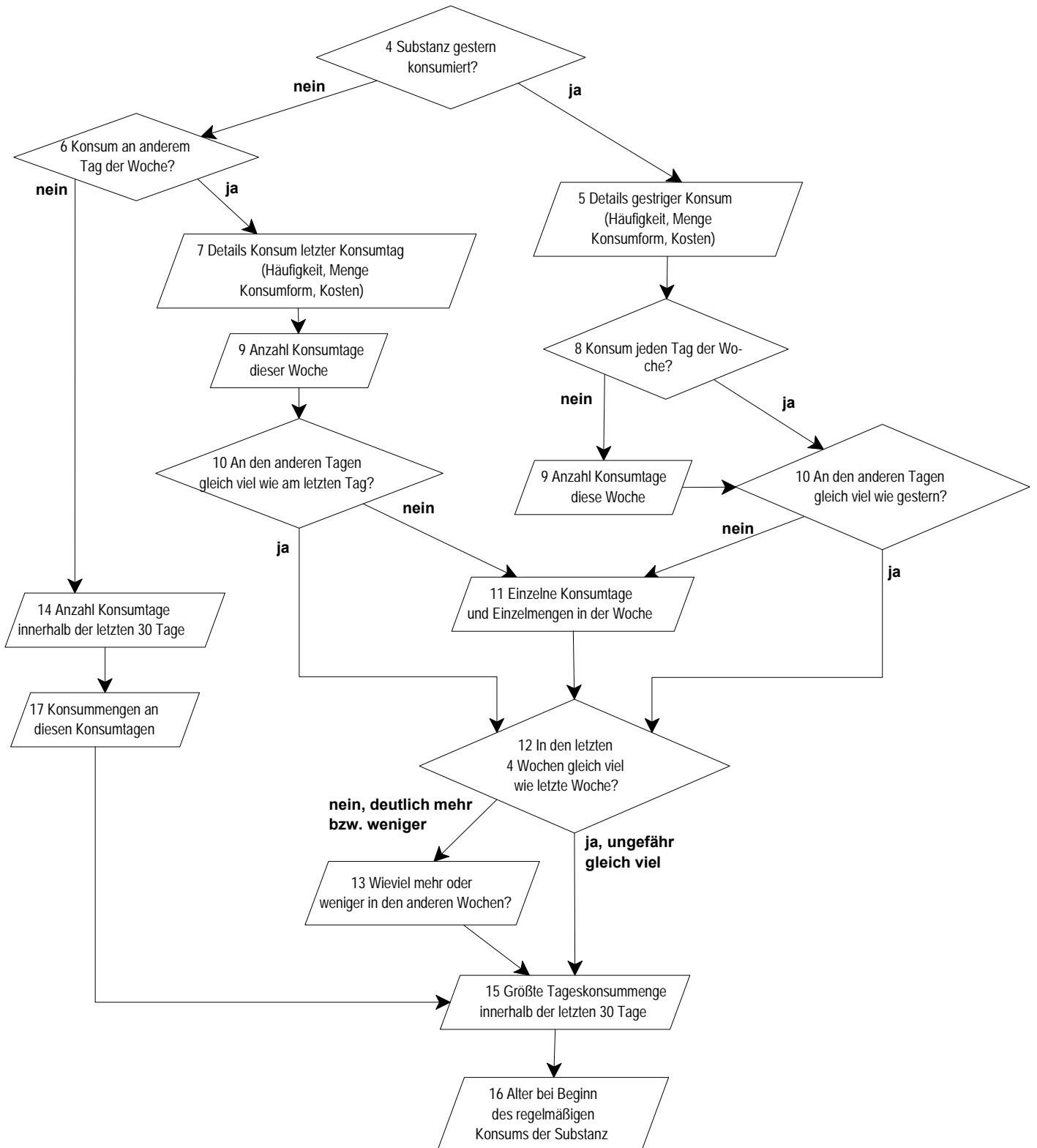
**2) Und welche dieser Substanzen hast Du innerhalb der letzten 30 Tage genommen?**

<input type="checkbox"/>	Alkohol
<input type="checkbox"/>	Zigaretten
<input type="checkbox"/>	Haschisch/ Marijuana
<input checked="" type="checkbox"/>	Heroin
<input type="checkbox"/>	Crack

Für alle bei Item 2 genannten Substanzen (im Beispiel: Heroin) wurde anschließend detailliert zunächst der Konsum während der letzten 7 Tage erhoben.

Das folgende Flussdiagramm (vgl. Abbildung 5.8.1) verdeutlicht den Ablauf der Konsumerhebung für jede Substanz, die innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert worden ist. In diesem Diagramm verdeutlichen Rauten die Entscheidungsfragen, die den weiteren Verlauf der Konsumerhebung in dem CATI-Fragebogen bestimmen. In den Parallelogrammen sind die Fragen(-komplexe) dargestellt, mit denen im jeweiligen Zweig Informationen zum Konsum der jeweiligen Substanz erhoben wurden. In den Formen ist jeweils eine Kurzbeschreibung der erhobenen Inhalte wiedergegeben. Die führende Zahl bezeichnet dabei die Fragennummer, die sich in den anschließend für das Beispiel Heroin dargestellten Fragen wiederfinden lässt (Beispiel: In der obersten Raute von Abbildung 5.8.1 steht die Zahl „4“ für Heroin).

**Abbildung 5.8.1 Ablauf der 30-Tage-Konsumerhebung in den Pre-Assesement, Post-Assesment und Katamnese-Interviews**



Exemplarisch sei hier für Heroin ein Ablauf der Konsumerhebung dargestellt, der über den rechten Zweig des Flussdiagrammes erfolgt.

Unter der Voraussetzung, dass in Item 2 des Interviews der Heroinkonsum während der letzten 30 Tage bejaht wurde, ist zu Heroin die nächste Frage die nach dem gestrigen Konsum:

**4\_4) Hast Du gestern Heroin genommen?**

ja

nein

Zurück Weiter

Da diese Frage bejaht wurde, folgt danach die Erhebung der Konsumdetails zum gestrigen Konsum in Frage 5:

**5\_4) Wie hast Du gestern Heroin genommen?**

Wie oft hast Du gestern Heroin genommen?  Mal

Wie viel hast Du jedes Mal genommen?

Wie hast Du gestern Heroin genommen?

nasal/ sniefen

spritzen/ IV

rauchen/ Folie

anders

Wie viel hat dich jeder Konsumvorgang gekostet?

Zurück Weiter

Im genannten Beispiel hat die Person am gestrigen Tag dreimal 0,2 Gramm Heroin injiziert und für jede Injektion 10 Euro verausgabt. Hätte die Person Frage 4\_4) verneint, wäre das Interview in den linken Zweig des Flussdiagrammes geleitet worden und unter der Voraussetzung, dass zumindest an einem Tag der letzten Woche Heroin konsumiert wurde, wären die analogen Konsumdetails in Frage 7 für den letzten tatsächlichen Konsumtag in der vergangenen Woche erhoben worden. Im rechten Zweig dieses Beispiels folgt Frage 8:

**8\_4) Hast Du an jedem der letzten 7 Tage Heroin genommen?**

ja

nein

Zurück Weiter

Und bei Verneinung die Frage nach der Anzahl der Konsumtage (hier: 4):

**9\_4) An wie vielen der vergangenen 7 Tage (einschließlich gestern) hast Du Heroin genommen?**

Tagen

Alle Personen, die in der vergangenen Woche Heroin konsumiert haben, werden anschließend nach ggf. unterschiedlichen Konsummengen an den anderen Konsumtagen der Woche gefragt.

**10\_4) Hast Du an den anderen Tagen ungefähr die gleiche Menge Heroin genommen wie gestern ?**

ja

nein

Da abweichende Konsummengen an den anderen Tagen angegeben wurden, folgt bei Item 10 Frage 11, in der der Konsum der Substanz während der letzten Woche detailliert erhoben wird:

**11\_4) An welchen Tagen innerhalb der letzten 7 Tage hast Du denn ungefähr welche Mengen Heroin genommen?**

[INT: Bitte gehen Sie -beginnend mit gestern - die Woche rückwärts durch, markieren die Konsumtage und notieren in den Textfeldern die Menge (möglichst in den oben auch verwendeten Konsumeinheiten), die konsumiert wurde.]

	<b>konsumiert?</b>	<b>Art und Menge</b>
Montag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="3 mal je 0,2 Gramm IV"/>
Dienstag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="5 mal je 0,2 Gramm IV"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Donnerstag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="4 mal je 0,2 Gramm IV"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Samstag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="3 je 0,2 Gramm IV und 2 mal 0,1 g Folie rauchen"/>
Sonntag	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Damit ist die Erhebung des Konsums dieser Substanz in der vergangenen Woche abgeschlossen und es folgen noch Fragen, die eine (näherungsweise) Extrapolation des Konsums auf den Monat ermöglichen:

**12\_4) Hast Du in jeder der letzten 4 Wochen genau so viel Heroin genommen wie in der letzten Woche?**

(- -) nein, habe in den anderen Wochen deutlich weniger Heroin genommen als letzte Woche

(+ -) ja, ungefähr gleich viel

(+ +) nein, ich habe in den anderen Wochen erheblich mehr Heroin genommen als in den letzten 7 Tagen

Alle Personen, die entweder einen höheren oder einen niedrigeren Konsum angaben, wurden nach der entsprechenden Menge gefragt und die InterviewerInnen hatten die Anweisung, hier möglichst differenzierte Informationen zu erheben (das Textfeld war in der Eingabelänge nicht begrenzt):

**13\_4) Wieviel mehr Heroin hast Du denn in den anderen Wochen genommen?**

täglich 3 mal 0,2 Gramm IV

Zurück Weiter

Abschließend wurde noch nach der größten Tagesdosis und dem Alter zu Beginn des regelmäßigen Konsums der jeweiligen Substanz gefragt.

**15\_4) Was war innerhalb der letzten 30 Tage die größte Menge Heroin, die Du an einem Tag genommen hast?**

0,8 gramm

Zurück Weiter

**16\_4) Wie alt warst Du, als Du angefangen hast regelmäßig Heroin zu nehmen?  
(regelmäßig = an mindestens 3 Tagen pro Woche oder in großen Mengen an 2 aufeinanderfolgenden Tagen)**

18 Jahre

Zurück Weiter

Aus dieser Vielzahl von Einzelangaben zum Konsum der jeweiligen Substanz wurden anschließend die zentralen abhängigen Variablen dieser Studie (Konsummenge, Anzahl konsumfreier Tage, durchschnittliche Konsummenge an Konsumtagen und Anzahl der Konsumvorgänge) gebildet. Hierzu war eine manuelle Datensichtung und -kodierung der Konsummengen jedes Einzelfalles erforderlich, weil die Angaben in den Textfeldern häufig unterschiedliche Einheitenangaben enthielten, die für die Zwecke der vergleichbaren Auswertung in für alle Befragten gleiche Einheiten (pro Substanz) überführt werden mussten.

### 5.8.2 SUBJEKTIVE BELASTUNGSWAHRNEHMUNG IN SIEBEN ZENTRALEN LEBENSBEREICHEN

Erfasst wurde mit Item 20 die subjektive Wahrnehmung von Belastungen in 7 verschiedenen Lebensbereichen auf einer 7stufigen Skala von 1 (sehr stark) bis 7 (gar nicht) (selbst entwickelte Skalen, vgl. Tabelle 5.8.1). Den Befragten wurde dabei während des Interviews eine Karte mit der Antwortskala vorgelegt.

**20) Wie sehr belasten Dich zur Zeit die folgenden Lebensbereiche? Bitte antworte für jeden der Bereiche mit einem Wert der vorgelegten Antwortskala von 1 (sehr stark) bis 7 (gar nicht).**

[INT: Antwortskala 1 vorlegen]

	1 sehr stark	2	3	4	5	6	7 gar nicht
Körperliche Gesundheit	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitssituation	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Situation	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechtliche Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Verfassung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück Weiter

### 5.8.3 VERFÜGBARKEIT SOZIALER UNTERSTÜTZUNG

Die (subjektiv wahrgenommene) soziale Unterstützung der KlientInnen wurde - differenziert nach drei unterschiedlichen Unterstützungsdimensionen (Item 21) – ebenfalls durch eine Frage mit drei entsprechenden Statements unter Vorlage der Antwortskala erhoben (Grundlage: Skala „Soziale Unterstützung“ von Henkel et al., 2003):

**21) Bitte sage mir zu jeder der drei folgenden Aussagen, ob sie für Dich völlig zutrifft (1) oder gar nicht zutrifft (7). Mit den Werten dazwischen kannst Du Deine Antwort abstimmen.**

[INT: Antwortskala 2 vorlegen]

	1 trifft völlig zu	2	3	4	5	6	7 trifft gar nicht zu
Ich kenne genügend Personen, mit denen ich meine ganz persönlichen Probleme und Sorgen besprechen kann.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne genügend Personen, die mich bei der praktischen Lösung meiner Probleme durch Taten unterstützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne genügend Personen, auf deren Hilfe ich mich auch in Notsituationen auf jeden Fall verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück Weiter

In Originalkodierung des Fragebogens stehen niedrige numerische Werte für ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung. Um die Interpretation aller Ergebnisse zu Item 21 zu erleichtern, wurde diese Kodierung vor allen Auswertungen rechnerisch „gedreht“ nach der Regel „x\_neu = 1 + (7 - x\_alt)“. Somit stehen dann höhere Zahlenwerte für ein höheres Maß an wahrgenommener sozialer Unterstützung. Das insgesamt Ausmaß der (subjektiv wahrgenommenen) sozialen

Unterstützung lässt sich auf Basis dieser Fragen als Summenindex der drei Aspekte operationalisieren. Die Interkorrelation dieser drei Unterstützungsdimensionen liegt durchgängig oberhalb von 0,64, so dass auch aus statistischer Sicht nichts gegen die Zusammenfassung dieser drei Unterstützungsmerkmale zu einem Gesamtindex sozialer Unterstützung spricht. Dieser Index wurde gebildet, indem für jede Person die Skalenwerte addiert wurden. Es ergibt sich ein Index mit einem Wertebereich von 3 bis 21, bei dem hohe Werte für ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommener sozialer Unterstützung über alle drei Dimensionen stehen.

#### **5.8.4 ABHÄNGIGKEITSDIAGNOSTIK NACH DSM-IV**

Für jede der in den letzten 30 Tagen konsumierten Substanzen (mit Ausnahme der Zigaretten) wurde eine Erhebung der Informationen zur Diagnose einer Abhängigkeit in enger Anlehnung an das Strukturierte Klinische Interview für Achse I (SKID-I) durchgeführt. Das SKID-I dient der Diagnose psychiatrischer Störungen entsprechend Achse I des DSM-IV (Wittchen et al., 1997). In den Interviews wurde ausschließlich die Abhängigkeitsdiagnostik nach DSM-IV umgesetzt<sup>6</sup>. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV liegt vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien zutreffen:

- § Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt
- § Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu kontrollieren
- § Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung
- § Aufgabe/Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
- § Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen
- § Toleranzentwicklung
- § Entzugssymptome oder Substanzgebrauch zur Abschwächung oder Vermeidung der Symptome

#### **5.8.5 ÄNDERUNGSBEZOGENE KOGNITIONEN**

Zu jeder der in den letzten 30 Tagen konsumierten Substanzen wurden die KlientInnen gefragt, ob sie ihren Konsum bei dieser Substanz verändern möchten. Die Frageformulierung lautete: "Möchtest Du Deinen Konsum bei einer oder mehreren der folgenden Substanzen ändern?"

Wurde mehr als eine Substanz genannt, sollten die Befragten angeben, bei welcher dieser Substanzen ihnen eine Veränderung am wichtigsten sei.

In Bezug auf die wichtigste Reduktionssubstanz schätzen die KlientInnen anschließend auf jeweils 11-stufigen Ratingskalen die derzeitige Wichtigkeit einer Konsumreduktion (1 Item), die Zuversicht, diese zu schaffen (1 Item) und die Bereitschaft, diese aktuell vorzunehmen (1 Item), ein (nach Sobell & Sobell, 2006).

---

<sup>6</sup> Ein Screening psychiatrischer Auffälligkeiten fand im Rahmen der ärztlichen Untersuchung statt (vgl. Kapitel 5.11).



### 5.8.6 SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE

An soziodemografischen Merkmalen wurden ausgehend von den in Tabelle 5.8.1 genannten Quellen folgende Merkmale erhoben:

- § Geschlecht (nur im Pre-Assessment Interview)
- § Geburtsjahr
- § Familienstand (ledig; verheiratet, mit EhepartnerIn zusammen lebend; verheiratet, von EhepartnerIn getrennt lebend; verwitwet; geschieden)
- § Vorhandensein eigener (leiblicher) Kinder und ggf. deren Anzahl
- § Anzahl der eigenen oder nicht eigenen Kinder, mit denen der/die KlientIn zusammen lebt
- § Vorhandensein eines Schulabschlusses und ggf. dessen Art
- § Vorhandensein einer abgeschlossenen Berufsausbildung
- § Derzeitiger beruflicher Status
- § Sozialleistungsbezug
- § Wohnstatus
- § Beziehungssituation
- § Eventuelle Suchtprobleme des/der derzeitigen (oder in den letzten 6 Monaten letzten) Partners/Partnerin

### 5.8.7 SUCHTBIOGRAFISCHE MERKMALE

Etwaige Vorbehandlungen der KlientInnen wurden im Pre-Assessment mit folgender Frage erfasst (beispielhafte Antworten mit Häkchen markiert):

<p><b>68) Hast Du wegen Deines Alkohol-, Drogen und/oder Medikamentenkonsums schon einmal eine der folgenden Behandlungen erhalten?</b></p> <p><b>Mehrfachnennungen sind möglich.</b></p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Entgiftung (Entzug)
<input type="checkbox"/>	Entwöhnung ('Therapie')
<input checked="" type="checkbox"/>	Beratung in einer Suchtberatungsstelle
<input checked="" type="checkbox"/>	Substitution (mit Methadon, Polamidon, Subutex)
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßregelvollzug im Gefängnis nach §64 StGb
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar <input type="text"/>
<input type="radio"/>	nein, nichts davon

Zu den späteren Erhebungszeitpunkten wurde die gleiche Frage verwendet, der Zeitraum aber auf die vergangenen 3 Monate (Post-Assessment) bzw. die vergangenen 6 Monate (Katamnese) eingeschränkt. Die Erhebung der zwischenzeitlichen Behandlungen findet u. a. zur Fallabgrenzung Verwendung (vgl. 5.13).

## 5.9 URINUNTERSUCHUNGEN

Zu den oben genannten Zeitpunkten (vgl. 5.3) wurden Urinproben von den KlientInnen erbeten und in einer vertraglich gebundenen laborärztlichen Praxis analysiert. Abweichend vom üblichen Vorgehen bei Urinuntersuchungen im Rahmen ärztlicher Untersuchungen, waren die Urinproben nicht mit den Namen der KlientInnen gekennzeichnet, sondern mit dem oben erläuterten anonymisierten Schlüssel. Das beauftragte Labor war die Laborarztpraxis Dres. med. Jochem, Walther und Kollegen, Berner Str. 117, 60437 Frankfurt. Neben dem zur Einschätzung der Abbaugeschwindigkeit notwendigen Kreatininwert wurden die Abbauprodukte der gängigen Substanzen ermittelt.

Getestet wurde auf Cannabinoide, Kokain (Crack), Benzodiazepine, Heroin (6-Acetyl-Morphin) sowie Methadon. Für die Interpretation dieser Urinergebnisse ist zu beachten, dass die Nachweisdauer der verschiedenen Substanzen sehr unterschiedlich ist. Nach Auskunft der beauftragten Laborarztpraxis beträgt diese (vgl. Tabelle 5.9.1):

**Tabelle 5.9.1 Nachweisdauer von Rauschdrogen im Urin**

Substanz	Nachweisdauer	Bemerkungen
Amphetamine	1 – 3 Tage	Ausscheidung hängt stark davon ab, ob der Urin sauer (rasche Elimination) oder alkalisch (langsame Elimination) ist.
Cannabinoide	3 – 7 Tage	Gelegentlicher Konsum
Cannabinoide	bis zu 8 Wochen	Chronischer Konsum
Kokain	2 – 3 Tage	Gelegentlicher Konsum
Kokain	bis zu 2 Wochen	Exzessiver Konsum
Opiate	2 – 3 Tage	Heroin (Diacetylmorphin) wird nach wenigen Minuten zu Monoacetylmorphin abgebaut (3 – 8 Std. stabil), stabiler Metabolit ist das Morphin (Nachweisbarkeit: 2-3 Tage)
Methadon	bis zu 3 Tage	

Aufgrund der eher geringen Nachweisdauer ist ein negativer Urinbefund einer Substanz nicht als Nachweis eines tatsächlich nicht vorhandenen Konsums zu interpretieren. Auf der anderen Seite ist ein positiver Urinbefund jedoch als vergleichsweise sicherer Nachweis eines tatsächlichen Konsums interpretierbar. Von einem tatsächlich vor kurzem stattgefundenen Konsum der entsprechenden Substanz ist auszugehen, wenn die Konzentration der einschlägigen Abbauprodukte pro Milliliter Urin folgende Schwellenwerte (ebenfalls Angaben der Laborarztpraxis) überschreitet:

- § Cannabis: 25 ng/ml
- § Heroin (6-Acetyl-Morphin): 10 ng/ml
- § Crack und Kokain (Pulver): 300 ng/ml
- § Benzodiazepine: 200 ng/ml

Ein enger (statistischer) Zusammenhang zwischen der konsumierten Menge und der Konzentration des Abbauproduktes im Blut ist bereits aufgrund der interindividuell unterschiedlichen Abbaugeschwindigkeiten sowie des unterschiedlichen Abstandes zwischen Konsum und Urinabgabe und dem nicht stundengenau bekannten letzten Konsumzeitpunkt nicht zu erwarten. Im weiteren Verlauf dieser Studie werden die Urinbefunde deshalb ausschließlich in der dichotomisierten Variante: a) Urinbefund positiv (Schwellenwert überschritten) und b) Urinbefund negativ (Schwellenwert nicht überschritten) ausgewertet. Auch die Datenprüfungen (vgl. unten 5.11.2) folgen dieser Dichotomisierung.

## **5.10 MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG**

Im Rahmen der medizinischen Untersuchungen erfolgte neben der körperlichen Untersuchung und der Blutentnahme ein Screening zentraler psychiatrischer Erkrankungen (nach den Dokumentationsstandards der DGSS, 2001) sowie eine Erfassung wesentlicher subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome in enger Anlehnung an die entsprechenden Items des EuropASI (Gsellhofer et al., 1999).

Mit der Durchführung der ärztlichen Untersuchung waren ÄrztInnen der Malteser Werke gGmbH beauftragt. Diese verfügen alle über die notwendige Qualifikation im Suchtbereich und sind zum überwiegenden Teil in Substitutionsambulanzen tätig. Da einige der Fragen des ÄrztInnenfragebogens die individuelle Einschätzung des/der KlientIn durch den/die untersuchende ÄrztIn erfordern (z. B. Behandlungsbedürftigkeit von Auffälligkeiten oder allgemeine Einschätzung des psychischen bzw. körperlichen Zustandes der KlientInnen), ist die Beurteilung der tatsächlichen Veränderung des psychischen oder somatischen Zustandes einer Klientin oder eines Klienten auf der Basis der ärztlichen Beobachtungen in nicht unerheblichem Maße durch einen möglichen Wechsel der untersuchenden Person beeinträchtigt. Insgesamt waren 9 verschiedene ÄrztInnen an der Durchführung dieser Untersuchungen beteiligt und es ließ sich organisatorisch nur in Ausnahmefällen einrichten, dass die späteren (Post-Assessment und Katamnese) Untersuchungen von der selben Ärztin oder dem selben Arzt durchgeführt wurden. Insofern sind die in den Kapiteln 9.1.3 und 9.2.2 dargestellten Ergebnisse in Bezug auf Veränderungen der psychischen und physischen Befunde der KlientInnen mit einer gewissen Zurückhaltung in Bezug auf die Reliabilität der Erhebung dieser Parameter zu interpretieren.

## 5.11 DATENPRÜFUNG UND -AUFBEREITUNG

### 5.11.1 AUFBEREITUNG UND KONTROLLE DER KONSUMANGABEN

Ein wesentlicher Bestandteil der Datenaufbereitungen und -prüfungen stellte die bereits erwähnte manuelle Kodierung der Konsumangaben dar. Hierzu wurden in mehreren Arbeitsdurchgängen die Informationen zu den Konsummengen pro Substanz und Erhebungszeitpunkt in Tabellenform dargestellt und ausgedruckt, so dass alle Konsumangaben einer Person zu dieser Substanz in einer Zeile darstellbar waren. So ließ sich zunächst die **Anzahl der Konsumtage** pro Woche bestimmen. Aus den Angaben zum letzten Konsumtag (Fragen 5 bzw. 7) und den ergänzenden Informationen zu ggf. abweichendem Konsumverhalten an den anderen Tagen bzw. Wochen wurden anschließend die **Wochenkonsummengen** (zunächst in Gramm, bzw. bei Benzodiazepinen in mg) errechnet. Diese Datenaufbereitung fand in mehreren Durchgängen durch zwei Mitglieder der Studiengruppe unter Unterstützung durch eine Mitarbeiterin der Integrativen Drogenhilfe statt. Um eine eventuelle Beeinflussung der Konsumkodierung zu verhindern, war in den ausgedruckten Tabellen die Zuordnung der KlientInnen zu Versuchs- oder Kontrollgruppe nicht erkennbar, die Kodierung erfolgte also blind gegenüber der Gruppenzugehörigkeit.

Die **Monatskonsummengen** ließen sich in der Regel durch Fortschreibung der Wochenkonsummengen ermitteln (wenn in Frage 12 angegeben wurde, dass in den anderen 3 Wochen des letzten Monats genau so viel konsumiert wurde wie in der vergangenen Woche). Wenn in Frage 12 angegeben wurde, dass deutlich mehr oder weniger konsumiert worden ist, konnten die 4-Wochen-Konsumwerte durch die von den InterviewerInnen in Frage 13 erhobenen Informationen in der weitaus überwiegenden Anzahl der Fälle mit großer Sicherheit erschlossen werden. In allen Zweifelsfällen wurden die Konsumangaben als nicht erhebbar (fehlender Wert) kodiert und aus den Auswertungen ausgeschlossen.

Nach eingehender Prüfung der Kodierung wurden die Konsummengen pro Woche in so genannte **Standardkonsumeinheiten (SKE)** umgerechnet, um die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern. Für diese Umrechnung wurden die zum Zeitpunkt der Datenaufbereitung aktuell gebräuchlichen Konsummengen für einen „normalen“, durchschnittlichen Konsumvorgang in der Frankfurter Drogenszene verwendet. Diese ließen sich datengestützt aus der Häufung bestimmter Konsummengen in den zu kodierenden Daten erschließen.

Zusätzlich wurden mehrere erfahrene SozialarbeiterInnen aus den unterschiedlichen Einrichtungen der idh in die endgültige Festlegung der Standardkonsumeinheiten einbezogen. Im Endergebnis ergaben sich für die analysierten sechs Hauptsubstanzen folgende Definitionen von Standardkonsumeinheiten, die allen folgenden Analysen zugrunde gelegt werden (Tabelle 5.11.1):

**Tabelle 5.11.1 Standardkonsumeinheiten (SKE)**

Substanz	Definition Standardkonsumeinheit (SKE)	Szeneinheit/ Handelseinheit	Durchschnittspreis Standardkonsumeinheit
Alkohol	20 g reiner Alkohol	z. B. 0,5 l Bier	0,50 €
Cannabis	0,2 g Cannabis	1 Joint	1,00 €
Heroin	0,2 g Heroin	1 Pack	10,00 €
Crack	0,2 g Crack	1 Stein	10,00 €
Kokain	0,2 g Kokain	-	20,00 €
Benzodiazepine	1 mg Rohypnol oder äquivalenter Wirkstoff	1 Tablette Rohypnol	1,50 €

Alle Auswertungen in Bezug auf die Konsummenge werden in diesen Einheiten dargestellt, so dass eine anschauliche Interpretation möglich ist. Wenn z. B. die KlientInnen ihren Monatskonsum an Cannabis von t1 nach t2 um durchschnittlich 8 Standardkonsumeinheiten reduzierten, so würde das bedeuten, dass sie im Durchschnitt 8 Joints weniger pro Monat rauchten.

Als weitere in den folgenden Kapiteln (insbesondere in Kapitel 9) verwendete Variablen wurden die Anzahl der konsumfreien Tage pro Monat, der Durchschnittskonsum (in SKE) pro Konsumtag und die aus den oben genannten Durchschnittskosten errechneten Konsumkosten pro Monat errechnet. Bei Cannabis, Heroin, Crack, Kokain und Benzodiazepinen wurde auch noch die Anzahl der Konsumvorgänge pro Monat ermittelt und ausgewertet.

Aus diesen Angaben zum Konsumverhalten bei den einzelnen Substanzen wurden vier zusammenfassende Konsumvariablen gebildet, die Veränderungen im gesamten Konsumverhalten als **globale Erfolgsindikatoren** (vgl. auch Kapitel 3) analysierbar machen:

- (1) Gesamtmenge aller konsumierten Drogen
- (2) gemittelte Anzahl der konsumfreien Tage
- (3) Summe der DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnosen
- (4) in den Drogenkonsum monatlich investierte Geldmenge

**zu (1):** Der Wert für die **Gesamtmenge aller konsumierten sechs Hauptsubstanzen** wird für jede Person wie folgt gebildet: Zunächst wird für jede von einer Person konsumierte Substanz aus den Interviewdaten entnommen, wie viel davon sie in den letzten 28 Tagen zu sich genommen hat. Die Mengenangaben werden wie oben beschrieben in Standardkonsumeinheiten (SKE) umgerechnet, so dass die Mengenangaben über alle Personen vergleichbar sind.

---

Die für die erste konsumierte Substanz ermittelte Monatsmenge (in SKE) wird nach dem von Nutt, King, Saulsbury und Blakermore (2007; vgl. Weiterentwicklung bei Nutt, King & Philips, 2010) ermittelten Koeffizienten der Gefährlichkeit der Substanz (als Mittel aus „physical harm“, „dependence“ und „social harm“) multipliziert und somit gewichtet. Der Koeffizient beträgt für Cannabis 1,33, Benzodiazepine 1,70, Alkohol 1,85, Crack/Kokain 2,3 und Heroin 2,77. Beispiel: Hätte jemand im Monat 30mal Heroin (à 0,2g) injiziert, beliefe sich die gewichtete Monatssumme für Heroin auf  $30 \text{ (SKE)} \times 2,77 \text{ („Nutt-Gewicht“)} = 83,1 \text{ (gewichtete SKE)}$ .

Nach dem gleichen Vorgehen werden für alle Substanzen die gewichteten Monatssummen ermittelt, deren Addition die gewichtete Gesamtmenge aller konsumierten Substanzen ergibt. Dieser Gesamtsummenwert wird im Folgenden kurz „Nutt-Index“ genannt.

**zu (2):** Das zweite Zielkriterium ist die über alle Substanzen **gemittelte Anzahl der konsumfreien Tage**. Dieser Indikator wird gebildet, indem für jede Person für alle von ihr konsumierten Substanzen die konsumfreien Tage addiert und durch die Anzahl der konsumierten Substanzen dividiert werden. Der ermittelte Gesamtwert kann minimal 0 und maximal kleiner als 28 sein. Null bedeutet, dass die Person bei keiner der von ihr konsumierten Substanzen im zurückliegenden Monat einen konsumfreien Tag aufweist. Ein Wert knapp unter 28 besagt, dass die Person an nahezu allen Tagen abstinent lebte, d. h. „ihre“ Substanzen fast nie konsumiert hat. In der Längsschnittbetrachtung, etwa beim Vergleich von Eingangs- und Abschlusserhebung, bringt die mittlere Anzahl konsumfreier Tage zum Ausdruck, wie viele konsumfreie Tage eine Person zwischen diesen beiden Erhebungen für jede von ihr konsumierte Substanz hinzugewonnen (oder eingebüßt) hat.

**zu (3):** Die **Summe der DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnosen** über alle konsumierten Substanzen hinweg bildet das dritte substanzübergreifende Zielkriterium. Dieses Zielkriterium bringt über die Indikatoren der Konsumreduktion (Nutt-Index; Anzahl abstinenten Tage) hinausgehend zum Ausdruck, ob durch die Programmteilnahme die süchtige Bindung an die Droge gelockert oder aufgelöst wurde und in der Folge mit einer Normalisierung der Lebensvollzüge gerechnet werden kann.

**zu (4):** Das vierte Overall-Zielkriterium ist die **in den Drogenkonsum monatlich investierte Geldmenge (in €)**. Dafür werden über alle Substanzen aus den konsumierten Mengen (in SKE) und den in Tabelle 5.11.1 dargestellten durchschnittlichen Kosten dieser Konsumeinheiten die monatlichen (durchschnittlichen) Ausgaben für jede Substanz ermittelt und über alle konsumierten Substanzen aufsummiert.

## 5.11.2 VALIDITÄTSPRÜFUNG DER SELBSTAUSKÜNFTE

Die oben beschriebenen Urinalysen (vgl. Kapitel 5.9) wurden zur Validierung der konsumbezogenen Selbstauskünfte der KlientInnen herangezogen.

Es zeigt sich dabei sowohl für das Pre-Assessment (t1, vgl. Tabelle 5.11.2a) als auch für das Post-Assessment (t2, vgl. Tabelle 5.11.2b) ein erfreulich deutlicher Zusammenhang zwischen den Selbstauskünften der Befragten und den pharmakologisch nachgewiesenen Abbauprodukten dieser Substanzen im Urin. Für Personen, die angaben, innerhalb der vergangenen 30 Tage eine Substanz nicht konsumiert zu haben, lässt sich fast immer (in durchgehend annähernd 90% aller Fälle) der dazu passende negative Urinbefund feststellen. Die Beobachtung, dass es demgegenüber auch einen gewissen Anteil von KlientInnen gibt, der trotz angegebene Konsum einen negativen Urinnachweis besitzt, ist mit großer Sicherheit auf die begrenzte Nachweisdauer der Substanzen im Urin zurück zu führen.

**Tabelle 5.11.2a Urinbefund nach Konsumstatus im Pre-Assessment (t1)**

Substanz	Konsumstatus innerhalb der letzten 30 Tage nach Interview (Frage 2)		Urinbefund (prozentualer Anteil)		Statistischer Zusammenhang (Cramer's V)
			Negativ	Positiv	
Cannabis	konsumiert	n = 65	23,08	76,92	0,63 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 47	87,23	12,77	
Heroin	konsumiert	n = 70	42,86	57,14	0,52 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 42	95,24	4,76	
Crack oder Kokain (Pulver)*	konsumiert	n = 73	35,62	64,38	0,49 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 39	87,18	12,82	
Benzodiazepine	konsumiert	n = 67	34,33	65,67	0,56 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 45	91,11	8,89	

*Anmerkungen. \* Für Crack und Kokain ist der Urinnachweis der gleiche, weshalb die Konsumangaben zusammengefasst werden.*

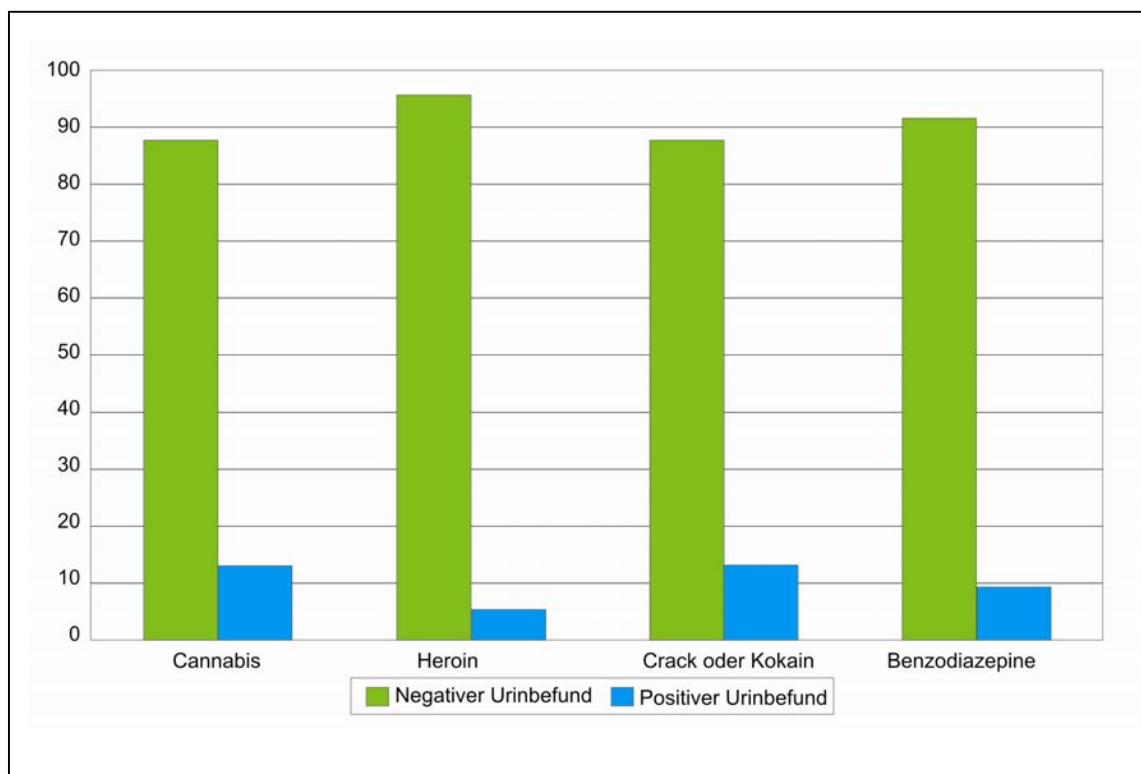
**Tabelle 5.11.2b Urinbefund nach Konsumstatus im Post-Assessment (t2)**

Substanz	Konsumstatus innerhalb der letzten 30 Tage nach Interview (Frage 2)		Urinbefund (prozentualer Anteil)		Statistischer Zusammenhang (Cramer's V)
			Negativ	positiv	
Cannabis	konsumiert	n = 62	22,58	77,42	0,61 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 36	86,11	13,89	
Heroin	konsumiert	n = 50	34,00	66,00	0,70 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 48	100,00	0,00	
Crack oder Kokain (Pulver)*	konsumiert	n = 59	25,42	74,58	0,66 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 40	95,50	7,50	
Benzodiazepine	konsumiert	n = 54	35,19	64,81	0,54 (p = 0,000)
	nicht konsumiert	n = 45	88,89	11,11	

Anmerkungen. \* Für Crack und Kokain ist der Urinnachweis der gleiche, weshalb die Konsumangaben zusammengefasst werden.

Abbildung 5.11.1 verdeutlicht dieses Ergebnis für t1 noch einmal grafisch.

**Abbildung 5.11.1 Prozentualer Anteil positiver und negativer Urinbefunde für KlientInnen, die angaben, die jeweilige Substanz innerhalb der letzten 30 Tage nicht konsumiert zu haben.**





Da - wie oben dargestellt - die differenzierten Mengenangaben zu jeder einzelnen Substanz im Interview nur dann erhoben wurden, wenn die Person einen Konsum innerhalb der letzten 30 Tage (in Frage 2) bejaht hatte, wurden die entsprechenden Konsumangaben für „Nicht-Konsumenten“ zu t1 entsprechend der Angabe in Frage 2 auf Werte für keinen Konsum (Null Standardkonsumeinheiten, Null Konsumvorgänge, Null € Konsumkosten und 7 bzw. 28 konsumfreie Tage für den Wochen- bzw. Monatskonsum) festgesetzt, wenn die Person die entsprechende Substanz zu einem anderen Erhebungszeitpunkt (Post-Assessment bzw. Katamnese) konsumiert hat. Dieses Vorgehen ermöglicht die Einbeziehung von Personen mit einem Wechsel von Konsumfreiheit zu einem Konsum bzw. von Konsum zu Konsumfreiheit im Zeitvergleich. Zur Absicherung dieser Kodierung wurden die hier dargestellten Urinbefunde ebenfalls herangezogen und eine Kodierung des Konsums auf die genannten Werte für Konsumfreiheit fand nur statt, wenn kein dieser Vermutung widersprechender positiver Urinbefund vorlag. Stand die Angabe im Interview im Widerspruch zum Urinbefund, so wurde der entsprechende Fall für Analysen des Konsums dieser Substanz aus der entsprechenden Längsschnittabgrenzung (vgl. unten) ausgeschlossen.

Auf Basis des 2-Wellen-Längsschnittes von t1- und t2-Daten lässt sich als weiterer Schritt zur Validierung der Selbstauskünfte und der durchgeführten Konsumkodierung zeigen, dass in der Tat die konsumierten Mengen der jeweiligen Substanzen zu t1 gut mit den gewonnenen Urinbefunden übereinstimmen:

**Tabelle 5.11.2 c Wöchentliche Standardkonsumeinheiten nach Urinbefund**

Substanz	Urinbefund zu t1		wöchentliche Standardkonsumeinheiten zu t1**	
			M	SD
Cannabis	positiv	n = 47	27,51	(38,19)
	negativ	n = 26	2,20	(6,03)
Heroin	positiv	n = 35	28,74	(29,67)
	negativ	n = 33	3,63	(7,09)
Crack oder Kokain (Pulver)*	positiv	n = 40	21,49	(27,39)
	negativ	n = 26	4,25	(13,23)
Benzodiazepine	positiv	n = 36	21,04	(22,50)
	negativ	n = 31	1,19	(3,02)

*Anmerkungen. \* Für Crack und Kokain ist der Urinnachweis der gleiche. Die Standardkonsumeinheiten sind aufgrund der höheren Prävalenz für Crack ausgewiesen.*

*\*\* Nur Personen, die die Substanz zu t1 und/oder zu t2 konsumiert haben*

Es zeigt sich deutlich, dass die entsprechenden Durchschnittswerte für die Standardkonsumeinheiten sich ganz erheblich in der erwarteten Richtung zwischen Personen mit positivem und negativem Urinbefund unterscheiden. Trotz der oben erläuterten Unschärfe bei der Nachweisdauer und den sicherlich auch nach wie vor vorhandenen Ungenauigkeiten in der Erfassung von Konsummengen mittels des Interviews ist das jedoch ein relativ deutlicher Hinweis auf die Validität der Konsummengenmessung mit dem hier verwendeten Vorgehen.

### 5.11.3 ZWISCHENZEITLICHE BEHANDLUNGEN

Da insbesondere bei den KlientInnen der Wartegruppe davon auszugehen ist, dass diese in den ca. vier Monaten der Wartezeit eventuell weitere Behandlungen erfahren haben, erscheint es notwendig, zumindest solche Personen (selbstverständlich auch in der KISS-Gruppe) von der Analyse auszuschließen, die zwischen den beiden analysierten Erhebungszeitpunkten eine massive konsumrelevante Intervention erfahren haben. Das betrifft in der vorliegenden Studie die Teilnahme an einer Entgiftungsbehandlung zwischen t1 und t2. Keine an der Studie teilnehmende Person hat in dieser Zeit an einer Entwöhnungsbehandlung teilgenommen.

Nach den Angaben im Post-Assessment-Interview haben 17 von 101 (16,83%) der im Pre-Post-Vergleich auswertbaren KlientInnen zwischen t1 und t2 eine Entzugsbehandlung wahrgenommen. Die Verteilung dieser Entgiftungsbehandlungen ist zwischen KISS- und Wartegruppe unterschiedlich: von den 55 Personen der Versuchsgruppe haben 6 (10,91%) an einer Entgiftungsbehandlung in den letzten drei Monaten vor dem Post-Assessmentinterview teilgenommen, in der Wartegruppe waren es 11 von 46 (23,91%).

Diese insgesamt 17 Personen werden aus allen konsumbezogenen Veränderungsanalysen ausgeschlossen, da für sie eine Vergleichbarkeit des zwischenzeitlichen Geschehens mit den anderen KlientInnen nicht gegeben ist und ihre Einbeziehung zu Beeinträchtigungen der internen Validität der Studie führen würde (vgl. Nezu & Nezu, 2008).

### 5.11.4 LÄNGSSCHNITTABGRENZUNGEN

Da sich das Hauptforschungsinteresse dieses Projektes auf die Veränderungen im Substanzkonsum im Zeitverlauf und Unterschiede dieser Veränderungen zwischen KlientInnen der KISS-Gruppe und der Wartegruppe richtete, wurden die Daten aus den einzelnen Erhebungswellen zu einem integrierten Längsschnittdatensatz zusammengeführt.

Es sind aufgrund der Vielzahl vorliegender Erhebungsperioden grundsätzlich mehrere Analysezeiträume denkbar. Der Hauptfokus der hier berichteten Auswertungen liegt auf der Betrachtung und dem Vergleich der Veränderungen von t1 nach t2 für die randomisierte Hauptstichprobe. Als Kriterium für den Einschluss in diese Auswertungen wurde neben dem vollständigen Vorliegen der Eingangsdagnostik lediglich die Verfügbarkeit des Post-Assessment-Interviews vorausgesetzt.

Da bei Analysen, die auf durchschnittliche Veränderungen innerhalb kleiner Stichproben abstellen, bereits einzelne extreme Werte („Ausreißer“) das Ergebnis sehr stark (in beide Richtungen) beeinflussen können, wurden für diese Studie alle Auswertungen zu den Konsummengen (Standardkonsumeinheiten, Konsumkosten und Konsumvorgänge) unter Ausschluss solcher Ausreißer durchgeführt. Hierzu wurden vor der Berechnung von Veränderungswerten (z. B. Differenz des Wertes von t1 und t2) für jede Variable und jeden Erhebungszeitpunkt das arithmeti-

sche Mittel und die Standardabweichung bestimmt und alle Personen, deren Werte um mehr als zwei Standardabweichungen vom arithmetischen Mittel abwichen, aus der Analyse ausgeschlossen. Das betraf (je nach ausgewerteter Variable und Subgruppe) maximal 5 Personen. Vergleichsberechnungen ohne einen solchen Ausschluss führten zu dem Schluss, dass die Stabilität der Ergebnisse (z. B. Vergleich der unterschiedlichen Konsumindikatoren untereinander) erheblich gewonnen hat.

Für Auswertungen zur längerfristigen Stabilität eventuell beobachtbarer Veränderungen wird in Kapitel 9.2 auf einen 3-Wellen Längsschnitt aus Daten des Pre-Assessments (t1), des Post-Assessments (t2) und der Katamnese (t4) zurückgegriffen. Hierdurch reduziert sich die Fallzahl etwas gegenüber dem 2-Wellen-Längsschnitt der Pre-Post Vergleiche, da nicht alle Personen für eine katamnestiche Datenerhebung erreichbar waren. Einzelheiten zur Fallzahlentwicklung folgen in Kapitel 5.14.

Auch von den KlientInnen der Warte-Kontrollgruppe liegen nach deren Teilnahme an einer KISS-Gruppe Informationen zum Konsum nach Beendigung der Gruppe vor. Diese Daten werden aber nur ausnahmsweise und in Ergänzung zur eigentlichen Hauptstichprobe im Rahmen eines Exkurses in Kapitel 9.1 ausgewertet, da sie nicht ohne weiteres mit den ursprünglich (ohne Wartezeit) in die KISS-Gruppen randomisierten KlientInnen vergleichbar sind. Ausgehend von Studien aus dem Alkoholismusbereich (z. B. Alden, 1988) wird angenommen, dass sich unter den Warte-Kontrollbedingungen – angestoßen durch die diagnostischen Sitzungen sowie das Führen des Bestandsaufnahme-Tagebuchs ebenfalls Veränderungen ergeben, die möglicherweise auch den Erfolg einer nachfolgenden KISS-Sitzung (positiv oder auch negativ) beeinflussen könnten.

## 5.12 STATISTISCHE AUSWERTUNGSVERFAHREN

An statistischen Auswertungsverfahren kommen neben deskriptiven Verfahren zur Beschreibung der Stichprobe (Häufigkeitsauszählungen und Mittelwerte) vor allem in Kapitel 6 Tests auf statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen der Ausgangslage in der KISS-Gruppe und der Warte-Kontrollgruppe zum Einsatz. Hier finden t-Tests auf Mittelwertunterschiede zwischen unabhängigen Stichproben sowie entsprechende Anteilswerttests (z-Tests) und an einigen Stellen auch Kreuztabellen mit Chi<sup>2</sup>-Tests auf Unabhängigkeit zwischen der Variablen „Gruppenzugehörigkeit“ und den jeweils analysierten (dann kategorialen) Zielvariablen Verwendung.

In Kapitel 9 werden Veränderungen im Zeitverlauf zwischen der Pre- (t1) und Posterhebung (t2) und in Kapitel 9.2 auch der Katamnese (t4) untersucht. Zur Beschreibung von Veränderungen werden bei metrischen abhängigen Variablen (z. B. Standardkonsumeinheiten, Kosten pro Monat, Anzahl der konsumfreien Tage) in erster Linie die Differenzen der jeweiligen Zielvariablen (z. B. Standardkonsumeinheiten zu t2 minus Standardkonsumeinheiten zu t1) zwischen Pre- und Post-Erhebung - so genannte „Gain-Scores“ - herangezogen. Damit werden vor allem Veränderungen innerhalb der jeweiligen Untersuchungsgruppe von einem zum anderen Zeitpunkt

---

analysiert. Hierbei wird mit entsprechenden t-Tests für abhängige Stichproben untersucht, ob sich von t1 nach t2 (oder in Kapitel 9.2 von t1 nach t4) ein signifikanter Unterschied in den jeweiligen konsumbeschreibenden Variablen eingestellt hat. Für dichotome abhängige Variablen (z. B. Abhängigkeit) kommen auch Mc-Nemar Tests zur Überprüfung der Signifikanz von Veränderungen zwischen den beiden Zeitpunkten zum Einsatz (Bortz 1993, S. 150).

Für die Analyse von Veränderungen sind solche Tests besser geeignet als der reine Vergleich von Anteilswerten, da hierbei explizit nur die Veränderung ausgewertet wird. Ein reiner Anteilwertvergleich könnte fälschlich zur Annahme keiner Veränderung führen, wenn nämlich z. B. gleich viele Personen eine Abhängigkeit überwunden hätten wie neu eine erworben haben.

Alle bislang beschriebenen Verfahren sind jeweils ausschließlich auf Vergleiche zwischen zwei Messzeitpunkten oder den Vergleich von Eigenschaften zwischen zwei Gruppen (z. B. in Kapitel 6 der Vergleich der Ausgangslage zwischen KISS- und Warte-Gruppe) beschränkt. Eine statistische Prüfung von Zusammenhängen unter Einbezug weiterer unabhängiger Variablen (z. B. Geschlecht oder Schwere der Abhängigkeit) erwies sich aufgrund der begrenzten Zahl von KonsumentInnen jeder einzelnen Substanz als nicht seriös durchführbar. Das betrifft sowohl die in einigen Forschungstraditionen für experimentelle Designs üblichen und verbreiteten Verfahren der Varianz- und Kovarianzanalyse als auch erweiterte und aktuelle regressions-analytische Verfahren wie verallgemeinerte lineare Modelle (z. B. Fixed- oder Random Effects Regressionen mit expliziter Modellierung des Zeiteffektes).

Ebenfalls etwas abweichend von der in einigen Traditionen üblichen Veröffentlichungspraxis werden in diesem Bericht zusätzlich zur üblichen Kennzeichnung von Signifikanzen auf dem 5%-Niveau (markiert durch einen Stern: \*) und 1%-Niveau (\*\*), auch Signifikanzen bereits ab dem 10%-Niveau (markiert durch #) ausgewiesen. Auch das ist ein Tribut an die in einigen Subgruppen geringen Fallzahlen.

Deshalb beschränken sich alle Vergleiche in Bezug auf einzelne Substanzen auf die oben genannten bivariaten Verfahren. Obwohl die verwendeten Verfahren eine anschauliche Interpretation der ausgewiesenen Veränderungen in den Einheiten der abhängigen Variablen (z. B. Standardkonsumeinheiten oder konsumfreie Tage) ermöglichen, wurden zusätzlich für alle Vergleiche die jeweils angemessenen Effektstärkenmaße berechnet. In den meisten Fällen wird als Effektstärkemaß Cohens d (Cohen, 1988) in der jeweils geeigneten Berechnungsvariante verwendet. Beim Vergleich von dichotomen Variablen kommen auch Odds-Ratios als Effektstärkemaße zum Einsatz.

Die oben dargestellten substanzübergreifenden Zielvariablen (Gesamtkonsum über alle Substanzen, konsumfreie Tage über alle Substanzen, Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen, Geldausgaben für den gesamten Konsum) eröffnen weitergehende Analysemöglichkeiten, da hier nahezu alle Fälle der Studie einbezogen werden können. Für diese Variablen wurde daher zunächst zusätzlich geprüft, ob der festgestellte signifikante Unterschied zwischen KISS- und

Wartegruppe bestehen bleibt, wenn das Ausgangsniveau des Konsums zu t1 kontrolliert wird. Als Verfahren kam hierbei eine Regressionsanalyse mit dem Konsumwert zu t2 als abhängige Variable sowie dem Konsumwert zu t1, einer Indikatorvariable für die Gruppenzugehörigkeit (KISS- bzw. Wartegruppe) sowie einem Interaktionseffekt aus diesen beiden Variablen als unabhängige Variablen zum Einsatz<sup>7</sup>. Alternativ wären hier auch eine Varianzanalyse mit Meßwiederholung oder sogar multivariate Varianzanalysen (MANOVA) als Analysestrategie möglich gewesen. Der regressionsanalytische Zugang hat jedoch den Vorteil, die Größenordnung der Veränderung direkt und gut interpretierbar zu modellieren, während mit den Varianzanalysen zunächst lediglich global auf Signifikanz von (Gruppen-)Unterschieden geprüft wird. Die Ergebnisse bestätigen die Bedeutung der Gruppenzugehörigkeit für die Konsumveränderung von t1 nach t2 auch unter Kontrolle des Ausgangsniveaus (vgl. Kapitel 9.1.5.1).

Diese regressionsanalytische Auswertungsstrategie wird in den späteren Kapiteln (9.1.4, 9.1.5 und 9.2.3) wieder aufgegriffen, um weitere unabhängige Variablen auf ihren Einfluss auf Konsumveränderungen zu prüfen. Die entsprechenden Modelle und die Interpretation der Ergebnisse werden dort im Detail beschrieben.

## 5.13 FALLZAHLENTWICKLUNG DER ANALYSIERBAREN STICHPROBE (CONSORT STATEMENT)

Abbildung 5.13 („CONSORT Statement“; vgl. Moher, Schulz & Altman, 2001; Sharma, 2005) verdeutlicht den TeilnehmerInnenfluss der vorliegenden Studie vom Aufnahmeprozess über die Pre-Assessment- und Post-Assessment- Erhebungen bis zur 6-Monats-Katamnese. Der Gesamtzeitraum für TeilnehmerInnen der KISS-Versuchsgruppe betrug rund 11 Monate.

Zum Zeitpunkt **t0 (= Aufnahmeprozess)** fanden mit **230 Personen** Informationsgespräche statt. Diese wurden anhand einer Checkliste geführt. Nach diesen Gesprächen hatten die Interessierten Zeit, ihre Entscheidung über die Teilnahme am Programm zu treffen. Bei einigen war eine Teilnahme am Programm aus Gründen der Nichterfüllung der Aufnahmekriterien nicht möglich (z. B. bevorstehender Klinikaufenthalt oder Inhaftierung). Einige hatten nach dem Vorgespräch kein Interesse mehr an einer Teilnahme, und zwar entweder grundsätzlich kein Interesse an kontrolliertem Konsum, Bedenken bzgl. der Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie oder kein Interesse an einem Gruppenprogramm. Insgesamt nahmen aus den genannten Gründen 107 Personen nicht an der Studie teil.

---

<sup>7</sup> Gegen die Verwendung eines vorhergehenden Messwertes der abhängigen Variablen als unabhängige Variable (eine sogenannte lagged dependent variable) wird gelegentlich eingewandt, dass dadurch die Einhaltung von Voraussetzungen der Regressionsanalyse (hier namentlich die Annahme der Unkorreliertheit der Residuen) gefährdet wäre. Während dieses Argument theoretisch nicht von der Hand zu weisen ist, zeigen jedoch sowohl die hier durchgeführte Regressionsdiagnostik, als auch Simulationen in einem anderen Kontext (Keele & Kelly, 2005), dass dieses Verfahren insbesondere bei kleinen Stichproben zu besseren und zuverlässigeren Ergebnissen führt als konkurrierende Verfahren.



Von diesen 123 Personen haben **113** die Eingangsuntersuchungen abgeschlossen. Sie wurden in die Studie eingeschlossen und im Zufallsverfahren in die Versuchsgruppe oder die Wartegruppe randomisiert. 59 Personen wurden so der KISS-ITT-Gruppe und 54 Personen der Wartegruppe zugeordnet. Diese Aufnahme von StudienteilnehmerInnen erfolgte bis ca. 4 Wochen vor Beginn der KISS-Gruppe, da eine Baseline des eigenen aktuellen Konsums über 4 Wochen hinweg von den KISS-TeilnehmerInnen erhoben wurde. Im Anschluss an diese Bestandsaufnahme begannen die 12 wöchentlichen KISS-Sitzungen (Dauer in der Regel 4 Monate). Bei den KISS-Gruppen-TeilnehmerInnen wurde für Auswertungen noch eine Aufteilung in ITT (Intention To Treat) und TPP (Treated Per Protocol) vorgenommen. Die ITT-Gruppe (N = 59) setzt sich aus denjenigen TeilnehmerInnen zusammen, die an 0-3 Sitzungen teilgenommen haben, das sind im Betrachtungszeitraum 20 Personen (12 mit 0 Sitzungen, 2 Personen mit 1 Sitzung und jeweils 3 Personen mit 2 bzw. 3 Sitzungen) und aus den 39 TPP-TeilnehmerInnen, die an 4 oder mehr Sitzungen teilgenommen haben (7 Personen an 4 Sitzungen, je 2 Personen an 5, 6 bzw. 7 Sitzungen, 5 Personen an 8, 3 an 9, 8 an 10, 3 an 11 und 7 Personen an 12 Sitzungen).

In der ersten Woche nach Ende des KISS-Gruppenprogramms wurde dann die **Post-Assessment**-Erhebung (t<sub>2</sub>; wieder computergestütztes Interview, Urinuntersuchung und ärztliche Untersuchung) durchgeführt. Es liegen von 46 TeilnehmerInnen der Wartegruppe und 55 TeilnehmerInnen der KISS-Gruppe vollständige Post-Assessment-Erhebungen vor. Diese **101 Personen** konnten in den t<sub>1</sub>-t<sub>2</sub>-Auswertungen berücksichtigt werden. Sechs der ursprünglich 113 Personen konnten aufgrund eines unbestimmten Aufenthaltsortes nicht erreicht werden. Die anderen Gründe fehlender t<sub>2</sub>-Daten sind: Verweigerung der weiteren Teilnahme (n = 2), Krankenhausaufenthalt (n = 2), Nichterreichbarkeit wegen Arbeitsaufnahme (n = 1) bzw. Aufenthalt in der Justizvollzugsanstalt (n = 1).

Um eine Verzerrung der Ergebnisse durch zwischenzeitliche (d. h. zwischen t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub> stattgefundenen) Entzugsbehandlungen auszuschließen, wurden zur Absicherung der internen Validität systematisch die Personen von der Analyse der Konsumveränderungen ausgeschlossen, die im Postassessment-Interview angaben, seit der Eingangsuntersuchung (t<sub>1</sub>) an einer Entzugsbehandlung teilgenommen zu haben. Das betrifft 6 Personen aus der ITT-Gruppe und 11 Personen aus der Wartegruppe. Durch diesen Ausschluss reduziert sich die tatsächlich analysierte Stichprobe auf insgesamt n = 84.

Weiterhin wurde bei der Analyse von Veränderungen der Konsummenge, der Konsumkosten, der Anzahl der Konsumvorgänge und der durchschnittlichen Konsummenge pro Konsumtag alle Personen ausgeschlossen, deren Konsumangaben um mehr als zwei Standardabweichungen oberhalb des Durchschnittswertes lagen. Das geschah vor dem Hintergrund der Feststellung, dass durch diese einzelnen Personen die Durchschnittsergebnisse sehr stark verzerrt wurden. Dieser Ausschluss betraf je nach Substanz und analysierter Variable zwischen Null und maximal drei Personen.

---

Ab dem Zeitpunkt t2 (Post-Assessment) stand allen TeilnehmerInnen der Wartegruppe die Möglichkeit offen, an einer KISS-Gruppe teilzunehmen. Dies war ihnen bereits im Zuge der Randomisierung in die Wartegruppe zu t1 angeboten worden. Von den 46 Wartegruppenzugehörigen zu t2 nahmen 30 Personen dieses Angebot wahr („Wartegruppe mit KISS“). Acht Personen entschieden sich gegen eine Teilnahme, für 7 Personen konnte der Aufenthalt nicht ermittelt werden und 1 Person konnte wegen eines JVA-Aufenthaltes nicht an einer Gruppe teilnehmen, so dass die „reine Wartegruppe“ nur noch 8 Personen ausmachte. Die **30 Personen** der „Wartegruppe mit KISS“ durchliefen nach 4 Monaten zum Zeitpunkt **t3** erneut eine Post-Assessment-Erhebung und wurden nach 6 weiteren Monaten im Rahmen der Katamneseerhebung erneut interviewt. Für 23 Personen der „Wartegruppe mit KISS“ liegen vollständige Katamneseinterviews vor (1 TeilnehmerIn war verstorben, 1 Teilnehmer war inhaftiert und für 5 TeilnehmerInnen gab es keinen gültigen Interviewzeitraum).

Diese beiden genannten Erhebungen der „Wartegruppe mit KISS“ wurden im Rahmen der Studie jedoch nicht in die t1-t2- und t1-t2-t4-Auswertungen einbezogen (siehe hierzu Kapitel 9.1.2, gepoolte Auswertungen).

Für die **Katamnese (t4)** lagen von **77 Personen** Abschlussinterviews vor. Davon konnten 31 Personen nicht in die Auswertungen einfließen. 23 Personen der Wartegruppe nahmen, wie zuvor erläutert, in der Zwischenzeit an einer KISS-Gruppe teil und konnten somit nicht mehr als Wartegruppe ausgewertet werden. Für die verbliebenen 8 Personen in der „reinen Wartegruppe“ wurde auf Grund der geringen Fallzahl keine Katamneseauswertung vorgenommen. Es wurden somit 46 KISS-ITT-TeilnehmerInnen in die Katamneseauswertung aufgenommen.

Keine (zulässigen) Katamnese-daten liegen von 24 Personen vor. Bei 8 Personen wurden aufgrund eines Fehlers in der Studienlogistik die Katamnese-daten zu früh (6 Personen, davon 5 aus der „Wartegruppe mit KISS“ und 1 aus der KISS-ITT-Gruppe) oder zu spät (2 Personen, davon 1 aus der „Wartegruppe mit KISS“ und 1 aus der KISS-ITT-Gruppe) erhoben, d.h. weniger als 150 Tage („zu früh“) oder später als 180 Tage („zu spät“) nach dem Post-Assessment-Interview. Bei 2 Personen war der Abstand zwischen t2 und t4 größer als zulässig (beide aus der Wartegruppe ohne KISS). 2 Teilnehmende verstarben in der Zeit vor der Katamneseerhebung (1 x Wartegruppe mit KISS, 1 x KISS-ITT-Gruppe). 4 Personen befanden sich in der JVA (1 x „Wartegruppe ohne KISS“, 1 x „Wartegruppe mit KISS“, 2 x KISS-ITT-Gruppe) und standen für ein Interview nicht zur Verfügung. Zehn weitere StudienteilnehmerInnen waren nicht erreichbar. Da die Katamnese-daten der Wartegruppe ohnehin nicht in die Auswertungen einbezogen worden sind (s.o.), ist für die katamenstischen Datenanalysen nur der Schwund von 9 Personen in den KISS-Gruppen von Bedeutung.



## 6 AUSGANGSMERKMALE DER TEILNEHMERINNEN

Die Gesamtstichprobe besteht aus 113 Personen, die das Intention-To-Treat-Kriterium erfüllen (Vorliegen von Erstinterview, Urinprobe und medizinischer Untersuchung; vgl. Kapitel 5.13). Die zwei zentralen Vergleichsgruppen dieser Gesamtstichprobe bilden die KISS-Interventionsgruppe (KISS-ITT; n = 59) und die Warte-Kontrollgruppe (Warte-KG bzw. KG; n = 54), denen die 113 Studien-TeilnehmerInnen per Zufall zugewiesen worden sind.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Darstellung und den Vergleich der Ausgangsmerkmale dieser Gruppen. Ergänzend einbezogen wird die Untergruppe der KISS-TeilnehmerInnen, die an mindestens vier Sitzungen anwesend waren und die somit das Treatment-Per-Protocol-Kriterium erfüllen (KISS-TPP-Gruppe, n = 39; vgl. dazu auch das Diagramm zur Fallzahlentwicklung in den Subgruppen im Sinne des CONSORT-Statements, Kapitel 5.13). Die inferenzstatistischen Prüfungen der Gruppenunterschiede erfolgten stets zweiseitig. Alle Informationen über die Ausgangsmerkmale der Studien-TeilnehmerInnen sind, sofern nicht anders erwähnt, dem PC-gestützten Aufnahme- bzw. Eingangsinterview (t1) der geschulten InterviewerInnen, die medizinischen Daten der ärztlichen Eingangsuntersuchung sowie den Urinanalysen entnommen.

### 6.1 SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE

In den Tabellen 6.1.1 und 6.1.2 sind die soziodemografischen Charakteristika der Gesamtgruppe, der beiden KISS-Gruppen (ITT und TPP) sowie der Warte-KG einander gegenübergestellt. In der letzten Spalte dieser wie auch der folgenden Tabellen finden sich die Ergebnisse des inferenzstatistischen Vergleichs der Merkmalsausprägungen zwischen den KISS-Gruppen und der Warte-KG.

**Tabelle 6.1.1** Soziodemografische Merkmale der Gesamtgruppe und der Subgruppen (I):  
Alter, Geschlecht, Familien-/Partnersituation (in %)

	Gesamt [n = 113]	KISS-ITT [n = 59]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 54]	Signifikanz
Alter: M (SD)	38,9 (7,8)	39,2 (7,4)	39,5 (7,9)	38,7 (8,3)	ns
Geschlecht <sup>a)</sup>					
männlich	71,7% [81] <sup>b)</sup>	69,5% [41]	69,2% [27]	74,1% [40]	ns
weiblich	28,3% [32]	30,5% [18]	30,8% [12]	25,9% [14]	
Familienstand ledig	65,5% [74]	64,4% [38]	69,2% [27]	66,7% [36]	ns
eigene (leibliche) Kinder	40,7% [46]	39,0% [23]	33,3% [13]	42,6% [23]	ns
in Beziehung lebend	33,6% [38]	37,3% [22]	35,9% [14]	29,6% [16]	ns
PartnerIn ohne Drogenprobleme <sup>c)</sup>	76,3% [29]	72,7% [16]	78,6% [11]	81,3% [13]	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

<sup>a)</sup> Geprüft wurde über zwei Chi2-Tests, ob sich das Geschlechterverhältnis zwischen KISS-ITT und Warte-KG (Test 1) bzw. KISS-TPP und Warte-KG (Test 2) unterschied, was nicht der Fall war.

<sup>b)</sup> In eckigen Klammern: Anzahl der Personen

<sup>c)</sup> Prozentwerte und Personenzahl beziehen sich auf die 38 Personen, die mit Partner/in zusammenleben.

Tabelle 6.1.1 ist zu entnehmen, dass die Gesamtgruppe der Studien-TeilnehmerInnen im Durchschnitt 38,9 Jahre alt und zu 28%<sup>8</sup> weiblich ist. Nahezu zwei Drittel (66%) sind ledig und leben in keiner festen Partnerschaft, 41% haben eigene Kinder. Von den 38 Personen, die in einer Partnerschaft leben (34% der Gesamtgruppe), haben 24% der PartnerInnen ebenfalls Drogenprobleme. Signifikante Subgruppenunterschiede zwischen KISS-ITT-Gruppe und Warte-KG bzw. zwischen KISS-TPP-Gruppe und Warte-KG ergeben sich in keinem soziodemografischen Merkmal.

**Tabelle 6.1.2      Soziodemografische Merkmale der Gesamtgruppe und der Subgruppen (II):  
Schulbildung, Berufsstatus, Sozialleistungsbezug, Wohnsituation (in%)**

	Alle [n = 113]	KISS-ITT [n = 59]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 54]	Signifikanz
Schulabschluss	92,0% [104] <sup>a)</sup>	93,2% [55]	92,3% [36]	90,7% [49]	ns
Schulabschluss max. Hauptschule	51,9% [54 von 104] <sup>b)</sup>	54,6% [30 von 55]	47,2% [17 von 36]	49,0% [24 von 49]	ns
abgeschlossene Berufsausbildung	59,3% [67]	59,3% [35]	59,0% [23]	59,3% [32]	ns
arbeitslos	73,5% [75 von 102]	63,5% [33 von 52]	56,3% [18 von 32]	84,0% [42 von 50]	ITT < KG <sup>c)</sup> TPP < KG <sup>d)</sup>
Bezug von Sozialleistungen	92,0% [104]	89,8% [53]	87,2% [34]	94,4% [51]	ns
Wohnstatus eigenständig	52,2% [59]	52,4% [31]	46,2% [18]	51,9% [28]	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

<sup>a)</sup> In eckigen Klammern: Anzahl der Personen

<sup>b)</sup> Bei „Schulabschluss max. Hauptschule“ und „arbeitslos“ fehlen Angaben, da TeilnehmerInnen vereinzelt keine eindeutige Auskunft geben konnten oder Fehlzuordnungen in der Eingabemaske aufgetreten sind. Die Prozentwerte beziehen sich nicht auf die Spalten, sondern die bei diesen beiden Variablen in den jeweiligen Zellen angegebene Gesamtzahl der Personen (z. B.  $n = 104$  statt  $n = 113$ )

<sup>c)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 5,55, p = 0,019$

<sup>d)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 7,65, p < 0,006$

Tabelle 6.1.2 fasst die Schul- und Berufsausbildung sowie Arbeits-, Einkommens- und Wohnsituation der StudienteilnehmerInnen zusammen. 8% der Gesamtstichprobe haben keinen Schulabschluss, 52% maximal den Hauptschulabschluss. 41% verfügen über keine abgeschlossene Berufsausbildung, knapp drei Viertel (74%) sind arbeitslos und nahezu alle (92%) beziehen Sozialleistungen.

52% wohnten im Halbjahr vor Studienbeginn eigenständig (d. h. in Miete oder eigenem Wohneigentum), 48% nicht-eigenständig (davon 31% [n = 17] im betreuten Wohnen/Wohnheim, weitere 31% [n = 17] in Notschlafstellen). Bis auf die Arbeitslosenquote, die in der Warte-KG (84%) höher als in der KISS-ITT-Gruppe (64%) und der KISS-TPP-Gruppe (56%) ausfällt, ergeben sich keine signifikanten Subgruppenunterschiede.

<sup>8</sup> An dieser wie auch den folgenden Textstellen finden sich jeweils auf- oder abgerundete Werte

## 6.2 BELASTUNGEN IN VERSCHIEDENEN LEBENSBEREICHEN

Im Rahmen des Eingangsinterviews haben die Studien-TeilnehmerInnen das Ausmaß ihrer aktuellen Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen auf einer dem EuropASI (Gsellhofer et al., 1999) entnommenen 7-stufigen Ratingskala eingeschätzt. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 6.2.

**Tabelle 6.2 Erlebter Grad der Belastung in sieben verschiedenen Lebensbereichen (M (SD); 7er-Skala: 1 = gar nicht, 7 = sehr stark)**

	Gesamt [n = 113]	KISS-ITT [n = 59]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 54]	Signifikanz
Körperliche Gesundheit	4,50 (1,95)	4,10 (1,90)	3,77 (1,99)	4,71 (1,99)	TPP<KG <sup>a)</sup>
Wohnsituation	4,06 (2,33)	3,98 (2,37)	3,67 (2,24)	4,15 (2,32)	ns
Arbeitssituation	4,13 (2,13)	3,98 (2,21)	3,80 (2,22)	4,37 (2,04)	ns
Finanzielle Situation	5,65 (1,46)	5,59 (1,48)	5,46 (1,57)	5,72 (1,46)	ns
Rechtliche Situation	4,11 (2,32)	4,24 (2,32)	4,11 (2,38)	3,96 (2,35)	ns
Psychische Situation	4,67 (1,80)	4,51 (1,72)	4,21 (1,75)	4,85 (1,85)	TPP<KG <sup>b)</sup>
Soziale Situation	4,52 (1,96)	4,31 (1,83)	4,21 (1,87)	4,76 (2,08)	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

<sup>a)</sup>  $t(91) = 2,24, p < 0,028$

<sup>b)</sup>  $t(91) = 1,68, p < 0,096$

Alle Belastungseinschätzungen der Gesamtgruppe liegen oberhalb des die 7er-Skala teilenden Wertes von 4. Tendenziell schätzen die TeilnehmerInnen somit alle Lebensbereiche als eher belastend sein, wobei die deutlichste Belastung an die finanzielle Situation geknüpft ist. Der geringste Belastungswert (4,06) wird für die Wohnsituation angegeben, was insofern erstaunt, als fast die Hälfte der Studien-TeilnehmerInnen eine nicht-eigenständige Wohnform aufweist.

Auffallend ist, dass sich die Warte-KG im Vergleich zur KISS-TPP-Gruppe in 2 der 7 „Lebenssäulen“ (und zwar in den Bereichen körperliche Gesundheit und psychische Verfassung) als signifikant stärker belastet einschätzt. Die Differenzen zwischen KISS-ITT-Gruppe und Warte-KG fallen demgegenüber allesamt nicht signifikant aus.

### 6.3 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Die im Eingangsinterview abgegebenen Einschätzungen der TeilnehmerInnen zu ihren sozialen Unterstützungsnetzwerken sind in Tabelle 6.3 aufgeführt. Dabei wurden die TeilnehmerInnen in Form von 7-stufigen Ratings befragt, ob in ihrem Umfeld genügend Personen zur Unterstützung a) bei persönlichen Problemen, b) bei der Bewältigung alltagspraktischer Situationen und c) in Notfallsituationen vorhanden sind (nach Henkel et al., 2003, Skala „Soziale Unterstützung“). Gegenstand der entsprechenden Fragen ist also die wahrgenommene soziale Unterstützung. Je höher der angegebene Wert, desto höher ist die erlebte soziale Unterstützung.

Die dazu abgegebenen Einschätzungen liegen allesamt im Bereich des Skalenmittels (Wert von 4), d. h. es wird weder eine sehr hohe noch eine sehr geringe soziale Unterstützung erlebt. Der Range in der Gesamtgruppe reicht von 3,81 (Hilfe bei persönlichen Problemen) bis zu 4,34 (Hilfe in Notfallsituationen), d. h. die Verfügbarkeit von AnsprechpartnerInnen bei persönlichen Problemen wird etwas geringer eingeschätzt als die Verfügbarkeit von Hilfe in Notfallsituationen. Zwischen den KISS-Gruppen und der Warte-KG ergeben sich für keinen der drei Aspekte sozialer Unterstützung signifikante Mittelwertsunterschiede.

**Tabelle 6.3 Erlebte soziale Unterstützung in drei Bereichen (M (SD); 7er-Skala: 1 = trifft gar nicht zu, 7 = trifft völlig zu)**

	Gesamt [n = 113]	KISS-ITT [n = 59]	KISS-TPP [n = 39]	Warte KG [n = 54]	Signifikanz
Hilfe bei persönlichen Problemen	3,81 (2,25)	3,92 (2,37)	4,15 (2,49)	3,70 (2,13)	ns
Hilfe in alltagspraktischen Situationen	4,05 (2,15)	4,29 (2,11)	4,41 (2,23)	3,80 (2,18)	ns
Hilfe in Notfallsituationen	4,34 (2,24)	4,54 (2,22)	4,72 (2,26)	4,11 (2,26)	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

### 6.4 KÖRPERLICH-GESUNDHEITLICHER, INFEKTIOLOGISCHER UND PSYCHISCH-PSYCHIATRISCHER STATUS

Im dritten Teil der Eingangserhebung (Teil 1: Eingangsinterview; Teil 2: Urinprobe) wurden in Anlehnung an die Dokumentationsstandards III der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) in einer ärztlichen Untersuchung aktuelle körperliche Beschwerden sowie insbesondere der serologische und psychisch-psychiatrische Status erhoben. Die Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten zusammengefasst.

### 6.4.1 KÖRPERMEDIZINISCH RELEVANTE STÖRUNGEN

Tabelle 6.4.1 ist zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand vieler TeilnehmerInnen durch eine Vielzahl akuter körperlicher Störungen gekennzeichnet ist.

**Tabelle 6.4.1 Medizinisch relevante Störungen (in% [n]; Datenbasis: Selbstauskünfte der KlientInnen im Rahmen der ärztlichen Untersuchung)**

	Gesamt [n = 110]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 52]	Signifikanz
Leberzirrhose	7,3 [8]	3,5 [2]	2,6 [1]	11,5 [6]	ns
Ösophagusvarizen	1,8 [2]	1,7 [1]	2,6 [1]	1,9 [1]	ns
Chronische Gastritis	10,0 [11]	10,3 [6]	7,7 [3]	9,6 [5]	ns
Chronische Pankreatitis	1,8 [2]	0	0	3,9 [2]	ns
TBC	2,7 [3]	1,7 [1]	0	3,9 [2]	ns
Herzinsuffizienz	1,8 [2]	1,7 [1]	2,6 [1]	1,9 [1]	ns
Nierenversagen	1,8 [2]	1,7 [1]	0	1,9 [1]	ns
Cerebrale Anfälle	8,2 [9]	5,2 [3]	2,6 [1]	11,5 [6]	ns
Polyneuropathie	18,2 [20]	17,2 [10]	15,4 [6]	19,2 [10]	ns
Chronische Abszesse	9,1 [10]	6,9 [4]	5,1 [2]	11,5 [6]	ns
Chronische Hauterkrankung	13,6 [15]	19,0 [11]	20,5 [8]	7,7 [4]	ITT > KG <sup>a)</sup> TPP > KG <sup>b)</sup>
Extrem schlechter Zahnstatus	35,5 [39]	36,2 [21]	33,3 [13]	34,6 [18]	ns
Sonstiges <sup>c)</sup>	20,9 [23]	13,8 [8]	15,4 [6]	28,9 [15]	ITT < KG <sup>d)</sup>

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

Die medizinischen Daten von drei Personen waren aufgrund eines Datenübertragungsfehlers nicht weiterverwertbar, weshalb sich die Gesamtstichprobengröße auf  $n = 110$  Personen beschränkt.

<sup>a)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 2,97, p < 0,085$

<sup>b)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,20, p < 0,074$

<sup>c)</sup> Endokarditis, Kardiomyopathie, Kleinhirntaxie und andere chronische Erkrankungen.

<sup>d)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,76, p < 0,053$ .

Auffallend viele KlientInnen weisen einen extrem schlechten Zahnstatus (36%), polyneuropathische Störungen (18%), chronische Hauterkrankungen (14%) und chronische Gastritis (10%) auf. Diverse sonstige somatische Beeinträchtigungen (Herz-Kreislaufprobleme, motorische Probleme, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme etc.) liegen bei 21% der KlientInnen vor.

Zwischen den Untersuchungsgruppen (d. h. KISS- und Warte-KG) ergeben sich kaum numerische Unterschiede, die zudem nicht einheitlich über alle Erkrankungen zu Lasten der KISS- oder Warte-Gruppe gehen.

## 6.4.2 SEROLOGISCHER STATUS

Einen weiteren Einblick in den medizinischen Status ermöglichen die für den Drogenbereich relevanten serologischen Befunde, die in Tabelle 6.4.2 zusammengefasst sind.

**Tabelle 6.4.2 Serologischer Status (in% [n]; Datenbasis: Selbstauskünfte der KlientInnen im Rahmen der ärztlichen Untersuchung)**

	Gesamt [n = 110]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 52]	Signifikanz
<b>HIV</b>					
HIV-Test durchgeführt	98,2 [108]	98,3 [57]	97,4 [38]	98,1 [51]	ns
Monatsabstand letzter HIV-Test (M, SD)	13,30 (24,40)	15,77 (27,86)	12,55 (21,30)	10,59 (19,76)	ns
HIV negativ	83,3 [90 von 108]	84,2 [48 von 57]	86,8 [33 von 38]	82,3 [42 von 51]	ns
HIV positiv ohne Symptomatik	13,9 [15 von 108]	12,3 [7 von 57]	10,5 [4 von 38]	15,7 [8 von 51]	ns
HIV positiv mit Symptomatik	1,9 [2 von 108]	1,8 [1 von 108]	0	1,9 [1 von 52]	ns
In Behandlung wegen HIV	11,8 [13 von 108]	10,3 [6 von 57]	10,3 [4 von 38]	13,5 [7 von 51]	ns
<b>Hepatitis B</b>					
Hepatitis B-Test durchgeführt	96,3 [105 von 109]	94,8 [55 von 58]	92,3 [36 von 39]	98,0 [50 von 51]	ns
Hepatitis B-Test positiv	11,5 [12 von 104]	10,9 [6 von 55]	11,1 [4 von 36]	12,2 [6 von 49]	ns
Hepatitis B-Impfung durchgeführt	38,5 [42 von 109]	34,5 [20 von 58]	38,5 [15 von 39]	43,1 [22 von 51]	ns
<b>Hepatitis C</b>					
Hepatitis C-Test durchgeführt	98,2 [108]	100,0 [58]	100,0 [39]	96,2 [50]	ns
Monatsabstand letzter Hepatitis C-Test (M, SD)	13,70 (24,00)	17,49 (27,54)	16,08 (23,21)	9,38 (18,50)	ITT > KG <sup>a)</sup>
Hepatitis C-Test positiv	63,5 [66 von 104]	64,9 [37 von 57]	63,2 [24 von 38]	61,7 [29 von 47]	ns
In Behandlung wegen Hepatitis C	10,0 [11 von 108]	6,9 [4 von 58]	5,1 [2 von 39]	13,5 [7 von 50]	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

Fehlende Werte zum jeweils vollständigen n der jeweiligen Gruppe ergeben sich aus unklarer Sachlage („weiß nicht“), fehlenden Auskünften oder ungeklärter Diagnose.

<sup>a)</sup>  $t(105) = 1,76, p < 0,081$

Das in der Studien-Stichprobe am meisten verbreitete Gesundheitsproblem stellt die Hepatitis C-Infektion (64%) dar. Deutlich geringer, aber immer noch relativ hoch fallen die Raten an HIV (16%) und Hepatitis B (12%) aus. Da die Durchführung der entsprechenden Tests im Schnitt länger als ein Jahr zurückliegt (im Falle des Hepatitis C-Tests in der KISS-ITT-Gruppe länger als in der Warte-KG), könnte der „wahre Wert“ allerdings auch höher liegen.

### 6.4.3 BODY-MAß-INDEX UND ALKOHOLBEZOGENE BEFUNDPARAMETER

In Tabelle 6.4.3 sind die medizinischen Eingangsbefunde zum Körpergewicht (bzw. dem Body-Maß-Index als Indikator für Normal- bzw. Unter-/Übergewicht) und zu Anzeichen eines aktuell oder chronisch auffälligen Alkoholkonsums (Blutalkohol-Konzentration, Transaminasen, mittleres Zellvolumen) aufgeführt. Wie daraus zu ersehen ist, sind die KlientInnen tendenziell übergewichtig und es ergeben sich Hinweise auf einen gesundheitsbeeinträchtigenden Alkoholkonsum in der Stichprobe, gehäuft in der Warte-KG. Allerdings könnten die recht hohen Gamma-GT-Werte auch mit den Hepatitis-Erkrankungen in Zusammenhang stehen und nicht alkoholbedingt sein.

**Tabelle 6.4.3 Body-Maß-Index und alkoholsensible (Labor-)Parameter (M (SD) [n]); Datenbasis: Ärztliche Untersuchung und Laboranalysen**

	Gesamt [n = 110]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 52]	Signifikanz
BMI (Normalgewicht: 18,5 – 24,9)	24,52 (5,38) [110]	24,89 (5,57) [58]	25,37 (5,55) [39]	24,11 (5,18) [52]	ns
BMI über Normwert	34,6% [38]	41,4% [24]	43,6% [17]	26,9% [14]	TPP>KG <sup>a)</sup>
BMI unter Normwert	7,3% [8]	5,2% [3]	2,6% [1]	9,6% [5]	ns
BAK positiv	10,0% [11]	8,6% [5]	7,7% [3]	11,5% [6]	ns
BAK (in ‰)	0,04 ‰ (0,18) [110]	0,03 ‰ (0,14) [58]	0,03 ‰ (0,16) [39]	0,05 ‰ (0,22) [52]	ns
Durchschnittliche BAK bei BAK-Positiven	0,40 ‰ (0,44)	0,35 ‰ (0,35)	0,44 ‰ (0,40)	0,44 ‰ (0,54)	ns
ASAT (GOT) (Normbereich: Männer < 50, Frauen < 35)	53 (38,2) [109]	49 (32,0) [56]	46 (27,1) [38]	57 (43,8) [53]	ns
ASAT über Norm (unter Berücksichtigung der geschlechts- spezifischen Normwerte)	34,6% [27]	33,3% [13]	25,9% [7]	35,9% [14]	ns
ALAT (GPT) (Normbereich: Männer < 50, Frauen < 35)	49 (45,0) [109]	44 (33,1) [56]	40 (30,5) [38]	53 (54,9) [53]	ns
ALAT über Norm (unter Berücksichtigung der geschlechts- spezifischen Normwerte)	37,2% [29]	35,9% [14]	29,6% [8]	38,5% [15]	ns
Gamma-GT (Normbereich: Männer < 60, Frauen < 40)	92 (124,0) [109]	65 (65,2) [56]	62 (62,7) [38]	120 (160,6) [53]	ITT < KG <sup>b)</sup> TPP<KG <sup>c)</sup>
Gamma GT über Norm (unter Berücksicht. der geschlechtsspezifi- schen Normwerte)	35,9% [28]	33,3% [13]	25,9% [7]	38,5% [15]	ns
MCV (Normbereich:Männer 80-94,Frauen 81-99)	89 (6,1) [107]	90 (6,4) [56]	91 (6,9) [38]	89 (6,1) [51]	ns
MCV erhöht (unter Berücksichtigung der geschlechts- spezifischen Normwerte)	16,9% [13]	23,1% [9]	29,6% [8]	10,5% [4]	TPP>KG <sup>d)</sup>

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$ ; BMI Body-Maß-Index. BAK Blutalkoholkonzentration. ASAT Aspartat-Amino-Transferase (bzw. GOT Glutamat-Oxalacetat-Transaminase). ALAT Alanin-Amino-Transferase (bzw. GPT Glutamat-Pyruvat-Transaminase). Gamma-GT Gamma-Glutamyl-Transferase. MCV Mean Corpuscular Volume (mittleres Zellvolumen).

<sup>a)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 2,76, p < 0,097$

<sup>b)</sup>  $t(107) = -2,37, p < 0,019$

<sup>c)</sup>  $t(89) = -2,10, p < 0,039$

<sup>d)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,83, p < 0,050$

#### 6.4.4 KÖRPERLICHER ALLGEMEINZUSTAND

Zum körperlichen Allgemeinzustand wurde sowohl von den untersuchenden ÄrztInnen (Tabelle 6.4.4.1) als auch den untersuchten KlientInnen (Tabelle 6.4.4.2) im Rahmen der ärztlichen Untersuchung auf einer 7er-Skala ein Gesamturteil abgegeben.

**Tabelle 6.4.4.1 Körperlicher Allgemeinzustand, ÄrztInnen-Einschätzung (7er-Rating 1 = sehr gut, 4 = weder gut noch schlecht, 7 = sehr schlecht; Angabe in % [n] pro Antwortkategorie)**

	Gesamt [n = 109]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 51]
Sehr gut (1)	1,83 [2]	3,45 [2]	2,56 [1]	0
Gut (2)	23,85 [26]	24,19 [14]	28,21 [11]	23,53 [12]
Eher gut (3)	41,28 [45]	37,93 [22]	46,15 [18]	45,10 [23]
Weder gut noch schlecht (4)	16,51 [18]	17,24 [10]	10,26 [4]	15,69 [8]
Eher schlecht (5)	9,17 [10]	10,34 [6]	7,69 [3]	7,84 [4]
Schlecht (6)	5,50 [6]	5,17 [3]	5,13 [2]	5,88 [3]
Sehr schlecht (7)	1,83 [2]	1,72 [1]	0	1,96 [1]
M (SD) <sup>a)</sup>	3,31 (1,24)	3,29 (1,28)	3,08 (1,13)	3,33 (1,21)

Anmerkungen. <sup>a)</sup> Die Mittelwertsunterschiede zwischen ITT und KG sowie zwischen TPP und KG sind nicht signifikant ( $p > 0,10$ ).

Der Mittelwert der ÄrztInnenbeurteilung von 3,3 zeigt an, dass der körperliche Zustand zwischen „eher gut“ und „weder gut noch schlecht“ eingeschätzt wird (Tab. 6.4.4.1). Signifikante Gruppenunterschiede ergeben sich dabei nicht. Bei 16,5% der Gesamtstichprobe stufen die ÄrztInnen den Gesundheitszustand als eher schlecht bis sehr schlecht ein.

Die KlientInnen beurteilen ihren körperlichen Gesamtzustand mit  $M = 3,61$  schlechter als die ÄrztInnen, und auch der Anteil derer, der seinen Gesundheitszustand „eher schlecht“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstuft (= 21,1%), liegt höher als der entsprechende Anteil im ÄrztInnenurteil (16,5%; Tabelle 6.4.4.2). Die Warte-KlientInnen empfinden ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter als jene der KISS-TPP-Gruppe.



**Tabelle 6.4.4.2 Körperlicher Allgemeinzustand, KlientInnen-Selbsteinschätzung**  
(7er-Rating 1 = sehr gut, 4 = weder gut noch schlecht, 7 = sehr schlecht;  
Angabe in % [n] pro Antwortkategorie)

	Gesamt [n = 109]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP, [n = 39]	Warte-KG [n = 51]
Sehr gut (1)	4,59 [5]	5,17 [3]	5,13 [2]	3,92 [2]
Gut (2)	15,60 [17]	22,41 [13]	25,64 [10]	7,84 [4]
Eher gut (3)	30,28 [33]	31,03 [18]	38,46 [15]	29,41 [15]
Weder gut noch schlecht (4)	28,44 [31]	24,14 [14]	20,51 [8]	33,33 [17]
Eher schlecht (5)	10,09 [11]	5,17 [3]	2,56 [1]	15,69 [8]
Schlecht (6)	6,42 [7]	5,17 [3]	5,13 [2]	7,84 [4]
Sehr schlecht (7)	4,59 [5]	6,90 [4]	2,56 [1]	1,96 [1]
M (SD)	3,61 (1,41)	3,45 (1,15)	3,15 (1,29) <sup>a)</sup>	3,80 (1,27)

Anmerkungen. <sup>a)</sup> TPP>KG,  $t(88) = 2,40$ ,  $p < 0,019$ .

Der Mittelwertunterschied zwischen ITT und KG ist nicht signifikant ( $p > 0,10$ )

Ein Vergleich der Einschätzungen des körperlichen Allgemeinzustandes durch ÄrztInnen und KlientInnen zeigt zwar eine relativ hohe Korrelation ( $r = 0,74$ ,  $p < .000$ ,  $n = 109$ ), allerdings schätzen die KlientInnen der Gesamtgruppe und der Warte-KG ihren Allgemeinzustand signifikant schlechter ein als die ÄrztInnen (siehe dazu Tabelle 6.4.4.3).

**Tabelle 6.4.4.3 Vergleich der Einschätzungen des körperlichen Allgemeinzustandes durch ÄrztInnen und KlientInnen**  
(M, SD, 7er Rating, von 1 = sehr gut bis 7 = sehr schlecht)

	Gesamt [n = 109]	KISS-ITT [n = 58]	KISS.TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 51]
ÄrztInnen	3,31 (1,24)	3,29 (1,28)	3,08 (1,13)	3,33 (1,21)
KlientInnen	3,61 (1,41)	3,45 (1,15)	3,15 (1,29)	3,80 (1,27)
	$t(108) = -3,24$ $p < 0,001$	ns	ns	$t(50) = -3,64$ $p < 0,000$

### 6.4.5 MEDIZINISCHER BEHANDLUNGSBEDARF

Annähernd 76% der KlientInnen sehen erheblichen bis extremen Behandlungsbedarf ihrer diversen körperlichen Problemlagen (siehe Tabelle 6.4.5). Dies kontrastiert mit der Einschätzung des Gesundheitsstatus, die nur bei 21% der KlientInnen „eher schlecht bis „sehr schlecht“ ausfiel (vgl. Tabelle 6.4.4.2). Erneut ergeben sich keine Unterschiede zwischen den KISS-Gruppen und der Warte-KG.

**Tabelle 6.4.5** Einschätzung des körperlichen Behandlungsbedarfs aus Sicht der KlientInnen (% [n]) (5er-Rating, von 1 = gar nicht bis 5 = extrem)

	Gesamt [n = 110]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP [n = 39]	Warte KG [n = 52]
gar nicht (1)	2,7 [3]	3,5 [2]	2,6 [1]	1,9 [1]
wenig (2)	4,6 [5]	3,5 [2]	5,1 [2]	5,8 [3]
mittel (3)	17,3 [19]	17,2 [10]	20,5 [8]	17,3 [9]
erheblich (4)	45,5 [50]	46,6 [27]	43,6 [17]	44,2 [23]
extrem (5)	30,0 [33]	29,3 [17]	28,2 [11]	30,8 [16]
M (SD) <sup>a)</sup>	2,95 (0,95)	2,95 (0,96)	2,90 (0,97)	2,96 (0,95)

Anmerkungen. <sup>a)</sup> Die Mittelwertunterschiede zwischen ITT und KG sowie zwischen TPP und KG sind nicht signifikant ( $p > 0,10$ ).

---

## **6.5 PSYCHISCHER STATUS**

### **6.5.1 PSYCHISCH-PSYCHIATRISCHE SYMPTOMATIK**

Zur Beurteilung des psychischen Status wurde im Rahmen der ärztlichen Untersuchung ein Screening verschiedener psychischer/psychiatrischer Störungen/Symptome vorgenommen. Die in Anlehnung an die DGSS-Standards (DGSS, 2001) erfolgten Einschätzungen bezogen sich auf die letzten 12 Monate und letzten 30 Tage.

Wie die Ergebnistabelle 6.5.1.1 zeigt, ist die aktuelle Belastung (letzte 30 Tage) durch psychische Probleme/Störungen erheblich, insbesondere in Form von Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentration (bei 56% der Gesamtstichprobe), Angst- und Spannungszuständen (47%), schweren depressiven Zuständen (46%), ernsthaften Suizidgedanken (12%) und unkontrolliertem aggressivem Verhalten (10%). Die 12-Monats-Prävalenz fällt in allen Problembereichen erwartungsgemäß höher – zum Teil deutlich höher – aus, u. a. bei schweren depressiven Zuständen (62%), Suizidgedanken (27%) und Suizidversuchen (9%). Unter den KlientInnen der Warte-KG findet sich ein signifikant höherer Anteil mit depressiver Symptomatik, Angstzuständen und Suizidgedanken (12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz). Mindestens eine der in Tabelle 6.12 genannten psychischen Problemlagen weisen 71,0% der KISS-ITT-TeilnehmerInnen und 94,9% der Warte-KG-TeilnehmerInnen auf ( $p \leq 0,01$ ).

**Tabelle 6.5.1.1 Beeinträchtigungen durch psychische/emotionale Probleme aus Sicht der KlientInnen (letzte 12 Monate / letzte 30 Tage; Quelle: ÄrztInnen-Interview; % [n])**

	Gesamt [n = 110]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 52]	Signifikanz
<b>Schwere Depression</b>					
12 Monate	61,5 [67]	52,6 [30]	44,7 [17]	71,2 [37]	ITT < KG <sup>a)</sup> TPP < KG <sup>b)</sup>
30 Tage	46,4 [51]	37,9 [22]	33,3 [13]	55,8 [29]	ITT < KG <sup>c)</sup> TPP < KG <sup>d)</sup>
<b>Angst- und Spannungszustände</b>					
12 Monate	50,9 [56]	39,7 [23]	41,0 [16]	63,5 [33]	ITT < KG <sup>e)</sup> TPP < KG <sup>f)</sup>
30 Tage	47,3 [52]	37,9 [22]	38,5 [15]	57,7 [30]	ITT < KG <sup>g)</sup> TPP < KG <sup>h)</sup>
<b>Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentration</b>					
12 Monate	57,3 [63]	53,5 [31]	51,3 [20]	61,5 [32]	ns
30 Tage	55,5 [61]	50,0 [29]	46,2 [18]	61,5 [32]	ns
<b>Halluzinationen</b>					
12 Monate	2,7 [3]	1,7 [1]	0	3,9 [2]	ns
30 Tage	1,8 [2]	0	0	3,9 [2]	ns
<b>Unkontrolliertes aggressives Verhalten <sup>1)</sup></b>					
12 Monate	9,1 [10]	8,6 [5]	10,3 [4]	9,6 [5]	ns
30 Tage	10,0 [11]	10,3 [6]	10,3 [4]	9,6 [5]	ns
<b>Psychopharmakabehandlung</b>					
12 Monate	38,9 [42 von 108]	33,3 [19 von 57]	31,6 [12 von 38]	45,1 [23 von 51]	ns
30 Tage	32,7 [36]	25,9 [15]	25,6 [10]	40,4 [21]	ns
<b>Ernsthafte Suizidgedanken</b>					
12 Monate	27,3 [30]	19,0 [11]	15,4 [6]	36,5 [19]	ITT < KG <sup>i)</sup> TPP < KG <sup>j)</sup>
30 Tage	12,3 [14]	8,6 [5]	5,1 [2]	17,3 [9]	TPP < KG <sup>k)</sup>
<b>Suizidversuche</b>					
12 Monate	9,1 [10]	8,6 [5]	10,3 [4]	9,6 [5]	ns
30 Tage	1,8 [2]	1 [1,7]	0	1 [1,9]	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

<sup>1)</sup> Aufgrund eines Ankreuzungsfehlers bei einer Person liegt die 30-Tages-Prävalenz um einen Fall höher als die 12-Monats-Prävalenz.

<sup>a)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,94, p < 0,047$

<sup>c)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,51, p < 0,061$

<sup>e)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 6,22, p < 0,013$

<sup>g)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 4,30, p < 0,038$

<sup>i)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 4,30, p < 0,039$

<sup>k)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,11, p < 0,078$

<sup>b)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 6,38, p < 0,012$

<sup>d)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 4,51, p < 0,034$

<sup>f)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 4,51, p < 0,034$

<sup>h)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,30, p < 0,069$

<sup>j)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 5,01, p < 0,025$

Die KlientInnen fühlen sich durch die zuvor genannten psychischen/emotionalen Problembereiche in einem mittleren Ausmaß beeinträchtigt ( $M = 3,07$ ) und diejenigen der Warte-KG in einem stärkeren Ausmaß als die der KISS-Gruppen (vgl. Tabelle 6.5.1.2).

**Tabelle 6.5.1.2** Beeinträchtigungen durch psychische/emotionale Probleme in den letzten 30 Tagen, KlientInneneinschätzung (5er-Rating, von 1 = gar nicht bis 5 = extrem; Angabe in% [n])

	Gesamt [n = 110]	KISS-ITT [n = 58]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 52]
gar nicht (1)	19,1 [21]	24,1 [14]	28,2 [11]	13,5 [7]
wenig (2)	11,8 [13]	12,1 [7]	7,7 [3]	11,5 [6]
mittel (3)	29,1 [32]	32,8 [19]	35,9 [14]	25,0 [13]
erheblich (4)	22,7 [25]	15,5 [9]	12,8 [5]	30,8 [16]
extrem (5)	17,3 [19]	15,5 [9]	15,4 [6]	10,2 [10]
M (SD)	3,07 (1,35)	2,86 (1,37) <sup>a)</sup>	2,79 (1,40) <sup>b)</sup>	3,31 (1,29)

Anmerkungen.

<sup>a)</sup>  $ITT < KG, t(108) = -1,75, p < 0,083$

<sup>b)</sup>  $TPP < KG, t(89) = -1,81, p < 0,074$

Mit der psychischen Problembelastung geht die Einnahme ärztlich verschriebener Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, SSRI-Pharmaka, Hypnotika etc.) einher, die bei 33% der Gesamtstichprobe vorliegt (keine Gruppenunterschiede).

## 6.5.2 PSYCHISCHER ALLGEMEINZUSTAND

In einem weiteren Schritt haben die KlientInnen (Tabelle 6.5.2.1) und ÄrztInnen (Tabelle 6.5.2.2) eine Gesamteinschätzung des psychischen Zustandes vorgenommen. Die Korrelation der Einschätzungen ist relativ hoch,  $r = 0,72$  ( $p < .000$ ,  $n = 99$ ). Bei der detaillierten Betrachtung fällt auf, dass etwa ein Drittel der KlientInnen (36%) und nahezu die Hälfte der ÄrztInnen (46%) den psychischen Gesamtzustand als negativ einstuft (eher schlecht, schlecht, sehr schlecht). Sowohl im Selbsturteil der KlientInnen wie auch im Fremdurteil der ÄrztInnen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den KISS-Gruppen und der Warte-KG.

**Tabelle 6.5.2.1 Aktueller psychischer Gesamtzustand, KlientInneneinschätzung (7er-Rating, von 1 = sehr gut bis 7 = sehr schlecht;% [n])**

	Gesamt [n = 99]	KISS-ITT [n = 53]	KISS-TPP [n = 37]	Warte.KG [n = 46]
Sehr gut (1)	3,03 [3]	3,77 [2]	5,41 [2]	2,17 [1]
gut (2)	15,15 [15]	18,87 [10]	21,62 [8]	10,87 [5]
Eher gut (3)	20,00 [20]	15,09 [8]	16,22 [6]	26,09 [12]
weder gut noch schlecht (4)	25,25 [25]	30,19 [16]	29,73 [11]	19,57 [9]
eher schlecht (5)	19,19 [19]	15,09 [8]	13,51 [5]	23,91 [11]
schlecht (6)	12,12 [12]	13,21 [7]	10,81 [4]	10,87 [5]
sehr schlecht (7)	5,05 [5]	3,77 [2]	2,70 [1]	6,52 [3]
M (SD) <sup>a)</sup>	4,00 (1,49)	3,89 (1,51)	3,68 (1,51)	4,11 (1,48)

Anmerkungen. Aufgrund einer Fehlkodierung reduziert sich die Gesamtpersonenzahl auf  $n = 99$ .

<sup>a)</sup> Die Mittelwertunterschiede zwischen ITT und KG sowie zwischen TPP und KG sind nicht signifikant ( $p > 0,10$ ).

**Tabelle 6.5.2.2 Aktueller psychischer Gesamtzustand, ÄrztInneneinschätzung (7er-Rating, von 1 = sehr gut bis 7 = sehr schlecht;% [n])**

	Gesamt [n = 99]	KISS-ITT [n = 53]	KISS-TPP [n = 37]	Warte.KG [n = 46]
sehr gut (1)	0	0	0	0
gut (2)	10,10 [10]	11,32 [6]	13,51 [5]	8,74 [4]
eher gut (3)	19,19 [19]	20,75 [11]	24,32 [9]	17,39 [8]
weder gut noch schlecht (4)	24,24 [24]	24,53 [13]	27,03 [10]	23,91 [11]
eher schlecht (5)	36,36 [36]	35,85 [19]	29,73 [11]	36,96 [17]
schlecht (6)	9,09 [9]	5,66 [3]	2,70 [1]	13,04 [6]
sehr schlecht (7)	1,01 [1]	1,89 [1]	2,70 [1]	0
M (SD) <sup>a)</sup>	4,18 (1,18)	4,09 (1,20)	3,92 (1,21)	4,28 (1,17)

Anmerkungen. Aufgrund einer Fehlkodierung reduziert sich die Gesamtpersonenzahl auf  $n = 99$ .

<sup>a)</sup> Die Mittelwertunterschiede zwischen ITT und KG sowie zwischen TPP und KG sind nicht signifikant ( $p > 0,10$ ).

Der Mittelwertvergleich der Einschätzungen des aktuellen psychischen Gesamtzustands durch ÄrztInnen und KlientInnen zeigt, dass – anders als im körperlichen Bereich – die ÄrztInnen den aktuellen psychischen Gesamtzustand etwas schlechter einschätzen als die KlientInnen (vgl. Tabelle 6.5.2.3).

**Tabelle 6.5.2.3 Vergleich der Einschätzungen des psychischen Allgemeinzustandes durch ÄrztInnen und KlientInnen (7er-Rating, von 1 = sehr gut bis 7 = sehr schlecht)**

	Gesamt [n = 99]	KISS-ITT [n = 53]	KISS.TPP [n = 37]	Warte-KG [n = 46]
ÄrztInnen	4,18 (1,18)	4,09 (1,20)	3,92 (1,21)	4,28 (1,12)
KlientInnen	4,00 (1,49)	3,89 (1,51)	3,68 (1,51)	4,11 (1,48)
	t (98) = -1,84, p < 0,069	ns	ns	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

Vergleicht man die Gesamteinschätzungen des psychischen und körperlichen Befindens (Tab. 6.5.2.1 und 6.5.2.2 versus Tabelle 6.4.4.1 und 6.3.3.2), fällt auf, dass der psychische Gesamtzustand von KlientInnen wie ÄrztInnen wesentlich schlechter beurteilt wird als der körperliche. Die ÄrztInnen beurteilen die Diskrepanz zwischen körperlichem und psychischem Allgemeinzustand zudem wesentlich stärker als die KlientInnen, was sich sowohl der Besetzung der einzelnen negativen Antwortkategorien (eher schlecht, schlecht, sehr schlecht) als auch dem Gesamtmittelwert über alle Kategorien entnehmen lässt.

## 6.6 SUCHTBIOGRAFISCHE MERKMALE

### 6.6.1 ALTER BEI BEGINN DES REGELMÄßIGEN SUBSTANZKONSUMS

Das Alter bei Beginn des regelmäßigen Konsums der verschiedenen Substanzen ist in Tabelle 6.6.1 aufgeführt (exklusive Zigaretten). Vergleichbar mit anderen Studien, geht der regelmäßige Cannabis-Konsum (mit 15,8 Jahren) dem Alkoholkonsum (17,0 J.) voraus, und erst mit deutlichem Jahresabstand und nach Überschreiten der 20-Jahre-Grenze wird Heroin (mit 22,4 J.) als erste „harte“ illegale Droge regelmäßig konsumiert. Der regelmäßige Crack-Konsum folgt nochmals deutlich später mit 28,1 Jahren.

Als einziger Subgruppenunterschied fällt der Einstieg in den regelmäßigen Alkoholkonsum auf, der in der KISS-TPP-Gruppe frühzeitiger als in der Warte-KG erfolgt.

**Tabelle 6.6.1** Alter bei Beginn des regelmäßigen Substanzkonsums (jeweils erste Zeile: M (SD); zweite Zeile: n)

	Alle, die die Substanz regelmäßig konsumiert haben	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG	Signifikanz
Cannabis	15,8 (5,15) [68]	15,3 (6,32) [36]	15,3 (7,11) [27]	16,3 (3,41) [32]	ns
Alkohol	17,0 (7,04) [52]	15,4 (6,64) [26]	13,6 (1,45) [17]	18,6 (1,41) [26]	TPP < KG <sup>a)</sup>
Heroin	22,4 (6,86) [71]	23,1 (7,26) [35]	22,6 (6,74) [19]	21,8 (6,48) [36]	ns
Kokain	24,1 (6,73) [33]	24,1 (6,77) [20]	23,3 (7,10) [11]	24,1 (6,95) [13]	ns
Benzodiazepine	25,0 (9,63) [68]	24,2 (8,54) [30]	23,3 (8,10) [17]	25,7 (10,48) [38]	ns
Crack	28,1 (6,93) [74]	27,9 (6,66) [39]	28,0 (6,70) [24]	29,7 (7,20) [35]	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$ ; <sup>a)</sup>  $t(41) = -2,36$ ,  $p < 0,023$

Vergleicht man das Durchschnittsalter der Studien-TeilnehmerInnen (38,9 Jahre) mit dem des Beginns eines regelmäßigen Konsums der jeweiligen Substanzen, so sticht ihre langjährige Konsum- bzw. Drogenerfahrung und ggf. die Chronifizierung von Suchtproblemen ins Auge. Beispielsweise beträgt die durchschnittliche Dauer des regelmäßigen Konsums von Cannabis 23,1 Jahre, von Heroin 16,5 Jahre und von Crack 10,8 Jahre.



## 6.6.2 FRÜHERE BEHANDLUNGEN WEGEN DROGEN-, ALKOHOL- UND/ODER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT

In Tabelle 6.6.2 sind die bisherigen Suchtbehandlungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum aufgeführt. Die Zusammenstellung zeigt, dass nahezu alle KlientInnen „klassische“ Behandlungsvorerfahrungen aufweisen (v. a. Substitution, Entgiftung und Suchtberatung). Erwartungsgemäß liegt zum Teil eine „Behandlungskarriere“ mit mehreren Behandlungsformen hinter den Studien-TeilnehmerInnen. Gruppenunterschiede in der Inanspruchnahme früherer Suchtbehandlungen lassen sich statistisch nicht nachweisen.

**Tabelle 6.6.2 Bisherige Behandlungen wegen Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenabhängigkeit (% [n])**

	Gesamt [n = 113]	KISS-ITT [n = 59]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 54]	Signifikanz
Entgiftung	88,5 [100]	91,5 [54]	89,7 [35]	85,2 [46]	ns
Entwöhnung	60,2 [68]	57,6 [34]	61,5 [24]	63,0 [34]	ns
Ambulante Suchtberatung	82,3 [93]	81,4 [48]	79,5 [31]	83,3 [45]	ns
Substitution	92,0 [104]	93,2 [55]	92,3 [36]	90,7 [49]	ns
Maßregelvollzug	13,3 [15]	11,9 [7]	12,8 [5]	14,8 [8]	ns
Sonstige Behandlungen	11,5 [13]	10,2 [6]	12,8 [5]	13,0 [7]	ns
Bisher ohne Behandlung	2,7 [3]	3,4 [2]	5,1 [2]	1,9 [1]	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

---

### **6.6.3 AKTUELLER SUBSTANZKONSUM (LETZTE 28 TAGE)**

#### **6.6.3.1 SUBSTANZBEZOGENE KONSUMHÄUFIGKEITEN**

Insgesamt wurden Angaben zur Konsumhäufigkeit von 14 verschiedenen psychotropen Substanzen, die innerhalb der letzten 28 Tage konsumiert worden sind, erhoben: Heroin, Crack, Kokain, Benzodiazepine, Cannabis, Alkohol, Zigaretten, Methadon/Polamidon, Subutex, Amphetamine/Speed, Schmerzmittel, LSD/Halluzinogene, Ecstasy (MDMA)/ „Glückspillen“ und Schnüffelstoffe. In Tabelle 6.6.3.1a ist der prozentuale Anteil der Personen, der die jeweilige Substanz innerhalb der letzten 28 Tage konsumiert hat, aufgeführt.

Wie zu erwarten, rauchen fast alle KlientInnen, nämlich 96,5%, und zwar im Mittel 22,7 Zigaretten pro Tag (SD = 12,4, keine Gruppenunterschiede,  $p > 0,10$ ). Es folgen Crack (64,6%), Heroin (62,8%), Benzodiazepine (60,2%) und Cannabis (58,4%). Knapp jede zweite an der Studie teilnehmende Person trinkt Alkohol (46,0%) und ein Viertel der TeilnehmerInnen konsumiert Kokainpulver (25,7%).

Die Hälfte der Studien-TeilnehmerInnen nimmt zwei oder mehr Drogen gleichzeitig ein („Cocktails“, z. B. Crack und Heroin [„Speedball“]) und praktiziert damit ein besonders riskantes Konsummuster. Ca. drei Viertel aller Studien-TeilnehmerInnen (73,45%) befinden sich in ärztlicher Substitutionsbehandlung, d. h. sie nehmen zusätzlich zu den zuvor genannten Substanzen ihr Substitut ein. Alle anderen Substanzen werden von sehr wenigen Personen (z. B. Ecstasy [n = 3] oder LSD [n = 2]) oder gar niemandem (Schnüffelstoffe) konsumiert und bleiben deshalb aus allen folgenden Analysen ausgeklammert.

Die weiteren Betrachtungen konzentrieren sich somit – soweit nicht anders angegeben – auf die in der Frankfurter „Drogenszene“ dominierenden sechs Hauptsubstanzen: Heroin, Crack, Kokain, Benzodiazepine, Cannabis und Alkohol.

**Tabelle 6.6.3.1a Anteil der StudienteilnehmerInnen, die die 14 im Eingangsinterview erfragten psychotropen Substanzen in den 28 Tagen vor der Eingangsbefragung konsumiert haben (in% [n])**

	Gesamt (n = 113)	KISS-ITT (n = 59)	KISS-TPP (n = 39)	Warte-KG (n = 54)	Signifikanz
Zigaretten	96,5% [109]	96,6% [57]	97,4% [38]	96,3% [52]	ns
Crack	64,6% [73]	66,1% [39]	61,5% [24]	63,0% [34]	ns
Heroin	62,8% [71]	59,3% [35]	48,7% [19]	66,7% [36]	TPP < KG <sup>a)</sup>
Benzodiazepine	60,2% [68]	50,9% [30]	44,0% [17]	70,4% [38]	ITT < KG <sup>b)</sup> TPP < KG <sup>c)</sup>
Cannabis	58,4% [66]	59,3% [35]	66,7% [26]	57,4% [31]	ns
Alkohol	46,0% [52]	44,1% [26]	43,6% [17]	48,1% [26]	ns
Kokain	25,7% [29]	28,1% [17]	23,1% [9]	22,2% [12]	ns
Schmerzmittel	11,5% [13]	10,2% [6]	10,3% [4]	13,0% [7]	ns
Amphetamine	8,0% [9]	1,7% [1]	2,6% [1]	14,8% [8]	ITT < KG <sup>d)</sup> TPP < KG <sup>e)</sup>
Ecstasy und andere „Glückspillen“	2,7% [3]	1,7% [1]	2,6% [1]	3,7% [2]	ns
LSD und andere Halluzino- gene	1,8% [2]	0,0% [0]	0,0% [0]	3,7% [2]	ns
Schnüffelstoffe	0,0% [0]	0,0% [0]	0,0% [0]	0,0% [0]	ns
Substitutionsmittel ärztl. verordnete	73,5 [83]	76,3 [45]	84,6 [33]	70,4 [38]	ns
Substitutionsmittel insg. ärztl.verordn.+Schwarzmarkt	83,2 [94]	83,1 [49]	87,2 [34]	83,3 [45]	ns
Methadon/Polamidon	66,4% [75] <sup>f)</sup>	67,8% [40]	69,2% [27]	64,8% [35]	
Subutex	18,6% [21] <sup>g)</sup>	17,0% [10]	20,5% [8]	20,4% [11]	
„Drogen-Cocktails“	50,4 [57]	45,7 [27]	38,5 [14]	55,6 [30]	ns

Anmerkungen. „Drogen-Cocktails“: Gleichzeitiger Konsum von zwei oder mehr Drogen. ns:  $p > 0,10$

<sup>a)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,02, p < 0,082$

<sup>b)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 4,48, p < 0,034$

<sup>c)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 6,72, p < 0,010$

<sup>d)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 6,62, p = 0,010$

<sup>e)</sup> Pearson  $\chi^2(1) = 3,89, p < 0,049$

<sup>f)</sup> – <sup>g)</sup>: jeweils zweiseitiger Test

<sup>f)</sup> davon n = 5 ohne ärztliche Verordnung

<sup>g)</sup> davon n = 8 ohne ärztliche Verordnung

Erwartungsgemäß ist unter den Studien-TeilnehmerInnen der Konsum mehrerer Drogen, d. h. ein polyvalentes Konsummuster, der Regelfall. Im Durchschnitt werden 5,2 (bezogen auf alle 14 Substanzen) bzw. 3,2 (bezogen auf die 6 Hauptsubstanzen) verschiedene psychotrope Substanzen zeitgleich oder zeitverschoben konsumiert, wobei sich zwischen den KISS-Gruppen und der Warte-KG keine signifikanten Unterschiede ergeben (siehe Tabelle 6.6.3.1b)

**Tabelle 6.6.3.1b Anzahl konsumierter Substanzen (letzte 28 Tage, M (SD))**

Bezugsgröße	Gesamt [n = 113]	KISS-ITT [n = 59]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 54]	Signifikanz
alle 14 Substanzen	5,2 (1,77)	5,0 (1,87)	4,9 (1,98)	5,4 (1,65)	ns
6 Hauptsubstanzen	3,2 (1,50)	3,1 (1,60)	2,9 (1,56)	3,3 (1,39)	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

Fast zwei Drittel der Personen (62,8%, n = 71) konsumieren aktuell mindestens drei der sechs Hauptsubstanzen. In Tabelle 6.6.3.1c sind Subgruppen der Studien-TeilnehmerInnen danach unterschieden, welche der sechs Hauptsubstanzen sie in den letzten 28 Tagen konsumiert haben.

**Tabelle 6.6.3.1c Art und der Anzahl der in den letzten 28 Tagen konsumierten Hauptsubstanzen (n = 113)**

	N	%
Crack + Heroin + Benzodiazepine (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol) <sup>1</sup>	34	31,0
Crack + Heroin (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol)	15	13,3
Benzodiazepine (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol)	13	11,5
Cannabis (+ z.T. Alkohol)	11	9,7
Crack + Heroin + Benzodiazepine + Cannabis + Alkohol + Kokain (= alle 6 Hauptsubstanzen)	10	8,9
Crack (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol)	10	8,9
Heroin + Benzodiazepine (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol)	6	5,3
Crack + Benzodiazepine (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol)	5	4,4
Heroin (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol)	6	5,3
Sonstige (keine der 6 Hauptsubstanzen)	3	2,6

Anmerkungen. <sup>1</sup>Die jeweiligen Substanzgruppen werden nicht weiter nach vorhandenem bzw. nicht vorhandenem Cannabis- bzw. Alkoholkonsum unterschieden, um zu kleine Subgruppenbildungen zu vermeiden.

Die größte Subgruppe der Studien-TeilnehmerInnen (31%) konsumiert sowohl Crack als auch Heroin und Benzodiazepine, zum Teil zusätzlich Cannabis und/oder Alkohol. 8,5% der Studien-TeilnehmerInnen haben in den letzten 28 Tagen alle sechs Hauptsubstanzen konsumiert. Daneben gibt es erstaunlich viele verschiedene Muster von Substanzkombinationen, also erhebliche Unterschiede zwischen „den“ DrogenkonsumentInnen.

### **6.6.3.2 SUBSTANZBEZOGENE KONSUMMENGEN**

Tabelle 6.6.3.2a gibt einen Überblick über die Konsummengen im Monat vor dem Eingangsin-terview. Angegeben ist zunächst der (monatliche/wöchentliche/tägliche) Durchschnittskonsum der TN, die die jeweilige Substanz in den letzten 28 Tagen konsumiert haben. Daneben finden sich die Mengenangaben der Person, die den höchsten Monatskonsum der jeweiligen Substanz aufweist.

Wie Tabelle 6.6.3.2a zu entnehmen ist, spritzen sich die HeroinkonsumentInnen monatlich 91,15 Standardkonsumeinheiten (SKE) Heroin zu je 0,2g (somit insgesamt 18,23g), was wö- chentlich 22,79 SKE und täglich 3,26 SKE (0,65g) entspricht. Die Person mit dem höchsten He- roinkonsum nimmt monatlich das 6-fache zu sich, nämlich 560 SKE Heroin ( = 560 Spritzen à 0,2g = 112g), was Tag für Tag einer Menge von 20 SKE bzw. 4 g Heroin entspricht.

Wie Tabelle 6.21 weiter zu entnehmen ist, folgen bei den monatlichen Durchschnittsmengen Al- kohol (ca. 82 SKE, d. h. gut ein Kasten Bier pro Woche und knapp 3 Flaschen pro Tag), Can- nabis (ca. 80 Joints, d. h. 20 pro Woche und knapp 3 pro Tag), Benzodiazepine (59 Tabletten, d. h. ca. 15 pro Woche und 2 pro Tag), Crack (ca. 58 „10er-Steine“, d. h. ca. 14 pro Woche und 2 pro Tag) sowie Kokain (ca. 15 „Linien“ bzw. knapp 4 pro Woche und 0,5 pro Tag). Die SKE der TeilnehmerInnen mit dem Höchstkonsum liegen je nach Substanz um das 5-fache (bei Ben- zodiazepinen) bis 9-fache (bei Crack) über den Durchschnittswerten.

Die dargestellten Konsumdaten machen deutlich, dass unter Drogenabhängigen nicht nur un- terschiedliche Muster polyvalenten Drogengebrauchs, sondern auch erheblich voneinander ab- weichende Konsummengen zu finden sind – was die Notwendigkeit eines differenzierenden Umgangs mit der Personengruppe andeutet.

**Tabelle 6.6.3.2a Durchschnittliche und höchste Konsummengen für die sechs Hauptsubstanzen (letzte 28 Tage; n = 113)**

	Durchschnittskonsum <sup>a)</sup>					Höchstkonsum <sup>b)</sup>			
	pro Monat (in SKE)	pro Monat (in g)	pro Woche (in SKE)	pro Tag (in SKE)	pro Tag (in g)	pro Monat (in SKE)	pro Monat (in g)	pro Tag (in SKE)	pro Tag (in g)
Crack (n = 70)	57,56 SKE (10er Crack-Steine)	11,51 g	14,39 SKE	2,06 SKE	0,41 g	525 SKE (10er Crack-Steine)	105 g	18,75 SKE	3,75 g
Heroin (n = 67) <sup>c)</sup>	91,15 SKE	18,23 g	22,79 SKE	3,26 SKE	0,65 g	560 SKE	112 g	20 SKE	4 g
Benzodiazepine (n = 66)	58,98 SKE (Tabletten)	5,90g	14,75 SKE	2,11 SKE	0,21g	300 SKE (Tabletten)	30g	10,71 SKE	1,71g
Cannabis (n = 64)	88,35 SKE	17,67 g	22,09 SKE	3,16 SKE	0,63 g	600 SKE	120 g	21,43 SKE	4,29 g
Alkohol (n = 48)	76,58 SKE (z. B. à 0,5l Bier)	1531,60g	19,15 SKE	2,74 SKE	54,70g	448 SKE (z. B. à 0,5l Bier)	8960g	16 SKE	320g
Kokain (n = 29)	14,72 SKE	2,94 g	3,68 SKE	0,53 SKE	0,11 g	100 SKE	20 g	3,57 SKE	0,71 g

Anmerkungen. SKE Standardkonsumeinheiten (Heroin, Crack, Kokain, Cannabis: 1 SKE = jeweils 0,2g; Benzodiazepine: 1 SKE = 1 Tablette mit 1mg Wirkstoff; Alkohol: 1 SKE = 20g).

<sup>a)</sup> Bezugsgröße: Alle KonsumentInnen der jeweiligen Substanz. Die Wochen- und Tagesangaben wurden als Durchschnittswerte aus den Monatsangaben ermittelt (Wochenkonsum = Montagskonsum/4; Tageskonsum = Monatskonsum/28).

<sup>b)</sup> Bezugsgröße: Die Person mit dem höchsten Monatskonsum der jeweiligen Substanz. Die Wochen- und Tagesangaben wurden als Durchschnittswerte aus den Monatsangaben ermittelt (Wochenkonsum = Montagskonsum/4; Tageskonsum = Monatskonsum/28). Der reale Höchstkonsum der jeweiligen Person an einem konkreten Tag kann durchaus über den in der Tabelle aufgeführten Werten liegen.

<sup>c)</sup> Die Fallzahl bei Heroin und allen weiteren Substanzen bezieht sich auf die Personen, die die jeweilige Substanz konsumiert haben und deren Konsumangaben in SKE umgerechnet werden konnten. Da die Umrechenbarkeit nicht bei allen KonsumentInnen gegeben war (z. B. aufgrund zu vager Angaben), liegen die substanzbezogenen Personenangaben in Tabelle 6.6.3.2a teilweise etwas unter denen aus Tabelle 6.6.3.1a.

Die zuvor in Tabelle 6.6.3.2a dargestellten Mittelwerte sind stark durch einige wenige Ausreißerwerte geprägt. Zum Vergleich des Ausgangskonsums in den verschiedenen Gruppen (ITT, TPP, KG) und für alle weiteren Berechnungen wurden deshalb substanzweise die Personen mit sehr auffälligen Extremwerten ( $> 2$  SD) aus den Analysen ausgeschlossen. De facto erfolgte je nach Substanz ein Ausschluss von 2 bis 5 Personen. Das Ergebnis der auf dieser Basis erfolgten Mittelwertvergleiche ist in Tabelle 6.6.3.2b dargestellt: Im Ausgangskonsum (SKE/Monat) ergeben sich für keine der sechs Hauptsubstanzen signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den KISS-Gruppen und der Warte-KG (zweiseitige t-Tests, jeweils  $p > 0,10$ ). Mit anderen Worten ist das Konsumverhalten der KISS-KlientInnen und der Warte-KlientInnen zu Beginn der Studie als vergleichbar einzustufen.

**Tabelle 6.6.3.2b Durchschnittskonsum (SKE im Monat) der sechs Hauptstanzen in der Gesamtgruppe und den Subgruppen, unter Ausschluss von Extremwerten (jeweils erste Zeile: M (SD); zweite Zeile: [n])**

	Alle, die die Substanz konsumiert haben	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG	Signifikanz
Crack	44,9 (54,88) [68]	44,9 (57,83) [38]	38,6 (59,36) [23]	45,0 (51,88) [30]	ns
Heroin	70,0 (82,47) [63]	62,8 (65,96) [29]	50,8 (60,46) [15]	76,2 (94,88) [34]	ns
Benzodiazepine	46,6 (45,05) [62]	47,5 (47,53) [28]	47,4 (44,82) [15]	45,9 (43,61) [34]	ns
Cannabis	55,8 (77,20) [59]	61,5 (90,82) [32]	53,9 (78,98) [24]	49,1 (58,07) [27]	ns
Alkohol	57,5 (71,58) [45]	58,7 (72,5) [23]	72,6 (83,30) [14]	56,3 (72,27) [22]	ns
Kokain	9,7 (10,99) [27]	9,6 (11,75) [16]	11,5 (12,77) [8]	9,8 (10,35) [11]	ns

*Anmerkungen. Ausgeschlossen aus den Berechnungen wurden substanzweise die (wenigen) Personen der Gesamtstichprobe, die in ihrer monatlichen Konsummenge um mindestens zwei Standardeinheiten oberhalb des Mittelwertes der Gesamtgruppe lagen und dadurch den Gesamtmittelwert extrem verzerrten, d. h. dessen Aussagekraft für die Gesamtgruppe erheblich schmälerten (vgl. dazu die Mittelwerte der Tabellen 6.6.3.2a und 6.6.3.2b).*

*Auf diese Weise wurde die folgende Anzahl von Personen bei den einzelnen Substanzen ausgeschlossen: Crack:  $n = 2$ , Heroin:  $n = 4$ , Benzodiazepine:  $n = 4$ , Cannabis:  $n = 5$ , Alkohol:  $n = 3$ , Kokain:  $n = 2$  (vgl. das  $n$  in den Tabellen 6.6.3.2a und 6.6.3.2b). Auch bei Einbeziehung von Personen mit extremen Einzelwerten (d. h.  $> 2$  SD Abweichung von M) erweisen sich die Unterschiede im monatlichen Substanzkonsum zwischen den KISS-Gruppen und der Warte-Gruppe als nicht signifikant (zweiseitige t-Tests,  $p > 0,10$ ).*

ns:  $p > 0,10$

---

#### 6.6.4 ABHÄNGIGKEITSDIAGNOSEN

Zur diagnostischen Einordnung des Substanzkonsums wurde für jede der in den letzten 28 Tagen konsumierten Substanzen mittels SKID-I (Wittchen et al., 1997) erfasst, ob für diesen Zeitraum (letzte 28 Tage) eine Abhängigkeit gemäß DSM-IV vorliegt. Tabelle 6.6.4 zeigt die Abhängigkeitsraten für die unterschiedlichen Substanzen in der Gesamtgruppe und den Subgruppen.

Die häufigste Abhängigkeitsdiagnose in der Gesamtgruppe ist die der Heroinabhängigkeit (bei 48,7%), gefolgt von Benzodiazepin- (38,1%) und Crackabhängigkeit (37,2%). Deutlich darunter liegen die Abhängigkeiten von Cannabis (13,3%), Kokain (10,6%) und Alkohol (9,7%). Allerdings liegt der Anteil der Abhängigen wesentlich höher, wenn man jeweils nur die Personen in Augenschein nimmt, die die Substanz auch tatsächlich konsumieren. Dann findet sich eine Abhängigkeitsquote von 78% bei Heroin, 63% bei Benzodiazepinen, 58% bei Crack, 41% bei Kokain, 23% bei Cannabis und 21% bei Alkohol. Das heißt, dass auch bei den Kokain, Cannabis und Alkohol Konsumierenden Abhängigkeitsprobleme in nennenswertem Ausmaß vorliegen – vom Problem des Mischkonsums von Kokain und Alkohol mit anderen Substanzen ganz abgesehen. Zu bedenken ist darüber hinaus, dass hier die 28-Tage-Abhängigkeitsprävalenz erfasst ist und die üblicherweise erhobenen 1-Jahres-Prävalenzwerte noch höher ausfallen dürften.



**Tabelle 6.6.4 Substanzbezogene Abhängigkeitsdiagnosen (letzte 28 Tage; %; n = 113)**

	Gesamt [n = 113]	Abhängige der jeweils konsumierten Substanz	KISS-ITT [n = 59]	KISS-TPP [n = 39]	Warte-KG [n = 54]
Crack	37,2 [42]	57,5 [42 von 73]	61,5 [24 von 39]	58,3 [14 von 24]	52,9 [18 von 34]
Heroin	48,7 [55]	77,5 [55 von 71]	74,3 [26 von 35]	73,7 [14 von 19]	80,6 [29 von 36]
Benzodiazepine	38,1 [43]	63,2 [43 von 68]	50,0 <sup>a)</sup> [15 von 30]	52,9 [9 von 17]	73,7 [28 von 38]
Cannabis	13,3 [15]	22,7 [15 von 66]	25,7 [9 von 35]	30,8 [8 von 26]	19,4 [6 von 31]
Alkohol	9,7 [11]	21,2 [11 von 52]	23,1 [6 von 26]	17,7 [3 von 17]	19,2 [5 von 26]
Kokain	10,6 [12]	41,4 [12 von 29]	35,3 [6 von 17]	66,7 [6 von 9]	50,0 [6 von 12]

Anmerkungen. In der Spalte „Gesamt“ findet sich die Angabe, wie viele der insgesamt 113 Studien-TeilnehmerInnen von der jeweiligen Substanz abhängig sind (Beispiel Heroin: n = 55 von 113 bzw. 48,7% der Stichprobe sind nach DSM-IV-Kriterien heroinabhängig).

Die Spalte „Abhängige der jeweils konsumierten Substanz“ relativiert den Anteil der Abhängigen auf den Anteil der die Substanz Konsumierenden (Beispiel Heroin: Von den 113 Studien-TeilnehmerInnen geben 71 an, in den letzten 28 Tagen Heroin konsumiert zu haben, davon können n = 55 bzw. 77,5% als heroinabhängig diagnostiziert werden).

<sup>a)</sup> ITT < KG: Pearson  $\chi^2$  (1) = 4,05, p < 0,044 (zweiseitiger Test)

Von Subgruppe zu Subgruppe variiert die Rangreihe der Abhängigkeitsdiagnosen substanzspezifisch, wobei Heroinabhängigkeit stets die häufigste Abhängigkeitsdiagnose bleibt. Benzodiazepin- und Crackabhängigkeit tauschen die Rangplätze 2 und 3 in der KISS-ITT- und Warte-Gruppe. In der Warte-KG sind signifikant mehr Personen benzodiazepinabhängig als in der KISS-ITT-Gruppe. Bezogen auf die sechs Hauptsubstanzen, weist die Gesamtgruppe der Studien-TeilnehmerInnen (n = 113) zu t1 durchschnittlich 1,58 (SD = 1,09) Abhängigkeitsdiagnosen auf. Die Subgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in der Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen (p > .10): In der ITT-Gruppe liegen durchschnittlich 1,46 (SD = 1,06) Abhängigkeitsdiagnosen vor, in der TPP-Gruppe 1,38 (SD = 1,14) und in der Warte-KG 1,70 (SD = 1,13).

## 6.6.5 KONSUMBEZOGENE ÄNDERUNGSWÜNSCHE

Alle n = 113 Studien-TeilnehmerInnen wurden im Eingangsinterview gefragt, bei welchen der von ihnen innerhalb der letzten 28 Tage konsumierten Substanzen sie ihr Konsumverhalten ändern wollten (Mehrfachantworten möglich). In Tabelle 6.6.5.1 sind die jeweiligen Anteile der TeilnehmerInnen mit Änderungswunsch aufgeführt.

**Tabelle 6.6.5.1 Anteil der KlientInnen (in % [n]) mit Wunsch nach Änderung des Konsumverhaltens (Mehrfachwahlmöglichkeit; n = 113)**

	Anteil der KonsumentInnen der jeweiligen Substanz mit Änderungswunsch	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG	Signifikanz
Crack	87,7% [64 von 73]	84,6% [33 von 39]	91,7% [22 von 24]	91,2% [31 von 34]	ns
Heroin	88,7% [63 von 71]	91,4% [32 von 35]	94,7% [18 von 19]	86,1% [31 von 36]	ns
Benzodiazepine	79,4% [54 von 68]	76,7% [23 von 30]	76,7% [13 von 17]	81,6% [31 von 38]	ns
Cannabis	43,9% [29 von 66]	40,0% [14 von 35]	42,3% [11 von 26]	48,4% [15 von 31]	ns
Alkohol	46,2% [24 von 52]	46,2% [12 von 26]	41,2% [7 von 17]	46,2% [12 von 26]	ns
Kokain	69,0% [20 von 29]	64,7% [11 von 17]	77,8% [7 von 9]	75,0% [9 von 12]	ns
Anzahl der Änderungswünsche (M, (SD), [n]) (Bezug: die zuvor aufgeführten sechs Hauptsubstanzen)	2,27 (1,22) [110]	2,12 (1,25) [56]	2,00 (1,15) [36]	2,43 (1,18) [54]	TPP < KG <sup>a)</sup>
Anzahl der Änderungswünsche in Relation zur Anzahl der konsumierten Substanzen (M, (SD), [n]) (Bezug: die zuvor aufgeführten sechs Hauptsubstanzen)	0,75 (0,25) [110]	0,71 (0,25) [56]	0,74 (0,23) [36]	0,78 (0,26) [54]	ns
Anzahl der Änderungswünsche (M, (SD), [n]) (Bezug: alle 14 im Interview erfragten Substanzen, vgl. Tabelle 6.6.3.1a)	2,77 (1,49) [113]	2,49 (1,34) [59]	2,46 (1,17) [39]	3,07 (1,58) [54]	ITT < KG <sup>b)</sup> TPP < KG <sup>c)</sup>
Anzahl der Änderungswünsche in Relation zur Anzahl der konsumierten Substanzen (M, (SD), [n]) (Bezug: alle 14 im Interview erfragten Substanzen, vgl. Tabelle 6.6.3.1a)	0,52 (0,22) [113]	0,49 (0,20) [59]	0,50 (0,18) [39]	0,57 (0,23) [54]	ITT < KG <sup>d)</sup>

*Anmerkungen. In der zweiten Spalte („Anteil ...“) befindet sich der Anteil der KonsumentInnen der jeweiligen Substanz, der einen Änderungswunsch geäußert hat (Beispiel Heroin: n = 63 der 71 Heroinkonsumierenden [= 88,7% der HeroinkonsumentInnen] möchten ihren Heroinkonsum verändern). In den folgenden drei Spalten findet sich die gleiche Angabe, bezogen auf die einzelnen Subgruppen.*

a)  $t(91) = -1,74, p < 0,085$

b)  $t(111) = -2,11, p < 0,037$

c)  $t(91) = -2,04, p < 0,044$

d)  $t(111) = -1,97, p < 0,049$ ; jeweils zweiseitige t-Tests

ns:  $p > 0,10$

Insbesondere bei Heroin, Crack, Kokain und Benzodiazepinen wird vom überwiegenden Teil der Studien-TeilnehmerInnen eine Konsumänderung gewünscht, aber auch bei Cannabis und Alkohol ist ein Änderungswunsch bei deutlich mehr als 40% der TeilnehmerInnen vorhanden. Mit anderen Worten ist der überwiegende Teil der KlientInnen keineswegs zufrieden mit seinem gegenwärtigen Substanzkonsum und es besteht bei allen Substanzen ein erhebliches motivationales Änderungspotential. Darin weisen die KISS-Gruppen und die Warte-KG inferenzstatistisch keine Unterschiede auf. In der summarischen Betrachtung bedeutet dies, dass die Studien-TeilnehmerInnen im Durchschnitt bei  $M = 2,27$  der von ihnen konsumierten 3,32 Hauptsubstanzen (vgl. Kapitel 6.6.3) eine Änderung wünschen. Relativiert man für jede Person die Anzahl ihrer Konsumänderungswünsche auf die Anzahl der von ihr konsumierten Hauptsubstanzen, so zeigt sich, dass die TeilnehmerInnen bei drei Viertel der von ihnen konsumierten Hauptsubstanzen eine Konsumänderung anstreben. Signifikante Motivationsunterschiede zwischen den Gruppen ergeben sich dabei nicht.

Bezogen auf alle 14 in der Studie erfassten Substanzen ergibt sich für 2,77 Substanzen ein Änderungswunsch, das entspricht 52% der konsumierten Substanzen. Das Änderungsbestreben ist dabei in der WG etwas größer als in der ITT-Gruppe.

Die Abschlussfrage, die im Eingangsinterview zu den substanzbezogenen Änderungswünschen gestellt wurde, thematisierte die gewünschte Hauptreduktionssubstanz. Mit anderen Worten wurden die KlientInnen gefragt, bei welcher der konsumierten Substanzen ihnen eine Reduktion am wichtigsten sei. Die Ergebnisse sind Tabelle 6.6.5.2 zu entnehmen.

**Tabelle 6.6.5.2 Präferierte Hauptreduktionssubstanz gemäß Eingangsinterview (n = 109)**

	n	%
Heroin	30	27,5
Crack	28	25,7
Benzodiazepine	27	24,8
Alkohol	12	11,0
Kokain	3	2,8
Cannabis	3	2,8
Sonstige	6	5,6

*Anmerkungen. n = 109 (statt 113), da vier Personen ihren Konsum stabilisieren, aber nicht reduzieren wollten.*

Etwa gleich viele Studien-TeilnehmerInnen – ca. je ein Viertel – möchten im Rahmen der KISS-Intervention Heroin, Crack oder Benzodiazepine in den Mittelpunkt der Reduktion stellen. Erstaunlicherweise steht an vierter Stelle der Hauptreduktionssubstanzen Alkohol (11%) – deutlich vor Kokain, Cannabis und dem Rest der weiteren eingenommenen Substanzen. Festzuhalten bleibt damit, dass nicht bei allen TeilnehmerInnen die gleiche Substanz im Hauptveränderungsfokus steht und Alkohol bei relativ vielen TeilnehmerInnen an erster Stelle steht, was insbesondere deshalb erstaunlich ist, weil ca. die Hälfte der TeilnehmerInnen gar keinen Alkohol trinkt.

## 6.6.6 ÄNDERUNGSBEZOGENE KOGNITIONEN

Der Bedeutung bzw. Wichtigkeit („importance“), die man einer Änderung zuschreibt, der Zuversicht („self-efficacy“), diese Änderung herbeiführen („schaffen“) zu können, sowie der Bereitschaft („readiness“), eine Änderungsintention zum gegenwärtigen Zeitpunkt – ggf. gegen konkurrierende Einflüsse – auch tatsächlich umzusetzen, wird in der gegenwärtigen Theoriebildung erhebliche Bedeutung für das Einleiten und Gelingen einer Verhaltensänderung zugeschrieben (Miller & Rollnick, 2005). Zu Studienbeginn wurden diese drei Änderungskognitionen (Wichtigkeit, Zuversicht, aktuelle Bereitschaft) mittels dreier 11-stufiger Ratings (0 = keine Wichtigkeit/Zuversicht/Bedeutung, 10 = sehr hohe Wichtigkeit/ Zuversicht/Bedeutung) erfasst, und zwar in Bezug auf die vom Klienten/der Klientin gewählte Hauptreduktionssubstanz (vgl. Kapitel 6.6.5, Tabelle 6.6.5.2). Im Ergebnis (vgl. Tabelle 6.6.6) zeigt sich, dass die Studien-TeilnehmerInnen eine Konsumänderung für sehr wichtig halten. Etwas (statistisch signifikant) geringer fällt die Bereitschaft, diese Konsumänderung zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorzunehmen, aus. Nochmals deutlich (und statistisch bedeutsam) geringer ist in allen Gruppen die Zuversicht, dass eine entsprechende Konsumreduktion auch gelingen wird. Statistisch nachweisbare Intergruppenunterschiede (d. h. zwischen KISS-ITT, KISS-TPP und Warte-KG) in den Änderungskognitionen bestehen nicht, und die zuvor beschriebenen Unterschiede in der Ausprägung der drei Änderungskognitionen fallen innerhalb der Gruppen gleichermaßen signifikant aus (Ausnahme: Zwischen Bedeutsamkeit und Bereitschaft einer Änderung bestehen in der KISS-TPP-Gruppe keine signifikanten Unterschiede).

**Tabelle 6.6.6 Durchschnittliche Änderungswichtigkeit, -zuversicht und -bereitschaft, bezogen auf die Hauptreduktionssubstanz (11er-Rating, 0 = schwächste, 10 = stärkste Ausprägung; M (SD))**

	Gesamt [n = 109]	KISS-ITT [n = 56]	KISS-TPP [n = 37]	Warte-KG [n = 53]	Signifikanz (zwischen den Gruppen)
Wichtigkeit (W)	8,50 (2,04)	8,68 (1,76)	8,35 (2,00)	8,32 (2,30)	ns
Zuversicht (Z)	6,17 (2,50)	6,32 (2,56)	6,43 (2,58)	6,01 (2,45)	ns
Bereitschaft (B)	7,89 (2,09)	7,96 (2,07)	8,16 (1,44)	7,81 (2,09)	ns
Signifikanz (innerhalb der Gruppen)	W > Z <sup>a)</sup> W > B <sup>b)</sup> B > Z <sup>c)</sup>	W > Z <sup>d)</sup> W > B <sup>e)</sup> B > Z <sup>f)</sup>	W > Z <sup>g)</sup> B > Z <sup>h)</sup>	W > Z <sup>i)</sup> W > B <sup>j)</sup> B > Z <sup>k)</sup>	

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$ ; die TN-Zahl reduziert sich hier von  $n = 113$  (vgl. Tabelle 6.6.5.1) auf  $n = 109$ , weil vier Personen ihren Konsum stabilisieren, aber nicht reduzieren wollten.

<sup>a)</sup>  $t(108) = 7,89, p < 0,000$

<sup>b)</sup>  $t(108) = 2,75, p < 0,007$

<sup>c)</sup>  $t(108) = 6,98, p < 0,000$

<sup>d)</sup>  $t(55) = 6,20, p < 0,000$

<sup>e)</sup>  $t(55) = 2,08, p < 0,042$

<sup>f)</sup>  $t(55) = 4,75, p < 0,000$

<sup>g)</sup>  $t(36) = 4,11, p < 0,000$

<sup>h)</sup>  $t(36) = 3,78, p < 0,000$

<sup>i)</sup>  $t(52) = 5,00, p < 0,000$

<sup>j)</sup>  $t(52) = 1,79, p < 0,079$

<sup>k)</sup>  $t(52) = 5,10, p < 0,000$

Jeweils zweiseitige t-Tests für abhängige Stichproben.

## 6.7 FAZIT

Die n = 113 TeilnehmerInnen des Frankfurter RCT zur Prüfung der Wirksamkeit des Konsumreduktionsprogramms KISS weisen ein eher hohes Lebensalter (38,9 Jahre) auf und sind zu einem für Studien mit Drogenabhängigen relativ hohen Anteil Frauen (28%). 41% der Studien-TeilnehmerInnen haben eigene Kinder, 34% leben in einer Partnerschaft. Der relativ hohe Anteil an Personen mit fehlender oder geringer Ausbildung (60% maximal Hauptschulabschluss, 41% ohne Berufsausbildung), Arbeitslosigkeit (74%), Sozialleistungsbezug (92%) und nicht-eigenständiger Wohnform (48% in Notschlafstellen oder betreutem Wohnen/Wohnheim) weist die Stichprobe bereits von den soziodemografischen Ausgangsmerkmalen her als sozial marginalisiert aus.

Die schlechte soziale Integration ist assoziiert mit einer Vielzahl akuter körperlicher Erkrankungen, u. a. Hepatitis C (64%), einem extrem schlechten Zahnstatus (36%), polyneuropathischen Störungen (18%), chronischen Hauterkrankungen (14%), HIV-positiv-Status (16%), Hepatitis B (12%), chronischer Gastritis (10%) und AIDS (5%). Gemäß dem Body Mass Index sind 35% der KlientInnen über- und 7% untergewichtig und 10% erschienen zur ärztlichen Untersuchung alkoholisiert, mit einem Promillewert von durchschnittlich 0,4. Über ein Drittel der TeilnehmerInnen weist überhöhte Laborwerte mit Hinweischarakter auf einen schädigenden Alkoholkonsum oder eine Hepatitis-Erkrankung auf.

Besonders prekär erscheint bei vielen Studien-TeilnehmerInnen die psychische Situation, u. a. in Form von Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentration (56%), Angst- und Spannungszuständen (47%), schweren depressiven Zuständen (46%), Suizidgedanken (12%) und unkontrolliertem aggressivem Verhalten (10%). 33% der Gesamtstichprobe nehmen aufgrund der psychischen Problembelastung ärztlich verschriebene Psychopharmaka ein. In Einklang mit den zuvor berichteten Befunden erleben die Studien-TeilnehmerInnen alle Lebensbereiche (körperliche, psychische, finanzielle, rechtliche, soziale, Wohn- und Arbeitssituation) als eher belastend, wobei an erster Stelle die finanzielle Situation steht.

Wie aufgrund ihres relativ hohen Lebensalters (38,9 Jahre) nicht anders zu erwarten, verfügen die Studien-TeilnehmerInnen über langjährige Drogenerfahrungen. Beispielsweise beträgt die durchschnittliche Dauer des regelmäßigen Konsums von Cannabis 23,1 Jahre, von Heroin 16,5 Jahre und von Crack 10,8 Jahre. Es überrascht deshalb wenig, dass nahezu alle KlientInnen „klassische“ Behandlungsvorerfahrungen aufweisen (Substitution: 92% [aktuell in Substitutionsbehandlung: 73%], Entgiftung: 89%, Suchtberatung: 82%, stationäre Suchttherapie: 60%).

Im aktuellen Substanzkonsum (letzte 30 Tage) der TeilnehmerInnen steht nach Zigaretten (97%) Crack (65%) an oberster Stelle, gefolgt von Heroin (63%), Benzodiazepinen (60%), Cannabis (58%), Alkohol (46%) und Kokainpulver (26%). Alle anderen Substanzen – etwa Amphetamine (8%) – werden von eher wenigen Personen konsumiert, weshalb sich die späteren Vergleiche zwischen KISS-Gruppe und Warte-KG auf die genannten sechs Hauptsubstanzen (Crack, He-

roin, Benzodiazepine, Cannabis, Alkohol, Kokain[pulver]) beziehen. Von den KonsumentInnen der sechs Hauptsubstanzen ist ein erheblicher Anteil gemäß DSM-IV abhängig: 78% von Heroin, 63% von Benzodiazepinen, 58% von Crack, 41% von Kokain, 23% von Cannabis und 21% von Alkohol. Im Durchschnitt sind die StudienteilnehmerInnen von 1,58 Substanzen abhängig. Es ist zu vermuten, dass der Anteil der Substanzabhängigen bzw. die Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen pro KlientIn noch höher ausfallen würde, wenn man als Bezugszeitraum – wie häufig – die letzten 12 Monate und nicht nur den letzten Monat wählen würde.

Die Konsummengen der Studien-TeilnehmerInnen sind erheblich – auch bei Ausschluss der Personen mit Extremwerten von größer als zwei Standardeinheiten. So spritzen sich die HeroinkonsumentInnen monatlich 70 Standardkonsumeinheiten (SKE) Heroin zu je 0,2g (insgesamt 14g), was wöchentlich 17,5 SKE und täglich 2,5 SKE (0,5g) entspricht. Nach den Konsummengen geordnet, folgen Alkohol (57,5 SKE/Monat, d. h. gut 14 Fl. Bier pro Woche bzw. 2 Flaschen pro Tag), Cannabis (ca. 56 Joints/Monat, d. h. 14 pro Woche und 2 pro Tag), Benzodiazepine (ca. 47 Tabletten/Monat, 12 pro Woche und 1,7 pro Tag), Crack (ca. 45 „10er-Steine“/Monat, d. h. ca. 11 pro Woche und 1,6 pro Tag) sowie Kokain (ca. 10 „Linien“/Monat bzw. knapp 2,4 pro Woche und 0,3 pro Tag). Zu bedenken ist, dass vom durchschnittlichen Klienten 3,2 der zuvor genannten sechs Hauptsubstanzen konsumiert werden (bzw. 5,2 Substanzen unter Berücksichtigung aller erfragten Substanzen, inkl. Zigaretten und Substitutionsmittel), was zu beachtlichen individuellen Gesamtkonsummengen führt. Zudem führt sich jeder zweite KlientInnen zwei oder mehr Drogen gleichzeitig zu („Cocktails“, z. B. Crack und Heroin), was das gesundheitliche Risiko in Folge des Mischkonsums nochmals erheblich steigert.

Erstaunlich ist die hohe Veränderungsmotivation in der Klientel: Die TeilnehmerInnen streben bei 75% der von ihnen konsumierten Hauptsubstanzen (bzw. 52% der insgesamt konsumierten Substanzen, inklusive Zigaretten und Substitutionsmittel) eine Konsumänderung an. Ganz oben auf der Rangskala stehen dabei Heroin (Änderungswunsch bei 89%), Crack (88%), Benzodiazepine (79%) und Kokain (69%). Aber auch nahezu die Hälfte der Alkohol- (46%) und Cannabiskonsumierenden (44%) ist unzufrieden mit dem gegenwärtigen Substanzkonsum und beabsichtigt eine Konsumänderung. Im subjektiven Blick der Studien-TeilnehmerInnen auf den anstehenden Konsumreduktionsprozess (Änderungskognitionen) fällt auf, dass dieser für sehr wichtig gehalten wird, aber es erkennbare Zweifel gibt, ihn auch zu schaffen.

Die KISS-ITT-Gruppe und Warte-KG sind in den soziodemografischen und suchtbefugenen Ausgangsmerkmalen im Wesentlichen vergleichbar, mit einigen wenigen schlechteren Startbedingungen in der KG (z. B. höhere Quote an Arbeitslosen). Dies bedeutet, dass der Randomisierungsprozess erfolgreich war und in der Abschluss- bzw. Katamneseerhebung feststellbare (Konsum-) Unterschiede zwischen den Gruppen nicht auf systematische Ausgangsunterschiede zwischen den Gruppen zurückzuführen sind.

Tendenziell weist die KISS-TPP-Gruppe günstigere (wenn auch meistens nicht inferenzstatisch absicherbare) Ausgangsmerkmale als die KG und die ITT-Gruppe auf. Dies weist darauf hin,

---

dass die TN, die es geschafft haben, an mindestens vier KISS-Sitzungen teilzunehmen, eine gewisse Positivselektion der Studien-TeilnehmerInnen darstellen.

Abschließend stellt sich die Frage, inwiefern Charakteristika der KISS-Stichprobe mit denen anderer Studien aus dem niedrighwelligen Drogenhilfebereich übereinstimmen. Zu diesem Zweck wurden Vergleiche mit einschlägigen Studien vorgenommen: Dem bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (Haasen, Verthein, Degkwitz, Berger, Krausz & Naber, 2007) und der wiederkehrend durchgeführten Befragung von KonsumentInnen illegaler Drogen im unmittelbaren Umfeld der offenen Drogenszene Frankfurts („Szenebefragung“ innerhalb der MoSyD-Studie; Werse et al., 2009), speziell der NutzerInnen Frankfurter Drogenkonsumräume (Simmedinger & Vogt, 2009; vgl. auch Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, 2008).

Die Studien weisen zwar eine unterschiedliche methodische Orientierung auf. So wird beispielsweise die „Szenebefragung“ in Frankfurt nach einem geschlechtsspezifischen Quotenverfahren (Männer : Frauen = 2 : 1) durchgeführt, während in der Studie zur heroingestützten Behandlung (und auch der KISS-Studie) keine geschlechtsspezifischen Stratifizierungen vorgenommen worden sind. Trotzdem bieten diese Studien umfangreiche Vergleichsmöglichkeiten an.

Die Vergleiche weisen in soziodemografischen und suchtbioografischen Parametern vielerlei Übereinstimmung und eher geringfügige Unterschiede der Stichproben auf, wie aus Tabelle 6.7 ersichtlich ist.

Das Lebensalter der KISS-Studien-TeilnehmerInnen liegt mit 38,9 Jahren etwas über dem der Frankfurter Drogenabhängigen der „offenen Drogenszene“ („Szenebefragung“: M = 35,7; Konsumraumdokumentation: M = 33,2; Bezugsjahr: 2006; Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, 2008), der Frauenanteil mit 28,3% deutlich über dem der Frankfurter Drogenabhängigen, die Konsumräume aufsuchen (16% Frauen laut Konsumraumdokumentation; keine Angaben in der „Szenebefragung“; a.a.O.) Mit dem KISS-Programm ist es somit gelungen, einen relativ hohen Anteil an Frauen anzusprechen.

In vielen anderen Parametern stimmt die KISS-Stichprobe sehr gut mit der der Frankfurter Drogenabhängigen überein (z. B. HIV-Infektionsrate: KISS-Studien-TeilnehmerInnen 14%, „Szene-Stichprobe“ Frankfurt: 13%; Hepatitis C Infektion: KISS-Studien-TeilnehmerInnen 64%, „Szene-Stichprobe“ Frankfurt: 61%). Im Substanzkonsum (letzte 30 Tage vor der Erhebung) finden sich einige relevante Differenzen zwischen den Studienstichproben. So liegt der Anteil der Heroinkonsumierenden im Heroinmodellprojekt mit 96% deutlich höher als unter den KISS-Studien-TeilnehmerInnen (62,8%).

Die Wahrnehmung von „Psychosozialer Beratung“ liegt in der KISS-Studie höher, da sich in dieser Gruppe fast 75% aktuell in einer Substitutionsbehandlung befinden und alleine dadurch eine häufige Nennung der psychosozialen Behandlung zu erwarten ist. Insgesamt zeigt sich,

dass die Frankfurter und Hamburger Drogenpopulationen in weiten Bereichen ähnliche soziale, gesundheitliche, suchtanamnestische und aktuelle konsumspezifische Problemlagen aufweisen.

**Tabelle 6.7**      **Stichprobenvergleich: KISS-Studie, Frankfurter Konsumraumbefragung (Simmedinger & Vogt, 2009), MoSyd-Szenebefragung Frankfurt/M (Werse et al., 2009), Modellprojekt heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger (Haasen et al., 2007)**

	KISS (n = 113)	Frankfurter Konsumraumbefragung (n = 4681)	Frankfurter „Szenebefragung“ (n = 150)	Studie zur heroingestützten Behandlung (n = 503)
<b>Soziodemografische Merkmale</b>				
Geschlecht, Anteil männlich	71,70%	84%	66,6% <sup>1</sup>	79,7%
Alter	38,9	34,2	35,1	36,1
Stabile Wohnsituation	52,2%	88%	39%	68,5%
Feste Partnerschaft	33,6%	kA	33%	33,9%
Kind(er)	40,7%	kA	F 50%, M 40%	38,7%
Abgeschlossene Berufsausbildung	59,3%	kA	50%	46,0%
<b>Körperlicher Gesundheitszustand</b>				
HIV-Infektion	14,6%	4,9%	12%	8,6%
HCV positiv	60,0%	50%	63%	80,1%
BMI	24,5	kA	kA	22,7
Hautabszesse	9,2%	kA	14%	6,3%
<b>Drogenkonsum</b>				
Beginn des regelm. Heroinkonsums (Alter)	22,4	kA	20,1	20,0
Beginn des regelmäßigen Kokainkonsums	24,1	kA	20,8	22,3
Heroinkonsum (letzte 30 Tage)	62,8%	90%	83%	96,0%
Kokain(Crack) (letzte 30 Tage)	29,2% (65,5%)	28,4% (39,6%)	89%	75,1%
Alkohol (letzte 30 Tagen)	46,0%	40,8%	65%	14,5%
Benzodiazepine (letzte 30 Tage)	60,2%	27,4%	63%	56,6%
Mehrfachkonsum (letzte 30 Tage)	100,0%	kA	kA	87,0%
Zahl konsumierter Substanzen (letzte 30 T.)	3,3	kA	4,1	kA
<b>Drogenbezogene Behandlungen</b>				
Entzugsbehandlung (stationär)	88,5%	kA	kA	86, 2%
Entwöhnungsbehandlung	60,2%	kA	kA	56,8%
Psychosoziale Beratung	82,3%	36%	69%	49,1%

Anmerkungen. <sup>1</sup>Vorgegebene Quotierung in der MoSyd-Studie (Männer : Frauen = 2 : 1)



---

## 7 PROGRAMMTEILNAHME UND –BEWERTUNG

Kapitel 7 gibt zunächst einen Überblick über die Teilnahmefrequenz an den KISS-Sitzungen (Kap. 7.1), die Haltequote im Programm (Kap. 7.2) sowie die abschließende Programmbewertung durch die TeilnehmerInnen (Kap. 7.3). Anschließend (Kap. 7.4) erfolgen analoge und zum Teil ergänzende Darstellungen für die gepoolte KISS-Gruppe, die aus den randomisierten KISS-TeilnehmerInnen sowie den KISS-Nachzüglern der Warte-Gruppen gebildet wurde (vgl. Kap. 5.3 und 5.13). Im abschließenden Fazit (Kap. 7.5) werden die Befunde zur Programmteilnahme und -bewertung zusammenfassend eingeordnet.

### 7.1 TEILNAHMEHÄUFIGKEIT

#### 7.1.1 NICHTERSCHIENENE, KURZTEILNEHMERINNEN, HÄUFIGTEILNEHMERINNEN

Von den 59 TN, die in die 10 KISS-Gruppen randomisiert worden sind, erschienen 12 zu keiner Modulsitzung („Nichterschienene“, NE). Von den verbleibenden 47 TeilnehmerInnen nahmen 8 Personen an 1-3 („Kurz-TN“) und 39 Personen an mindestens 4 Gruppen- oder Einzelsitzungen teil. Letztere erfüllen das Treated-Per-Protocol-Kriterium („TPP-TN“; vgl. Kapitel 5.3).

Die Vermutung liegt nahe, dass Studien-TN, die gar nicht oder selten zu KISS-Sitzungen erschienen sind, von vornherein schlechtere Startbedingungen aufweisen als „HäufigteilnehmerInnen“ (TPP-TN). Um dies zu prüfen, wurden ausgewählte soziodemografische und suchtbetonte Merkmale der Nichterschienenen, Kurz-TeilnehmerInnen und TPP-TeilnehmerInnen miteinander verglichen (Chi-Quadrat-Tests und zweiseitige t-Tests). Die in Tabelle 7.1.1 zusammengestellten Ergebnisse dieser Vergleiche nähren die genannte Vermutung.

**Tabelle 7.1.1 Vergleich von Nichterschienenen, KurzteilnehmerInnen (≤ 3 Sitzungen) und Treated-Per-Protocol-TeilnehmerInnen (≥ 4 Sitzungen) in ausgewählten soziodemografischen und suchtbezogenen Merkmalen**

	Nicht- erschienene (NE) [n = 12]	Kurz-Teilnehmer- Innen (KT) [n = 8]	TPP-Teilnehmer- Innen (TPP) [n = 39]	Signifikanz
Alter (M, (SD))	36,3 (5,80)	41,9 (6,60)	39,5 (7,88)	ns
Familienstand ledig (%, [n])	50,0 [6]	62,5 [5]	69,2 [27]	ns
Eigene Kinder (%, [n])	66,67 [8]	25,00 [2]	42,6% [23]	NE > TPP <sup>a)</sup>
Beruflicher Status arbeitslos (%, [n])	83,3 [10]	62,5 [5]	56,3 [18]	NE > TPP <sup>b)</sup>
Sozialleistungsbezug (%, [n])	100 [12]	87,5 [7]	87,2 [34]	ns
Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums (in Jahren; M, (SD), [n])	21,8 (7,95) [5 von 12]	15,0 (2,45) [4 von 8]	13,6 (5,99) [17 von 39]	NE > TPP <sup>c)</sup>
Beginn des regelmäßigen Heroinkonsums (in Jahren; M, (SD), [n])	21,5 (6,98) [10 von 12]	27,3 (8,89) [6 von 8]	22,6 (6,74) [19 von 39]	KT > TPP <sup>d)</sup>
z. Z. in Substitutionsbehandlung (%, [n])	40,0 [4 von 10]	66,7 [4 von 6]	84,2 [16 von 19]	NE < TPP <sup>e)</sup>
Konsum von Drogen-Cocktails in letzten 28 Tagen (%, [n])	66,68 [8]	50,0 [4]	38,46 [15]	NE > TPP <sup>f)</sup>
Wichtigkeit einer Konsumänderung (M, (SD)) <sup>g)</sup>	9,25 (0,75)	9,43 (1,13)	8,35 (2,0)	NE > TPP <sup>g)</sup> KT > TPP <sup>h)</sup>
Änderungszuversicht (M, (SD)) <sup>g)</sup>	6,25 (2,83)	5,86 (2,83)	6,43 (2,58)	ns
Bereitschaft zur Konsumänderung (M, (SD)) <sup>g)</sup>	7,00 (3,38)	8,57 (1,81)	8,16 (1,44)	NE < TPP <sup>g)</sup>
Erlebte soziale Unterstützung (M, (SD)) <sup>k)</sup>	11,33 (4,94)	12,25 (5,95)	13,28 (6,28)	ns
HIV positiv (%, [n]) <sup>l)</sup>	8,3 [1 von 12]	42,9 [3 von 7]	13,2 [5 von 38]	KT > TPP <sup>m)</sup>
Hepatitis C positiv (%, [n]) <sup>l)</sup>	54,6 [6 von 11]	100,0 [7 von 7]	64,9 [24 von 37]	KT > TPP <sup>n)</sup>
Körperlicher Allgemeinzustand: KlientInneneinschätzung (M, (SD), [n]) <sup>o), p)</sup>	4,25 (1,71) [12]	3,71 (1,98) [7]	3,15 (1,29) [39]	NE > TPP <sup>p)</sup>
Körperlicher Allgemeinzustand: ÄrztInneneinschätzung (M, (SD), [n]) <sup>o), q)</sup>	3,92 (1,62) [12]	3,04 (1,27) [7]	3,08 (1,13) [39]	NE > TPP <sup>r)</sup>
Psychischer Allgemeinzustand: KlientInneneinschätzung (M, (SD), [n]) <sup>o), r)</sup>	4,20 (1,48) [10]	4,67 (1,98) [6]	3,68 (1,51) [37]	ns
Psychischer Allgemeinzustand: ÄrztInneneinschätzung (M, (SD), [n]) <sup>o), q)</sup>	4,40 (1,74) [10]	4,67 (1,03) [6]	3,92 (1,21) [37]	ns

**Anmerkungen.**

ns = nicht signifikant  $p > 0,10$

a) Pearson  $\chi^2 (1) = 4,21, p = 0,040$

b) Pearson  $\chi^2 (1) = 2,77, p = 0,096,$

c)  $t (20) = -2,49, p = 0,011$

d)  $t (23) = -1,40, p = 0,088$

e) Pearson  $\chi^2 (1) = 5,98, p < 0,014$  (Bezugsgruppe: nur die Heroinkonsumierenden)

f) Pearson  $\chi^2 (1) = 2,95, p < 0,086$

g)  $t (47) = -1,51, p < 0,069$

h)  $t (42) = -1,37, p < 0,089$

i)  $t (47) = 1,69, p < 0,049$

j) Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 11 (sehr ausgeprägt)

k) Summenwert der drei Bereiche sozialer Unterstützung (je geringer der Wert, desto höher die soziale Unterstützung; vgl. Kapitel 5.8.3)

l) Gemäß Beurteilung der KlientInnen in der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung (vgl. Kapitel 5)

m) Pearson  $\chi^2 (1) = 3,57, p = 0,029$

n) Pearson  $\chi^2 (1) = 3,49, p = 0,062$

o) Skala von 1 (sehr gut) bis 7 (sehr schlecht)

p)  $t (49) = -2,38, p = 0,021$

q) Gemäß Beurteilung der ÄrztInnen in der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung (vgl. Kapitel 5)

r)  $t (49) = -2,02, p = 0,049.$

---

Aus Tabelle 7.1.1 ist zu ersehen, dass sich zwischen KurzteilnehmerInnen und HäufigteilnehmerInnen (TPP-Gruppe) einige Unterschiede in suchtbezogenen, somatischen und psychischen Ausgangsmerkmalen ergeben.

Die Kurz-TeilnehmerInnen haben in höherem Alter als die Häufig-TeilnehmerInnen mit dem regelmäßigen Heroinkonsum begonnen und halten eine Konsumänderung für wichtiger. Weiterhin ist der Anteil der HIV- und Hepatitis-Positiven unter ihnen wesentlich höher als unter den Häufig-TeilnehmerInnen.

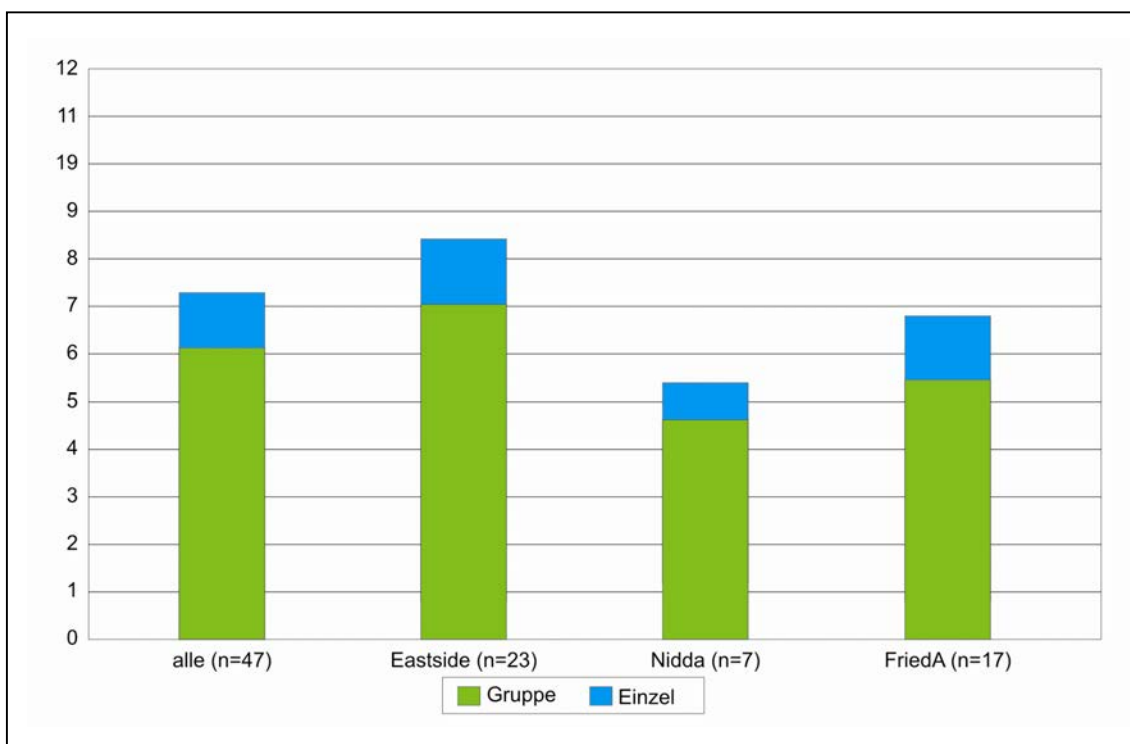
Noch wesentlich deutlicher unterscheiden sich die an keinem KISS-Termin Anwesenden (NE-Gruppe) von den regelmäßigen Programm-TeilnehmerInnen (TPP-Gruppe): Mehr der Nichterschiedenen haben eigene Kinder; sie weisen eine höhere Arbeitslosenquote auf, haben in deutlich späterem Lebensalter (erst mit 21,8 Jahren) mit dem regelmäßigen Alkoholkonsum begonnen, befinden sich markant seltener in Substitutionsbehandlung, gehören häufiger zu den Drogencocktail-KonsumentInnen und befinden sich zu Studienbeginn in einem etwas schlechteren körperlichen Zustand als die Häufig-TeilnehmerInnen. Was die Änderungskognitionen (Änderungswichtigkeit, -zuversicht und -bereitschaft) anbelangt, ist den Nicht-Erschiedenen eine Änderung ihres Drogenkonsums wichtiger als den TeilnehmerInnen der TPP-Gruppe. Sie geben aber – scheinbar paradox – eine im Vergleich zur Wichtigkeitseinschätzung relativ geringe Bereitschaft an, ihren Konsum zum augenblicklichen Zeitpunkt ändern zu wollen.

Insgesamt betrachtet, vermitteln diese Daten den – angesichts der geringen Subgruppengröße etwas spekulativen – Eindruck, dass KurzteilnehmerInnen, vor allem aber Nicht-Erschiedene eine nochmals stärker beeinträchtigte Subgruppe unter den bereits in ihrer Gesamtheit verletzten DrogenkonsumentInnen dieser Studie darstellen. Die Tatsache, dass die Nicht-Erschiedenen eine Änderung ihres Drogenkonsums zwar für sehr wichtig halten, aber eine im Vergleich zur Wichtigkeitszuschreibung relativ geringe (momentane) Änderungsbereitschaft aufbringen, könnte mit drängenderen anderen Notlagen und dem Versuch, vor dem Konsum zunächst diese zu ändern, in Zusammenhang stehen. Es ist aber auch möglich, dass die Nicht-Erschiedenen die KISS-Gruppe deshalb nicht begonnen haben, weil sie zu diesem Zeitpunkt inhaftiert oder in stationärer Krankenbehandlung gewesen sind. Da die Gründe des Nichtantretens einer KISS-Gruppe nicht systematisch erhoben worden sind, kann über das Zutreffen dieser Erklärungen letztlich nicht entschieden werden. In einer Folgestudie wären die Gründe der Nichtteilnahme systematisch zu erkunden und Strategien zur gezielten Gewinnung auch dieser TeilnehmerInnen für KISS zu entwickeln.

## 7.1.2 TEILNAHMEHÄUFIGKEIT PRO STANDORT UND KISS-SITZUNG

Abbildung 7.1.2.1 gibt einen summarischen Überblick über die Anzahl der wahrgenommenen KISS-Sitzungen unter den 47 Personen, die an mindestens einer der zwölf KISS-Sitzungen anwesend waren.

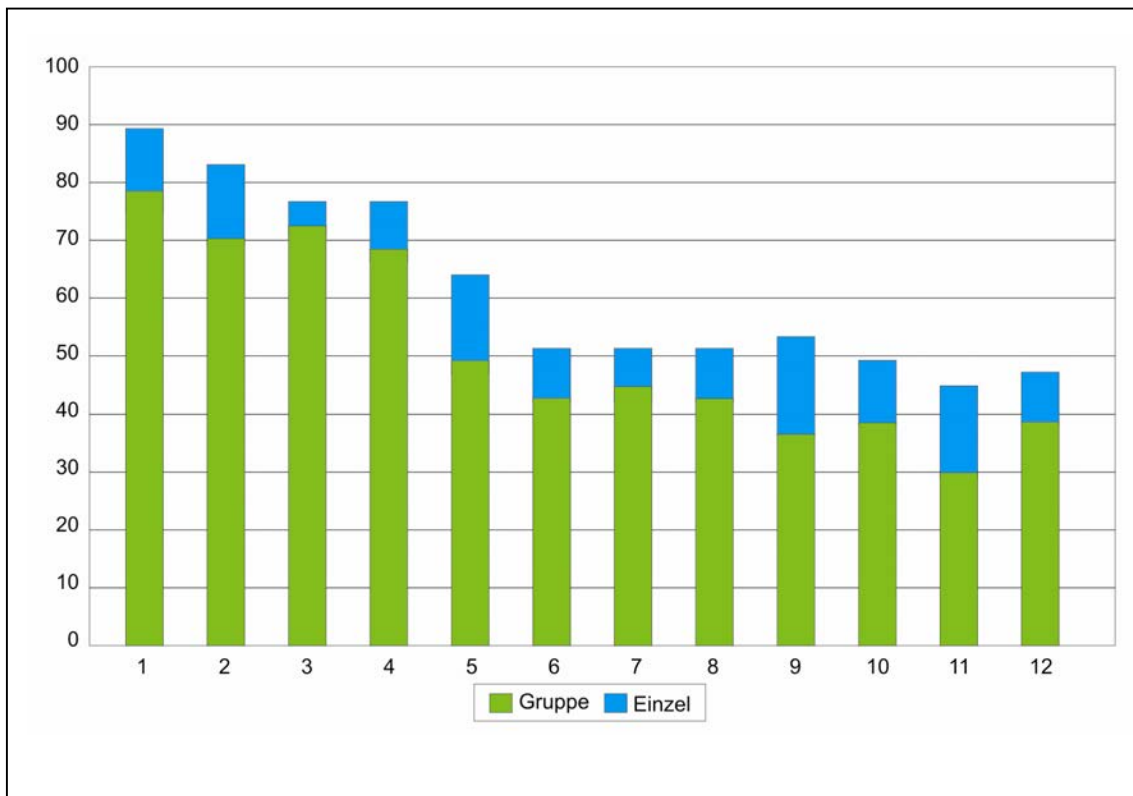
**Abbildung 7.1.2.1** Teilnahmeghäufigkeit an den 12 KISS-Sitzungen, über alle Standorte und differenziert nach den drei KISS-Standorten sowie Gruppen- und Einzelsitzungen (n = 47)



Über alle Standorte hinweg wurden im Durchschnitt 7,4 (SD = 3,6) der 12 KISS-Sitzungen wahrgenommen. Die Teilnahmefrequenz im vom Angebot breit gefächerten niedrigschwelligen Drogenhilfezentrum Eastside liegt mit 8,4 Sitzungen (SD = 3,31) über dem Gesamtmittel, im bahnhofsnahen Drogenkonsumraum Niddastraße mit 5,3 Sitzungen (SD = 3,15) deutlich, in der Substitutionseinrichtung FriedA mit 6,8 Sitzungen (SD = 3,31) knapp darunter. Wie Abbildung 7.1 weiter verdeutlicht, wurden die meisten Termine (M = 6,1, SD = 3,40) im Gruppensetting wahrgenommen und nur wenige (M = 1,3, SD = 1,5) in Einzelsitzungen nachgeholt, was bei Versäumen eines Gruppentermins möglich war (vgl. Kap. 5.6).

Abbildung 7.1.2.2 und Tabelle 7.1.2.1 geben Aufschluss über die Teilnahmehäufigkeit an jeder der 12 KISS-Sitzungen (über alle drei Standorte hinweg; erneut für die n = 47 Personen mit mindestens einer Sitzungsteilnahme).

**Abbildung 7.1.2.2 Teilnahmehäufigkeit (in %) an jedem der 12 KISS-Module, differenziert nach Gruppen- und Einzelsitzungen (n = 47)**



**Tabelle 7.1.2.1 Teilnahmehäufigkeit (% , [n]) an jedem der 12 KISS-Module, differenziert nach Gruppen- und Einzelsitzungen (n = 47)**

Modul	Gruppensitzung	Einzelsitzung	Gesamtteilnahme
1	78,7% [37]	10,6% [5]	89,3% [42]
2	70,2% [33]	12,8% [6]	83,0% [39]
3	72,3% [34]	4,3% [2]	76,6% [36]
4	68,1% [32]	8,5% [4]	76,6% [36]
5	48,9% [23]	14,9% [7]	63,8% [30]
6	42,6% [20]	8,5% [4]	51,1% [24]
7	44,7% [21]	6,4% [3]	51,1% [24]
8	42,6% [20]	8,5% [4]	51,1% [24]
9	36,2% [17]	17,0% [8]	53,2% [23]
10	38,3% [18]	10,6% [5]	48,9% [23]
11	29,8% [14]	14,9% [7]	44,7% [21]
12	38,3% [18]	8,5% [4]	46,8% [22]

Mindestens drei Viertel der TeilnehmerInnen (zwischen 76,6% und 89,3%) waren an den ersten vier Sitzungen anwesend. Die fünfte Sitzung wurde noch von knapp zwei Drittel (64%) der KISS-TeilnehmerInnen wahrgenommen. Ab der sechsten Sitzung pendelte sich die Teilnahmehäufigkeit um die 50%-Marke ein. Zu bedenken ist, dass in diese Werte die Behandlungsabbrücker (s.u. Kapitel 7.2) mit eingehen, so dass die Teilnahmefrequenz unter den in Behandlung verbliebenen KlientInnen etwas höher liegt.

Tabelle 7.1.2.2 gibt Aufschluss darüber, wie vielen Sitzungen die n = 47 Personen beigewohnt haben – unabhängig davon, ob es sich dabei um Gruppen- oder Einzelsitzungen handelte.

**Tabelle 7.1.2.2 Anzahl der wahrgenommenen KISS-Sitzungen (n = 47)**

Anzahl der Sitzungen	TeilnehmerInnenzahl (%, [n])
1	4,3% [2]
2	6,4% [3]
3	6,4% [3]
4	14,9% [7]
5	4,3% [2]
6	4,3% [2]
7	4,3% [2]
8	10,6% [5]
9	4,3% [2]
10	19,1% [9]
11	6,4% [3]
12	14,9% [7]
Summe	100% [47]

Während 17,1% der TeilnehmerInnen nur 1-3 Sitzungen wahrgenommen haben, waren 40,4% der TeilnehmerInnen an 10-12 Sitzungen anwesend, was einer Teilnahme an mindestens 83% des Gruppenprogramms entspricht. Sieben Personen (14,9%) nahmen an allen 12 Sitzungen teil.

Insgesamt betrachtet, kann die Teilnahmefrequenz als beachtlich eingestuft werden, wenn man berücksichtigt, dass es sich bei den TeilnehmerInnen um einen physisch, psychisch und sozial schwer beeinträchtigten Personenkreis mit einem durch Drogenbeschaffung und -konsum bestimmten Lebensalltag handelt, zu dem das (pünktliche) Wahrnehmen von Terminen in der Regel nicht dazugehört.

### 7.1.3 GRÜNDE FÜR DIE NICHTANWESENHEIT AN EINZELNEN SITZUNGEN

Den TrainerInnen-Protokollen, die nach jeder Sitzung erstellt worden sind und auch zwischen den Sitzungen in Erfahrung gebrachte Informationen zu den TeilnehmerInnen enthalten (vgl. Kapitel 3.1), sind u. a. die Gründe für die Nichtanwesenheit an einzelnen KISS-Sitzungen zu entnehmen. Das breite Spektrum an Nichtanwesenheitsgründen lässt sich heuristisch fünf Bereichen zuordnen:

- § gesundheitliche Gründe (z. B. Krankheit, Arzttermin, Krankenhaus, keine Kraft, Entgiftung etc.)
- § psychische Gründe (z. B. schwere psychische Belastungen, Überlastung durch aktuelle Lebenssituation, Termin beim Psychiater etc.)
- § familiäre und Beziehungsprobleme (z. B. kranke Mutter versorgen, keine Kinderbetreuung, Probleme mit Tochter, neu verliebt etc.)
- § kritische Gruppen- und Programmeinschätzung (z. B. „Dieses Thema ist mir zu intim“, Streit mit anderen TeilnehmerInnen etc.)
- § andere Gründe (z. B. verschlafen, kein Fahrtgeld, „musste arbeiten“, Termin vergessen, Urlaub etc.).

Die Vielfalt der Hintergründe legt nahe, dass „fehlende Motivation“ kein entscheidender Bedingungsfaktor der Nichtteilnahme an einzelnen Sitzungen ist. Das Fernbleiben an einzelnen Sitzungen geht offenbar auf ein Spektrum an Gründen zurück, das auch in anderen Programmen (z. B. Raucherentwöhnungskursen, Gruppenpsychotherapie etc.) und bei Nichtdrogenabhängigen vorzufinden ist (vgl. Tschuschke, 2009).

## 7.2 ABBRUCH-/HALTEQUOTE

Als Programmabbruch wurde gewertet, wenn sich eine Person, die mindestens einmal an einem Gruppen- oder Einzeltermin erschienen ist, gegen eine weitere Teilnahme ausgesprochen hat oder dies auf der Basis externer Informationen begründet anzunehmen war. Dies war bei 4 der 47 Personen (d. h. bei 8,5%), die an mindestens einer der zwölf KISS-Sitzungen anwesend waren, der Fall. Bei drei Personen war ausschlaggebend, dass ihnen die Teilnahme an einer bzw. ihrer speziellen Gruppe nicht zusagte und sie ausschließlich an Einzelsitzungen teilnehmen wollten, was im Studiendesign nicht vorgesehen war und deshalb wie auch aus Kapazitätsgründen (TrainerInnenressourcen) nicht umgesetzt werden konnte. Eine weitere Person fühlte sich durch das Programm überfordert und konnte diesem nach eigenen Angaben „geistig nicht folgen“.

Mithin ergibt sich für die TeilnehmerInnen der KISS-Gruppe, die mindestens eine Sitzung besucht haben, eine Haltequote von 91,5%.

## 7.3 PROGRAMMBEWERTUNG

Nach Abschluss des KISS-Programms wurden die TeilnehmerInnen im Rahmen der Nachbefragung (Post-Assessment) nach der **Zufriedenheit mit dem Programm** und einzelnen seiner Teile befragt. Die dabei gewonnenen Ergebnisse werden im Folgenden für die n = 37 TPP-KlientInnen aufgeführt, da sie an mindestens vier Sitzungen teilgenommen haben und somit eine hinreichende Vertrautheit mit den zu beurteilenden Programmbestandteilen anzunehmen ist (vgl. Tabelle 7.3).

**Tabelle 7.3**      **Einschätzung des KISS-Programms durch die 37 TPP-TeilnehmerInnen (7er-Rating: 1 = sehr zufrieden/sehr geholfen, 7 = sehr unzufrieden/überhaupt nicht geholfen)**

Gesamteinschätzung [n = 37]	M	SD
Zufriedenheit mit dem KISS-Programm	2,14	1,67
Zufriedenheit mit den TrainerInnen	2,13	1,67
Wie sehr hat das KISS-Programm bei Verringerung des Konsums geholfen?	2,13	0,96
Wie hilfreich waren ...? (Auswertung nur für die n = 31 Personen, die laut Eigenangaben ihren Konsum reduziert haben)		
... die wöchentliche Festlegung der Konsumziele	1,90	0,84
... der wöchentlichen Rhythmus	1,97	1,20
... das Führen des Konsumtagebuchs	2,00	1,41
... die gemeinsame Durchführung in Gruppen	2,07	1,46
... das Führen der Konsumverlaufskurve	2,74	1,63
... die schriftlichen Unterlagen des Handbuchs	3,52	1,55

Aus Tabelle 7.3 ist zu ersehen, dass die Zufriedenheit mit Programm und TrainerInnen hoch ausfällt und das KISS-Programm als hilfreich für die Konsumreduktion empfunden wurde. Den 31 TeilnehmerInnen (83,78% von 37), die nach eigenen Aussagen im Laufe des KISS-Programms ihren Suchtmittelkonsum reduzieren konnten, haben bei der Reduktion am meisten die wochenweise Festlegung der Konsumziele, der wöchentliche Rhythmus der Gruppentermine, das Führen des Konsumtagebuchs und die Durchführung als Gruppenprogramm geholfen. Das Führen der Konsumverlaufskurve sowie die schriftlichen Unterlagen des TN-Handbuchs werden dagegen etwas weniger hilfreich bei der Reduktion eingeschätzt.



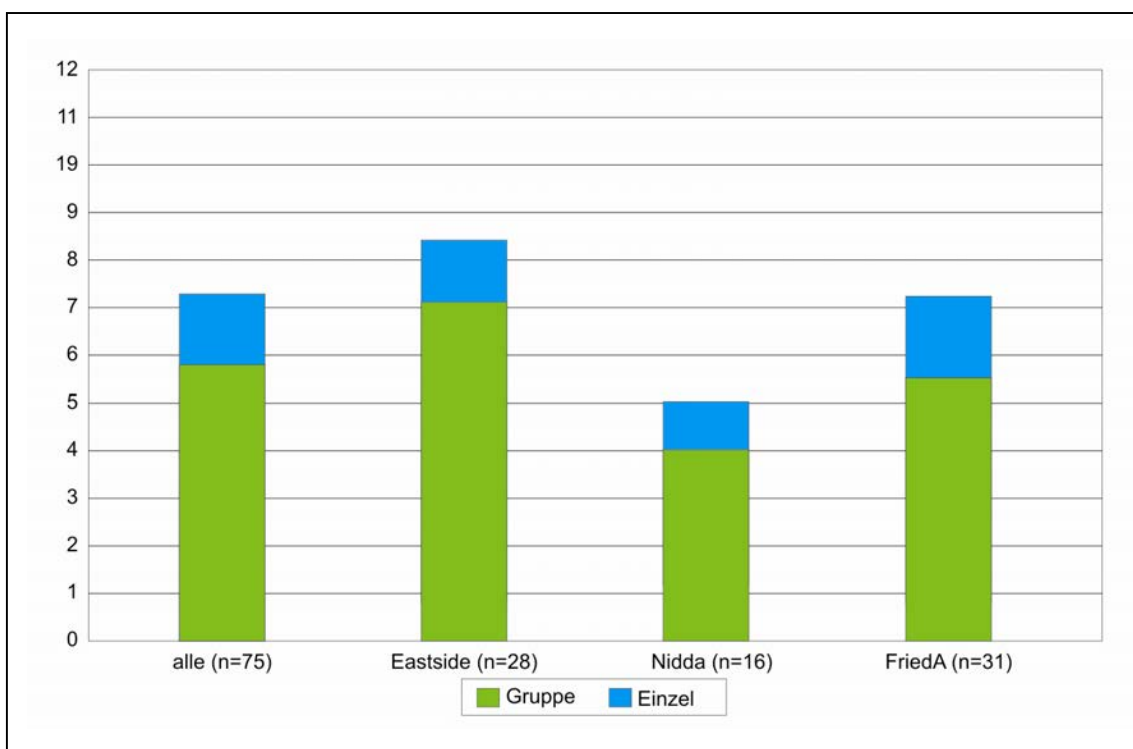
## 7.4 EXKURS: PROGRAMMTEILNAHME UND –BEWERTUNG IN DER GEPOOLTEN KISS-GRUPPE

Um die Programmevaluation auf eine breitere Datenbasis zu stellen, wurden die Daten der zuvor berichteten 47 KISS- TeilnehmerInnen ( = Teilnahme an mindestens einer KISS-Sitzung) mit denen der 28 Wartegruppe-TeilnehmerInnen, die nach Ablauf der Wartezeit an einer KISS-Gruppe teilgenommen haben (siehe Kapitel 5.3), zur „gepoolten KISS-Gruppe“ (n = 75) zusammengefasst und zur Ermittlung von Teilnahmehäufigkeit (Kap. 7.4.1), Haltequote (Kap. 7.4.2) und Programmbewertung (Kap. 7.4.3) herangezogen.

### 7.4.1 TEILNAHMEHÄUFIGKEIT

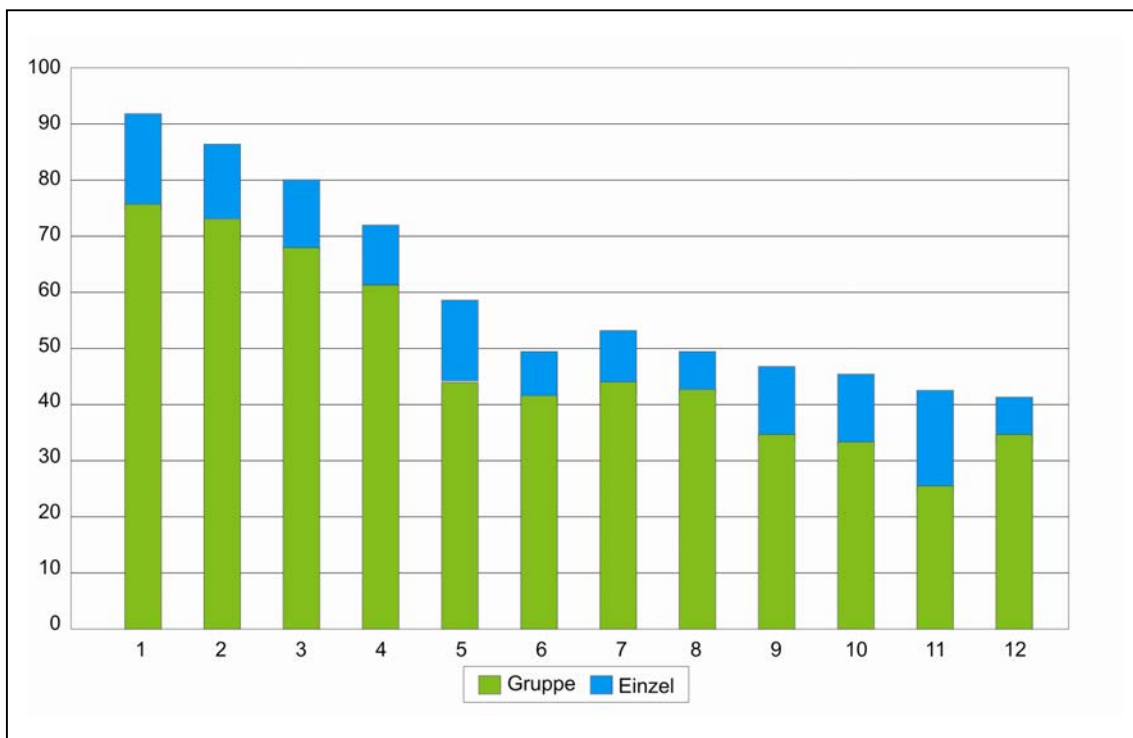
Für die gepoolte KISS-Stichprobe von n = 75 Personen ergibt sich eine durchschnittliche Teilnahme an 7,17 KISS-Sitzungen (SD = 3,7), die sich ebenso wenig wie die standortspezifischen Teilnahmefrequenzen wesentlich von den Teilnahmedaten der n = 47 randomisierten KISS-TeilnehmerInnen unterscheidet (vgl. Abb. 7.4.1.1 mit Abb. 7.1.2.1).

**Abbildung 7.4.1.1 Durchschnittliche Teilnahmehäufigkeit an den Sitzungen, nach Standorten differenziert (n = 75)**



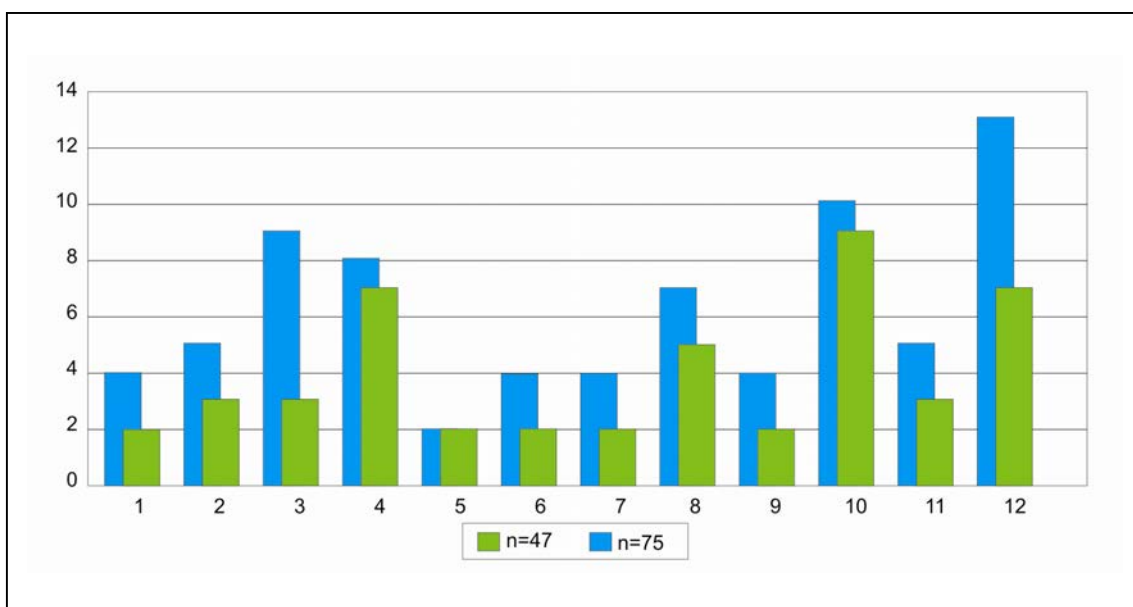
Nach den 12 Sitzungen aufgeschlüsselt, ergeben sich für die gepoolte KISS-Gruppe in den ersten Sitzungen etwas höhere und den letzten KISS-Einheiten etwas geringere Teilnahmequoten als in der randomisierten KISS-Gruppe (vgl. Abb. 7.4.1.2 mit Abb. 7.1.2.2). Am Trend, wonach die Teilnahmequote ab der fünften Sitzung sichtbar sinkt, ändert sich aber nichts.

**Abbildung 7.4.1.2** Teilnahmehäufigkeit (in%) an jedem der 12 KISS-Module, differenziert nach Gruppen- und Einzelsitzungen (n = 75)



Was die Anzahl an wahrgenommenen Sitzungen anbelangt, ist die Relation zwischen der randomisierten und gepoolten KISS-Gruppe weitgehend gleich (vgl. Abb. 7.4.1.3 mit Tabelle 7.3).

**Abbildung 7.4.1.3** Anzahl der Personen (Ordinate), die die jeweilige Anzahl an KISS-Sitzungen (von 1 bis 12; Abszisse) wahrgenommen haben; Gegenüberstellung von randomisierter (n = 47) und gepoolter (n = 75) KISS-Gruppe



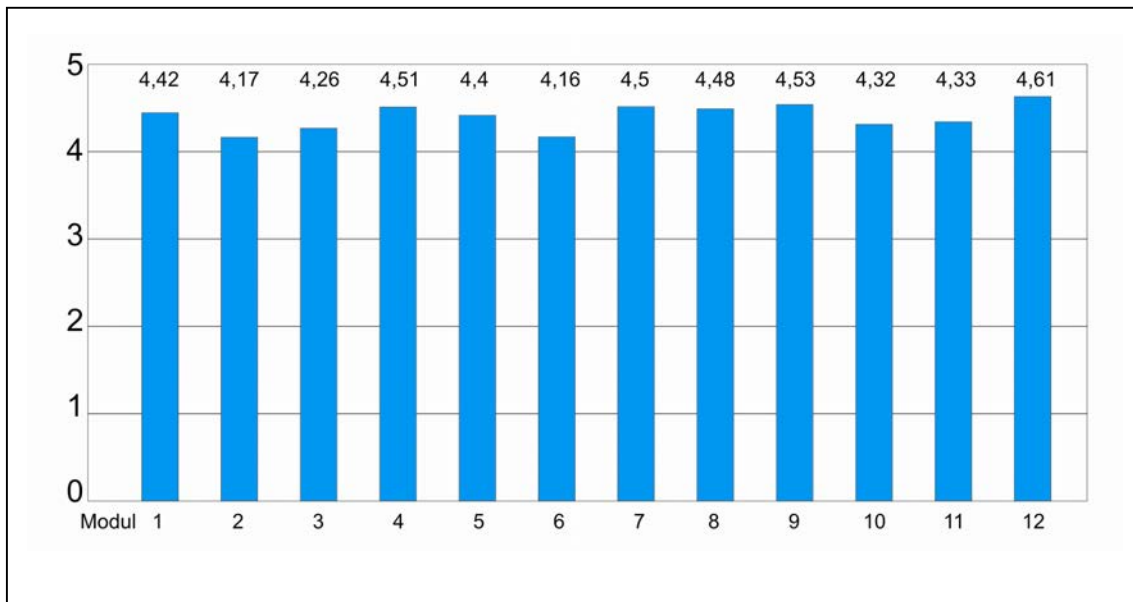
### 7.4.2 HALTEQUOTE

Bezogen auf die gepoolte Stichprobe, sind 5 von 75 Personen (6,7%) und somit prozentual noch weniger als in der randomisierten KISS-Gruppe vorzeitig aus dem KISS-Programm ausgeschieden. Neben der vom Programm überforderten Person („kann dem Programm geistig nicht folgen“) handelt es sich um vier Personen, die lieber gänzlich an einem KISS-Einzelprogramm teilgenommen hätten, was aus den bereits benannten Gründen (Designfestlegung und limitierte TrainerInnen-Kapazitäten) nicht möglich war.

### 7.4.3 PROGRAMMBEWERTUNG

Am **Ende jeder Sitzung** wurden **von den TeilnehmerInnen** anonym<sup>9</sup> die **Zufriedenheit** mit acht Aspekten der Sitzung sowie die Gesamtzufriedenheit mit der Sitzung über sechsstufige Ratingskalen erhoben (von 0 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden). Für die gepoolte KISS-Gruppe der n = 75 TeilnehmerInnen liegen dazu Ergebnisse vor. Abbildung 7.4.3 ist zu entnehmen, dass die TeilnehmerInnen mit jeder der 12 Sitzungen sehr zufrieden waren. Die Einzelwerte liegen zwischen M = 4,16 und M = 4,61, der Mittelwert über alle TeilnehmerInnen und alle Sitzungen beträgt M = 4,38. Mit anderen Worten bekundeten die TeilnehmerInnen für jede Sitzung ein nahezu maximales Ausmaß an Zufriedenheit.

**Abbildung 7.4.3 Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit jeder der 12 KISS-Sitzungen (Ratings von 0 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden; gepoolte KISS-Gruppe, n = 75)**



<sup>9</sup> Da die stundenweise Befragung anonymisiert verlief und die eingesammelten Stundenbeurteilungsbögen eine spätere Separatauswertung für die randomisierten KISS-TeilnehmerInnen nicht zuließen, beziehen sich die Auswertungen auf die Gesamtgruppe aller n = 75 KISS-TeilnehmerInnen.

Ergänzende **Zufriedenheitseinschätzungen** liegen von den **TrainerInnen** vor, die am Ende jeder Sitzung im Rahmen des „TrainerInnen-Protokolls“ auf einer 7er-Skala angaben, „wie die heutige Sitzung aus meiner Sicht lief“ (mit den Stufen -3 [„sehr schlecht“], -2, -1, 0, +1, +2 +3 [„sehr gut“]). Die Durchschnittsbewertung der Zufriedenheit über alle TrainerInnen und Sitzungen beträgt 1,62. Damit wird deutlich, dass auch die TrainerInnen den Verlauf der Sitzungen positiv einschätzten. Die Abweichungen vom Optimalwert von +3 sind fast ausnahmslos durch hohe eigene Ansprüche an die Durchführung („hätte ich noch besser machen können“) und nicht durch die Elemente des KISS-Programms bedingt gewesen, wie die die Coaching-Sitzungen (vgl. Kapitel 5.4) deutlich gemacht haben.

Am **Ende der 12. KISS-Sitzung** wurden die TeilnehmerInnen von den TrainerInnen gebeten, einen Rückblick auf jedes Modul vorzunehmen und ihre Zufriedenheit mit jedem der Module einzuschätzen (6-er-Rating von 0 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden). Die mittlere Zufriedenheit über alle 12 Module liegt mit 4,41 in einem sehr hohen Bereich. Alle Modulbewertungen liegen über 4,19 (niedrigster Wert: 4,20; vgl. Tabelle 7.4.3) und unterscheiden sich numerisch kaum, was zum Ausdruck bringt, dass alle Module auf ein ausgesprochen positives Echo bei den TeilnehmerInnen gestoßen sind.

**Tabelle 7.4.3** Zufriedenheitsbewertung der einzelnen Module durch die TeilnehmerInnen (0 = sehr unzufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Module	Thema	M
1	Grundwissen Drogen	4,49
2	Pro und Contra Veränderung	4,36
3	Bilanz ziehen	4,45
4	Konsumziel festlegen	4,38
5	Strategien zur Zielerreichung	4,41
6	Risikosituationen erkennen	4,23
7	Ausrutscher meistern	4,54
8	Freizeit genießen	4,55
9	Belastungen erkennen	4,46
10	Belastungen angehen	4,25
11	Soziale Kompetenzen	4,20
12	Erfolge sichern	4,57

## 7.4 FAZIT

Sowohl die randomisierten als auch die gepoolten KISS-TeilnehmerInnen nehmen im Durchschnitt an ca. 60% aller Sitzungen (mehr als 7 von 12 Sitzungen) und somit in beachtlicher Häufigkeit an den KISS-Sitzungen teil und brechen die Behandlung in weniger als 10% der Fälle vorzeitig ab. Die relativ hohe Anzahl der wahrgenommenen KISS-Sitzungen (ca. 60%) in Verbindung mit der hohen Haltequote (über 90%) lassen die Schlussfolgerung zu, dass das KISS-Programm auch für polyvalent konsumierende und sozial depravierte Drogenabhängige, die niedrighschwellige Drogenhilfeeinrichtungen aufsuchen, attraktiv ist (sekundäre Forschungsfragestellung 1).

Vergleiche der Haltquote im KISS-Programm mit den Haltequoten aus Drogenentwöhnungstherapien und Substitutionsbehandlungen sind zwar nur bedingt interpretationsfähig, da sich die verschiedenen Interventionen nicht nur im Behandlungsprogramm als solchem, sondern in verschiedenen anderen Parametern (Dauer; ambulante versus stationäre Behandlung usw.) und ihrer Klientel (z. B. Alter, Komorbidität usw.) unterscheiden. Trotzdem ist es aufschlussreich zu sehen, dass die Haltequoten in stationären Drogenentwöhnungsbehandlungen nur zwischen 25% und 60% liegen (Metaanalyse von Sonntag und Künzel, 2000) und diejenigen in Substitutionsprogrammen gemäß dem Literaturüberblick von Busch, Haas, Weigl, Wirl, Horvath & Stürzlinger (2007) zwischen 25% (niedrigste Haltequote) und 95% (höchste) variieren (vgl. auch Wittchen et al., 2008). Angesichts solcher Zahlen liegt die mit dem KISS-Programm erzielte Haltequote in einem mehr als zufriedenstellenden Bereich.

Neben der hohen Teilnahme- und geringen Abbruchquote fällt positiv auf, dass KISS als Gruppenprogramm von der überwiegenden Zahl der KlientInnen angenommen worden ist und Einzelsitzungen die Ausnahme blieben. Auch die Rückmeldungen der TrainerInnen bestätigen die Sinnhaftigkeit, KISS als Gruppenprogramm anzubieten, da gruppendynamische Prozesse den Veränderungsprozess der einzelnen TeilnehmerInnen offensichtlich begünstigt haben (durch Förderung von Änderungszuversicht, „Abgucken“ hilfreicher Änderungsstrategien, emotionale und praktische Unterstützung usw.). Das schließt zukünftig nicht aus, bei KlientInnen, für die die Teilnahme an einer Gruppe letztlich mehr Belastung als Unterstützung bedeutet (z. B. bei schweren Persönlichkeitsstörungen), KISS komplett als Einzelprogramm anzubieten oder die KISS-Gruppenteilnahme in eine KISS-Einzelbehandlung überzuführen. Die Abbruchgründe bei vorzeitigem KISS-Beenden weisen auf die Sinnhaftigkeit dieser Optionen.

Positiv beurteilt wurden auch die zentralen Bestandteile des KISS-Programms, wie der wöchentliche Rhythmus der Zielfestlegungen und das Führen des Konsumtagebuchs. Einzig das TeilnehmerInnen-Handbuch mit den Arbeits- und Informationsblättern schnitt nicht ganz so positiv ab. Dies mag der Tatsache geschuldet sein, dass Arbeits- und Informationsblätter in den Sitzungen öfters in Kopie ausgeteilt worden sind und das Handbuch deshalb – anders als vorge-

---

sehen – gar nicht als essentieller Programmbestandteil ins Bewusstsein der TeilnehmerInnen gerückt ist.

Trotz der insgesamt erfreulichen Teilnahmerate, hohen Haltequote und positiven Programmbeurteilung ist nach den vorliegenden TN-Urteilen an **Programmoptimierungen** zu denken. Zunächst einmal ist anzustreben, möglichst viele an einer Konsumreduktion interessierte KlientInnen „in das Programm zu bringen“. Die Gruppe der Nichterschienenen macht deutlich, dass es bei manchen Personen Hindernisse gibt, die eine Teilnahme letztendlich verhindern, obwohl sie von diesen Personen als wichtig erachtet wird. Diese Hindernisse gilt es in einer Ergänzungsstudie genauer zu erhellen. Wenn unsere Vermutung zutreffend sein sollte, dass akute Problemlagen oftmals die Teilnahme verhindern, wäre zu erwägen, die potentiellen TeilnehmerInnen in ein umfassenderes Case-Management einzubinden, um die Bearbeitung dieser Problemlagen voranzubringen und damit die KISS-Teilnahme zu erleichtern.

Darüber hinaus gilt es, der sinkenden Teilnahmefrequenz entgegenzuwirken. Inhaltlich fällt auf, dass die Teilnahmehäufigkeit nach der 4. Sitzung deutlicher zurückgeht, also nach dem Modul, ab dem die gezielte, geplante, wochenweise Umsetzung der eigenen Reduktionsziele beginnt. Manche TrainerInnen hatten den Eindruck, dass sich bei einigen TeilnehmerInnen Ernüchterung ob der nicht gänzlich erreichten Wochenziele breit gemacht hatte und es im Einzelfall schwer fiel, das vermeintliche „Scheitern“ den Gruppenmitgliedern gegenüber zu bekunden. Falls diese Erklärung – zumindest bei einem Teil der TeilnehmerInnen – zutreffend sein sollte, wäre zu prüfen, ob weitere „Entdramatisierungen“ („kognitive Umstrukturierung“) bei Nichterreichen der gesetzten Reduktionsziele stärker in das KISS-Programm eingebaut werden könnten, ggf. ergänzt durch stützende Zwischeninterventionen (z. B. individuelle Telefonkontakte nach der 4. Sitzung).

Die Erhöhung der Teilnahmefrequenz stellt sich insbesondere im niedrighwelligen Drogenkonsumraum Niddastraße als Ziel. Da diese Einrichtung fast ausschließlich einen Ort des sicheren Konsumierens darstellt (ohne ergänzenden „Kontaktladen“, sozialpädagogische Beratung etc.) und sie dementsprechend i.d.R. nur für den jeweiligen Konsumvorgang aufgesucht wird, fallen hier feste Terminanbindungen schwerer. Einen Zugang zur Verringerung dieses Problems stellt das im Jahr 2008 im Konsumraum Niddastraße begonnene KISS-Café dar, das ehemaligen KISS- TeilnehmerInnen wöchentliche Auffrischsitzungen und potentiellen neuen KISS- TeilnehmerInnen die Möglichkeit bietet, mit KISS vertraut zu werden. Inwieweit das KISS-Café auf diese Weise auch die Teilnahmequote an den KISS-Sitzungen zu erhöhen vermag, bleibt zukünftig zu prüfen.

## 8 STUDIENQUALITÄT

Die Aussagefähigkeit einer empirischen Studie hängt entscheidend von ihrer methodischen Qualität ab. Als „Gold-Standard“ zur Erreichung einer hohen Aussagefähigkeit gilt der Typus der randomisierten kontrollierten Studie (Randomized Controlled Trial, RCT; vgl. z. B. Norcross, Hogan & Koocher, 2008), dem auch die vorliegende Untersuchung zuzuordnen ist (vgl. Kapitel 5).

Allerdings können auch innerhalb der Gruppe der RCTs die zulässigen Ergebnisinterpretationen und Schlussfolgerungen erheblich variieren (vgl. Nezu & Nezu, 2008) – je nachdem, welche Standards der Studienanlage, -durchführung und -auswertung realisiert worden sind und welche Alternativerklärungen außer dem Treatment für das Zustandekommen der Ergebnisse in Frage kommen (interne und externe Validität, Konstruktvalidität, Validität der statistischen Schlussfolgerungen; vgl. Shadish, Cook & Campbell, 2002). Insofern ist zu fragen, welche Kriterien ein guter RCT erfüllen muss und wie die Gesamtqualität eines RCT quantifiziert werden kann. Diesen Fragen haben sich im Suchtbereich in den letzten beiden Jahrzehnten unterschiedliche Forschergruppen zugewandt und Kriterienkataloge zur Einstufung der Qualität von RCTs vorgelegt. Die wichtigsten, international weithin rezipierten Kriterienkataloge sind die der Arbeitsgruppe um William R. Miller von der University of New Mexico, Albuquerque, USA (Miller et al., 2003; Miller & Wilbourne, 2002) sowie des Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU; Berglund et al., 2003).

Miller und KollegInnen haben im Rahmen eines groß angelegten, andauernden Forschungsprojektes („Mesa Grande“), in dem alle Studien zur Alkoholismusbehandlung ausgewertet werden und die Wirksamkeit der einzelnen Behandlungsansätze verglichen wird, zur Qualitätsbeurteilung empirischer Studien einen Katalog aus zwölf Kriterien entwickelt (Miller et al., 2003; Miller & Wilbourne, 2002). Die Kriterien reichen von der Frage, ob die Studienteilnehmer den zu vergleichenden Gruppen per Zufall zugewiesen worden sind (Kriterium 1) über die Erreichungsquote der StudienteilnehmerInnen in der Katamnese (Kriterium 3) bis hin zur Frage, ob es sich um eine uni- oder multizentrische Studie handelt (Kriterium 12). Für jedes der 12 Kriterien wird gemäß dem „Mesa Grande Coding Manual“ (Miller 2003) ein Wert („Score“) vergeben, der widerspiegelt, in welchem Ausmaß das Kriterium erfüllt ist. Die Summe der Einzelwerte über alle 12 Kriterien ergibt den „Methodological Quality Score“ (MQS) als übergreifendes Maß der methodischen Qualität einer Studie. In Tabelle 8 findet sich eine Zusammenstellung der 12 Beurteilungskriterien mit Operationalisierung der zu vergebenden Punktwerte sowie ihrer Anwendung auf die vorliegende Studie.

**Tabelle 8 Studienqualität des KISS-RCT gemäß den Mesa Grande Qualitätskriterien (Miller, 2003)**

	Qualitätskriterium	Punktwert
1	Gruppenzuordnung (4 = Randomisierung, 3 = „within subjects“-Design, 2 = Fallkontroll- oder Matching-Studie, 1 = quasi-experimentelles Design, 0 = keine angemessene Vergleichsgruppe)	4
2	Standardisierung der Behandlung (1 = Manual o.Ä., 0 = keine Standardisierung)	1
3	Follow-up-Rate (mindestens 3 Monate) (2 = 85 -100%, 1 = 70 – 84,9%, 0 < 70%)	1
4	Dauer des Follow-up (2 = mindestens 12 Monate, 1 = 6-12 Monate, 0 = weniger als 6 Monate)	1
5	Art des Follow-up-Kontakts (1 = persönlich oder telefonisch in mindestens 70% der Fälle, 0 = Fragebogen und weniger als 70%)	1
6	Fremdinformationen im Follow-up (1 = Fremdinformatoren [z. B. von Angehörigen] von mehr als 50% d. Fälle, 0 = weniger als 50%)	0
7	Objektive Datenquellen zur Follow-up-Validierung (1 = Laborwerte, Akteneinträge etc. in mehr als 50% d. Fälle; 0 = weniger als 50%)	1
8	Abbrecher (1 = Vergleich der Abbrecher mit den Baseline-Charakteristika der Nichtabbrecher; 0 = Abbrecher nicht berichtet oder aus Follow-up-Analysen ausgeschlossen)	1
9	Nicht in der Follow-up-Erhebung erreichte KlientInnen (1 = in Berechnungen einbezogen; 0 = aus allen Berechnungen ausgeschlossen)	0
10	Interviewer (1 = unabhängig, nicht mit Behandlung[sgruppe]) vertraut; 0 = nicht unabhängig oder Fragebogen)	1
11	Statistische Analysen (1 = angemessene statistische Verfahren für Gruppenunterschiede; 0 = keine oder nicht berichtet)	1
12	Multizentrische Studie (1 = mindestens 2 Zentren mit unabhängigen ForscherInnenteams; 0 = nur 1 Zentrum oder Zentren mit unterschiedlicher Behandlung)	0
	Summenwert (Methodological Quality Score)	12

Wie Tabelle 8 zu entnehmen ist, beläuft sich der MQS des KISS-RCT auf 12 von maximal 17 Punkten. Das ist ein beachtlicher Wert, wenn man bedenkt, dass der MQS im Alkoholismusbereich – nur auf diesen wurde bislang das Kriteriensystem von Miller et al. (2003) angewendet – selbst bei den Verfahren mit der stärksten Evidenzbasierung nur knapp über oder sogar unter dem Wert des KISS-RCT liegt (mittlere MQS über alle vorliegenden Studien: 12,68 für Kurzinterventionen, 11,60 für GABA-Agonisten und 10,50 für Soziales Kompetenztraining; Miller & Wilbourne, 2002).

Im Auftrag des Swedish Council on Technology Assessment in Health Care haben Berglund et al. (2003) eine voluminöse Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit aller empirisch geprüften Verfahren zur Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit vorgelegt. Ihr dabei zugrunde gelegter Kriterienkatalog zur Bewertung der Qualität von RCTs enthält ebenfalls 12 Qualitätskriterien („Quality Checklist“), die sich allerdings nur teilweise mit denen von Miller et al. (2003) decken. Der Realisierungsgrad jedes der zwölf Qualitätskriterien wird mit 1 (= Kriterium nicht oder nicht akzeptabel erfüllt), 2 (einige Defizite) oder 3 (Kriterium voll erfüllt) bewertet (Berglund et al., 2003, Appendix 2, S. 585), so dass der Gesamtqualitätswert einer Studie zwischen 12 und 36 variieren kann. Die Kriterien beinhalten (1) das Randomisierungsverfahren, (2) die Geheimhaltung der Gruppenzugehörigkeit (nur anwendbar bei Medikamentenstudien), (3) die Art der PatientInnengewinnung, inklusive Selektionseffekten, (4) die Diagnose der PatientInnen, (5) die Art



---

der Kontrollbehandlung, (6) die Basis zur Ermittlung der Effektstärken, (7) die Definition/Operationalisierung der abhängigen Variablen („Erfolgsmaß“), (8) die Anlage als multizentrische Studie, (9) die sachgemäße Applikation der Behandlung, (10) die gesamte Behandlungssituation, (11) die Mitteilung unerwünschter Nebeneffekte sowie (12) die Angemessenheit der statistischen Verfahren. Wendet man diese Kriterien auf den KISS-RCT an<sup>10</sup>, so können bei diesem die Kriterien (1), (3) – (7) und (9) – (12) als voll erfüllt (Kodierung mit 3) und Kriterium (8) als teilweise erfüllt (Kodierung mit 2) betrachtet werden. Kriterium (2) ist nicht anwendbar auf den KISS-RCT, da es sich dabei um keine Medikamentenstudie mit Doppelblindverfahren handelt, bei dem weder BehandlerIn noch PatientIn wissen, welches Medikament appliziert wird. Als Qualitätssumme ergibt sich für den KISS-RCT damit ein Wert von 32 der möglichen 33 Punkte. Die methodische Qualität des KISS-RCT übertrifft damit die der Mehrzahl aller von Berglund et al. (2003, Kapitel 6-9) zusammengestellten Studien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit.

Zusammenfassend bleibt zur methodischen Qualität des KISS-RCT festzuhalten: Der KISS-RCT erfüllt bei Zugrundelegung der beiden wichtigsten internationalen Qualitäts-Checklisten die an aussagefähige wissenschaftliche Studien anzulegenden methodischen Kriterien in hohem Maße, so dass die im KISS-RCT erzielten Ergebnisse als interpretierbar und – für die Grundgesamtheit der einbezogenen KlientInnen – verallgemeinerbar gelten können.

---

<sup>10</sup> Da Berglund et al. ihr Kodiermanual nicht veröffentlicht haben und dieses weder über den Swedish Council on Technology Assessment in Health Care noch den Erstautor des Forschungsberichts (Berglund) bzw. den für das Kodiermanual verantwortlichen Forscher (Thelander) zu erhalten war, ist nur eine grobe Einschätzung des KISS-RCT auf der Basis der von Berglund et al. veröffentlichten Checkliste möglich.



---

## 9 STUDIENERGEBNISSE

### 9.1 WIRKT KISS? PRE-POST-VERÄNDERUNGEN IN KISS- UND WARTE-GRUPPE

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung der Veränderungen, die sich in der KISS- und Warte-Gruppe zwischen Eingangserhebung (t1, bzw. „pre“) und Abschlusserhebung (t2, bzw. „post“) eingestellt haben. Zunächst werden in Abschnitt 9.1.1 die Veränderungen des Substanzkonsums in der KISS- und Warte-Gruppe einander gegenübergestellt und zur Beantwortung der Hauptfragestellung dieser Studie herangezogen: „**Wirkt KISS?**“. Ergänzend werden in einem Exkurs (Kap. 9.1.2) die Pre-Post-Veränderungen für alle jemals an einer KISS-Gruppe Teilgenommenen geprüft – also auch denjenigen, die nach Ablauf der Wartezeit an einer KISS-Gruppe teilgenommen haben (gepoolte KISS-Gruppen).

Die sich anschließenden Abschnitte gehen auf Veränderungen sozialer, physischer und psychischer Merkmale der StudienteilnehmerInnen ein (Kap. 9.1.3) und vergleichen die Veränderungen bei ausgewählten Subgruppen der TeilnehmerInnen (Kap. 9.1.4).

Der Erfassungszeitraum aller Variablen (z. B. Konsummenge, Anzahl konsumfreier Tage, Abhängigkeitsdiagnosen, Konsumkosten), auf den sich die folgenden Ergebnisse beziehen, ist jeweils der letzte Monat (genauer: letzte vier Wochen, d. h. 28 Tage) vor der Eingangs- bzw. Abschlusserhebung (vgl. Kapitel 5).

#### 9.1.1 KONSUMBEZOGENE VERÄNDERUNGEN

Die folgende Ergebnisübersicht beginnt mit der Darstellung der „Overall-Konsumveränderungen“, d. h. der Veränderungen, die aggregiert über alle sechs Hauptsubstanzen hinweg (Heroin, Crack, Kokainpulver, Benzodiazepine, Cannabis, Alkohol) in der KISS- und Warte-Gruppe zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung festzustellen sind (Kap. 9.1.1.1). Anschließend erfolgt die Veränderungsbetrachtung für jede der sechs Hauptsubstanzen (Kap. 9.1.1.2 – 9.1.1.7), ergänzt um Zigaretten (Kap. 9.1.1.8) und „Drogen-Cocktails“ (Kap. 9.1.1.9) sowie die Überprüfung, ob Konsumreduktionen bei einer Substanz zu Lasten eines Konsumanstiegs bei anderen Substanzen gegangen sind („Suchtverlagerung“; Kap. 9.1.1.10). Ein Fazit zu den Konsumergebnissen schließt sich in Kapitel 9.1.1.11 an.

### 9.1.1.1 GESAMTVERÄNDERUNGEN

Als Indikatoren der Veränderungen, die sich im Konsumverhalten der Studien-TeilnehmerInnen über alle sechs Hauptsubstanzen hinweg eingestellt haben, dienen die in Kapitel 5.11.1 dargestellten vier Summenscores: (1) Die gewichtete Menge aller konsumierten Substanzen („Nutt-Index“); (2) die gemittelte Anzahl konsumfreier Tage; (3) die Anzahl der DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnosen; (4) die in den Drogenkonsum investierte Geldmenge (in €).

In Tabelle 9.1.1.1 und Abbildung 9.1.1.1a sind die Pre-post-Veränderungen in der KISS-ITT und Warte-Gruppe für die vier übergreifenden Erfolgsindikatoren dargestellt. Daraus ist abzulesen, dass die **Teilnahme am KISS-Programm in allen vier Indikatoren der Gesamtveränderung zu numerisch deutlichen und statistisch signifikanten Verbesserungen geführt hat – sowohl in der ITT- als auch der TPP-Gruppe.**

**Tabelle 9.1.1.1 Substanzübergreifende Pre-Post-Veränderungen (letzte 28 Tage)**

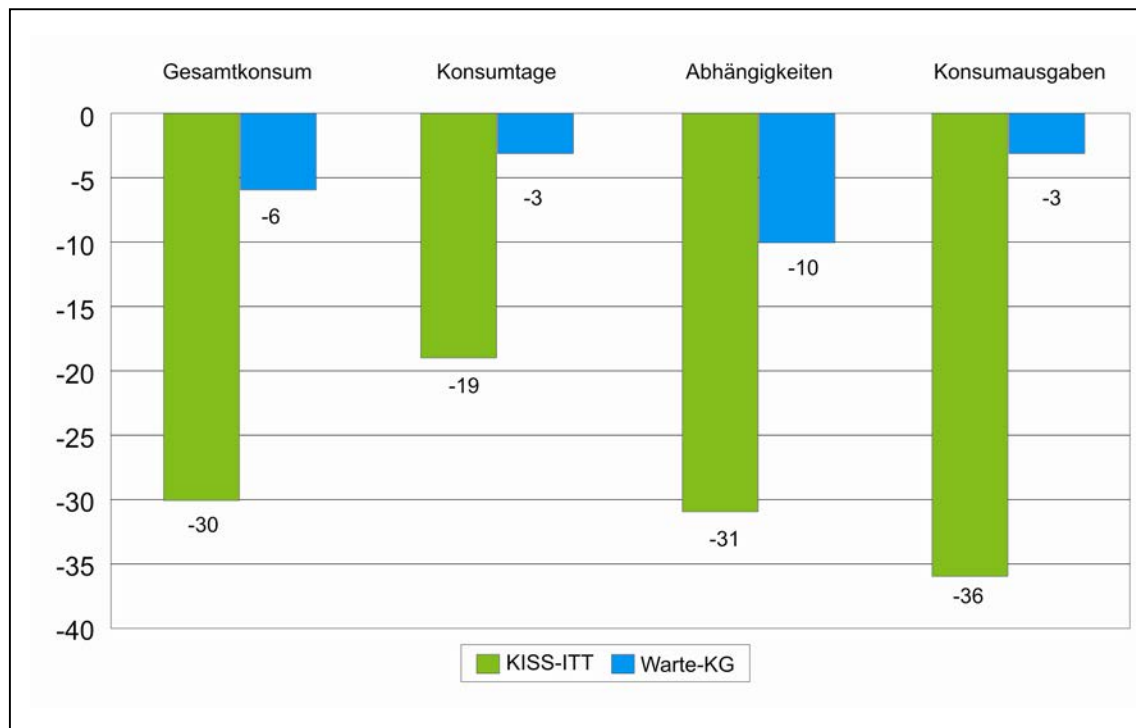
			KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)		n	44	29	34
	t1	M (SD)	284,33 (253,77)	249,61 (228,79)	297,91 (245,18)
	t2	M (SD)	199,14 (202,97)	187,38 (194,09)	279,29 (198,38)
		Diff t1-t2	85,2 (204,91)	62,23 (194,09)	18,62 (213,99)
		t-Wert (df)	2,76 (43) **	1,93 (28) *	0,51 (33)
		Cohens d	0,37	0,29	0,08
		95% CI von d	[-0,05 - 0,79]	[-0,22 - 0,81]	[-0,39 - 0,56]
Konsumausgaben		n	44	29	34
	t1	M (SD)	681,03 (802,36)	523,41 (702,89)	728,14 (845,87)
	t2	M (SD)	436,97 (626,07)	348,96 (505,70)	702,91 (746,19)
		Diff t1-t2	244,06 (634,87) **	174,45 (581,21)	25,23 (727,81)
		t-Wert (df)	2,55 (43)	1,61 (28) #	0,20 (33)
		Cohens d	0,34	0,28	0,03
		95% CI von d	[-0,08 - 0,76]	[-0,23 - 0,8]	[-0,44 - 0,51]
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	45	30	35
	t1	M (SD)	15,73 (6,96)	15,99 (6,71)	15,76 (5,94)
	t2	M (SD)	18,13 (7,70)	18,25 (8,01)	16,23 (4,71)
		Diff t2-t1	2,4 (5,29) **	2,26 (4,98) **	0,47 (5,52)
		t-Wert (df)	3,04 (44)	2,26 (29)	0,51 (34)
		Cohens d	0,33	0,31	0,09
		95% CI von d	[-0,74 - 0,09]	[-0,81 - 0,20]	[-0,56 - 0,38]

**Tabelle 9.1.1.1 (Fortsetzung)**

Abhängigkeiten		n	45	30	35
	t1	Anzahl Abhäng.	% [n]	% [n]	% [n]
		0	13,33 [6]	13,33 [4]	14,29 [5]
		1	42,22 [19]	46,67 [14]	34,29 [12]
		2	26,67 [12]	23,33 [7]	31,43 [11]
		3	13,33 [6]	10,00 [3]	14,29 [5]
		4	4,44 [2]	6,67 [2]	5,71 [2]
		M (SD)	1,53 (1,04)	1,50 (1,07)	1,63 (1,09)
	t2	Anzahl Abhäng.	% [n]	% [n]	% [n]
		0	35,56 [16]	46,67 [14]	17,14 [6]
		1	37,78 [17]	36,67 [11]	40,00 [14]
		2	13,33 [6]	10,00 [3]	25,71 [9]
		3	11,11 [5]	6,67 [2]	14,20 [5]
		4	2,22 [1]	0 [0]	2,86 [1]
		M (SD)	1,06 (1,07)	0,77 (0,90)	1,45 (1,04)
		Diff t1-t2	0,47 (1,16) **	0,73 (1,17)	0,17 (1,01)
	t-Wert (df)	2,70 (44)	3,43 (29) **	1,00 (34)	
	Cohens d	0,44	0,74	0,16	
	95% CI von d	[0,02- 0,86]	[0,22 - 1,26]	[-0,31 - 0,63]	

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Abbildung 9.1.1.1a Pre-post-Reduktionen in den vier substanzübergreifenden Zielkriterien (in %)**



---

Im Einzelnen fallen die Pre-post-Unterschiede innerhalb der Gruppen wie folgt aus:

§ In der **KISS-ITT-Gruppe** sinkt der monatliche Gesamtkonsum (Nutt-Index) von 284 auf 199 Einheiten, was einer 30%igen, signifikanten Konsumreduktion entspricht ( $p < .01$ ,  $d = 0,37$ ). Die konsumfreien Tage steigen signifikant von 15,73 auf 18,13 an, das ist ein Zuwachs um 2,4 Tage bzw. 15% ( $p < .01$ ,  $d = 0,33$ ). Die durchschnittliche Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen geht von 1,53 (pre) auf 1,06 (post) um 0,47 Diagnosen bzw. 31% zurück ( $p < .01$ ,  $d = 0,44$ ); wiesen zu Studienbeginn 13% der KISS-KlientInnen keine Abhängigkeitsdiagnose auf, sind es zu Ende 35%, was eine signifikante Zunahme bedeutet ( $p < .05$ ). Eine sich anschließende Analyse der sieben DSM-IV-Kriterien ergab, dass der Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen auf einen relativ gleichmäßigen Rückgang aller sieben Kriterien zurückzuführen ist; im Post-Assessment wird allen Kriterien um ca. 50% seltener zugestimmt als im Pre-Assessment. Und schließlich reduzieren sich die monatlichen Aufwendungen für den Substanzkonsum um 36% bzw. 244 € pro Klient ( $p < .01$ ,  $d = 0,34$ ).

Alle Ergebnisse sind in den Abbildungen 9.1.1.1b bis 9.1.1.1e zusammenfassend visualisiert und denen der Warte-KG gegenübergestellt.

Abbildung 9.1.1.1b Gesamtkonsummengenveränderung (Nutt-Index)

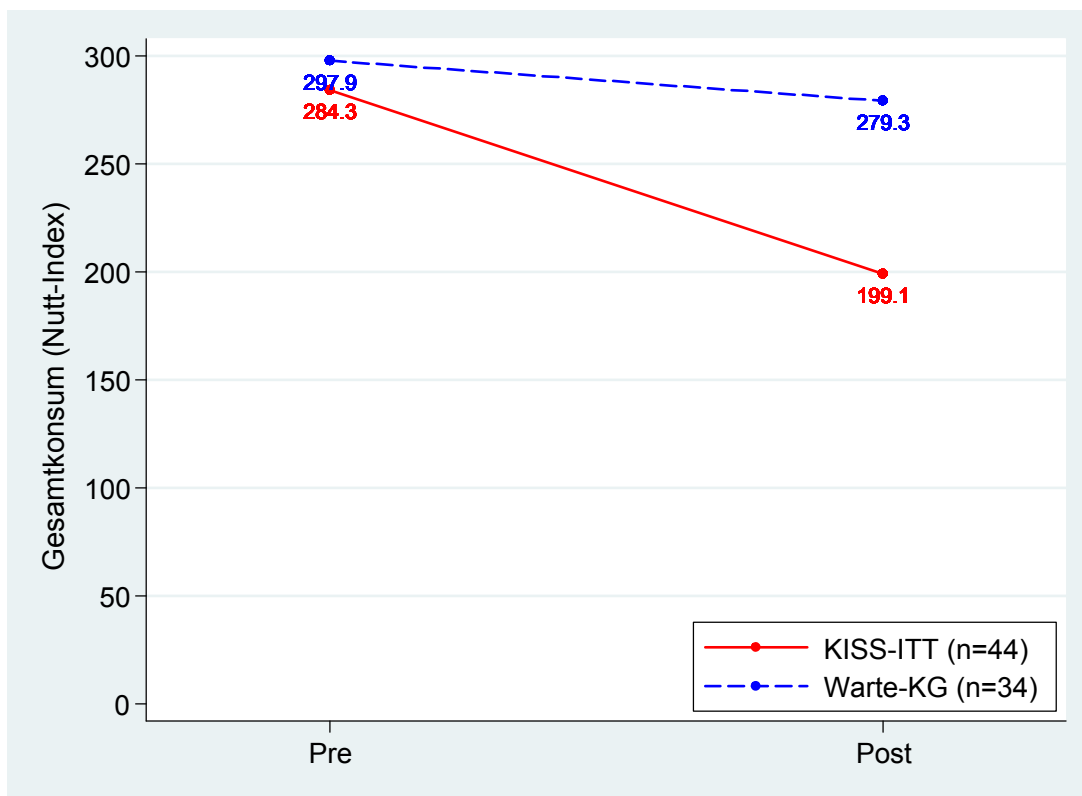


Abbildung 9.1.1.1c Veränderung der durchschnittlichen Anzahl von Substanzen mit Abhängigkeitsdiagnose

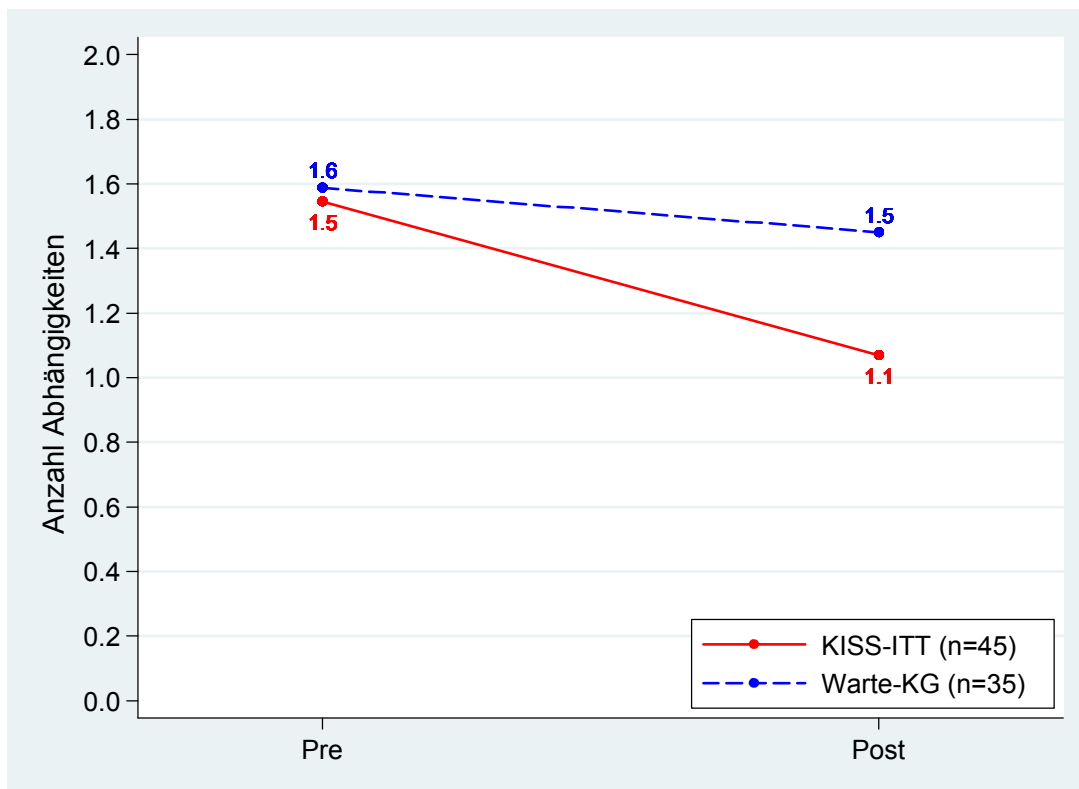


Abbildung 9.1.1.1d Veränderung der durchschnittlichen Anzahl konsumfreier Tage

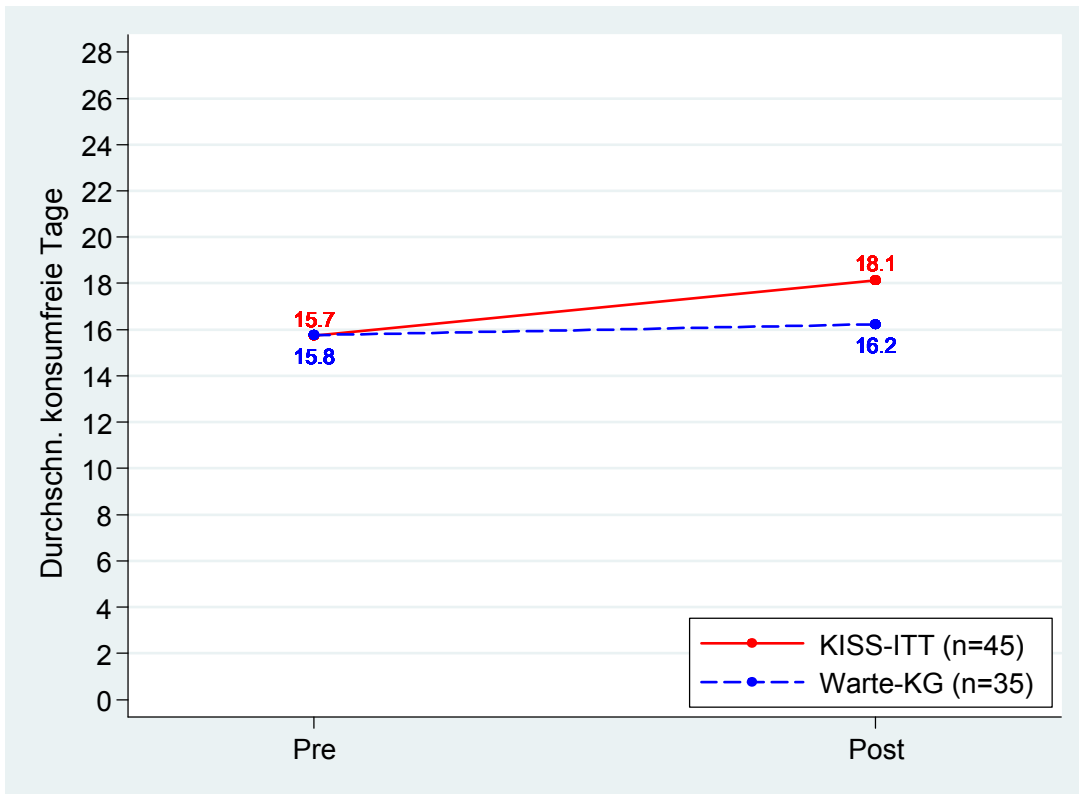
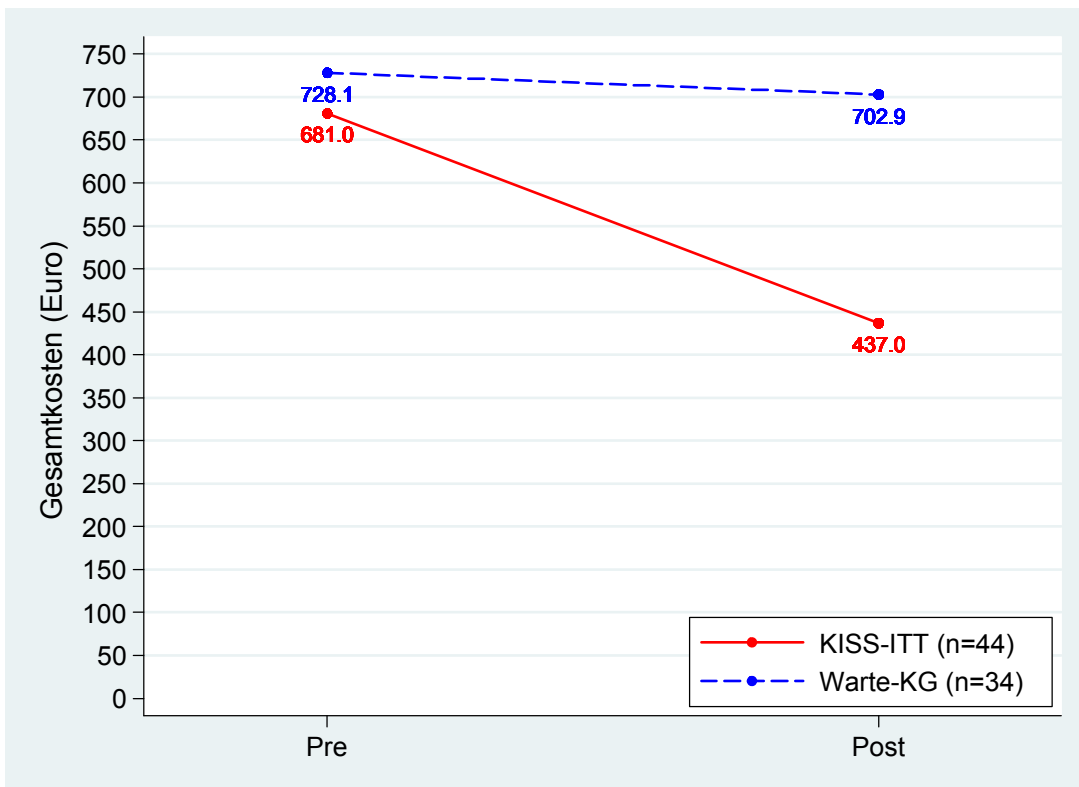


Abbildung 9.1.1.1e Gesamtkostenveränderung





- § Für die **KISS-TPP-Gruppe** ist ein 25%iger, signifikanter Rückgang im Index des gewichteten monatlichen Gesamtkonsums festzustellen (von 250 auf 187,  $p < .05$ ,  $d = 0,29$ ). Die Anzahl der konsumfreien Tage nimmt im gleichen Zeitraum von 15,99 auf 18,25 zu, was ein Plus an 2,26 abstinenten Tagen (+14%) für jede der konsumierten Substanzen bedeutet ( $p < .01$ ,  $d = 0,31$ ). Die Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen halbiert sich (genau: Reduktion von 51%) von pre (1,50) nach post (0,77),  $p < .001$ ,  $d = 0,74$ ; der Personenkreis ohne irgendeine Abhängigkeitsdiagnose steigt signifikant von 13% auf 47% an ( $p < .05$ ). Die monatlichen Konsumausgaben fallen um 33% (174 €) von 523 auf 349 € pro KlientIn ( $p < .10$ ,  $d = 0,28$ ).
- § Demgegenüber ist in der **Warte-Kontrollgruppe** in keinem der vier globalen Veränderungsindikatoren eine statistisch bedeutsame Veränderung während der Wartezeit nachweisbar. Der gewichtete Gesamtkonsum nimmt unwesentlich um 6% ab (von 298 auf 279,  $d = 0,08$ ), die Anzahl konsumfreier Tage steigt nur marginal um 0,47 bzw. 3% an (von 15,76 auf 16,23,  $d = 0,09$ ). Die mittlere Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen geht minimal um 0,17 (= 10%) zurück (von 1,63 auf 1,45,  $d = 0,16$ ), wobei sich der Prozentsatz der Personen ohne eine Abhängigkeitsdiagnose von pre (14%) nach post (17%) nicht signifikant verändert ( $p > .10$ ). Und schließlich reduzieren sich die monatlichen Konsumausgaben um lediglich 3% bzw. 25 € (von 728 auf 703 €;  $d = 0,03$ ), das ist ca. ein Zehntel des Rückgangs von dem der KISS-ITT-Gruppe und ein Siebtel der Reduktion von dem der TPP-Gruppe. Keine der Veränderungen in der Warte-KG fällt statistisch bedeutsam aus.

**Fazit:** Es bleibt festzuhalten, dass die KISS-Teilnahme zu einem ausgeprägten und statistisch bedeutsamen Rückgang des gesamten Drogenkonsums sowie einer Zunahme konsumfreier Tage führt, das Herauswachsen aus den diversen Substanzabhängigkeiten begünstigt und erhebliche Konsumkosteneinsparungen nach sich zieht; die Effektstärken liegen zwischen „niedrig“ und „mittel“. In der Warte-KG kann kein einziger signifikanter Erfolg in den übergreifenden Veränderungsindikatoren nachgewiesen werden.

In den sich anschließenden Kapiteln wird dargestellt, welche Veränderungen sich bei den einzelnen Substanzen abzeichnen.

### 9.1.1.2 HEROIN

In den Tabellen 9.1.1.2.a/b sowie Abbildung 9.1.1.2 sind die Pre-Post-Veränderungen des Heroinkonsums in den KISS-Gruppen (ITT, TPP) und der Warte-Kontrollgruppe zusammengestellt. Folgende Veränderungen des Heroinkonsums ergeben sich:

**Tabelle 9.1.1.2a Pre-Post-Veränderungen des Heroinkonsums (letzte 28 Tage)**

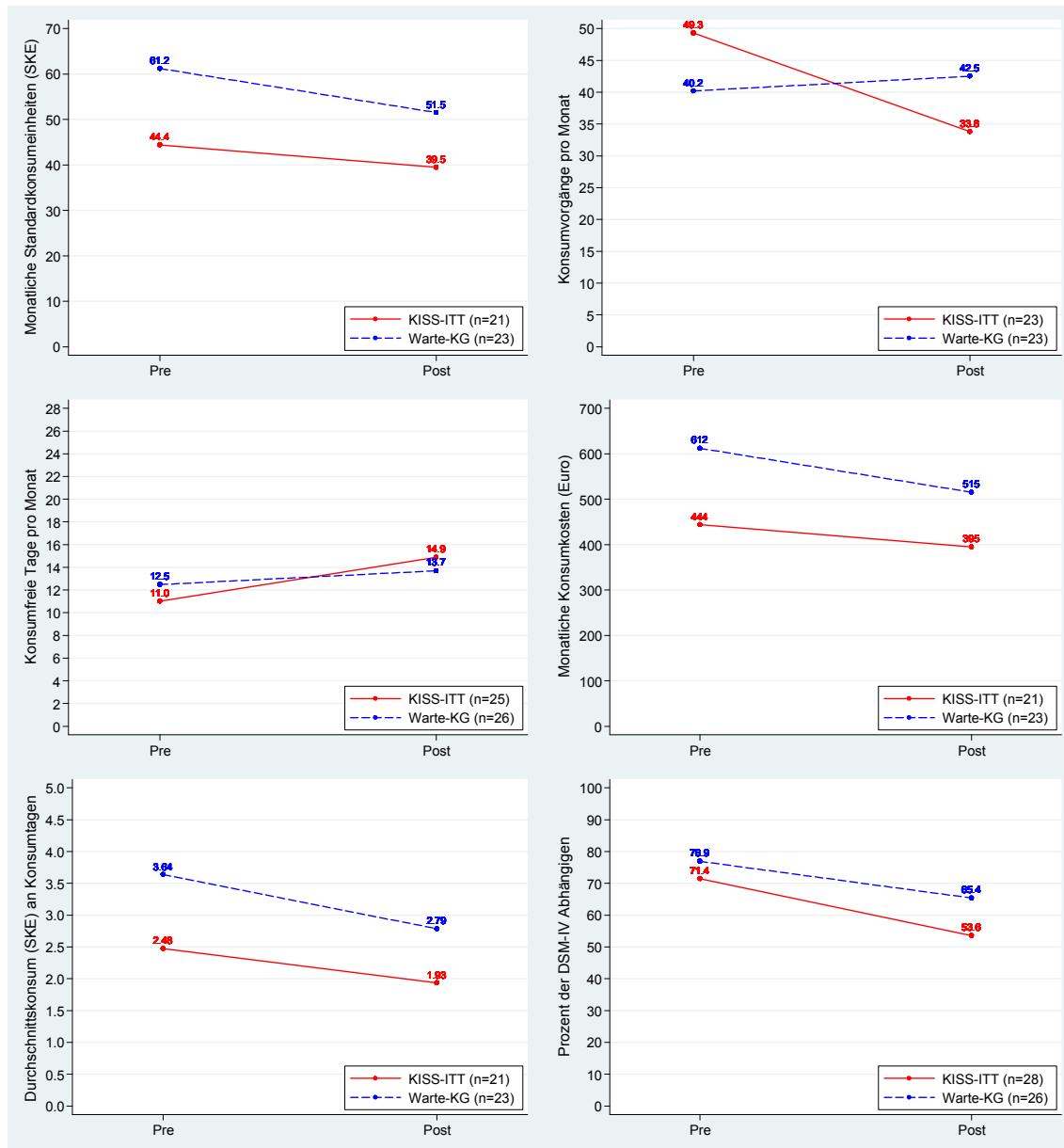
			KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
Gesamtkonsum (SKE)		n	21	11	23
	t1	M (SD)	44,36 (46,45)	32,23 (37,81)	61,21 (77,10)
	t2	M (SD)	39,45 (59,64)	28,18 (38,61)	51,53 (56,98)
		Diff t1-t2	4,91 (39,60)	4,05 (34,68)	9,67 (62,00)
		t-Wert (df)	0,57 (20)	0,39 (10)	0,75 (22)
		Cohens d	0,09	0,11	0,14
		95% CI von d	[-0,51 - 0,70]	[-0,73 - 0,94]	[-0,44 - 0,72]
Konsumfreie Tage		n	25	12	26
	t1	M (SD)	11,0 (11,59)	14,17 (11,01)	12,48 (11,17)
	t2	M (SD)	14,88 (11,59)	16,67 (10,89)	13,69 (12,45)
		Diff t2-t1	3,88 (9,10)	2,5 (6,27)	1,21 (12,64)
		t-Wert (df)	2,13 (24) *	1,38 (11) #	0,49 (25)
		Cohens d	0,33	0,29	0,1
		95% CI von d	[-0,23 - 0,89]	[-0,46 - 1,03]	[-0,44 - 0,65]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	21	11	23
	t1	M (SD)	2,48 (1,31)	2,22 (1,29)	3,64 (2,38)
	t2	M (SD)	1,93 (2,14)	1,57 (1,54)	2,79 (2,09)
		Diff t1-t2	0,54 (1,86)	0,65 (1,93)	0,85 (2,58)
		t-Wert (df)	1,33 (20) #	1,11 (10)	1,59 (22) #
		Cohens d	0,3	0,46	0,38
		95% CI von d	[-0,30 - 0,91]	[-0,39 - 1,30]	[-0,20 - 0,96]
Konsumvorgänge		n	23	11	23
	t1	M (SD)	49,30 (56,95)	23,54 (32,07)	40,20 (42,82)
	t2	M (SD)	33,78 (41,99)	27,91 (38,62)	42,52 (45,66)
		Diff t1-t2	15,52 (46,16)	-4,36 (42,86)	-2,33 (44,85)
		t-Wert (df)	1,61 (22) #	(-0,34) (10)	(-0,25) (22)
		Cohens d	0,31	-0,12	-0,05
		95% CI von d	[-0,27 - 0,89]	[-0,96 - 0,71]	[-0,63 - 0,53]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	21	11	23
	t1	M (SD)	443,63 (464,46)	322,27 (378,11)	612,09 (771,04)
	t2	M (SD)	394,52 (596,38)	281,82 (386,02)	515,35 (569,81)
		Diff t1-t2	49,11 (396,06))	40,45 ( 346,77)	96,74 (620,00)

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$

**Tabelle 9.1.1.2b Pre-Post-Abhängigkeitsdiagnosen Heroin (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
n	28	15	26
t1: Anteil in% [n]	71,43 [20]	73,33 [11]	76,92 [20]
t2: Anteil in% [n]	53,57 [15]	40,00 [6]	65,38 [17]
Mc Nemar Chi² [df = 1]	2,27	3,57	1
Abhängigkeit überwunden	28,57 [8]	40,00 [6]	23,08 [6]
Abhängigkeit neu	10,71 [3]	6,67 [1]	11,54 [3]

**Abbildung 9.1.1.2 Pre-Post-Veränderungen des Heroinkonsums (letzte 28 Tage)**



§ Die **KISS-ITT-Gruppe** weist in allen Zielgrößen Reduktionen ihres Heroinkonsums mit Effektstärken um 0,30 ( $0,30 \leq d \leq 0,33$ ) auf. Die monatliche Gesamtkonsummenge nimmt leicht (nicht signifikant) um ca. 5 SKE ab (von 44,36 auf 39,45). Eine Inspektion der Einzelwerte zeigt, dass bei der Mehrzahl der KlientInnen mit der KISS-Teilnahme eine Absenkung der monatlichen Heroingesamtkonsummenge einhergeht. Diese Veränderung wird allerdings in der ITT-Gruppe (- 4,91 SKE) wie auch der TPP-Gruppe (- 4,05 SKE, s.u.) nicht signifikant, weil angesichts der geringen Stichprobengröße (ITT:  $n = 21$ ; TPP:  $n = 11$ ) die wenigen Personen mit hohen „Ausreißerwerten“ den insgesamt positiven Gesamttrend „einebnen“.

Der signifikante Rückgang der monatlichen Anzahl an Konsumvorgängen um 31% (von 49,30 auf 33,78), der signifikante Anstieg der Anzahl heroinfreier Tage um 35% (von 11,00 auf 14,88) und der um 25% signifikant geringere Heroinkonsum an Konsumtagen (Rückgang von 2,48 auf 1,93) machen deutlich, dass **in Folge der KISS-Teilnahme Heroin seltener konsumiert wird, und wenn es konsumiert wird, dann in geringerer Menge**. Die durch den Konsumrückgang erzielte summarische monatliche Konsumkostensparnis beträgt 49 € pro KlientIn (n.s.).

Über die Konsumreduktionen hinausgehend, lässt sich bei 18% der Heroinkonsumierenden feststellen, dass ihre „süchtige Bindung“ an Heroin – sprich ihre Heroinabhängigkeit – während der KISS-Teilnahme zurückgeht. Waren vor KISS-Beginn noch 71% der KISS-TeilnehmerInnen heroinabhängig, sind es am Ende der Programmteilnahme nur noch 54%. Dabei ist – wie auch bei den für die anderen Substanzen berichteten Veränderungen im Abhängigkeitsstatus – bereits berücksichtigt, dass ein Teil der Personen weniger Abhängigkeitssymptome berichtet und somit die Kriterien einer Abhängigkeit nicht mehr erfüllt (hier: 29%), während es sich bei einem anderen Teil genau umgekehrt verhält (d. h. Zunahme der Abhängigkeitssymptome und Neuklassifikation als „abhängig“; hier: 11%).

§ In gleichermaßen positiver Weise wie die KISS-ITT-Gruppe reduziert die **KISS-TPP-Gruppe** ihren Heroinkonsum, wobei die Veränderungen numerisch meist etwas geringer und aufgrund der kleinen Stichprobe in der Regel nicht signifikant ausfallen.

§ Auch in der **Warte-KG** zeichnen sich in vielen Konsummaßen positive Veränderungen des Heroinkonsums ab, die allerdings bis auf eine Ausnahme (Durchschnittskonsum an Konsumtagen) nicht signifikant ausfallen. Der monatliche Heroin-Gesamtkonsum sinkt um ca. 10 SKE (von 61,21 auf 51,53 SKE), wobei die sehr hohe Streuung ( $SD = 77,10$ ; zum Vergleich: KISS-ITT:  $SD = 46,45$ ; KISS-TPP:  $SD = 37,81$ ) darauf hindeutet, dass die Reduktion maßgeblich auf einige wenige KlientInnen mit sehr hohen Ausgangswerten zurückzuführen ist; die nachträgliche Inspektion der Einzelwerte bestätigt diese Annahme.

Die heroinfreien Tage nehmen in der Warte-KG um 1,2 Tage leicht zu (von 12,48 auf 13,69) und der Durchschnittskonsum an Konsumtagen geht um 0,85 SKE (von 3,64 auf 2,79;  $d =$

---

0,38) zurück. Die Konsumvorgänge nehmen demgegenüber um 2,33 leicht zu (von 40,20 auf 42,52). Analog zum Rückgang des Heroin-Gesamtkonsums ergibt sich pro Wartegruppen-KlientIn eine Abnahme der monatlichen Heroinkonsumausgaben um 97 €.

Zu Ende der Wartezeit sind 12% weniger Wartegruppen-KlientInnen heroinabhängig als zu Beginn der Wartezeit.

**Fazit Heroin:** Die KISS-ITT-Gruppe erzielt bis auf den Gesamtkonsum eine statistisch bedeutende Reduktion ihres Heroinkonsums: Die Tage mit Heroinkonsum gehen ebenso signifikant zurück wie die Anzahl der Konsumvorgänge (Heroininjektionen) und die Konsummenge an Konsumtagen. In der Warte-KG sind demgegenüber – trotz vergleichbarer Stichprobengröße – bis auf den Durchschnittskonsum an Konsumtagen keine signifikanten Konsumreduktionen festzustellen.

### 9.1.1.3 CRACK

Crack ist diejenige illegale Substanz, die in der „offenen Drogenszene“ Frankfurts (ähnlich: Hamburg) zusammen mit Heroin die höchste Konsumprävalenz aufweist (Werse et al., 2009) und einschneidende Folgeprobleme nach sich zieht. Die Veränderungen des Crackkonsums sind deshalb von besonderer praktischer Bedeutung. Die Tabellen 9.1.1.3a/b und Abbildung 9.1.1.3 fassen die Ergebnisse zusammen.

**Tabelle 9.1.1.3a Pre-Post-Veränderungen des Crackkonsums (letzte 28 Tage)**

			KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
Gesamtkonsum (SKE)		n	30	19	22
	t1	M (SD)	47,92 (59,01)	42,74 (64,59)	33,84 (44,81)
	t2	M (SD)	24,82 (32,73)	25,21 (34,35)	34,18 (45,77)
		Diff t1-t2	23,1 (56,99)	17,53 (61,03)	-0,34 (43,84)
		t-Wert (df)	2,22 (29) *	1,25 (18)	(-0,01) (21)
		Cohens d	0,48	0,34	-0,01
		95% CI von d	[-0,03 - 1,00]	[-0,30 - 0,98]	[-0,60 - 0,58]
Konsumfreie Tage		n	30	19	26
	t1	M (SD)	13,07 (11,33)	15,31 (10,78)	14,61 (11,30)
	t2	M (SD)	18,03 (10,41)	18,74 (9,75)	15 (10,91)
		Diff t2-t1	4,97 (8,63)	3,42 (7,37)	0,38 (10,09)
		t-Wert (df)	3,15 (29) **	2,02 (18) *	(0,19) (25)
		Cohens d	0,46	0,35	0,03
		95% CI von d	[-0,06 - 0,97]	[-0,24 - 0,95]	[-0,51 - 0,58]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	29	18	22
	t1	M (SD)	2,92 (2,24)	3,19 (2,67)	2,22 (1,36)
	t2	M (SD)	1,71 (1,29)	1,42 (1,36)	1,91 (2,07)
		Diff t1-t2	1,21 (2,30)	1,76 (2,46)	0,31 (2,07)
		t-Wert (df)	2,82 (28) **	3,04 (17)**	0,71 (21)
		Cohens d	0,66	0,84	0,18
		95% CI von d	[0,13 - 1,19]	[0,15 - 1,52]	[-0,41 - 0,77]
Konsumvorgänge		n	30	19	22
	t1	M (SD)	61,17 (69,23)	48,69,1 (54,79)	44,18 (55,57)
	t2	M (SD)	32,00 (43,42)	33,10 (45,64)	32,41 (43,52)
		Diff t1-t2	29,17 (63,27)	15,59 (47,76)	11,77 (38,87)
		t-Wert (df)	2,53 (29) **	1,42 (18) #	1,42 (21) #
		Cohens d	0,5	0,31	0,24
		95% CI von d	[-0,01 - 1,02]	[-0,33 - 0,95]	[-0,36 - 0,83]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	30	19	22
	t1	M (SD)	479,17 (590,13)	427,37 (645,90)	338,41 (448,12)
	t2	M (SD)	248,17 (327,28)	252,11 (343,48)	341,82 (457,66)
		Diff t1-t2	231 (569,94)	175,26 (610,34)	-3,41 (438,38)

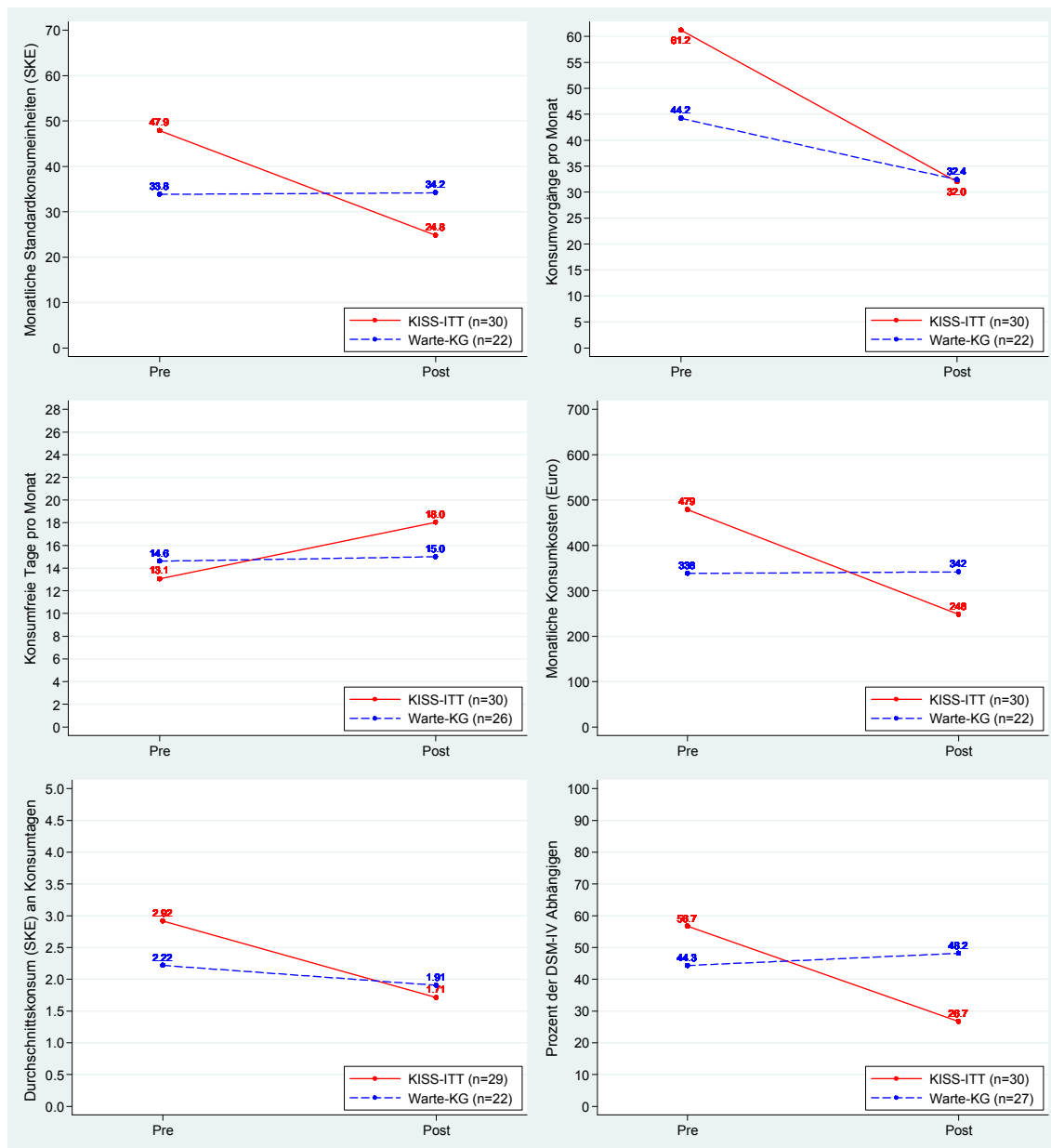
Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Tabelle 9.1.1.3b Pre-Post Abhängigkeitsdiagnosen Crack (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-WG
n	30	19	27
t1: Anteil in% [n]	56,67 [17]	52,63 [10]	44,44 [12]
t2: Anteil in% [n]	26,67 [8]	26,32 [5]	48,15 [13]
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> [df = 1]	6,23**	2,78	0,14
Abhängigkeit überwunden	36,67 [11]	36,84 [7]	11,11 [3]
Abhängigkeit neu	6,67 [2]	10,53 [2]	14,81 [4]

Anmerkungen. \*\*:  $p \leq 0,01$

**Abbildung 9.1.1.3 Pre-Post-Veränderungen des Crackkonsums (letzte 28 Tage)**



- 
- § Die **KISS-ITT-Gruppe** weist in allen Zielvariablen deutliche, statistisch signifikante Reduktionen des Crackkonsums in Folge der KISS-Teilnahme auf. Den KISS-KlientInnen gelingt nahezu eine Halbierung der pro Monat konsumierten „10er Crack-Steine“ (von 47,92 auf 24,82) und der Anzahl an Konsumvorgängen (von 61,17 auf 32,00). Zudem vermögen sie die Anzahl der Crack-freien Tage pro Monat um 5 (= 38%) zu erhöhen (von 13,07 auf 18,03). An den Tagen, an denen sie Crack konsumieren, rauchen/injizieren die KISS- TeilnehmerInnen statt 2,92 nur noch 1,71 „10er Steine“, was einer Reduktion von 41% entspricht. Diese allesamt statistisch signifikanten Konsumreduktionen mit mittleren Effektstärken ( $d$ ) zwischen 0,46 und 0,66 kulminieren in einer durchschnittlichen monatlichen Kostenersparnis von 231 € pro KISS-ITT-Klient. Am Ende des KISS-Programms sind 27% der CrackkonsumentInnen aus der Crackabhängigkeit „herausgewachsen“ (Beginn: 57%; Ende 27%), was eine signifikante Reduktion der Anzahl an Crackabhängigen bedeutet.
- § In numerisch sehr vergleichbarer Weise wie die KISS-ITT-Gruppe reduziert auch die **KISS-TPP-Gruppe** ihren Crackkonsum in allen zuvor genannten Konsumindikatoren.
- § Demgegenüber sind in der **Warte-KG** so gut wie keine Reduktionen des Crackkonsums feststellbar. Der monatliche Gesamtkonsum stagniert bei 34 SKE, die konsumfreien Tage bei 15. Der Durchschnittskonsum an Konsumtagen ist leicht (um 0,31 SKE), die Anzahl der Konsumvorgänge deutlicher rückläufig (um 11,77,  $p < .10$ ,  $d = 0,24$ ). Dieses Ergebnis besagt, dass die Warte-KlientInnen am Ende der Wartezeit an Konsumtagen zwar seltener und etwas weniger Crack konsumieren, bei jedem Konsumvorgang aber mehr davon (z. B. statt eines „5er-Steins“ einen „10er-Stein“). Pro Warte-KG-KlientIn ergibt sich ein Anstieg der monatlichen Crack-Konsumausgaben von 3 €. Am Ende der Wartezeit sind 48% der Warte-KG-KlientInnen und somit 4% mehr als zu Beginn der Wartezeit crackabhängig.

**Fazit Crack:** KISS ist hoch wirksam, was die Reduktion des Crackkonsums anbelangt. Die KISS-KlientInnen profitieren in allen Konsummaßen numerisch erheblich und statistisch signifikant von der Teilnahme am Programm (Abnahme des Gesamtkonsums, der Konsumkosten, der Konsumvorgänge und der Konsummenge an Konsumtagen; Zunahme der konsumfreien Tage) – die Warte-Gruppen-TeilnehmerInnen nur bei der Anzahl der Konsumvorgänge. Die Anzahl der Crackabhängigen nimmt in der KISS-Gruppe signifikant ab, in der Wartegruppe leicht (n.s.) zu.



### 9.1.1.4 KOKAIN (PULVER)

In vergleichbarer Weise wie bei Crack verlaufen die Veränderungen des Kokainkonsums: In den KISS-Gruppen (ITT, TPP) ist eine erhebliche Reduktion des Kokainkonsums zu konstatieren, in der Warte-KG fällt der Trend gegenläufig aus. Zu beachten ist dabei, dass – den Gesprächen mit idh-KlientInnen zufolge kaufpreisbedingt – der Kokainkonsum der Frankfurter Drogenabhängigen um fast das Siebenfache niedriger ausfällt als der Crackkonsum (Crack-Eingangskonsum in der KISS-ITT-Gruppe: 47,92 SKE/Monat; Kokain-Eingangskonsum in der KISS-ITT-Gruppe: 7,11 SKE/Monat). Im Einzelnen ergeben sich folgende Veränderungen des Kokainkonsums im Laufe der KISS-Teilnahme bzw. Wartezeit (Tabelle 9.1.1.4a/b sowie Abbildung 9.1.1.4).

**Tabelle 9.1.1.4a Pre-Post-Veränderungen des Kokainkonsums (letzte 28 Tage)**

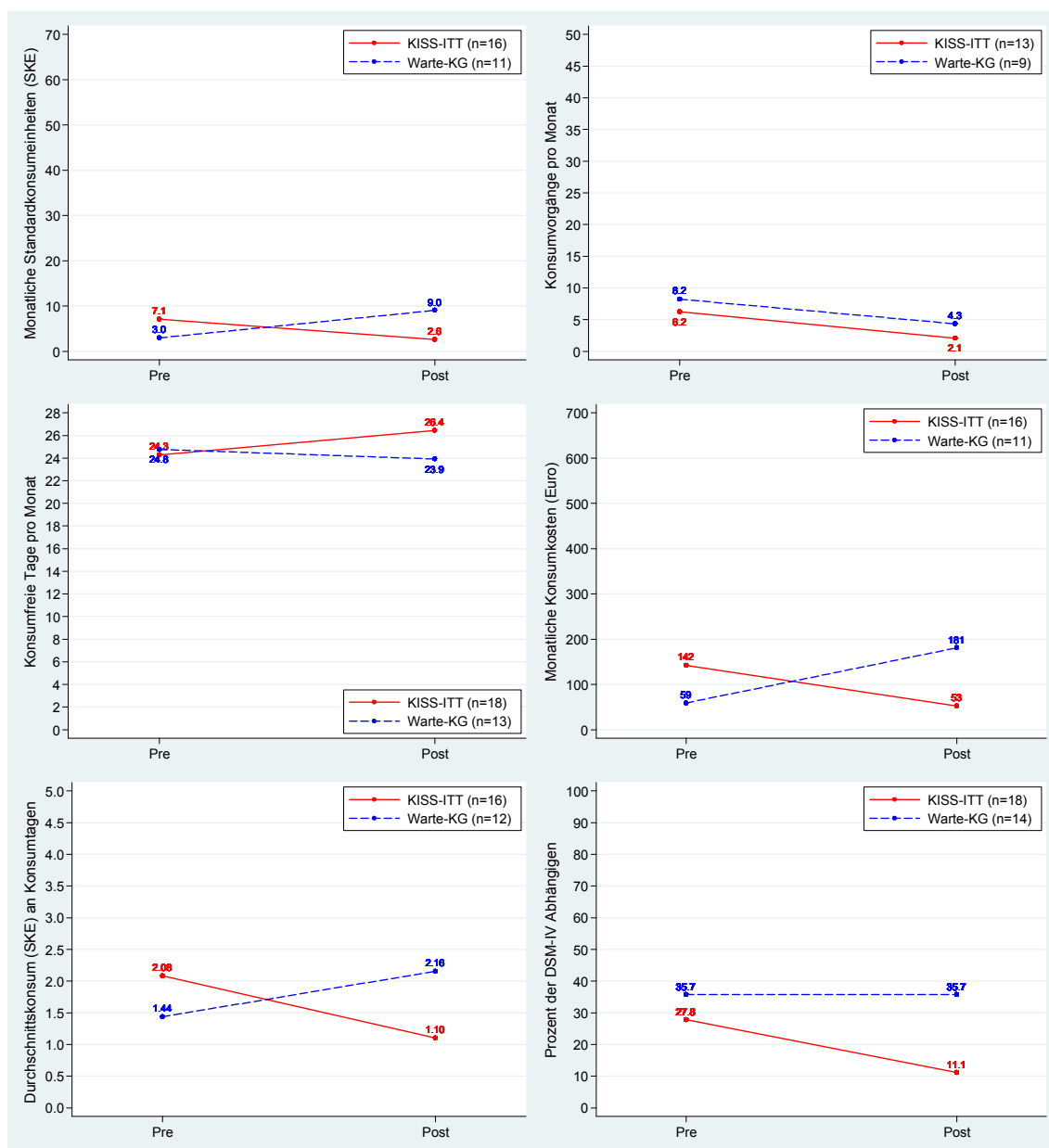
			KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
Gesamtkonsum (SKE)		n	16	10	11
	t1	M (SD)	7,11 (8,76)	5,23 (6,08)	2,95 (3,08)
	t2	M (SD)	2,62 (4,13)	1,8 (2,16)	9,05 (15,46)
		Diff t1-t2	4,48 (9,66)	3,42 (6,49)	-6,09 (16,06)
		t-Wert (df)	1,86 (15) *	1,67 (9) #	(-1,26) (10)
		Cohens d	0,65	0,75	-0,55
		95% CI von d	[-0,06 - 1,37]	[-0,16 - 1,66]	[-1,40 - 0,31]
Konsumfreie Tage		n	18	12	13
	t1	M (SD)	24,28 (5,13)	24,83 (5,54)	24,77 (4,49)
	t2	M (SD)	26,44 (2,83)	27,33(0,65)	23,92 (5,74)
		Diff t2-t1	2,17 (5,76)	2,5 (5,87)	-0,85 (6,40)
		t-Wert (df)	1,60 (17) #	1,48 (11) #	(-0,48) (12)
		Cohens d	0,52	0,63	-0,16
		95% CI von d	[-0,14 - 1,19]	[-0,19 - 1,46]	[-0,93 - 0,61]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	16	10	12
	t1	M (SD)	2,08 (2,11)	2,03 (2,15)	1,44 (1,71)
	t2	M (SD)	1,10 (1,59)	1,23 (1,91)	2,16 (2,88)
		Diff t1-t2	0,98 (3,15)	0,81 (3,57)	-0,72 (2,62)
		t-Wert (df)	1,24 (15)	0,71 (9)	(-0,95) (11)
		Cohens d	0,53	0,4	-0,3
		95% CI von d	[-0,18 - 1,23]	[-0,49 - 1,28]	[-1,1 - 0,50]
Konsumvorgänge		n	13	7	9
	t1	M (SD)	6,23 (5,97)	4,86 (5,49)	8,22 (8,44)
	t2	M (SD)	2,08 (4,09)	0,57 (0,79)	4,33 (7,11)
		Diff t1-t2	4,15 (6,02)	4,29 (5,88)	3,89 (9,32)
		t-Wert (df)	2,49 (12) *	1,93 (6) #	1,25 (8)
		Cohens d	0,81	1,09	0,5
		95% CI von d	[0,01 - 1,61]	[-0,04 - 2,23]	[-0,44 - 1,44]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	16	10	11
	t1	M (SD)	142,19 (175,24)	104,50 (121,57)	59,09 (61,72)
	t2	M (SD)	52,5 (82,58)	36,00 (43,26)	180,91 (309,11)
		Diff t1-t2	89,69 (193,14)	68,5 (129,98)	-121,82 (321,24)

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$

**Tabelle 9.1.1.4b Pre-Post-Abhängigkeitsdiagnosen Kokain (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-WG
n	18	12	14
t1: Anteil% [n]	27,78 [5]	41,67 [5]	35,71 [5]
t2: Anteil% [n]	11,11 [2]	8,33 [1]	35,71 [5]
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> [df = 1]	1,29	2,67	0
Abhängigkeit überwunden	27,78 [5]	41,67 [5]	14,29 [2]
Abhängigkeit neu	11,11 [2]	8,33 [1]	14,29 [2]

**Abbildung 9.1.1.4 Pre-Post-Veränderungen des Kokainkonsums (letzte 28 Tage)**



- § Der Kokainkonsum der **KISS-ITT-Gruppe** sinkt über alle Konsummaße hinweg markant und (mit einer Ausnahme) statistisch signifikant: Der Monatsgesamtkonsum reduziert sich um 63% von 7,11 „Linien“ Kokain auf 2,62, ebenso stark die Anzahl der Konsumvorgänge (von 6,23 auf 2,08). Die kokainfreien Tage steigen um 2 an (von 24,28 auf 26,44). An Konsumtagen werden statt 2,08 nur noch 1,10 „Linien“ konsumiert, was nahezu einer Halbierung des Tageskonsums gleichkommt. Bis auf den Durchschnittskonsum pro Konsumtag fallen alle Konsumreduktionen signifikant aus und weisen beachtliche Effektstärken auf ( $0,52 \leq d \leq 0,81$ ). Die monatliche Kostenersparnis beläuft sich pro KISS-ITT-KlientIn auf 90 €. Die Anzahl der KokainkonsumentInnen mit einer Abhängigkeitsdiagnose nimmt im Laufe von KISS um 17% ab (von 28% auf 11%).
- § In vergleichbarer Weise wie in der KISS-ITT-Gruppe verlaufen die Veränderungen in der **KISS-TPP-Gruppe**: Auch die KISS-TPP-TeilnehmerInnen reduzieren ihren Kokainkonsum numerisch in allen Konsumindikatoren, bis auf eine Ausnahme (Durchschnittskonsum/Konsumtag) auch statistisch signifikant, wobei die Effektstärken erneut beachtlich ausfallen ( $0,40 \leq d \leq 1,09$ ).
- § Demgegenüber erhöht sich der Kokainkonsum der **Warte-KG** in nahezu allen Konsumindikatoren (nicht signifikant). Ihr monatlicher Gesamtkonsum steigt von 2,95 auf 9,05 SKE. Damit gehen ein Rückgang an kokainfreien Tagen (von 24,77 auf 23,92) und ein Anstieg des Durchschnittskonsums an Konsumtagen (von 1,44 auf 2,16 SKE) einher. Eine Ausnahme von der insgesamt negativen Konsumentwicklung in der Warte-KG bildet der Rückgang der Anzahl an Konsumvorgängen (von 8,22 auf 4,33). „Unter dem Strich“ gibt jede in der Wartegruppe befindliche Person am Ende der Wartezeit monatlich 122 € mehr für ihren Kokainkonsum aus als zu Beginn der Wartezeit. Die Anzahl der Kokainabhängigen beträgt sowohl vor als auch am Ende der Wartezeit 36%.

**Fazit Kokain:** Ähnlich wie bei Crack, ist das KISS-Programm ausgesprochen wirksam bei der Reduktion des Konsums von Kokainpulver. Die KISS-KlientInnen profitieren in allen Konsummaßen von der Teilnahme am Programm (signifikante Reduktion des Gesamtkonsums, der Konsumkosten, der Konsumvorgänge und Zunahme konsumfreier Tage; Konsummengenreduktion an Konsumtagen nicht signifikant), während sich bei den Warte-KG- TeilnehmerInnen keine bedeutsame positive, sondern eine numerisch negative Entwicklung (= ansteigende Konsumwerte) abzeichnet.

### 9.1.1.5 BENZODIAZEPINE

Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) gehören zum polyvalenten Konsumspektrum vieler Drogenabhängiger und liegen mit an der Spitze der auf der „offenen Drogenszene“ konsumierten Substanzen (Werse et al., 2009). Ihre Einnahme spielt beim Eintritt von Drogennot- und Drogentodesfällen eine erhebliche Rolle (Gossop, 2003), und in Substitutionsbehandlungen wie auch in der heroingestützten Behandlung erweist sich der „Beikonsum“ von Benzodiazepinen als Behandlungerschwernis und zuweilen Ausschlussgrund aus der Behandlung (Wittchen et al., 2008). Der Veränderung des Benzodiazepinkonsums kommt dementsprechend große Bedeutung im Rahmen jeder Art von Drogenbehandlung zu. Inwieweit kann das KISS-Programm den Benzodiazepinkonsum positiv beeinflussen? Die Tabellen 9.1.1.5a/b sowie Abbildung 9.1.1.5 geben Aufschluss zu dieser Frage.

**Tabelle 9.1.1.5a Pre-Post-Veränderungen des Benzodiazepinkonsums (letzte 28 Tage)**

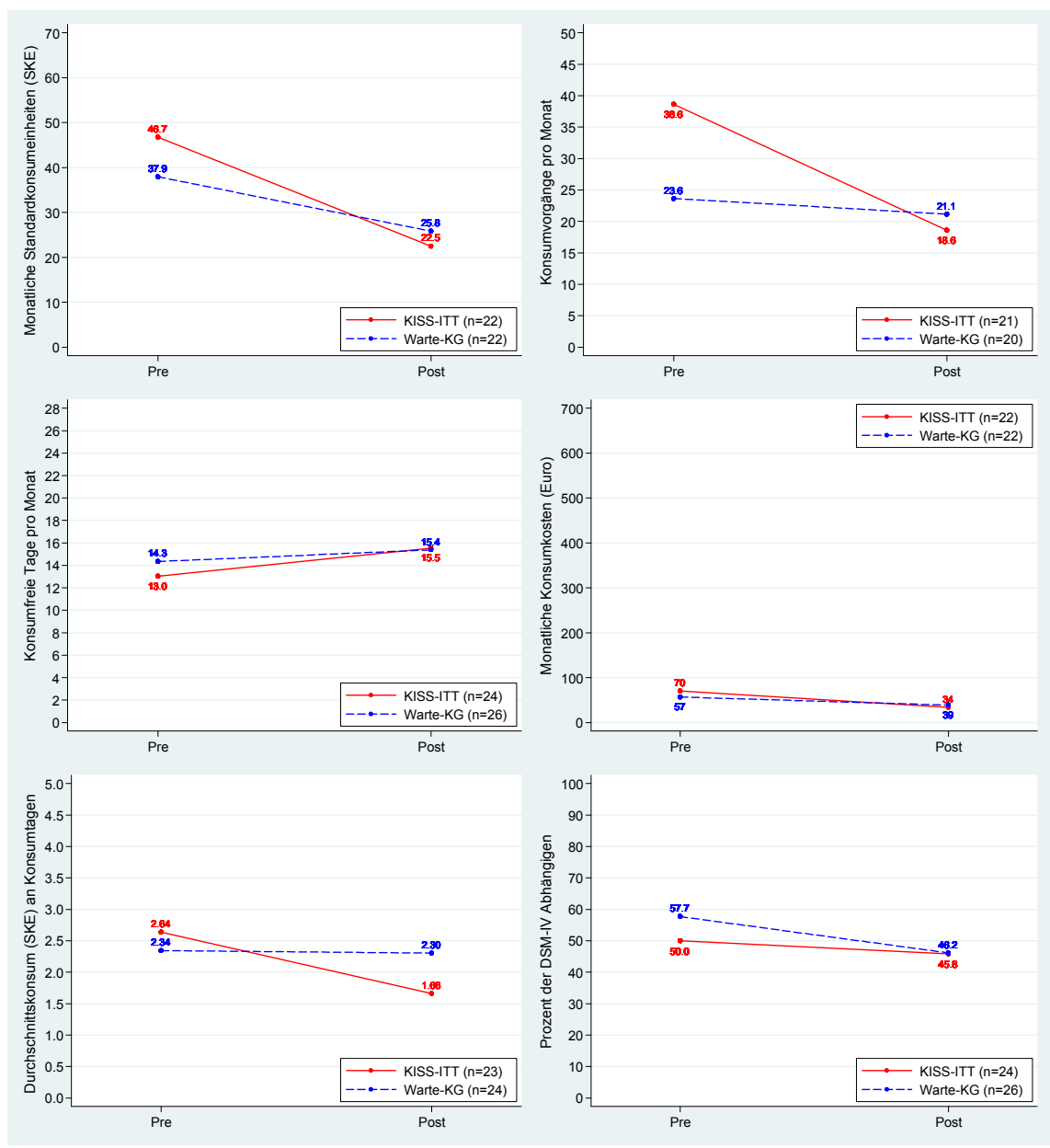
			KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
Gesamtkonsum (SKE)		n	22	12	22
	t1	M (SD)	46,72 (53,66)	41,62 (50,78)	37,93 (51,00)
	t2	M (SD)	22,48 (32,10)	19,42 (27,64)	25,83 (35,48)
		Diff t1-t2	24,25 (47,10)	22,21 (54,81)	12,1150,17)
		t-Wert (df)	2,41 *	1,4 (11)#	1,13 (21)
		Cohens d	0,55	0,54	0,28
		95% CI von d	[-0,05 - 1,15]	[-0,27 - 1,36]	[-0,32 - 0,87]
Konsumfreie Tage		n	24	14	26
	t1	M (SD)	13,04 (12,13)	13,29 (11,67)	14,34 (11,56)
	t2	M (SD)	15,54 (11,34)	16,07 (11,25)	15,38 (10,21)
		Diff t2-t1	2,5 (11,58)	2,79 (12,01)	1,04 (11,87)
		t-Wert (df)	1,06 (23)	0,87 (13)	0,45 (25)
		Cohens d	0,21	0,24	0,1
		95% CI von d	[-0,35 - 0,78]	[-0,50 - 0,99]	[-0,45 - 0,64]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	23	13	24
	t1	M (SD)	2,64 (2,34)	2,83 (2,80)	2,34 (2,25)
	t2	M (SD)	1,66 (1,44)	1,74 (1,60)	2,30 (2,15)
		Diff t1-t2	0,98 (1,76)	1,09 (2,19)	0,04 (2,20)
		t-Wert (df)	(2,67) (22)**	2,44 (8) *	0,09 (23)
		Cohens d	0,5	0,48	0,02
		95% CI von d	[-0,08 - 1,09]	[-0,30 - 1,26]	[0,55 - 0,58]
Konsumvorgänge		n	21	11	20
	t1	M (SD)	38,61 (39,59)	39,45 (38,63)	23,65 (30,95)
	t2	M (SD)	18,60 (22,67)	14,86 (19,40)	21,15(27,05)
		Diff t1-t2	20,02 (39,08)	24,59 (38,96)	2,5 (39,19)
		t-Wert (df)	2,35 (20) *	2,09 (10) *	0,29 (19)
		Cohens d	0,62	0,8	0,09
		95% CI von d	[0,00 - 1,24]	[-0,07 - 1,68]	[-0,53 - 0,71]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	22	12	22
	t1	M (SD)	70,09 (80,49)	62,44 (76,17)	56,90 (76,50)
	t2	M (SD)	33,72 (48,16)	29,12 (41,45)	38,74 (53,22)
		Diff t1-t2	36,38 (70,64)	33,32 (82,21)	18,16 (75,25)

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$

**Tabelle 9.1.1.5b Pre-Post-Veränderungen des Benzodiazepinkonsums (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
n	24	14	26
t1: Anteil in% [n]	50,00 [12]	50,00 [7]	57,69 [15]
t2: Anteil in% [n]	45,83 [11]	28,57 [4]	46,15 [12]
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> [df = 1]	0,11	1,8	1
Abhängigkeit überwunden	20,83 [5]	28,57 [4]	23,08 [6]
Abhängigkeit neu	16,67 [4]	7,14 [1]	11,54 [3]

**Abbildung 9.1.1.5 Pre-Post-Veränderungen des Benzodiazepinkonsums (letzte 28 Tage)**



- 
- § In der **KISS-ITT-Gruppe** geht der Benzodiazepinkonsum in Folge der Programmteilnahme deutlich und (bis auf die konsumfreien Tage) inferenzstatistisch signifikant zurück. Der Monatskonsum von Beruhigungsmitteln (1 SKE = 1 Rohypnoltablette) reduziert sich unter den KISS-KlientInnen um mehr als die Hälfte (von 46,72 auf 22,48), ebenso die Zahl der Konsumvorgänge (von 38,61 auf 18,60). Die monatliche Anzahl der Tage ohne Benzodiazepinkonsum steigt (nicht signifikant) um 2,5 an (von 13,04 auf 15,54). An Konsumtagen werden statt durchschnittlich 2,64 nur noch 1,66 Tabletten eingenommen (bzw. intravenös zugeführt), was einem Rückgang um 37% entspricht. Die statistisch signifikanten Konsumreduktionen weisen mittlere bis hohe Effektstärken (d) von 0,55 bis 0,98 auf. Die Benzodiazepin-Konsumreduktionen schlagen sich in einer monatlichen Konsumkostensparnis von 36 € pro KISS-ITT-KlientIn nieder – eine nicht sehr hohe Summe angesichts der geringen Schwarzmarktpreise für Benzodiazepine. Am Ende des KISS-Programms haben 4% der BenzodiazepinkonsumentInnen ihre Benzodiazepinabhängigkeit überwunden (Beginn: 50%; Ende 46%).
- § In numerisch und inferenzstatistisch vergleichbarer Weise wie die KISS-ITT-Gruppe reduziert die **KISS-TPP-Gruppe** ihren Benzodiazepinkonsum in allen Konsumindikatoren.
- § Demgegenüber fallen die Konsumänderungen in der **Warte-KG** in keinem Konsumindikator signifikant aus, obgleich die auswertbare Stichprobengröße exakt die gleiche ist wie in der KISS-ITT-Gruppe (n = 22) und auch die Standardabweichungen sehr ähnlich sind. Der monatliche Gesamtkonsum reduziert sich von 37,93 auf 25,83, die konsumfreien Tage nehmen um einen zu (von 14,34 auf 15,38), die Konsumvorgänge gehen leicht zurück (von 23,65 auf 21,15) und die Konsummenge an Konsumtagen stagniert bei 2,3 Tabletten. Die monatlichen Konsumausgaben sinken um 18 € pro Wartegruppen-KlientIn. Am Ende der Wartezeit sind 46% der Warte-KG-KlientInnen und somit 12% weniger als zu Beginn der Wartezeit benzodiazepinabhängig.

**Fazit Benzodiazepine:** Das KISS-Programm ist hoch wirksam, was die Reduktion des Benzodiazepinkonsums angeht. Die KISS-KlientInnen profitieren in allen Konsummaßen numerisch erheblich und mit Ausnahme der konsumfreien Tage auch statistisch signifikant von der Teilnahme am Programm (Abnahme des Gesamtkonsums, der Konsumkosten, der Konsumvorgänge und der Konsummenge an Konsumtagen), während sich bei den Wartegruppen-TeilnehmerInnen keinerlei signifikante Veränderungen ergeben.

### 9.1.1.6 CANNABIS

Der bisherige Ergebnistrend, wonach die KISS- der Wartegruppe in der Konsumreduktion überlegen ist, setzt sich bei Cannabis fort. Die einzelnen Veränderungen sind in den Tabellen 9.1.1.6a/b sowie Abbildung 9.1.1.6 aufgeführt.

**Tabelle 9.1.1.6a Pre-Post-Veränderungen des Cannabiskonsums (letzte 28 Tage)**

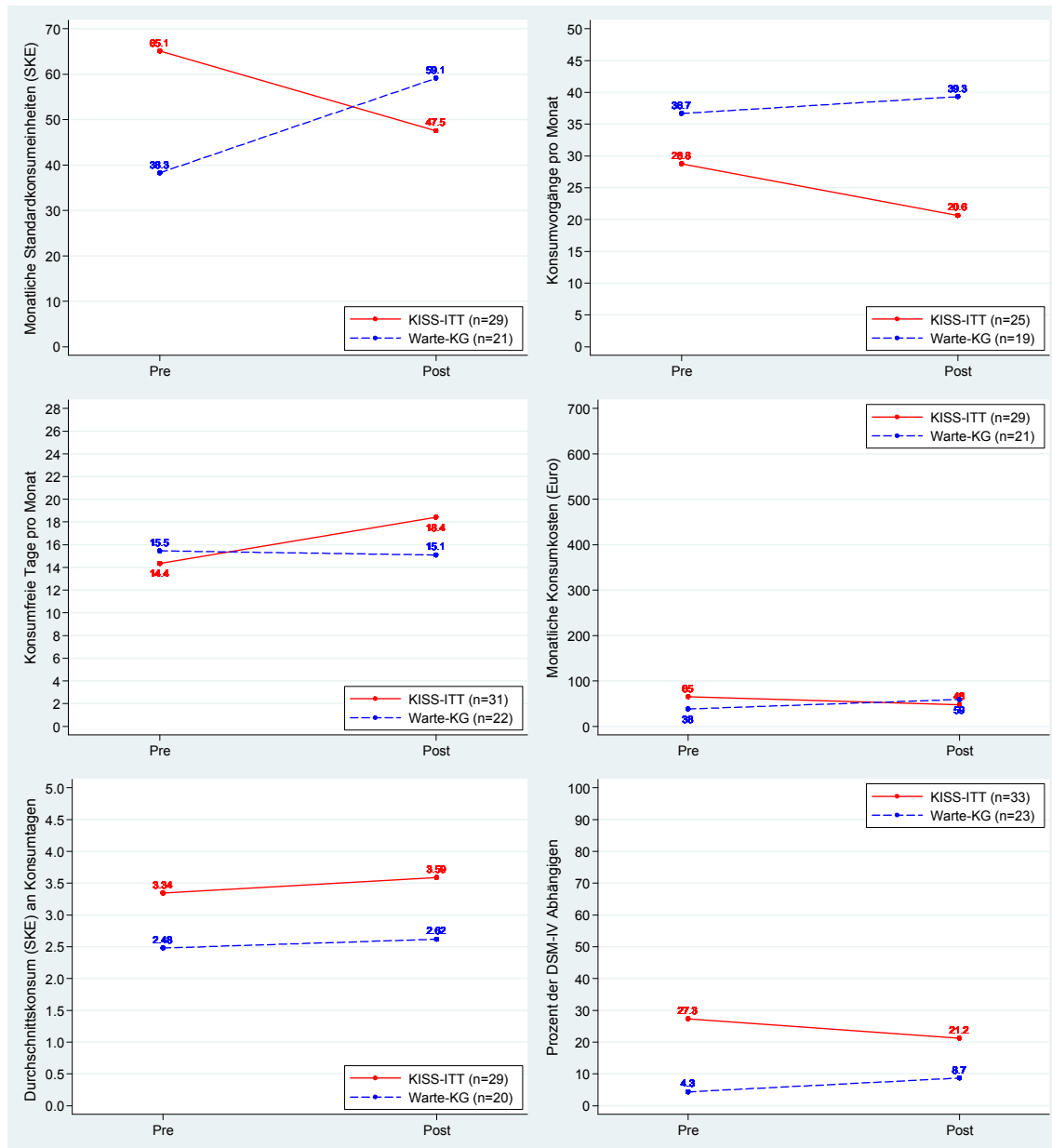
			KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
<b>Gesamtkonsum (SKE)</b>		<b>n</b>	29	21	21
	t1	M (SD)	65,12 (94,70)	59,11 (82,98)	38,28 (50,01)
	t2	M (SD)	47,55 (74,56)	52,01 (80,45)	59,10 (84,66)
		Diff t1-t2	17,58 (73,88)	7,1 (54,46)	-20,82 (92,48)
		t-Wert (df)	(1,28) (28)	(0,60) (20)	(-1,03) (20)
		Cohens d	0,21	0,09	-0,3
		95% CI von d	[-0,31 - 0,72]	[-0,52 - 0,69]	[-0,91 - 0,31]
<b>Konsumfreie Tage</b>		<b>n</b>	31	22	22
	t1	M (SD)	14,35 (11,32)	13,68 (11,25)	15,45 (12,05)
	t2	M (SD)	18,42 (11,36)	17,86 (11,56)	15,09 (12,05)
		Diff t2 - t1	4,06 (7,85)	4,18 (7,87)	-0,36 (13,18)
		t-Wert (df)	2,88 (30) *	2,49 (21) *	(-0,13) (21)
		Cohens d	0,36	0,37	-0,03
		95% CI von d	[-0,14 - 0,86]	[-0,23 - 0,96]	[-0,62 - 0,56]
<b>Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)</b>		<b>n</b>	29	21	20
	t1	M (SD)	3,34 (3,51)	3,08 (2,93)	2,48 (1,89)
	t2	M (SD)	3,59 (3,12)	2,93 (2,77)	2,62 (2,93)
		Diff t1-t2	-0,24 (2,27)	0,15 (2,15)	-0,14 (2,69)
		t-Wert (df)	(-0,57) (28)	0,32 (20)	(-0,23) (19)
		Cohens d	-0,07	0,05	-0,06
		95% CI von d	[-0,59 - 0,44]	[-0,55 - 0,66]	[-0,68 - 0,56]
<b>Konsumvorgänge</b>		<b>n</b>	25	18	19
	t1	M (SD)	28,76 (34,90)	20,11 (22,23)	36,68 (43,04)
	t2	M (SD)	20,64 (33,82)	15,06 (27,93)	39,32 (45,20)
		Diff t1-t2	8,12 (31,90)	5,06 (25,48)	-2,63 (48,24)
		t-Wert (df)	1,27 (24)	0,84 (17)	(-0,23) (18)
		Cohens d	0,24	0,2	-0,06
		95% CI von d	[-0,32 - 0,79]	[-0,45 - 0,86]	[-0,70 - 0,58]
<b>Durchschnittskosten pro Monat in €</b>		<b>n</b>	29	21	21
	t1	M (SD)	65,12 (94,7)	59,12 (82,98)	38,28 (50,01)
	t2	M (SD)	47,54 (74,56)	52,01 (80,45)	59,10 (84,66)
		Diff t1-t2	17,58 (73,88)	7,1 (54,46)	-20,82 (92,48)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$

**Tabelle 9.1.1.6b Pre-Post-Abhängigkeitsdiagnosen Cannabis (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-WG
n	33	24	23
t1: Anteil in% [n]	27,27 [9]	33,33 [8]	4,35 [1]
t2: Anteil in% [n]	21,21 [7]	20,83 [5]	8,7 [2]
Mc Nemar Chi² [df = 1]	0,5	1,29	0,33
Abhängigkeit überwunden	15,15 [5]	20,83 [5]	4,35 [1]
Abhängigkeit neu	9,09 [3]	8,33 [2]	8,7 [2]

**Abbildung 9.1.1.6 Pre-Post-Veränderungen des Cannabiskonsums (letzte 28 Tage)**





- § In der **KISS-ITT-Gruppe** geht der Cannabiskonsum in allen Konsumindikatoren um mehr als ein Viertel zurück, statistisch signifikant allerdings nur bei der Anzahl der Konsumtage. Im Einzelnen: Die TeilnehmerInnen der KISS-ITT-Gruppe „kiffen“ am Ende von KISS noch an 9,58 Tagen im Monat, das sind 4 Tage bzw. 28% weniger als zu KISS-Beginn ( $d = 0,36$ ). Die Häufigkeit, in der Cannabis geraucht wird, geht in numerisch gleicher Höhe zurück (28% weniger Konsumvorgänge, zuletzt 20,64;  $d = 0,24$ ), ebenso die Gesamtmenge an Cannabis, die pro Monat verbraucht wird (zuletzt 47,55 „Joints“, das ist ein Minus von 27%;  $d = 0,21$ ). An Tagen, an denen Cannabis konsumiert wird, bleibt die Menge bei ca. 3,5 Joints weitgehend konstant. Die monatliche Konsumkosteneinsparung beziffert sich in der KISS-ITT-Gruppe auf 18 € pro KlientIn. Der Anteil der cannabisabhängigen KlientInnen hat sich während KISS um 6% reduziert.
- § In recht analoger Weise wie in der KISS-ITT-Gruppe verläuft die Reduktion des Cannabiskonsums in der **KISS-TPP-Gruppe**.
- § Zeichnen sich in der KISS-Gruppe deutliche Verringerungen des Cannabiskonsums ab, ist in der **Warte-KG** das Gegenteil der Fall: Der Konsum steigt (inferenzstatistisch nicht signifikant) an. So rauchen die Wartegruppen-KlientInnen am Ende der Wartezeit 21 Joints mehr (= 54%) pro Monat als zu Beginn (pre: 38,28, post: 59,10;  $d = -0,30$ ), „kiffen“ häufiger (2,63 mehr Konsumvorgänge [ $d = -0,06$ ], 0,36 weniger cannabisfreie Tage [ $d = -0,03$ ]) und konsumieren an den Tagen, an denen sie Cannabis rauchen, etwas mehr (pre: 2,48, post: 2,62;  $d = -0,06$ ). Der Anstieg des Cannabiskonsums schlägt sich in 21 € höheren Konsumkostenausgaben pro Monat und Wartegruppen-KlientIn nieder. Der Anteil der cannabisabhängigen KlientInnen nimmt im Laufe der Wartezeit um 4% zu.

**Fazit Cannabis:** Die KISS-Teilnahme ermöglicht eine günstigere Beeinflussung des Cannabiskonsums als die Wartegruppen-Vergleichsbedingung. Die Überlegenheit der KISS-Teilnahme schlägt sich in einer signifikanten Zunahme der konsumfreien Tage nieder, während sich bei den Warte-KG-TeilnehmerInnen ein (nicht signifikanter) Zuwachs des Cannabiskonsums abzeichnet. Der ausbleibende Signifikanznachweis u. a. bei der 27%igen Reduktion des Cannabiskonsums in der KISS-ITT-Gruppe und dem 54%igen Anstieg in der Warte-KG hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass aufgrund des heterogenen Konsumverhaltens der KlientInnen und diverser Ausreißerwerte die Standardabweichungen sehr hoch ausfallen (vgl. Tabellen 9.1.1.6a/b).

### 9.1.1.7 ALKOHOL

Alkohol ist die Substanz, bei der sich im ca. 4-monatigen Zeitraum der KISS-Teilnahme bzw. Wartezeit keine nennenswerten bzw. statistisch signifikanten Konsumänderungen ergeben. Die Tabellen 9.1.1.7a/b sowie Abbildung 9.1.1.7 geben eine Übersicht über die Einzelergebnisse.

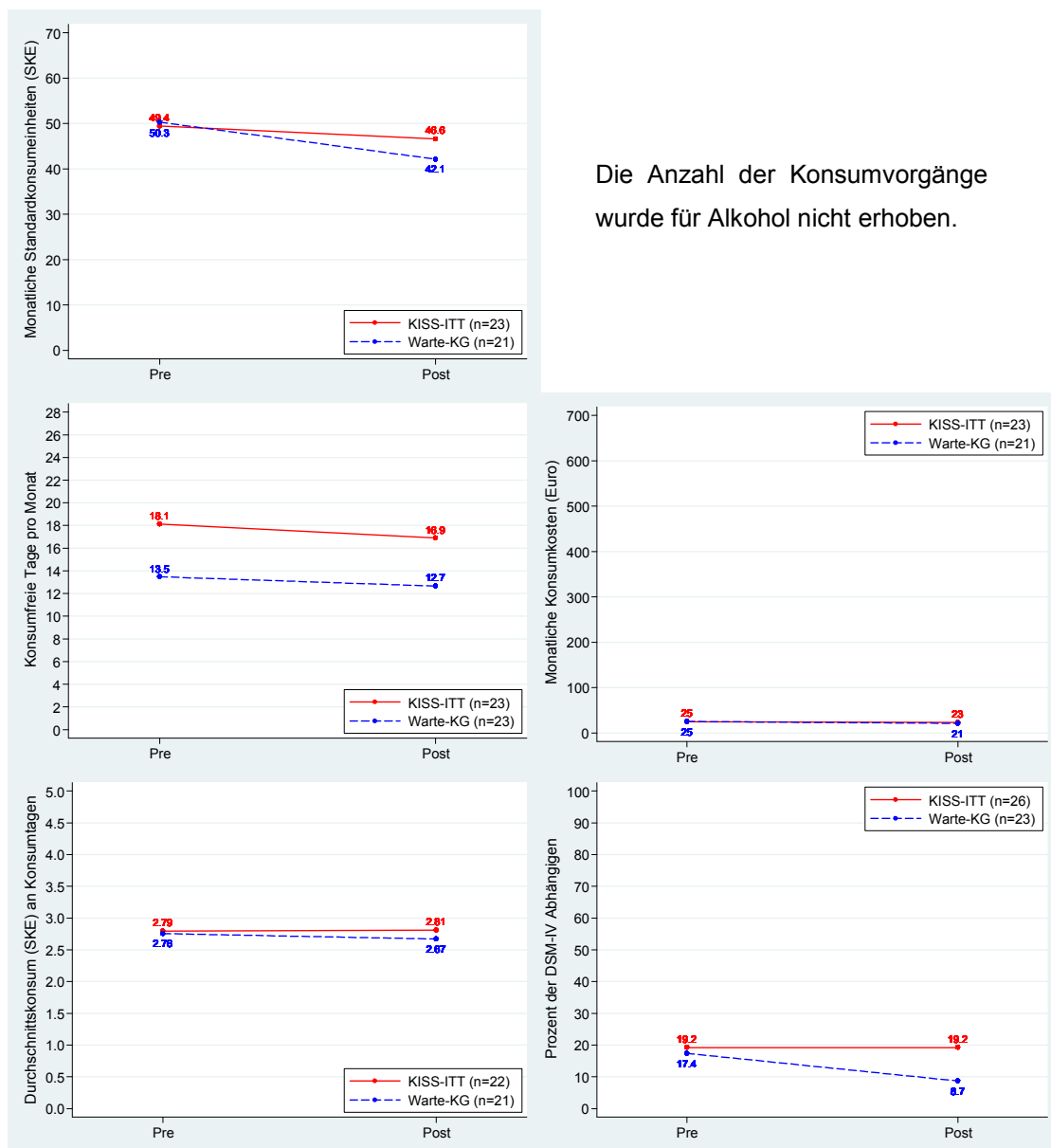
**Tabelle 9.1.1.7a Pre-Post-Veränderungen des Alkoholkonsums (letzte 28 Tage)**

			KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-KG
Gesamtkonsum (SKE)		n	23	13	21
	T1	M (SD)	49,42 (72,43)	73,54 (86,53)	50,30 (73,96)
	T2	M (SD)	46,62 (63,59)	65,84 (78,35)	42,14 (48,79)
		Diff t1-t2	2,81 (44,05)	7,7 (51,79)	8,16 (44,70)
		t-Wert (df)	0,31 (22)	0,54 (12)	0,84 (20)
		Cohens d	0,04	0,09	0,13
		95% CI von d	[-0,54 - 0,62]	[-0,68 - 0,86]	[-0,48 - 0,74]
Konsumfreie Tage		n	23	13	23
	T1	M (SD)	18,13 (10,75)	13,08 (11,94)	13,48 (11,49)
	T2	M (SD)	16,89 (10,55)	14,08 (11,66)	12,65 (11,06)
		Diff t2-t1	-1,24 (9,17)	1 (9,57)	-0,83 (10,02)
		t-Wert (df)	(-0,65 ) (22)	0,38 (12)	(- 0,4) (22)
		Cohens d	-0,12	0,08	-0,07
		95% CI von d	[-0,69 - 0,46]	[-0,68 - 0,85]	[-0,65 - 0,50]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	22	13	21
	t1	M (SD)	2,79 (2,58)	3,42 (2,79)	2,76 (2,71)
	t2	M (SD)	2,81 (2,77)	3,03 (2,58)	2,67 (2,99)
		Diff t1-t2	-0,02 (2,84)	0,39 (1,71)	0,08 (3,82)
		t-Wert (df)	(-0,03) (21)	0,82 (12)	0,10 (20)
		Cohens d	-0,01	0,15	0,03
		95% CI von d	[-0,60 - 0,58]	[-0,62 - 0,92]	[-0,58 - 0,63]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	23	13	21
	t1	M (SD)	24,71 (36,22)	36,77 (43,31)	25,15 (36,98)
	t2	M (SD)	23,31 (32,37)	32,92 (39,13,56)	21,07 (24,39)
		Diff t1-t2	1,4 (22,02)	3,85 (25,90)	4,08 (22,35)

**Tabelle 9.1.1.7b Pre-Post-Abhängigkeitsdiagnosen Alkohol (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT	KISS-TPP	KISS-WG
n	26	16	23
t1: Anteil in% [n]	19,23 [5]	18,75 [3]	17,39 [4]
t2: Anteil in% [n]	19,23 [5]	18,75 [3]	8,7 [2]
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> [df = 1]	0	0	2
Abhängigkeit überwunden	3,85 [1]	6,25 [1]	8,7 [2]
Abhängigkeit neu	3,85 [1]	6,25 [1]	0 [0]

**Abbildung 9.1.1.7 Pre-Post-Veränderungen des Alkoholkonsums**



- 
- § In der **KISS-ITT-Gruppe** ist eine leichte, unbedeutende Absenkung des monatlichen Alkoholkonsums um 2,81 Standardkonsumeinheiten (1 SKE = 1 Flasche Bier) festzustellen. Die Anzahl der Konsumtage steigt um 1,24 leicht an und die Anzahl der pro Trinktag konsumierten Alkoholmenge stagniert (bei ca. 2,8 SKE, z. B. 2,8 Flaschen Bier). Die monatlichen Konsumkosten ändern sich praktisch nicht (plus 1 €). Der Anteil der Alkoholabhängigen beträgt unter den AlkoholkonsumentInnen vor wie nach KISS jeweils ein Fünftel (19%).
- § Die Veränderungen in der **KISS-TPP-Gruppe** unterscheiden sich nicht nennenswert von denen der KISS-ITT-Gruppe.
- § In der **Warte-KG** verlaufen die geringen, nicht signifikanten Veränderungen nahezu analog zu denen der KISS-Gruppen. Der monatliche Gesamtkonsum nimmt um 8,16 SKE ab, die Anzahl der Konsumtage um 0,83 zu. Die Anzahl der pro Trinktag konsumierten Alkoholmenge stagniert bei ca. 2,7 SKE. Die monatlichen Alkoholkonsumkosten reduzieren sich um 4 €. Der Anteil der Alkoholabhängigen reduziert sich unter den Wartegruppen-KlientInnen um 8,7%, was einer Anzahl von zwei Personen entspricht.

**Fazit Alkohol:** Alkohol ist die einzige Substanz, bei der sich in der vorliegenden Stichprobe durch das KISS-Programm im Gruppendurchschnitt keine Änderungen einstellen und auch in der Warte-KG ausbleiben.

### 9.1.1.8 ZIGARETTEN

Ergänzend zu den sechs Hauptsubstanzen wurden die Veränderungen im Zigarettenkonsum ermittelt, da Zigaretten von fast allen Studien-TeilnehmerInnen konsumiert werden und von erstaunlich vielen RaucherInnen (40%) ein Änderungswunsch in Bezug auf Zigaretten formuliert worden ist (vgl. Kapitel 6.6.5, Tabelle 6.6.5a).

Zwei Blickwinkel wurden in Bezug auf die Veränderungen des Zigarettenkonsums eingenommen: Gibt im Laufe der Studienzeit ein Teil der KlientInnen den Zigarettenkonsum gänzlich auf? Und geht die Anzahl der konsumierten Zigaretten zurück?

Im Hinblick auf die erste Frage zeigt sich im Längsschnittvergleich (t1-t2), dass bis auf eine Person der Warte-KG, die zwischen t1 und t2 das Rauchen eingestellt hat, alle Studien-TeilnehmerInnen sowohl zu t1 als auch zu t2 rauchen.

In Bezug auf die zweite Zielgröße, die Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten, ergibt sich für beide KISS-Gruppen, nicht jedoch für die Warte-KG eine signifikante Reduktion von t1 nach t2. In der **ITT-Gruppe** geht die täglich konsumierte Zigarettenmenge von 23,2 (SD = 13,64) auf 20,3 (SD = 13,02) zurück,  $t(44) = 2,58$ ,  $p = 0,007$ ,  $d = 0,21$ . Hochgerechnet auf vier Wochen bedeutet das 80 weniger gerauchte Zigaretten als zu Studienbeginn. Noch deutlicher ist der Rückgang in der **TPP-Gruppe**: Die Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten sinkt von 25,4 (SD = 14,63) auf 21,9 (SD = 14,11),  $t(29) = 2,29$ ,  $p = 0,015$ ,  $d = 0,24$ ; das entspricht einem Minus von 98 Zigaretten pro Monat (vier Wochen). Demgegenüber liegt die leichte Reduktion in der **Warte-KG** statistisch im Zufallsbereich (t1: M = 23,0 [SD = 9,56], t2: M = 21,7 [SD = 10,33],  $t[34] = 1,01$ ,  $p > 0,10$ ,  $d = 0,13$ )<sup>11</sup>.

**Fazit Zigaretten:** Auch bei Zigaretten ist eine signifikante Konsumreduktion festzustellen, obwohl Zigaretten keineswegs zu den vorrangigen Änderungssubstanzen der Kl. zu rechnen sind. Von Beginn bis Abschluss des KISS-Programms reduzieren die Kl. ihren Zigarettenkonsum statistisch wie praktisch bedeutsam um 80 (ITT) bzw. 98 (TPP) Zigaretten pro Monat.

---

<sup>11</sup> Für die Person der Warte-KG, die zum Zeitpunkt t2 gar nicht (mehr) geraucht hat, wurde die Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten zu t2 auf Null gesetzt.

### 9.1.1.9 DROGEN-COCKTAILS

Was den gleichzeitigen, in der Regel intravenösen Konsum mehrerer Drogen anbelangt („Drogencocktails“), zeichnet sich von der Eingangs- zur Abschlusserhebung ein Vorteil der KISS-Gruppen wie folgt ab:

- § In der **KISS-ITT-Gruppe** haben während des Programmverlaufs 12% der KlientInnen ihren Drogencocktailkonsum eingestellt und kein KlientInnen hat mit dem Cocktailkonsum begonnen (t1: 47% [n = 23]; t2: 35% [n = 17]). Diese Reduktion ist auf dem 5%-Niveau signifikant.
- § Für die **KISS-TPP-Gruppe** ergibt sich ein analoges Bild: Während des KISS-Programms haben 14% der KlientInnen ihren Drogencocktailkonsum eingestellt und kein/keine KlientIn hat mit dem Cocktailkonsum begonnen (t1: 35% [n = 12]; t2: 21% [n = 7],  $p < .10$ ).
- § In der **Warte-KG** haben zu t1 63% (n = 22) Drogen-Cocktails eingenommen, zu t2 49% (n = 17), was einer nicht signifikanten Reduktion von 14% entspricht ( $p > .10$ ).

**Fazit Drogen-Cocktails:** Die Teilnahme am KISS-Programm begünstigt in statistisch bedeutsamer Weise die Beendigung des Drogencocktailkonsums, die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Drogenhilfeangeboten ohne KISS-Teilnahme (= Wartegruppen-Bedingung) dagegen nicht. Die Unterschiede zwischen KISS-und Wartegruppe bedürfen allerdings der Absicherung an größeren Stichproben.

### 9.1.1.10 SUCHTVERLAGERUNG DURCH KISS?

Nach den in den vorigen Abschnitten aufgezeigten positiven KISS-Effekten – Konsumreduktion bei allen Substanzen [außer Alkohol] sowie Drogen-Cocktails – ist nicht zu erwarten, dass ein Konsumrückgang bei einer Substanz regelhaft mit einem Konsumanstieg bei anderen Substanzen einhergegangen und somit in Folge von KISS ein „Suchtverlagerungseffekt“ eingetreten ist. Trotzdem wurde eine Überprüfung der „Suchtverlagerungshypothese“ vorgenommen, da in Gesprächen mit Suchthilfepraktikern dieses Thema immer wieder aufgeworfen wird. Zur Prüfung dieser Hypothese (Sekundärfragestellung 3 der vorliegenden Studie, vgl. Kapitel 4.2) wurden bei jeder der sechs Hauptsubstanzen die Personen identifiziert, die ihren Konsum der jeweiligen Substanz von Pre- zu Post-Assessment reduziert haben. Für diese „Substanzreduzierer“ wurde dann in Form abhängiger t-Tests geprüft, ob sich ihr um die jeweilige Substanz bereinigter „Nutt-Index“ von pre nach post erhöhte – was für eine „Suchtverlagerung“ sprechen würde. So wurde beispielsweise für die Personen, die im Laufe des KISS-Programms ihren Heroinkonsum reduziert haben („Heroinreduzierer“) getestet, ob sich die (gewichtete) Summe der SKE aller anderen fünf Hauptsubstanzen (Heroin also ausgenommen) erhöhte. Tabelle 9.1.1.10 fasst die Ergebnisse für die KISS-ITT-Gruppe zusammen; aufgrund zu geringer Stichprobengröße wurde auf die entsprechenden Tests innerhalb der TPP-Gruppe verzichtet.

**Tabelle 9.1.1.10 Veränderungen des Gesamtkonsums (bereinigter Nutt-Index) bei den Personen der KISS-ITT-Gruppe, die den Konsum einer Hauptsubstanz reduziert haben (M (SD))**

	Bereinigter Nutt-Index (pre)	Bereinigter Nutt-Index (post)	Signifikanz
Heroinreduzierer [n = 12]	242,01 (290,37)	106,97 (129,10)	Pre > Post <sup>a)</sup>
Crackreduzierer [n = 24]	194,77 (227,79)	165,83 (199,51)	ns
Kokainreduzierer [n = 8]	236,57 (269,30)	118,58 (184,99)	Pre > Post <sup>b)</sup>
Benzodiazepin- reduzierer [n = 13]	298,74 (236,49)	267,76 (184,96)	ns
Cannabisreduzierer [n = 19]	252,56 (225,12)	178,69 (179,12)	Pre > Post <sup>c)</sup>
Alkoholreduzierer [n = 13]	242,24 (277,67)	173,09 (170,10)	ns

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$

<sup>a)</sup>  $t(11) = 2,14, p < 0,028, d = 0,60$

<sup>b)</sup>  $t(7) = 2,17, p < 0,034, d = 0,51$

<sup>c)</sup>  $t(18) = 2,41, p < 0,014, d = 0,36$

---

Wie Tabelle 9.1.1.10 zeigt, spricht kein einziger Befund für das Eintreten einer Suchtverlagerung in Folge der durch KISS initiierten Substanzreduktionen. Ganz im Gegenteil: Reduziert jemand den Konsum einer bestimmten Substanz (z. B. Heroin), so geht damit eine *Reduktion* auch bei den anderen Substanzen Hand in Hand (sinkender bereinigter Nutt-Index) – bei den Heroin-, Kokain- und Cannabisreduzierern in signifikanter Weise. Statt einer Suchtverlagerung tritt offenbar das Gegenteil, nämlich ein Carry-over-Effekt ein: Die Reduktion einer Substanz stimuliert die Reduktion auch anderer Substanzen.

#### 9.1.1.11 FAZIT

Die Analyse der Konsumänderungen, die sich von Beginn bis Ende des KISS-Programms abzeichnen, fällt eindeutig aus: „**KISS wirkt**“ – so lautet zusammengefasst das zentrale Ergebnis dieser Studie, das sich in allen Konsumindikatoren (Gesamtkonsummenge, Konsumkosten, konsumfreie Tage, Abhängigkeitsstatus) nachweisen lässt.

Dieses aus der summarischen Gesamtbetrachtung aller Substanzen hinweg gewonnene Ergebnis („Overall-Effekt“) lässt sich substanzbezogen spezifizieren und wie folgt zusammenfassen:

- § Der konsumreduzierende Effekt von KISS schlägt sich am klarsten (d. h. über alle oder fast alle Konsumindikatoren hinweg) und numerisch ausgeprägtesten bei zwei der Substanzen nieder, die zum Konsumalltag auf der Frankfurter „Drogenszene“ gehören: Crack und Benzodiazepine. Bei beiden Substanzen halbieren sich in Folge der KISS-Teilnahme u. a. die Gesamtkonsummenge und die Anzahl der Konsumvorgänge, gleichzeitig nehmen die konsumfreien Tage zu; die Effektstärken erreichen einen Wert von bis zu  $d = 0,84$ . Diese Veränderungen schlagen sich u. a. in der Substitutionsbehandlung sehr positiv nieder, insofern der Beikonsum deutlich reduziert werden konnte.
- § Der Effekt von KISS ist auch bei der dritten zentralen Problemdroge – Heroin – beachtlich, insofern die Anzahl der Heroininjektionen (Konsumvorgänge) und die dabei gespritzte Heroinmenge zurückgehen und die heroinfreien Tage zunehmen. Eine signifikante Abnahme der Gesamtmenge an konsumiertem Heroin bleibt angesichts einiger Ausreißerwerte und der geringen Stichprobengröße aus, was eine Ergebnisabsicherung an größeren Stichproben nahelegt.
- § Noch deutlicher als bei Crack und Benzodiazepinen zeigt sich der positive KISS-Effekt bei Kokainpulver (Rückgang von Gesamtmenge und Konsumvorgängen um ca. zwei Drittel, Effektstärken bis  $d = 1,09$ ), das aufgrund des hohen Kaufpreises allerdings seltener konsumiert wird. Deshalb dürfte der Konsumrückgang bei Kokain bis auf die finanziellen Einsparungen (ITT: 90 €/Monat, TPP: 69 €/Monat) nicht die entscheidende Bedeutung für die Verbesserung des Lebensalltags der StudienteilnehmerInnen haben.



- 
- § Bei Cannabis wirkt KISS nachweislich in Richtung einer Steigerung der cannabisfreien Tage, darüber hinaus deutet sich ein Rückgang des gesamten Cannabiskonsums an.
  - § Bei Alkohol zeigen sich, zumindest im Gesamtdurchschnitt der vorliegenden Studienstichprobe mit ihren spezifischen Konsummustern (z. B. hoher Crackkonsum), keine KISS-bedingten Veränderungen.
  - § Erstaunlich ist, dass gleichsinnig zu den Konsumreduktionen bei diversen illegalen Substanzen der Zigarettenkonsum in den KISS-Gruppen, nicht aber in der Warte-KG, signifikant zurückgeht. Obwohl Zigaretten nicht zu den Substanzen gehören, die das Hauptveränderungsinteresse der KlientInnen ausmachen (vgl. Kapitel 6.6.5), scheinen sich die am Nutt-Index ablesbaren substanzübergreifenden Reduktionserfolge auf den Zigarettenkonsum zu übertragen.
  - § Eine Suchtverlagerung tritt durch die KISS-Teilnahme nicht ein, sondern im Gegenteil: Die Reduktion einer Substanz stimuliert das „Herunterschrauben“ des Konsums auch bei anderen Substanzen.

### 9.1.2 EXKURS: KONSUMBEZOGENE VERÄNDERUNGEN IN DER „GEPOOLTEN KISS-GRUPPE“

Wie im Rahmen der Ausführungen zum Studiendesign (Kap. 5) dargestellt, haben alle Warte-gruppe-KlientInnen die Möglichkeit erhalten, im Anschluss an die ca. 4-monatige Wartezeit an einer KISS-Gruppe teilzunehmen. Diese „**KISS-NachrückerInnen**“ wurden in einem den RCT ergänzenden Auswertungsschritt mit den randomisierten KISS-TeilnehmerInnen zusammengefasst („gepoolt“). Dadurch konnte die auswertbare Personenzahl der KISS-Intervention erhöht und die Stabilität der Effekte geprüft werden. Die Stichprobengröße konnte auf diese Weise zum Teil deutlich gesteigert werden. So nimmt durch das Poolen die Personenzahl in den KISS-ITT-Analysen des monatlichen Overall-Konsums („Nutt-Index“) und der Overall-Konsumkosten von  $n = 44$  auf  $62$  (TPP: von  $29$  auf  $43$ ) zu, bei der ITT-Analyse der Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen von  $n = 49$  auf  $67$  (TPP: von  $34$  auf  $48$ ).

Für die aus den Warte-KG in KISS-Gruppen nachrückenden KlientInnen bilden die diagnostischen Erhebungen am Ende der Wartezeit gleichzeitig die Ausgangswerte ( $pre = t_2$ ), die mit den Endwerten nach der KISS-Teilnahme ( $post = t_3$ ) verglichen werden. Eine Kontrollgruppe als Vergleichsbasis ist nun nicht mehr vorhanden, denn die bisherige Warte-KG findet in Form der KISS-NachrückerInnen Eingang in die gepoolte KISS-Gruppe.

Im Folgenden wird ein Überblick über die Pre-Post-Veränderungen in den gepoolten KISS-Gruppen (ITT und TPP) gegeben und ein Vergleich mit den Ergebnissen der randomisierten KISS-Gruppen (wie in Kapitel 9.1.1 dargestellt) gezogen. Die auf den gepoolten Daten beruhenden Ergebnisse sowie die gepoolten Personenzahlen sind Anhang A1 zu entnehmen.

#### 9.1.2.1 GESAMTVERÄNDERUNG

Durch das Aggregieren der Daten der ursprünglichen (randomisierten) KISS-TeilnehmerInnen und der KISS-NachrückerInnen ändert sich kaum etwas an den substanzübergreifenden Ergebnissen (vgl. Anhang A1, Tabelle 9.1.2.1). Der Index des gewichteten Gesamtkonsums („Nutt-Index“) geht signifikant ( $p < .01$ ) und in beiden Auswertungszugängen (ITT, TPP) recht vergleichbar um  $76$  ( $= -31\%$ ; ITT-Gruppe) bzw.  $69$  ( $= 31\%$ ; TPP-Gruppe) gewichtete Standardkonsumeinheiten zurück, die Effektstärke  $d$  beträgt jeweils  $0,37$ . Die konsumfreien Tage steigen in der ITT-Gruppe signifikant ( $p < .001$ ,  $d = 0,35$ ) von  $16,00$  auf  $18,37$  an, das entspricht einer Zunahme um  $2,37$  Tage bzw.  $15\%$  (TPP-Gruppe: Anstieg von  $16,12$  auf  $18,37$  Tage = Zunahme um  $2,25$  Tage bzw.  $14\%$ ,  $p < .005$ ,  $d = 0,35$ ). In Folge der KISS-Intervention reduziert sich die mittlere Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen unter den KISS-KlientInnen von  $pre$  nach  $post$  signifikant ( $p < .01$ ) um  $0,34$  ( $= -26\%$ ; ITT) bzw.  $0,48$  ( $= -39\%$ ; TPP), wobei sich die Effektstärken auf  $0,34$  (ITT) bzw.  $0,51$  (TPP) belaufen. Und auch die Kosten für den gesamten Substanzkonsum reduzieren sich signifikant ( $p < .05$ ) in beiden Gruppen (ITT: um  $208$  € bzw.  $34\%$  pro KlientIn [ $d = 0,29$ ]; TPP: um  $158$  € bzw.  $33\%$  [ $d = 0,27$ ]).

Insgesamt bleibt somit festzuhalten, dass sich auch nach dem Poolen der KISS-Gruppen ein numerisch ausgeprägter Effekt der KISS-Teilnahme in allen vier übergreifenden Erfolgsmaßen statistisch absichern lässt. Was beim Vergleich der Overall-Konsumwerte der randomisierten KISS-Gruppe (wie in Kapitel 9.1.1 dargestellt) und der gepoolten KISS-Gruppe auffällt, sind die durchweg geringeren Ausgangswerte in der gepoolten KISS-Gruppe. Der Grund dafür liegt u. a. darin, dass in der Wartegruppe während der Wartezeit leichte Konsumreduktionen von pre nach post eingetreten sind und diese Reduktionen in die Eingangswerte der gepoolten KISS-Gruppe eingehen.

### 9.1.2.2 SUBSTANZSPEZIFISCHE VERÄNDERUNGEN

**Heroin.** Nach Auswertung der gepoolten Daten des Heroinkonsums reduzieren sich die im RCT nachgewiesenen Effekte zum Teil, die Effektstärken  $d$  liegen unter 0,30 (vgl. Anhang A1, Tabellen 9.1.2.2a/b). Im Einzelnen: Der monatliche Gesamtkonsum und die Konsummenge an Konsumtagen bleiben stabil. Ein Zugewinn an heroinfreien Tagen lässt sich für die ITT-Gruppe inferenzstatistisch nachweisen. Die Anzahl der Konsumvorgänge geht numerisch zurück (ITT) oder nimmt zu (TPP) – aber in keinem Falle signifikant. In statistisch und praktisch bedeutsamer Weise ist bei den KISS- TeilnehmerInnen die „süchtige Bindung“ an Heroin zurückgegangen. In diesem Sinne sind vor KISS-Beginn noch 70% (ITT) bzw. 68% (TPP) der KlientInnen als heroinabhängig einzustufen, nach der KISS-Teilnahme nur noch 51% (ITT) bzw. 41% (TPP). Dies entspricht einem signifikanten Rückgang des Anteils der Heroinabhängigen um 19% (ITT) bzw. 27% (TPP).

**Crack.** Die Teilnahme an KISS führt zu einer markanten Reduktion des Crack-Konsums. Dieses bei Zugrundelegung der randomisierten Daten erzielte Ergebnis (vgl. Kapitel 9.1.1.3) tritt nun – nach Poolen der KISS-Gruppen – noch wesentlich deutlicher zutage (vgl. Anhang A1, Tabellen 9.1.2.2c/d). Der monatliche Gesamtkonsum, der Durchschnittskonsum an Konsumtagen und die Konsumvorgänge gehen zurück, die crackfreien Tage nehmen zu – und dies jeweils signifikant in der ITT- und der TPP-Gruppe, was bei letzterer bislang (bei Auswertung der randomisierten Daten) noch nicht so deutlich war. Die Effektstärken steigen zum Teil erheblich an (Ausnahme: Durchschnittskonsum an Konsumtagen) und liegen im mittleren Bereich. Der Rückgang des Anteils der Crackabhängigen ist nun sowohl in der ITT-Gruppe (von 50% auf 24%,  $p < .001$ ) als auch der TPP-Gruppe (von 43% auf 18%,  $p < .01$ ) statistisch abzusichern.

**Kokain.** Die im Rahmen der randomisierten Vergleiche berichteten Reduktionen des Kokainkonsums in den KISS-Gruppen, nicht aber in der Warte-KG spiegeln sich allesamt in den Ergebnissen der gepoolten Daten wider, wobei die Pre-Post-Differenzen und Effektstärken etwas geringer ausfallen (vgl. Anhang A1, Tabellen 9.1.2.2e/f).

**Benzodiazepine.** Der ausgeprägte Effekt der KISS-Intervention zeigt sich in den gepoolten KISS-Gruppen noch deutlicher als in den randomisierten (vgl. Anhang A1, Tabellen 9.1.2.2g/h). Die Ergebnisse sind zum Teil auf einem höheren Signifikanzniveau abzusichern (z. B. Gesamt-

konsum) oder werden erstmals signifikant (Zunahme der abstinenten Tage in der KISS-ITT-Gruppe). Die Effektstärken liegen mit Ausnahme des Durchschnittskonsums an Konsumtagen allesamt zwischen 0,56 und 0,71.

**Cannabis.** Nach Erweiterung der Datenbasis (= Einbeziehung der KISS-NachzüglerInnen) bestätigt sich, dass in Folge der KISS-Teilnahme der Cannabiskonsum absinkt (vgl. Anhang A1, Tabellen 9.1.2.2i/j). Die Effekte treten in der größeren Stichprobe nun statistisch signifikant, numerisch wesentlich deutlicher und mit höheren Effektstärken zutage – und zwar in der ITT- wie auch der TPP-Gruppe: Sowohl der gesamte monatliche Cannabiskonsum als auch die Anzahl der Tage, an denen Cannabis geraucht wird, und die Häufigkeit des „Kiffens“ (Anzahl der Konsumvorgänge) gehen signifikant zurück, die Effektstärken nehmen zu (Gesamtkonsum: von 0,09 auf 0,28 [TPP]; Konsumvorgänge: von 0,24 auf 0,41 [ITT] bzw. von 0,20 auf 0,41 [TPP]).

**Alkohol.** Im Falle von Alkohol bleiben auch nach dem Poolen die Veränderungswerte der KISS-Gruppen (ITT, TPP) nahezu identisch (vgl. Anhang A1, Tabellen 9.1.2.2k/l). Das heißt: Auch bei Betrachtung der zusammengefassten KISS-Gruppen erweist sich der Alkoholkonsum der in die Studie einbezogenen Drogenabhängigen im Gruppendurchschnitt durch KISS als unbeeinflusst.

**Zigaretten.** Auch im Hinblick auf das Rauchen bestätigen die gepoolten Ergebnisse die bereits oben berichteten Befunde: Alle KlientInnen, die in die gepoolten KISS-Gruppen eingehen, rauchen sowohl vor Beginn als auch nach Beendigung ihrer KISS-Gruppe. Die durchschnittliche Anzahl der gerauchten Zigaretten nimmt im zusammengefassten Durchschnitt sowohl bei der ITT-Gruppe (von 21,28 auf 19,07;  $n = 67$ ;  $p < 0.05$ ) als auch bei der TPP-Gruppe (von 22,69 auf 20,10;  $n = 48$ ;  $p < 0.05$ ) ab.

### 9.1.2.3 FAZIT DER VERÄNDERUNGEN IN DER GEPOOLTEN KISS-GRUPPE

Die Analyse der gepoolten Daten untermauert die beim Vergleich der randomisierten Gruppen vorgenommene Hauptaussage, wonach sich die KISS-Intervention positiv auswirkt: Die Gesamtmenge aller konsumierten Substanzen („Nutt-Index“) nimmt ebenso wie die Anzahl der Konsumtage ab, die „süchtige Bindung“ an die konsumierten Substanzen löst sich (Rückgang der Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen) und die Aufwendungen für den Substanzkonsum (gesamte Konsumkosten) gehen zurück. Alle diese substanzübergreifenden Erfolge erweisen sich als statistisch signifikant, die Effektstärken liegen zwischen „klein“ und „groß“. Auf Einzelsubstanzebene stabilisieren sich die Ergebnisse und treten größtenteils noch wesentlich stärker zutage (Crack, Benzodiazepine, Cannabis) oder nehmen im Falle von Kokainpulver leicht ab, bleiben aber auch hier noch sehr ausgeprägt. Mit anderen Worten wirkt KISS sehr gut und über verschiedene Konsumindikatoren hinweg (z. B. Konsummenge und konsumfreie Tage) am besten bei Crack, Kokain, Benzodiazepinen und Cannabis. Bei Heroin schrumpfen durch das Poolen die im RCT nachgewiesenen Effekte und treten nur noch in Form eines Rückgangs der Zahl der Heroinabhängigen zutage. Bei Alkohol bleiben Effekte aus.

### 9.1.3 VERÄNDERUNGEN IM SOZIALEN, PHYSISCHEN UND PSYCHISCHEN BEREICH

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, inwieweit die zwischen Eingangs- (t1) und Abschlusserhebung (t2) eingetretenen Konsumreduktionen mit Veränderungen im sozialen, physischen und psychischen Bereich einhergehen (Sekundärfragestellung 2, vgl. Kapitel 4.2). Da die Zeitspanne von vier Monaten eine relativ kurze Zeit ist, um Veränderungen in diesen Bereichen nach sich zu ziehen, müssen die Ergebniserwartungen entsprechend relativiert werden.

Im Folgenden sind nur die Ergebnisse aufgeführt, die in der umfangreichen soziodemografischen, körpermedizinischen und psychiatrischen Befundsammlung signifikante Differenzen zwischen Pre- und Post-Assessment aufweisen.

#### 9.1.3.1 VERÄNDERUNGEN BEI SOZIODEMOGRAFISCHEN MERKMALEN

Bei den Merkmalen Schulbildung, Berufsstatus, Familienstand, Arbeitslosigkeit, Bezug von Sozialleistungen und Wohnungssituation finden sich erwartungsgemäß keine signifikanten Differenzen zwischen t1 und t2. Die Veränderungen sind minimal und allesamt nicht signifikant.

Exemplarisch lässt sich dies am Beispiel des Sozialleistungsbezuges verdeutlichen. Wie aus Tabelle 9.1.3.1 ersichtlich ist, ändert sich am Sozialleistungsbezug der Studien- TeilnehmerInnen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung so gut wie nichts: Eine Person aus der KISS-ITT-Gruppe überwindet den Bezug von Sozialleistungen von t1 zu t2, bei einer anderen beginnt er in dieser Zeitspanne. Und je eine Person aus KISS-TPP- und Warte-Gruppe weist zu t2 keinen Sozialleistungsbezug mehr auf.

**Tabelle 9.1.3.1 Anteil der SozialleistungsbezieherInnen (in% [n]) in der Eingangs- (t1) und Abschlusserhebung (t2)**

	KISS-ITT	KISS-TPP	Warte-WG
t1	91,67 [44]	90,91 [30]	94,29 [33]
t2	91,67 [44]	87,88 [29]	91,43 [32]
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0	1	1
Sozialleistungsbezug überwunden	2,08 (1)	3,03 (1)	2,86 (1)
Sozialleistungsbezug neu	2,08 (1)	0	0

### 9.1.3.2 VERÄNDERUNGEN DER ERLEBTEN BELASTUNG IN VERSCHIEDENEN LEBENSBEREICHEN

Während sich im soziodemografischen Bereich keine Unterschiede zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung ergeben, manifestieren sich diese sehr deutlich in diversen Lebensbelastungen, wie sie von den KlientInnen erlebt werden. Tabelle 9.1.3.2 fasst die Ergebnisse zusammen.

**Tabelle 9.1.3.2 Erlebte Belastung in verschiedenen Lebensbereichen zu t1 und t2, KlientInnen-Einschätzungen (Rating von 1 = gar nicht bis 7 = sehr stark)**

		KISS-ITT [n = 49] M (SD)	KISS-TPP [n = 34] M (SD)	Warte-KG [n = 35] M (SD)
Körperliche Gesundheit	t1	4,21 (1,97)	3,68 (2,06)	4,66 (1,98)
	t2	4,51 (1,93)	4,38 (2,07) <sup>a)</sup>	4,69 (1,69)
Wohnsituation	t1	3,86 (2,08)	3,56 (2,20)	4,31 (2,08)
	t2	3,55 (2,38)	3,26 (2,15)	4,31 (2,27)
Arbeitssituation	t1	3,90 (2,23)	3,71 (2,24)	4,00 (2,03)
	t2	4,20 (2,23)	2,76 (2,15)	4,06 (2,01)
Finanzielle Situation	t1	5,69 (1,47)	5,56 (1,60)	5,71 (1,30)
	t2	4,90 (2,52) <sup>b)</sup>	4,91 (2,02) <sup>c)</sup>	5,66 (1,53)
Psychische Situation	t1	4,41 (1,79)	4,06 (1,81)	4,83 (1,79)
	t2	4,04 (1,95) <sup>d)</sup>	3,71 (1,96)	4,91 (1,65)
Rechtliche Situation	t1	4,00 (2,36)	3,88 (2,05)	4,51 (2,25)
	t2	3,55 (2,34) <sup>e)</sup>	3,32 (2,29) <sup>f)</sup>	4,09 (2,33)
Soziale Situation	t1	4,18 (1,90)	4,06 (1,91)	4,74 (1,49)
	t2	4,08 (2,11)	3,76 (2,13)	4,60 (1,80)

**Anmerkungen.**

<sup>a)</sup>  $t(33) = -1,98, p < 0,057, d = -0,34, CI = [-0,82 - 0,14]$

<sup>b)</sup>  $t(48) = 3,22, p < 0,001, d = 0,45, CI A = [0,05 - 0,85]$

<sup>c)</sup>  $t(33) = 2,40, p < 0,011, d = 0,36, CI = [-0,12 - 0,83]$

<sup>d)</sup>  $t(48) = 1,36, p > 0,084, d = 0,20, CI = [-0,20 - 0,59]$

<sup>e)</sup>  $t(48) = 1,40, p < 0,084, d = 0,19, CI = [-0,21 - 0,59]$

<sup>f)</sup>  $t(33) = 1,59, p < 0,061, d = 0,24, CI [-0,24 - 0,71]$

Das Ausmaß der erlebten Lebensbelastungen verändert sich bei den KlientInnen der Warte-KG während der Wartezeit nicht. Demgegenüber erleben die KISS-TeilnehmerInnen einen signifikanten Belastungsrückgang im finanziellen (ITT, TPP), psychischen (ITT) und rechtlichen (ITT, TPP) Bereich. Angesichts des massiven Rückgangs der monatlichen Konsumausgaben in der KISS-Gruppe (vgl. Kapitel 9.1.1) ist es nicht verwunderlich, dass sich auch die subjektive Einschätzung ihrer finanziellen Situation deutlich verbessert. Diesem Trend entgegengesetzt, steigt in den KISS-TPP-Gruppe die erlebte körperliche Belastung leicht an. Die kritischere Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes in der TPP-Gruppe könnte insofern mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehen, als der reduzierte Konsum die Selbstaufmerksamkeit für die im Allgemeinen schlechte körperliche Situation erhöht haben könnte.

**9.1.3.3 VERÄNDERUNGEN IN DER ERLEBTEN SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG**

Tabelle 9.1.3.3 sind die Veränderungen im Ausmaß sozialer Unterstützung zwischen t1 und t2 zu entnehmen. Nur für einen Aspekt sozialer Unterstützung ist ein signifikanter Unterschied zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung festzustellen: Die KlientInnen der Warte-KG erleben einen Anstieg an Unterstützung in Notsituationen.

**Tabelle 9.1.3.3 Erlebte soziale Unterstützung zu t1 und t2 (1 = trifft gar nicht zu, 7 = trifft völlig zu)**

		KISS-ITT [n = 49]	KISS-TPP [n = 34]	Warte-KG [n = 35]
Bei persönlichen Problemen	t1	4,08 (2,39)	4,15 (2,51)	4,00 (1,91)
	t2	4,45 (2,29)	4,47 (2,29)	4,46 (1,69)
Bei praktischen Problemen	t1	4,45 (2,11)	4,44 (2,24)	3,83 (2,18)
	t2	4,10 (1,88)	4,12 (1,95)	3,94 (1,51)
In Notsituation	t1	4,84 (2,15)	4,79 (2,27)	3,94 (2,20)
	t2	4,47 (2,05)	4,32 (2,11)	4,57 (2,02) <sup>a)</sup>

Anmerkungen. <sup>a)</sup>  $t(34) = 1,51, p < 0,070, d = 0,30, CI = [-0,17 - 0,77]$

**9.1.3.4 VERÄNDERUNGEN IM ORGANMEDIZINISCHEN BEREICH**

Auch im organmedizinischen Befundbereich ergeben sich zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung meist keine signifikanten Pre-post-Differenzen. Diese Feststellung bezieht sich insbesondere auf die Parameter chronische Hepatitis C, Fettleber, Gastritis, AIDS, Polyneuropathie und Zahnzustand. Allein bei den Hauterkrankungen stellt sich von t1 nach t2 eine Veränderung ein: Der Anteil der KlientInnen mit einer Hauterkrankung nimmt in den KISS-Gruppen, nicht aber in der Warte-Gruppe ab (Tabelle 9.1.3.4).

**Tabelle 9.1.3.4 Organmedizinische Befunde mit signifikanten t1-t2 – Differenzen (in% [n])**

Hauterkrankungen in den letzten 30 Tage	KISS-ITT [n = 47]	KISS-TPP [n = 33]	Warte-KG [n = 33]
t1	19,15% (n = 9)	24,24% (n = 8)	6,06% (n = 2)
t2	8,51% (n = 4) <sup>a)</sup>	9,09% (n = 3) <sup>b)</sup>	9,09% (n = 3)

Anmerkungen. <sup>a), b)</sup>  $Mc Nemar \chi^2(1) = 3,57, p < 0,059$

### 9.1.3.5 VERÄNDERUNGEN IM PSYCHIATRISCHEN BEREICH

Wesentlich deutlicher fallen die Veränderungen im Bereich der psychiatrischen Symptomatik aus: Unter den KISS-TeilnehmerInnen gehen die Angst- und Spannungszustände zurück (TPP) und die Konzentrationsfähigkeit nimmt zu (ITT; Tabelle 9.1.3.5). Im Gebrauch der den KlientInnen ärztlich verschriebenen Psychopharmaka ist in beiden KISS-Gruppen (ITT, TPP) ein signifikanter Anstieg zu beobachten.

**Tabelle 9.1.3.5 Psychiatrische Befunde mit signifikanten t1-t2 – Differenzen (in% [n])**

	KISS-ITT [n = 47]	KISS-TPP [n = 33]	Warte-KG [n = 33]
Angst- und Spannungszustände, letzte 30 Tage			
t1	38,30% (n = 18)	36,36% (n = 12)	45,45% (n = 15)
t2	25,53% (n = 12)	18,18% (n = 6) <sup>a)</sup>	36,36% (n = 12)
Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentration, letzte 30 Tage			
t1	51,06% (n = 24)	45,45% (n = 15)	60,61% (n = 20)
t2	40,43% (n = 19) <sup>b)</sup>	36,36% (n = 12)	51,52% (n = 17)
Psychopharmakabehandlung, letzte 30 Tage			
t1	21,28% (n = 10)	21,21% (n = 7)	30,30% (n = 10)
t2	31,91% (n = 15) <sup>c)</sup>	30,30% (n = 10) <sup>d)</sup>	36,36% (n = 12)

Anmerkungen.

<sup>a)</sup> *Mc Nemar*  $\chi^2(1) = 3,60, p < 0,058$

<sup>b)</sup> *Mc Nemar*  $\chi^2(1) = 2,78, p < 0,096$

<sup>c)</sup> *Mc Nemar*  $\chi^2(1) = 5,00, p < 0,025$

<sup>d)</sup> *Mc Nemar*  $\chi^2(1) = 3,00, p < 0,083$

In guter Übereinstimmung mit den vorigen Befunden steht der signifikante Rückgang der gesamten Belastung, wie sie von der KlientInnen der KISS-Gruppen über alle psychischen Probleme hinweg empfunden wird (Tabelle 9.1.3.6).

**Tabelle 9.1.3.6 Subjektive Belastung durch psychische Probleme (Einschätzung durch die KlientInnen; M (SD); Skala von 1 = gar nicht bis 5 = extrem)**

	KISS-ITT [n = 47]	KISS-TPP [n = 33]	Warte-KG [n = 33]
t1	2,77 (1,41)	2,66 (1,42)	3,00 (1,32)
t2	2,23 (1,35) <sup>a)</sup>	2,03 (1,36) <sup>b)</sup>	2,85 (1,37)

Anmerkungen.

<sup>a)</sup>  $t(46) = 2,32, p > 0,012, d = 0,38, CI = [-0,02 - 0,79]$

<sup>b)</sup>  $t(32) = 2,44, p > 0,010, d = 0,46, CI = [-0,03 - 0,95]$

In allen zuvor berichteten Bereichen finden sich keinerlei signifikanten pre-post-Veränderungen in der Warte-KG.



### 9.1.3.6 FAZIT

Bei den einschlägigen soziodemografischen Merkmalen, wie Schulbildung, Familienstand oder Arbeitslosigkeit, stellen sich erwartungsgemäß keine Veränderungen im Laufe des KISS-Treatments bzw. der Wartezeit ein.

Demgegenüber nimmt die subjektive Belastung durch finanzielle, psychische und rechtliche Probleme bei den KISS-TeilnehmerInnen, nicht aber in der Warte-KG signifikant ab. Im körperlichen Gesundheitserleben ergibt sich ein Rückgang bei den KISS-TeilnehmerInnen (TPP), der in Zusammenhang mit der Konsumreduktion stehen könnte.

Auch im medizinischen Bereich ergeben sich keine Pre-post-Unterschiede in der Warte-KG. Demgegenüber zeigt sich im organmedizinischen Bereich eine bedeutsame Veränderung unter den KISS-TeilnehmerInnen (Rückgang der Hauterkrankungen), in der psychiatrischen Symptomatik zeichnen sich diverse positive Entwicklungen ab: Die erlebte psychische Gesamtbelastung geht zurück, wobei die Abnahme von Angstzuständen und die Zunahme der Konzentrationsfähigkeit hervorstechen. Gleichzeitig und damit eventuell in Zusammenhang stehend, steigt unter den KISS-TeilnehmerInnen die Einnahme ärztlich verschriebener Psychopharmaka an: Zu t2 greift nahezu jede dritte teilnehmende Person darauf zurück. Dies ist aus unserer Sicht als positive Entwicklung einzustufen, weil sich die KlientInnen zur Verbesserung ihres psychischen Zustandes ärztlich begleiten lassen, anstatt ausschließlich auf „Schwarzmarkpsychopharmaka“ oder andere, illegal beschaffte Substanzen zurückzugreifen.

Summarisch bleibt festzuhalten, dass durch KISS insbesondere das subjektive Belastungserleben der KlientInnen positiv beeinflusst wird und dieses mit der Veränderung einiger objektiver Indikatoren einhergeht (geringere konsumbezogene Geldausgaben; vermehrte Inanspruchnahme psychopharmakologischer Behandlung). Diese Korrespondenz wie auch die Tatsache, dass unter den Warte-KG-KlientInnen keine Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung festzustellen sind, können als Indiz für eine Alltagsstabilisierung in Folge der KISS-Teilnahme gewertet werden.

## 9.1.4 SUBGRUPPENVERGLEICHE

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, ob verschiedene Subgruppen Drogenabhängiger in unterschiedlichem Ausmaß von KISS profitieren. Diese in Kapitel 4.2 aufgeführte vierte sekundäre Forschungsfragestellung ist für die Praxis der Drogenhilfe insofern von Bedeutung, als sie Rückschlüsse auf ggf. notwendige Programmmodifikationen für bestimmte Zielgruppen ermöglichen kann.

Als Zielvariablen werden in den folgenden Subgruppenvergleichen ausschließlich die oben eingeführten vier substanzübergreifenden Overall-Indikatoren verwendet ([1]. Menge des Gesamtkonsums in gewichteten SKE [„Nutt-Index“], [2]. Konsumkosten in €, [3]. durchschnittliche Anzahl konsumfreier Tage für alle konsumierten Substanzen, [4]. Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen; alle Indikatoren jeweils bezogen auf den zurückliegenden 28-Tages-Zeitraum). Die summarischen Ergebnisse zu den in den folgenden Abschnitten berichteten Subgruppenvergleichen finden sich in den Tabellen 9.1.4.1 - 9.1.4.6, alle Einzelwerte in Anhang A2.

### 9.1.4.1 GESCHLECHT

In der **KISS-ITT-Gruppe** zeichnen sich sowohl bei Männern als auch Frauen in allen vier Overall-Konsumindikatoren numerisch deutliche Konsumreduktionen ab (vgl. Tabelle 9.1.4.1).

**Tabelle 9.1.4.1 Pre-post-Differenzen in den vier Overall-Konsumindikatoren, differenziert nach Geschlecht**

	KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamtkonsum (SKE; „Nutt-Index“)	86,79 (191,22) [30] **	81,80 (239,38) [14] ns	11,05 (201,36) [24] ns	36,79 (252,53) [10] ns
Konsumausgaben (in €)	278,15 (686,18) [30] *	171,00 (523,85) [14] ns	25,29 (629,46) [24] ns	25,10 (964,22) [10] ns
Anzahl konsumfreier Tage	2,79 (5,05) [30] **	1,52 (5,88) [14] ns	0,34 (4,52) [24] ns	0,77 (7,50) [11] ns
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	0,32 (1,05) [31] *	0,79 (1,37) [14]	0,21 (1,06) [24] ns	0,09 (0,94) [11] ns

*Anmerkungen. Ausgewiesen sind Mittelwertdifferenzen zwischen Pre- und Post-Assessment (t1-t2), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern). Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen.*

*Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.*

*Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .*

Männer reduzieren ihre (gewichtete) Gesamtkonsummenge von t1 nach t2 in etwas stärkerem Ausmaß (um ca. 87 gewichtete SKE) als Frauen (ca. 82 gewichtete SKE). Bei den monetären Konsumausgaben und der Anzahl an Konsumtagen fällt das Ausmaß der Reduktion numerisch noch ausgeprägter zu Gunsten der Männer aus. Bei der Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen zeigen demgegenüber Frauen einen mehr als doppelt so hohen Rückgang als Männer (0,79 versus 0,32).

---

Trotz der deutlichen Konsumrückgänge bei beiden Geschlechtern fallen sie nur im Falle der Männer durchweg über alle Erfolgskriterien hinweg signifikant aus. Der Grund dafür liegt mit großer Wahrscheinlichkeit in der geringen Anzahl Frauen ( $n = 14$ ), die den Berechnungen zugrunde liegt sowie ihren relativ hohen Standardabweichungen, die einen Signifikanznachweis zusätzlich erschweren (in allen vier Zielvariablen sind die Standardabweichungen der Frauen höher als die der Männer). Zudem ist insbesondere bei den Kosten zu bedenken, dass das Ausgangsniveau der Frauen zu t1 deutlich niedriger (564,43 €) als das der Männer (735,44 €) lag, Frauen sozusagen einen Startnachteil hatten, was das Ausmaß einer möglichen Reduktion anbelangte. Deskriptiv zeigt sich auch im Vergleich zur Wartegruppe, dass Frauen deutlich vom KISS-Programm profitiert haben und nur der Signifikanznachweis, vermutlich aus den genannten Gründen, bei drei der vier Zielkriterien scheiterte.

Wie nach den oben dargestellten globalen Ergebnissen nicht anders zu erwarten ist, fällt das Ausmaß der Konsumreduktion bei allen vier Overall-Konsumindikatoren in der **Warte-Kontrollgruppe** bei Männern und Frauen insgesamt niedrig und in keinem Falle signifikant aus.

**Fazit:** Die Ergebnisse belegen, dass das KISS-Programm über alle Overall-Konsumindikatoren hinweg einen positiven Effekt bei Männern nach sich zieht. Numerisch ausgeprägte Konsumreduktionen treten auch bei Frauen ein, sind vermutlich aber aus Gründen der geringen Stichprobengröße bei gleichzeitig hohen Standardabweichungen nur für den Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen statistisch nachweisbar. Da zudem die Reduktionsunterschiede zwischen Männern und Frauen numerisch nicht gravierend sind, kann die vorliegende Studie nicht als Beleg für eine geschlechtsspezifische Wirksamkeit von KISS dienen. Andererseits ist eine Tendenz zu einer stärkeren Wirksamkeit von KISS bei Männern auch nicht auszuschließen. Deshalb sollte die potentielle Geschlechtsspezifität von KISS in weiteren Studien mit größeren Stichproben geprüft werden.

### 9.1.4.2 SCHWERE DER ABHÄNGIGKEIT

Zur prädiktiven Bedeutung der Abhängigkeitsschwere wurden bereits im Kontext von Alkoholreduktionsprogrammen Vorhersagen formuliert und überprüft (vgl. Körkel, 2006; Rosenberg, 1996). Auch für den Drogenbereich lassen sich entsprechende – divergierende – Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Schwere der Abhängigkeit und Ausmaß der individuellen Konsumreduktion formulieren. Einerseits ist denkbar, dass Personen mit ausgeprägter Abhängigkeitsschwere ihren Konsum aufgrund der stärkeren süchtigen Bindung an die konsumierten Substanzen weniger stark reduzieren. Andererseits sind jedoch möglicherweise gerade bei Personen mit einer hohen Anzahl von Abhängigkeitsdiagnosen der Leidensdruck und damit die Wichtigkeit einer Konsumveränderung ausgeprägter als bei Personen, deren Konsumverhalten weniger stark durch Abhängigkeiten geprägt ist<sup>12</sup>.

Zur Prüfung der entsprechenden Hypothesen bedurfte es einer Operationalisierung der Schwere der Abhängigkeit über alle konsumierten Substanzen hinweg. Der entsprechenden Operationalisierung liegen folgende Überlegungen zugrunde:

Die zusammenfassende Schwere der Abhängigkeit von den sechs Hauptsubstanzen definiert sich naheliegender Weise über die Anzahl der Substanzen, von denen zu t1 eine nach DSM-IV diagnostizierte Abhängigkeit besteht. Auf der anderen Seite hängt die absolute Anzahl von Abhängigkeitsdiagnosen aber auch mit der Anzahl überhaupt konsumierter Substanzen zusammen: Die Korrelation zwischen der Anzahl zu t1 konsumierter Substanzen<sup>13</sup> und der Anzahl von Substanzen mit positiver DSM-IV-Diagnose zu t1 beträgt 0,44 ( $n = 80$ ,  $p < 0,01$ ). Insofern wird die Schwere der Abhängigkeit hier als Quotient dieser beiden Werte operationalisiert: Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen dividiert durch Anzahl der konsumierten Substanzen. Eine so gebildete Variable lässt sich als **relative Schwere der Abhängigkeit** beschreiben<sup>14</sup>. Ein Wert von 0,5 bedeutet zum Beispiel, dass diese Person von der Hälfte der konsumierten Substanzen abhängig ist. Zur Gruppenbildung wurde die Variable „relative Schwere der Abhängigkeit“ am Me-

---

<sup>12</sup> Prüft man den statistischen Zusammenhang zwischen der im Interview genannten Wichtigkeit einer Konsumveränderung (11er-Skala von 0 „gar nicht wichtig“ bis 10 „total wichtig“; vgl. Kapitel 5.8.5) und der relativen Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen, so stellt man allerdings nur einen schwachen (linearen) Zusammenhang von  $r = 0,13$  ( $n = 81$ ,  $p > 0,1$ ) fest.

<sup>13</sup> Die Anzahl der zu t1 konsumierten Substanzen bezieht sich hier auf die in den Overall-Zielkriterien verwendeten sechs Hauptsubstanzen: Alkohol, Cannabis, Heroin, Crack, Kokain und Benzodiazepine. In der hier untersuchten Längsschnittstichprobe (ohne Entgifter zwischen t1 und t2) sind das bei  $n = 80$  Personen durchschnittlich 3,49 Substanzen.

<sup>14</sup> Die Korrelationen zwischen den Konsumrückgängen von t1 zu t2 bei drei der vier Overall-Zielkriterien einerseits und der relativen Schwere der Abhängigkeit zu t1 andererseits fallen gering und nicht signifikant aus: Die Veränderung des gewichteten Gesamtkonsums („Nutt-Index“) korreliert mit der relativen Schwere der Abhängigkeit zu  $r = 0,18$  ( $n = 78$ ,  $p > 0,1$ ), die Veränderung der Konsumkosten zu  $r = 0,12$  ( $n = 80$ ,  $p > 0,1$ ) und die Veränderung der durchschnittlichen konsumfreien Tage zu  $r = 0,14$  ( $n = 80$ ,  $p > 0,1$ ). Einzig die Veränderung der absoluten Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen von t1 nach t2 korreliert deutlich positiv mit der relativen Anzahl von Abhängigkeitsdiagnosen zu t1. Hier beträgt der Pearson'sche Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient  $r = 0,54$  ( $n = 80$ ,  $p < 0,01$ ). Da in die relative Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen das Ausgangsniveau der Abhängigkeiten maßgeblich mit eingeht, ist dieses jedoch ein bereits aus statistischen Gründen erwartbares Ergebnis. Die folgenden Unterschiede zwischen den Subgruppen sollten deshalb in dieser Variablen nicht interpretiert werden.

dian (0,5) dichotomisiert, was zur Unterscheidung von „weniger schwer Abhängigen“ (relative Abhängigkeit < 0,5) und „schwer Abhängigen“ (relative Abhängigkeit > = 0,5) führt.

**Tabelle 9.1.4.2 Pre-post-Differenzen in den vier Overall-Konsumindikatoren, differenziert nach Stärke der Abhängigkeit zu t1**

	KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
	weniger schwer	schwer	weniger schwer	schwer
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	23,44 (183,65) [20] ns	136,66 (211,10) [24] **	38,09 (188,19) [20] ns	-9,19 (251,13) [14] ns
Konsumausgaben (in €)	112,46 (727,66) [20] ns	353,72 (537,14) [24] **	98,66 (638,19) [20] ns	-79,66 (853,96) [14] ns
Anzahl konsumfreier Tage	1,89 (3,61) [20] *	2,80 (6,37) [25] **	-0,77 (4,70) [20] ns	2,13 (6,23) [15] ns
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	-0,15 (0,81) [20] ns	0,96 (1,17) [25] **	-0,15 (1,04) [20] ns	0,60 (0,83) [11] **

*Anmerkungen. Ausgewiesen sind Mittelwertdifferenzen zwischen Pre- und Post-Assessment (t1-t2), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern). Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen.*

*Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.*

*Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .*

Das Ergebnis des Gruppenvergleichs fällt eindeutig zugunsten der zweiten formulierten Hypothese aus: **KISS-KlientInnen** mit einer höheren relativen Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen profitieren von KISS in allen Overall-Zielkriterien, KlientInnen mit einer geringeren Anzahl nur in Bezug auf eine Steigerung der konsumfreien Tage. Wie zuvor erläutert, sollte der Gruppenunterschied im Zielkriterium „Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen“ nicht interpretiert werden, da er mit der gruppenbildenden Variable konfundiert ist. Die Ergebnisse bei den ersten drei Overall-Zielkriterien dürften jedoch „wahre Subgruppenunterschiede“ und keine statistischen Artefakte zum Ausdruck bringen, insofern sowohl die Personenzahl, die Standardabweichungen und die Ausgangswerte in beiden Subgruppen weitgehend vergleichbar sind bzw. die Personengruppe mit höherer Abhängigkeitsbelastung nicht systematisch bevorteilen (vgl. die meist höheren SD der ITT-Gruppe „schwer abhängig“ in Tabelle 9.1.4.2).

In beiden Subgruppen der **Warte-KG** sind erwartungsgemäß keine signifikanten Reduktionen in den Overall-Zielkriterien nachweisbar (Ausnahme: „Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen“, die wie zuvor erläutert mit der Gruppierungsvariable konfundiert ist und deshalb die Signifikanz zu einem artifiziellen Ergebnis macht), zum Teil deuten sich in beiden Warte-Subgruppen sogar Verschlechterungen von t1 nach t2 an (v.a. Zunahme der Konsumtage bei den weniger schwer Abhängigen).

**Fazit:** Von KISS profitieren vor allem Drogenabhängige mit einem hohen Grad an Abhängigkeitsbelastung, d.h. diejenigen, die bei mindestens jeder zweiten von ihnen konsumierten Substanz eine DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnose aufweisen. Diese Personen reduzieren während der KISS-Teilnahme ihre Gesamtkonsummenge, die assoziierten Konsumkosten sowie die Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen, und sie steigern die Anzahl an konsumfreien Tagen. Da die Per-

sonenzahl in der Gruppe der weniger schwer Abhängigen kaum von der der schwer Abhängigen abweicht und auch die Standardabweichungen und Ausgangswerte nicht systematisch zu Ungunsten der weniger schwer Abhängigen ausfallen, spricht alles für einen besonderen KISS-Nutzen bei Personen, die bei mindestens der Hälfte der von ihnen konsumierten Substanzen eine Abhängigkeitsdiagnose aufweisen.

### 9.1.4.3 SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Ein nicht unerheblicher Teil der KlientInnen befand sich während der Teilnahme an der KISS-Gruppe bzw. während der Wartezeit in einer Substitutionsbehandlung. Die Ergebnisse zu der Frage, ob KlientInnen in Substitutionsbehandlung stärker von KISS profitieren als jene, die sich in keiner Substitution befanden, sind in Tabelle 9.1.4.3 zusammengefasst.

**Tabelle 9.1.4.3 Pre-post-Differenzen in den vier Overall-Konsumindikatoren, differenziert nach Vorliegen einer Substitutionsbehandlung zu t1**

	KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
	nicht in Substitution	in Substitution	nicht in Substitution	in Substitution
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	137,79 (257,63) [12] *	65,48 (182,26) [32] *	-32,40 (315,17) [12] ns	46,45 (132,78) [22] #
Konsumausgaben (in €)	484,50 (997,73) [12] #	153,89 (418,42) [34] **	-5,65 (1079,59) [12] ns	42,08 (470,17) [22] ns
Anzahl konsumfreier Tage	2,47 (6,77) [13] ns	2,37 (4,69) [32] **	0,02 (6,53) [13] ns	0,75 (4,97) [22] ns
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	0,38 (1,39) [13] ns	0,50 (1,08) [32] **	0,08 (1,26) [13] ns	0,23 (0,87) [22] ns

*Anmerkungen. Ausgewiesen sind Mittelwertdifferenzen zwischen Pre- und Post-Assessment (t1-t2), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern). Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .*

Tabelle 9.1.4.3 weist sowohl für substituierte als auch nicht-substituierte **KISS-ITT-KlientInnen** in allen vier Konsummaßen deutliche Verbesserungen aus. Diese fallen für die Nichtsubstituierten zum Teil wesentlich ausgeprägter aus, vor allem in Bezug auf die Reduktion des Gesamtkonsums (138 SKE versus 65 SKE) und die damit assoziierten Ausgaben (485 € versus 154 €). In beiden Gruppen ist der Anstieg der konsumfreien Tage beachtlich (2,47 bzw. 2,37) und auch der durchschnittliche Rückgang an Abhängigkeitsdiagnosen ist nennenswert (0,38 bzw. 0,50). Dass alle Konsumreduktionen letztlich nur in der Gruppe der Substituierten in statistisch signifikantem Ausmaß erfolgen, ist vor allem der geringen Personenzahl in der Gruppe der Nichtsubstituierten ( $n = 12$  bzw.  $13$ ) und den sehr hohen Standardabweichungen geschuldet.

Wie erwartet, fallen die Konsumveränderungen in der **Warte-Kontrollgruppe** bei allen vier Overall-Konsumindikatoren sowohl bei Nichtsubstituierten als auch Substituierten gering, zum Teil negativ und nur in einem Falle (Gesamtkonsum bei Substituierten) knapp signifikant aus.

**Fazit:** Die Ergebnisse belegen für die Subgruppe der substituierten KISS-TeilnehmerInnen einen positiven Effekt des KISS-Programms über alle Overall-Konsumindikatoren hinweg. Numerisch noch ausgeprägter sind die Konsumreduktionen bei nicht-substituierten KISS-KlientInnen, allerdings fallen sie v.a. aufgrund der geringen Substichprobengröße statistisch nicht signifikant aus. Gesicherte Folgerungen zur differenziellen Wirksamkeit von KISS in Abhängigkeit vom Substitutionsstatus sind derzeit deshalb nicht möglich und bedürfen der Absicherung an größeren Stichproben.

#### 9.1.4.4 BESCHÄFTIGUNGSSTATUS (AUSBILDUNG ODER ERWERBSTÄTIGKEIT)

Mit der Analyse des eventuellen Einflusses des Beschäftigungsstatus auf die Wirksamkeit des KISS-Programms ist die Hypothese verbunden, dass KlientInnen, die einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen – unabhängig davon, ob das eine Ausbildung, eine reguläre Erwerbstätigkeit, eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme oder ein Arbeitstrainingsprogramm ist – aufgrund dieser regelmäßigen Einbindung stärker von KISS profitieren als arbeits-/beschäftigungslose KlientInnen. Gründe hierfür wären sowohl in der Notwendigkeit, den Substanzkonsum „in den Griff zu bekommen“, um die Arbeit/Beschäftigung nicht zu verlieren, in der durch eine tagesstrukturierende Tätigkeit gegebenen Ablenkung vom Konsumbedürfnis als auch in der möglicherweise stärkeren Bereitschaft, Termine regelmäßiger wahrzunehmen und die Anforderungen des KISS-Programmes disziplinierter durchzuhalten, zu sehen.

Um dieser Frage nachzugehen, wurden die im t1-Interview erhaltenen Antworten zum aktuellen Beschäftigungsstatus so dichotomisiert, dass Personen, die sich in einem oben genannten Beschäftigungsverhältnis befanden, allen anderen (in erster Linie Arbeitslosen) gegenübergestellt wurden.

**Tabelle 9.1.4.4 Pre-post-Differenzen in den vier Overall-Konsumindikatoren, differenziert nach Beschäftigungsstatus zu t1**

	KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
	nicht beschäftigt	Arbeit/ Ausbildung etc.	nicht beschäftigt	Arbeit/ Ausbildung etc.
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	60,97 (196,59) [27] #	123,68 (217,90) [17] *	26,07 (226,16) [29] ns	-24,57 (130,51) [5] ns
Konsumausgaben (in €)	225,81 (725,20) [27] #	273,04 (476,59) [17] *	65,27 (770,38) [29] ns	-206,97 (369,76) [5] ns
Anzahl konsumfreier Tage	1,97 (4,64) [27] *	3,04 (6,23) [18] *	0,27 (5,91) [30] ns	1,68 (1,72) [5] *
Anzahl Abhängigkeitsdiag- nosen	0,56 (1,15) [27] **	0,33 (1,19) [18] ns	0,07 (1,01) [30] ns	0,80 (0,84) [5] *

*Anmerkungen. Ausgewiesen sind Mittelwertdifferenzen zwischen Pre- und Post-Assessment (t1-t2), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern). Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen.*

*Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.*

*Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .*

Der Ergebnistabelle 9.1.4.4 ist zu entnehmen, dass alle **KISS-KlientInnen** – ob in einem Beschäftigungsverhältnis stehend oder nicht – von der KISS-Teilnahme profitieren: Beide KISS-

Subgruppen zeigen in allen vier Overall-Zielkriterien signifikante Konsumreduktionen (Ausnahme: Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen bei KlientInnen mit Beschäftigungsverhältnis), die in der Gruppe mit Beschäftigungsverhältnis numerisch meist etwas höher ausfallen.

In der **Warte-Kontrollgruppe** ergeben sich für die in einer Beschäftigung stehenden KlientInnen ein (nicht-signifikanter) Anstieg des Gesamtkonsums und der Konsumkosten sowie ein signifikanter Rückgang der Konsumtage und Abhängigkeitsdiagnosen. Da diese Befunde aber nur auf  $n = 5$  Personen beruhen, sind diese Ergebnisse als provisorisch zu betrachten. Die Warte-KlientInnen ohne Beschäftigungsverhältnis weisen in keinem Konsummaß eine t1-t2-Veränderung auf.

**Fazit:** KISS entfaltet umfassende konsumreduzierende Effekte (Absenkung des Gesamtkonsums und der Konsumkosten, Anstieg der konsumfreien Tage und z.T. auch Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen) bei Drogenabhängigen unabhängig davon, ob sie in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder nicht.

#### 9.1.4.5 PSYCHIATRISCHE BEGLEITERKRANKUNGEN

Psychiatrische Begleiterkrankungen sind unter Drogenabhängigen weit verbreitet (vgl. Gouzoulis-Mayfrank, 2007; Moggi, 2007) und gefährden möglicherweise auch den Erfolg von Interventionsprogrammen wie KISS. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden Personen ohne psychiatrische Symptomatik denen mit mindestens einer entsprechenden Symptomatik gegenübergestellt. Dabei wurden sechs psychiatrische Beeinträchtigungen, deren Vorliegen die KlientInnen in den ärztlichen Aufnahmeuntersuchungen (t1) für den Zeitraum der letzten 30 Tage vor dem Untersuchungstermin beurteilten, herangezogen (vgl. Kapitel 5.10 und Kapitel 9.1.3.5): schwere Depressionen, schwere Angst- und Spannungszustände, Schwierigkeiten mit Verständnis/Gedächtnis/Konzentration, Halluzinationen, Schwierigkeiten aggressives Verhalten zu kontrollieren und ernsthafte Suizidgedanken. Für die hier analysierte Längsschnittstichprobe (unter Ausschluss von Personen, die zwischen t1 und t2 an einer Entzugsbehandlung teilgenommen haben) ergibt sich die in Tabelle 9.1.4.5a dargestellte Verteilung der Anzahl psychiatrischer Symptome.

**Tabelle 9.1.4.5a Psychiatrische Symptomatik unter den StudienteilnehmerInnen (% [n])**

Anzahl der Symptome	KISS-ITT [n = 45]	Warte-KG [n = 35]	Gesamt [n = 80]
Keine	31,11 [14]	22,86 [8]	27,50 [22]
1	31,11 [14]	25,71 [9]	28,75 [23]
2	11,11 [5]	17,14 [6]	13,75 [11]
3	17,78 [8]	22,86 [8]	20,00 [16]
4	8,89 [4]	11,43 [4]	10,00 [8]

In Tabelle 9.1.4.5b sind die Pre-post-Veränderungen der Personen ohne psychiatrische Symptomatik sowie derer mit mindestens einer psychiatrischen Symptomatik darstellt, jeweils getrennt nach KISS- und Wartegruppe.



**Tabelle 9.1.4.5b Pre-post-Differenzen in den vier Overall-Konsumindikatoren, differenziert nach psychiatrischen Begleiterkrankungen (keine/ mindestens eine) zu t1**

	KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
	keine	mind. eine	keine	mind. eine
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	97,44 (231,45) [13] #	82,51 (199,52) [30] *	71,41 (98,46) [7] #	-9,58 (226,33) [26] ns
Konsumausgabe (in €)	127,24 (472,48) [13] ns	301,98 (702,86) [34] *	21,13 (302,71) [7] ns	-25,77 (775,31) [26] ns
Anzahl konsumfreier Tage	3,54 (4,86) [13] *	1,98 (5,54) [31] *	2,96 (4,50) [7] #	-0,42 (5,55) [27] ns
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	0,38 (0,77) [13] *	0,55 (1,29) [31] *	0,14 (1,46) [7] ns	0,15 (0,91) [27] ns

Anmerkungen. Ausgewiesen sind Mittelwertdifferenzen zwischen Pre- und Post-Assessment (t1-t2), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern). Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen.

Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.

Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ .

In der **KISS-ITT-Gruppe** sind sowohl bei Personen ohne psychiatrische Symptomatik als auch denen mit entsprechender Problematik numerisch und i.d.R. auch statistisch deutliche Konsumreduktionen in allen vier Overall-Konsumindikatoren feststellbar. Die statistische Signifikanz der Konsumreduktionen ist in der Gruppe der KlientInnen ohne psychiatrische Symptomatik erstaunlich, beträgt doch die Anzahl der in dieser Gruppe zusammengefassten Personen nur  $n = 13$ .

In der **Warte-Kontrollgruppe** sind bei Personen ohne psychiatrische Begleitsymptomatik positive Veränderungen im Gesamtkonsum und in der Anzahl konsumfreier Tage statistisch absicherbar, wobei die analysierte Gruppe nur aus sieben Personen bestand und die Ergebnisse insofern als instabil gelten müssen. Bei den KlientInnen mit mindestens einer psychiatrischen Begleitdiagnose ist numerisch, wenn auch nicht statistisch signifikant über die Overall-Konsumindikatoren hinweg (Ausnahme: Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen) eine leichte Verschlechterung feststellbar.

**Fazit:** Die Ergebnisse sprechen dafür, dass das KISS-Programm keine differenzielle Wirksamkeit bei Personen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen und solchen ohne entfaltet, wenngleich die Wirksamkeit für die letztgenannte Gruppe aufgrund der geringen Stichprobengröße nur als vorläufig betrachtet werden kann und in Studien mit größeren Stichproben erneut überprüft werden sollte.

#### 9.1.4.6 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Auch das Ausmaß der von den KlientInnen wahrgenommenen Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld ist ein möglicherweise bedeutsamer Einflussfaktor auf die Wirksamkeit des KISS-Programmes. Ähnlich wie in Bezug auf die Erwerbstätigkeit, lässt sich hier vermuten, dass sozial besser integrierte Personen in stärkerem Ausmaß von einem strukturierten Gruppenprogramm wie KISS profitieren.

Das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung lässt sich auf Basis der im t1-Interview gewonnenen Informationen als Summenindex der drei Fragen zu den Aspekten „Unterstützung durch Gespräche“, „Unterstützung durch praktische Hilfe“ und „Unterstützung durch Hilfe in Notsituationen“ operationalisieren (vgl. zum Index Kapitel 5.8.3). Der zusammenfassende Summenindex sozialer Unterstützung hat einen Wertebereich von 3 bis 21, wobei hohe Werte ein hohes Ausmaß subjektiv wahrgenommener sozialer Unterstützung bedeuten. Das arithmetische Mittel beträgt 12,79 ( $n = 80$ ,  $SD = 5,65$ ), der Median liegt bei einem Wert von 12. Die Korrelationen dieser Index-Variablen mit den vier Zielvariablen sind vergleichsweise uneinheitlich: Es lässt sich keine Korrelation mit der t2-t1 Differenz des gewichteten Gesamtkonsums feststellen ( $r = 0,02$ ,  $n = 78$ ,  $p > 0,1$ ), mit der Kostenreduktion ist eine allenfalls leicht negative Korrelation beobachtbar ( $r = -0,11$ ,  $n = 80$ ,  $p > 0,1$ ), mit der Zunahme konsumfreier Tage dagegen eine ebenso schwache positive Korrelation ( $r = 0,13$ ,  $n = 80$ ,  $p > 0,1$ ) und mit der Abnahme der Abhängigkeitsdiagnosen wiederum eine leicht negative Korrelation ( $r = -0,08$ ,  $n = 80$ ,  $p > 0,1$ ).

Nach der auch bei den anderen Subgruppenanalysen verfolgten Analysestrategie wurde zunächst der Summenindex sozialer Unterstützung am Median dichotomisiert. Anschließend wurden getrennt für die KISS-ITT-Gruppe und die Warte-Kontrollgruppe die Veränderungen in den vier Overall-Zielvariablen für Personen mit unterdurchschnittlicher sozialer Unterstützung (Index sozialer Unterstützung  $\leq 12$ ) und solche mit überdurchschnittlicher sozialer Unterstützung (Index sozialer Unterstützung  $> 12$ ) analysiert. Die Ergebnisse dieses Vergleiches finden sich in Tabelle 9.4.1.6.

**Tabelle 9.1.4.6 Pre-post-Differenzen in den vier Overall-Konsumindikatoren, differenziert nach dem Ausmaß wahrgenommener sozialer Unterstützung zu t1**

	KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
	Index sozialer Unterstützung		Index sozialer Unterstützung	
	< = 12	> 12	< = 12	> 12
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	122,93 (200,88) [21] **	50,75 (206,85) [23] ns	12,12 (236,40) [20] ns	27,92 (185,50) [14] ns
Konsumausgaben (in €)	490,56 (765,72) [21] **	18,99 (379,22) [23] ns	-53,70 (842,03) [20] ns	137,99 (533,97) [14] ns
Anzahl konsumfreier Tage	2,50 (4,78) [21] *	2,31 (5,80) [24] *	-0,06 (4,99) [20] ns	1,18 (6,26) [15] ns
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	0,81 (1,08) [21] **	0,17 (1,17) [24] ns	0,05 (0,94) [20] ns	0,33 (1,11) [15] ns

Anmerkungen. Ausgewiesen sind Mittelwertdifferenzen zwischen Pre- und Post-Assessment (t1-t2), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern). Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen.

Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.

Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

In der **KISS-ITT-Gruppe** profitieren entgegen der oben formulierten Erwartung die KlientInnen mit geringerer sozialer Unterstützung stärker vom KISS-Programm: Ihr gesamter Substanzkonsum, die damit verbundenen Konsumkosten, die Konsumtage und die Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen sinken im Laufe der Programmteilnahme signifikant und wesentlich deutlicher als bei KlientInnen mit relativ hoher sozialer Unterstützung. In der letztgenannten Gruppe fällt nur der Zugewinn an konsumfreien Tagen signifikant aus.

In der **Warte-Kontrollgruppe** ergeben sich erwartungsgemäß in keiner der beiden Subgruppen sozialer Unterstützung bedeutsame Veränderungen in den vier Overall-Konsummaßen.

**Fazit:** Drogenabhängige mit geringerer sozialer Unterstützung profitieren umfassender (in allen vier Konsumindikatoren) vom KISS-Programm als diejenigen mit höherer sozialer Unterstützung, für die die Konsumreduktion nur beim Zugewinn an konsumfreien Tagen statistisch abzusichern ist. Möglicherweise stellt die KISS-Gruppe insbesondere für KlientInnen mit geringer sozialer Unterstützung ein Umfeld bereit, in dem durch die soziale Unterstützung der Gruppe und TrainerInnen Veränderungen angestoßen und stabilisiert werden. Angesichts der eher geringen Stichprobenzahl in beiden Subgruppen (knapp über 20 Personen) ist es gleichwohl notwendig, die Befunde an größeren Stichproben zu replizieren, bevor weitergehende Folgerungen gezogen werden können.

---

#### 9.1.4.7 FAZIT

Die Ergebnisse der vorangegangenen Subgruppenanalysen lassen keine differenzielle Wirkung von KISS bei einer bestimmten Subgruppe von Drogenabhängigen erkennen. Zwar sind numerisch besonders starke, umfassende (d.h. über alle Overall-Konsumindikatoren hinweg nachweisbare) und statistisch absicherbare Konsumreduktionen bei drogenabhängigen Männern, bei Drogenabhängigen mit ausgeprägter Abhängigkeitsschwere, bei Substituierten sowie bei Drogenabhängigen mit geringer Unterstützung im sozialen Umfeld nachweisbar. Eine Wirkung der KISS-Teilnahme zeichnet sich numerisch und zum Teil auch inferenzstatistisch allerdings auch bei den Komplementärgruppen weiblicher Drogenabhängiger, KlientInnen mit eher geringer Abhängigkeitsschwere, Nichtsubstituierten sowie Drogenabhängigen mit höherer sozialer Unterstützung ab. Der bei diesen Subgruppen zum Teil ausbleibende statistische Wirksamkeitsnachweis ist mit hoher Wahrscheinlichkeit Folge der geringen Fallzahl und die Intragruppenvarianz erhöhenden Ausreißerwerten.

Keine durchgängigen KISS-Effektunterschiede ergeben sich in Abhängigkeit vom Arbeits-/Ausbildungsverhältnis (vorhanden/ nicht vorhanden) und von psychiatrischen Begleiterkrankungen (vorhanden/ nicht vorhanden): Alle entsprechenden Subgruppen profitieren in (nahezu) allen Konsumindikatoren von KISS.

Insgesamt betrachtet, reichen für gut abgesicherte Aussagen zu subgruppen-differenzierenden Effekten von KISS die Fallzahl und damit die statistische Power dieser Studie nicht aus. Die berichteten Befunde sind deshalb als vorläufig zu betrachten und durch weitere Studien abzuschern.

### 9.1.5 KOVARIATEN UND PRÄDIKTOREN SUBSTANZBEZOGENER ÄNDERUNGEN

In diesem Kapitel wird zunächst der in Kapitel 9.1.4 bereits mehrfach aufgeworfenen Frage nachgegangen, in welchem Ausmaß das Ausgangsniveau des Konsums – das sich teilweise nicht unerheblich zwischen den oben betrachteten Subgruppen unterscheidet – den Effekt der KISS-Gruppenteilnahme überlagert (Kapitel 9.1.5.1). Danach wird, begrenzt auf die KISS-Gruppe, in Kapitel 9.1.5.2 überprüft, welche Merkmale der KlientInnen eventuell geeignet sind, Konsumänderungen vorherzusagen (fünfte sekundäre Forschungsfragestellung, vgl. Kapitel 4.2).

Aufgrund der begrenzten Fallzahl sind umfassende multivariate Modelle zur Analyse dieser Fragestellung nur sehr begrenzt geeignet, weshalb ein schrittweises Prüfen einzelner möglicher Prädiktoren für die Konsumveränderungen erfolgt.

#### 9.1.5.1 AUSGANGSNIVEAU DER GLOBALEN KONSUMVARIABLEN UND GRUPPENZUGEHÖRIGKEIT

Eine statistische Kontrolle des Ausgangsniveaus der globalen Konsumvariablen (Overall-Zielkriterien) ist u.a. mit regressionsanalytischen Modellen möglich, in denen das Konsumniveau zum zweiten Messzeitpunkt (t2) als abhängige Variable durch das Konsumniveau zum ersten Messzeitpunkt (t1) sowie weitere unabhängige Variablen, wie z.B. die Zugehörigkeit zur KISS-Gruppe oder zur Warte-Kontrollgruppe als so genannte Dummy-Variable (0/1-kodiert) und einen entsprechenden Interaktionseffekt<sup>15</sup> modelliert wird. Aus Gründen der besseren Interpretierbarkeit der geschätzten Regressionskoeffizienten (insbesondere der Konstanten) bietet es sich in solchen Modellen an, das Ausgangsniveau der Konsumvariablen (zu t1) am Mittelwert zu zentrieren, so dass ein numerischer Wert von Null dem Mittelwert der ursprünglichen Variablen entspricht. Dieses Vorgehen wurde hier gewählt. Für die vier globalen Zielvariablen wurden Regressionsmodelle der folgenden Form geschätzt:

$$yt2 = a + b1 \cdot yt1\_z + b2 \cdot x + b3 \cdot (x * yt1\_z)$$

Mit den Variablen:

yt2 : Wert der abhängigen Konsumvariablen zu t2

yt1\_z: Mittelwertzentrierter Wert der Konsumvariablen zu t1 ( $yt1\_z = yt1 - \bar{y} \cdot t1$ )

x: Dummy für Gruppenzugehörigkeit (0 = Warte-KG, 1 = KISS-ITT-Gruppe)

und den Regressionsparametern:

a: Konstante, für Personen mit durchschnittlichem Ausgangsniveau ( $yt1\_z = 0$ )

aus der Wartegruppe ( $x = 0$ ) vorhergesagter Wert der Zielvariablen zu t2

b1: Vorhergesagte Veränderung der Zielvariablen mit jeder Zunahme des Ausgangsniveaus um eine Einheit (aufgrund des Interaktionseffektes nur für die Wartegruppe)

b2: Unterschied im Niveau der Zielvariable zwischen Warte- und KISS-Gruppe unter Kontrolle des Ausgangsniveaus

b3: Unterschied des Einflusses des Ausgangsniveaus zwischen Wartegruppe und KISS-Gruppe

<sup>15</sup> Ein Interaktionseffekt zwischen zwei Variablen lässt sich in der Regressionsanalyse durch Einbeziehung des Produktes aus zwei Variablen berücksichtigen.

Für die vier globalen Zielvariablen ergeben sich die in Tabelle 9.1.5.1 dargestellten Ergebnisse.

**Tabelle 9.1.5.1 Pre-post-Unterschiede in den vier Overall-Zielkriterien zwischen KISS- und Warte-Gruppe unter Kontrolle des Ausgangsniveaus (lineare Regression)**

	Gesamtkonsum		Konsumkosten		konsumfreie Tage		Anzahl Abhängigkeiten	
	koeff.	beta	koeff	beta	koeff	beta	koeff	beta
Konstante (a)	275,87 t = 9,78**	-	689,12 t = 7,33**	-	16,23 t = 20,05**	-	1,43 t = 8,89**	-
Ausgangsniveau (b <sub>1</sub> )	0,45 t = 3,83 **	0,55	0,52 t = 4,61**	0,61	0,38 t = 2,78**	0,38	0,52 t = 3,48**	0,51
Gruppenzugehörigkeit KISS (b <sub>2</sub> )	-73,81 t = -1,97*	-0,18	-242,05 t = -1,94*	-0,18	1,91 t = 1,77*	0,14	-0,34 t = -1,61#	-0,16
Interaktion (b <sub>3</sub> )	0,05 t = 0,31 ns	0,04	-0,23 t = -0,18 ns	-0,02	0,44 t = 2,54*	0,35	-0,11 t = -0,54 ns	-0,08
Modell	n = 78 R <sup>2</sup> = 0,37 R <sup>2</sup> <sub>korrt</sub> = 0,35 F(3/74) = 14,73 **		n = 78 R <sup>2</sup> = 0,39 R <sup>2</sup> <sub>korrt</sub> = 0,37 F(3/74) = 16,01 **		n = 80 R <sup>2</sup> = 0,49 R <sup>2</sup> <sub>korrt</sub> = 0,47 F(3/76) = 24,59 **		n = 80 R <sup>2</sup> = 0,24 R <sup>2</sup> <sub>korrt</sub> = 0,21 F(3/76) = 8,09 **	

Anmerkungen. koeff. = geschätzte Regressionskoeffizienten, beta = standardisierte Regressionskoeffizienten. Signifikanztests wurden für die Gruppenunterschiede einseitig, für alle anderen Variablen zweiseitig bestimmt. Die geschätzten t-Werte folgen einer t-Verteilung mit  $df = n - 3 - 1$  Freiheitsgraden. Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

Das zentrale Ergebnis dieser Regressionsanalysen lässt sich mit einem Satz zusammenfassen: Auch unter Kontrolle des durchgängig sehr bedeutsamen Einflusses des Ausgangsniveaus lässt sich für alle vier Globalindikatoren des Substanzkonsums nachweisen, dass die KISS-Gruppe der Warte-Kontrollgruppe in Bezug auf die Konsumreduktion statistisch signifikant und in inhaltlich bedeutsamer Weise überlegen ist.

Am Beispiel des gewichteten Gesamtkonsums (Nutt-Index) sei die Interpretation von Tabelle 9.1.5.1 ausführlicher erläutert. Für Personen mit durchschnittlichem Ausgangsniveau aus der Warte-Kontrollgruppe wird durch dieses Modell zu t2 ein Konsumwert von 275,87 (gewichteten) SKE vorhergesagt. Das Ausgangsniveau hat einen statistisch hochsignifikanten Effekt. Dieser beträgt 0,45 SKE zu t2 für jede (ganze) SKE, die das Ausgangsniveau bereits zu t1 höher war als der Durchschnitt. Für Personen aus der KISS-Gruppe wird (bei gleichem Ausgangsniveau) ein um 73,81 SKE niedrigerer Konsumwert zu t2 vorhergesagt als für die Warte-Kontrollgruppe. Dieser Unterschied ist auf dem 5% Niveau statistisch signifikant und das ist das wichtigste Ergebnis dieser Analyse: **Auch unter Kontrolle des Ausgangsniveaus ist die KISS-Gruppe der Warte-Kontrollgruppe in Bezug auf die Konsumreduktion deutlich überlegen.** Der Interaktionseffekt ist sowohl numerisch, als auch mit Blick auf die statistische Signifikanz bedeutungslos. Insgesamt ist die Modellanpassung als gut zu bezeichnen: Das Ausgangsniveau und die Gruppenzugehörigkeit klären zusammen ca. 37% der Varianz des Konsumniveaus zu t2 auf. Vergleicht man anhand der standardisierten Regressionskoeffizienten die relative Bedeutung dieser beiden Variablen, so ist festzustellen, dass das Ausgangsniveau mit einem beta von 0,55

einen fast dreimal so starken Einfluss auf das Niveau der Zielvariablen zu t2 ausübt wie die Gruppenzugehörigkeit (beta = -0,18).

#### 9.1.5.2 WEITERE POTENZIELLE PRÄDIKTOREN DER KONSUMÄNDERUNG

Die in diesem Abschnitt behandelten Ergebnisse beschränken sich auf die KISS-Gruppe, da es von nun an um Prädiktoren einer Konsumreduktion durch KISS-Teilnahme geht. Aufgrund des oben nachgewiesenen Einflusses der Ausgangsniveaus wird dieses bei der Analyse weiterer Prädiktoren mit kontrolliert und die in Kapitel 9.1.5.1 eingeschlagene regressionsanalytische Auswertungsstrategie wird weiterverfolgt.

##### ANZAHL WAHRGENOMMENER KISS-SITZUNGEN

Zunächst sei betrachtet, wie sich die Anzahl der wahrgenommenen KISS-Sitzungen auf die Veränderung des Konsums auswirkt. Die Anzahl der von den KlientInnen tatsächlich wahrgenommenen Sitzungen kann als Indikator für die Intensität des Treatments aufgefasst werden. In den folgenden Analysen werden drei Treatment-Intensitätsstufen der KISS-Teilnahme unterschieden und durch eine entsprechende Dummy-Kodierung in den Regressionsmodellen berücksichtigt: a) Personen, die an keiner bis maximal 3 Sitzungen teilgenommen haben (unabhängig davon, ob als Gruppensitzung oder als nachgeholt Einzeltermin), b) Personen mit 4 bis 9 Sitzungen und c) Personen mit 10 bis 12 Sitzungen. Zusammen bilden die Subgruppen b und c die oben bereits mehrfach verwendete Treated-Per-Protocol-Gruppe, die zumindest die wesentlichen Inhalte des Programmes „mitbekommen hat“. Die Subgruppe c schließlich umfasst die Personen, die (annähernd) das vollständige Treatment erhalten haben.

Technisch lässt sich eine solche trichotome Variable in der Regressionsanalyse durch zwei Dummy-Variablen für die Zugehörigkeit zu Gruppe b bzw. c abbilden. Die Gruppe a bildet dann die so genannte Referenzkategorie.

Das entsprechende Regressionsmodell lautet:

$$yt_2 = a + b_1 yt_{1\_z} + b_2 x_1 + b_3 x_2$$

Mit den Variablen:

yt<sub>2</sub> : Wert der abhängigen Konsumvariablen zu t<sub>2</sub>

yt<sub>1\_z</sub>: Mittelwertzentrierter Wert der Konsumvariablen zu t<sub>1</sub> ( $yt_{1\_z} = yt_1 - \bar{y} t_1$ )

x<sub>1</sub>: Dummy 4 bis 9 Sitzungen (1 = 4-9 Sitzungen, 0 = 0-3 oder 10-12 Sitzungen)

x<sub>2</sub>: Dummy 10 bis 12 Sitzungen (1 = 10-12 Sitzungen, 0 = 0 - 9 Sitzungen)

und den Regressionsparametern:

a: Konstante, für Personen mit durchschnittlichem Ausgangsniveau ( $yt_{1\_z} = 0$ )

aus der Referenzgruppe (0 bis 3 Sitzungen) vorhergesagter Wert der Zielvariablen zu t<sub>2</sub>

b<sub>1</sub>: Vorhergesagte Veränderung der Zielvariablen mit jeder Zunahme des Ausgangsniveaus um eine Einheit

b<sub>2</sub>: Unterschied im Niveau der Zielvariable zu t<sub>2</sub> zwischen Referenzgruppe und Personen mit 4-9 wahrgenommenen Sitzungen unter Kontrolle des Ausgangsniveaus

b<sub>3</sub>: Unterschied im Niveau der Zielvariable zu t<sub>2</sub> zwischen Referenzgruppe und Personen mit 10-12 wahrgenommenen Sitzungen unter Kontrolle des Ausgangsniveaus

Die Ergebnisse dieser Regressionsmodelle für die vier analysierten Zielvariablen finden sich in Tabelle 9.1.5.2a.

**Tabelle 9.1.5.2a Einfluss der Anzahl wahrgenommener KISS-Sitzungen auf die Pre-post-Unterschiede in den vier Overall-Zielkriterien, unter Kontrolle des Ausgangsniveaus (nur KISS-TeilnehmerInnen; lineare Regression)**

	Gesamtkonsum		Konsumkosten		konsumfreie Tage		Anzahl Abhängigkeiten	
	koeff.	beta	koeff.	beta	koeff.	beta	koeff.	beta
Konstante (a)	192,83 t = 4,56**	-	469,96 t = 3,58**	-	18,31 t = 13,45**	-	1,66 t = 6,94**	-
Ausgangsniveau (b <sub>1</sub> )	0,47 t = 4,69**	0,59	0,48 t = 4,91**	0,61	0,79 t = 6,55**	0,71	0,39 t = 2,92**	0,38
4 bis 9 Sitzungen (b <sub>2</sub> )	-27,31 t = -0,44 ns	-0,06	-140,19 t = -0,74 ns	-0,11	0,79 t = 0,39 ns	0,04	-0,98 t = -2,86**	-0,43
10 bis 12 Sitzungen (b <sub>3</sub> )	52,23 t = 0,88 ns	0,12	63,15 t = 0,34 ns	0,04	-1,18 t = -0,62 ns	-0,07	-0,75 t = -2,26*	-0,34
Modell	n = 44 R <sup>2</sup> = 0,41 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,36 F(3/40) = 9,17**		n = 44 R <sup>2</sup> = 0,41 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,37 F(3/40) = 9,46**		n = 45 R <sup>2</sup> = 0,56 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,53 F(3/41) = 17,67**		n = 45 R <sup>2</sup> = 0,31 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,26 F(3/41) = 6,15**	

Anmerkungen. Koeff. = geschätzte Regressionskoeffizienten, beta = standardisierte Regressionskoeffizienten. Signifikanztests wurden zweiseitig bestimmt.

Die geschätzten t-Werte folgen einer t-Verteilung mit df = n-3-1 Freiheitsgraden.

Signifikanzniveaus: ns: p > 0,10; #: p ≤ 0,10; \*: p ≤ 0,05; \*\*: p ≤ 0,01.

Im Ergebnis zeigt sich – außer beim Rückgang der Anzahl DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnosen – keine statistisch signifikante Auswirkung der Teilnahmehäufigkeit auf die Höhe der Konsumreduktion. Zwar ergibt sich rein numerisch, dass a) KlientInnen mit 4 bis 9 wahrgenommenen KISS-Sitzungen ihren Konsum stärker reduzieren (bzw. an konsumfreien Tagen zugewinnen oder mehr Abhängigkeiten überwinden) als KlientInnen mit einer Teilnahme an 0 bis 3 KISS-Sitzungen und b) KlientInnen mit einer Teilnahmehäufigkeit von 10 bis 12 Sitzungen weniger reduzieren als die Gruppe mit 0 bis 3 Sitzungen (aber wiederum in stärkerem Ausmaß ihre Substanzabhängigkeiten überwinden als Gruppe mit 0 bis 3 Sitzungen). Die Einflüsse der Sitzungszahl sind jedoch lediglich in Bezug auf die Anzahl der Abhängigkeiten statistisch signifikant. Da es sich um eine Ex-post-facto-Analyse und kein experimentelles Design handelt und somit Selbstselektionseffekte der KlientInnen bei der Anzahl wahrgenommener Sitzungen zum Tragen gekommen sein können, ergeben sich aus dieser Studie keine eindeutig interpretierbaren Effekte der Teilnahmehäufigkeit auf die Reduktionshöhe.



### ÄNDERUNGSBEZOGENE KOGNITIONEN

In einem weiteren Analyseschritt wurde geprüft, ob das zwischen t1 und t2 eingetretene Ausmaß der Konsumveränderung davon beeinflusst wird, wie wichtig dem Klienten zu KISS-Beginn die Änderung ist, welche Zuversicht (Selbstwirksamkeitserwartung) er der Änderung entgegenbringt und wie hoch seine Bereitschaft ist, die Veränderung zum KISS-Startzeitpunkt „anzugehen“. Die jeweilige Änderungskognition wurde dabei mittels eines 11-stufigen Ratings erhoben (0 = „überhaupt nicht wichtig/zuversichtlich/bereit“ bis 10 = „total wichtig/zuversichtlich/bereit“; vgl. dazu Kapitel 5.8.5). Tabelle 9.1.5.2b zeigt den Effekt der subjektiven Wichtigkeit einer Konsumänderung auf die Höhe der tatsächlich eingetretenen Konsumreduktion.

**Tabelle 9.1.5.2b Einfluss der Wichtigkeit einer Konsumänderung auf die Pre-post-Unterschiede in den vier Overall-Zielkriterien, unter Kontrolle des Ausgangsniveaus (nur KISS-TeilnehmerInnen; lineare Regression)**

	Gesamtkonsum		Konsumkosten		konsumfreie Tage		Anzahl Abhängigkeiten	
	koef.	beta	koef.	beta	koef.	beta	koef.	beta
Konstante (a)	248,71 t = 2,03*	-	474,51 t = 1,26 ns	-	18,46 t = 4,74 **	-	-0,03 t = -0,04 ns	-
Ausgangsniveau (b1)	0,50 t = 5,01 **	0,62	0,49 t = 5,11***	0,61	0,86 t = 7,31**	0,71	0,39 t = 2,61 *	0,37
Wichtigkeit (b2)	-5,55 t = -0,40 ns	-0,05	-3,35 t = -0,08 ns	-0,11	-0,02 t = -0,05 ns	0,04	0,13 t = 1,51 ns	0,21
Modell	n = 43 R <sup>2</sup> = 0,39 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,36 F(2/40) = 12,60 **		n = 43 R <sup>2</sup> = 0,40 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,36 F(2/40) = 13,06 **		n = 44 R <sup>2</sup> = 0,57 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,54 F(2/41) = 26,70 **		n = 44 R <sup>2</sup> = 0,21 R <sup>2</sup> <sub>kor</sub> = 0,17 F(2/41) = 5,37 **	

Anmerkungen. koef. = geschätzte Regressionskoeffizienten, beta = standardisierte Regressionskoeffizienten, Wichtigkeit = selbst berichtete Wichtigkeit einer Konsumveränderung auf 11er-Skala (0 = „überhaupt nicht wichtig“ bis 10 „total wichtig“).

Signifikanztests wurden zweiseitig bestimmt.

Die geschätzten t-Werte folgen einer t-Verteilung mit df = n - 3 - 1 Freiheitsgraden.

Signifikanzniveaus: ns: p>0,10; #: p≤0,10; \*: p≤0,05; \*\*: p≤0,01.

Es lässt sich für keine der vier Overall-Variablen ein statistisch signifikanter (linearer) Einfluss der subjektiven Wichtigkeitseinschätzung auf die Konsumänderung nachweisen. Deskriptiv geht der Effekt der Wichtigkeitsbewertung jedoch zumindest in Bezug auf den Gesamtkonsum (Nutts-Index) und die Konsumkosten in die erwartete Richtung: Mit jeder Skalenstufe mehr in Richtung auf das positive Extrem der Skala („Eine Konsumänderung ist mir total wichtig“) reduzieren die KlientInnen auch unter Kontrolle des Ausgangsniveaus ihren Gesamtkonsum um 5,55 SKE bzw. ihre monatlichen Kosten um 3,35 €. Bei der Anzahl der konsumfreien Tage macht die Wichtigkeitsbewertung keinerlei Unterschied und bei der Anzahl der Abhängigkeiten geht der Effekt in die entgegengesetzte Richtung. Insgesamt betrachtet, sind die Effekte der Wichtigkeitseinschätzung also sowohl numerisch als auch von der statistischen Absicherung her zu vernachlässigen.

Auch für die **Zuversicht, eine Konsumänderung erreichen zu können**, lassen sich keine nennenswerten und statistisch signifikanten Effekte nachweisen. Bei ähnlichen Werten für die Konstanten und die gesamte Modellanpassung wie bei der Wichtigkeitseinschätzung ergeben sich für keine der vier Overall-Indikatoren signifikante Effekte. Für den Gesamtkonsum (Nutt-Index) beträgt der geschätzte Regressionskoeffizient 3,03 ( $t = 0,30$ , ns), für die Konsumkosten -1,59 ( $t = -0,05$ , ns), die Anzahl der konsumfreien Tage 0,20 ( $t = 0,63$ , ns) und die Anzahl der DSM-IV-Diagnosen 0,03 ( $t = 0,06$ , ns).

Auch die Ausprägung der subjektiven **Bereitschaft zur Änderung des eigenen Substanzkonsums** („Wie hoch ist Deine Bereitschaft, Deinen Konsum zu verändern?“) hat statistisch gesehen keine Auswirkung auf das Ausmaß der tatsächlichen Konsumänderung. Für den Gesamtkonsum (Nutt-Index) beträgt der entsprechende geschätzte Regressionskoeffizient -8,99 ( $t = 0,70$ , ns), für die Konsumkosten -40,51 ( $t = -1,04$ , ns), die Anzahl der konsumfreien Tage 0,12 ( $t = 0,30$ , ns) und die Anzahl der DSM-IV-Diagnosen -0,02 ( $t = -0,07$ , ns).

### 9.1.5.3 FAZIT

Ein für die Studie insgesamt sehr bedeutsames Ergebnis lautet: Auch unter Kontrolle des Konsum-Ausgangsniveaus (zu t1) lässt sich zeigen, dass die Teilnahme an der KISS-Gruppe zu einer sowohl inhaltlich bedeutsamen, als auch statistisch signifikanten Konsumreduktion geführt hat, die der ebenfalls beobachtbaren Konsumverringering in der Wartegruppe deutlich überlegen ist. Vermutlich vor allem aufgrund der erneut begrenzten statistischen Power lassen sich Effekte weiterer Kovariaten – geprüft wurden die Anzahl wahrgenommener Sitzungen und änderungsbezogene Kognitionen (Wichtigkeit der Konsumänderung, Änderungszuversicht, Änderungsbereitschaft) – nicht nachweisen.

## 9.2 KATAMNESTISCHE STABILITÄT DER PRE-POST-VERÄNDERUNGEN DER KISS-TEILNEHMERINNEN

Dieses Kapitel geht der Frage nach, wie sich der Substanzkonsum und andere Zielgrößen (z. B. subjektives Befinden der KlientInnen) in den sechs Monaten nach Ende des KISS-Programms weiterentwickelt haben. Im Einzelnen lauten die Fragestellungen:

- § Können die bis Ende des KISS-Programms (t2) erreichten Veränderungen im Katamnesezeitraum (t4) beibehalten werden (Vergleich t2-t4)?
- § In welchem Ausmaß ist das der Fall?
- § Sind auch noch am Ende der Katamnesezeit (t4) Verbesserungen gegenüber dem Ausgangsniveau vor KISS (t1) nachweisbar (Vergleich t1-t4)?

Diesen Fragestellungen wird in Bezug auf die konsumbezogenen Veränderungen (Kap. 9.2.1) sowie die Veränderung bio-psycho-sozialer Parameter (Kap. 9.2.2) nachgegangen, und es werden subgruppenbezogene (z. B. Männer-Frauen-) Konsumvergleiche gezogen (Kap. 9.2.3).

Datenbasis für die Analysen sind alle TeilnehmerInnen, die zu Studienbeginn (t1) in eine KISS-Gruppe randomisiert worden sind und ein gültiges<sup>16</sup> Katamneseinterview aufweisen. Da allen TeilnehmerInnen der Wartegruppen nach Abschluss der Wartezeit (t2) die Teilnahme an einer KISS-Gruppe ermöglicht wurde und lediglich 8 Personen an keiner KISS-Gruppe teilnahmen, steht für die katamnestiche Betrachtung keine Vergleichsgruppe mehr zur Verfügung. Somit sind zu t4 nur noch Intragruppenvergleiche (innerhalb der ITT- bzw. TPP-Gruppe) und keine Intergruppenvergleiche mit einer Warte-KG mehr möglich. Der Erfassungszeitraum aller Variablen (z. B. konsumfreie Tage) ist – wie bereits bei den Pre-post-Vergleichen – der Monat (letzte 28 Tage) vor der Erhebung, hier der Katamneseerhebung.

## **9.2.1 KATAMNESTISCHE STABILITÄT DER KONSUMBEZOGENEN VERÄNDERUNGEN**

Der Aufbau von Kapitel 9.2.1 folgt dem von Kapitel 9.1.1. Nach Darstellung der über alle sechs Hauptsubstanzen (Heroin, Crack, Kokainpulver, Benzodiazepine, Cannabis, Alkohol) hinweg aggregierten Konsumveränderungen (Kap. 9.2.1.1) wird den Veränderungen bei den einzelnen sechs Hauptsubstanzen (Kap. 9.2.1.2 – 9.2.1.7), bei Zigaretten (Kap. 9.2.1.8) und bei „Drogen-Cocktails“ (Kap. 9.1.1.9) nachgegangen. In einem Fazit werden die katamnestiche Veränderungen zusammengefasst und denen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung gegenübergestellt (Kap. 9.1.1.10).

### **9.2.1.1 GESAMTVERÄNDERUNGEN**

Als substanzübergreifende Indikatoren der katamnestiche Veränderungen wurden die bereits aus dem Pre-post-Vergleich bekannten vier Overall-Maße herangezogen: die gewichtete Menge aller konsumierten Hauptsubstanzen („Nutt-Index“), die durchschnittliche Anzahl der konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz, die Summe aller Abhängigkeitsdiagnosen sowie die monatlich in den Konsum der sechs Hauptsubstanzen investierte Geldmenge.

Tabelle 9.2.1.1a sowie Abbildungen 9.2.1.1a bis 9.2.1.1d fassen die Veränderungen zusammen, die in der Katamneseerhebung (ITT und TPP) zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung (t1 – t2), Abschluss- und Katamneseerhebung (t2 – t4) sowie Eingangs- und Katamneseerhebung (t1 – t4) eingetreten sind.

---

<sup>16</sup> Zur Definition „gültig“ siehe Kapitel 5.11

**Tabelle 9.2.1.1a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen (letzte 28 Tage) in den substanzübergreifenden Overall-Erfolgskriterien**

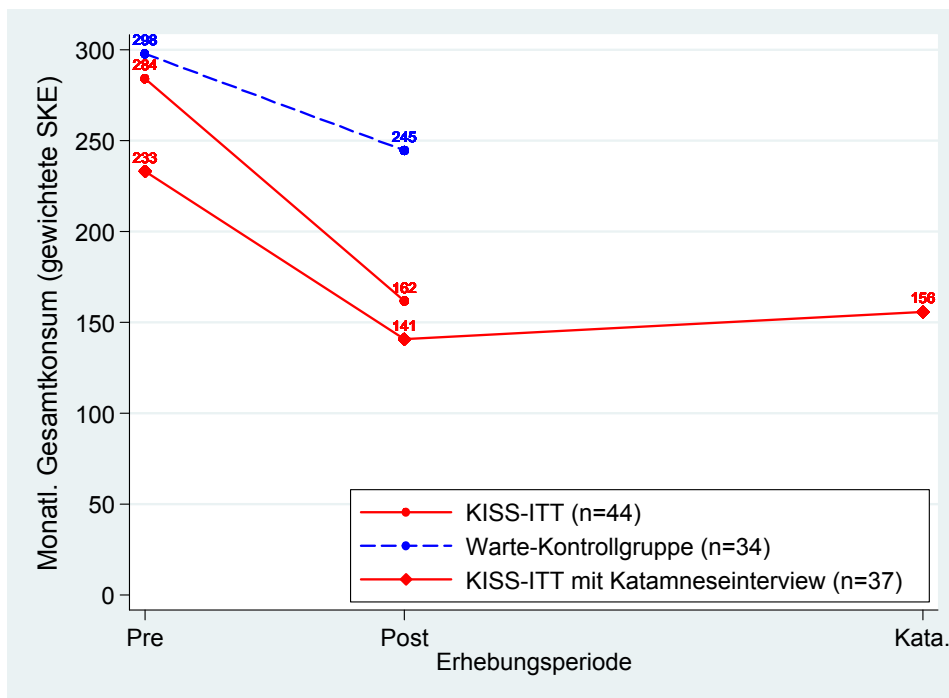
			KISS-ITT	KISS-TPP
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)		n	37	24
	t1	M (SD)	233,26 (248,12)	177,84 (200,90)
	t2	M (SD)	140,73 (164,77)	121,72 (150,53)
	t4	M (SD)	155,91 (177,46)	133,57 (163,79)
		Diff t1-t2	92,43 (217,46)	56,11 (187,15)
		t-Wert (df)	2,59 (36) **	1,47 (23) *
		Cohens d	0,44	0,32
		95% CI von d	[-0,02 - 0,90]	[-0,25 - 0,89]
		Diff t2-t4	-15,18 (159,38)	-11,85 (154,71)
		t-Wert (df)	-0,58 (36)	-0,38 (23)
		Cohens d	-0,09	-0,08
		95% CI von d	[-0,54 - 0,37]	[-0,64 - 0,49]
		Diff t1-t4	77,25 (237,20)	44,26 (215,59)
		t-Wert (df)	1,98 (36) *	1,01 (23)
		Cohens d	0,36	0,24
		95% CI von d	[-0,10 - 0,82]	[-0,33 - 0,81]
Konsumausgaben		n	37	24
	t1	M (SD)	552,01 (689,52)	343,39 (456,83)
	t2	M (SD)	321,22 (507,43)	230,32 (373,38)
	t4	M (SD)	310,04 (517,09)	258,93 (508,22)
		Diff t1-t2	230,79 (653,21)	113,07 (568,61)
		t-Wert (df)	2,15 (36) *	0,97 (23)
		Cohens d	0,38	0,27
		95% CI von d	[-0,08 - 0,84]	[-0,30 - 0,84]
		Diff t2-t4	11,18 (522,63)	-28,61 (481,95)
		t-Wert (df)	0,13 (0,45)	-0,29 (23)
		Cohens d	0,02	-0,06
		95% CI von d	[-0,43 - 0,48]	[-0,63 - 0,50]
		Diff t1-t4	241,97 (724,65)	84,46 (613,38)
		t-Wert (df)	2,03 (36) *	0,67 (23)
		Cohens d	0,4	0,17
		95% CI von d	[-0,06 - 0,86]	[-0,39 - 0,74]
Anzahl der durchschnittlichen konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	37	24
	t1	M (SD)	16,51 (7,24)	17,58 (6,82)
	t2	M (SD)	19,63 (7,12)	20,98 (6,77)
	t4	M (SD)	19,07 (7,39)	19,17 (8,11)
		Diff t2 - t1	3,12 (4,87)**	3,40 (3,86)**
		t-Wert (df)	3,89 (36)	4,31 (23)
		Cohens d	0,43	0,5
		95% CI von d	[-0,03 - 0,90]	[-0,068 - 1,07]
		Diff t4 - t2	-0,56 (6,34)	-1,81 (5,10)
		t-Wert (df)	-0,54 (36)	-1,74 (23)
		Cohens d	-0,08	0,24
		95% CI von d	[-0,53 - 0,38]	[-0,81 - 0,33]
		Diff t4 - t1	2,56 (6,34)**	1,59 (4,42)*
		t-Wert (df)	2,45 (36)	1,76 (23)
		Cohens d	0,35	0,21
		95% CI von d	[-0,11 - 0,81]	[-0,36 - 0,78]

Tabelle 9.2.1.1a (Fortsetzung)

Abhängigkeiten		n	KISS - ITT 37	KISS - TPP 24
	t1	Anzahl Abhängigkeiten	% [n]	% [n]
		0	18,92 [7]	20,83 [5]
		1	37,84 [14]	41,67 [10]
		2	27,03 [10]	25,00 [6]
		3	10,81 [4]	4,17 [1]
		4	5,41 [2]	8,33 [2]
		M (SD)	1,46 (1,10)	1,38 (1,13)
	t2	Anzahl Abhängigkeiten	% [n]	% [n]
		0	40,54 [15]	58,33 [14]
		1	35,14 [13]	33,33 [8]
		2	13,51 [5]	8,33 [2]
		3	8,11 [3]	0 [0]
		4	2,7 [1]	0 [0]
		M (SD)	0,97 (1,07)	0,50 (0,66)
	t4	Anzahl Abhängigkeiten	% [n]	% [n]
		0	54,05 [20]	62,50 [15]
		1	27,03 [10]	20,83 [5]
		2	10,81 [4]	8,33 [2]
		3	8,11 [3]	8,33 [2]
		4	0 [0]	0 [0]
	M (SD)	0,73 (0,96)	0,63 (0,97)	
	Diff t1-t2	0,49 (1,24)	0,88 (1,23)	
	t-Wert (df)	2,39 (36) #	3,49 (23) *	
	Cohens d	0,45	0,94	
	95% CI von d	[-0,01 - 0,91]	[0,35 - 1,54]	
	Diff t2-t4	0,24 (1,19)	-0,13 (0,68)	
	t-Wert (df)	1,25 (36)	-0,90 (23)	
	Cohens d	0,24	-0,15	
	95% CI von d	[-0,22 - 0,70]	[-0,72 - 0,42]	
	Diff t1-t4	0,73 (1,33)	0,75 (1,26)	
	t-Wert (df)	3,35 (36) *	2,92 (23) *	
	Cohens d	0,71	0,71	
	95% CI von d	[0,24 - 1,18]	[0,13 - 1,29]	

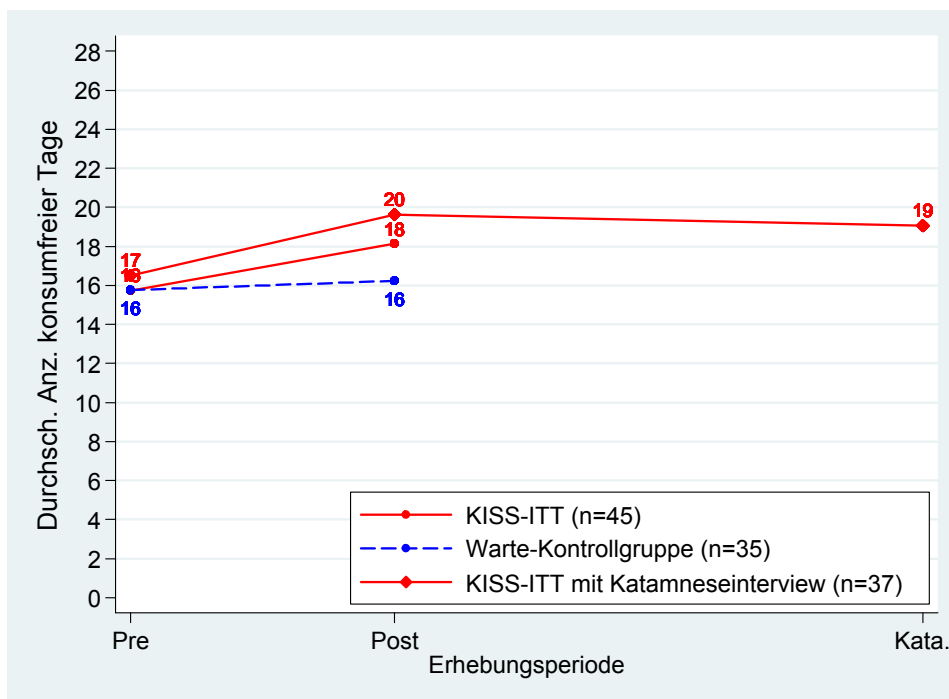
Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Abbildung 9.2.1.1a** Veränderungen des monatlichen Gesamtkonsums („Nutt-Index“) in der KISS-ITT-Gruppe mit Katamneseinterview, der randomisierten KISS-ITT-Gruppe sowie der Warte-KG.



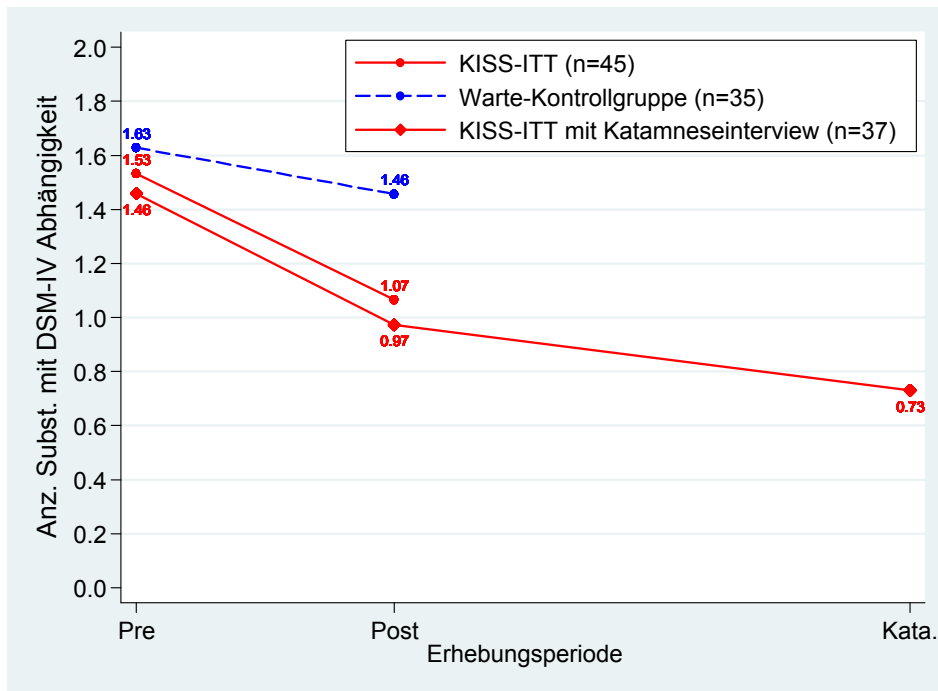
Anmerkungen. Pre = Pre-Assessment zu t1, Post = Post-Assessment zu t2, Kata. = katamnestic Erhebung zu t4

**Abbildung 9.2.1.1b** Veränderungen der monatlichen Anzahl konsumfreier Tage pro konsumierter Substanz in der KISS-ITT-Gruppe mit Katamneseinterview, der randomisierten KISS-ITT-Gruppe sowie der Warte-KG.



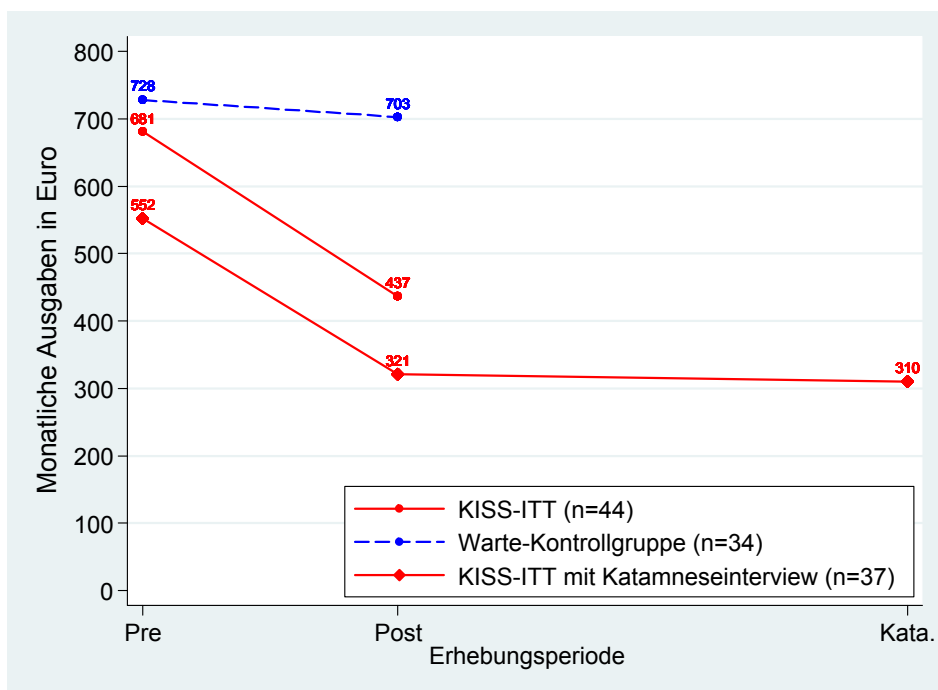
Anmerkungen. Pre = Pre-Assessment zu t1, Post = Post-Assessment zu t2, Kata. = katamnestic Erhebung zu t4

**Abbildung 9.2.1.1c** Veränderungen der Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen in der KISS-ITT-Gruppe mit Katamneseinterview, der randomisierten KISS-ITT-Gruppe sowie der Warte-KG.



Anmerkungen. Pre = Pre-Assessment zu t1, Post = Post-Assessment zu t2, Kata. = katamnestic Erhebung zu t4

**Abbildung 9.2.1.1d** Veränderungen der drogenbezogenen monatlichen Geldausgaben in der KISS-ITT-Gruppe mit Katamneseinterview, der randomisierten KISS-ITT-Gruppe sowie der Warte-KG.



Anmerkungen. Pre = Pre-Assessment zu t1, Post = Post-Assessment zu t2, Kata. = katamnestic Erhebung zu t4

Folgende Ergebnisse zeichnen sich für die ITT- und TPP-Gruppe ab:

In der **KISS-ITT-Gruppe** (n = 37) steigt der Gesamtkonsum von 141 Standardkonsumeinheiten zu t2 auf 156 SKE zu t4 leicht und nicht signifikant an, jedoch liegt auch dieser Wert signifikant – um 33% – unter dem Ausgangsniveau von 233 SKE zu t1 ( $p < 0,05$ ,  $d = 0,36$ ).

Die durchschnittliche Anzahl der konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz steigt von 16,51 Tagen zu t1 um 3,12 Tage auf 19,63 Tage zu t2 an ( $p < 0,01$ ;  $d = 0,43$ ) und sinkt bis zum Zeitpunkt t4 (19,07 konsumfreie Tage) minimal und nicht signifikant ab. Die Zuwachs von t1 nach t4 in Höhe von 2,56 konsumfreien Tagen (+ 16%) bei jeder der sechs Hauptsubstanzen ist statistisch auf dem 1%-Niveau signifikant ( $d = 0,35$ ).

Über die einzelnen abstinenten Tage hinausgehend, wurde geprüft, wie viele KlientInnen am Ende der Katamnesezeit den Übergang zur Abstinenz von einzelnen Substanzen schaffen. Diese Blickrichtung ist wichtig, kann sie doch empirische Indizien dafür liefern, dass ein Konsumreduktionsprogramm auch Abstinenzübergänge fördert. Zu diesem Zweck wurde ermittelt, wie viele KlientInnen eine Substanz, die sie im Monat (28 Tage) vor KISS-Beginn noch konsumiert hatten, im sechsten Monat nach KISS-Ende (d. h. in den letzten 4 Wochen der Katamnesezeit) nicht mehr zu sich genommen hatten – abzüglich der KlientInnen mit umgekehrter Entwicklung (Substanzkonsum im letzten Katamnesezeitraum, nicht aber zu Studienbeginn) („Nettobilanz“). Auch wenn durch diesen empirischen Zugang keine „Dauerabstinenz“ belegt ist, liefert er doch Hinweise darauf, ob ein Schritt in Richtung Suchtmittelabstinenz eingeschlagen worden ist. Tabelle 9.2.1.1b fasst die Ergebnisse zusammen.

**Tabelle 9.2.1.1b**      **Prozentsatz der in der 6-Monats-Nacherhebung abstinenten KlientInnen, die die jeweilige Substanz zu Studienbeginn konsumiert hatten (jeweils 28-Tagezeitraum; Nettobilanz; n)**

Alkohol	5%	[1 von 21]
Cannabis	8%	[2 von 25]
Heroin	13%	[3 von 23]
Crack	17%	[4 von 23]
Benzodiazepine	28%	[5 von 18]
Kokain	57%	[8 von 14]

Wie Tabelle 9.2.1.1b zu entnehmen ist, schafft es ein von Substanz zu Substanz unterschiedlicher, zuweilen sehr hoher Anteil der KlientInnen, ein halbes Jahr nach KISS-Ende zumindest eine 4-Wochen-Abstinenz zu erreichen. Dass dies einem nennenswerten Anteil der KlientInnen auch bei Substanzen wie Benzodiazepinen oder Heroin, die sehr häufig konsumiert werden, gelingt, zeigt, dass das KISS-Programm in der Lage ist, Konsumgewohnheiten „aufzubrechen“ und den Übergang zur Abstinenz zu ermöglichen.

Die katamnestic anhaltende Positiventwicklung der KISS-TeilnehmerInnen manifestiert sich nicht nur in einer Absenkung des gesamten Suchtmittelkonsums sowie einer Steigerung der konsumfreien Perioden, sondern ist auch und besonders deutlich am Rückgang der Abhängig-



keitsdiagnosen ablesbar. Der von KISS-Beginn (t1) bis KISS-Ende (t2) eingetretene Rückgang der Anzahl an Substanzabhängigkeiten von 1,46 auf 0,97 ( $p < 0,05$ ,  $d = 0,45$ ) setzt sich bis zum Ende der Katamnesezeit (t4) bis zu einem Wert von 0,73 fort. Die Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen hat sich somit über den gesamten 10-Monatszeitraum halbiert (von 1,46 auf 0,73), das ist eine statistisch hochsignifikante Reduktion ( $p < 0,01$ ) mit entsprechend ausgeprägter Effektstärke ( $d = 0,71$ ). Auch die monatlichen Konsumkosten werden von t2 (321 €) nach t4 (310 €) nochmals reduziert und liegen zu t4 um 44% unterhalb des Ausgangsniveaus von t1 (552 €;  $p < 0,05$ ,  $d = 0,4$ ).

Die zuvor berichteten Ergebnisse sind in den Abbildungen 9.2.1.1a-d für die ITT-Katamnesestichprobe ( $n = 37$ ) visualisiert (durchgezogene roten Linie mit Rauten als Datenpunktsymbol). Zum Vergleich sind die Werte der randomisierten Stichprobe dargestellt, d. h. der KISS-ITT-Gruppe ( $n = 44$ ; durchgezogene rote Linie mit Punkten) und der Warte-KG ( $n = 34$ ; gestrichelte blaue Linie). Gut zu erkennen sind die nur minimalen (stets nicht signifikanten) Veränderungen in der Warte-KG im Vergleich zu den deutlichen, in der randomisierten KISS-Stichprobe und der KISS-Katamnesestichprobe sehr ähnlich verlaufenden Veränderungen (parallel verlaufende Linien). Sichtbar ist auch, dass die Katamnesestichprobe bei jeder der vier abhängigen Variablen von einem niedrigeren Ausgangsniveau als die randomisierte KISS-Stichprobe startet. Das hängt u. a. damit zusammen, dass ein Teil der KlientInnen der KISS-Katamnesestichprobe bereits durch die Wartezeit eine (leichte) Konsumreduktion erzielen konnte und diese in den Ausgangswert (t1) der gesamten Katamnesestichprobe eingeht. Darüber hinaus dürfte die Katamnesestichprobe auch eine Positivselektion beinhalten, insofern katamnestisch nicht erreichte Personen möglicherweise höhere Konsumwerte zu t1 bzw. t2 aufwiesen.

Betrachtet man die Personen, die an mindestens vier KISS-Sitzungen teilgenommen haben (**KISS-TPP-Gruppe**,  $n = 24$ ), so verlaufen die Veränderungen des Drogenkonsums und der drogenbezogenen Geldausgaben im t1-t2-t4-Vergleich in ähnlicher Weise wie in der ITT-Gruppe. Allerdings sind im Gesamtkonsum trotz numerischem Rückgang (t1: 178 SKE, t4: 134 SKE) keine signifikanten Unterschiede zwischen t1 und t4 nachweisbar ( $d = 0,24$ ), nachdem der Gesamtkonsum von t1 (178 SKE) nach t2 (122 SKE) signifikant zurückgegangen war ( $p < 0,01$ ,  $d = 0,32$ ). Die Anzahl der konsumfreien Tage für jede der konsumierten Substanzen steigt zwischen t1 und t2 von 17,58 auf 20,98 an ( $p < 0,01$ ;  $d = 0,53$ ) und sinkt zu t4 auf 19,17 ab; die Veränderung (+ 9%) gegenüber dem Ausgangswert zu t1 ist weiterhin signifikant ( $p < 0,05$ ;  $d = 0,23$ ).

Noch markanter als in der ITT-Gruppe fällt in der TPP-Gruppe die katamnestische Reduktion der Anzahl an Abhängigkeitsdiagnosen aus. Diese geht von t1 nach t4 um 0,75 bzw. 54% zurück ( $p < 0,01$ ,  $d = 0,71$ ). Die drogenbezogenen monatlichen Geldausgaben reduzieren sich von t1 (343 €) nach t2 (230 €) zwar deutlich und liegen auch zu t4 (259 €) trotz eines Anstiegs noch erheblich unter dem Niveau von t1, die t1-t4-Differenz ist aber inferenzstatistisch nicht abzuschern.

---

**Fazit konsumbezogene Gesamtveränderungen:** Sowohl in Bezug auf die Gesamtkonsummenge, die konsumfreien Tage, die Anzahl der Substanzabhängigkeiten wie auch die in den Drogenkonsum investierte Geldmenge bleibt festzuhalten:

**Alle im Laufe der KISS-Teilnahme erreichten Konsumreduktionen (t1 – t2) bleiben während der sechsmonatigen Katamnesezeit (t2 – t4) erhalten.** Das heißt: Die während der Programmteilnahme erzielten positiven Veränderungen stabilisieren sich im Katamnesezeitraum. In allen vier substanzübergreifenden Erfolgsindikatoren liegt das Konsumniveau zum Ende der Katamnesezeit (t4) signifikant unter dem 10 Monate früher gelegenen Ausgangsniveau zu Studienbeginn (t1) (Ausnahme: Konsumkosten in TPP).

Die folgenden Kapitel widmen sich den substanzspezifischen Veränderungen bis zum Abschluss der Katamnese 10 Monate nach Studienbeginn. Da bei der Einzelsubstanzbetrachtung die auswertbare Personenzahl in der TPP-Gruppe relativ klein ausfällt (z. B. n = 7 bei Benzodiazepinen, n = 8 bei Kokainpulver) und deshalb einzelne Personen mit extremen Konsumwerten die Mittelwerte erheblich beeinflussen (vgl. z. B. die SD von 62,87 beim Heroin-Gesamtkonsum), konzentriert sich die folgende Darstellung auf die ITT-Gruppe. Allerdings sind auch die Ergebnisse der ITT-Gruppe durch die relativ geringe Stichprobengröße bei den einzelnen Substanzen (zwischen n = 13 [Kokain] und n = 24 [Cannabis]) fragil und bedürfen der Absicherung an größeren Personenstichproben. Den unter den gegebenen Umständen besten, d. h. gegenüber extremen Konsumwerten unempfindlichsten Indikator einer Veränderung bilden die konsumfreien Tage, die bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse an erster Stelle stehen.

**9.2.1.2 HEROIN**

Die in Kapitel 9.1.1.2 berichteten Ergebnisse zum Rückgang des Heroinkonsums finden ihre Fortsetzung bei der Betrachtung der katamnestischen Entwicklung (vgl. Tabellen 9.2.1.2a/b).

**Tabelle 9.2.1.2a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen des Heroinkonsums (letzte 28 Tage)**

		KISS-ITT	KISS-TPP
<b>Gesamtkonsum (SKE)</b>		<b>n</b>	<b>20</b>
	t1	M (SD)	31,56 (40,95)
	t2	M (SD)	20,50 (41,07)
	t4	M (SD)	26,29 (56,47)
		Diff t1-t2	11,06 (35,25)
		t-Wert (df)	1,40 (19) #
		Cohens d	0,27
		95% CI von d	[-0,35 - 0,89]
		Diff t2-t4	-5,79 (59,69)
		t-Wert (df)	-0,43 (19)
		Cohens d	-0,12
		95% CI von d	[-0,74 - 0,5]
		Diff t1-t4	5,27 (62,81)
		t-Wert (df)	0,38 (19)
		Cohens d	0,11
		95% CI von d	[-0,51 - 0,73]
<b>Konsumfreie Tage</b>		<b>n</b>	<b>23</b>
	t1	M (SD)	14,30 (12,07)
	t2	M (SD)	19,09 (11,11)
	t4	M (SD)	19,83 (10,68)
		Diff t1-t2	4,79 (8,55)
		t-Wert (df)	2,68 (22) **
		Cohens d	0,41
		95% CI von d	[-0,17 - 1,00]
		Diff t2-t4	0,74 (13,08)
		t-Wert (df)	0,27 (22)
		Cohens d	0,07
		95% CI von d	[-0,51 - 0,65]
		Diff t1-t4	5,52 (15,18)
		t-Wert (df)	1,74 (22) *
		Cohens d	0,48
		95% CI von d	[-0,10 - 1,07]
<b>Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)</b>		<b>n</b>	<b>21</b>
	t1	M (SD)	2,08 (1,70)
	t2	M (SD)	1,75 (2,89)
	t4	M (SD)	1,81 (2,32)
		Diff t1-t2	0,33 (2,27)
		t-Wert (df)	0,67 (20)
		Cohens d	0,14
		95% CI von d	[-0,47 - 0,74]
		Diff t2-t4	-0,06 (3,79)
		t-Wert (df)	-0,07 (20)
		Cohens d	-0,02
		95% CI von d	[-0,63 - 0,58]
		Diff t1-t4	0,27 (2,98)
		t-Wert (df)	0,41 (20)
		Cohens d	0,13
		95% CI von d	[-0,47 - 0,74]

**Tabelle 9.2.1.2a (Fortsetzung)**

Konsumvorgänge		n	18	8
	t1	M (SD)	51,78 (60,48)	21,38 (34,77)
	t2	M (SD)	30,94 (44,16)	19,75 (36,01)
	t4	M (SD)	19,22 (40,11)	20,75 (37,61)
		Diff t1-t2	20,84 (48,09)	1,63 (48,65)
		t-Wert (df)	1,84 (17) *	0,09 (7)
		Cohens d	0,39	0,05
		95% CI von d	[-0,27 - 1,05]	[-0,93 - 1,03]
		Diff t2-t4	11,72 (50,83)	-1 (52,31)
		t-Wert (df)	0,98 (17)	-0,05 (7)
		Cohens d	0,28	-0,03
		95% CI von d	[-0,38 - 0,93]	[-1,01 - 0,95]
		Diff t1-t4	32,56 (68,79)	0,63 (55,00)
		t-Wert (df)	2,00 (17) *	0,03 (7)
		Cohens d	0,63	0,02
		95% CI von d	[-0,04 - 1,30]	[-0,96 - 1,00]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	20	12
	t1	M (SD)	315,56 (409,54)	163,33 (292,83)
	t2	M (SD)	205 (410,67)	97,08 (177,36)
	t4	M (SD)	262,88 (564,68)	258,96 (628,70)
		Diff t1-t2	110,56 (352,48)	66,25 (315,05)
		Diff t2-t4	-57,88 (596,95)	-161,88 (646,65)
		Diff t1-t4	52,68 (628,15)	-95,62 (694,29)

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Tabelle 9.2.1.2b Pre-Post-Katamnese-Veränderungen der Abhängigkeitsdiagnose Heroin (letzte 28 Tage)**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	26	14
t1	% (n)	57,69 (15)	50,00 (7)
t2	% (n)	42,31 (11)	21,43 (3)
t4	% (n)	30,77 (8)	42,86 (6)
t1-t2	Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	1,6	2,67
	Abhängigkeit überwunden	26,92 (7)	35,71 (5)
	Abhängigkeit neu	11,54 (3)	7,14 (1)
t2-t4	Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	0,82	3
	Abhängigkeit überwunden	26,92 (7)	0
	Abhängigkeit neu	15,38 (4)	21,43 (3)
t1-t4	Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	3,27	0,14
	Abhängigkeit überwunden	42,31 (11)	28,57 (4)
	Abhängigkeit neu	15,38 (4)	21,43 (3)

Im Sinne des zuvor Ausgeführten – relative Stabilität der Anzahl der konsumfreien Tage gegenüber extrem hohen Konsummengen (Ausreißerwerten) – ist festzustellen, dass sich im Katamnesezeitraum die Anzahl der heroinfreien Tage auf dem Niveau, das zu t2 erreicht worden war (19,09 konsumfreie Tage), stabilisiert bzw. dieses noch etwas übertrifft: Zu t4 lassen sich durchschnittlich 19,83 Tage ohne Heroinkonsum beobachten, während es zu t1 nur 14,30 Tage waren (+ 39%;  $p < 0,05$ ,  $d = 0,48$ ). Das gilt auch für die Anzahl der Konsumvorgänge, also die Häufigkeit des Heroininjizierens: Am Ende des Katamnesezeitraums (t4) sind 19 Konsumvorgänge im Monat zu registrieren – signifikant weniger (-63%) als zu Studienbeginn (t1: 52 Konsumvorgänge;  $p < 0,05$ ,  $d = 0,63$ ) und auch weniger als bei Abschluss der KISS-Gruppe (t2: 31 Vorgänge; n.s.,  $d = 0,28$ ). Bei der gesamten im Monat konsumierten Heroinmenge lässt sich

---

von t1 nach t4 nur eine geringfügige Reduktion um 5 SKE beobachten (n.s.,  $d = 0,11$ ), ebenso bei der dafür verausgabten Geldmenge (t1: 316 €, t4: 263 €). Ähnliches ist für den Durchschnittskonsum an Konsumtagen festzustellen. Dieser verringert sich von 2,08 SKE zu t1 über 1,75 SKE zu t2 auf 1,81 SKE zu t4. Die Differenz zwischen t1 und t4 ist statistisch nicht signifikant ( $d = 0,13$ ). Was den Anteil der Heroinabhängigen unter den Heroin KonsumentInnen anbelangt, so reduziert sich dieser – nicht signifikant – von t1 ( $n = 15$ ) über t2 ( $n = 11$ ) bis zu t4 ( $n = 8$ ).

**Fazit Heroin:** Die positive Veränderung des Heroinkonsums von Beginn des KISS-Programms bis Ende der Katamnesezeit 10 Monate später schlägt sich statistisch nachweisbar, mit beachtlichen mittleren Effektstärken, in einer geringeren Häufigkeit des Konsumierens nieder: Heroin wird insgesamt seltener konsumiert (Rückgang der Gesamtzahl der monatlichen Konsumvorgänge um 63%), und die Tage ohne Heroinkonsum nehmen zu (Anstieg der heroinfreien Tage um 39%). Diese positive Entwicklung lässt sich auch – wenngleich nicht signifikant – am Rückgang des Gesamtkonsums und den damit einhergehenden Geldausgaben, der Konsummenge an Konsumtagen und dem Anteil der Heroinabhängigen ablesen.

### 9.2.1.3 CRACK

Der für Heroin festgestellte „Bestandseffekt“ während der Katamnesezeit tritt noch wesentlich deutlicher bei Crack zutage (vgl. Tabellen 9.2.1.3.a/b). Die Anzahl der crackkonsumfreien Tage stieg von t1 nach t4 signifikant um 30% an, auch wenn es von t2 nach t4 zu einem leichten Rückgang um 0,96 konsumfreie Tage im Monat gekommen ist. Waren zu t1 nur 14,08 Tage ohne Crackkonsum zu verbuchen, so wurde zu t4 an 18,30 Tagen kein Crack mehr konsumiert ( $p < .10$ ,  $d = 0,40$ ). Auch die zurückgegangene Anzahl der Konsumvorgänge unterstreicht diese positive Entwicklung des selteneren Crackkonsums: Gemessen am Ausgangsniveau zu t1 (56,96 Konsumvorgänge) gingen die Konsumvorgänge über t2 (27,00) bis t4 (26,78) um rund 53% zurück, und zwar erneut statistisch signifikant bei Effektstärken von 0,52 (t1-t2) bzw. 0,54 (t2-t4). Der Gesamtkonsum von Crack wurde im Zeitraum von t1 nach t4 um 57% reduziert. Lag er zu t1 noch bei 42,14 SKE, sank er zu t2 auf 19,93 SKE und zu t4 auf 18,11 SKE. Das ist sowohl von t1 nach t2 als auch von t1 nach t4 eine statistisch signifikante Reduktion ( $p < 0,05$ ,  $d = 0,53$  [t1-t2] bzw.  $d = 0,61$  [t1-t4]), die mit drogenbezogenen Kosteneinsparungen von 222 €/Monat (t1-t2) bzw. 240 €/Monat (t1-t4) einhergeht.

**Tabelle 9.2.1.3a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen des Crackkonsums (letzte 28 Tage)**

		n	KISS-ITT 22	KISS-TPP 13
<b>Gesamtkonsum (SKE)</b>				
t1	M (SD)		42,14 (51,62)	29,96 (50,28)
t2	M (SD)		19,93 (30,04)	14,92 (27,34)
t4	M (SD)		18,11 (20,58)	14,56 (12,87)
	Diff t1-t2		22,21 (55,15)	15,04 (56,69)
	t-Wert (df)		1,89 (21) *	0,96 (12)
	Cohens d		0,53	0,37
	95% CI von d		[-0,08 - 1,13]	[-0,40 - 1,15]
	Diff t2-t4		1,82 (35,15)	0,36 (25,62)
	t-Wert (df)		0,24 (21)	0,05 (12)
	Cohens d		0,07	0,02
	95% CI von d		[-0,52 - 0,66]	[-0,75 - 0,79]
	Diff t1-t4		24,03 (49,70)	15,4 (48,26)
	t-Wert (df)		2,27 (21) *	1,15 (12)
	Cohens d		0,61	0,42
	95% CI von d		[0,01 - 1,22]	[-0,36 - 1,20]
<b>Konsumfreie Tage</b>				
		n	23	14
t1	M (SD)		14,08 (11,06)	17,64 (9,50)
t2	M (SD)		19,26 (9,93)	21,5 (7,35)
t4	M (SD)		18,30 (9,85)	18,5 (8,86)
	Diff t1-t2		5,18 (9,21)	3,86 (8,03)
	t-Wert (df)		2,69 (22) **	1,80 (13) *
	Cohens d		0,49	0,45
	95% CI von d		[-0,09 - 1,08]	[-0,30 - 1,21]
	Diff t2-t4		-0,96 (12,55)	(-3) (7,69)
	t-Wert (df)		-0,37 (22)	-1,46 (13)
	Cohens d		-0,1	-0,37
	95% CI von d		[-0,68 - 0,48]	[-1,12 - 0,38]
	Diff t1-t4		4,22 (13,53)	0,86 (11,31)
	t-Wert (df)		1,49 (22) #	0,28 (13)
	Cohens d		0,4	0,09
	95% CI von d		[-0,18 - 0,99]	[-0,65 - 0,83]

**Tabelle 9.2.1.3a (Fortsetzung)**

Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	22	13
t1	M (SD)		2,75 (2,22)	2,86 (2,71)
t2	M (SD)		1,66 (1,39)	1,16 (1,40)
t4	M (SD)		1,77 (1,77)	1,71 (2,08)
	Diff t1-t2		1,09 (2,50)	1,7 (2,74)
	t-Wert (df)		2,05 (21) *	2,24 (12) *
	Cohens d		0,59	0,79
	95% CI von d		[-0,02 - 1,19]	[-0,01 - 1,59]
	Diff t2-t4		-0,11 (2,37)	-0,55 (2,64)
	t-Wert (df)		-0,21 (21)	-0,75 (12)
	Cohens d		-0,07	-0,31
	95% CI von d		[-0,66 - 0,52]	[-1,08 - 0,46]
	Diff t1-t4		0,98 (2,94)	1,15 (3,49)
	t-Wert (df)		1,57 (21) #	1,19 (12)
	Cohens d		0,49	0,48
	95% CI von d		[-0,11 - 1,09]	[-0,30 - 1,26]
Konsumvorgänge		n	23	14
t1	M (SD)		56,96 (69,37)	35,14 (37,33)
t2	M (SD)		27,00 (43,57)	21,64 (43,87)
t4	M (SD)		26,78 (38,57)	23,86 (36,39)
	Diff t1-t2		29,96 (64,42)	13,5 (37,90)
	t-Wert (df)		2,23 (22) *	1,33 (13)
	Cohens d		0,52	0,33
	95% CI von d		[-0,07 - 1,11]	[-0,41 - 1,08]
	Diff t2-t4		0,22 (53,21)	-2,22 ( 55,11)
	t-Wert (df)		0,02 (22)	-0,15 (13)
	Cohens d		0,01	-0,05
	95% CI von d		[-0,57 - 0,58]	[-0,80 - 0,69]
	Diff t1-t4		30,18 (66,52)	11,28 (52,56)
	t-Wert (df)		2,18 (22) *	0,80 (13)
	Cohens d		0,54	0,31
	95% CI von d		[-0,05 - 1,13]	[-0,44 - 1,05]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	22	13
t1	M (SD)		421,36 (516,19)	299,62 (502,83)
t2	M (SD)		199,32 (300,43)	149,23 (273,47)
t4	M (SD)		181,14 (205,80)	145,58 (128,74)
	Diff t1-t2		222,04 (551,51)	150,38 (566,90)
	Diff t2-t4		18,18 (351,47)	3,65 (256,19)
	Diff t1-t4		240,22 (497,02)	154,04 (482,56)

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

Vergleichbar sieht es beim Durchschnittskonsum an Konsumtagen aus: Dieser sank von 2,75 zu t1 auf 1,66 zu t2 und stieg leicht auf 1,77 zu t4 an. Die Reduktion über den Gesamtzeitraum hinweg (t1-t4) beträgt 46% und fällt wie bereits für den Pre-post-Zeitraum signifikant aus ( $p < 0,10$ ,  $d = 0,49$ ). Und schließlich ging im 10-monatigen Beobachtungszeitraum auch der Anteil der Crackabhängigen zurück. Waren zu t1 noch 12 der 23 TeilnehmerInnen von Crack abhängig, so betrug die Anzahl der Abhängigen zu t4 noch 7 Personen (-22%, n.s.).

**Tabelle 9.2.1.3b Pre-Post-Katamnese-Veränderungen der Abhängigkeitsdiagnose Crack (letzte 28 Tage)**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	23	14
t1	% (n)	52,17 (12)	42,86 (6)
t2	% (n)	21,74 (5)	14,29 (2)
t4	% (n)	30,43 (7)	14,29 (2)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	4,45 #	2
	Abhängigkeit überwunden	39,13 (9)	42,86 (6)
	Abhängigkeit neu	8,7 (2)	14,29 (2)
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,5	0
	Abhängigkeit überwunden	13,04 (3)	14,29 (2)
	Abhängigkeit neu	21,74 (5)	14,29 (2)
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	1,92	2
	Abhängigkeit überwunden	39,13 (9)	42,86 (6)
	Abhängigkeit neu	17,39 (4)	14,29 (2)

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$

**Fazit Crack:** Den KISS-TeilnehmerInnen ist es gelungen, zum Zeitpunkt t4 eine durchgängige Stabilisierung ihres Crackkonsums auf dem t2-Niveau zu erreichen, und zwar stets statistisch signifikant unter Ausgangsniveau, bei mittleren bis hohen Effektstärken. Das heißt: Die sehr großen Konsumreduktionen, die im Laufe der KISS-Teilnahme erreicht worden sind, konnten während der Katamnesezeit komplett erhalten und zum Teil numerisch sogar gesteigert werden.



**9.2.1.4 KOKAIN**

Über alle Zielvariablen hinweg ist im Katamnesezeitraum eine anhaltende, signifikante Reduktion des Kokainkonsums mit hohen Effektstärken nachzuweisen (vgl. Tabellen 9.2.1.4a/b). Die konsumfreien Tage erhöhten sich von 23,71 (t1) auf 27,79 (t4), d. h. um 4,08 Tage bzw. 17% ( $p < 0,05$ ,  $d = 1,01$ ), wobei auch noch zwischen KISS-Abschluss (t2) und Katamneseende (t4) ein signifikanter Zuwachs kokainfreier Tage festzustellen ist ( $p < 0,10$ ,  $d = 0,63$ ). Damit geht eine 85%ige Reduktion der Anzahl an Konsumvorgängen von 6,00 (t1) auf 0,90 (t4) einher ( $p < 0,05$ ,  $d = 1,19$ ), m.a.W. wird nur noch ein einziges Mal im Monat Kokain konsumiert. Konkordant mit der Anzahl der Konsumtage und Konsumvorgänge geht der monatliche Gesamtkonsum auf ca. 1 einzige „Linie“ Kokainpulver zurück (t1: 7,32 SKE, t4: 1,23 SKE). Das ist eine Reduktion um 84% ( $p < 0,05$ ;  $d = 0,86$ ) bei Kosteneinsparungen von 122 €/Monat (t1: 147 €, t4: 25 €). Der Durchschnittskonsum an Konsumtagen reduziert sich nicht nur über den Gesamtzeitraum hinweg (t1: 2,32 SKE, t4: 0,08 SKE;  $p < 0,01$ ,  $d = 1,42$ ), sondern auch noch während der Katamnesezeit (t2: 1,14 SKE, t4: 0,08 SKE;  $p < 0,05$ ,  $d = 0,82$ ). Und schließlich haben alle vier zu Programmbeginn (t1) kokainabhängigen Personen zum Zeitpunkt t4 ihre Kokainabhängigkeit überwunden.

**Tabelle 9.2.1.4a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen des Kokainkonsums (letzte 28 Tage)**

		n	KISS-ITT	KISS-TPP
<b>Gesamtkonsum (SKE)</b>			13	8
	t1	M (SD)	7,32 (9,14)	4,47 (5,20)
	t2	M (SD)	6,62 (13,79)	8,12 (17,08)
	t4	M (SD)	1,23 (4,14)	1,94 (5,28)
		Diff t1-t2	0,7 (18,15)	-3,65 (19,39)
		t-Wert (df)	0,14 (12)	-0,53 (7)
		Cohens d	0,06	-0,29
		95% CI von d	[-0,71 - 0,83]	[-1,28 - 0,7]
		Diff t2-t4	5,39 (14,57)	6,18 (18,28)
		t-Wert (df)	1,33 (12)	0,96 (7)
		Cohens d	0,53	0,49
		95% CI von d	[-0,25 - 1,31]	[-0,51 - 1,49]
		Diff t1-t4	6,09 (9,08)	2,53 (3,19)
		t-Wert (df)	2,42 (12) *	2,24 (7) *
		Cohens d	0,86	0,48
		95% CI von d	[0,05 - 1,67]	[-0,51 - 1,48]
<b>Konsumfreie Tage</b>			14	9
	t1	M (SD)	23,71 (5,68)	24,33 (6,32)
	t2	M (SD)	26,36 (3,18)	27,33 (0,71)
	t4	M (SD)	27,79 (0,43)	27,78 (0,44)
		Diff t1-t2	2,65 (6,40)	3 (6,67)
		t-Wert (df)	1,54 (13) #	1,35 (8)
		Cohens d	0,57	0,67
		95% CI von d	[-0,18 - 1,33]	[-0,29 - 1,62]
		Diff t2-t4	1,43 (3,20)	0,45 (0,88)
		t-Wert (df)	1,67 (13) #	1,51 (8) #
		Cohens d	0,63	0,75
		95% CI von d	[-0,13 - 1,39]	[-0,21 - 1,71]
		Diff t1-t4	4,08 (5,77)	3,45 (6,37)
		t-Wert (df)	2,64 (13) *	1,62 (8) #
		Cohens d	1,01	0,77
		95% CI von d	[0,22 - 1,89]	[-0,19 - 1,73]

*Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$*

Tabelle 9.2.1.4a (Fortsetzung)

Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	12	7
	t1	M (SD)	2,32 (2,22)	2,26 (2,27)
	t2	M (SD)	1,14 (1,80)	1,32 (2,26)
	t4	M (SD)	0,08 (0,19)	0,07 (0,19)
		Diff t1-t2	1,18 (3,41)	0,94 (3,99)
		t-Wert (df)	1,20 (11)	0,62 (6)
		Cohens d	0,58	0,41
		95% CI von d	[-0,23 - 1,40]	[-0,65 - 1,47]
		Diff t2-t4	1,05 (1,85)	1,25 (2,31)
		t-Wert (df)	1,96 (11) *	1,43 (6)
		Cohens d	0,82	0,78
		95% CI von d	[-0,02 - 1,66]	[-0,31 - 1,87]
		Diff t1-t4	2,23 (2,30)	2,19 (2,35)
		t-Wert (df)	3,36 (11) **	2,47 (6) *
		Cohens d	1,42	1,36
		95% CI von d	[0,51 - 2,32]	[0,18 - 2,54]
Konsumvorgänge		n	10	5
	t1	M (SD)	6,00 (5,77)	3,40 (2,79)
	t2	M (SD)	2,2 (4,66)	0,40 (0,55)
	t4	M (SD)	0,90 (1,91)	1,60 (2,61)
		Diff t1-t2	3,8 (5,35)	3 (2,92)
		t-Wert (df)	2,25 (9) *	2,30 (4) *
		Cohens d	0,72	1,49
		95% CI von d	[-0,18 - 1,63]	[0,05 - 2,93]
		Diff t2-t4	1,3 (5,25)	-1,2 (2,39)
		t-Wert (df)	0,78 (9)	-1,12 (4)
		Cohens d	0,36	-0,64
		95% CI von d	[-0,52 - 1,25]	[-1,92 - 0,64]
		Diff t1-t4	5,1 (6,52)	1,8 (3,77)
		t-Wert (df)	2,47 (9) *	1,07 (4)
		Cohens d	1,19	0,67
		95% CI von d	[0,23 - 2,14]	[-0,62 - 1,95]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	13	8
	t1	M (SD)	146,54 (182,77)	89,38 (104,08)
	t2	M (SD)	132,31 (275,87)	162,5 (341,54)
	t4	M (SD)	24,61 (82,83)	38,75 (105,62)
		Diff t1-t2	14,23 (363,03)	-73,12 (387,71)
		Diff t2-t4	107,69 (291,47)	123,75 (365,55)
		Diff t1-t4	121,92 (181,65)	50,63 (63,83)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Tabelle 9.2.1.4b Pre-Post-Katamnese-Veränderungen der Abhängigkeitsdiagnose Kokain (letzte 28 Tage)**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	14	9
t1	% (n)	28,57 (4)	44,44 (4)
t2	% (n)	14,29 (2)	11,11 (1)
t4	% (n)	0	0
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,67	1,8
	Abhängigkeit überwunden	28,57 (4)	44,44 (4)
	Abhängigkeit neu	14,29 (2)	11,11 (1)
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	2	1
	Abhängigkeit überwunden	14,29 (2)	11,11 (1)
	Abhängigkeit neu	0	0
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	4	4
	Abhängigkeit überwunden	28,57 (4)	44,44 (4)
	Abhängigkeit neu	0	0

**Fazit Kokain:** Die positive Entwicklung bei Crack wird von der bei Kokain(pulver) noch wesentlich übertroffen, was sich nicht nur in hohen Effektstärken niederschlägt: Der Kokainkonsum wird im Katamnesezeitraum – bis auf einen einzigen Konsumvorgang und eine „Linie“ Kokain im Monat – praktisch eingestellt. Das heißt auch: Alle zwischen KISS-Beginn (t1) und KISS-Abschluss (t2) erzielten Konsumreduktionen bleiben entweder erhalten oder werden noch gesteigert.

### 9.2.1.5 BENZODIAZEPINE

Wie bei Crack und Kokain, so fallen auch bei Benzodiazepinen die katamnesticen Veränderungen durchgehend positiv aus (vgl. Tabellen 9.2.1.5a/b). In allen Zielvariablen bleiben die während der KISS-Teilnahme erzielten Veränderungen (t1-t2-Vergleich) im Katamnesezeitraum erhalten (t1-t4-Vergleich), und zwar stets statistisch signifikant bei meist mittleren Effektstärken. Die Tage ohne Benzodiazepinkonsum steigen von t1 nach t4 um 30% von 12,44 auf 16,17 an ( $p < 0,05$ ,  $d = 0,30$ ). Damit einhergehend reduzieren sich zwischen t1 und t4 die Anzahl der Konsumvorgänge (von 36,8 auf 18,53,  $p < 0,05$ ,  $d = 0,55$ ), der Gesamtkonsum (von 46,70 auf 24,17 SKE [z. B. Rohypnoltabletten],  $p < 0,05$ ,  $d = 0,48$ ) und die damit verbundenen Geldausgaben (von 70 auf 36 €) sowie die Durchschnittsmenge an Benzodiazepinen an Konsumtagen (von 2,77 auf 1,47 SKE,  $p < 0,05$ ,  $d = 0,66$ ) um nahezu 50%. Waren zu Studienbeginn noch 9 Personen (= 50%) benzodiazepinabhängig, sind es am Ende der Katamnesezeit 4 (22%; n.s.).

**Tabelle 9.2.1.5a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen des Benzodiazepinkonsums (letzte 28 Tage)**

			KISS-ITT	KISS-TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	15	7
	t1	M (SD)	46,70 (53,15)	49,14 (63,56)
	t2	M (SD)	13,63 (13,44)	9,86 (10,65)
	t4	M (SD)	24,17 (38,80)	16,00 (24,90)
		Diff t1-t2	33,07 (52,42)	39,28 (64,92)
		t-Wert (df)	2,44 (14) *	1,60 (6) #
		Cohens d	0,85	0,86
		95% CI von d	[0,10 - 1,60]	[-0,24 - 1,97]
		Diff t2-t4	-10,54 (34,41)	-6,14 (26,98)
		t-Wert (df)	-1,19 (14)	-0,60 (6)
		Cohens d	-0,36	-0,32
		95% CI von d	[-1,08 - 0,36]	[-1,38 - 0,73]
		Diff t1-t4	22,53 (43,72)	33,14 (43,65)
		t-Wert (df)	2,00 (14) *	2,01 (6) *
		Cohens d	0,48	0,69
		95% CI von d	[-0,24 - 1,21]	[-0,40 - 1,77]
Konsumfreie Tage		n	18	9
	t1	M (SD)	12,44 (12,31)	13,44 (11,61)
	t2	M (SD)	16,11 (10,79)	18,89 (9,56)
	t4	M (SD)	16,17 (12,13)	14,44 (12,56)
		Diff t1-t2	3,67 (10,59)	5,45 (9,03)
		t-Wert (df)	1,47 (17)#	1,81 (8)#
		Cohens d	0,32	0,51
		95% CI von d	[-0,34 - 0,97]	[-0,43 - 1,45]
		Diff t2-t4	0,06 (11,50)	-4,45 (10,30)
		t-Wert (df)	0,02 (17)	-1,3 (8)
		Cohens d	0	-0,4
		95% CI von d	[-0,65 - 0,66]	[-1,33 - 0,54]
		Diff t1-t4	3,73 (8,17)	1 (5,15)
		t-Wert (df)	1,93 (17) *	0,58 (8)
		Cohens d	0,3	0,08
		95% CI von d	[-0,35 - 0,96]	[-0,84 - 1,01]

**Tabelle 9.2.1.5a (Fortsetzung)**

Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	16	7
	t1	M (SD)	2,77 (2,29)	3,07 (2,99)
	t2	M (SD)	1,53 (1,10)	1,29 (0,95)
	t4	M (SD)	1,47 (1,58)	1,07 (0,93)
		Diff t1-t2	1,24 (1,95)	1,79 (2,69)
		t-Wert (df)	2,56 (15) *	1,75 (6) #
		Cohens d	0,69	0,8
		95% CI von d	[-0,02 - 1,41]	[-0,29 - 1,90]
		Diff t2-t4	0,06 (1,33)	0,21 (0,91)
		t-Wert (df)	0,18 (15)	0,63 (6)
		Cohens d	0,04	0,23
		95% CI von d	[-0,65 - 0,74]	[-0,82 - 1,28]
		Diff t1-t4	1,3 (2,13)	2 (2,39)
		t-Wert (df)	2,45 (15) *	2,21 (6) *
		Cohens d	0,66	0,9
		95% CI von d	[-0,05 - 1,38]	[-0,21 - 2,01]
Konsumvorgänge		n	15	6
	t1	M (SD)	36,8 (38,86)	29,83 (33,22)
	t2	M (SD)	18,20 (22,39)	7,67 (7,63)
	t4	M (SD)	18,53 (26,42)	11,00 (11,15)
		Diff t1-t2	18,6 (37,86)	22,16 (32,23)
		t-Wert (df)	1,90 (14) *	1,68 (5) #
		Cohens d	0,59	0,92
		95% CI von d	[-0,15 - 1,32]	[-0,28 - 2,12]
		Diff t2-t4	-0,33 (23,19)	-3,33 (10,17)
		t-Wert (df)	-0,06 (14)	-0,80 (5)
		Cohens d	-0,01	-0,35
		95% CI von d	[-0,73 - 0,70]	[-1,49 - 0,79]
		Diff t1-t4	18,27 (30,99)	18,83 (23,38)
		t-Wert (df)	2,28 (14) *	1,97 (5) #
		Cohens d	0,55	0,76
		95% CI von d	[-0,18 - 1,28]	[-0,42 - 1,94]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	15	7
	t1	M (SD)	70,05 (79,72)	73,71 (95,34)
	t2	M (SD)	20,45 (20,17)	14,78 (15,98)
	t4	M (SD)	36,25 (58,21)	24 (37,35)
		Diff t1-t2	49,6 (78,62)	58,93 (97,38)
		Diff t2-t4	-15,8 (51,61)	-9,21 (40,47)
		Diff t1-t4	33,8 (65,58)	49,71 (65,47)

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Tabelle 9.2.1.5b Pre-Post-Katamnese-Veränderungen der Abhängigkeitsdiagnose Benzodiazepine (letzte 28 Tage)**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	18	9
t1	% (n)	50,00 (9)	55,56 (5)
t2	% (n)	50,00 (9)	22,22 (2)
t4	% (n)	22,22 (4)	33,33 (3)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0	1,8
	Abhängigkeit überwunden	22,22 (4)	44,44 (4)
	Abhängigkeit neu	22,22 (4)	11,11 (1)
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3,57	1
	Abhängigkeit überwunden	33,33 (6)	0
	Abhängigkeit neu	5,56 (1)	11,11 (1)
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3,57	1
	Abhängigkeit überwunden	33,33 (6)	33,33 (3)
	Abhängigkeit neu	5,56 (1)	11,11 (1)

**Fazit Benzodiazepine:** Die Reduktion des Benzodiazepinkonsums stabilisiert sich im Katamnesezeitraum für alle Zielvariablen auf dem Niveau von Programmende (t2), und zwar stets statistisch signifikant unter Ausgangsniveau bei mittleren bis hohen Effektstärken. Der Benzodiazepinkonsum geht etwa auf die Hälfte zurück, die Anzahl der benzodiazepinfreien Tage steigt um knapp ein Drittel an.

**9.2.1.6 CANNABIS**

Der bisherige Trend, dass sich die bis Ende des KISS-Programms (t2) erzielten Konsumreduktionen während der Katamnesezeit (t4) bei geringen Effektstärken stabilisieren, bestätigt sich im Großen und Ganzen numerisch auch bei Cannabis (vgl. Tabellen 9.2.1.6a/b). Allerdings fallen die Veränderungen in der ITT-Gruppe von t1 nach t4 nicht signifikant aus (im Gegensatz zur TPP-Gruppe, bei der sich die positiven Effekte des KISS-Programms während des Katamnesezeitraums noch verstärken). Das bedeutet, dass sich in der ITT-Gruppe das Konsumniveau nach 10 Monaten nicht (mehr) vom Ausgangsniveau unterscheidet. Im Einzelnen: Die CannabiskonsumentInnen der ITT-Gruppe können ihre cannabisfreien Tage von t1 nach t4 um 16% bzw. 2,44 Tage steigern (t1: 14,88, t4 17,32; d = 0,22) und die Anzahl der Konsumvorgänge sogar um 30% reuzieren (t1: 32,15, t4: 22,4; d = 0,28). Der Gesamtkonsum geht von 64,10 SKE (t1) auf 40,58 SKE (t4), d. h. um 37% zurück (d = 0,28). Analog dazu sinken die Konsumkosten um 24 €/Monat (t1: 64 €, t4: 41 €). Auch der Durchschnittskonsum an Konsumtagen ist von t1 nach t4 rückläufig, und zwar um 19% (t1: 3,18 SKE, t4: 2,59 SKE; d = 0,18). Sechs Personen (23%) sind zu t1 cannabisabhängig, zu t4 noch 3 (12%).

**Tabelle 9.2.1.6a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen des Cannabiskonsums (letzte 28 Tage)**

			KISS-ITT	KISS-TPP
<b>Gesamtkonsum (SKE)</b>		<b>n</b>	<b>24</b>	<b>15</b>
t1	M (SD)		64,10 (100,47)	59,42 (90,56)
t2	M (SD)		45,08 (72,81)	53,03 (81,75)
t4	M (SD)		40,58 (62,64)	29,27 (63,65)
	Diff t1-t2		19,02 (78,25)	6,39 (58,23)
	t-Wert (df)		1,19 (23)	0,43 (14)
	Cohens d		0,22	0,07
	95% CI von d		[-0,35 - 0,78]	[-0,64 - 0,79]
	Diff t2-t4		4,5 (50,19)	23,76 (36,25)
	t-Wert (df)		0,44 (23)	2,54 (14) *
	Cohens d		0,07	0,32
	95% CI von d		[-0,50 - 0,63]	[-0,40 - 1,05]
	Diff t1-t4		23,52 (92,12)	30,15 (69,27)
	t-Wert (df)		1,25 (23)	1,69 (14) #
	Cohens d		0,28	0,39
	95% CI von d		[-0,29 - 0,85]	[-0,34 - 1,11]
<b>Konsumfreie Tage</b>		<b>n</b>	<b>25</b>	<b>15</b>
t1	M (SD)		14,88 (11,55)	13,33 (11,44)
t2	M (SD)		19,16 (11,06)	18,2 (11,32)
t4	M (SD)		17,32 (11,01)	19,93 (9,93)
	Diff t1-t2		4,28 (8,32)	4,87 (8,81)
	t-Wert (df)		2,57 (24) **	2,14 (14) *
	Cohens d		0,38	0,43
	95% CI von d		[-0,18 - 0,94]	[-0,30 - 1,15]
	Diff t2-t4		-1,84 (8,89)	1,73 (5,24)
	t-Wert (df)		-1,04 (24)	1,28 (14)
	Cohens d		-0,17	0,16
	95% CI von d		[-0,72 - 0,39]	[-0,55 - 0,88]
	Diff t1-t4		2,44 (10,72)	6,6 (6,57)
	t-Wert (df)		1,14 (24)	3,89 (14) **
	Cohens d		0,22	0,62
	95% CI von d		[-0,34 - 0,77]	[-0,12 - 1,35]

Tabelle 9.2.1.6a (Fortsetzung)

Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	24	15
	t1	M (SD)	3,18 (3,68)	2,93(2,95)
	t2	M (SD)	3,61 (3,24)	2,94 (2,83)
	t4	M (SD)	2,59 (2,64)	1,88 (2,44)
		Diff t1-t2	-0,43 (2,26)	-0,01 (2,23)
		t-Wert (df)	-0,93 (23)	-0,02 (14) *
		Cohens d	-0,12	0
		95% CI von d	[-0,69 - 0,44]	[-0,72 - 0,71]
		Diff t2-t4	1,02 (2,40)	1,06 (2,38)
		t-Wert (df)	2,07 (23) *	1,73 (14) #
		Cohens d	0,34	0,4
		95% CI von d	[-0,23 - 0,91]	[-0,32 - 1,13]
		Diff t1-t4	0,59 (3,33)	1,05 (3,00)
		t-Wert (df)	0,86 (23)	1,36 (14)#
		Cohens d	0,18	0,39
		95% CI von d	[-0,38 - 0,75]	[-0,33- 1,11]
Konsumvorgänge		n	20	13
	t1	M (SD)	32,15 (37,76)	22,00 (24,56)
	t2	M (SD)	23,8 (36,79)	17,77 (31,87)
	t4	M (SD)	22,4 (31,23)	7,00 (8,70)
		Diff t1-t2	8,35 (35,32)	4,23 (29,28)
		t-Wert (df)	1,06 (19)	0,52 (12)
		Cohens d	0,22	0,15
		95% CI von d	[-0,40 - 0,85]	[-0,62 - 0,92]
		Diff t2-t4	1,4 (37,23)	10,77 (26,51)
		t-Wert (df)	0,17 (19)	1,46 (12) #
		Cohens d	0,04	0,46
		95% CI von d	[-0,58 - 0,66]	[-0,32 - 1,24]
		Diff t1-t4	9,75 (41,72)	15 (18,04)
		t-Wert (df)	1,05 (19)	3,00 (12) **
		Cohens d	0,28	0,81
		95% CI von d	[-0,34 - 0,90]	[-0,01 - 1,62]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	24	15
	t1	M (SD)	64,09 (100,47)	59,42 (90,56)
	t2	M (SD)	45,08 (72,81)	53,03 (81,75)
	t4	M (SD)	40,58 (62,64)	29,27 63,65)
		Diff t1-t2	19,01 (78,25)	6,39 (58,23)
		Diff t2-t4	4,5 (50,19)	23,76 (36,25)
		Diff t1-t4	23,51 (92,12)	30,15 (69,27)

Anmerkungen. ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$



**Tabelle 9.2.1.6a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen der Abhängigkeitsdiagnose Cannabis (letzte 28 Tage)**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	26	16
t1	% (n)	23,08 (6)	31,25 (5)
t2	% (n)	11,54 (3)	6,25 (1)
t4	% (n)	11,54 (3)	6,25 (1)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	1,29	2,67
	Abhängigkeit überwunden	19,23 (5)	31,25 (5)
	Abhängigkeit neu	7,69 (2)	6,25 (1)
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0	Kein Wert
	Abhängigkeit überwunden	7,69 (2)	0
	Abhängigkeit neu	7,69 (2)	0
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	1	2,67
	Abhängigkeit überwunden	23,08 (6)	31,25 (5)
	Abhängigkeit neu	11,54 (3)	6,25 (1)

**Fazit Cannabis:** Auch bei Cannabis treten in allen Zielvariablen numerisch deutliche Konsumreduktionen ein, die allerdings nicht statistisch abzusichern sind. Ein wesentlicher Grund dafür sind vor allem in der ITT-Gruppe die durch einige wenige Personen mit extrem hohen Konsumwerten bedingten hohen Standardabweichungen, die auch erhebliche Konsumrückgänge (z. B. Gesamtkonsum: -37%; Konsumvorgänge: -30%) nicht statistisch signifikant werden lassen – im Gegensatz zur TPP-Gruppe, in der der Rückgang bei allen Konsumindikatoren statistisch signifikant ausfällt und von beachtlichen Effektstärken begleitet wird ( $0,39 \leq d \leq 0,81$ ).

### 9.2.1.7 ALKOHOL

Alkohol ist im 10-monatigen Gesamtbetrachtungszeitraum von t1 bis t4 die Substanz, bei der sich im Gruppendurchschnitt keine nennenswerten Konsumänderungen ergeben; keine der Veränderungen ist inferenzstatistisch abzusichern (vgl. Tabellen 9.2.1.7a/b).

Die konsumfreien Tage sinken von 19,76 (t1) auf 16,76 (t4),  $d = -0,27$ . Der monatliche Gesamtkonsum steigt von 36,73 SKE (t1) auf 41,18 SKE (t4),  $d = -0,07$ , analog dazu erhöhen sich die monatlichen Ausgaben für Alkohol von 18,36 € (t1) auf 20,59 € (t4). Der Durchschnittskonsum am Konsumtagen sinkt geringfügig von 2,64 SKE (t1) auf 2,27 SKE (t4). Von den 24 KlientInnen waren zu Studienbeginn 5 Personen (21%) alkoholabhängig, zu t4 ist es noch 1 Person (13%).

**Tabelle 9.2.1.7a Pre-Post-Katamnese-Veränderungen des Alkoholkonsums (letzte 28 Tage)**

			KISS-ITT	KISS-TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	19	12
	t1	M (SD)	36,73 (60,65)	44,00 (72,25)
	t2	M (SD)	30,68 (47,44)	37,29 (57,40)
	t4	M (SD)	41,18 (58,37)	49,54 (66,75)
		Diff t1-t2	6,05 (45,27)	6,71 (52,63)
		t-Wert (df)	0,58 (18)	0,44 (11)
		Cohens d	0,11	0,1
		95% CI von d	[-0,53 - 0,75]	[-0,70 - 0,90]
		Diff t2-t4	-10,5 (36,96)	-12,25 (38,55)
		t-Wert (df)	-1,24 (18)	-1,1 (11)
		Cohens d	-0,20	-0,20
		95% CI von d	[-0,83 - 0,44]	[-1,00 - 0,61]
		Diff t1-t4	-4,45 (50,40)	-5,54 (55,38)
		t-Wert (df)	-0,39 (18)	-0,35 (11)
		Cohens d	-0,07	-0,08
	95% CI von d	[-0,71 - 0,56]	[-0,88 - 0,72]	
Konsumfreie Tage		n	21	13
	t1	M (SD)	19,76 (10,59)	16,77 (12,19)
	t2	M (SD)	17,88 (10,58)	16,84 (11,85)
	t4	M (SD)	16,76 (11,97)	15,62 (13,14)
		Diff t1-t2	-1,88 (9,02)	0,08 (8,99)
		t-Wert (df)	-0,96 (29)	0,03 (12)
		Cohens d	-0,18	0,01
		95% CI von d	[-0,78 - 0,43]	[-0,76 - 0,78]
		Diff t2-t4	-1,12 (8,83)	-1,23 (6,51)
		t-Wert (df)	-0,58 (20)	-0,68 (12)
		Cohens d	-0,1	-0,1
		95% CI von d	[-0,70 - 0,51]	[-0,87 - 0,67]
		Diff t1-t4	-3 (10,10)	-1,15 (8,69)
		t-Wert (df)	-1,36 (20)	-0,48 (12)
		Cohens d	-0,27	-0,09
	95% CI von d	[-0,87 - 0,34]	[-0,86 - 0,68]	

**Tabelle 9.2.1.7a (Fortsetzung)**

Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	19	13
	t1	M (SD)	2,64 (2,72)	2,82 (2,93)
	t2	M (SD)	2,02 (2,17)	2,33 (2,51)
	t4	M (SD)	2,27 (2,12)	2,50 (2,58)
		Diff t1-t2	0,62 (1,64)	0,49 (1,66)
		t-Wert (df)	1,64 (18)#	1,06 (12)
		Cohens d	0,25	0,18
		95% CI von d	[-0,39 - 0,89]	[-0,59 - 0,95]
		Diff t2-t4	-0,25 (1,57)	-0,25 (1,44)
		t-Wert (df)	-0,44 (18)	-0,45 (12)
		Cohens d	-0,12	-0,1
		95% CI von d	[-0,75 - 0,52]	[-0,87 - 0,67]
		Diff t1-t4	0,37 (2,58)	0,24 (2,55)
		t-Wert (df)	0,62 (18)	0,34 (12)
	Cohens d	0,15	0,12	
	95% CI von d	[-0,49 - 0,79]	[-0,68 - 0,86]	
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	19	12
	t1	M	18,36 (30,33)	22 (36,13)
	t2	M	15,34 (23,72)	18,64 (28,70)
	t4	M	20,59 (29,18)	24,77 (33,38)
		Diff t1-t2	3,02 (22,63)	3,36 (26,32)
		Diff t2-t4	-5,25 (18,48)	-6,13 (19,27)
		Diff t1-t4	-2,23 (25,20)	-2,77 (27,67)

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$

**Tabelle 9.2.1.7b Pre-Post-Katamnese-Veränderungen der Abhängigkeitsdiagnose Alkohol (letzte 28 Tage)**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	24	16
t1	% (n)	20,83 (5)	18,75 (3)
t2	% (n)	20,83 (5)	18,75 (3)
t4	% (n)	12,5 (1)	12,5 (2)
t1-t2	Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	0	0
	Abhängigkeit überwunden	4,17 (1)	6,25 (1)
	Abhängigkeit neu	4,17 (1)	6,25 (1)
t2-t4	Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	1	1
	Abhängigkeit überwunden	12,5 (3)	6,25 (1)
	Abhängigkeit neu	4,17 (1)	0
t1-t4	Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	1	1
	Abhängigkeit überwunden	12,5 (3)	6,25 (1)
	Abhängigkeit neu	4,17 (1)	0

**Fazit Alkohol:** Alkohol bleibt auch im Katamnesezeitraum die Substanz, bei der sich in Folge der KISS-Teilnahme weder numerisch deutliche noch statistisch signifikante Konsumänderungen in der Gruppen-Durchschnittsberechnung ergeben.

### 9.2.1.8 ZIGARETTEN

Am Ende der Katamnesezeit (t4) haben alle Personen der ITT-Gruppe (n = 37) und der TPP-Gruppe (n = 24), die zu Abschluss des KISS-Programms (t2) geraucht hatten, weiterhin geraucht.

Die Anzahl der in der ITT-Gruppe täglich gerauchten Zigaretten liegt am Ende der Katamnesezeit (t4: M = 18,46, SD = 10,78) nochmals unter derjenigen zu Programmende (t2: M = 19,62, SD = 13,58), wenn auch nicht signifikant,  $t(36) = 1,00$ ,  $p > 0,10$ ,  $d = 0,09$  (gleicher Befund in der TPP-Gruppe: t2: M = 20,96, SD = 15,09, t4: M = 19,58, SD = 12,42,  $t[23] = 0,92$ ,  $p > 0,10$ ,  $d = 0,10$ ). Im Vergleich zu Studienbeginn (t1: M = 21,95, SD = 13,89) ist der Zigarettenkonsum der ITT-Gruppe bis Ende der Katamnesezeit (t4) statistisch signifikant um 3,5 Zigaretten pro Tag bzw. 98 Zigaretten im Monat zurückgegangen,  $t(36) = 2,76$ ,  $p = 0,005$ ,  $d = 0,28$ . Ähnlich markant fällt der Rückgang in der TPP-Gruppe aus: Die Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten geht von 23,5 (SD = 15,26) zu t1 auf 19,6 (SD = 12,42) zu t2 zurück,  $t(23) = 2,38$ ,  $p = 0,013$ ,  $d = 0,28$ , was einer täglichen Reduktion um 3,8 Zigaretten bzw. einem monatlichen Rückgang um 109 Zigaretten entspricht.

**Fazit Zigaretten:** Obwohl Zigaretten nicht zu den primären Änderungssubstanzen der StudienteilnehmerInnen zählten, ist auch bei Zigaretten eine ausgesprochen positive Entwicklung eingetreten: Im Zuge der Konsumreduktion bei vielen illegalen Drogen verringern die KlientInnen auch ihren Zigarettenkonsum zwischen Studienbeginn (t1) und Katamneseende (t4), und zwar sowohl statistisch signifikant wie auch praktisch bedeutsam, wenn man sich die um 98 (ITT) bzw. 109 (TPP) geringere Anzahl pro Monat gerauchter Zigaretten vor Augen führt.

### 9.2.1.9 DROGEN-COCKTAILS

Von den 39 KlientInnen der ITT-Gruppe konsumieren 17 Personen (44%) zu t1 Drogen-Cocktails, zu t4 sind es 15 Personen (38%), was einem nicht signifikanten Rückgang entspricht (Mc Nemar  $\chi^2 = 0,5$  ns).

**Fazit Drogen-Cocktails:** Der Einfluss des KISS-Programms auf die Beendigung des Drogencocktailkonsums ist kurzfristig, d. h. während der Programmteilnahme, nicht aber im Katamnesezeitraum nachweisbar.

---

### 9.2.1.10 FAZIT

**KISS wirkt – und die Wirkung hält auch nach KISS-Ende an.** Das ist die Folgerung, die angesichts der Tatsache, dass die während der Teilnahme am KISS-Programm über alle Zielindikatoren hinweg eingetretenen Konsumreduktionen auch im 6-monatigen Katamnesezeitraum Bestand haben, zu ziehen ist. Diese Folgerung gilt sowohl bei Zusammenfassung aller sechs Hauptsubstanzen in den Overall-Zielvariablen, als auch auf Einzelsubstanzebene. Obwohl der Einzelsubstanzbetrachtung nur eine relativ kleine Personenzahl zugrunde gelegt werden konnte, sind die Pre-post-Veränderungen auch für den Katamnesezeitraum weitgehend zu bestätigen: Die von t1 nach t2 erzielten Konsumreduktionen stabilisieren sich zwischen t2 und t4, und alle Endwerte liegen i.d.R. unterhalb des Ausgangsniveaus. Insbesondere für Crack, Kokainpulver und Benzodiazepine lassen sich anhaltend große Konsumreduktionen nachweisen. Auch für Heroin ist dies der Fall, wenn auch nicht bei allen Konsumindikatoren in signifikantem Ausmaß. Bei Cannabis deuten sich in allen Zielvariablen positive Veränderungen ab, aufgrund einzelner Ausreißerwerte allerdings nicht signifikant. Nur bei Alkohol ergeben sich auch im Katamnesezeitraum keinerlei bedeutsame Veränderungen im Durchschnitt aller GruppenteilnehmerInnen.

## 9.2.2 STAND DER SOZIALEN, PHYSISCHEN UND PSYCHISCHEN ENTWICKLUNG ZUM KATAMNESEZEITPUNKT

Dieses Kapitel greift die Frage auf, ob im sechsmonatigen Katamnesezeitraum nicht nur die während der KISS-Teilnahme erzielten Reduktionen des Substanzkonsums beibehalten werden konnten, sondern auch positive Veränderungen in sozialen, physischen und psychischen Parametern eingetreten sind. Das Kapitel setzt somit die in Kapitel 9.1.3 vorgenommenen Analysen fort und konzentriert sich auf die signifikanten Befunde.

### 9.2.2.1 VERÄNDERUNGEN BEI SOZIODEMOGRAFISCHEN MERKMALEN

In nahezu allen relevanten soziodemografischen Merkmalsbereichen finden sich keine bzw. nur geringe, nicht signifikante Veränderungen von der Eingangserhebung (t1) über die Abschluss-erhebung (t2) bis zum Katamnesezeitpunkt (t4). So wohnt z. B. auch sechs Monate nach Abschluss der KISS-Gruppe gut die Hälfte der TeilnehmerInnen in abhängigen Wohnverhältnissen und die Arbeitslosenquote ist unverändert. Einzig beim Bezug von Sozialleistungen ergibt sich eine leichte, signifikante Verbesserung: Drei der 40 KISS-ITT-TeilnehmerInnen (7,5%), die zu KISS-Beginn und KISS-Ende noch zu den BezieherInnen von Sozialleistungen gehört hatten, haben sechs Monate nach KISS den Sozialleistungsbezug überwunden („SLB überwunden“) und keine Person ist im Katamnesezeitraum Sozialleistungsempfängerin geworden („SLB neu“; vgl. Tabelle 9.2.2.1).

**Tabelle 9.2.2.1 Anteil der SozialleistungsbezieherInnen (SLB) in der Eingangs- (t1), Abschluss- (t2) und Katamneseerhebung (t4)**

	n	KISS-ITT	KISS-TPP
t1	% (n)	95,00 (38)	92,59 (25)
t2	% (n)	95,00 (38)	92,59 (25)
t4	% (n)	87,50 (35)	88,89 (24)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0	0
	SLB überwunden	0	0
	SLB neu	0	0
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3,00 #	1
	SLB überwunden	7,50 (3)	3,70(1)
	SLB neu	0	0
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3,00 *	1
	SLB überwunden	7,50 (3)	3,70(1)
	SLB neu	0	0

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$

### 9.2.2.2 VERÄNDERUNGEN DER ERLEBTEN BELASTUNG IN VERSCHIEDENEN LEBENSBEREICHEN

Entgegen den nur minimalen Veränderungen im Sozialstatus, stellt sich die Gesamtentwicklung im Bereich der erlebten Lebensbelastungen ausgesprochen positiv dar. Bis zum Ende der Katamnesezeit wird von den KlientInnen außer im körperlichen Befinden und der Wohnsituation in allen anderen Bereichen (Arbeits-, finanzielle, psychische, rechtliche und soziale Situation) ein Belastungsrückgang erlebt bzw. ein im Laufe des KISS-Programms eingetretener Belastungsrückgang kann stabilisiert werden. Im Einzelnen sehen die Verläufe wie folgt aus:

Die **Arbeitssituation**, die während des KISS-Programms (t1-t2) gleichbleibend als mittelstark belastend erlebt wurde, erfährt im Katamnesezeitraum (t4) erstmals eine positive Veränderung: Die Belastungswahrnehmung geht in der KISS-ITT-Gruppe signifikant zurück, in der KISS-TPP-Gruppe ist der positive Verlauf ebenfalls erkennbar, wird aber nicht signifikant (Tabelle 9.2.2.2a).

**Tabelle 9.2.2.2a Erlebte Belastung durch die Arbeitssituation zu t1, t2 und t4 (KlientInnen-Einschätzung, Rating von 1 = gar nicht bis 7 = sehr selten)**

		KISS - ITT	KISS - TPP
	n	40	27
t1	M (SD)	3,80 (2,29)	3,59 (2,26)
t2	M (SD)	4,10 (2,25)	3,56 (2,12)
t4	M (SD)	3,15 (2,17)	2,96 (2,19)
t1-t2	M	-0,3	0,04
	t-Wert (df)	-0,86 (39)	0,08 (26)
	Cohens d	-0,13	0,02
	95% CI von d	-0,57 - 0,31	-0,52 - 0,55
t2-t4	M	0,95	0,60
	t-Wert (df)	2,08 (39) *	1,01 (26)
	Cohens d	0,43	0,27
	95% CI von d	-0,01 - 0,87	. 0,26 - 0,81
t1-t4	M	0,65	0,63
	t-Wert (df)	1,4 (39) *	1,03 (26)
	Cohens d	0,29	0,28
	95% CI von d	-0,15 - 0,73	-0,25 - 0,82

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$

Die im Laufe der KISS-Teilnahme (t1-t2) eingetretene Abnahme der von der **finanziellen Situation** ausgehenden Belastung bleibt im Katamnesezeitraum (t4) für die KISS-ITT-Gruppe erhalten und zeichnet sich auch in der TPP-Gruppe numerisch deutlich (wenn auch nicht signifikant) ab (Tabelle 9.2.2.2b).

**Tabelle 9.2.2.2b Erlebte Belastung durch die finanzielle Situation zu t1, t2 und t4 (KlientInnen-Einschätzung, Rating von 1 = gar nicht bis 7 = sehr selten)**

		KISS – ITT	KISS - TPP
	n	40	27
t1	M (SD)	5,62 (1,50)	5,48 (1,47)
t2	M (SD)	4,80 (2,08)	4,89 (2,08)
t4	M (SD)	5,12 (2,11)	5,07 (2,20)
t1-t2	M	0,83	0,59
	t-Wert (df)	3,03 (39) **	2,09 (26) *
	Cohens d	0,46	0,32
	95% CI von d	0,01 - 0,90	-0,22 - 0,85
t2-t4	M	-0,33	-0,19
	t-Wert (df)	-1,07 (39)	-0,50 (26)
	Cohens d	-0,16	-0,09
	95% CI von d	-0,59 - 0,28	-0,62 - 0,45
t1-t4	M	0,50	0,41
	t-Wert (df)	1,75 (39) *	1,12 (26)
	Cohens d	0,27	0,21
	95% CI von d	-0,17 - 0,71	0,32 - 0,75

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

Die im Laufe des KISS-Programms (t1-t2) initiierte Verbesserung **der psychischen Befindlichkeit** ist in beiden KISS-Gruppen (ITT, TPP) auch noch ein halbes Jahr später, d. h. zum Katamnesezeitpunkt (t4), sehr markant und signifikant ausgeprägt (Tabelle 9.2.2.2c).

**Tabelle 9.2.2.2c Erlebte Belastung durch das psychische Befinden zu t1, t2 und 4 (KlientInnen-Einschätzung, Rating von 1 = gar nicht bis 7 = sehr selten)**

		KISS - ITT	KISS – TPP
	n	40	27
t1	M (SD)	4,7 (1,57)	4,41 (1,55)
t2	M (SD)	3,95 (1,93)	3,48 (1,85)
t4	M (SD)	3,9 (2,04)	3,67 (2,08)
t1-t2	M	0,75	0,93
	t-Wert (df)	2,86 (39) **	2,85 (26) **
	Cohens d	0,43	0,54
	95% CI	-0,02 - 0,87	-0,00 - 1,09
t2-t4	M	0,05	-0,19
	t-Wert (df)	0,16 (39)	-0,49 (26)
	Cohens d	0,03	-0,06
	95% CI	-0,41 - 0,46	-0,63 - 0,44
t1-t4	M	0,80	0,74
	t-Wert (df)	3,48 (39) **	2,47 (26) **
	Cohens d	0,44	0,40
	95% CI	0,00 - 0,88	-0,13 - 0,94

Anmerkungen. \*\*:  $p \leq 0,01$



Ähnlich positiv wie im Falle der psychischen Gesundheit, sieht es auch in der Wahrnehmung der **rechtlichen Situation** aus: Die Belastung durch rechtliche Probleme geht während der 4-monatigen KISS-Laufzeit zurück und der geringere Belastungswert ist auch noch sechs Monate später nachweisbar (in ITT und TPP; siehe Tabelle 9.2.2.2d).

**Tabelle 9.2.2.2d Erlebte Belastung durch die rechtliche Situation zu t1, t2 und t4 (KlientInnen-Einschätzung, Rating von 1 = gar nicht bis 7 = sehr selten)**

		KISS - ITT	KISS - TPP
	n	40	27
t1	M (SD)	4,05 (2,39)	3,89 (2,42)
t2	M (SD)	3,42 (2,40)	3,19 (2,37)
t4	M (SD)	3,45 (2,17)	2,81 (2,18)
t1-t2	M	0,63	0,70
	t-Wert (df)	1,78 (39) *	1,85 (26) *
	Cohens d	0,26	0,29
	95% CI von d	0,18 - 0,70	-0,24 - 0,83
t2-t4	M	-0,03	0,37
	t-Wert (df)	-0,06 (39)	0,71 (26)
	Cohens d	- 0,01	-0,16
	95% CI von d	-0,45 - 0,43	-0,37 - 0,70
t1-t4	M	0,60	1,07
	t-Wert (df)	1,43 (39)*	2,04 (26)*
	Cohens d	0,26	0,47
	95% CI von d	-0,18 - 0,70	-0,08 - 1,01

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$

Auch der während der KISS-Teilnahme eingetretene Belastungsrückgang im sozialen Bereich stabilisiert sich im 6-monatigen Nacherhebungszeitraum und fällt zu t4 numerisch sogar noch ausgeprägter aus als zu Programmende (t2; Tabelle 9.2.2.2e)

**Tabelle 9.2.2.2e Erlebte Belastung durch die soziale Situation zu t1, t2 und t4 (KlientInnen-Einschätzung, Rating von 1 = gar nicht bis 7 = sehr selten)**

		KISS - ITT	KISS - TPP
	n	40	27
t1	M (SD)	4,37 (1,86)	4,30 (1,89)
t2	M (SD)	3,92 (2,12)	3,56 (2,08)
t4	M (SD)	3,52 (2,05)	3,48 (2,19)
t1-t2	M	0,45	0,74
	t-Wert (df)	1,51 (39) *	2,03 (26) *
	Cohens d	0,23	0,38
	95% CI von d	- 0,21 - 0,67	- 0,16 - 0,92
t2-t4	M	0,4	0,07
	t-Wert (df)	1,19 (39)	0,17 (26)
	Cohens d	0,19	0,03
	95% CI von d	- 0,25 - 0,63	- 0,50 - 0,57
t1-t4	M	0,85	0,81
	t-Wert (df)	2,31 (39) *	1,76 (26) *
	Cohens d	0,43	0,41
	95% CI von d	- 0,01 - 0,88	- 0,13 - 0,94

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$

### 9.2.2.3 VERÄNDERUNGEN IN DER ERLEBTEN SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG

Analog zum Rückgang der Belastungen, die von verschiedenen Lebensbereichen ausgehen, lässt sich im Katamnesezeitraum in allen drei Parametern sozialer Unterstützung ein Anstieg nachweisen (vgl. Tabelle 9.2.2.3). Der sich während der KISS-Programmdauer abzeichnende Zuwachs an **Unterstützung bei persönlichen Problemen** nimmt im Katamnesezeitraum nochmals zu, so dass sich die KlientInnen (ITT und TPP) zu Katamneseende (t4) signifikant stärker bei persönlichen Problemen unterstützt fühlen als zu Beginn der KISS-Teilnahme (t1).

Die soziale **Unterstützung bei praktischen Problemen** (ITT-Gruppe) nimmt im Katamnesezeitraum signifikant zu und übertrifft das Niveau des Ausgangswertes (nicht signifikant).

Der während der KISS-Zeit eingetretene signifikante Rückgang der erlebten sozialen **Unterstützung in Notsituationen** wird während des Katamnesezeitraums egalisiert, so dass sich die KlientInnen am Ende der Katamnesezeit genauso gut in Notsituationen unterstützt fühlen wie zu KISS-Beginn.

**Tabelle 9.2.2.3 Soziale Unterstützung zu t1, t2 und t4 (KlientInnen-Einschätzung, Rating von 1 = gar nicht bis 7 = sehr selten)**

Bei persönlichen Problemen		KISS - ITT	KISS - TPP
	n	40	27
t1	M (SD)	4,05 (2,46)	4,07 (2,57)
t2	M (SD)	4,57 (2,29)	4,67 (2,18)
t4	M (SD)	4,65 (2,09)	4,89 (2,12)
t1-t2	M	-0,53	-0,59
	t-Wert (df)	1,26 (39)	1,29 (26)
	Cohens d	0,22	0,25
	95% CI von d	- 0,22 - 0,66	- 0,29 - 0,78
t2-t4	M	0,08	0,22
	t-Wert (df)	0,21 (39)	0,57 (26)
	Cohens d	0,03	0,10
	95% CI von d	-0,40 - 0,47	-0,43 - 0,64
t1-t4	M	-0,60	-0,81
	t-Wert (df)	1,67 (39) *	2,04 (26) *
	Cohens d	0,26	0,35
	95% CI von d	- 0,18 - 0,70	- 0,19 - 0,88

**Tabelle 9.2.2.3 (Fortsetzung)**

Bei praktischen Problemen		KISS - ITT	KISS - TPP
	n	40	27
t1	M (SD)	4,60 (2,10)	4,63 (2,20)
t2	M (SD)	4,27 (1,89)	4,37 (1,90)
t4	M (SD)	4,87 (2,00)	4,93 (2,07)
t1-t2	M	0,33	0,29
	t-Wert (df)	-0,97 (39)	-0,77 (26)
	Cohens d	-0,16	-0,13
	95% CI von d	-0,60 - 0,28	-0,66 - 0,41
t2-t4	M	-0,60	0,56
	t-Wert (df)	1,73 (39) *	1,12 (26)
	Cohens d	0,31	0,28
	95% CI von d	-0,13 - 0,75	-0,25 - 0,82
t1-t4	M	0,28	0,30
	t-Wert (df)	0,63 (39)	0,56 (26)
	Cohens d	0,13	0,14
	95% CI von d	-0,30 - 0,57	-0,40 - 0,67
<b>In Notsituationen</b>		<b>KISS - ITT</b>	<b>KISS - TPP</b>
	n	40	27
t1	M (SD)	4,97 (2,14)	4,89 (2,28)
t2	M (SD)	4,37 (2,12)	4,19 (2,17)
t4	M (SD)	4,82 (2,26)	4,78 (2,28)
t1-t2	M	0,60	0,70
	t-Wert (df)	-1,74(39)*	-1,65(26) *
	Cohens d	-0,28	-0,32
	95% CI von d	0,72 - 0,16	-0,85 - 0,22
t2-t4	M	0,45	0,59
	t-Wert (df)	1,30 (39) #	1,33 (26) *
	Cohens d	0,21	0,26
	95% CI von d	-0,23 - 0,64	-0,28 - 0,80
t1-t4	M	-0,15	-0,11
	t-Wert (df)	-0,43 (39)	-0,23 (26)
	Cohens d	0,07	-0,05
	95% CI von d	0,51 - 0,37	-0,58 - 0,49

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$

### 9.2.2.4 VERÄNDERUNGEN IM ORGANMEDIZINISCHEN BEREICH

Beim Rückgang der Hauterkrankungen hat sich die signifikante Verbesserung von t1 nach t2 bis zum Zeitpunkt t4 stabilisiert, ohne dass die Veränderung zwischen t1 und t4 signifikant ist (Tabelle 9.2.2.4). Auch bei den anderen organmedizinischen Erkrankungen ergibt sich zwischen t1 und t4 erwartungsgemäß so gut wie keine Veränderung.

**Tabelle 9.2.2.4 Anteil der Personen mit Hauterkrankungen zu t1, t2 und t4**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	36	26
t1	% (n)	22,22 (8)	26,92 (7)
t2	% (n)	8,33 (3)	7,69 (2)
t4	% (n)	11,11 (4)	3,85 (1)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	5,0 *	5,0 *
	Hauterkrankung überwunden	5	5
	Hauterkrankungen neu	0	0
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,67	1
	Hauterkrankung überwunden	2	1
	Hauterkrankungen neu	4	3
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	1,29	1,8
	Hauterkrankung überwunden	5	1
	Hauterkrankungen neu	2	4

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$

### 9.2.2.5 VERÄNDERUNGEN IM PSYCHIATRISCHEN BEREICH

In der psychiatrischen Symptomatik bestätigen und erweitern sich für den Katamnesezeitraum die positiven Entwicklungen, die für die Laufzeit des KISS-Programms (Pre-post-Vergleich) nachweisbar waren. Eine signifikante Reduktion des Personenkreises mit **Angstzuständen** ist nicht nur von KISS-Beginn (t1) bis KISS-Abschluss (t2), sondern noch wesentlich stärker sechs Monate nach Ende des KISS-Programms nachweisbar (ITT, TPP; Tabelle 9.2.2.5a)

**Tabelle 9.2.2.5a Anteil der Personen mit Angstzuständen zu t1, t2 und t4**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	36	26
t1	% (n)	38,89 (14)	30,77 (8)
t2	% (n)	22,22 (8)	19,23 (5)
t4	% (n)	16,67 (6)	3,85 (1)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3 #	5,44 *
	Angstzustände überwunden	9	8
	Angstzustände neu	3	1
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,67	1
	Angstzustände überwunden	4	1
	Angstzustände neu	2	0
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	5,33 *	8 **
	Angstzustände überwunden	10	8
	Angstzustände neu	2	0

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

Ähnlich positiv wie die Reduktion der Angstzustände verläuft die Verbesserung der **Gedächtnisfunktionen und Konzentrationsfähigkeit**: Im Katamnesezeitraum reduziert sich der Anteil der Personen mit Schwierigkeiten im Gedächtnis und der Konzentration sehr deutlich und signifikant (Tabelle 9.2.2.5b).

**Tabelle 9.2.2.5b Anteil der Personen mit Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentration zu t1, t2 und t4**

	n	KISS-ITT	KISS-TPP
	n	36	26
t1	% (n)	50,00 (18)	50,00 (13)
t2	% (n)	41,67 (15)	38,46 (10)
t4	% (n)	27,78 (10)	23,08 (6)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	1,29	1,29
	Konz.probleme überwunden	5	5
	Konz.probleme neu	2	2
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3,57#	2,67
	Konz.probleme überwunden	6	5
	Konz.probleme neu	1	1
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	6,40*	5,44*
	Konz.probleme überwunden	9	8
	Konz.probleme neu	1	1

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$

Darüber hinaus ergibt sich im Katamnesezeitraum in der ITT-Gruppe ein signifikanter (TPP: nicht signifikanter) Rückgang des Personenkreises mit **depressiver Symptomatik**, der sich im Laufe der KISS-Teilnahme andeutete, aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht signifikant war (Tabelle 9.2.2.5c).

**Tabelle 9.2.2.5c Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik zu t1, t2 und t4**

	n	KISS-ITT	KISS-TPP
	n	36	26
t1	% (n)	36,11 (13)	30,77 (8)
t2	% (n)	27,78 (10)	19,23 (5)
t4	% (n)	22,22 (8)	15,38 (4)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,69	1,29
	Depress. überwunden	8	5
	Depress. neu	5	2
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,4	0,33
	Depress. überwunden	6	2
	Depress. neu	4	1
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3,57#	2,67
	Depress. überwunden	6	5
	Depress. neu	1	1

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$

Vergleicht man den Anteil der Personen mit **Psychopharmakaverschreibung** zu t1, t2 und t4, zeigt sich, dass sich nach einem Verschreibungsanstieg zu t2 die Werte zwischen Eingangs- und Katamneseerhebung wieder angeglichen haben. (Tabelle 9.2.2.5d).

**Tabelle 9.2.2.5d Anteil der Personen mit Psychopharmakaverschreibung zu t1, t2 und t4**

		KISS-ITT	KISS-TPP
	n	36	26
t1	% (n)	25,00 (9)	23,08 (6)
t2	% (n)	36,11 (13)	30,77 (8)
t4	% (n)	19,44 (7)	19,23 (5)
t1-t2	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	4,0*	2
	Psychopharma.versch. überwunden	0	0
	Psychopharma.versch. neu	4	2
t2-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	3,60#	1,29
	Psychopharma.versch. überwunden	8	5
	Psychopharma.versch. neu	2	2
t1-t4	Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,5	0,2
	Psychopharma.versch. überwunden	5	3
	Psychopharma.versch. neu	3	2

Anmerkungen. #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$

Wie bereits beim Pre-post-Vergleich, findet der Rückgang einzelner psychiatrischer Symptome auch im Pre-Katamnesevergleich seinen Niederschlag in einer geringeren **Gesamtbelastung über alle psychischen Probleme** hinweg (Tabelle 9.2.2.5e). Das bedeutet, dass sich die psychische Belastung der KISS-TeilnehmerInnen im Laufe des Programms signifikant verringert und diese Besserung auch über die Katamnesezeit hinweg Bestand hat.

**Tabelle 9.2.2.5e Subjektive Belastung durch psychische Probleme (Einschätzung durch die KlientInnen; M (SD); Skala von 1 = gar nicht bis 5 = extrem)**

	KISS-ITT [n = 36]	KISS-TPP [n = 26]
t1	2,83 (1,42)	2,81 (1,39)
t2	2,19 (1,33) <sup>a)</sup>	1,77 (1,21) <sup>b)</sup>
t4	2,08 (1,38) <sup>c)</sup>	1,85 (1,32) <sup>d)</sup>

Anmerkungen.

Vergleich t1-t2:

<sup>a)</sup>  $t(35) = 2,67, p < 0,006, d = 0,46, CI = [0,00 - 0,93]$

<sup>b)</sup>  $t(25) = 4,48, p = 0,001, d = 0,80, CI = [0,23 - 1,36]$

Vergleich t1-t4:

<sup>c)</sup>  $t(35) = 3,12, p < 0,002, d = 0,53, CI = [0,06 - 1,01]$

<sup>d)</sup>  $t(25) = 4,15, p = 0,002, d = 0,71, CI = [0,15 - 1,27]$

Die t2-t4-Unterschiede sind nicht signifikant (jeweils einseitige t-Tests für abhängige Stichproben)

---

### 9.2.2.6 FAZIT

Die positiven Veränderungen in bio-psycho-sozialen Parametern, die sich im Laufe der KISS-Teilnahme abzeichneten, finden eine erstaunlich gute Korrespondenz in den Ergebnisdaten der Nacherhebung sechs Monate nach Beendigung des Programms.

Zunächst einmal zeigt sich nicht unerwartet auch für den Katamnesezeitraum, dass in den eher zeitpersistenten soziodemografischen Merkmalen (wie z. B. Beschäftigungsstatus) und in organmedizinischen Erkrankungen keine kurzfristigen Änderungen durch die KISS-Teilnahme zu erwarten sind; der Rückgang des Anteils an SozialhilfeempfängerInnen sowie der Personen mit Hauterkrankungen ändert an dieser grundsätzlichen Feststellung wenig.

Demgegenüber bestätigt sich für den Katamnesezeitraum, dass der durch KISS angestoßene Rückgang an Lebensbelastungen nachhaltig ist: Die Arbeitssituation, das finanzielle Auskommen, das psychische Befinden, der rechtliche Zustand und die soziale Situation werden auch noch sechs Monate nach Ende der KISS-Teilnahme deutlich weniger belastend empfunden als noch zu KISS-Beginn. Die KISS-TeilnehmerInnen profitieren somit vom KISS-Programm nicht nur in Form umfangreicher Konsumsreduktionen (vgl. Kapitel 9.2.1), sondern auch in einer umfassenden alltagsbezogenen Belastungsreduktion.

Damit steht in guter Übereinstimmung, dass auch die bei vielen Drogenabhängigen besonders prekäre psychiatrische Symptomatik während der KISS-Teilnahme und auch noch im sechsmonatigen Follow-up-Zeitraum eine Wendung zum Besseren nimmt: Angst- und depressive Zustände nehmen ab, die Gedächtnis-/Konzentrationsfähigkeit nimmt zu und über alle psychiatrischen Symptome hinweg nehmen die KISS-KlientInnen einen Belastungsrückgang wahr. Der Anteil der Personen mit Einnahme ärztlich verschriebener Psychopharmaka steigt wieder auf das Ausgangsniveau zu Studienbeginn an.

Summa summarum bleibt festzuhalten, dass sich sechs Monate nach Beendigung des KISS-Programms dessen positive Effekte nicht nur in einer Konsumreduktion, sondern auch in einem geringeren Grad an Belastetheit durch verschiedene Lebensprobleme (Arbeit, Finanzen etc.) sowie einem geringeren Ausmaß an psychiatrischer Symptomatik niederschlagen.

---

## 9.2.3 SUBGRUPPENVERGLEICHE

In diesem Kapitel wird Subgruppenunterschieden im Konsumverhalten nachgegangen, wobei der Katamnesezeitraum im Fokus steht. Untersucht wird, welche der während der KISS-Teilnahme (t1-t2) eingetretenen Konsumreduktionen sich im Verlauf der 6 Monate nach Abschluss der KISS-Gruppe in Subgruppen der TeilnehmerInnen erhalten bzw. eventuell erst in der längerfristigen Perspektive eingestellt haben. In die Betrachtung einbezogen werden die nach Geschlecht, Schwere der Abhängigkeit, Beschäftigungsstatus, psychiatrischen Begleiterkrankungen und sozialer Unterstützung differenzierten Subgruppen der KlientInnen.

Die Darstellung orientiert sich an der in Kapitel 9.1.4 eingeschlagenen Vorgehensweise. Geprüft werden jeweils zunächst die Konsumveränderungen von t2 (Post-Assesement) nach t4 (Katamnesezeitpunkt), d. h. die Entwicklung des Substanzkonsums während der auf das KISS-Treatment folgenden 6 Monate. Danach wird der numerische Unterschied der Konsumvariablen von t1 nach t4 untersucht. Hierbei steht die Frage im Mittelpunkt, ob sich der Konsum auch 6 Monate nach Abschluss der Intervention und insgesamt ca. 10 Monate nach Beginn des Programms noch unterhalb des Ausgangsniveaus zu t1 (Pre-Assessment) befindet.

Wie bereits in Kapitel 9.2.1 erläutert, reduziert sich die analysierbare Fallzahl für die katamnestischen Analysen durch den Ausfall der Personen, die zu t4 nicht mehr erreicht bzw. ausgewertet werden konnten. Dadurch sind die in diesem Kapitel für t1 und t2 ausgewiesenen Durchschnittswerte in der Regel nicht mit denen aus Kapitel 9.1.4 identisch. Alle Einzelwerte zu den in den folgenden Abschnitten berichteten Subgruppenvergleichen finden sich in Anhang A3, die summarischen Ergebnisse in den Tabellen 9.2.3.1-9.2.3.6.

### 9.2.3.1 GESCHLECHT

In Tabelle 9.2.3.1 ist die Konsumentwicklung der männlichen der weiblichen KlientInnen in den vier substanzübergreifenden Konsumindikatoren gegenüber gestellt, und zwar sowohl die Entwicklung zwischen Abschluss- und Katamneseerhebung (t2-t4-Vergleich) als auch diejenige zwischen Eingangs- und Katamneseerhebung (t1-t4-Vergleich).



**Tabelle 9.2.3.1 Veränderungen in den vier substanzübergreifenden Overall-Konsumindikatoren in Abhängigkeit vom Geschlecht**

	t2-t4		t1-t4	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	-33,25 (123,35) [24] ns	18,17 (212,58) [13] ns	59,48 (165,69) [24] *	110,04 (338,19) [13] ns
Konsumausgaben in €	30,05 (389,18) [24] ns	-23,66 (726,00) [13] ns	289,43 (699,70) [24] *	154,35 (790,06) [13] ns
Anzahl konsumfreier Tage	-1,56 (5,83) [23] ns	1,23 (7,27) [13] ns	2,26 (5,72) [23] *	3,36 (7,67) [13] #
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	0,13 (0,95) [24] ns	0,46 (1,56) [13] ns	0,46 (1,25) [24] *	1,23 (1,36) [13] **

Anmerkungen. Ausgewiesen sind die Mittelwertdifferenzen zwischen Post-Assessment und Katamnese (t2-t4) bzw. zwischen Pre-Assessment und Katamnese (t1-t4), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern).

Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen.

Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.

Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

Betrachtet man zunächst die Veränderungen des Konsums nach Beendigung des Programms (t2-t4), so lässt sich weder für Frauen noch für Männer eine signifikante Zu- bzw. Abnahme des Konsums feststellen. Das gilt für alle vier betrachteten Zielvariablen.

Vergleicht man das Ausgangsniveau (t1) mit dem Niveau 6 Monate nach Ende des KISS-Programms (t4), so findet sich für Männer durchgängig in allen vier Zielvariablen eine signifikante Verringerung des Konsums. Die bereits während des Programms eingetretene durchgängige Verbesserung der Männer (t1-t2-Vergleich, siehe Kapitel 9.1.4) hat somit im Katamnesezeitraum Bestand. Für Frauen lässt sich eine signifikante t1-t4-Verbesserung für die Anzahl der konsumfreien Tage und Abhängigkeitsdiagnosen beobachten, bei den beiden anderen Zielvariablen ist die numerisch deutliche Verringerung des Konsums vor allem aufgrund der enormen Standardabweichungen bei gleichzeitig geringer Fallzahl ( $n=13$ ) inferenzstatistisch nicht abzuschließen.

**Fazit:** Insgesamt belegen diese Ergebnisse, dass das KISS-Programm bereits während seiner Durchführung über alle Overall-Konsumindikatoren hinweg einen positiven Effekt bei Männern entfaltet, der auch nach Abschluss des Programms anhält. Auch bei Frauen treten sowohl während der Programmdurchführung als auch im anschließenden Katamnesezeitraum numerisch ausgeprägte Konsumreduktionen ein, die aller Wahrscheinlichkeit nach nur deshalb nicht (t1-t2-Vergleich) bzw. nur zum Teil (t1-t4-Vergleich) statistisch signifikant werden, weil die auswertbare Personenzahl der Frauen deutlich unter der der Männer liegt und die Standardabweichungen in der Gruppe der Frauen wesentlich höher ausfallen. Insofern lässt sich folgern, dass die nachhaltige Wirkung des KISS-Programms für Männer gut abgesichert ist und sie sich auch bei Frauen abzeichnet, aber an einer größeren Stichprobe drogenabhängiger Frauen abgesichert werden müsste.

### 9.2.3.2 SCHWERE DER ABHÄNGIGKEIT

Betrachtet man die nach der Schwere ihrer Abhängigkeit<sup>17</sup> dichotomisierten TeilnehmerInnen, so lässt sich sowohl für die „weniger schwer Abhängigen“ als auch die „schwer Abhängigen“ eine Stabilität des Konsums zwischen t2 und t4 beobachten, d. h. es treten keine signifikanten Konsumänderungen von t2 nach t4 ein. Zwar ist bei den weniger schwer Abhängigen eine leichte Verschlechterung und bei den schwer Abhängigen eine leichte Verbesserung der Konsumwerte feststellbar. Diese Veränderungen sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Demgegenüber zeigt sich, dass den schwer Drogenabhängigen nicht nur während der Programm Durchführung (im t1-t2-Vergleich) in allen vier Zielgrößen eine signifikante Konsumreduktion gelingt (s. Kapitel 9.1.4.2), sondern dass sie diese auch längerfristig – sprich bis Katamnese – in allen vier Zielvariablen aufrechterhalten können (t1-t4-Vergleich). Alle t1-t4 Differenzen sind bei den schwer Abhängigen statistisch hochsignifikant, nicht hingegen bei den weniger schwer Abhängigen (vgl. Tabelle 9.2.3.2).

Der besondere Nutzen von KISS bei schwer Abhängigen ist somit nicht nur für die abhängige Variable „Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen“, die in die Gruppenbildung (leicht/schwer abhängig) einging und deren Veränderung deshalb ein Methodenartefakt darstellen könnte, nachweisbar.

**Tabelle 9.2.3.2 Veränderungen in den vier substanzübergreifenden Overall-Konsumindikatoren in Abhängigkeit von der Schwere der Drogenabhängigkeit**

	t2-t4		t1-t4	
	weniger schwer	schwer	weniger schwer	schwer
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	-42,80 (192,72) [18] ns	11,84 (122,75) [18] ns	-7,65 (188,98) [18] ns	166,70 (258,72) [18] **
Konsumausgaben in €	-29,27 (657,23) [18] ns	52,32 (378,06) [18] ns	100,68 (858,84) [18] ns	396,76 (569,59) [18] **
Anzahl konsumfreier Tage	-1,51 (5,50) [18] ns	0,41 (7,28) [18] ns	0,41 (5,93) [18] ns	4,91 (6,22) [18] **
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	0,11 (1,02) [18] ns	0,39 (1,38) [18] ns	-0,11 (1,18) [18] ns	1,61 (0,85) [18] **

Anmerkungen. Ausgewiesen sind die Mittelwertdifferenzen zwischen Post-Assessment und Katamnese (t2-t4) bzw. zwischen Pre-Assessment und Katamnese (t1-t4), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern).

Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Fazit:** Nach den vorliegenden Befunden profitieren von KISS vor allem schwer Drogenabhängige, d. h. diejenigen, die bei mindestens jeder zweiten von ihnen konsumierten Substanz eine

<sup>17</sup> Wie in Kapitel 9.1.4.2 beschrieben, wurde die Schwere der Abhängigkeit als „Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen dividiert durch die Anzahl der konsumierten Substanzen“ operationalisiert. Für die Gruppenbildung wurde dieser Abhängigkeitsschwereindex am Median dichotomisiert:  $< 0,5$  = „weniger schwer abhängig“,  $\geq 0,5$  = „schwer abhängig“.

DSM-IV-Abhängigkeitsdiagnose aufweisen. Diesem Personenkreis gelingt es, bereits während der KISS-Teilnahme über alle von ihnen konsumierten Hauptsubstanzen hinweg ihren Gesamtkonsum sowie die assoziierten Konsumkosten zu reduzieren, die konsumfreien Tage zu steigern und sich aus den diversen Substanzabhängigkeiten herauszuentwickeln. Und: Dieser umfassende Effekt ist von Dauer, d. h. er hält in allen vier Overall-Konsumindikatoren über den 6-monatigen Katamnesezeitraum hinweg an. Da die Personenzahl in der Gruppe der weniger schwer Abhängigen nicht (t1-t4) bzw. nicht deutlich (t1-t2) von der der schwer Abhängigen abweicht und auch die Standardabweichungen nicht systematisch zu Ungunsten der weniger schwer Abhängigen ausfallen, spricht alles dafür, einen besonderen Nutzen des KISS-Programms bei schwer Drogenabhängigen anzunehmen.

### 9.2.3.3 SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

In Bezug auf die Zugehörigkeit zur Gruppe der SubstitutionsklientInnen lässt sich für den Zeitraum zwischen Ende der KISS-Gruppe (t2) und Ende der Katamnesezeit (t4) für die Substituierten bei drei der vier Zielkriterien eine Zunahme des Konsums beobachten. Zwar ist keiner dieser t2-t4-Unterschiede statistisch signifikant – die Tendenz (mit Ausnahme der Abhängigkeitsdiagnosen) jedoch eindeutig. Diese Konsumwiederzunahme bei den Substituierten führt dazu, dass sich im Vergleich von t1 mit t4 lediglich für die KlientInnen ohne Substitutionsbehandlung zum Katamnesezeitpunkt ein signifikant unterhalb des Ausgangsniveaus liegender Konsum nachweisen lässt. Erneut gilt hier die Ausnahme, dass die Reduktion der Abhängigkeiten für beide Gruppen statistisch signifikant auch über den längeren Zeitraum (t1 – t4) nachweisbar ist.

**Tabelle 9.2.3.3 Veränderungen der substanzübergreifenden Overall-Konsumindikatoren in Abhängigkeit vom Substitutionsstatus**

	t2-t4		t1-t4	
	nicht in Substitution	in Substitution	nicht in Substitution	in Substitution
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	-34,27 (134,76) [10] ns	-8,12 (169,40) [27] ns	158,39 (189,48) [10] *	47,19 (249,01) [27] ns
Konsumausgaben in €	132,70 (612,71) [10] ns	-33,83 (490,36) [27] ns	816,02 (882,90) [10] **	29,35 (532,52) [27] ns
Anzahl konsumfreier Tage	0,37 (8,00) [10] ns	-0,91 (5,87) [27] ns	4,64 (4,82) [10] **	1,89 (6,85) [27] #
Anzahl Abhängigkeitsdiagnosen	0,60 (1,43) [10] ns	0,11 (1,09) [27] ns	1,00 (1,05) [10] **	0,63 (1,42) [27] *

*Anmerkungen. Ausgewiesen sind die Mittelwertdifferenzen zwischen Post-Assessment und Katamnese (t2-t4) bzw. zwischen Pre-Assessment und Katamnese (t1-t4), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern). Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.*

*Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$*

---

Fazit: **Nichtsubstituierte KlientInnen** profitieren umfassend und dauerhaft von KISS. Ihnen gelingt es im 6-monatigen Katamnesezeitraum signifikant den gesamten Drogenkonsum und die damit verbundenen Konsumkosten zu senken sowie die konsumfreien Tage zu steigern und sich aus den Substanzabhängigkeiten zu lösen. Das heißt, dass trotz der geringen Gruppengröße ( $n = 10$ ) am Ende der Katamnesezeit in allen vier Zielgrößen eine signifikante Verbesserung im Vergleich zum Ausgangsniveau nachweisbar ist. **Substituierte KlientInnen** profitieren ebenfalls von KISS, indem sie während der Programmteilnahme (t1-t2-Vergleich; vgl. Kapitel 9.1.4.3) in signifikanter Weise ihren Drogenkonsum reduzieren, weniger Geld für Drogen ausgeben, die Anzahl der konsumfreien Tage steigern und sich aus den Substanzabhängigkeiten lösen. Allerdings gehen diese Effekte mit Ausnahme der Anzahl der Substanzabhängigkeiten im Katamnesezeitraum verloren, d. h. es stellt sich bei dieser Gruppe die Aufgabe, die katamnestiche Stabilität der programmbedingten Veränderungen zu fördern.

#### 9.2.3.4            **BESCHÄFTIGUNGSSTATUS**

Für Personen, die ohne Beschäftigung sind – d. h. keiner Arbeit oder Ausbildung nachgehen – bestätigt sich das in Kapitel 9.1.4.4 berichtete Ergebnis auch für den Katamnesezeitraum: Ihnen gelingt es in allen vier Overall-Konsumindikatoren, während der Laufzeit des KISS-Programm (t1-t2) ihren Drogenkonsum signifikant zu reduzieren und diese Reduktion über den Katamnesezeitraum hinweg aufrecht zu erhalten (t1-t4). Eine zusätzliche signifikante Reduktion des Konsums von t2 nach t4 lässt sich nicht feststellen.

Anders verhält es sich bei Personen, die aktuell in Arbeit bzw. Ausbildung sind. Bei ihnen zeigt sich, dass die deutlichen, von t1 nach t2 erreichten Konsumreduktionen im Katamnesezeitraum nicht aufrechterhalten werden: Die Differenz zwischen t1- und t4-Werten zeigt für diesen längeren Betrachtungszeitraum zwar numerisch durchaus Konsumreduktionen an, die aber nicht signifikant ausfallen. Hintergrund der ausbleibenden Signifikanz der katamnestiche Befunde der in Arbeit oder Ausbildung Stehenden dürfte auch hier die relativ geringe Substichprobengröße ( $n = 15$ ) sein, so dass sich Ergebnisreplikationen gebieten, um weitergehende Schlussfolgerungen zulässig erscheinen zu lassen.

**Tabelle 9.2.3.4 Veränderungen der substanzübergreifenden Overall-Konsumindikatoren in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus**

	t2-t4		t1-t4	
	nicht beschäftigt	in Arbeit oder Aus- bildung	nicht beschäftigt	in Arbeit oder Aus- bildung
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	-1,63 (165,02) [22] ns	-35,06 (154,15) [15] ns	79,44 (232,76) [22] #	74,03 (251,78) [15] ns
Konsumausgaben in €	18,25 (598,01) [22] ns	0,81 (407,11) [15] ns	318,22 (863,55) [22] *	130,13 (457,38) [15] ns
Anzahl konsumfreier Tage	0,63 (6,15) [22] ns	-2,34 (6,65) [15] ns	3,01 (5,10) [22] **	2,11 (8,24) [15] ns
Anzahl Abhängig- keitsdiagnosen	0,36 (1,26) [22] #	0,07 (1,10) [15] ns	1,00 (1,11) [22] **	0,33 (1,54) [15] ns

Anmerkungen. Ausgewiesen sind die Mittelwertdifferenzen zwischen Post-Assessment und Katamnese (t2-t4) bzw. zwischen Pre-Assessment und Katamnese (t1-t4), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern).

Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: ns:  $p > 0,10$ ; #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Fazit:** KISS wirkt besonders gut bei Personen, die keiner Arbeit oder Ausbildung nachgehen. Ihnen gelingt es bereits während der Programmdurchführung, in allen Konsumvariablen eine signifikante Reduktion zu erzielen und diese im katamnestischen Bewährungszeitraum aufrechtzuerhalten. Die KlientInnen, die sich in Arbeit oder Ausbildung befinden, profitieren ebenfalls von KISS, insofern sie während der Programmteilnahme ihren Konsum signifikant reduzieren. Die Tatsache, dass die auch im Katamenesezeitraum noch sichtbaren Verbesserungen (t1-t4-Vergleich) statistisch nicht abzusichern sind, dürfte der geringen Personenzahl und dem entsprechend starken Effekt einzelner Ausreißerwerte geschuldet sein.

### 9.2.3.5 PSYCHIATRISCHE BEGLEITERKRANKUNGEN

Das prinzipiell gleiche Bild wie zuvor zeigt sich auch im Falle der psychiatrischen Begleiterkrankungen: Von t2 nach t4 lässt sich für keine der beiden verglichenen Gruppen (ohne bzw. mit mindestens einer Begleiterkrankung) eine signifikante Konsum- oder Abhängigkeitsveränderung nachweisen.

Betrachtet man demgegenüber die Veränderungen von t1 nach t4, so stellt man fest, dass die Personen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen auch über diesen längeren Zeitraum ihren Konsum signifikant verringern konnten. Mit anderen Worten stabilisieren sich die Veränderungen, die dieser Personenkreis in allen vier Overall-Konsummaßen bereits von t1 nach t2 in statistisch bedeutsamem Ausmaß erzielen konnte.

Obwohl deskriptiv in gleicher Richtung (Verringerung des Konsums), lassen sich für die 13 Personen ohne psychiatrische Begleiterkrankungen die Veränderungen, die sie in signifikanter Weise zwischen KISS-Beginn und KISS-Ende erzielt hatten, im Katamnesezeitraum nicht aufrechterhalten. Maßgeblich dafür dürfte erneut die geringe Fallzahl bei gleichzeitig großen Wertestreuungen sein.

**Tabelle 9.2.3.5 Veränderungen der substanzübergreifenden Overall-Konsumindikatoren in Abhängigkeit von psychiatrischen Begleiterkrankungen**

	t2-t4		t1-t4	
	keine	mindestens eine	keine	mindestens eine
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	-37,21 (153,38) [13] ns	-2,79 (168,20) [23] ns	67,31 (322,38) [13] ns	86,52 (186,84) [23] *
Konsumausgaben in €	-34,12 8% (582,33) [13] ns	39,44 (509,67) [23] ns	159,06 (833,99) [13] ns	300,43 (684,86) [23] *
Anzahl konsumfreier Tage	-0,87 (6,79) [13] ns	-0,41 (6,53) [23] ns	2,92 (7,89) [13] ns	2,61 (5,82) [23] *
Anzahl Abhängigkeits- diagnosen	0,23 (1,01) [13] ns	0,22 (1,31) [23] ns	0,62 (1,04) [13] *	0,83 (1,50) [23] **

*Anmerkungen. Ausgewiesen sind die Mittelwertdifferenzen zwischen Post-Assessment und Katamnese (t2-t4) bzw. zwischen Pre-Assessment und Katamnese (t1-t4), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern).*

*Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveau: n.s.:  $p > 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .*

**Fazit:** Menschen mit, wie auch solche ohne psychiatrische Begleiterkrankung profitieren von der KISS-Teilnahme, insofern sie während der Programmlaufzeit (t1-t2) ihren Substanzkonsum reduzieren. Die Aufrechterhaltung der Veränderung im Katamnesezeitraum gelingt numerisch gesehen beiden Gruppen, in signifikantem Ausmaß aber nur den KlientInnen mit psychiatrischer Begleiterkrankung. Die ausbleibende Signifikanz für den Katamnesezeitraum (t1-t4) in der Gruppe ohne Begleiterkrankung dürfte erneut auf die geringe Fallzahl und die großen Wertestreuungen innerhalb der Gruppe zurückzuführen sein.

### 9.2.3.6 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Beim Index sozialer Unterstützung setzt sich ein aus den vorigen Abschnitten bekanntes Phänomen fort: Eine Gruppe – hier diejenige mit geringer sozialer Unterstützung – reduziert ihr Konsumverhalten konsistent über alle vier Overall-Konsumindikatoren und beide Zeiträume hinweg. Der Gesamtkonsum, die Konsumkosten, die Konsumtage sowie die Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen gehen bei KlientInnen mit geringer sozialer Unterstützung während der Behandlungszeit zurück (t1-t2) und liegen auch noch am Ende des Katamnesezeitraums unter dem Ausgangsniveau (t1-t4). KlientInnen mit höherer sozialer Unterstützung können konsistent über beide Zeiträume hinweg (t1-2, t1-t4) die Anzahl der konsumfreien Tage steigern und zudem im Laufe der 6-monatigen Katamneseperiode (t2-t4) die Anzahl der Abhängigkeitsdiagnosen senken.

**Tabelle 9.2.3.6 Veränderungen der substanzübergreifenden Overall-Konsumindikatoren in Abhängigkeit von der sozialen Unterstützung**

	t2-t4		t1-t4	
	Index sozialer Unterstützung		Index sozialer Unterstützung	
	< = 12	> 12	< = 12	> 12
Gesamtkonsum (in SKE; „Nutt-Index“)	-10,01 (96,68) [17] ns	-19,58 (200,54) [20] ns	126,24 (190,02) [17] **	35,61 (268,75) [20] ns
Konsumausgaben in €	-74,08 (217,30) [17] ns	83,65 (682,44) [20] ns	413,12 (728,30) [17] *	96,49 (706,98) [20] ns
Anzahl konsumfreier Tage	-0,77 (4,41) [17] ns	-0,38 (7,73) [20] ns	2,43 (5,53) [16] *	2,84 (7,17) [20] *
Anzahl Abhängig- keitsdiagnosen	-0,18 (0,73) [17] ns	0,60 (1,39) [20] *	0,71 (1,31) [17] *	0,75 (1,37) [23] *

Anmerkungen. Ausgewiesen sind die Mittelwertdifferenzen zwischen Post-Assessment und Katamnese (t2-t4) bzw. zwischen Pre-Assessment und Katamnese (t1-t4), die Standardabweichungen dieser Differenzen (in runden Klammern) sowie die jeweilige Fallzahl (in eckigen Klammern).

Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: n.s.:  $p > 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Fazit:** Drogenabhängige mit geringer sozialer Unterstützung profitieren umfassend (in allen vier Konsumindikatoren) und anhaltend (von Studienbeginn mit Katamneseende) vom KISS-Programm. Bei Drogenabhängigen mit höherer sozialer Unterstützung zeigt sich dieser Befund nicht so umfassend, d. h. der Konsumrückgang ist nicht in allen Konsumindikatoren und über beide Zeitpunkte nachweisbar. Zumindest was den Gesamtkonsum anbelangt, könnte dies durch die relativ hohe Intragruppenvarianz bedingt sein, was zur Ergebnisabsicherung weitere Studien an größeren Stichproben nahelegt.

### 9.2.3.7 FAZIT

Als Fazit der Subgruppenanalysen lässt sich festhalten: KISS wirkt umfassend (d. h. über alle Overall-Konsumindikatoren hinweg) und kurz- wie auch mittelfristig (d. h. von KISS-Beginn über KISS-Abschluss bis zu Katamneseende) 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.

Das heißt in kompakter Form: KISS wirkt bei mehrfach (sozial, psychisch und/oder substanzbezogen) beeinträchtigten Drogenabhängigen besonders gut. Allerdings zeigt sich eine Wirkung auch bei den Komplementärgruppen der weiblichen Drogenabhängigen sowie denen mit eher geringer Abhängigkeitsschwere, denen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen sowie bei denen mit höherer sozialer Unterstützung. Der Nachweis der Wirksamkeit von KISS über alle Konsumindikatoren und alle Zeiträume hinweg scheitert bei diesen Gruppen vermutlich nur an der jeweils geringen Fallzahl und dadurch besonders zu Buche schlagenden Personen mit Ausreißerwerten, die zu hohen, Signifikanzen erschwerenden Standardabweichungen führen. Einzig bei der Gegenüberstellung der Drogenabhängigen, die einen hohen versus geringen Grad an Abhängigkeitsbelastung aufweisen, erscheint diese Erklärung nicht triftig, und es spricht nach den vorgelegten Ergebnissen alles dafür, dass schwerer Drogenabhängige von KISS mehr profitieren als diejenigen mit relativ wenig oder keinen Abhängigkeitsdiagnosen. Und: Insbesondere substituierte KlientInnen bedürfen offenbar einer KISS-Fortsetzung bzw. „Auffrischung“ nach Ende der 12 Sitzungen, um die bis dahin erzielten, allesamt signifikanten Verbesserungen nicht zu verlieren. So oder so sollten diese nach den Subgruppenanalysen offen bleibenden Punkte in Folgestudien mit größeren Fallzahlen überprüft werden.



---

# 10 NICHTTEILNEHMERINNEN AN DER KISS-STUDIE

## 10.1 THEORETISCHER HINTERGRUND

Die Ablehnung bzw. Teilnahmeverweigerung angebotener psychosozialer bzw. medizinischer Interventions- und Behandlungsverfahren ist bisher unzulänglich empirisch erforscht. Das Thema wird nur randständig diskutiert und taucht allenfalls im Rahmen von Studien zur Therapiemotivation bzw. zu Behandlungsabbrüchen (Hiller et al. 2009, Lang 2003) auf, wobei die explizite Ablehnung einer angebotenen Behandlung meist nicht thematisiert wird.

Aus dem angloamerikanischen Raum liegen einige wenige Ergebnisse zur Ablehnung von Behandlungen bei unterschiedlichen Störungen vor, die allerdings nicht systematisch aufeinander bezogen sind. So zweifeln in der Erhebung von Schumann, Lenz, Berghöfer & Müller-Oerlinghausen (1999) mehr als 40% der angesprochenen PatientInnen mit bipolarer Störung an der prophylaktischen Wirkung einer Lithiumbehandlung und stehen ihr deshalb ablehnend gegenüber. Sharf, Stelljes und Gordon (2005) berichten, dass ein Teil der PatientInnen mit Lungenkarzinom eine Behandlung ablehnt, da sie das Schicksal oder den Glauben für den weiteren Verlauf verantwortlich machen und Misstrauen gegenüber medizinischen Autoritäten hegen. Kamholz, Gulliver, Helstrom & Morissette (2009) berichten, dass von 201 ausgewählten Personen, die an einer Rauchentwöhnungstherapie teilnehmen sollten, nur 78 das Angebot angenommen haben. 123 potentielle KandidatInnen lehnten das Angebot von vornherein ab, nahmen nicht am Eingangsinterview teil oder waren danach nicht länger am Angebot interessiert.

Warum werden derartige Behandlungen – obwohl wissenschaftlich als Erfolg versprechend eingestuft – abgelehnt? Fraenkel, Mc Graw, Wongcharatrawee & Garcia-Tsao (2005) haben eine umfangreiche Liste von Gründen, die in den Entscheidungsprozess pro/kontra einer Hepatitis-C-Behandlung einfließen, zusammengestellt. Dazu gehören u. a. die Risiko-Erfolgs-Abwägung, die heuristische Konzeptionalisierung der Hepatitis C Infektion, soziale Rahmenbedingungen, die ärztliche Informationsvermittlung, Angst vor Nebeneffekten und Vermeidungsverhalten zum Schutz aktueller Lebensvollzüge. Die Autoren empfehlen, einen Ausstieg aus dem Behandlungsprogramm schon bei Beginn der Intervention optional in Aussicht zu stellen, um Entscheidungsspielraum einzuräumen und auf diese Weise Behandlungsverweigerungen zu vermeiden. Fischer-Kern, Slunecko, Leithner, Löffler-Stastka & Ponocny-Seliger (2006) sehen die nachfolgend aufgeführten klientenbezogenen Merkmale als maßgeblich dafür an, dass psychotherapeutische Interventionsangebote abgelehnt werden:

- § Geschlecht, Alter, Ausbildung (junge Männer mit geringer Ausbildung lehnen therapeutische Maßnahmen, die persönlichen Einsatz erfordern, eher ab).
- § Diagnose, Schwere und Dauer der Symptome sowie bisheriger Behandlungsverlauf (chronifizierte Krankheiten mit fehlgeschlagenen Behandlungsversuchen sind eher Anlass, weitere Behandlungen zu vermeiden).

- 
- § Subjektive Krankheitstheorien (psychosoziale Krankheitsattributionen haben eine förderliche Wirkung für die Inanspruchnahme und den Erfolg einer Behandlung).

In ihrer Monographie zur Therapiemotivation diskutieren Meichenbaum und Turk (1994) den Einfluss von Behandlungs- und Organisationsmerkmalen auf die Therapiemotivation. Danach wird die Behandlungsbereitschaft durch folgende Faktoren reduziert: Schlechte Erfahrung mit TherapeutInnen, Sorgen über mögliche Nebeneffekte und iatrogene Einflüsse, Ungeduld mit dem Verlauf, Komplexität und Anspruchsniveau der Behandlung, kein Aufbau einer wertschätzenden und informierten Beziehungsstruktur, keine Ermunterung zur Mitwirkung.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es über viele Krankheitsbereiche hinweg offenbar häufig zur Nichtanspruchnahme einer Behandlung kommt. Die Gründe dafür sind multifaktoriell anzusehen, d. h. es sind sowohl Behandler-, Behandlungs- und Organisationsmerkmale wie auch Patientenmerkmale (z.B. Behandlungsvorerfahrungen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Kosten-Nutzen-Abwägungen u.a.m.) von Einfluss. Ein überzeugendes multi-faktorielles umfassendes Erklärungsmodell der Nichtteilnahme an angebotenen Behandlungen liegt bislang nicht vor.

## **10.2 PILOTSTUDIE ZUR NICHTTEILNAHME AN DER KISS-STUDIE**

Um die Nichtteilnahme am KISS-Programm zu erhellen, wurde eine Pilotstudie durchgeführt, die sich an einigen Überlegungen und Ergebnissen der zuvor genannten Studien orientiert.

### **10.2.1 FRAGESTELLUNGEN**

- § Die zentrale Zielsetzung der durchgeführten Pilotstudie bestand in der Erhellung der Nichtteilnahmegründe an der KISS-Studie. Folgende Hypothesen waren forschungsleitend:
- § Zentraler Nichtteilnahmegrund ist mangelnde bzw. unzureichende Information über das KISS-Programm.
  - § Organisatorische Programmbedingungen der KISS-Studie halten von einer Teilnahme ab.
  - § Negative bisherige Therapieerfahrungen erschweren eine Teilnahme.
  - § Das KISS-Angebot wird als Einschnitt in die persönliche Selbstbestimmung erlebt.
  - § Ein zentraler Nichtteilnahmegrund besteht darin, dass kein Veränderungsbedarf des aktuellen Drogenkonsums gesehen wird („fehlender Problemdruck“).

## **10.2.2 METHODE**

### **10.2.2.1 DESIGN**

Die Pilotstudie zu den Nichtteilnahmegründen wurde als separate, personell und organisatorisch nicht mit dem KISS-RCT verknüpfte, standardisierte Feldstudie mit Drogenkonsumierenden aus idh-Einrichtungen durchgeführt.

### **10.2.2.2 REKRUTIERUNG DER TEILNEHMERINNEN**

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen erfolgte in den drei KISS-Standorten FriedA, Niddastraße und Eastside (vgl. Kapitel 2.5). Auswahlkriterium für die Mitwirkung an der Erhebung war, dass die Angesprochenen die KISS-Studie entweder über persönliche Ansprache durch idh-MitarbeiterInnen oder aus Informationsflyern kannten, aber nicht am KISS-Angebot teilnehmen wollten. KlientInnen, die das KISS-Angebot nicht kannten, wurden nicht in die Befragung einbezogen.

Angestrebt wurde, 50 Personen für die Teilnahme an der Befragung zu gewinnen. Dazu wurden 75 Personen der verschiedenen idh-Einrichtungen angesprochen, von denen 51 Personen an der Befragung teilnahmen. Es handelt sich dabei um eine anfallende Stichprobe, die keine Repräsentativität für die Grundgesamtheit aller Nichtteilnehmenden beanspruchen kann.

### **10.2.2.3 ERHEBUNGSINSTRUMENT**

Die Befragung der KlientInnen fand mittels eines strukturierten vierseitigen Interviewleitfadens, der aus zwei Teilen besteht, statt. Im ersten Teil des Interviews werden soziodemografische Daten, der aktuelle Drogenkonsum sowie eine Bewertung der letzten Therapieerfahrung (per Ratingskala: 1 = keinerlei Wirkung und Hilfe, 5 = einigermaßen wichtige Erfahrung, 10 = sehr viel geholfen) erhoben.

Im zweiten Teil sind 18 verschiedene Hinderungs- und Beweggründe für eine Nichtteilnahme an der KISS-Studie unter zwei Aspekten einzuschätzen: Zunächst, ob der Grund überhaupt eine Rolle für die Nichtteilnahme spielte – im Sinne einer Screening-Frage - und wenn ja, welche Bedeutsamkeit ihm auf einer Skala von 1 bis 10 zugeschrieben wird (1 = „Hinderungsgrund war überhaupt nicht entscheidend, der Grund spielte für meine Nichtteilnahme keine Rolle“; 3 = „war für mich ein bedenkenswerter Grund, aber nicht besonders wichtig“; 5 = „war für mich ein wichtiger Grund und Anlass, nein zur Teilnahme zu sagen“; 7 = „war für mich ein entscheidender Grund, nicht teilzunehmen“; 10 = „war für mich ein alles entscheidender Grund für die Nichtteilnahme, absolut wichtiger Grund“). Als Gründe werden u. a. vorgegeben: „meine aktuelle Lebenssituation erfordert keine Veränderung des Drogenkonsums“, „kein Interesse meinen Konsum zu kontrollieren“, „schaffe das auch selbst, habe schon öfters Cleanphasen eingelegt und mache das wieder, wenn nötig“, „Programm gefällt mir nicht“, „Zeitaufwand von 12 Sitzungen zu groß“, „ungünstige Verkehrsanbindung“, „Gruppensituationen mag ich nicht“, „engeres soziales

Umfeld erschwert Teilnahme“, „plane eine andere Therapie“ etc.). Zudem werden in Form einer offenen Kategorie „andere Gründe für eine Nichtteilnahme“ erfragt, inklusive deren Bedeutsamkeit für die Nichtteilnahme. Abschließend werden die TeilnehmerInnen gebeten, aus den 18 Vorgaben die drei wichtigsten Gründe für ihre Nichtteilnahme auszuwählen.

#### **10.2.2.4 DURCHFÜHRUNG**

Die Interviews wurden durch eine Studierende der Fachhochschule Frankfurt am Main (FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit; Rid, 2007) im Zeitraum von April bis Juli 2007 in den drei oben genannten idh-Einrichtungen durchgeführt. Die Durchführungsdauer des Interviews betrug durchschnittlich 12 Minuten (Range: 8 - 30 Minuten, je nach Verfassung der TeilnehmerInnen). Die Teilnahme am Interview wurde mit 2 € Aufwandsentschädigung vergütet.

#### **10.2.2.5 STICHPROBE**

Das Durchschnittsalter der n = 51 befragten NichtteilnehmerInnen liegt mit 40,4 Jahren (Range 23 – 59 Jahre) leicht über dem der KISS-Stichprobe (38,9 Jahre), geschlechtsspezifische Altersunterschiede bestehen nicht. Der Frauenanteil der vorliegenden Stichprobe (35 Männer, 16 Frauen, d. h. Männer-Frauen-Verhältnis ca. 2:1) liegt deutlich über dem der KISS-Stichprobe (3:1). Der Erstkonsum illegaler Drogen fand im Alter von 18,9 Jahren statt. Die aktuell am häufigsten konsumierten Drogen sind Heroin (n = 28), Methadon (n = 24), Crack (n = 23), Kokain (n = 21), Cannabis (n = 20), Benzodiazepine (n = 19) und Alkohol (n = 11). Es liegt ein polyvalenter Drogenmix mit einem Schwerpunkt auf Heroin, Crack und Benzodiazepinen vor. 48 Personen (94,1%) kennzeichnen sich selbst als abhängig.

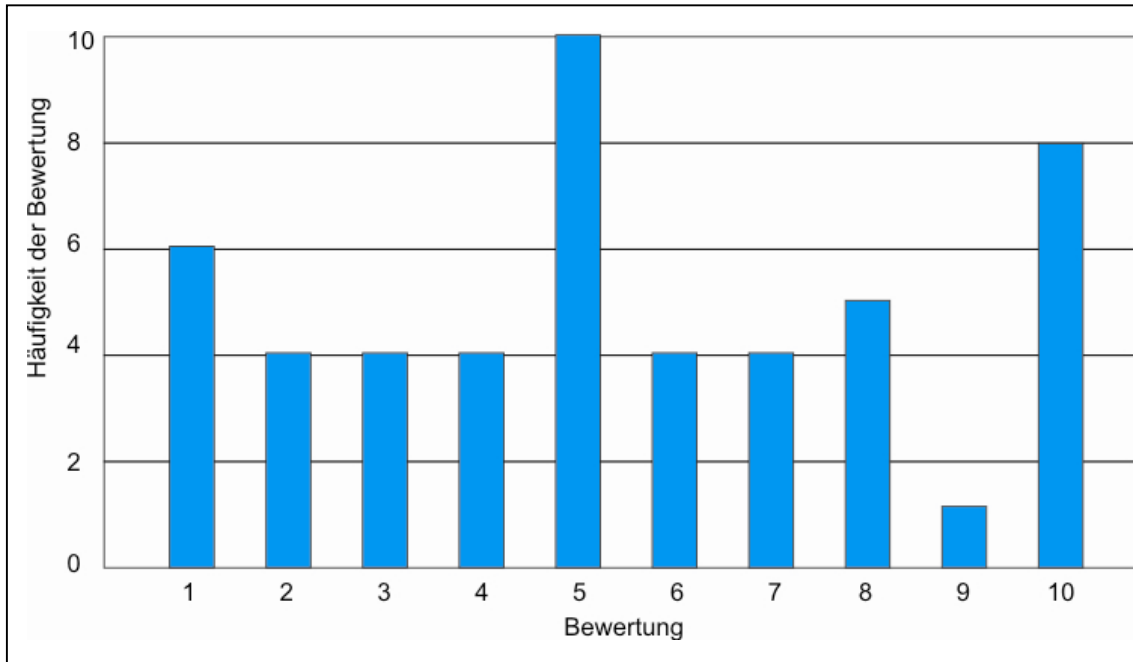
Von bisherigen Therapieerfahrungen berichten 35 Personen (n = 24 mindestens eine stationäre Therapie, n = 11 mindestens eine ambulante Therapie, dazu ergänzend Entgiftungsbehandlungen, Selbsthilfegruppenteilnahme, Lebensgemeinschaft bei Synanon etc.). 70% der Gesamtgruppe haben mehr als 7 Entgiftungen absolviert. Diejenigen mit stationärer oder ambulanter Therapieerfahrung haben durchschnittlich 2,5 stationäre und 1,5 ambulante Therapien absolviert.

Die positivste Bewertung erzielen die ambulanten Therapien (M = 6,9). Die Bewertung der stationären Therapien (M = 6,3) und Entgiftungen (M = 6,2) liegt etwas darunter. Die Bewertungsziffern zeigen, dass die bisherigen Therapieerfahrungen im Mittel eher als hilfreich und für den Umgang mit der Drogenproblematik wichtig eingestuft werden. Von den insgesamt 35 Personen mit Therapieerfahrungen schätzen 14 die dabei gemachten Erfahrungen durchgängig, d. h. auf alle Therapieerfahrungen bezogen, als negativ ein (Ratingwert unter 4 „hat nicht viel geholfen, die Wirkung hat nicht lange angehalten“).

Auf einer 10-stufigen Ratingskala sollten die Befragten ihre Zuversicht, die Abhängigkeit überwinden zu können, einschätzen (1 = „ich werde es nie schaffen“, 10 = „ich schaffe das auf jeden Fall“). Abbildung 10.2.2.5 verdeutlicht, dass bei 28% (n = 14) der Befragten keine bzw. so gut

wie keine Zuversicht besteht, die Abhängigkeit zu überwinden (Skalenstufen 1-3) und bei ebenfalls 28% eine hohe diesbezügliche Zuversicht vorhanden ist (Skalenstufen 8-10). Die Mehrzahl der Befragten (n = 10) ist indifferent, was die Möglichkeit der Überwindung der eigenen Abhängigkeit anbelangt (Modalwert = 5).

**Abbildung 10.2.2.5 Zuversicht, die Abhängigkeit zu überwinden (n = 51; Skalenwerte: 1 = „werde ich nie schaffen“, 10 = „schaffe ich auf jeden Fall“)**



Unter den 22 Befragten, die über positive Therapieerfahrungen berichten (Skalenstufen 6-10 auf der 10-stufigen Bewertungsskala), ist die Zuversicht, die eigene Suchtmittelabhängigkeit überwinden zu können, ausgeprägter ( $M = 6,62$ ) als unter denjenigen mit eher negativer Therapieerfahrung (Skalenstufen 1-5;  $M = 4,10$ ,  $n = 14$ ) und denjenigen ohne jegliche Therapieerfahrung ( $M = 4,26$ ,  $n = 15$ ).

### 10.3 ERGEBNISSE ZU DEN NICHTTEILNAHMEGRÜNDEN

Von den 18 vorgegebenen Nichtteilnahmegründen werden im Durchschnitt 7,3 bejaht. Mit anderen Worten werden 40% der angebotenen Gründe als bedeutsam für die Nichtteilnahmeentscheidung angesehen. Der Grund „weil mir die GruppenleiterInnen unsympathisch sind“ wurde niemals bejaht, die Sichtweise „ich habe die Hoffnung aufgegeben, noch etwas an meinem Drogenkonsum ändern zu können“ wurde zwar 18 mal genannt, in der Bedeutungsbewertung aber eher niedrig eingestuft ( $M = 4,39$ ). In Tabelle 10.1 sind alle Nichtteilnahmegründe, denen aus Sicht der KlientInnen mindestens mittelstarke Bedeutung zukommt (Skalenwert  $> 5$ ), aufgeführt.

**Tabelle 10.1 Nichtteilnahmegründe an der KISS-Studie, geordnet nach Wichtigkeit/Bedeutung (M) sowie Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennungen möglich)**

	Item-Nr.	Mittlere Bedeutungs-Bewertung	Häufigkeit der Nennung
1	... weil ich es selbst schaffe und dafür keine Anleitung brauche (Item Nr. 2).	7.77	31
2	... weil ich schon öfters Cleanphasen hatte und zukünftig, wenn nötig, auch wieder welche einlegen werde (Item Nr. 1).	7.67	33
3	... weil das KISS-Programm nicht in mein aktuelles Lebenskonzept passt (Item Nr. 4).	6.76	25
4	... weil mir das KISS-Programm insgesamt nicht gefällt (Item Nr. 11).	6.56	18
5	... weil ich nicht genügend Informationen über das KISS-Programm erhalten habe (Item Nr. 5).	5.96	23
6	... weil ich der Meinung bin, dass das KISS-Programm sowieso nicht hilft (Item Nr. 14).	5.94	17
7	... weil ich in Zukunft eine andere Therapie plane (Item Nr. 6).	5.87	23
8	... weil meine aktuelle Lebenssituation keine Änderung meines Drogenkonsums erfordert (Item Nr. 3).	5.55	29

Die Bedeutungsreihenfolge zeigt, dass bei knapp zwei Drittel der Befragten die selbstregulatorischen Überzeugungen in Bezug auf den Drogenkonsum eine erhebliche Rolle für die Nichtteilnahme gespielt haben (Rangplätze 1 und 2) und eine gezielte Selbstkontrollförderung nicht in ihren gegenwärtigen Lebensvollzug zu passen scheint (Rangplatz 3) bzw. aus KlientInnen-Sicht die aktuelle Lebenssituation keine Änderung des Drogenkonsums erfordert (Rangplatz 8). Mit anderen Worten herrscht unter den KlientInnen die Überzeugung vor, aus eigener Kraft und ohne externe Hilfe bzw. Unterstützung den eigenen Gebrauch kontrollieren zu können und eine Förderung der Selbstkontrolle nicht zu benötigen.

33% bis 45% der Befragten führen Überlegungen zum Programm als Nichtteilnahmegründe an: dass es einem insgesamt nicht zusage, man unzureichend darüber informiert sei und es ohnehin nichts nutze (Rangplätze 4-6). Das heißt u. a., dass selbst die intensiven „Informationskam-

pagnen“ und die Angebote individueller Aufklärungsgespräche über das KISS-Programm offenbar nicht alle potentiellen TeilnehmerInnen erreicht haben. Da allerdings bei Nachfragen der Interviewerin oft nur vage Angaben zu erhalten waren (z. B. auch bei Item Nr. 6: Nachfrage nach Art und Inhalt einer für die Zukunft geplanten Therapie), muss in Erwägung gezogen werden, dass manche der aufgeführten „Gründe“ eher Vermeidungs- bzw. Ausweichcharakter haben und nichts über die „wahren Beweggründe“ der Nichtteilnahme aussagen. Analoges findet sich beim Versuch, im Rahmen der Interviews den Ablehnungsgrund „weil mir das KISS-Programm insgesamt nicht gefällt“ inhaltlich spezifizieren zu lassen. Auch hier blieben die Anmerkungen meist sehr vage und unklar („das ist wie Schule, da toben sich die Psychos aus, da muss ich zu viel lesen“ etc.).

Die von den Befragten selbst genannten, nicht vorgegebenen Gründe der Nichtteilnahme umfassen die Aussagen, dass man Abstinenz als Ziel anstrebe, man sich über den eigenen Konsum im Klaren sei, zu lange abhängig sei, kontrollierter Konsum für einen persönlich nicht in Frage komme, man clean sei, seinen Konsum nicht rechtfertigen wolle, das KISS-Programm zu viel Kontrolle impliziere und man sich und die Gruppe nur selbst belüge. Die Mehrzahl dieser Gründe ist deckungsgleich mit den im Rahmen der systematischen Ratings erhobenen Aspekten oder stellt Varianten derselben dar.

Überraschenderweise wurden die Belastungen, die mit einer Teilnahme an der KISS-Studie verbunden waren (Urinscreenings, Interviews, ärztliche Untersuchung), nicht als Hinderungsgrund genannt.

Zusammenfassend und heuristisch können die unterschiedlichen Ablehnungsbegründungen folgenden drei durchaus divergenten Argumentationslinien subsumiert werden:

- § Manche KlientInnen gehen davon aus, sich selbst und den eigenen Konsum zu kennen und zu wissen, wie sie ihn entlang ihrer Lebenslage organisieren, kontrollieren oder reduzieren können.
- § An den Begriff „Selbstkontrolle“ sind zum Teil negative Verhaltenserwartungen geknüpft, insofern er von manchen KlientInnen mit dem langjährigen Scheitern der selbstständigen Konsumkontrolle in Verbindung gebracht wird. Sucht wird von ihnen offenbar als mehr oder weniger nicht steuerbare Größe konnotiert („bin abhängig“), die bestenfalls durch Abstinenz in den Griff zu kriegen ist.
- § Bei anderen KlientInnen sind therapeutische Interventionen und systematische Programmangebote und in deren Folge auch das KISS-Angebot negativ besetzt, da sie mit unerwünschter äußerer Einflussnahme und/oder fehlendem Nutzen assoziiert werden.

---

## 10.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE ZUKÜNFTIGE ERHÖHUNG DER TEILNAHMEQUOTE

Entgegen den diversen Informations- und „Werbeaktivitäten“ rund um das KISS-Programm und der dabei formulierten Kernbotschaft, dass das Programm eine offene individuelle Zielformulierung und ein auf die individuellen Bedingungen zugeschnittenes Ablaufprozedere beinhaltet, hat ein Teil der DrogenkonsumentInnen nicht am Programm teilgenommen.

Insgesamt überraschen die Ergebnisse zu den Nichtteilnahmegründen – zumindest zum Teil. Angesichts der Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten eine z.T. zwanzigjährige „Drogenkarriere“ durchgemacht hat, ist es verwunderlich, wenn ein zieloffenes Angebot zur Förderung der individuellen Kontrollfähigkeiten mit dem Argument abgelehnt wird, dass die Selbstkontrolle ja funktioniere. Diese subjektive Kompetenzeinschätzung in Bezug auf Selbstregulationsmöglichkeiten kontrastiert mit der Lebenssituation der KlientInnen, die mit gescheiterten Behandlungen, vergeblichen Ausstiegsversuchen, Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung in Bezug auf ein weniger drogenbelastetes Leben verbunden ist. Jedoch wird in den eigenständig formulierten Ablehnungsgründen dieser Sachverhalt und die sich darin ausdrückende eingeschränkte Kontrollfähigkeit selten angesprochen. Im Sinne einer kognitiven Dissonanzreduktion, nach der die verschiedenen Umgangsformen mit der Suchtrealität immer noch als selbstgesteuert eingeschätzt werden, obwohl längst andere Bedingungen den Lebensalltag prägen (Suchtverlangen, prekäre Lebenssituation, Krankheiten etc.), wird die Beteiligung an einer Interventionsmaßnahme möglicherweise als Bedrohung erlebt.

Anknüpfend an die Ablehnungsgründe ist zu fragen, ob ein neutralerer Titel für das Programm an den Begriff der Kontrolle geknüpfte Vorbehalte abbauen könnte. Des Weiteren ist zu erwägen, durch Intensivierung der Anwendung von Methoden des Motivational Interviewing negative Behandlungsvorerfahrungen aufzugreifen und daraus folgende Ambivalenzen, Unsicherheiten und Vorbehalte gegen das KISS-Programm zu thematisieren (siehe auch Kufner et al. 2007).

Auch die von Grawe (1998) entwickelte Theorie zur komplexen funktionalen Wechselwirkung im Netzwerk des Therapiegeschehens (u. a. Ressourcen-, Problem- und Veränderungsperspektive) kann zur Erhellung der Nichtteilnahme am KISS-Programm herangezogen werden. Nach Grawe ist eine erfolgreiche Intervention mit einer Problemaktualisierung verbunden, die das Erleben negativer Emotionen evoziert. Das hieße: Selbst diejenigen nicht an der KISS-Studie teilnehmenden KlientInnen, die ihre bisherigen Therapieerfahrungen positiv einschätzen, vermögen offenbar nicht die positiven Schemata zu aktivieren, die für eine Teilnahmeentscheidung am KISS-Programm notwendig wären.

Smith, Regli und Grawe (1999) stellen weiterhin fest: „Optimale Voraussetzungen für eine fruchtbare Problemaktualisierung ist gemäß unseren Ergebnissen eine klare Veränderungsori-



entierung. Eine ausgeprägte Veränderungsorientierung heißt, dass der Patient bereit ist, sich neuen Erfahrungen auszusetzen und das damit verbundene Risiko einzugehen. Der Therapeut sollte diese Bereitschaft durch eine unterstützende Therapiebeziehung und eine Verstärkung der individuellen Ressourcen des Patienten fördern, damit der Patient eine aktive Rolle bei der Bearbeitung seiner Schwierigkeiten übernehmen kann“ (S. 249). Bedenkt man das insgesamt schlechte Allgemeinbefinden zumindest eines Teils der AblehnerInnen, könnte das KISS-Angebot als zusätzliche Anforderung und Belastung empfunden und die Auseinandersetzung mit den zugeordneten Emotionen als bedrohlich erlebt worden sein. Insofern ist alles zu vermeiden, das KISS-Programm als extrinsisch verordnete Veränderungsaufgabe erscheinen zu lassen (so haben es einige der AblehnerInnen wohl verstanden), sondern unter Einbeziehung und Aktivierung der individuellen Stärken, Fähigkeiten und Kompetenzen der KlientInnen ihnen das Programm als Möglichkeit zur Neubewertung problematischer Sachverhalte im allgemeinen Lebensvollzug, und dazu gehört auch der Drogenkonsum, anzubieten.

Gerade die Diskussion individueller Veränderungsziele (von der Reduktion extremer Rausch- und Indikationszustände bis hin zur Punktabstinenz bzw. Abstinenz mit allen dazwischen liegenden Grauschattierungen) könnte verdeutlichen, dass es nicht nur um Kontrolle und/oder Abstinenz geht, sondern dass neben der Reduktion des Konsums einzelner Substanzen (weil zu teuer, weil mit zu starken körperlicher Folgeproblematiken oder aggressiven Handlungen verbunden etc.) letztlich eine Verbesserung der Alltagssituation angestrebt wird. Auf diese Art und Weise könnten möglicherweise weitere Neugierde und Interesse am KISS-Programm geweckt werden (siehe dazu auch Case, Andrews, Johnson und Allard, 2005). Die im Titel „Kompetenz im selbstregulierten Substanzkonsum“ fokussierten Zieloptionen verdecken möglicherweise das breite Spektrum an Themen, die im Verlaufe des Programms bearbeitet werden, wie z. B. Beziehungsgestaltung, Freizeitgestaltung, Affekt- und Emotionsregulation, Kontakte zur Familie und alten Freunden, mögliche Arbeitsgelegenheiten etc. Eine Verdeutlichung dieser Intentionen des Programms könnte auch das Argument, dass KISS nicht in die aktuelle Lebensplanung passe, entkräften und die Chance der Inanspruchnahme des Angebotes erhöhen.

Zusammenfassend könnten bei zukünftigen Programm-Bewerbungen folgende Optionen auf ihren inkrementellen Nutzen zur Erhöhung der Teilnahmequote geprüft werden:

- § Umformulierung des Programm-Titels „Kontrolle im ...“ zu „Selbstregulation und –management ...“ oder „Veränderter Umgang mit ....“ oder „Kompetenz im...“ (die letzte Option wurde zwischenzeitlich aufgegriffen und das Programm in „Kompetenz Im Selbstbestimmten Substanzkonsum“ umbenannt).
- § Ausführlichere, nachvollziehbare Informationen zu den in KISS praktizierten offenen Zielvereinbarungen, den Ablaufvarianten und dem Umgang mit Misserfolgen („Lernerfahrungen für den nächsten Schritt“) vermitteln.

- 
- § Die KISS-Teilnahme stärker mit aktuellen Lebenssituationen und –konzepten in Zusammenhang bringen.
  - § Noch stärkerer Einsatz von Methoden des Motivational Interviewing, um Widerstände gegen die Teilnahme genauer zu erkunden und ggf. aufzulösen.
  - § Bisherige negative Interventionserfahrungen aufgreifen und Differenzen zum KISS-Programm thematisieren (Abstinenz, Konsumreduktion, Problemreduktion, Selbstkontrolle, Autonomie).
  - § Positive Interventionserfahrungen um KISS-Aspekte ergänzen (step-by-step-Modell, Selbstbestimmung statt Kontrolle, „sei dein eigener Steuermann“).

## 11 DISKUSSION

**Konsumreduktionen.** Die vorliegende randomisierte klinische Studie belegt für eine Stichprobe von n = 113 Drogenabhängigen der Frankfurter „Drogenszene“ die Wirksamkeit des Selbstmanagementprogramms KISS. Die Studien-TN, die per Zufall dem 4-monatigen KISS-Programm zugelost worden sind, haben von Beginn (t1) bis Ende (t2) des Programms ihren Substanzkonsum signifikant und klinisch bedeutsam reduziert – im Gegensatz zu den TN, die in dieser Zeit nur die herkömmlichen Drogenhilfeangebote (Substitution, Konsumraum, Notschlafstelle etc.; „Treatment As Usual“) frequentiert und anschließend an einer KISS-Gruppe teilgenommen haben (Warte-KG). Die KISS-TN erweisen sich der Warte-KG in allen vier Zielparametern überlegen: Sie haben ihren gesamten monatlichen Substanzkonsum im Durchschnitt um 30% reduziert (Warte-KG: 6%) und auf diese Weise 244 Euro (36%) Konsumkosten eingespart (Warte-KG: 25 Euro bzw. 3%), die Anzahl der konsumfreien Tage im Durchschnitt aller Substanzen um 19% gesteigert (Warte-KG: 3%) und einen Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen um 31% erzielt (Warte-KG: 10%). Die Selbstangaben der Studien-TeilnehmerInnen, auf denen diese Ergebnisse beruhen, haben sich gemäß den begleitend zu allen Konsumbefragungen durchgeführten Urinalysen als valide erwiesen. Die vorliegende Untersuchung steht damit in einer Reihe mit vielen anderen Studien, die für die Validität von Konsumangaben Drogenabhängiger sprechen (z.B. Gossop et al., 1997; Rey-Riek, Gschwend & Rehm, 2003) – zumindest dann, wenn die Befragten bei wahrheitsgemäßen Angaben keine negativen Konsequenzen befürchten müssen, wie es in diesem KISS-RCT der Fall war.

Die positiven Effekte der KISS-Teilnahme hatten auch in der sechsmonatigen Katamnesezeit nach Beendigung des KISS-Programms Bestand. Die Aufrechterhaltung der Konsumreduktion nach Programmbeendigung mag bei dieser multipel beeinträchtigten Klientel Drogenabhängiger zunächst überraschend erscheinen, zumal das Booster-Programm „KISS-Plus“ während der Projektlaufzeit noch nicht verfügbar war und somit auch nicht zur Stabilisierung der Effekte beitragen konnte. Die Nachhaltigkeit der erzielten Erfolge verwundert jedoch nicht, wenn man sich vergegenwärtigt, dass nachweislich auch kurze motivationsfördernde Interventionen die intrapsychischen und sozialen Veränderungsressourcen Suchtkranker zu aktivieren vermögen („self-change“, „empowerment“) und auf diese Weise anhaltende Effekte nach sich ziehen können (vgl. Klingemann & Sobell, 2007; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010).

Auf die einzelnen psychotropen Substanzen bezogen, war als Folge der KISS-Teilnahme eine mehr oder weniger umfassende, d.h. über verschiedene Zielindikatoren (wie Konsummenge und konsumfreie Tage) nachweisbare Konsumreduktion bei Crack, Kokainpulver, Heroin, Benzodiazepinen und Cannabis statistisch abzusichern. Insbesondere die KISS-Effekte bei Crack und Kokain sind hier herauszuheben, da Crack und Kokain unter Frankfurter Drogenabhängigen einen hohen Verbreitungsgrad besitzen und die bislang vorliegenden Interventionen – auch die pharmakologischen – bei diesen Substanzen gar keine oder nur mäßige Effekte aufweisen

---

(vgl. Gossop, Marsden, Stewart & Kidd, 2002; Schmitz, Lindsay, Green, Herin, Stotts & Moeller, 2009).

Interessanterweise ließ sich für Crack, Kokainpulver, Heroin, Benzodiazepine und Cannabis eine Reihe von KlientInnen identifizieren, die am Ende der Katamnesezeit Abstinenz von diesen Substanzen erreicht hatte: 8% bei Cannabis, 13% bei Heroin, 17% bei Crack, 28% bei Benzodiazepinen und 57% bei Kokain. Auch wenn diese Prozentwerte auf relativ wenigen Personen beruhen und sich nur auf das letzte 4-Wochen-Intervall der Katamnesezeit beziehen, liefern sie doch erste Belege dafür, dass Behavioral Self-Control Trainings wie KISS nicht nur im Alkoholbereich (vgl. Körkel, 2006; Rosenberg, 1993), sondern auch im Bereich illegaler Drogen bei einem Teil der KlientInnen als Brücke zur (Teil-) Abstinenz dienen können. Entgegen zuweilen geäußelter Befürchtungen, dass Konsumreduktionsprogramme den Übergang zur Abstinenz blockierten oder hinauszögerten, tritt offensichtlich das Gegenteil ein: Die zieloffene „Einladung zur Konsumveränderung“ öffnet bei den Beteiligten die Tür zur Abstinenz. Die klinischen Erfahrungen bei der Programmdurchführung lassen vermuten, dass es – ähnlich wie beim kontrollierten Trinken (Kavanagh, Sitharthan & Sayer, 1996) – u.a. die im Laufe der Konsumreduktion erworbene Erfolgszuversicht („Es gelingt mir doch, meinen Konsum zu verändern!“) ist, die den TN den Übergang zur Abstinenz erleichtert.

Einzig der Alkoholkonsum blieb während der Programmdurchführung und im sechsmonatigen Katamnesezeitraum *im Gruppenmittel* unverändert. Dies ist zunächst verwunderlich, da bei dem zu KISS analogen, nur den Alkoholkonsum fokussierenden Programm („Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“; vgl. Körkel, Schellberg, Haberacker, Langguth & Neu, 2002) deutliche Konsumreduktionen *bei Alkoholabhängigen* nachweisbar sind (Körkel, 2006). Ganz allgemein kann die Wirksamkeit der Programme zum kontrollierten Trinken bei Alkoholabhängigen als belegt gelten (vgl. Santa Ana & Saladin, 2004; Walters, 2000). Spezielle, in diesem Bericht nicht näher dargestellte Auswertungsstrategien von „Risikoprofilgruppen“ (vgl. Kent & Hayward, 2007a, 2007b) zeigen, dass ein Teil der KISS-KlientInnen sehr wohl deutliche Reduktionen auch im Alkoholkonsum erzielt hat. Wie ist also die Nichtveränderung des Alkoholkonsums *im Gruppenmittel* zu erklären? Zunächst einmal steht dieser Befund mit einer Vielzahl Studienergebnissen bei Drogenabhängigen in Einklang, wonach alle Arten von Drogenbehandlung entweder nur eine geringe oder gar keine Wirkung auf den Alkoholkonsum Drogenabhängiger nach sich ziehen, und zwar in Deutschland ebenso wie in anderen Ländern (vgl. Körkel, 2011). So spricht die bisherige Befundlage beispielsweise dafür, dass sich der Alkoholkonsum Heroinabhängiger unter Substitutionsbehandlung (Srivastava, Kahan & Ross, 2008) oder durch stationärer Therapie (z.B. Fischer, Missel, Nowak, Roeb-Rienas, Schiller und Schwehm, 2007; Gossop, Browne, Stewart & Marsden, 2003) nicht reduziert. Warum ist das so? Das liegt sicherlich vorrangig daran, dass die Mehrzahl der Drogenabhängigen ihren Alkoholkonsum als nicht änderungsbedürftig (Fischer et al., 2007) bzw. angesichts der breiten Palette an Substanz- und Substanzfolgeproblemen zumindest nicht als vorrangig veränderungsbedürftig erlebt. Möglich ist zudem, dass KlientInnen am Alkoholkonsum festhalten, weil Alkohol die einzige legale, leicht

beschaffbare und kostengünstige Substanz darstellt, die eine psychotrope Wirkung garantiert. Schließlich ist auch denkbar, dass während der Programmdurchführung die illegalen Drogen in den Mittelpunkt gerückt wurden und Alkohol dabei nicht die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. In weiteren Analysen des vorliegenden Datensatzes, aber auch in qualitativen Folgestudien, sollen die diversen Alkoholkonsummuster und ihre (Nicht-) Veränderung weiter erhellt werden.

Die durch die KISS-Teilnahme erzielten Reduktionseffekte sind, wie gezeigt, von zum Teil beträchtlicher numerischer Ausprägung, so etwa der Rückgang der monatlichen Konsumausgaben um 244 Euro oder die Reduktion der monatlichen Crackkonsums um 50%. Die damit assoziierten Effektstärken variieren zwischen „niedrig“ und „hoch“ (vgl. Cohen, 1988) – je nachdem, ob der Overall-Konsum oder die substanzspezifischen Effekte in Augenschein genommen werden und auch davon, welcher Konsumindikator (Konsummenge, konsumfreie Tage etc.) betrachtet wird. Diese Effektstärken stellen sich als sehr günstig dar, wenn man sie mit anderen Behandlungsformen im Drogenbereich in Vergleich setzt: KISS erzielt eine Wirkungsstärke, die anderen drogentherapeutischen Maßnahmen mindestens entspricht und diese zum Teil übertrifft (vgl. Berglund et al., 2003). Zu bedenken ist dabei auch, dass KISS mit seinen 1-2 Vorgesprächen und 12 thematischen Sitzungen im Vergleich zu anderen psychosozialen und medizinischen Behandlungen der Drogenabhängigkeit eine Kurzintervention und mithin eine kostengünstige Behandlungsoption darstellt.

**Subgruppenspezifische Effekte.** Nach Subgruppen getrennt, ließ sich zeigen, dass Personen mit einer höheren Abhängigkeitsbelastung („schwerer Abhängige“) nicht weniger, sondern sogar stärker vom KISS-Programm profitieren. Dies mag auf den ersten Blick überraschend erscheinen. Allerdings zeigen auch andere Studien mit Drogenabhängigen, dass eine hohe Abhängigkeitsschwere keine Negativprognose nach sich ziehen muss (vgl. z.B. Bloor, Neale, Weir, Robertson & McKeganey, 2008).

An weiteren differentiellen Effekten deutet sich an, dass männliche Drogenabhängige, substituierte KlientInnen und solche mit geringer sozialer Unterstützung besonders von KISS profitieren. In der 6-Monats-Nacherhebung lässt sich ein zeitverzögerter Effekt von KISS zudem bei Drogenabhängigen ohne Arbeit/ Ausbildung, bei Drogenabhängigen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen sowie bei Nichtsubstituierten nachweisen. Allerdings beruhen diese Ergebnisse zum Teil auf relativ geringen Fallzahlen und bedürfen deshalb der Replikation an größeren Personenstichproben.

Im Bereich soziodemographischer Variablen, wie Schulbildung, Berufsstatus, Wohnsituation oder Familienstand, haben sich in der kurzen, 4-monatigen Zeitspanne der KISS-Teilnahme erwartungsgemäß keine mit der Konsumreduktion assoziierten Veränderungen eingestellt. Demgegenüber wird das subjektive Belastungserleben der KISS-TN, nicht aber der Warte-KG-KlientInnen positiv beeinflusst: Erstere fühlen sich am Ende des KISS-Programms signifikant weniger durch finanzielle, psychische und rechtliche Probleme belastet, was durchaus konform

---

geht mit objektiven Indikatoren, wie den geringeren konsumbezogenen Geldausgaben und der vermehrten Inanspruchnahme psychopharmakologischer Behandlung. Von den Drogenkonsumentinnen mit Beschaffungsprostitution wurde der als Folge der Konsumeinsparungen reduzierte Zwang zur Prostitution als wichtige Erfahrung registriert. Diese Befunde liefern erste Hinweise darauf, dass die KISS-Teilnahme eine Stabilisierung der TN in deren Lebensalltag nach sich ziehen kann.

**Suchtverlagerung.** Keine einzige der vorgenommenen Auswertungen spricht für das Eintreten einer Suchtverlagerung in Folge der durch KISS initiierten Substanzreduktionen. Ganz im Gegenteil: Reduziert jemand den Konsum einer bestimmten Substanz (z. B. Heroin), so geht damit eine *Reduktion* auch bei den anderen Substanzen Hand in Hand. Insbesondere bei der Reduktion von Heroin, Kokain und Cannabis finden sich in signifikanter Weise Reduktionen auch bei weiteren Substanzen. Statt einer Suchtverlagerung tritt offenbar ein Carry-over-Effekt ein: Die Reduktion einer Substanz stimuliert die Reduktion auch anderer Substanzen. Der gleiche Befund wird in australischen (Baker et al., 2005; Darke, Williamson, Ross & Teesson, 2006) und britischen (Gossop, Browne, Stewart & Marsden, 2003) Studien berichtet. Die Hypothese einer Suchtverlagerung findet somit weder in dieser noch in anderen Studien empirische Bestätigung.

**Selbstkontrollierter Substanzkonsum bei Drogenabhängigen.** Mit der vorgelegten KISS-Studie liegt nicht nur der erste RCT zu den Effekten eines Behavioral Self-Control Trainings mit Drogenabhängigen vor, sondern gleichzeitig der Nachweis, dass Drogenabhängige, die einen langjährigen, polyvalenten und in Bezug auf ihr Konsummuster hoch problematischen Verlauf aufweisen (intravenöser Konsum, Mischkonsum), von der Teilnahme an einem Selbstmanagementtraining profitieren können (ähnlich wie primär Alkoholabhängige mit begleitendem Konsum von Cannabis, Kokain und Amphetaminen an einem Alkoholreduktionsprogramm; Hester & Delaney, 1997). Dieses Ergebnis spricht gegen die von manchen Praktikern, aber auch DrogenkonsumentInnen selbst geäußerte Meinung, dass Drogenabhängigen ein limitierter Konsum prinzipiell nicht möglich sei („Alles vorhandene Geld wird sofort ‚verballert‘“) und schon gar nicht bei bestimmten Substanzen, wie etwa Crack („Die Gier nach der Droge lässt keine Kontrolle zu“). Dass diese Zweifel in ihrer Pauschalität („Kein Drogenabhängiger kann kontrolliert konsumieren“) nicht zutreffend sind, zeigt bereits die bisherige empirische Forschung (Übersicht: Körkel & Verthein, 2010). So belegen diverse naturalistische Studien, dass ein Teil der DrogenkonsumentInnen, die sich nie in Suchtbehandlung befanden, über lange Zeiträume einen kontrollierten Heroin-/Kokainkonsum zu praktizieren vermögen (Shewan & Dalgarno, 2005; Stallwitz, 2009) und Drogenabhängige z.B. in Folge „kritischer Lebensereignisse“ (neue Partnerschaft, Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Umzug etc.) ohne professionelle Hilfe zu einem nicht-abhängigen, gemäßigten, nicht mit beruflichen oder privaten Verpflichtungen kollidierenden Konsum überzugehen vermögen („self-change“; Übersicht: Klingemann & Sobell, 2007). Auch nach abstinenzorientierter Drogenbehandlung lässt sich ein nennenswerter Teil KlientInnen identifizieren, der einen moderaten Substanzkonsum aufnimmt, sei es nach qualifiziertem stationärem Drogenentzug (Gossop, 1998) oder nach Substitutionsbehandlung bzw. stationärer

---

Entwöhnungsbehandlung (Gossop, Steward, Brown & Marsden, 2002). In Bezug auf die letztgenannten Behandlungen ist die größte britische Katamnesestudie bei Drogenabhängigen, die „National Treatment Outcome Research Study“ (NTORS; Gossop et al., 1998), besonders aufschlussreich. Sie belegt, dass in den ersten drei Monaten nach stationärer Behandlung die Hälfte derer, die erneut Opiate zu sich nahmen, diese in nicht-abhängiger Weise konsumierte („...did not return to regular or dependent use“, Gossop, Steward, Brown & Marsden, 2002, S. 1264). Auch die längerfristigen Ergebnisse der NTOR-Studie deuten auf ein kontrolliert-reduziertes Konsummuster bei einem Teil der KonsumentInnen: Wurde von den substituierten KlientInnen vor Beginn ihrer Behandlung noch an durchschnittlich 58 von 90 Tagen Heroin konsumiert, sank dieser Wert nach einem Jahr auf 27 von 90 Tagen und blieb auf diesem Niveau 2 Jahre (24 Tage) bzw. 4-5 Jahre (25 Tage) relativ konstant. Ein vergleichbares Ergebnis ist nach stationärer Drogentherapie nachweisbar (vor Behandlung: an 48 von 90 Tagen Heroinkonsum, unmittelbar nach der Behandlung an 25 Tagen, 2 Jahre danach an 23 Tagen und 4-5 Jahre danach ebenfalls an 23 Tagen; Gossop et al., 2003). Ähnlich, wenngleich nicht so deutlich, verlief bei den NTORS- KlientInnen die Reduktion des Kokainkonsums (Gossop, Marsden, Stewart & Rolfe, 2000; Gossop, Marsden, Stewart & Kidd, 2002). Gleichlautende Belege finden sich in anderen Studien mit substituierten Opiatkonsumierenden (Dobler-Mikola, Hättenschwiler, Meili, Beck, Böni & Modestin, 2005).

Der KISS-RCT ergänzt diese Befunde durch den Nachweis, dass sozial desintegrierte Drogenabhängige mit polytoxikomanem Konsum zu einem selbstkontrollierten Substanzkonsum *gezielt befähigt werden können* („empowerment“). Alle diese Befunde widersprechen der Sichtweise, dass die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit und die Aufrechterhaltung einer „süchtigen Bindung“ alleine oder vorwiegend eine Frage der pharmakologischen Eigenschaften der jeweiligen Substanz seien. Die aufgeführten Forschungsbefunde sprechen vielmehr dafür, dass „... the pharmacological properties of specific substances should not be assumed to inevitably lead to addictive and destructive patterns of drug use“ (Shewan & Dalgarno, 2005, S. 33). Angemessener erscheint die Annahme, dass neben der Pharmakologie der Substanz sowohl die intrapsychische Situation der konsumierenden Person (Kognitionen, Emotionen, psychisch-psychiatrischer Zustand etc.: „set“) als auch ihr Lebenskontext (soziale Rahmenbedingungen, aktueller situativer Kontext: „setting“) von entscheidender Bedeutung dafür sind, ob und in welchem Ausmaß ein selbstkontrollierter Konsum gelingt (Zinberg, 1984).

**Ökonomische Implikationen.** Für den Drogenbereich werden vermehrt gesundheitsökonomische Erwägungen angestellt (vgl. Ahrens, 2008). Die vorgelegten Studienergebnisse lassen sich auch unter ökonomischen Blickwinkel betrachten. In diesem Bereich gilt es sich zu vergegenwärtigen, dass sich die Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen auf mindestens 6,17 Mrd. Euro jährlich belaufen (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasem & Pfeiffer-Gerschel, 2010). Es verwundert deshalb nicht, dass zunehmend gefragt wird, welchen sozialen und ökonomischen Nutzen („Social Return on Investment“, Galimidi et al, 2006) Behandlungsangebote bei Drogenabhängigen versprechen. Einen ersten Hinweis auf den ökonomischen

---

Nutzen des KISS-Programms liefert der Rückgang der Anzahl notwendig werdender stationärer Entzugsbehandlungen in Folge der KISS-Teilnahme. Wie sich zeigte, benötigten 12% der KISS-TN, aber 24% der Warte-TN während der viermonatigen Programmdauer eine stationäre Entzugsbehandlung. Wenn man unterstellt – die entsprechende Überprüfung fand im Rahmen des KISS-RCT nicht statt – dass die Entgiftungsbehandlung im Durchschnitt 14 Tage angedauert und Krankenhauskosten von 250 Euro/Tag nach sich gezogen hat, kommt man für alle 10 in dieser Studie durchgeführten KISS-Gruppen auf eine Einsparung von ca. 29.000 Euro Entzugskosten, von der i.d.R. die Krankenkassen profitieren. Es ist davon auszugehen, dass der wesentlich größere, hier nicht bezifferbare Social Return on Investment von KISS durch den Rückgang der Beschaffungskriminalität (weniger polizeiliche und staatsanwaltliche Ermittlungen, Gerichtsverfahren, JVA-Aufenthalte etc.) in Folge des Konsumrückgangs erzielt wird.

**Akzeptanz des KISS-Programms durch DrogenkonsumentInnen.** Neben der Wirksamkeit eines Programms stellt sich die Frage, ob es attraktiv für Drogenabhängige ist und sie es auch „durchhalten“. Diese Fragen können – mit Einschränkung – positiv beantwortet werden. Eine Vielzahl (ca. n = 230) der KlientInnen der Integrativen Drogenhilfe (idh) Frankfurt hat sich in einem individuellen Informationsgespräch über das KISS-Programm informiert und die Hälfte dieser Personen hat sodann auch daran teilgenommen. Viele Nichtteilnahmegründe waren nicht im Programm, sondern in den Rahmenbedingungen der Studie begründet (z.B. keine Aufnahme bei während der viermonatigen Programmlaufzeit absehbarem JVA- oder Krankenhausaufenthalt, Urlaub oder weiterem Wohnortwechsel). Andere NichtteilnehmerInnen äußerten aus einem dichotomen Denken heraus („entweder abstinent oder ‚voll drauf‘“) Skepsis gegenüber dem Nutzen eines solchen Programms. Bei ihnen ergibt sich die Anforderung, ihre i.d.R. diffusen Vorstellungen von Konsumselbstkontrolle mit der gezielten, systematischen Konsumreduktion im Rahmen eines Behavioral Self-Control Training wie KISS zu kontrastieren und die Zuversicht zu stärken, Einfluss auf das eigene Konsummuster nehmen zu können.

Die KISS-TN waren an durchschnittlich 7,4 der 12 KISS-Sitzungen anwesend, was selbst für nicht drogenabhängige ambulante PsychotherapiepatientInnen eine beachtliche Teilnahmefrequenz darstellen würde (vgl. Tschuschke, 2009). Auch die hohen Zufriedenheitswerte mit dem Programm als Ganzem, seinen Bestandteilen (z.B. wöchentlicher Rhythmus der Gruppensitzungen) und den TrainerInnen sowie die über 90%ige Haltequote lassen den Schluss zu, dass das KISS-Programm auch für polyvalent konsumierende und sozial depravierte Drogenabhängige ein attraktives Behandlungsangebot darstellt. Auffällig ist insbesondere die sehr hohe Rate regelmäßiger Programmbeender. Wenn man bedenkt, dass in (stationären) Drogentherapien Haltequoten von nicht mehr als 20% keine Seltenheit sind und Werte von 50% als hoch gelten (vgl. Roch, Kufner, Arzt, Böhmer & Denis, 1992), ist die KISS-Haltequote von über 90% als extrem hoch zu bewerten. Diesen hohen Verbleib im Programm wie auch den Behandlungserfolg dürften – ähnlich wie in anderen Studien (vgl. etwa Meier, Barrowclough & Donmall, 2005; Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough & Heller, 2006; Simpson, Rowan-Szal, Joe, Best, Day &



---

Campbell, 2009) – die hohe Zufriedenheit der KlientInnen mit Programm und TrainerInnen sowie die entstandene „therapeutische Allianz“ entscheidend begünstigt haben.

**Einschränkungen.** Eine Stärke des KISS-RCT liegt darin, dass nur sehr wenige Ausschlusskriterien an die Studienteilnahme gebunden waren und eine ansonsten unselektierte Gruppe Drogenabhängiger mit einem multiplen Konsumspektrum in die Studie aufgenommen worden ist. Der KISS-RCT unterscheidet sich damit von vielen RCTs, die sich zumeist auf KonsumentInnen mit einer einzigen Substanzabhängigkeit konzentrieren und sich auf die Veränderungen bei einer einzigen Substanz beschränken – was die Generalisierung der daraus gewonnenen Befunde erheblich beeinträchtigt (vgl. Rounsaville, Petry & Carroll, 2003). Wie in jeder klinischen Studie, so sind jedoch auch in Bezug auf die methodische Anlage der vorliegenden Untersuchung Einschränkungen zu bedenken, die sich auf die Interpretation und Verallgemeinerung der Ergebnisse beziehen.

Eine erste Limitierung ist in der angesichts der konsumbezogenen Heterogenität der Klientel relativ geringen Stichprobengröße zu sehen. Aufgrund der hohen Konsummengenvariationen und damit einhergehenden Standardabweichungen waren viele der numerisch durchaus deutlich ausgeprägten Konsumreduktionen in der randomisierten KISS-Gruppe inferenzstatistisch nicht abzusichern. Bereits das Poolen der Daten der randomisierten KISS-TN mit den KlientInnen, die nach Ablauf ihrer Wartezeit an KISS teilgenommen haben, zieht den Effekt nach sich, dass diverse pre-post-Veränderungen erstmals signifikant oder deutlicher signifikant geworden sind. Dies zeigt, dass die Aussagebasis bei größerer Zahl der KlientInnen deutlich gesteigert werden könnte.

Eine zweite Limitierung der vorliegenden Studie betrifft die Stichprobenspezifität. Die Ergebnisse wurden für eine Stichprobe relativ verelendeter, langjährig Drogenabhängiger mit polytoxikomanem Konsummuster aus dem Frankfurter „Drogenmilieu“ gewonnen. Offen bleibt somit, ob sich der Effekt von KISS auch in anderen Stichproben Drogenabhängiger, die sich in Suchtbiographie, Konsummustern und Wohnort unterscheiden, replizieren lässt – etwa bei KonsumentInnen, die kein Crack oder insgesamt weniger Substanzen konsumieren.

Beide zuvor genannten Einschränkungen der Aussagefähigkeit der vorliegenden Studie legen eine multizentrische KISS-Anschlussstudie nahe. Eine solche Studie ist nicht nur angebracht, um die substanzspezifischen KISS-Effekte durch eine höhere Fallzahl und entsprechende Steigerung der statistischen Power besser abzusichern, sondern auch, um zentrumsspezifische Effekte (Zusammensetzung der Klientel, Spezifika der KISS-TherapeutInnen etc.) zu minimieren und auf diese Weise Ergebnisverallgemeinerungen besser zu fundieren.

Eine weitere Einschränkung betrifft die Validität der ärztlichen Ratings (z.B. Einschätzung der psychischen und physischen Befindlichkeit), die durch mehrere Wechsel der diagnostizierenden ÄrztInnen beeinträchtigt sein dürfte. Eine ÄrztInnenschulung zum Zwecke einer größeren Standardisierung der durch sie erfolgten Diagnostik und Konstanz der an den Studie beteiligten Ärz-

---

tlinnen wären für eine Steigerung der Datenreliabilität wünschenswert. Auch die Verwendung etablierter Fragebögen bzw. Interviewschemas zur Erfassung des psychischen Befindens, der psychosomatischen Problembelastung sowie der psychiatrischen Komorbidität wäre in einer Anschlussstudie zu erwägen. Im vorliegenden KISS-RCT fiel die Entscheidung gegen den Einsatz derartiger Erhebungsinstrumente, da die Dauer der Interviews durch die umfangreiche Konsumdiagnostik schon an der Grenze der Belastbarkeit der KlientInnen angesetzt war.

**Gesamtfazit.** Das KISS-Programm ist nach den Ergebnissen dieser Studie für Drogenabhängige, die einen langjährigen, polyvalenten und hochgradig problematischen Substanzkonsum 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.

Für die Praxis der Suchtbehandlung heißt dies: Es ist nicht nur ethisch geboten, bei Zielfestlegungen das Selbstbestimmungsrecht von Drogenabhängigen zu respektieren und im Falle von Reduktionszielen entsprechende Selbstmanagementprogramme vorzuhalten, sondern auch Erfolg versprechend, diesen Weg zu beschreiten. Diese Sichtweise steht in Einklang mit der Psychotherapieliteratur im Allgemeinen, die aufzeigt, wie bedeutsam es für den Behandlungserfolg ist, sich in der therapeutischen Arbeit an den individuellen Zielen der einzelnen KlientInnen auszurichten (vgl. Tryon & Winograd, 2011). Sie steht auch in Einklang mit Ergebnissen aus der Alkoholismusbehandlung (Al-Otaiba, Worden, McCrady & Epstein, 2008), deren Quintessenz lautet: SuchtpatientInnen bestimmen de facto für sich selbst, auf welches Ziel hin sie ihren Konsum verändern möchten, und wenn ihr Ziel in reduziertem, selbstkontrolliertem Konsum besteht, verfolgen sie dieses Ziel auch gegen das vorgegebene Abstinenzziel eines Behandlungsprogramms – mit Erfolg.

Diese Befunde 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 Entzugsbehandlungen.

Für die niedrigschwellige Drogenhilfe erscheint ein Paradigmenwechsel geboten. Zum Profil niedrigschwelliger Drogenarbeit sollte neben den gängigen Überlebenshilfemaßnahmen wie Spritzentausch, Notschlafmöglichkeiten, Versorgung mit Lebensmitteln etc. als fest verankerte

---

Intervention gehören, den Konsum als solchen zu problematisieren, zur Konsumveränderung zu motivieren und Reduktionsprogramme vorzuhalten.

Für die nahe Zukunft ist geplant, KISS in modifizierter Form auch im Einzelsetting anzubieten („KISS-Single“), ein KISS-Booster-Programm nach Ablauf der regulären 12 KISS-Sitzungen anzubieten („KISS-Plus“) und eine KISS-Kurzintervention („KISS-Light“ = Weitergabe des Konsumtagebuchs mit schriftlicher Anleitung zum Ausfüllen) vorzuhalten, um KlientInnen für KISS zu interessieren und bei Bedarf zu einer weitergehenden Programmteilnahme zu motivieren. Innerhalb des Drogenkonsumraums „Niddastraße“ der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt ist darüber hinaus bereits das „KISS-Café“ als wöchentliche KISS-„Schnuppermöglichkeit“ installiert, mit Jugendlichen in einer Berufsfördermaßnahme ist mit einer KISS-Adaption für Jugendliche („Keep It Smart'n Safe“) begonnen worden und in zwei stationären Drogenentzugseinrichtungen findet die Adaption des KISS-Programms für den stationären Kontext („KISS-Entzug“) Anwendung.



## 12 LITERATURVERZEICHNIS

- Ahrens, D. (2008). Therapieziele, Evaluation und gesundheitsökonomische Aspekte der Behandlung von Drogenabhängigen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 13, 76-82.
- Akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. & Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (1999). *Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit*. Berlin: Akzept e.V.
- Al-Otaiba, Z., Worden, B.L., McCrady, B.S. & Epstein, E.E. (2008). Accounting for self-selected drinking goals in the assessment of treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 439-443.
- Apodaca, T.R. & Miller, W.R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289-304.
- Babor, T.F., McRee, B.G., Kassebaum, P.A., Grimaldi, P.L., Ahmed, K. & Bray, J. (2007). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28, 7-30.
- Baker, A., Lee, N.K., Claire, M., Lewin, T.J., Grant, T., Pohlman, S., Saunders, J.B., Kay-Lambkin, F., Constable, P., Jenner, L. & Carr, V.J. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction*, 100, 367-378.
- Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (Eds) (2003). *Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Bloor, M.J., Neale, J., Weir, C., Robertson, M. & McKeganey, N.P. (2008). Severity of drug dependence does not predict changes in drug users' behaviour over time'. *Critical Public Health*, 18, 381-389.
- Bochnik, H.-J. (1996). Drogenpolitik – Sucht und Menschenwürde. *Sucht*, 42, 130-137.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bosson, H. (2008). *Was nutzt, was schadet: Wie kann sich die niedrighschwellige Drogenhilfe weiterentwickeln?* Vortrag gehalten auf der Frankfurter Konferenz zu einer integrierten Drogenpolitik und Drogenarbeit, Frankfurt, 28. – 29. Februar 2008.
- Busch, M., Haas, S., Weigl, M., Wirl, C., Horvath, I. & Stürzlinger, H. (2007). Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. (*Schriftenreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht 53*). Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Case, D.O., Andrews, J.E., Johnson, J.D. & Allard, S.L. (2005). Avoiding versus seeking: The relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association*, 93, 353 – 362.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J. & Teesson, M. (2006). Reductions in heroin use are not associated with increases in other drug use: 2-year findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 201-205.
- Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. & Ruan, W.J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100, 281-292.
- Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Babor, T., Liddle, H., Kaminer, Y., Hamilton, N., Funk, R., Webb, C., Titus, J.C., Donaldson, J. & Tims, F.M. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197- 213.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DGSS) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht 47, Sonderheft 2*
- Dobler-Mikola, A., Hättenschwiler, J., Meili, D., Beck, T., Böni, E. & Modestin, J. (2005). Patterns of heroin, cocaine and alcohol abuse during long-term methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 259-265.
- Drinkmann, A. (2007). Soll man Tabakreduktionsprogramme anbieten? Pro. *Suchttherapie*, 8, 1-2.
- Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main (2008). *Jahresbericht 01.01.2004 – 31.12.2006*. Zugriff am 5. Juli 2009 unter [http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Jahresbericht\\_Drogenreferat\\_2004\\_-\\_2006\\_1.pdf](http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Jahresbericht_Drogenreferat_2004_-_2006_1.pdf)
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) (2006). *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Bern: Huber.
- Eiroa-Orosa, F.J., Haasen, C., Verthein, U., Dilg, C., Schäfer, I. & Reimer, J. (2010). Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: Findings of the German randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 226-233.
- Feder, S. (2001). *Konsumziele von Klienten in stationärer Drogentherapie*. Unveröff. Diplomarbeit, Ev. Fachhochschule Nürnberg.

- 
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A. & Schwehm, H. (2007). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese) Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. *Sucht aktuell*, 14 (2), 37 – 46.
- Fischer-Kern, M., Slunecko, T., Leithner, K., Löffler-Stastka, H. & Ponocny-Seliger, E. (2006). Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. *Nervenarzt*, 77, 309-317.
- Fraenkel, L., McGraw, S., Wongcharatrawee, S. & Garcia-Tsao, G. (2005). What do patients consider when making decisions about treatment for hepatitis C? *American Journal of Medicine*, 118, 1387-1391.
- Galimidi, B. et al. (2006). *Social return on investment. A guide to SROI analysis*. Utrecht: Lenthe Publishers.
- Godley, S.H., White, W.L., Diamond, G., Titus, J.C. & Passetti, L. (2001). Therapist reactions to manual-guided therapies for the treatment of adolescent marijuana users. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 405-417.
- Gossop, M. (1989). Lapse, relapse, and continued abstinence among opiate addicts after inpatient treatment: A prospective follow-up study of a british sample. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen* (S. 128-147). Berlin: Springer.
- Gossop, M. (2003). *Drug addiction and its treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Gossop, M., Browne, N., Stewart, D. & Marsden, J. (2003). Alcohol use outcomes and heavy drinking at 4-5 years among a treatment sample of drug misusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 135-143.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Edwards, C., Lehmann, P., Wilson, A. & Segar, G. (1997) The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six month follow up outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 324–337.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Kidd, T. (2002). Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 21-28.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. & Segar, G. (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies: Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 166-171.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (2000). Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 275-286.
- Gossop, M., Stewart, D., Brown, N. & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259-1267.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis: Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie* (2. Aufl.). Darmstadt: Steinkopff.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greve, W. (1993). Ziele therapeutischer Intervention: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 347-373.
- Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index EuropASI. Manual für Training und Durchführung + 2 Fragebögen*. Hohengehren: Schneider.
- Haasen, C., Eiroa-Orosa, F.J., Verthein, U., Soyka, M., Dilg, C., Schäfer, I. & Reimer, J. (2009). Effects of heroin-assisted treatment on alcohol consumption: Findings of the German randomized controlled trial. *Alcohol*, 43, 259-264.
- Haasen, C., Verthein U., Degkwitz P., Berger J., Krausz M. & Naber D. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191, 55-62.
- Happel, H.-V. (1988). Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit. *Suchtgefahren*, 34, 491 – 496.
- Happel, H.-V. (1994). Von Schwellen, Hindernissen und von der (Doppel-)Moral. In M. Nimsch, M. (Hrsg.), *Im Rausch der Zeit – 1200 Jahre Drogen in Frankfurt am Main. Katalog zur Ausstellung*. Frankfurt/M.: Drogenreferat im Dezernat für Frauen und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main.
- Happel, H.-V. (2005). *Professions- und Selbstverständnissentwicklung bei MitarbeiterInnen der niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten Drogenhilfe*. Forschungsbericht, Fachhochschule Frankfurt/M.
-

- Heather, N., Brodie, J., Wale, S., Wilkinson, G., Luce, A., Webb, E., McCarthy, S. (2000). A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 561-570.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2009). *Motivation und Handeln* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil I: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. *Sucht aktuell*, 10 (2), 5-14
- Hester, R.K. (2003). Self-control training. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd edition). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hester, R.K. & Delaney, H.D. (1997). Behavioral self-control program for windows: Results of a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 686-693.
- Heudtlass, J.-H. & Stöver, H. (Hrsg.) (2005). *Risiko mindern beim Drogengebrauch. Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen* (3. Aufl.). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Hiller, M.L., Narevic, E., Webster, J.M., Rosen, P., Staton, M., Leukefeld, C., Garrity, T.F. & Kayo, R. (2009). Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abuser. *Substance Use & Misuse*, 44, 28-41.
- IFT – Institut für Therapieforschung und infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft (2003). *Leben und Gesundheit 2003. Schriftlicher Fragebogen*. München: IFT / Bonn: infas.
- Kamholz, B.W., Gulliver, S.B., Helstrom, A. & Morissette, S.B. (2009). Implications of participant self-selection for generalizability: Who participates in smoking laboratory research? *Substance Use & Misuse*, 44, 343-356.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2005). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kavanagh, D.J., Sitharthan, T. & Sayer, G.P. (1996). Prediction of results from correspondence treatment for controlled drinking. *Addiction*, 91, 1539-1545
- Keele, L. & Kelly, N.J. (2005). Dynamic models for dynamic theories: The ins and outs of lagged dependent variables. *Political Analysis*, 14, 186-205.
- Kemmesies, U.E. (1995). *Szenebefragung – Die „Offene Dogenszene“ und das Gesundheitsraumangebot in Frankfurt/M – ein erster „Erfahrungsbericht“ –Abschlussbericht*. Drogenreferat der Stadt Frankfurt/M.
- Kent, D.M. & Hayward, R.A. (2007a). Limitations of applying summary results of clinical trials to individual patients. The need for risk stratification. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1209-1212.
- Kent, D.M. & Hayward, R.A. (2007b). When averages hide individual differences in clinical trials. *American Scientist*, 95, 60–68.
- Klingemann, H. & Sobell, L.C.(Eds.) (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors. Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer Science and Business Media.
- Klingemann, H., Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105, 1510–1518.
- Körkel, J. (2002a). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3, 87-96.
- Körkel, J. (2002b). Controlled drinking as a treatment goal in Germany. *Journal of Drug Issues*, 32, 667-688.
- Körkel, J. (2005). Kontrolliertes Trinken: Zwischen freiem Willen und biologischem Determinismus. In Fontane-Klinik Motzen (Hrsg.), *Willensfreiheit - eine nützliche Illusion in der Psychotherapie ... (Schriftenreihe der Fontane-Klinik und des Psycho-therapie-Institutes Motzen, Band 9)* (S. 66 – 88). Fontane-Klinik: Eigendruck.
- Körkel, J. (2006). Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. *Addiction Research & Theory*, 14, 35-49.
- Körkel, J. (2008). Motivational Interviewing: Ethische Betrachtungen. *Suchttherapie*, 9, 181-184.
- Körkel, J. (2009). Befähigung zum selbstkontrollierten Drogenkonsum. Das Programm „KISS“. *Konturen*, 8-13.
- Körkel, J. (2010). Empowerment Drogenabhängiger: Grundlagen, Aufbau und Wirksamkeit des Konsumreduktionsprogramms „KISS“. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 28-31.
- Körkel, J. (2011). Alkoholkonsum unter Drogenabhängigen. *Sucht aktuell*, 18, 42-51

- Körkel, J., Becker, G., Gehring, U., König, D., Leiblein, C. & Täubler, U. (2006a). *Motivational Interviewing and Behavioral Self-Control Training with Drug Addicts: Paradigm Shift in Harm Reduction Treatment?* Poster presented at the Eleventh International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, January 29 – February 2, 2006, Santa Fe, New Mexico, USA.
- Körkel, J., Becker, G., Gehring, U., König, D., Leiblein, C. & Täubler, U. (2006b). *Motivational Interviewing und Selbstmanagement Programme zur gezielten Konsumreduktion: Paradigmenwechsel in der niedrigschwelligen Drogenarbeit.* Poster auf dem 8. Internationalen akzept Kongress, 23. – 25. März 2006, Berlin.
- Körkel, J. & GK Quest (2008a). *Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS): Diagnostikinventar* (2. Aufl.). Heidelberg: GK Quest Akademie. (1. Aufl. 2006).
- Körkel, J. & GK Quest (2008b). *Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS). Teilnehmerhandbuch und Trainermanual* (2. Aufl.). Heidelberg: GK Quest Akademie. (1. Aufl. 2005).
- Körkel, J., Schellberg, B., Haberacker, K., Langguth, W. & Neu, B. (2002). Das "Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken" (AkT). *Suchttherapie*, 3, 112-116
- Körkel, J. & Schindler, Ch. (1999). Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Suchtbehandlung – EntScheidungen und NotWendigkeiten* (S. 174-196). Geesthacht: Neuland.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.
- Körkel, J. & Verthein, U. (2010). Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain. *Suchttherapie*, 11, 31-34.
- Kremer, G. (2009). Leserbrief. Motivational Interviewing. Zum Beitrag: Körkel J., Reymann G. Motivational Interviewing: Ethische Betrachtungen. *Suchttherapie*, 10, 37-38.
- Küfner, H., Hackmann, K., Nees, S., Storz, S., Shaw, R., Reuter, B. & Sonntag, D. (2007). Die Motivierung schwer erreichbarer Drogenabhängiger: Entwicklung und Erprobung eines Motivationsprogramms. *Suchtmedizin*, 9, 208 – 217.
- Ladouceur, R., Lachance, S. & Fournier, P.-M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189–197.
- Lang, K. (2003). *Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen – Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells.* Dissertation, Universität Hamburg.
- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 137-160.
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie. Ein Handbuch.* Bern: Huber.
- Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff, P., Barrowclough, C. & Heller, R.F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 57-64.
- Meier, P.S., Barrowclough, C. & Donmall, M.C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-316.
- Meili, D., Dober, S. & Eyal, E. (2004). Jenseits des Abstinenzparadigmas - Ziele in der Suchttherapie. *Suchttherapie*, 5, 2-9.
- Miller, W.R. (2003). *Mesa Grande Coding Manual.* Albuquerque: University of New Mexico (revised version, May 4, 2003). Download am 10.05.2009, 11:40 Uhr unter <http://www.dinelc.org/cms/kunde/rt/dinelcorg/docs/799086837-11-07-2007-21-14-21.pdf>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung.* Freiburg: Lambertus (Original: Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991).
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2005). *Motivierende Gesprächsführung.* Freiburg: Lambertus (Original: *Motivational Interviewing. Preparing people for change* [2nd ed.]. New York: Guilford).
- Miller, W.R., Moyers, T.B., Arciniega, L., Ernst, D. & Forchimes, A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE Study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 15 (Supplement), 188-195.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L. & Hetttema, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (3rd ed). Boston, MA: Pearson Education.



- Moggi, F. (Hrsg.) (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. Aufl.). Bern Huber.
- Moher, D., Schulz, K.F. & Altman, D.G. (2001). The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. *BMC Medical Research Methodology* 1:2
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 71, 886-895.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. (Eds.) (2008). *Evidence-based outcome research. A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychological interventions*. New York: Oxford University Press.
- Norcross J.C., Hogan T. P. & Koocher G. P. (2008). *Clinician's guide to evidence-based practices: Mental health and the addictions*. New York: Oxford University Press.
- Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376, 1558–1565.
- Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369, 1047-1053.
- Prinzleve, M., Müller, O., Werse, B. & Bernard, C. (2005). *MoSyD-Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research – Johann-Wolfgang-Goethe-Universität.
- Rey-Riek, S., Gschwend, P. & Rehm, J. (2003). Validität von Selbstangaben zum Drogenkonsum in der heroingestützten Behandlung in der Schweiz. *Sucht*, 49, 28-33.
- Rid, C. (2007): *Nichtteilnahme an niedrigschwelligen Therapieangeboten am Beispiel der KISS-Gruppen*. Frankfurt/M. Dipl. Arbeit am Studiengang Soziale Arbeit und Gesundheit, FH Frankfurt/Main.
- Roch, I., Küfner, H., Arzt, J., Böhmer, M. & Denis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Eine Literaturübersicht. *Sucht*, 38, 304-322
- Rounsaville, B.J., Petry, N.M. & Carroll, K.M. (2003). Single versus multiple drug focus in substance abuse clinical trials research. *Drug and Alcohol Dependence*, 70, 117 – 125.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129–139.
- Saladin, M.E. & Santa Ana, E.J. (2004). Controlled drinking: More than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175-187.
- Scharrer, S. (2008). Was kann Ethik in der Suchtarbeit leisten? *Suchttherapie*, 9, 150-160.
- Schippers, G.M. & Cramer, E. (2002). Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. *Suchttherapie*, 3, 71-80.
- Schmitz, J.M., Lindsay, J.A., Green, C.E., Herin, D.V., Stotts, A.L. & Moeller, F.G. (2009). High-dose naltrexone therapy for cocaine-alcohol dependence. *The American Journal on Addictions*, 18, 356-62.
- Schumann, C., Lenz, G., Berghöfer, A. & Müller-Oerlinghausen, B. (1999). Non-adherence with long-term prophylaxis: A 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Research*, 89, 247-257.
- Shadish, W., Cook, T. & Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sharf, B.F., Stelljes, L.A. & Gordon, H.S. (2005): 'A little bitty spot and I'm a big man': Patients' perspectives on refusing diagnosis or treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 636 – 646.
- Sharma, M. (2005). Reporting of randomized controlled trials: The CONSORT statement. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 49, 1-4.
- Shewan, D. & Dalgarno, P. (2005). Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland). *British Journal of Health Psychology*, 10, 33-48.
- Simmedinger, R. & Vogt, I. (2009). *Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008*. Dokumentationszeitraum 01.01. - 31.12.2008. Frankfurt/M.: Fachhochschule Frankfurt am Main, Institut für Suchtforschung (ISFF).
- Simon, R. & Sonntag, D. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

- Simpson, D., Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W., Best, D., Day, E. & Campbell, A. (2009). Relating counselor attributes to client engagement in England. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 313–320.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut. Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31, 227-251.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1992). Timeline Followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R.Z. Litten & J. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods* (pp. 41-72). New Jersey: Humana Press.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (2006). *Importance and confidence of changing: How ready are you?* Zugriff am 2.2.2006 <http://www.nova.edu/gsc/forms/GoalConfidenceImportanceGeneral.pdf>
- Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46 (Suppl2), 91-176.
- Srivastava, A., Kahan, M. & Ross, S. (2008). The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 215-223.
- Stallwitz, A. (2009). *The role of community-mindedness in the self-regulation of drug cultures with a focus on the heroin scene on the Shetland Islands*. Unpublished doctoral thesis, Humanities Department, University of Bremen.
- Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (Hrsg.) (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Bern: Steuergruppe Herausforderung Sucht.
- Stöver, H. (Hrsg.) (1999a). *Akzeptierende Drogenarbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Stöver, H. (Hrsg.) (1999b). Vorwort. In H. Stöver (Hrsg.), *Akzeptierende Drogenarbeit* (S. 7-10). Freiburg: Lambertus.
- Stöver, H. (Hrsg.) (1999c). Akzeptierende Drogenarbeit – Rückblick und Perspektiven. In H. Stöver (Hrsg.), *Akzeptierende Drogenarbeit* (S. 11-24). Freiburg: Lambertus.
- Tryon, G.S. & Winograd, G. (2011). Evidence-based psychotherapy relationships: Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48, 50–57.
- Alden, L.E. (1988). Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 280-286.
- Tschuschke, V. (2009). *Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Uchtenhagen, A. (1995). Wertewandel in der Drogentherapie. In J. Rink (Hrsg.), *Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie* (S. 11-22). Geesthacht: Neuland.
- Uchtenhagen, A. (2005). Risiko- und Schadensminimierung - wie wirksam sind sie? *Suchttherapie*, 6, 52-59.
- Verthein, U. (2010). KISS „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“. Evaluation eines Selbstmanagement-Programms zum kontrollierten Drogenkonsum. *Abhängigkeiten*, 128-144.
- Walters, G.D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135-149.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: WHO.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (unter Mitarbeit von Schell, C.) (2009). *Jahresbericht MoSyD (Monitoring-System Drogentrends). Drogentrends in Frankfurt am Main 2008*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research – Johann-Wolfgang-Goethe-Universität.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gözl, J., Kraus, M., Tretter, F., Schäfer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J. & Bühringer, G. (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 95, 245-257.
- Zinberg, N.E. (1984). *Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

# ANHANG



# A1 PRE-POST-KONSUMÄNDERUNGEN IN DEN GEPOOLTEN KISS-GRUPPEN

**Tabelle 9.1.2.1 Substanzübergreifende Pre-Post-Veränderungen (letzte 28 Tage) in den gepoolten KISS-Gruppen**

			KISS - ITT	KISS - TPP
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE „Nutt-Index“)		n	62	43
	pre	M (SD)	243,91 (216,06)	222,19 (202,24)
	post	M (SD)	167,80 (196,39)	153,19 (167,57)
		Diff pre - post	76,11	68,99
		t-Wert (df)	2,92 (61) ***	2,67 (42) ***
		Cohens d	0,37	0,37
		95% CI von d	[0,01 - 0,72]	[-0,05 - 0,80]
Konsumausgaben		n	62	43
	pre	M (SD)	620 (784,78)	485,42 (662,96)
	post	M (SD)	411,69 (644,23)	327,07 (501,21)
		Diff pre - post	208,67	158,35
		t-Wert (df)	0,01 (61) **	1,93 (42) **
		Cohens d	0,29	0,27
		95% CI von d	[-0,06 - 0,64]	[-0,16 - 0,69]
Abhängigkeiten		n	67	48
		Zahl Abhäng pre		
		M (SD)	1,33 (1,02)	1,23 (1,02)
		Zahl Abhäng post		
		M (SD)	0,99 (1,01)	0,75 (0,84)
		Diff pre - post	0,34	0,48
		t-Wert (df)	2,75 (66) ***	3,16 (47) ***
		Cohens d	0,34	0,51
		95% CI von d	[-0,00 - 0,68]	[0,11 - 0,92]

Anmerkungen. \*\*: p≤0,01; \*\*\*: p≤0,001

**Tabelle 9.1.2.2a Pre-Post-Veränderungen des Heroinkonsums (letzte 28 Tage) in den gepoolten KISS-Gruppen**

			KISS - ITT	KISS - TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	31	18
	pre	M (SD)	44,54 (49,64)	34,85 (46,60)
	post	M (SD)	44,91 (66,72)	34,79 (44,76)
		Diff pre-post	-0,38	0,06
		t-Wert (df)	-0,04 (30)	0,01 (17)
		Cohens d	-0,01	0
		95% CI von d	[-0,50 - 0,49]	[-0,65 - 0,65]
Konsumfreie Tage		n	35	19
	pre	M (SD)	12,69 (11,98)	16,11 (11,22)
	post	M (SD)	15,49 (11,61)	16,79 (10,61)
		Diff post-pre	2,8	0,68
		t-Wert (df)	1,77 (34)**	0,45 (18)
		Cohens d	0,24	0,06
		95% CI von d	[-0,23 - 0,71]	[-0,57 - 0,70]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	31	18
	pre	M (SD)	2,45 (1,73)	2,31 (1,91)
	post	M (SD)	2,37 (2,52)	2,24 (2,13)
		Diff pre-post	0,08	0,07
		t-Wert (df)	0,19 (30)	0,14 (17)
		Cohens d	0,04	0,04
		95% CI von d	[-0,46 - 0,53]	[-0,62 - 0,69]
Konsumvorgänge		n	26	15
	pre	M (SD)	38,62 (44,69)	23,07 (29,55)
	post	M (SD)	28,27 (38,83)	30,00 (39,53)
		Diff pre-post	10,35	-6,93
		t-Wert (df)	1,08 (25)	-0,63 (14)
		Cohens d	0,25	-0,20
		95% CI von d	[-0,30 - 0,79]	[-0,92 - 0,52]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	31	18
	pre		445,36 (496,45)	348,47 (466,02)
	post		449,11 (667,17)	347,92 (447,63)
		Diff pre-post	-3,75 (565,28)	0,56 (384,23)

Anmerkungen. \*\*:  $p \leq 0,01$ **Tabelle 9.1.2.2b Pre-Post-Veränderungen der Heroinabhängigkeitsdiagnosen (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT (n = 37) % (n)	KISS-TPP (n = 22) % (n)
pre	70,27 (26)	68,18 (15)
post	51,35 (19)	40,91 (9)
Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	3,77*	4,50**
Abhängigkeit überwunden	27,03 (10)	31,82 (7)
Abhängigkeit neu	8,11 (3)	4,55 (1)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Tabelle 9.1.2.2c Pre-Post-Veränderungen des Crackkonsums (letzte 28 Tage) in den gepoolten KISS-Gruppen**

			KISS - ITT	KISS - TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	38	25
	pre	M (SD)	47,12 (57,59)	40,72 (59,14)
	post	M (SD)	21,11 (30,34)	21,26 (31,24)
		Diff pre-post	26,01	19,46
		t-Wert (df)	2,81 (37)***	1,71 (24)*
		Cohens d	0,57	0,41
		95% CI von d	[0,11 - 1,02]	[-0,15 - 0,97]
Konsumfreie Tage		n	39	25
	pre	M (SD)	12,87 (11,17)	14,60 (10,66)
	post	M (SD)	18,97 (10,16)	20,04 (9,00)
		Diff post-pre	6,1	5,44
		t-Wert (df)	3,82 (38)***	3,03 (24)***
		Cohens d	0,57	0,55
		95% CI von d	[0,12 - 1,02]	[-0,01 - 1,12]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	36	23
	pre	M (SD)	2,56 (1,84)	2,60 (1,99)
	post	M (SD)	1,66 (1,27)	1,44 (1,31)
		Diff pre-post	0,91	1,16
		t-Wert (df)	2,72 (35)***	3,04 (22)***
		Cohens d	0,57	0,69
		95% CI von d	[0,10 - 1,04]	[0,09 - 1,28]
Konsumvorgänge		n	35	24
	pre	M (SD)	42,92 (42,16)	41,30 (41,36)
	post	M (SD)	23,49 (38,12)	24,88 (40,54)
		Diff pre-post	19,43	16,43
		t-Wert (df)	2,83 (34)***	1,82 (23)**
		Cohens d	0,48	0,4
		95% CI von d	[0,01 - 0,96]	[-0,17 - 0,97]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	38	25
	pre		471,18 (575,88)	407,20 (591,37)
	post		211,05 (303,37)	212,60 (312,44)
		Diff pre-post	260,13 (571,22)	194,6 (570,16)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*:  $p \leq 0,001$

**Tabelle 9.1.2.2d Pre-Post-Veränderungen der Crackabhängigkeitsdiagnosen (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT (n = 42) % (n)	KISS-TPP (n = 28) % (n)
pre	50,00 (21)	42,86 (12)
post	23,81 (10)	17,86 (5)
Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	7,12***	4,45**
Abhängigkeit überwunden	33,33 (14)	32,14 (9)
Abhängigkeit neu	7,14 (3)	7,14 (2)

Anmerkungen. \*\*:  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*:  $p \leq 0,001$

**Tabelle 9.1.2.2e Pre-Post-Veränderungen des Kokainkonsums (letzte 28 Tage) in den gepoolten KISS-Gruppen**

			KISS - ITT	KISS - TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	19	12
	pre	M (SD)	6,09 (8,36)	4,52 (5,75)
	post	M (SD)	2,53 (3,85)	1,96 (2,13)
		Diff pre-post	3,57	2,56
		t-Wert (df)	1,71 (18)*	1,43 (11)*
		Cohens d	0,55	0,59
		95% CI von d	[-0,10 - 1,20]	[-0,23 - 1,41]
Konsumfreie Tage		n	21	14
	pre	M (SD)	24,71 (4,87)	25,14 (5,17)
	post	M (SD)	26,43 (2,64)	27,14 (0,86)
		Diff post-pre	1,71	2
		t-Wert (df)	1,45 (20)*	1,35 (13)
		Cohens d	0,44	0,54
		95% CI von d	[-0,17 - 1,05]	[-0,22 - 1,29]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	18	12
	pre	M (SD)	1,55 (1,75)	1,78 (2,05)
	post	M (SD)	1,15 (1,48)	1,23 (1,73)
		Diff pre-post	0,4	0,55
		t-Wert (df)	0,64 (17)	0,58 (11)
		Cohens d	0,25	0,29
		95% CI von d	[-0,41 - 0,90]	[-0,52 - 1,09]
Konsumvorgänge		n	14	8
	pre	M (SD)	5,93 (5,85)	4,50 (5,18)
	post	M (SD)	2,14 (3,94)	0,88 (1,13)
		Diff pre-post	3,79	3,63
		t-Wert (df)	2,38 (13)**	1,78 (7)*
		Cohens d	0,76	0,97
		95% CI von d	[-0,01 - 1,53]	[-0,08 - 2,01]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	19	12
	pre		121,84 (167,28)	90,42 (115,10)
	post		50,53 (76,92)	39,17 (42,52)
		Diff pre-post	71,32 (181,75)	51,25 (124,36)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

**Tabelle 9.1.2.2f Pre-Post-Veränderungen der Kokainabhängigkeitsdiagnosen (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT (n = 20) % (n)	KISS-TPP (n = 14) % (n)
pre	25,00 (5)	35,71 (5)
post	10,00 (2)	7,14 (1)
Mc Nemar $\chi^2$ (df = 1)	1,29	2,67
Abhängigkeit überwunden	25,00 (5)	25,00 (5)
Abhängigkeit neu	10,00 (2)	10,00 (2)



**Tabelle 9.1.2.2g Pre-Post-Veränderungen des Benzodiazepinkonsums (letzte 28 Tage) in den gepoolten KISS-Gruppen**

			KISS - ITT	KISS - TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	32	19
	pre	M (SD)	37,35 (42,60)	41,39 (44,60)
	post	M (SD)	14,77 (19,94)	16,26 (23,02)
		Diff pre-post	22,58	25,13
		t-Wert (df)	3,06 (31)***	2,34 (18)**
		Cohens d	0,68	0,71
		95% CI von d	[0,17 - 1,18]	[0,05 - 1,36]
Konsumfreie Tage		n	37	23
	pre	M (SD)	13,97 (11,75)	13,35 (11,21)
	post	M (SD)	16,51 (11,57)	16,48 (11,31)
		Diff post-pre	2,54	3,13
		t-Wert (df)	1,41 (36)*	1,27 (22)
		Cohens d	0,22	0,28
		95% CI von d	[-0,24 - 0,67]	[-0,30 - 0,86]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	34	20
	pre	M (SD)	2,79 (2,44)	2,91(2,36)
	post	M (SD)	1,45 (1,38)	1,64 (1,47)
		Diff pre-post	1,34	1,27
		t-Wert (df)	3,30 (33)***	2,53 (19)***
		Cohens d	0,68	0,65
		95% CI von d	[0,19 - 1,17]	[0,01 - 1,28]
Konsumvorgänge		n	31	18
	pre	M (SD)	27,03 (31,72)	24,39 (23,58)
	post	M (SD)	13,05 (15,94)	12,97 (16,81)
		Diff pre-post	13,98	11,42
		t-Wert (df)	2,89 (30)***	2,36 (17)**
		Cohens d	0,56	0,56
		95% CI von d	[0,05 - 1,06]	[-0,11 - 1,22]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	32	19
	pre		56,02 (63,89)	62,09 (66,89)
	post		22,15 (29,92)	24,39 (34,53)
		Diff pre - post	33,87 (62,59)	37,7 (70,12)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*:  $p \leq 0,001$

**Tabelle 9.1.2.2h Pre-Post-Veränderungen der Benzodiazepinabhängigkeitsdiagnosen (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT (n = 38) % (n)	KISS-TPP (n = 24) % (n)
pre	50,00 (19)	54,17 (13)
post	44,74 (17)	37,50 (9)
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,33	2
Abhängigkeit überwunden	18,42 (7)	25,00 (6)
Abhängigkeit neu	13,16 (5)	8,33 (2)

**Tabelle 9.1.2.2i Pre-Post-Veränderungen des Cannabiskonsums (letzte 28 Tage) in den gepoolten KISS-Gruppen**

			KISS - ITT	KISS - TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	39	30
	pre	M (SD)	52,99 (70,39)	55,73 (73,41)
	post	M (SD)	35,61 (53,91)	37,91 (54,52)
		Diff pre-post	17,38	17,82
		t-Wert (df)	1,74 (38)**	1,57 (29)*
		Cohens d	0,28	0,28
		95% CI von d	[-0,17 - 0,72]	[-0,23 - 0,78]
Konsumfreie Tage		n	43	32
	pre	M (SD)	13,72 (11,43)	13,31 (11,62)
	post	M (SD)	17,77 (11,26)	17,06 (11,49)
		Diff post-pre	4,05	3,75
		t-Wert (df)	2,84 (42)***	2,14 (31)**
		Cohens d	0,36	0,32
		95% CI von d	[-0,07 - 0,78]	[-0,17 - 0,82]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	41	31
	pre	M (SD)	3,39 (3,30)	3,220(2,82)
	post	M (SD)	3,27 (2,74)	2,87 (2,34)
		Diff pre-post	0,12	0,33
		t-Wert (df)	0,28 (40)	0,73 (30)
		Cohens d	0,04	0,13
		95% CI von d	[-0,39 - 0,47]	[-0,37 - 0,62]
Konsumvorgänge		n	37	28
	pre	M (SD)	34,24 (38,52)	29,79 (35,72)
	post	M (SD)	20,11 (30,57)	16,75 (26,60)
		Diff pre-post	14,14	13,04
		t-Wert (df)	2,29 (36)**	1,89 (27)**
		Cohens d	0,41	0,41
		95% CI von d	[-0,05 - 0,87]	[-0,12 - 0,94]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	39	30
	pre		52,99 (70,39)	55,73 (73,41)
	post		35,61 (53,91)	37,91 (54,52)
		Diff pre - post	17,38 (62,22)	17,82 (62,11)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*:  $p \leq 0,001$

**Tabelle 9.1.2.2j Pre-Post-Veränderungen der Cannabisabhängigkeitsdiagnosen (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT (n = 45) % (n)	KISS-TPP (n = 34) % (n)
pre	24,44 (11)	26,47 (9)
post	20,00 (9)	20,59 (7)
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,33	0,4
Abhängigkeit überwunden	15,56 (7)	17,65 (6)
Abhängigkeit neu	11,11 (5)	11,76 (4)

**Tabelle 9.1.2.2k Pre-Post-Veränderungen des Alkoholkonsums (letzte 28 Tage) in den gepoolten KISS-Gruppen**

			KISS - ITT	KISS - TPP
Gesamtkonsum (SKE)		n	30	19
	pre	M (SD)	38,43 (55,66)	50,91 (63,96)
	post	M (SD)	34,98 (52,30)	43,76 (62,68)
		Diff pre-post	3,45	7,15
		t-Wert (df)	0,42 (29)	0,6 (18)
		Cohens d	0,06	0,11
		95% CI von d	[-0,44 - 0,57]	[-0,52 - 0,75]
Konsumfreie Tage		n	32	21
	pre	M (SD)	16,97 (11,20)	12,81 (11,41)
	post	M (SD)	16,64 (10,99)	14,33 (11,86)
		Diff post-pre	-0,33	1,52
		t-Wert (df)	-0,18 (31)	0,63 (20)
		Cohens d	-0,03	0,13
		95% CI von d	[-0,52 - 0,46]	[-0,47 - 0,74]
Durchschnittskonsum an Konsumtagen (SKE)		n	28	19
	pre	M (SD)	2,75 (2,48)	2,86 (2,67)
	post	M (SD)	2,19 (2,16)	2,54 (2,38)
		Diff pre-post	0,55	0,36
		t-Wert (df)	1,38 (27) *	0,75 (18)
		Cohens d	0,24	0,14
		95% CI von d	[-0,29 - 0,76]	[-0,49 - 0,78]
Durchschnittskosten pro Monat in €		n	30	19
	pre		19,22 (27,83)	25,46 (31,98)
	post		17,49 (26,15)	21,88 (31,34)
		Diff pre - post	1,73 (22,44)	3,58 (25,79)

Anmerkungen. \*:  $p \leq 0,05$

**Tabelle 9.1.2.2l Pre-Post-Veränderungen der Alkoholabhängigkeitsdiagnosen (letzte 28 Tage)**

	KISS-ITT (n = 36) % (n)	KISS-TPP (n = 24) % (n)
pre	13,89 (5)	12,50 (3)
post	16,67 (6)	16,67 (4)
Mc Nemar Chi <sup>2</sup> (df = 1)	0,33	0,33
Abhängigkeit überwunden	2,78 (1)	4,17 (1)
Abhängigkeit neu	5,56 (2)	8,33 (2)



## A2 SUBGRUPPENSPEZIFISCHE PRE-POST-VERÄNDERUNGEN DES SUBSTANZKONSUMS

**Tabelle 9.1.4.1 Pre-Post-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach Geschlecht**

		KISS-ITT			Warte-Kontrollgruppe	
			Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)		n	30	14	24	10
	t1	M (SD)	287,88 (243,26)	276,75 (284,48)	312,39 (267,75)	263,16 (187,90)
	t2	M (SD)	201,09 (216,39)	194,95 (178,28)	301,34 (198,27)	226,37 (198,57)
		Diff t1-t2 (SD)	86,79 (191,22)	81,80 (239,38)	11,05 (201,36)	36,79 (252,53)
		t-Wert (df)	2,49 (29) **	1,28 (13)	0,27 (23)	0,46 (9)
		Cohens d	0,38	0,34	0,05	0,19
		95% CI von d	[-0,13 - 0,89]	[-0,40 - 1,09]	[-0,52 - 0,61]	[-0,69 - 1,07]
Konsumausgaben		n	30	14	24	10
	t1	M (SD)	735,44 (924,77)	564,43 (447,44)	796,78 (957,21)	563,42 (489,09)
	t2	M (SD)	457,29 (696,23)	393,43 (460,65)	771,49 (736,04)	538,32 (783,88)
		Diff t1-t2 (SD)	278,15 (686,18)	171,00 (523,85)	25,29 (629,46)	25,10 (964,22)
		t-Wert (df)	2,22 (29) *	1,22 (13)	0,20 (23)	0,08 (9)
		Cohens d	0,34	0,38	0,03	0,04
		95% CI von d	[-0,17 - 0,85]	[-0,37 - 1,12]	[-0,54 - 0,60]	[-0,84 - 0,92]
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	31	14	24	11
	t1	M (SD)	18,57 ( 7,64)	17,16 ( 8,02)	16,22 ( 4,35)	16,27 ( 5,64)
	t2	M (SD)	15,78 ( 7,14)	15,63 ( 6,81)	15,88 ( 5,99)	15,50 ( 6,13)
		Diff t1-t2 (SD)	2,79 ( 5,05)	1,52 ( 5,88)	0,34 ( 4,52)	0,77 ( 7,50)
		t-Wert (df)	3,07 (30) **	0,97 (13)	0,37 (23)	0,34 (10)
		Cohens d	0,38	0,20	0,07	0,13
		95% CI von d	[-0,12 - 0,88]	[-0,54 - 0,95]	[-0,50 - 0,63]	[-0,71 - 0,97]
Abhängigkeiten		n	31	14	24	11
	t1	M (SD)	1,39 ( 0,99)	1,86 ( 1,10)	1,50 ( 1,06)	1,91 ( 1,14)
	t2	M (SD)	1,06 ( 0,93)	1,07 ( 1,38)	1,29 ( 0,86)	1,82 ( 1,33)
		Diff t1-t2 (SD)	0,32 ( 1,05)	0,79 ( 1,37)	0,21 ( 1,06)	0,09 ( 0,94)
		t-Wert (df)	1,72 (30) *	2,15 (13) *	0,96 (23)	0,32 (10)
		Cohens d	0,34	0,63	0,22	0,07
		95% CI von d	[-0,17 - 0,84]	[-0,13 - 1,39]	[-0,35 - 0,78]	[-0,76 - 0,91]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Tabelle 9.1.4.2 Pre-Post-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach dichotomisierter Stärke der Abhängigkeit zu t1**

			KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
			weniger schwer	schwer	weniger schwer	schwer
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)		n	20	24	20	14
	t1	M (SD)	245,31 (228,40)	316,86 (273,64)	341,21 (284,26)	236,05 (165,82)
	t2	M (SD)	221,87 (204,81)	180,20 (203,83)	303,12 (194,92)	245,24 (205,55)
		Diff t1-t2 (SD)	23,44 (183,65)	136,66 (211,10)	38,09 (188,19)	-9,19 (251,13)
		t-Wert (df)	0,57 (19)	3,17 (23) **	0,91 (19)	-0,14 (13)
		Cohens d	0,11	0,57	0,16	-0,05
		95% CI von d	[-0,51 - 0,73]	[-0,01 - 1,14]	[-0,46 - 0,78]	[-0,79 - 0,69]
Konsum- ausgaben		n	20	24	20	14
	t1	M (SD)	651,51 (868,59)	705,62 (760,89)	920,82 (1006,84)	452,90 (442,64)
	t2	M (SD)	539,05 (723,96)	351,90 (532,19)	822,16 (745,05)	532,55 (740,94)
		Diff t1-t2 (SD)	112,46 (727,66)	353,72 (537,14)	98,66 (638,19)	-79,66 (853,96)
		t-Wert (df)	0,69 (19)	3,23 (23) **	0,69 (19)	-0,35 (13)
		Cohens d	0,14	0,54	0,11	-0,13
		95% CI von d	[-0,48 - 0,76]	[-0,04 - 1,12]	[-0,51 - 0,73]	[-0,87 - 0,61]
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro consu- mierter Substanz		n	20	25	20	15
	t1	M (SD)	19,51 ( 5,90)	17,03 ( 8,85)	15,56 ( 4,85)	17,13 ( 4,52)
	t2	M (SD)	17,61 ( 6,22)	14,23 ( 7,28)	16,34 ( 6,51)	15,00 ( 5,22)
		Diff t1-t2 (SD)	1,89 ( 3,61)	2,80 ( 6,37)	-0,77 ( 4,70)	2,13 ( 6,23)
		t-Wert (df)	2,35 (19) *	2,20 (24) *	-0,73 (19)	1,33 (14)
		Cohens d	0,31	0,35	-0,13	0,44
		95% CI von d	[-0,31 - 0,94]	[-0,21 - 0,90]	[-0,75 - 0,49]	[-0,29 - 1,16]
Abhängigkeiten		n	20	25	20	15
	t1	M (SD)	0,90 ( 0,72)	2,04 ( 0,98)	1,10 ( 0,79)	2,33 ( 1,05)
	t2	M (SD)	1,05 ( 0,76)	1,08 ( 1,29)	1,25 ( 0,97)	1,73 ( 1,10)
		Diff t1-t2 (SD)	-0,15 ( 0,81)	0,96 ( 1,17)	-0,15 ( 1,04)	0,60 ( 0,83)
		t-Wert (df)	-0,83 (19)	4,10 (24) **	-0,65 (19)	2,81 (14) **
		Cohens d	-0,20	0,84	-0,17	0,56
		95% CI von d	[-0,82 - 0,42]	[ 0,26 - 1,42]	[-0,79 - 0,45]	[-0,17 - 1,29]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.  
Signifikanzniveaus: \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Tabelle 9.1.4.3 Pre-Post-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach Substitutionsbehandlung zu t1**

			KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
			nicht in Substitution	in Substitution	nicht in Substitution	in Substitution
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)		n	12	32	12	22
	t1	M (SD)	351,41 (254,53)	259,18 (252,88)	372,74 (348,83)	257,09 (160,57)
	t2	M (SD)	213,62 (233,86)	193,71 (193,98)	405,15 (217,19)	210,64 (152,13)
		Diff t1-t2 (SD)	137,79 (257,63)	65,48 (182,26)	-32,40 (315,17)	46,45 (132,78)
		t-Wert (df)	1,85 (11) *	2,03 (31) *	-0,36 (11)	1,64 (21) #
		Cohens d	0,56	0,29	-0,11	0,30
		95% CI von d	[-0,25 - 1,38]	[-0,20 - 0,78]	[-0,91 - 0,69]	[-0,30 - 0,89]
Konsumausgaben		n	12	32	12	22
	t1	M (SD)	1200,37 (1010,44)	486,27 (622,21)	1077,52 (1145,93)	537,58 (573,33)
	t2	M (SD)	715,87 (875,22)	332,38 (480,09)	1083,16 (861,27)	495,50 (598,94)
		Diff t1-t2 (SD)	484,50 (997,73)	153,89 (418,42)	-5,65 (1079,59)	42,08 (470,17)
		t-Wert (df)	1,68 (11) #	2,08 (31) *	-0,02 (11)	0,42 (21)
		Cohens d	0,51	0,28	-0,01	0,07
		95% CI von d	[-0,30 - 1,33]	[-0,22 - 0,77]	[-0,81 - 0,79]	[-0,52 - 0,66]
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	13	32	13	22
	t1	M (SD)	17,92 ( 7,07)	18,22 ( 8,05)	13,47 ( 3,93)	17,87 ( 4,42)
	t2	M (SD)	15,45 ( 4,84)	15,85 ( 7,72)	13,45 ( 6,12)	17,13 ( 5,53)
		Diff t1-t2 (SD)	2,47 ( 6,77)	2,37 ( 4,69)	0,02 ( 6,53)	0,75 ( 4,97)
		t-Wert (df)	1,31 (12)	2,86 (31) **	0,01 (12)	0,70 (21)
		Cohens d	0,41	0,30	0,00	0,15
	95% CI von d	[-0,37 - 1,19]	[-0,19 - 0,79]	[-0,77 - 0,77]	[-0,44 - 0,74]	
Abhängigkeiten		n	13	32	13	22
	t1	M (SD)	1,62 ( 1,04)	1,50 ( 1,05)	2,00 ( 1,15)	1,41 ( 1,01)
	t2	M (SD)	1,23 ( 1,01)	1,00 ( 1,11)	1,92 ( 1,12)	1,18 ( 0,91)
		Diff t1-t2 (SD)	0,38 ( 1,39)	0,50 ( 1,08)	0,08 ( 1,26)	0,23 ( 0,87)
		t-Wert (df)	1,00 (12)	2,62 (31) **	0,22 (12)	1,23 (21)
		Cohens d	0,37	0,46	0,07	0,24
	95% CI von d	[-0,40 - 1,15]	[-0,03 - 0,96]	[-0,70 - 0,84]	[-0,36 - 0,83]	

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Tabelle 9.1.4.4 Pre-Post-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach Beschäftigungsstatus zu t1**

			KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
			nicht beschäftigt	Arbeit/ Ausbildung etc.	nicht beschäftigt	Arbeit/ Ausbildung etc.
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)		n	27	17	29	5
	t1	M (SD)	301,15 (243,12)	257,63 (275,31)	310,99 (256,09)	222,03 (168,66)
	t2	M (SD)	240,18 (226,75)	133,95 (140,75)	284,92 (210,61)	246,60 (112,29)
		Diff t1-t2 (SD)	60,97 (196,59)	123,68 (217,90)	26,07 (226,16)	-24,57 (130,51)
		t-Wert (df)	1,61 (26) #	2,34 (16) *	0,62 (28)	-0,42 (4)
		Cohens d	0,26	0,57	0,11	-0,17
		95% CI von d	[-0,28 - 0,80]	[-0,12 - 1,25]	[-0,40 - 0,63]	[-1,41 - 1,07]
Konsum- ausgaben		n	27	17	29	5
	t1	M (SD)	769,57 (857,07)	540,40 (708,69)	780,93 (895,14)	422,00 (395,56)
	t2	M (SD)	543,76 (719,04)	267,36 (404,28)	715,66 (792,96)	628,98 (429,03)
		Diff t1-t2 (SD)	225,81 (725,20)	273,04 (476,59)	65,27 (770,38)	-206,97 (369,76)
		t-Wert (df)	1,62 (26) #	2,36 (16) *	0,46 (28)	-1,25 (4)
		Cohens d	0,29	0,47	0,08	-0,50
		95% CI von d	[-0,25 - 0,82]	[-0,21 - 1,16]	[-0,44 - 0,59]	[-1,77 - 0,76]
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro consu- mierter Substanz		n	27	18	30	5
	t1	M (SD)	16,85 (7,94)	20,06 (7,11)	15,87 (4,92)	18,40 (2,57)
	t2	M (SD)	14,88 (7,03)	17,01 (6,85)	15,60 (6,26)	16,73 (3,91)
		Diff t1-t2 (SD)	1,97 (4,64)	3,04 (6,23)	0,27 (5,91)	1,68 (1,72)
		t-Wert (df)	2,20 (26) *	2,07 (17) *	0,25 (29)	2,18 (4) *
		Cohens d	0,26	0,44	0,05	0,51
		95% CI von d	[-0,27 - 0,80]	[-0,23 - 1,10]	[-0,46 - 0,55]	[-0,76 - 1,77]
Abhängigkeiten		n	27	18	30	5
	t1	M (SD)	1,59 (0,97)	1,44 (1,15)	1,53 (1,11)	2,20 (0,84)
	t2	M (SD)	1,04 (1,06)	1,11 (1,13)	1,47 (1,07)	1,40 (0,89)
		Diff t1-t2 (SD)	0,56 (1,15)	0,33 (1,19)	0,07 (1,01)	0,80 (0,84)
		t-Wert (df)	2,50 (26) **	1,19 (17)	0,36 (29)	2,14 (4) *
		Cohens d	0,55	0,29	0,06	0,92
		95% CI von d	[0,00 - 1,09]	[-0,36 - 0,95]	[-0,45 - 0,57]	[-0,40 - 2,24]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .



**Tabelle 9.1.4.5 Pre-Post-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach psychiatrischer Symptomatik zu t1**

			KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe	
			keine	mind. eine	keine	mind. eine
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)		n	13	30	7	26
	t1	M (SD)	282,34 (288,89)	294,45 (241,24)	313,68 (156,37)	289,14 (269,78)
	t2	M (SD)	184,90 (181,81)	211,94 (213,96)	242,26 (163,40)	298,72 (205,77)
		Diff t1-t2 (SD)	97,44 (231,45)	82,51 (199,52)	71,41 (98,46)	-9,58 (226,33)
		t-Wert (df)	1,52 (12) #	2,26 (29) *	1,92 (6) #	-0,22 (25)
		Cohens d	0,40	0,36	0,45	-0,04
		95% CI von d	[-0,37 - 1,18]	[-0,15 - 0,87]	[-0,62 - 1,51]	[-0,58 - 0,50]
Konsumausgaben		n	13	30	7	26
	t1	M (SD)	626,92 (717,52)	726,34 (850,45)	608,34 (594,42)	730,71 (912,03)
	t2	M (SD)	499,68 (641,82)	424,36 (634,22)	587,21 (699,60)	756,48 (772,78)
		Diff t1-t2 (SD)	127,24 (472,48)	301,98 (702,86)	21,13 (302,71)	-25,77 (775,31)
		t-Wert (df)	0,97 (12)	2,35 (29) *	0,18 (6)	-0,17 (25)
		Cohens d	0,19	0,40	0,03	-0,03
		95% CI von d	[-0,58 - 0,96]	[-0,11 - 0,91]	[-1,02 - 1,08]	[-0,57 - 0,51]
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	13	31	7	27
	t1	M (SD)	19,82 ( 4,79)	17,12 ( 8,52)	16,84 ( 2,89)	16,16 ( 5,18)
	t2	M (SD)	16,27 ( 5,35)	15,14 ( 7,41)	13,88 ( 4,30)	16,59 ( 6,09)
		Diff t1-t2 (SD)	3,54 ( 4,86)	1,98 ( 5,54)	2,96 ( 4,50)	-0,42 ( 5,55)
		t-Wert (df)	2,63 (12) *	1,99 (30) *	1,74 (6) #	-0,40 (26)
		Cohens d	0,70	0,25	0,81	-0,07
		95% CI von d	[-0,10 - 1,49]	[-0,25 - 0,75]	[-0,29 - 1,90]	[-0,61 - 0,46]
Abhängigkeiten		n	13	31	7	27
	t1	M (SD)	1,23 ( 0,73)	1,71 ( 1,10)	1,00 ( 0,82)	1,74 ( 1,10)
	t2	M (SD)	0,85 ( 0,99)	1,16 ( 1,13)	0,86 ( 1,07)	1,59 ( 1,01)
		Diff t1-t2 (SD)	0,38 ( 0,77)	0,55 ( 1,29)	0,14 ( 1,46)	0,15 ( 0,91)
		t-Wert (df)	1,81 (12) *	2,37 (30) *	0,26 (6)	0,85 (26)
		Cohens d	0,44	0,49	0,15	0,14
		95% CI von d	[-0,33 - 1,22]	[-0,01 - 1,00]	[-0,90 - 1,20]	[-0,39 - 0,67]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ .

**Tabelle 9.1.4.6 Pre-Post-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach Ausmaß der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu t1**

		KISS-ITT		Warte-Kontrollgruppe		
		Index sozialer Unterstützung		Index sozialer Unterstützung		
		<= 12	> 12	<= 12	> 12	
Gesamtkonsum (in gewichteten SKE)	n	21	23	20	14	
	t1	M (SD)	311,85 (270,88)	259,22 (240,39)	348,88 (284,74)	225,09 (156,19)
	t2	M (SD)	188,92 (225,35)	208,46 (184,84)	336,77 (208,86)	197,17 (154,28)
		Diff t1-t2 (SD)	122,93 (200,88)	50,75 (206,85)	12,12 (236,40)	27,92 (185,50)
		t-Wert (df)	2,80 (20) **	1,18 (22)	0,23 (19)	0,56 (13)
		Cohens d	0,49	0,24	0,05	0,18
		95% CI von d	[-0,12 - 1,11]	[-0,34 - 0,82]	[-0,57 - 0,67]	[-0,56 - 0,92]
Konsum- ausgaben	n	21	23	20	14	
	t1	M (SD)	815,57 (950,85)	558,18 (635,07)	854,35 (980,45)	547,85 (593,11)
	t2	M (SD)	325,01 (586,24)	539,20 (656,35)	908,05 (819,23)	409,85 (524,68)
		Diff t1-t2 (SD)	490,56 (765,72)	18,99 (379,22)	-53,70 (842,03)	137,99 (533,97)
		t-Wert (df)	2,94 (20) **	0,24 (22)	-0,29 (19)	0,97 (13)
		Cohens d	0,62	0,03	-0,06	0,25
		95% CI von d	[ 0,00 - 1,24]	[-0,55 - 0,61]	[-0,68 - 0,56]	[-0,50 - 0,99]
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro consu- mierter Substanz	n	21	24	20	15	
	t1	M (SD)	17,75 ( 7,81)	18,46 ( 7,75)	16,07 ( 5,47)	16,45 ( 3,63)
	t2	M (SD)	15,25 ( 7,96)	16,16 ( 6,10)	16,13 ( 6,21)	15,27 ( 5,75)
		Diff t1-t2 (SD)	2,50 ( 4,78)	2,31 ( 5,80)	-0,06 ( 4,99)	1,18 ( 6,26)
		t-Wert (df)	2,40 (20) *	1,95 (23) *	-0,05 (19)	0,73 (14)
		Cohens d	0,32	0,33	-0,01	0,25
		95% CI von d	[-0,29 - 0,93]	[-0,24 - 0,90]	[-0,63 - 0,61]	[-0,47 - 0,97]
Abhängigkeiten	n	21	24	20	15	
	t1	M (SD)	1,62 ( 1,12)	1,46 ( 0,98)	1,75 ( 1,16)	1,47 ( 0,99)
	t2	M (SD)	0,81 ( 0,87)	1,29 ( 1,20)	1,70 ( 1,03)	1,13 ( 0,99)
		Diff t1-t2 (SD)	0,81 ( 1,08)	0,17 ( 1,17)	0,05 ( 0,94)	0,33 ( 1,11)
		t-Wert (df)	3,44 (20) **	0,70 (23)	0,24 (19)	1,16 (14)
		Cohens d	0,81	0,15	0,05	0,34
		95% CI von d	[ 0,18 - 1,44]	[-0,41 - 0,72]	[-0,57 - 0,67]	[-0,38 - 1,06]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.

Signifikanzniveaus: \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$

### A3 SUBGRUPPENSPEZIFISCHE VERÄNDERUNGEN DES SUBSTANZKONSUMS ZWISCHEN PRE, POST UND KATAMNESE

**Tabelle 9.2.3.1 Pre-Post-Katamnese-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach Geschlecht**

Gesamtkonsum (SKE) „Nutt“			Männer	Frauen
			n	24
	T1	M (SD)	212,17 (222,47)	271,92 (295,50)
	T2	M (SD)	119,44 (157,93)	180,05 (176,24)
	T4	M (SD)	152,69 (175,35)	161,88 (188,38)
		Diff t1-t2 (SD)	92,73 (206,00)	91,87 (246,04)
		t-Wert (df)	2,21 (23) *	1,35 (12)
		Cohens d	0,48	0,38
		95% CI von d	[-0,09 - 1,05]	[-0,40 - 1,15]
		Diff t2-t4 (SD)	-33,25 (123,35)	18,17 (212,58)
		t-Wert (df)	-1,32 (23)	0,31 (12)
		Cohens d	-0,20	0,10
		95% CI von d	[-0,77 - 0,37]	[-0,67 - 0,87]
		Diff t1-t4 (SD)	59,48 (165,69)	110,04 (338,19)
		t-Wert (df)	1,76 (23) *	1,17 (12)
		Cohens d	0,30	0,44
	95% CI von d	[-0,27 - 0,87]	[-0,33 - 1,22]	
Gesamtkosten		n	24	13
	t1	M (SD)	530,46 (797,22)	591,77 (453,37)
	t2	M (SD)	271,09 (528,10)	413,77 (472,87)
	t4	M (SD)	241,04 (414,97)	437,42 (667,08)
		Diff t1-t2 (SD)	259,38 (714,64)	178,00 (544,56)
		t-Wert (df)	1,78 (23) *	1,18 (12)
		Cohens d	0,38	0,38
		95% CI von d	[-0,19 - 0,95]	[-0,39 - 1,16]
		Diff t2-t4 (SD)	30,05 (389,18)	-23,66 (726,00)
		t-Wert (df)	0,38 (23)	-0,12 (12)
		Cohens d	0,06	-0,04
		95% CI von d	[-0,50 - 0,63]	[-0,81 - 0,73]
		Diff t1-t4 (SD)	289,43 (699,70)	154,35 (790,06)
		t-Wert (df)	2,03 (23) *	0,70 (12)
		Cohens d	0,46	0,27
	95% CI von d	[-0,12 - 1,03]	[-0,50 - 1,04]	
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	23	13
	t1	M (SD)	16,49 ( 7,20)	15,68 ( 7,09)
	t2	M (SD)	20,30 ( 6,54)	17,81 ( 7,95)
	t4	M (SD)	18,74 ( 7,61)	19,04 ( 7,24)
		Diff t1-t2 (SD)	3,82 ( 4,47)	2,13 ( 5,65)
		t-Wert (df)	4,09 (22) **	1,36 (12) #
		Cohens d	0,55	0,28
		95% CI von d	[-0,03 - 1,14]	[-0,49 - 1,06]
		Diff t2-t4 (SD)	-1,56 ( 5,83)	1,23 ( 7,27)
		t-Wert (df)	-1,28 (22)	0,61 (12)
		Cohens d	-0,22	0,16
		95% CI von d	[-0,80 - 0,36]	[-0,61 - 0,93]
		Diff t1-t4 (SD)	2,26 ( 5,72)	3,36 ( 7,67)
		t-Wert (df)	1,89 (22) *	1,58 (12) #
	Cohens d	0,30	0,47	
	95% CI von d	[-0,28 - 0,89]	[-0,31 - 1,25]	

Tabelle 9.2.3.1 (Fortsetzung)

Abhängigkeiten		n	24	13
	t1	M (SD)	1,21 ( 1,02)	1,92 ( 1,12)
	t2	M (SD)	0,88 ( 0,85)	1,15 ( 1,41)
	t4	M (SD)	0,75 ( 0,99)	0,69 ( 0,95)
		Diff t1-t2 (SD)	0,33 ( 1,13)	0,77 ( 1,42)
		t-Wert (df)	1,45 (23) #	1,95 (12) *
		Cohens d	0,35	0,61
		95% CI von d	[-0,22 - 0,93]	[-0,18 - 1,39]
		Diff t2-t4 (SD)	0,13 ( 0,95)	0,46 ( 1,56)
		t-Wert (df)	0,65 (23)	1,07 (12)
		Cohens d	0,14	0,39
		95% CI von d	[-0,43 - 0,70]	[-0,39 - 1,16]
		Diff t1-t4 (SD)	0,46 ( 1,25)	1,23 ( 1,36)
		t-Wert (df)	1,80 (23) *	3,25 (12) **
		Cohens d	0,46	1,19
		95% CI von d	[-0,12 - 1,03]	[ 0,35 - 2,03]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Tabelle 9.2.3.2 Pre-Post-Katamnese-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach dichotomisierter Stärke der Abhängigkeit zu t1**

Gesamtkonsum (SKE) „Nutt“			weniger schwer	schwer
		n	18	18
	t1	M (SD)	207,74 (213,90)	271,54 (281,38)
	t2	M (SD)	172,60 (179,51)	116,68 (149,72)
	t4	M (SD)	215,40 (217,55)	104,84 (107,28)
		Diff t1-t2 (SD)	35,14 (192,45)	154,85 (234,53)
		t-Wert (df)	0,77 (17)	2,80 (17) **
		Cohens d	0,18	0,69
		95% CI von d	[-0,48 - 0,83]	[ 0,01 - 1,36]
		Diff t2-t4 (SD)	-42,80 (192,72)	11,84 (122,75)
		t-Wert (df)	-0,94 (17)	0,41 (17)
		Cohens d	-0,21	0,09
		95% CI von d	[-0,87 - 0,44]	[-0,56 - 0,74]
		Diff t1-t4 (SD)	-7,65 (188,98)	166,70 (258,72)
		t-Wert (df)	-0,17 (17)	2,73 (17) **
		Cohens d	-0,04	0,78
	95% CI von d	[-0,69 - 0,62]	[ 0,10 - 1,46]	
Gesamtkosten		n	18	18
	t1	M (SD)	582,68 (820,02)	552,00 (561,66)
	t2	M (SD)	452,73 (633,45)	207,55 (325,46)
	t4	M (SD)	482,00 (686,10)	155,23 (182,19)
		Diff t1-t2 (SD)	129,95 (778,73)	344,44 (519,19)
		t-Wert (df)	0,71 (17)	2,81 (17) **
		Cohens d	0,18	0,75
		95% CI von d	[-0,48 - 0,83]	[ 0,07 - 1,43]
		Diff t2-t4 (SD)	-29,27 (657,23)	52,32 (378,06)
		t-Wert (df)	-0,19 (17)	0,59 (17)
		Cohens d	-0,04	0,20
		95% CI von d	[-0,70 - 0,61]	[-0,46 - 0,85]
		Diff t1-t4 (SD)	100,68 (858,84)	396,76 (569,59)
		t-Wert (df)	0,50 (17)	2,96 (17) **
		Cohens d	0,13	0,95
	95% CI von d	[-0,52 - 0,79]	[ 0,26 - 1,64]	
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	18	18
	t1	M (SD)	17,69 ( 6,54)	14,70 ( 7,44)
	t2	M (SD)	19,61 ( 6,22)	19,20 ( 8,01)
	t4	M (SD)	18,10 ( 6,40)	19,60 ( 8,36)
		Diff t1-t2 (SD)	1,92 ( 3,80)	4,50 ( 5,64)
		t-Wert (df)	2,14 (17) *	3,38 (17) **
		Cohens d	0,30	0,58
		95% CI von d	[-0,36 - 0,96]	[-0,09 - 1,25]
		Diff t2-t4 (SD)	-1,51 ( 5,50)	0,41 ( 7,28)
		t-Wert (df)	-1,16 (17)	0,24 (17)
		Cohens d	-0,24	0,05
		95% CI von d	[-0,89 - 0,42]	[-0,60 - 0,70]
		Diff t1-t4 (SD)	0,41 ( 5,93)	4,91 ( 6,22)
		t-Wert (df)	0,29 (17)	3,35 (17) **
		Cohens d	0,06	0,62
		95% CI von d	[-0,59 - 0,72]	[-0,05 - 1,29]

Tabelle 9.2.3.2 (Fortsetzung)

Abhängigkeiten		n	18	18
	t1	M (SD)	0,83 (0,71)	2,17 (0,99)
	t2	M (SD)	1,06 (0,80)	0,94 (1,30)
	t4	M (SD)	0,94 (1,06)	0,56 (0,86)
		Diff t1-t2 (SD)	-0,22 (0,81)	1,22 (1,22)
		t-Wert (df)	-1,17 (17)	4,27 (17) **
		Cohens d	-0,29	1,06
		95% CI von d	[-0,95 - 0,36]	[0,36 - 1,76]
		Diff t2-t4 (SD)	0,11 (1,02)	0,39 (1,38)
		t-Wert (df)	0,46 (17)	1,20 (17)
		Cohens d	0,12	0,35
		95% CI von d	[-0,54 - 0,77]	[-0,31 - 1,01]
		Diff t1-t4 (SD)	-0,11 (1,18)	1,61 (0,85)
		t-Wert (df)	-0,40 (17)	8,04 (17) **
		Cohens d	-0,12	1,75
		95% CI von d	[-0,78 - 0,53]	[0,97 - 2,52]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Tabelle 9.2.3.3 Pre-Post-Katamnese-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach Substitutionsbehandlung zu t1**

Gesamtkonsum (SKE) „Nutt“			nicht in Substitution	in Substitution
		n	10	27
	t1	M (SD)	354,47 (252,18)	188,24 (235,52)
	t2	M (SD)	161,81 (196,37)	132,93 (154,94)
	t4	M (SD)	196,08 (184,41)	141,04 (176,02)
		Diff t1-t2 (SD)	192,66 (247,58)	55,31 (197,40)
		t-Wert (df)	2,46 (9) *	1,46 (26) #
		Cohens d	0,85	0,28
		95% CI von d	[-0,07 - 1,77]	[-0,26 - 0,81]
		Diff t2-t4 (SD)	-34,27 (134,76)	-8,12 (169,40)
		t-Wert (df)	-0,80 (9)	-0,25 (26)
		Cohens d	-0,18	-0,05
		95% CI von d	[-1,06 - 0,70]	[-0,58 - 0,48]
		Diff t1-t4 (SD)	158,39 (189,48)	47,19 (249,01)
		t-Wert (df)	2,64 (9) *	0,98 (26)
		Cohens d	0,72	0,23
	95% CI von d	[-0,19 - 1,62]	[-0,31 - 0,76]	
Gesamtkosten		n	10	27
	t1	M (SD)	1208,44 (981,95)	308,88 (312,12)
	t2	M (SD)	525,13 (764,04)	245,70 (364,04)
	t4	M (SD)	392,42 (599,85)	279,53 (492,03)
		Diff t1-t2 (SD)	683,32 (956,73)	63,18 (407,44)
		t-Wert (df)	2,26 (9) *	0,81 (26)
		Cohens d	0,78	0,19
		95% CI von d	[-0,14 - 1,69]	[-0,35 - 0,72]
		Diff t2-t4 (SD)	132,70 (612,71)	-33,83 (490,36)
		t-Wert (df)	0,68 (9)	-0,36 (26)
		Cohens d	0,19	-0,08
		95% CI von d	[-0,69 - 1,07]	[-0,61 - 0,46]
		Diff t1-t4 (SD)	816,02 (882,90)	29,35 (532,52)
		t-Wert (df)	2,92 (9) **	0,29 (26)
		Cohens d	1,00	0,07
	95% CI von d	[ 0,07 - 1,94]	[-0,46 - 0,60]	
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	10	26
	t1	M (SD)	15,31 ( 5,47)	16,54 ( 7,67)
	t2	M (SD)	19,58 ( 5,27)	19,33 ( 7,75)
	t4	M (SD)	19,95 ( 5,67)	18,43 ( 8,00)
		Diff t1-t2 (SD)	4,27 ( 5,20)	2,80 ( 4,85)
		t-Wert (df)	2,60 (9) *	2,94 (25) **
		Cohens d	0,80	0,36
		95% CI von d	[-0,12 - 1,71]	[-0,19 - 0,91]
		Diff t2-t4 (SD)	0,37 ( 8,00)	-0,91 ( 5,87)
		t-Wert (df)	0,15 (9)	-0,79 (25)
		Cohens d	0,07	-0,11
		95% CI von d	[-0,81 - 0,94]	[-0,66 - 0,43]
		Diff t1-t4 (SD)	4,64 ( 4,82)	1,89 ( 6,85)
		t-Wert (df)	3,05 (9) **	1,41 (25) #
	Cohens d	0,83	0,24	
	95% CI von d	[-0,08 - 1,75]	[-0,30 - 0,79]	

Tabelle 9.2.3.3 (Fortsetzung)

Abhängigkeiten		n	10	27
	t1	M (SD)	1,70 ( 1,16)	1,37 ( 1,08)
	t2	M (SD)	1,30 ( 1,16)	0,85 ( 1,03)
	t4	M (SD)	0,70 ( 0,82)	0,74 ( 1,02)
		Diff t1-t2 (SD)	0,40 ( 1,58)	0,52 ( 1,12)
		t-Wert (df)	0,80 (9)	2,40 (26) *
		Cohens d	0,34	0,49
		95% CI von d	[-0,54 - 1,23]	[-0,05 - 1,03]
		Diff t2-t4 (SD)	0,60 ( 1,43)	0,11 ( 1,09)
		t-Wert (df)	1,33 (9)	0,53 (26)
		Cohens d	0,60	0,11
		95% CI von d	[-0,30 - 1,49]	[-0,43 - 0,64]
		Diff t1-t4 (SD)	1,00 ( 1,05)	0,63 ( 1,42)
		t-Wert (df)	3,00 (9) **	2,31 (26) *
		Cohens d	0,99	0,60
		95% CI von d	[ 0,06 - 1,93]	[ 0,05 - 1,14]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .



**Tabelle 9.2.3.4 Pre-Post-Katamnese-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach Beschäftigungsstatus zu t1**

Gesamtkonsum (SKE) „Nutt“		nicht beschäftigt		in Arbeit oder Ausbildung	
		n	22	15	15
	t1	M (SD)	260,62 (237,80)	192,89 (265,63)	
	t2	M (SD)	179,55 (189,00)	83,80 (101,94)	
	t4	M (SD)	181,18 (195,48)	118,86 (145,56)	
		Diff t1-t2 (SD)	81,07 (210,80)	109,09 (233,34)	
		t-Wert (df)	1,80 (21) *	1,81 (14) *	
		Cohens d	0,38	0,54	
		95% CI von d	[-0,22 - 0,97]	[-0,19 - 1,27]	
		Diff t2-t4 (SD)	-1,63 (165,02)	-35,06 (154,15)	
		t-Wert (df)	-0,05 (21)	-0,88 (14)	
		Cohens d	-0,01	-0,28	
		95% CI von d	[-0,60 - 0,58]	[-1,00 - 0,44]	
		Diff t1-t4 (SD)	79,44 (232,76)	74,03 (251,78)	
		t-Wert (df)	1,60 (21) #	1,14 (14)	
		Cohens d	0,36	0,35	
	95% CI von d	[-0,23 - 0,96]	[-0,38 - 1,07]		
Gesamtkosten		n	22	15	
	t1	M (SD)	713,44 (802,58)	315,23 (394,14)	
	t2	M (SD)	413,48 (589,94)	185,90 (327,20)	
	t4	M (SD)	395,23 (638,84)	185,10 (217,38)	
		Diff t1-t2 (SD)	299,96 (759,32)	129,32 (462,37)	
		t-Wert (df)	1,85 (21) *	1,08 (14)	
		Cohens d	0,43	0,36	
		95% CI von d	[-0,17 - 1,02]	[-0,36 - 1,08]	
		Diff t2-t4 (SD)	18,25 (598,01)	0,81 (407,11)	
		t-Wert (df)	0,14 (21)	0,01 (14)	
		Cohens d	0,03	0,00	
		95% CI von d	[-0,56 - 0,62]	[-0,71 - 0,72]	
		Diff t1-t4 (SD)	318,22 (863,55)	130,13 (457,38)	
		t-Wert (df)	1,73 (21) *	1,10 (14)	
		Cohens d	0,44	0,41	
	95% CI von d	[-0,16 - 1,04]	[-0,31 - 1,13]		
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	22	14	
	t1	M (SD)	15,50 ( 7,02)	17,29 ( 7,28)	
	t2	M (SD)	17,88 ( 8,00)	21,79 ( 4,62)	
	t4	M (SD)	18,51 ( 7,28)	19,40 ( 7,77)	
		Diff t1-t2 (SD)	2,38 ( 4,77)	4,51 ( 5,04)	
		t-Wert (df)	2,34 (21) *	3,34 (13) **	
		Cohens d	0,32	0,74	
		95% CI von d	[-0,28 - 0,91]	[-0,03 - 1,51]	
		Diff t2-t4 (SD)	0,63 ( 6,15)	-2,40 ( 6,65)	
		t-Wert (df)	0,48 (21)	-1,35 (13)	
		Cohens d	0,08	-0,38	
		95% CI von d	[-0,51 - 0,67]	[-1,12 - 0,37]	
		Diff t1-t4 (SD)	3,01 ( 5,10)	2,11 ( 8,24)	
		t-Wert (df)	2,76 (21) **	0,96 (13)	
		Cohens d	0,42	0,28	
	95% CI von d	[-0,18 - 1,02]	[-0,46 - 1,02]		

Tabelle 9.2.2.4 (Fortsetzung)

Abhängigkeiten		n	22	15
	t1	M (SD)	1,64 ( 1,05)	1,20 ( 1,15)
	t2	M (SD)	1,00 ( 1,07)	0,93 ( 1,10)
	t4	M (SD)	0,64 ( 0,90)	0,87 ( 1,06)
		Diff t1-t2 (SD)	0,64 ( 1,22)	0,27 ( 1,28)
		t-Wert (df)	2,45 (21) *	0,81 (14)
		Cohens d	0,60	0,24
		95% CI von d	[-0,00 - 1,21]	[-0,48 - 0,96]
		Diff t2-t4 (SD)	0,36 ( 1,26)	0,07 ( 1,10)
		t-Wert (df)	1,36 (21) #	0,23 (14)
		Cohens d	0,37	0,06
		95% CI von d	[-0,23 - 0,96]	[-0,65 - 0,78]
		Diff t1-t4 (SD)	1,00 ( 1,11)	0,33 ( 1,54)
		t-Wert (df)	4,22 (21) **	0,84 (14)
		Cohens d	1,02	0,30
		95% CI von d	[ 0,39 - 1,65]	[-0,42 - 1,02]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Tabelle 9.2.3.5 Pre-Post-Katamnese-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamtkonsumindikatoren, differenziert nach psychiatrischer Symptomatik zu t1**

Gesamtkonsum (SKE) „Nutt“			keine	mindestens eine
		n	13	23
	t1	M (SD)	269,70 (296,65)	222,35 (222,49)
	t2	M (SD)	165,18 (187,91)	133,03 (154,43)
	t4	M (SD)	202,39 (236,27)	135,83 (135,89)
		Diff t1-t2 (SD)	104,52 (221,04)	89,32 (224,29)
		t-Wert (df)	1,70 (12) #	1,91 (22) *
		Cohens d	0,42	0,47
		95% CI von d	[-0,36 - 1,20]	[-0,12 - 1,05]
		Diff t2-t4 (SD)	-37,21 (153,38)	-2,79 (168,20)
		t-Wert (df)	-0,87 (12)	-0,08 (22)
		Cohens d	-0,17	-0,02
		95% CI von d	[-0,94 - 0,60]	[-0,60 - 0,56]
		Diff t1-t4 (SD)	67,31 (322,38)	86,52 (186,84)
		t-Wert (df)	0,75 (12)	2,22 (22) *
		Cohens d	0,25	0,47
	95% CI von d	[-0,52 - 1,02]	[-0,12 - 1,06]	
Gesamtkosten		n	13	23
	t1	M (SD)	617,30 (725,75)	538,01 (689,46)
	t2	M (SD)	424,13 (640,89)	277,02 (429,31)
	t4	M (SD)	458,24 (807,12)	237,58 (246,29)
		Diff t1-t2 (SD)	193,18 (357,89)	260,99 (790,33)
		t-Wert (df)	1,95 (12) *	1,58 (22) #
		Cohens d	0,28	0,45
		95% CI von d	[-0,49 - 1,06]	[-0,13 - 1,04]
		Diff t2-t4 (SD)	-34,12 (582,33)	39,44 (509,67)
		t-Wert (df)	-0,21 (12)	0,37 (22)
		Cohens d	-0,05	0,11
		95% CI von d	[-0,82 - 0,72]	[-0,47 - 0,69]
		Diff t1-t4 (SD)	159,06 (833,99)	300,43 (684,86)
		t-Wert (df)	0,69 (12)	2,10 (22) *
		Cohens d	0,21	0,58
	95% CI von d	[-0,56 - 0,98]	[-0,01 - 1,17]	
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	12	23
	t1	M (SD)	16,08 (5,54)	15,79 (7,66)
	t2	M (SD)	19,87 (5,00)	18,81 (7,98)
	t4	M (SD)	19,00 (8,25)	18,40 (6,99)
		Diff t1-t2 (SD)	3,79 (4,99)	3,02 (5,05)
		t-Wert (df)	2,63 (11) *	2,87 (22) **
		Cohens d	0,72	0,39
		95% CI von d	[-0,11 - 1,55]	[-0,20 - 0,97]
		Diff t2-t4 (SD)	-0,87 (6,79)	-0,41 (6,53)
		t-Wert (df)	-0,45 (11)	-0,30 (22)
		Cohens d	-0,13	-0,05
		95% CI von d	[-0,93 - 0,67]	[-0,63 - 0,52]
		Diff t1-t4 (SD)	2,92 (7,89)	2,61 (5,82)
		t-Wert (df)	1,28 (11)	2,15 (22) *
	Cohens d	0,42	0,36	
	95% CI von d	[-0,39 - 1,22]	[-0,23 - 0,94]	

Tabelle 9.2.3.5 (Fortsetzung)

Abhängigkeiten		n	13	23
	t1	M (SD)	1,15 (0,80)	1,70 (1,18)
	t2	M (SD)	0,77 (1,01)	1,09 (1,12)
	t4	M (SD)	0,54 (0,97)	0,87 (0,97)
		Diff t1-t2 (SD)	0,38 (0,77)	0,61 (1,44)
		t-Wert (df)	1,81 (12) *	2,03 (22) *
		Cohens d	0,42	0,53
		95% CI von d	[-0,36 - 1,20]	[-0,06 - 1,12]
		Diff t2-t4 (SD)	0,23 (1,01)	0,22 (1,31)
		t-Wert (df)	0,82 (12)	0,79 (22)
		Cohens d	0,23	0,21
		95% CI von d	[-0,54 - 1,00]	[-0,37 - 0,79]
		Diff t1-t4 (SD)	0,62 (1,04)	0,83 (1,50)
		t-Wert (df)	2,13 (12) *	2,65 (22) **
		Cohens d	0,69	0,76
		95% CI von d	[-0,10 - 1,49]	[0,16 - 1,36]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: #:  $p \leq 0,10$ ; \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

**Tabelle 9.2.3.6 Pre-Post-Katamnese-Veränderungen in den substanzübergreifenden Gesamt-konsumindikatoren, differenziert nach Ausmaß der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu t1**

Gesamtkonsum (SKE) „Nutt“		n	<= 12	> 12
			17	20
	t1	M (SD)	247,57 (263,60)	220,92 (240,39)
	t2	M (SD)	111,33 (180,27)	165,73 (150,48)
	t4	M (SD)	121,34 (146,62)	185,31 (198,97)
		Diff t1-t2 (SD)	136,24 (207,48)	55,19 (224,00)
		t-Wert (df)	2,71 (16) **	1,10 (19)
		Cohens d	0,60	0,28
		95% CI von d	[-0,08 - 1,29]	[-0,35 - 0,90]
		Diff t2-t4 (SD)	-10,01 (96,68)	-19,58 (200,54)
		t-Wert (df)	-0,43 (16)	-0,44 (19)
		Cohens d	-0,06	-0,11
		95% CI von d	[-0,73 - 0,61]	[-0,73 - 0,51]
		Diff t1-t4 (SD)	126,24 (190,02)	35,61 (268,75)
		t-Wert (df)	2,74 (16) **	0,59 (19)
		Cohens d	0,59	0,16
	95% CI von d	[-0,10 - 1,28]	[-0,46 - 0,78]	
Gesamtkosten		n	17	20
	t1	M (SD)	688,24 (858,72)	436,21 (499,15)
	t2	M (SD)	201,04 (475,59)	423,37 (522,95)
	t4	M (SD)	275,12 (483,60)	339,72 (554,67)
		Diff t1-t2 (SD)	487,20 (782,16)	12,84 (429,46)
		t-Wert (df)	2,57 (16) *	0,13 (19)
		Cohens d	0,70	0,03
		95% CI von d	[ 0,01 - 1,40]	[-0,59 - 0,64]
		Diff t2-t4 (SD)	-74,08 (217,30)	83,65 (682,44)
		t-Wert (df)	-1,41 (16)	0,55 (19)
		Cohens d	-0,15	0,16
		95% CI von d	[-0,83 - 0,52]	[-0,47 - 0,78]
		Diff t1-t4 (SD)	413,12 (728,30)	96,49 (706,98)
		t-Wert (df)	2,34 (16) *	0,61 (19)
		Cohens d	0,59	0,18
	95% CI von d	[-0,09 - 1,28]	[-0,44 - 0,80]	
Anzahl der durchschnittl. konsumfreien Tage pro konsumierter Substanz		n	16	20
	t1	M (SD)	15,81 ( 7,93)	16,50 ( 6,50)
	t2	M (SD)	19,01 ( 7,23)	19,72 ( 7,12)
	t4	M (SD)	18,24 ( 7,47)	19,34 ( 7,46)
		Diff t1-t2 (SD)	3,19 ( 4,89)	3,22 ( 5,07)
		t-Wert (df)	2,61 (15) **	2,84 (19) **
		Cohens d	0,42	0,47
		95% CI von d	[-0,28 - 1,12]	[-0,16 - 1,10]
		Diff t2-t4 (SD)	-0,77 ( 4,56)	-0,38 ( 7,73)
		t-Wert (df)	-0,67 (15)	-0,22 (19)
		Cohens d	-0,10	-0,05
		95% CI von d	[-0,80 - 0,59]	[-0,67 - 0,57]
		Diff t1-t4 (SD)	2,43 ( 5,53)	2,84 ( 7,17)
		t-Wert (df)	1,76 (15) *	1,77 (19) *
	Cohens d	0,32	0,41	
	95% CI von d	[-0,38 - 1,01]	[-0,22 - 1,03]	

Tabelle 9.2.3.6 (Fortsetzung)

Abhängigkeiten		n	17	20
	t1	M (SD)	1,53 ( 1,23)	1,40 ( 0,99)
	t2	M (SD)	0,65 ( 0,70)	1,25 ( 1,25)
	t4	M (SD)	0,82 ( 1,07)	0,65 ( 0,88)
		Diff t1-t2 (SD)	0,88 ( 1,11)	0,15 ( 1,27)
		t-Wert (df)	3,27 (16) **	0,53 (19)
		Cohens d	0,88	0,13
		95% CI von d	[ 0,17 - 1,59]	[-0,49 - 0,75]
		Diff t2-t4 (SD)	-0,18 ( 0,73)	0,60 ( 1,39)
		t-Wert (df)	-1,00 (16)	1,93 (19) *
		Cohens d	-0,19	0,56
		95% CI von d	[-0,87 - 0,48]	[-0,08 - 1,19]
		Diff t1-t4 (SD)	0,71 ( 1,31)	0,75 ( 1,37)
		t-Wert (df)	2,22 (16) *	2,45 (19) *
		Cohens d	0,61	0,80
		95% CI von d	[-0,08 - 1,30]	[ 0,16 - 1,45]

Anmerkungen. Die Differenzen wurden so gebildet, dass positive Werte eine Verbesserung (Konsumreduktion) ausweisen. Als Signifikanztests wurden einseitige t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus: \*:  $p \leq 0,05$ ; \*\*:  $p \leq 0,01$ .

---

---

