

KISS „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“

Evaluation eines Selbstmanagement-Programms zum kontrollierten Drogenkonsum

***Uwe Verthein**

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu Programmen kontrollierten Trinkens liegen wissenschaftliche Erkenntnisse zum kontrollierten Konsum von illegalen Drogen und darauf aufbauender Reduktionsprogramme kaum vor. Das Programm KISS „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“ richtet sich vornehmlich an Konsumenten illegaler Drogen, die ihren Substanzgebrauch reduzieren wollen. Es untergliedert sich in 12 Einheiten, die im Rahmen eines Gruppenprogramms in wöchentlichem Abstand durchgeführt werden. Im Mittelpunkt der in Hamburg von Oktober 2007 bis Januar 2009 durchgeführten Begleitevaluation stehen die Zielkriterien Entwicklung des Drogenkonsums, subjektive Befindlichkeit und psychische Symptome sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dabei kamen überwiegend standardisierte Befragungsinstrumente zum Einsatz, die an die Termine des KISS-Programms gekoppelt waren. 39 Klienten nahmen an den KISS-Gruppen teil, 51,3 Prozent haben das Programm regulär beendet. Die endgültige Untersuchungsgruppe umfasst N=31 Klienten, von denen sich 21 Klienten in Substitutionsbehandlung befinden. Zwischen Ausgangs- und individuell letzter Erhebung lässt sich eine statistisch signifikante Konsumverringering um durchschnittlich etwa drei Konsumtage nachweisen. Die Teilnahme am KISS-Programm wirkt sich auch positiv auf das subjektive Befinden und psychische Symptome aus. Hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Beender grundsätzlich grössere Erfolge erzielen als die Abbrecher. Insofern sollte überlegt werden, wie Klienten besser zur kontinuierlichen Teilnahme an den KISS-Gruppen motiviert werden könnten.

* Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)

1. Einleitung, Hintergrund

Die Einführung von Selbstmanagementprogrammen in der professionellen Drogenhilfe sowie der Selbsthilfe ist ein neuer Weg, um im Rahmen schadensminimierender und therapeutischer Massnahmen den Klienten eine schrittweise Besserung ihrer Konsum- und Abhängigkeitsproblematik zu ermöglichen (Körkel 2002; Schippers & Cramer, 2002; Klingemann & Carter Sobell, 2006). Das Abstinenzziel steht nicht im Mittelpunkt der Intervention, die Klientinnen und Klienten werden im Sinne humanistisch-therapeutischer Tradition dort „abgeholt“ wo sie stehen.

Mittlerweile wurden verschiedene Konsumreduktions- oder -kontrollprogramme für Drogenabhängige entwickelt wie z.B. „In einer Spirale nach oben“ (Cramer et al, 1998), Contraddict (Notdienst, 2010), AKST (Hamacher & Klemm, 2008) und KISS. KISS steht für „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“. Das Programm wurde von Prof. Körkel (Nürnberg) entwickelt (Körkel & GK Quest Akademie, 2006), der bereits massgeblich an der erfolgreichen Einführung von Programmen zum kontrollierten Trinken (AkT) beteiligt war (Körkel et al, 2002). Regelmässiger Bestandteil des KISS-Programms ist die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999). Wissenschaftliche Erkenntnisse zum kontrollierten Konsum von illegalen Drogen und darauf aufbauender Reduktionsprogramme liegen – im Gegensatz zu Programmen kontrollierten Trinkens (Übersicht bei Saladin & Santa Ana, 2004; Erfahrungsbericht bei Gerster, 2009) – allerdings kaum vor. Aufgrund epidemiologischer Erkenntnisse ist davon auszugehen, dass der (selbst)kontrollierte und damit sozial und strafrechtlich unauffällige Konsum von „harten“ Drogen wie Heroin und Kokain ein in europäischen Ländern verbreitetes Phänomen darstellt (Körkel & Vertheim, 2010). Gemässiger und kontrollierter Drogenkonsum kann auch denjenigen gelingen, die mit oder ohne therapeutische Intervention eine Abhängigkeit überwunden haben.

Neben der hier vorgestellten Begleitevaluation der Hamburger KISS-Gruppen wurde in Frankfurt eine randomisierte Kontrollgruppenstudie durchgeführt, deren Ergebnisse aber noch nicht publiziert sind. Aus Vorabveröffentlichungen ist bekannt, dass die KISS-Teilnehmer im Vergleich zur Warte-Kontrollgruppe in allen konsumbezogenen Erfolgskriterien signifikant bessere Ergebnisse erzielt haben (Körkel & Vertheim, 2010).

Das Programm KISS untergliedert sich in 12 Einheiten, die im Rahmen eines Gruppenangebots sukzessiv durchgeführt werden. Darüber hinaus kann KISS auch als Einzelintervention angeboten werden. Die KISS-Trainer sind sowohl in der Durchführung des Selbstmanagementprogramms als auch in der motivierenden Gesprächsführung geschult. Grundlage und Arbeitsinstrumente von KISS sind ein ausführliches Manual für die Trainer bzw. Gruppenleiter (Körkel & GK Quest Akademie, 2006), ein Handbuch für die teilnehmenden Klienten sowie zwei Konsumtagebücher: eines zur Bestandsaufnahme bis Woche 4 und eines zur Dokumentation (und Zielüberprüfung) der beabsichtigten Konsumreduktion in den Wochen fünf bis zwölf. Bestandteil von KISS ist ferner ein ausführliches Vorgespräch, in dem das Programm erläutert wird und bereits eine Bestandsaufnahme des eigenen Drogenkonsums erfolgt („KISS-Diagnostik“). Die ersten vier Module beinhalten grundlegende

Bereiche wie die Vermittlung von Grundwissen über Drogen, die Abwägung von Pro und Kontra gegenüber (Konsum-)Veränderungen, die Bilanzierung des Konsums sowie die Festlegung von Konsum(reduktions)zielen. In den folgenden acht Modulen geht es um konkrete Strategien der Konsumveränderung und Auseinandersetzung mit möglichen Hindernissen bzw. Risiko- und Belastungssituationen sowie die Gestaltung von Lebensbereichen bzw. Vermittlung von (neuen) Perspektiven (siehe ausführlich Körkel & GK Quest Akademie, 2006).

In Hamburg gibt es KISS-Gruppen seit 2005. An der wissenschaftlichen Evaluation beteiligten sich zwei Einrichtungen, in denen KISS von Beginn an regelmässig und einheitlich nach dem manualisierten Programm angeboten wird. Der vorliegende Artikel stellt die Ergebnisse von sechs in den Jahren 2007 und 2008 durchgeführten KISS-Gruppen dar.

2. Studienziel, Untersuchungsablauf, Methoden

Im Mittelpunkt der Verlaufsstudie stehen die folgenden Zielkriterien: Entwicklung des Drogenkonsums anhand von Konsumtagen und konsumfreien Tagen, subjektive Befindlichkeit und psychische Symptome sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dabei kamen in den Bereichen Gesundheit und psychisches Befinden standardisierte Untersuchungsinstrumente zum Einsatz. Die einzelnen Fragebogenerhebungen waren an die Termine des KISS-Programms gekoppelt und somit in den wochenweisen Ablauf des Programms integriert. Auf die von den Klienten geführten Konsumtagebücher wurde nicht zugegriffen. Die Studierhebungen und Auswertungen erfolgten vollständig anonymisiert; die Gruppen und Teilnehmer wurden anhand von Code-Nummern zugeordnet. Darüber hinaus wurden Beginn- und Enddatum der KISS-Gruppe (mit der dazugehörigen Teilnehmerzahl) dokumentiert.

Mit der Durchführung des Vorgesprächs und der vor dem Beginn des Gruppenprogramms stattfindenden „KISS-Diagnostik“, ein ca. 60-minütiges standardisiertes Interview zur Konsumproblematik, wurden die Teilnehmenden auch über die wissenschaftliche Begleitstudie informiert. Bereits im Anschluss an die vom Gruppentrainer durchgeführte KISS-Diagnostik bekam der Teilnehmer den 4-seitigen Basiserhebungsbogen und einen beiliegenden Umschlag mit. Die Befragungen erfolgten ausschliesslich schriftlich. Nach jeder KISS-Sitzung folgten wöchentliche Erhebungen, in denen das Konsumverhalten innerhalb der letzten sieben Tage, die Anzahl konsumfreier Tage, das aktuelle Befinden (nach der *Befindlichkeitsskala* von von Zerssen 1976), die Änderungszuversicht sowie die Inanspruchnahme weiterer Hilfsangebote erfragt wurden.

Die Bereiche gesundheitsbezogene Lebensqualität (nach *SF-12*, Bullinger & Kirchberger, 1998), psychische Beeinträchtigungen (nach *SCL-27*, Hardt et al, 2004) sowie Aktivitäten und Freizeitverhalten wurden (zusätzlich zur Basiserhebung) nur vierwöchentlich erhoben, da hier einerseits eine geringere Varianz im Untersuchungszeitraum erwartet wurde und andererseits der Befragungsumfang so gering wie möglich gehalten werden sollte. Die Fragebögen wurden jeweils im verschlossenen Umschlag vom KISS-Trainer

gesammelt und schliesslich an das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) zur Auswertung übergeben. Wurde von den Teilnehmern das KISS-Programm beendet (vorzeitig ausgeschieden oder vollständig durchlaufen), wurde vom KISS-Trainer der Abschlussbogen ausgefüllt. Auf diesem wurden die Termine sowie ggf. der Ausscheidungsgrund und die weitere Perspektive dokumentiert. Sechs bzw. zwölf Monate nach Ende des KISS-Programms fanden Katamnesebefragungen statt, deren Ergebnisse Gegenstand einer gesonderten Publikation sein werden. Die Untersuchung erstreckte sich über 15 Monate, Studienbeginn war Oktober 2007. Die Erhebungsphase der laufenden KISS-Gruppen dauerte bis Januar 2009, die Katamnesen liefen somit bis zum ersten Quartal 2010.

Wenngleich bei der Zielsetzung der Teilnahme am KISS-Programm in der Regel die Substanzen im Mittelpunkt stehen, deren Konsumreduktion oder -aufgabe beabsichtigt ist, wird im Rahmen dieser Studie auf die analytische Betrachtung von Konsumverläufen einzelner Substanzen verzichtet. Hierzu ist die auf den Untersuchungszeitraum beschränkte Teilnehmerzahl bzw. die daraus resultierende Untersuchungsgruppe zu klein (siehe unten), so dass sich auf Ebene einzelner Substanzen keine aussagekräftigen statistischen Signifikanzprüfungen durchführen liessen. Insofern erfolgt in der Studie eine aggregierte Beschreibung des Verlaufs der Summe an Konsumtagen aller Substanzen, die somit (beim Konsum mehrerer Substanzen) die Anzahl von sieben Tagen überschreiten kann. Dies berücksichtigt die implizite Hypothese, dass sich im Rahmen des KISS-Programms nicht nur Wirkungen bezüglich der Reduktion der Zielsubstanz(en), sondern auch positive (Begleit-)Effekte bei zusätzlich konsumierten Stoffen erwarten lassen.

Ferner bleiben in einer Analyse die Substitutionsmittel unberücksichtigt, da deren Reduktion sich einerseits nicht über einen Zeitraum von drei bis vier Monaten deutlich abzeichnen würde und andererseits deren Kontrolle nicht allein beim Klienten liegt, sondern die Dosis(reduktion) im Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart wird. Aufgrund der zu jedem Erhebungszeitpunkt unterschiedlichen (kleinen) Gruppengrösse ist es darüber hinaus sinnvoll, die statistische Analyse der Konsumveränderung nur zwischen zwei Zeitpunkten vorzunehmen: dem Baselinewert und dem jeweils letzten vorhandenen Konsumwert. Dabei werden zwar (aufgrund der unterschiedlichen Teilnahmedauer) individuell verschiedene Zeiträume bewertet, auf diese Weise lassen sich aber (fast) alle Studienteilnehmer in die Wirkungsanalyse einbeziehen. Inferenzstatistische Prüfungen zu eintretenden Veränderungen (Zunahmen und Abnahmen bei summarischen Variablen) erfolgen anhand des T-Tests für abhängige Stichproben. Ausgewertet wurde mit dem Statistikprogramm SPSS 16.

3. Ergebnisse

Insgesamt haben in zunächst sechs Gruppen 39 Klienten am KISS-Programm teilgenommen. Die zweite Gruppe einer Einrichtung musste aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nach der zweiten Sitzung abgebrochen werden; die Daten gehen nicht in die Auswertung ein. 25 Klienten wurden in Einrichtung eins (64,1 Prozent) und 14 in Einrichtung zwei (35,9 Prozent) betreut.

3.1 Inanspruchnahme

Mit 20 von 39 Teilnehmern hat die Hälfte der Klienten das KISS-Programm vollständig bzw. bis zum Ende der 12 Gruppensitzungen durchlaufen (51,3 Prozent). Nach Auskunft der KISS-Trainer spielten für das vorzeitige Ausscheiden vor allem Motivationsprobleme, das strukturierte und auf individuelle Mitarbeit angelegte Programm durchzuhalten, eine Rolle. Im Durchschnitt nahmen die Klienten an 6,8 ($\pm 4,1$) Sitzungen teil. Eine reguläre Programmbeendigung wurde Klienten „bescheinigt“, die regelmässig teilnahmen und nur aufgrund entschuldigter (bzw. nicht verschiebbarer) Termine bei einzelnen Sitzungen fehlten. (Der Definition liegt somit keine vorgegebene Grenze an Fehlterminen zugrunde.) Die Beender haben an durchschnittlich 10,2 ($\pm 1,9$) Sitzungen teilgenommen. Die Abbrecher kommen im Mittel nur auf 3,2 ($\pm 2,3$) Teilnahmen. Es zeigt sich, dass mehr als ein Viertel nur eine oder zwei Sitzungen in Anspruch nahm (siehe Tabelle 1). Immerhin acht Klienten haben alle zwölf KISS-Sitzungen mitgemacht (20,5 Prozent).

Anzahl Sitzungen	%-Anteil	N
1	10,3%	4
2	17,9%	7
3	5,1%	2
4	5,1%	2
5	2,6%	1
6	5,1%	2
7	2,6%	1
8	2,6%	1
9	20,5%	8
10	2,6%	1
11	5,1%	2
12	20,5%	8
Gesamt	100,0%	39

Tabelle 1: Anzahl teilgenommener KISS-Sitzungen aller 39 Teilnehmer.

Die von den Klienten für das vorzeitige Ausscheiden aus der KISS-Gruppe geäußerten Gründe waren vielfältig. Am häufigsten wurden individuelle Gründe (31,6 Prozent) wie Probleme/Konflikte mit anderen Teilnehmern oder Unbehagen bzw. Unwohlsein mit der Gruppenatmosphäre genannt. Fünfmal waren Konsumprobleme bzw. Rückfälle der Grund für den Abbruch (26,3 Prozent). Fünf Klienten sind den Sitzungen einfach weggeblieben (26,3 Prozent). Auch zeitliche und organisatorische Gründe spielten eine Rolle, die Teilnahme am KISS-Programm zu beenden (21,1 Prozent).

Bei nur drei Klienten – sie gehören zu den Abbrechern – war im Anschluss an das KISS-Programm keine Anschlussintervention oder weitere Zusammenarbeit mit dem Klienten geplant (siehe Tabelle 2). Für die Mehrheit ist eine Zusammenarbeit, wie sie bereits vor der Teilnahme am KISS-Programm bestand (in der Regel eine individuelle kontinuierliche Betreuung), vorgesehen. Fünf Personen haben vor, eine weitergehende Therapie in Anspruch zu nehmen, vier werden in eine Entzugsbehandlung wechseln. Die

häufigste genannte Anschlussintervention ist das so genannte „KISS plus“, eine in 14-tägigem Abstand zusammentreffende Gruppe aus ehemaligen KISS-Teilnehmern. Dabei fällt auf, dass die meisten Anschlussinterventionen oder Vermittlungen die Beender betreffen.

Grund/Anlass	Beender		Abbrecher		Gesamt	
	%	N	%	N	%	N
Weitergehende Therapie	25%	5	-	0	12,8%	5
Vermittlung in andere Einrichtung	5%	1	-	0	2,6%	1
Zusammenarbeit wie vor KISS	55%	11	57,9%	11	56,4%	22
Intensivierung der Zusammenarbeit	20%	4	-	0	10,3%	4
Besuch Selbsthilfegruppe	15%	3	-	0	7,7%	3
Entzugsbehandlung	10%	2	10,5%	2	10,3%	4
Anderes/„KISS plus“	40%	8	15,8%	3	28,2%	11
Keine	-	0	15,8%	3	7,7%	3
Gesamt	100,0%	20	100,0%	19	100,0%	39

Tabelle 2: Geplante Anschlussbehandlungen/-interventionen und Zusammenarbeit mit dem Klienten nach KISS (Mehrfachangaben).

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Sämtliche 39 Klienten haben sich an der Begleitevaluation beteiligt, füllten allerdings nicht immer vollständig alle Erhebungsbögen aus. Die abgebrochene (zweite) Gruppe einer Einrichtung bleibt aufgrund fehlender Daten unberücksichtigt, wodurch sich die Untersuchungsgruppe auf 34 reduziert. Darüber hinaus liegt von drei Teilnehmern kein Baselinebogen vor, so dass die endgültige Stichprobe N=31 Klienten umfasst; was 79,5 Prozent aller KISS-Teilnehmer im Evaluationszeitraum entspricht.

18 Klienten der Stichprobe haben das Programm regulär beendet (58,1 Prozent), 13 Teilnehmer schieden vorzeitig aus (41,9 Prozent). Die durchschnittliche Anzahl an teilgenommenen Sitzungen beträgt insgesamt 7,5 ($\pm 4,0$). Die Beender nahmen im Mittel an 10,3 ($\pm 2,0$) und die Abbrecher an 3,7 ($\pm 2,6$) Sitzungen teil. Acht Klienten haben an allen zwölf Sitzungen teilgenommen.

Die Stichprobe (N=31) wird anhand ihrer soziodemografischen Merkmale zu Studienbeginn dargestellt und mit der Gruppe aller KISS-Teilnehmer (N=39) verglichen. Zwei Drittel der Klienten sind männlich. Mit über 40 Jahren weisen die Studienteilnehmer ein relativ hohes Durchschnittsalter auf (siehe Tabelle 3). Drei Viertel sind ledig, knapp 60 Prozent der Klienten leben allein. Gut die Hälfte verfügt über eine abgeschlossene Berufsausbildung, aber nur gut ein Viertel ist derzeit in Arbeit oder Ausbildung. Die Mehrheit ist arbeitslos. Im Vergleich zur Gruppe aller KISS-Teilnehmer zeigen sich kaum relevante Unterschiede. Hervorzuheben ist lediglich der etwas höhere Frauenanteil in der Stichprobe; alle Frauen, die an den KISS-Gruppen teilgenommen haben, finden sich auch in der Untersuchungsgruppe wieder. Insofern stellt die Untersuchungsgruppe mit 31 Klienten eine annähernd repräsentative Auswahl aller KISS-Teilnehmer im Evaluationszeitraum dar.

	Stichprobe (N=31)		Gesamtgruppe (N=39)	
	%-Anteil	N	%-Anteil	N
Geschlecht				
männlich	67,7%	21	74,4%	29
weiblich	32,3%	10	25,6%	10
Alter, Jahre, Durchschnitt (Std.abw.)	40,4 (±6,5)		40,5 (±6,4)	
Deutsche Staatsangehörigkeit	96,8%	30	94,9%	37
Familienstand				
ledig	77,4%	24	79,5%	31
verheiratet, zusammen lebend	3,2%	1	2,6%	1
geschieden	19,4%	6	17,9%	7
Wohn-/Lebenssituation				
allein lebend	58,1%	18	61,5%	24
allein mit Kindern	6,5%	2	5,1%	2
mit Eltern(teil)	6,5%	2	7,7%	3
mit Partner	12,9%	4	10,3%	4
mit Partner und Kindern	6,5%	2	7,7%	3
mit Freunden/Bekanntem	6,5%	2	5,1%	2
mit anderen Personen	3,2%	1	2,6%	1
Beziehungssituation				
keine feste Partnerschaft	63,3%	19	63,2%	24
zeitweilige Beziehungen	3,3%	1	5,3%	2
feste Partnerschaft, getrennt lebend	6,7%	2	7,9%	3
feste Partnerschaft zusammen lebend	26,7%	8	23,7%	9
Partner mit Suchtproblem				
nie	45,5%	5	50,0%	7
aktuell	54,5%	6	50,0%	7
Schulabschluss				
keinen	12,9%	4	15,4%	6
Sonder-/Hauptschule	16,1%	5	20,5%	8
Realschule	35,5%	11	35,9%	14
Abitur/Fachhochschulreife	35,5%	11	28,2%	11
Abgeschlossene Berufsausbildung	51,6%	16	53,8%	21
Aktuelle berufliche Situation				
arbeitslos	61,3%	19	64,1%	25
Arbeitstrainingsprogramm	9,7%	3	7,7%	3
berufstätig	6,5%	2	7,7%	3
Auszubildender	9,7%	3	7,7%	3
Sonstiges	12,9%	4	12,8%	5

Tabelle 3: Klienten-Charakteristika der Evaluationsstichprobe und aller KISS-Teilnehmer im Vergleich

Vor Beginn des KISS-Programms haben die Klienten in unterschiedlichem Ausmass Zigaretten, Alkohol und andere Drogen konsumiert. Fast alle rauchen täglich, drei Viertel trinken im Durchschnitt mehrmals pro Woche Alkohol (siehe Tabelle 4). Cannabis wird von zwei Dritteln konsumiert, auch hier in annähernd täglicher Frequenz. Beruhigungsmittel wie Benzodiazepine werden von gut einem Drittel genommen; dies geschieht an durchschnittlich

mehr als fünf Tagen die Woche. Heroin gebraucht nur ein Viertel der Klienten, ein kleinerer Teil konsumiert Crack. Im Durchschnitt wurden innerhalb der letzten sieben Tage 3,6 ($\pm 1,7$) Substanzen konsumiert. Mit 21 Klienten befinden sich zwei Drittel der Studienteilnehmer (bereits seit längerer Zeit) in Substitutionsbehandlung (67,7 Prozent).

Substanzen	%-Anteil	Anzahl Tage*
Zigaretten	96,4%	6,9 ($\pm 0,4$)
Alkohol	75,9%	5,7 ($\pm 2,2$)
Cannabis	64,3%	5,8 ($\pm 1,9$)
Buprenorphin	42,9%	6,6 ($\pm 1,4$)
Beruhigungsmittel/Benzodiazepine	35,7%	5,3 ($\pm 2,8$)
(Levo-)Methadon	25,9%	7,0 ($\pm 0,0$)
Heroin	25,9%	2,1 ($\pm 2,2$)
Crack	17,9%	3,4 ($\pm 2,6$)
Schmerzmittel	11,1%	5,0 ($\pm 3,5$)
Kokain	3,8%	2,0 (-)
Aufputzmittel/Amphetamine	3,7%	2,0 (-)

Tabelle 4: Substanzkonsum innerhalb der letzten sieben Tage bei Baseline, vor Beginn des KISS-Programms.

* Die durchschnittliche Anzahl an Konsumtagen innerhalb der letzten Woche bezieht sich nur auf die Klienten mit Konsum der entsprechenden Substanz.

3.3 Verlaufsergebnisse

Die Klienten konnten angeben, welche Substanzen sie im Rahmen des KISS-Programms reduzieren oder deren Konsum ganz aufgeben wollen. Von der Mehrheit wurden hier eine (32,3 Prozent) oder zwei (29,0 Prozent) Substanzen genannt. Jeweils vier Personen (12,9 Prozent) gaben an, drei oder vier Konsummittel reduzieren zu wollen. Zwei Klienten nahmen sich vor, den Konsum von fünf Substanzen zu verringern (6,5 Prozent), und eine Person wollte gar sechs Konsummittel reduzieren (3,2 Prozent). Ein Klient gab keine Substanz an, die er im Verlauf absetzen oder reduzieren wollte (3,2 Prozent).

Um welche Substanzen es sich im Einzelnen handelt, ist in Tabelle 5 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass Alkohol die am häufigsten genannte Substanz ist. Es folgen Zigaretten bzw. Nikotin und Cannabis, deren Konsumreduktion oder -verzicht von jeweils etwa 40 Prozent beabsichtigt wurde. Ein Drittel hatte vor, unter KISS das Substitutionsmittel zu reduzieren. Mit knapp einem Viertel Reduktionsabsicht spielt Heroin als Zielsubstanz eine geringere Rolle, was auch für Kokain und Crack gilt (insgesamt für die drei Substanzen: 29,0 Prozent). Insofern ergibt sich, dass die KISS-Teilnehmer vornehmlich die Reduktion des Konsums legaler Substanzen wie Alkohol und Zigaretten beabsichtigten.

Substanzen	%-Anteil	N
Alkohol	58,1%	18
Zigaretten	41,9%	13
Cannabis	38,7%	12
(Levo-)Methadon, Buprenorphin	32,3%	10
Heroin	22,6%	7
Beruhigungsmittel/Benzodiazepine	16,1%	5
Crack	9,7%	3
Kokain	6,5%	2
Aufputschmittel/Amphetamine	3,2%	1
Intravenöser Konsum	3,2%	1

Tabelle 5: Substanzen, deren Konsumreduktion oder -verzicht unter KISS beabsichtigt wurde.

Der durchschnittliche Abstand zwischen der Ausgangsbefragung und der individuell letzten Erhebung beträgt 96 Tage, also etwas mehr als drei Monate. Wie zu erwarten, gibt es dabei deutliche Unterschiede zwischen Beendern und Abbrechern. Erstere erreichen im Mittel eine Zeitspanne von 116 Tagen, also nicht ganz vier Monate; bei Letzteren beträgt der Erhebungszeitraum im Durchschnitt nur 60 Tage bzw. zwei Monate.

Schaut man zunächst auf die Veränderung der Konsumtage zwischen Ausgangs- und letzter Erhebung, so ergibt sich eine durchschnittliche Reduktion von 21,1 auf 18,1 Tage (siehe Tabelle 6). Im Vergleich zwischen Beendern und Abbrechern zeigt sich, dass dieser (statistisch knapp nicht signifikante) Rückgang hauptsächlich auf die erfolgreichere Entwicklung bei den Beendern zurückzuführen ist. Unter den Abbrechern fällt die Reduktion an Konsumtagen deutlich geringer aus. Bleibt der Konsum des Substitutionsmittels unberücksichtigt, lässt sich diese Reduktion ebenfalls beobachten. Mit einem durchschnittlichen Rückgang von 17,2 auf 14,1 Tage ergibt sich eine statistisch signifikante Verbesserung im Konsumverhalten während des KISS-Programms. Eine Effektstärke von $d=0,42$ (berechnet nach der Formel von Dunlap et al, 1996) signalisiert eine mittelstarke Verbesserung des Konsumverhaltens zwischen Ausgangs- und Enduntersuchung.

In der entgegengesetzten Betrachtung des Verlaufs konsumfreier Tage zeigt sich eine leichte, wenngleich knapp nicht signifikante, Erhöhung von durchschnittlich 0,6 auf 1,1 Tage. Damit einher geht eine deutliche Verbesserung der Zufriedenheit mit dem Konsumverhalten. Wenngleich hier die statistische Signifikanz knapp verfehlt wird, verweist die mittlere bis hohe Effektstärke von $d=0,56$ auf eine subjektiv relevante Wirkung, die wiederum bei den KISS-Beendern stärker ausgeprägt ist.

Merkmal	Beender		Abbrecher		Gesamt		Signifik., Gesamt	Effektstärke (95%-KI)
	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende		
Summe Konsumtage	20,9 (±9,9)	16,9 (±9,5)	21,7 (±8,1)	20,3 (±7,6)	21,1 (±9,2)	18,1 (±8,9)	t=1,9, p=0,073	d=0,34 (-0,03<>0,71)
Summe Konsumtage, ohne Substitutionsmittel	16,9 (±7,7)	12,6 (±8,1)	17,8 (±5,8)	17,2 (±5,2)	17,2 (±7,1)	14,1 (±7,5)	t=2,2, p<0,05	d=0,42 (0,02<>0,55)
Summe konsumfreie Tage	0,4 (±1,7)	1,2 (±2,6)	0,8 (±2,3)	0,9 (±2,3)	0,6 (±1,9)	1,1 (±2,4)	t=-1,8, p=0,092	d=-0,24 (-0,56<>0,04)
Summe konsumfreie Tage, ohne Substitutionsmittel	1,6 (±2,7)	2,4 (±2,5)	1,3 (±2,7)	1,0 (±2,3)	1,5 (±2,6)	1,9 (±2,5)	t=-0,9, p=0,352	d=-0,17 (-0,55<>0,95)
Zufriedenheit mit Konsumverhalten	5,1 (±1,7)	3,9 (±1,7)	4,8 (±1,4)	4,6 (±1,0)	5,0 (±1,6)	4,1 (±1,5)	t=2,0, p=0,053	d=0,56 (-0,01<>1,12)
Zeitabstand in Tagen	116 (±30)		60 (±23)		96 (±39)			
N	18		9		27		(df=26)	

Tabelle 6: Veränderung von Konsumtagen sowie der Zufriedenheit mit dem Konsumverhalten zwischen Baseline („Beginn“) und individuell letzter Erhebung („Ende“)

Beim psychischen Befinden lässt sich eine statistisch signifikante Verbesserung unter der Teilnahme am KISS-Programm feststellen. Mit einer durchschnittlichen Veränderung von 38,4 auf 29,1 Punkte auf der Befindlichkeitsskala fällt diese überaus deutlich aus (siehe Tabelle 7). Mit $d=0,69$ kann von einer mittleren bis grossen Effektstärke gesprochen werden. Eine positive Entwicklung ist bei Beendern und Abbrechern zu beobachten, wobei die Beender wiederum die grösseren Fortschritte erreichen. Die psychische Symptomatik wird einerseits über einen Gesamtindex, dem *Global Severity Index (GSI)* abgebildet, zum anderen können Ausprägungen in verschiedenen Symptombereichen wie depressive, dysthyme oder phobische Symptome auf Unterskalen dargestellt werden. Die 27 Merkmale werden auf einer Skala von 0 bis 4 bewertet, wobei ein höherer Wert einer höheren Symptombelastung entspricht.

Insbesondere in der globalen psychischen Belastung (GSI) ergibt sich eine deutliche statistisch signifikante Besserung (siehe Tabelle 7). Die Effektstärke von $d=0,66$ bedeutet eine „mittelgrosse“ Veränderung. Auch bei den depressiven und dysthymen Symptomen sowie der sozialen Phobie lässt sich eine signifikant positive Veränderung feststellen. Hier liegen die Effektstärken ebenfalls im mittleren bis grossen Bereich. Auffällig ist der bereits zu Beginn der KISS-Gruppen bestehende Unterschied zwischen Beendern und Abbrechern. Letzteren geht es vor der Teilnahme an KISS deutlich schlechter.

Im Blickpunkt der vorliegenden Untersuchung stand auch die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Lebensqualität im psychischen Bereich verbessert sich um durchschnittlich etwa 10 Punkte (siehe Tabelle 7). Dies entspricht einer ausserordentlich hohen Effektstärke von $d=-1,27$. Im körperlichen Bereich ergibt sich hingegen eine (leichte) Verschlechterung, die allerdings die statistische Signifikanzgrenze verfehlt. Unterschiede zwischen Beendern und Abbrechern sind v. a. im körperlichen Bereich zu beobachten. Hier befinden sich die Abbrecher in einer deutlich schlechteren Ausgangslage.

Merkmal	Beender		Abbrecher		Gesamt		Signifik., Gesamt	Effektstärke (95%-KI)
	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende		
Psychisches Befinden (Bf-S)	38,3 (±11,9)	27,8 (±12,6)	38,4 (±12,3)	31,7 (±19,2)	38,4 (±11,8)	29,1 (±14,8)	t=2,9, p<0,01	d=0,69 (0,21<>1,19)
N (Bf-S)	18		9		27		(df=26)	
Globale psych. Symptomatik, GSI (SCL-27)	1,13 (±0,51)	0,84 (±0,33)	1,67 (±0,28)	1,25 (±0,56)	1,26 (±0,52)	0,95 (±0,43)	t=3,9, p<0,001	d=0,66 (0,31<>1,04)
Depressive Symptome (SCL-27)	1,31 (±0,69)	0,96 (±0,56)	1,79 (±0,40)	1,04 (±0,64)	1,43 (±0,65)	0,98 (±0,57)	t=3,8, p<0,001	d=0,73 (0,34<>1,14)
Dysthyme Symptome (SCL-27)	1,80 (±0,79)	1,44 (±0,86)	2,33 (±0,61)	1,70 (±0,87)	1,93 (±0,77)	1,51 (±0,85)	t=3,2, p<0,01	d=0,52 (0,19<>0,86)
Vegetative Symptome (SCL-27)	0,90 (±0,57)	0,79 (±0,60)	1,23 (±0,29)	1,13 (±0,82)	0,98 (±0,53)	0,88 (±0,66)	t=0,9, p=0,358	d=0,18 (-0,22<>0,59)
Agoraphobe Symptome (SCL-27)	0,48 (±0,66)	0,20 (±0,24)	1,20 (±0,66)	1,01 (±0,88)	0,66 (±0,72)	0,40 (±0,58)	t=2,0, p=0,059	d=0,39 (-0,02<>0,80)
Sozialphobische Symptome (SCL-27)	1,18 (±0,92)	0,85 (±0,59)	1,96 (±0,81)	1,29 (±0,80)	1,38 (±0,94)	0,96 (±0,66)	t=3,2, p<0,01	d=0,47 (0,19<>0,85)
Misstrauen (SCL-27)	1,36 (±0,80)	1,06 (±0,58)	1,75 (±1,04)	1,29 (±0,86)	1,46 (±0,86)	1,11 (±0,65)	t=2,0, p=0,063	d=0,45 (-0,03<>0,94)
N (SCL-27)	18		6		24		(df=23)	
Körperliche Summenskala (SF-12)	48,5 (±10,6)	44,9 (±10,6)	42,5 (±8,1)	41,8 (±12,1)	47,0 (±10,2)	44,1 (±10,8)	t=1,7, p=0,098	d=0,28 (-0,06<>0,61)
Psychische Summenskala (SF-12)	30,4 (±9,3)	40,8 (±8,4)	32,1 (±6,4)	42,1 (±5,0)	30,9 (±8,6)	41,2 (±7,6)	t=-5,3, p<0,001	d=-1,27 (-1,77<>-0,78)
N (SF-12)	17		6		23		(df=22)	

Tabelle 7: Veränderung der psychischen Befindlichkeit Bf-S nach von Zerssen, der psychischen Symptomatik nach SCL-27 und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach SF-12 zwischen Baseline („Beginn“) und individuell letzter Erhebung („Ende“)

Zu Beginn und im Abstand von vier Wochen wurden soziale und Freizeitaktivitäten erfragt, in welcher Anzahl diese in der jeweils letzten Woche ausgeübt wurden. Wie zu erwarten, sind dabei Aktivitäten wie Fernsehen, Computer bzw. PC-Spiele bei den meisten Klienten verbreitet (90,3 Prozent). Zwei Drittel haben – über die Teilnahme an KISS hinaus – ihre Betreuungseinrichtung aufgesucht (67,8 Prozent). Fast ebenso viele haben sich in der letzten Woche mit Freunden oder Bekannten getroffen (64,5 Prozent). Deutlich seltener wurde von den Klienten Sport getrieben (25,8 Prozent). Nur eine Minderheit unternimmt Kino-, Theater- oder Restaurantbesuche (16,1 Prozent).

Bildet man aus der jeweiligen Anzahl der genannten Freizeitaktivitäten eine Summe, ergibt sich unter den KISS-Teilnehmern eine Zunahme um durchschnittlich 2,6 Aktivitäten, die allerdings knapp die statistische Signifikanzgrenze verfehlt. Die Effektstärke liegt mit $d=-0,38$ im mittleren Bereich (siehe Tabelle 8). Unter den Beendern fällt diese Zunahme geringfügig grösser aus als bei den Abbrechern. Bleiben PC/TV und Einrichtungsbesuche unberücksichtigt, lässt sich ebenfalls eine – knapp nicht signifikante – Steigerung an Aktivitäten erkennen. Mit $d=-0,42$ liegt auch hier eine mittlere Effektstärke vor.

Abschliessend wurden die Teilnehmer des KISS-Programms zur Einschätzung der Struktur und Zufriedenheit mit ihrem Tagesablauf

gefragt. In beiden Bereichen können in der Vergleichsanalyse zwischen Ausgangs- und individueller Endbefragung statistisch signifikante Verbesserungen nachgewiesen werden (siehe Tabelle 8). Die Effektstärken liegen im mittleren bis höheren Bereich. Unter der Teilnahme am KISS-Programm zeigen sich somit allgemein positive Wirkungen der Alltagsstrukturierung, die über die (angestrebte) Veränderung des Konsumverhaltens hinaus gehen.

Merkmal	Beender		Abbrecher		Gesamt		Signifik., Gesamt	Effektstärke (95%-KI)
	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende		
Anzahl Aktivitäten	15,1 (±7,7)	18,0 (±7,1)	14,5 (±4,5)	16,2 (±5,6)	14,9 (±7,0)	17,5 (±6,7)	t=-2,0, p=0,062	d=-0,38 (-0,79<>0,02)
Anzahl Aktiv. ohne TV/ PC u. Ein- richtungsbesuche	6,4 (±5,1)	9,2 (±5,4)	7,7 (±4,4)	7,8 (±6,0)	6,7 (±4,8)	8,9 (±5,4)	t=-1,9, p=0,065	d=-0,42 (-0,87<>0,03)
N	18		6		24		(df=23)	
Einschätzung Tagesstruktur	3,9 (±1,6)	4,7 (±1,0)	3,2 (±1,7)	4,0 (±1,4)	3,7 (±1,6)	4,4 (±1,2)	t=-2,6, p<0,05	d=-0,54 (-0,99<>- 0,12)
Zufriedenheit mit Tagesablauf	5,1 (±1,6)	3,8 (±1,2)	4,6 (±1,7)	4,0 (±1,7)	4,9 (±1,6)	3,9 (±1,4)	t=3,1, p<0,01	d=0,69 (0,24<>1,15)
N	18		9		27		(df=26)	

Tabelle 8: Veränderung der Anzahl an sozialen und Freizeitaktivitäten innerhalb der zurückliegenden Woche sowie Veränderung der Tagesstruktur und Zufriedenheit mit dem Tagesablauf zwischen Baseline („Beginn“) und individuell letzter Erhebung („Ende“).

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Über den Zeitraum Oktober 2007 bis Januar 2009 wurden in zwei Hamburger Einrichtungen insgesamt sechs KISS-Gruppen durchgeführt. 39 Personen nahmen an dem Programm teil. Von ihnen beendeten 20 die Gruppen planmässig, die anderen 19 – darunter fünf, deren Gruppe abgebrochen wurde – schieden vorzeitig, in der Regel nach nur wenigen Sitzungen aus. Die Be-enderquote von gut der Hälfte der Teilnehmer kann vor dem Hintergrund der komplexen und auf das Engagement der Teilnehmer angelegten Programmstruktur als Erfolg betrachtet werden. Nennenswert ist auch, dass sich für einen Teil der KISS-Klienten eine weitergehende Therapie oder eine Entzugsbehandlung anschliesst, womit sich eine wichtige Funktion des Selbstmanagementprogramms andeutet, die in einer Motivationsförderung zur Aufnahme therapeutischer Interventionen besteht.

Die Stichprobe der vorliegenden Begleitevaluation reduzierte sich auf N=31 Personen, da die fünf Klienten, deren Gruppe abgebrochen wurde, sowie weitere KISS-Teilnehmer, deren Fragebogenangaben zu lückenhaft waren, aus den Analysen ausgeschlossen werden mussten. Im Vergleich der soziodemografischen Merkmale zu Studienbeginn kann aber gezeigt werden, dass die Stichprobe eine repräsentative Auswahl aller Hamburger KISS-Teilnehmer (dieses Zeitraums) darstellt. Wie zu erwarten, ist jedoch der Anteil an Klienten, die das KISS-Programm regulär beendeten, mit 58 Prozent in der Untersuchungsgruppe leicht erhöht.

Im Mittelpunkt der Studienergebnisse steht das Konsumverhalten, d. h. die Veränderung an Konsumtagen unter der Teilnahme am KISS-Programm. Da eine Analyse pro Substanz aufgrund der kleinen Fallzahl wenig aussagekräftig (und zudem nicht statistisch verwertbar) wäre, wurden die Konsumtage aller Substanzen innerhalb der zurückliegenden Woche zusammengefasst und deren Verlauf ausgewertet. Um Veränderungen inferenzstatistisch prüfen zu können, geht die vorliegende Studie den Weg, alle Klienten einzubeziehen, von denen zusätzlich zur Baseline-Erhebung mindestens eine weitere Nachbefragung vorliegt. Im Durchschnitt beträgt der Zeitabstand zwischen diesen beiden Erhebungspunkten gut drei Monate, also eine Zeitspanne, die über 80 Prozent der durchschnittlichen Gesamtdauer der KISS-Gruppen (beruhend auf den Beenderdaten) entspricht und somit einen relevanten Zeitraum des Programms abdeckt.

In der statistischen Analyse lässt sich ein Rückgang des Konsums um durchschnittlich etwa drei Tage nachweisen, der sich bei der Berechnung ohne Substitutionsmittel als statistisch signifikant erweist. Die Effektstärken liegen hier im mittleren Bereich, was den erwarteten Wirkungen einer solchen Intervention entspricht. Die gleichzeitige Zunahme an konsumfreien Tagen weist ebenfalls in dieselbe Richtung leicht positiver Effekte, kann aber nicht statistisch belegt werden. Insofern kann der 12-wöchigen Intervention eine dem Zeitraum angemessene Wirksamkeit bescheinigt werden. Hervorzuheben ist ferner die Tatsache, dass die Beender grundsätzlich grössere Erfolge erzielen als die Abbrecher; die (annähernd) vollständige Teilnahme an KISS ist mit besseren Wirkungen verbunden. Andererseits machen sich hier auch selbstselektive Mechanismen bemerkbar, die darauf hindeuten, dass diejenigen, denen es nicht (oder weniger) gelingt, ihren Konsum zu reduzieren, das Programm eher vorzeitig verlassen.

Die Teilnahme am KISS-Programm wirkt sich auch auf das subjektive Befinden und psychische Symptome aus. Hier lässt sich eine signifikante Verbesserung mit mittelgrosser Effektstärke nachweisen. Dabei fällt auf, dass sowohl Beender als auch Abbrecher profitieren. Der Effekt ist unter den Klienten, die KISS regulär abschliessen, aber deutlich stärker ausgeprägt. Die deutlichsten Wirkungen ergeben sich in der Veränderung der psychischen Symptomatik – sowohl insgesamt als auch in einzelnen Bereichen wie depressive oder phobische Symptome. Die Verbesserung von phobischen Symptomen und die Abnahme von Misstrauen dürften sich am ehesten durch gruppenspezifische Prozesse erklären. Das KISS-Programm, das in seinen Modulen unterschiedliche Lebensbereiche berührt und in der Auseinandersetzung über Konsumprobleme und -motive dabei hilft, sich gegenüber anderen KISS-Teilnehmern zu öffnen, zeigt hier die entsprechenden Effekte. Die Teilnahme am KISS-Programm geht mit einer gesteigerten Stimmung und Zufriedenheit einher. Dies verweist auf ein positives Grundgefühl, es geschafft zu haben, sich mit der eigenen Konsumproblematik (produktiv) auseinanderzusetzen und an den eigenen Schwächen und Problemen gemeinsam mit „Gleichgesinnten“ zu arbeiten.

Eine wichtige Erkenntnis dieser Begleitstudie ist die psychisch deutlich schlechtere Ausgangslage der Klienten, die KISS abbrechen. Hierin kann eine Art Risikofaktor ausgemacht werden, der eine dauerhafte und damit erfolgreichere Teilnahme am KISS-Programm behindert. Da nach Erfahrung

der Hamburger Einrichtungen zunehmend das Problem auftrat, KISS-Gruppen mit ausreichend motivierten Klienten zustande und v. a. zu Ende durchgeführt zu kriegen, sollte bei der Zusammenstellung der KISS-Gruppen, sofern möglich, darauf geachtet werden, dass die Teilnehmer über hinreichend Ressourcen verfügen oder stärker dabei unterstützt werden, die Gruppenintervention durchzuhalten.

Schaut man auf die Veränderungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, ergeben sich nur im psychischen Bereich, der alltägliche Einschränkungen und Probleme aufgrund psychischer Beeinträchtigungen beinhaltet, deutliche Verbesserungen. Diese sind ausgesprochen stark ausgeprägt, was zeigt, dass sich die Teilnahme am KISS-Programm positiv auf die Bewältigung alltäglicher Situationen im sozialen oder beruflichen Bereich auswirkt. Da die gesundheitsbezogene Lebensqualität z. T. auch psychische Dimensionen wie Ruhe/Gelassenheit, Vitalität, Depressivität oder den allgemeinen Gesundheitszustand berücksichtigt, ist nach den vorherigen Ergebnissen hier ein entsprechender Zusammenhang zu erwarten.

Schliesslich deutet sich im Verlauf des KISS-Programms auch ein Trend bezüglich einer leichten Zunahme an sozialen und Freizeitaktivitäten an, der allerdings nicht statistisch belegt werden kann. Da es sich hier jedoch um nicht geringe Effekte handelt, liegt der Schluss nahe, dass sich auf Basis einer grösseren Untersuchungsgruppe ein statistisch signifikantes Resultat ergeben hätte. Dafür spricht auch, dass sich die Zufriedenheit mit dem Tagesablauf und die Tagesstrukturierung unter der KISS-Teilnahme signifikant verbessern.

Als eine generelle methodische Einschränkung der vorliegenden Untersuchung muss die kleine Stichprobe angemerkt werden. Die Studienteilnehmer unterscheiden sich zwar kaum von allen Hamburger Klienten, die im Untersuchungszeitraum mit KISS begonnen hatten, dennoch sind verallgemeinerbare Aussagen auf Basis dieser Untersuchungsgruppe nur eingeschränkt zu treffen. Aufgrund der niedrigen „Power“ müssen Effekte besonders gross ausfallen, um sie statistisch gegen den Zufall absichern zu können. Dies ist in Teilbereichen der Fall, bei der im Mittelpunkt stehenden Auswertung des Konsumverhaltens treten aber vergleichsweise geringere Veränderungen auf. Dennoch kann der kleine Stichprobenumfang nicht allein der Begleitstudie „angelastet“ werden. In dem verfügbaren Zeitraum haben insgesamt weniger Klienten an KISS teilgenommen als bei der Studienplanung erwartet wurde.

Ein weiteres Problem dieser Studie besteht in der Auswahl der Klienten. Das Selbstmanagementprogramm KISS ist zwar nicht ausschliesslich, aber doch schwerpunktmässig für Personen mit illegalem Drogenkonsum entwickelt worden. Bei dem in der Ausgangsbefragung festgestellten Konsummuster sowie anhand der Bestandesaufnahme der Substanzen, deren Reduktion beabsichtigt wurde, zeigte sich, dass von den Klienten vorwiegend Alkohol, Zigaretten und Cannabis genannt wurden. Eine Konsumreduktion von Heroin,

Kokain und/oder Crack wurde nur von gut einem Viertel beabsichtigt. Da Alkohol und v.a. Zigaretten meistens (gewohnheitsmässig) täglich konsumiert werden, ist eine Reduktion an Konsumtagen hier weniger zu erwarten. Um eine im Durchschnitt stärkere Konsumreduktion zu erzielen, war der Konsumumfang anderer Substanzen unter den KISS-Teilnehmern aber nicht stark genug ausgeprägt. Die Anwendung von KISS vorrangig zum Zweck der Änderung des Konsumverhaltens bei legalen Substanzen sollte in den Einrichtungen kritisch diskutiert werden. Hier käme als Alternative ggf. das Programm zum kontrollierten Trinken „KT“ in Betracht, wenngleich dieses eher für Menschen mit stärker ausgeprägten Alkoholproblemen entwickelt wurde. Andererseits ist ein Mischkonsum, bei dem verschiedene Substanzen in (zeitweilig) problematischem Ausmass gebraucht werden, typisch für illegal Drogenabhängige. Hier bestünde eine Strategie darin, das KISS-Programm ggf. stärker substanzbezogen auszurichten und häufige Zielsubstanzen wie Alkohol und Cannabis vorübergehend in den Mittelpunkt zu stellen.

Neben einer randomisierten Studie in Frankfurt, deren Ergebnisse noch nicht publiziert wurden, liefert die vorliegende Untersuchung die ersten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Wirkungen des KISS-Programms. Positive Veränderungen im Konsumverhalten lassen sich nachweisen, sie fallen aber nicht allzu deutlich aus. Überstrahlt werden die Konsumergebnisse von der Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik im Verlauf der KISS-Teilnahme. Hier zeigen sich auch die Unterschiede zwischen Beendern und Abbrechern besonders deutlich. Erstere profitieren grundsätzlich stärker von der Intervention. Insofern sollte überlegt werden, wie Klienten besser zur kontinuierlichen Teilnahme an den KISS-Gruppen motiviert werden könnten. Inwieweit sich durch die Teilnahme am KISS-Programm langfristige Effekte einstellen, werden sowohl die Frankfurter Studie als auch die Auswertung der Hamburger Katamnese-Ergebnisse zeigen können, die nach ersten Eindrücken vorab veröffentlichter Präsentationen ebenfalls in eine positive Richtung weisen.

Literatur

- Bullinger M. & Kirchberger I. (1998) *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Cramer E., Posma R. & de Bruijne J. (1998) *Der Entzugsprozess: Eine Spirale nach oben*. 2. Auflage. Nijmegen: Mediagroep KUN/AZN.
- Dunlap W. P., Cortina J. M., Vaslow J. B. & Burke M. J. (1996) Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods* 1: 170-177.
- Franke G. (1995) *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Deutsche Version. Göttingen: Beltz-Test
- Gerster G. (2009) Kontrolliertes Trinken: eine wirkungsvolle Ergänzung zur Abstinenzbehandlung. *Abhängigkeiten* 15 (3): 80-86.
- Hamacher K. & Klemt J. (2008) *AKST – Ein Ambulantes Konsumreduktions- und Selbstkontroll-Trainings-Programm für Konsumenten illegaler Drogen (Materialie 62)*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hardt J., Egle U.T., Kappis B., Hessel A. & Brähler E. (2004) Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 54: 214-223.

- Klingemann H. & Carter Sobell L. (Hrsg.) (2006) *Selbstheilung von der Sucht*. Wiesbaden: Vs Verlag.
- Körkel J. (2002) Editorial. *Suchttherapie* 3: 69-70.
- Körkel J. & GK Quest Akademie (2006) *KISS-Trainer-Manual. Kontrolle im selbstbestimmten Konsum (KISS). Handbuch zur Einzel- und Gruppenarbeit*. 3. Aufl. Heidelberg.
- Körkel J., Schellberg B., Haberacker K., Langguth W. & Neu B. (2002) Das „Ambulante Gruppenprogramm zum Kontrollierten Trinken (AkT)“. *Suchttherapie* 3: 106-111.
- Körkel J. & Verthein U. (2010) Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain. *Suchttherapie* 11: 31-34.
- Miller W.R. & Rollnick S. (1999) *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. (2010) Start der Cotraddict-Gruppe ... Konsumkontrolltraining für (Drogen-)Abhängige. Zugriff am 27.12.2010 http://www.drogennotdienst.org/content/aktuelles/aktuelles_contraddictgruppe.html.
- Saladin M.E. & Santa Ana E.J. (2004) Controlled drinking: more than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry* 17: 175-187.
- Schippers G.M. & Cramer E. (2002) Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. *Suchttherapie* 3: 71-80.
- von Zerssen D. (1976) *Die Befindlichkeits-Skala. Parallelformen Bf-S und Bf-S'*. Unter Mitarbeit von D.-M. Koeller. Weinheim: Beltz Test.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Uwe Verthein, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Martinistrasse 52, D-20246 Hamburg, Tel.: +49 40 / 7410 57901

E-Mail: u.verthein@uke.uni-hamburg.de

Résumé

Contrairement aux programmes de consommation contrôlée d'alcool, on ne dispose guère de connaissances scientifiques sur l'usage contrôlé de drogues illicites et sur les programmes de réduction qui lui sont associés. Le programme KISS «auto-contrôle de l'usage de substances» s'adresse principalement aux consommateurs de drogues illicites, qui souhaitent réduire leur consommation de drogues. Il est subdivisé en 12 modules, qui sont effectués dans le cadre d'un programme de groupe à intervalles hebdomadaires. Les critères visés, le développement de la consommation de drogues, l'état subjectif de bien-être et les symptômes psychiques ainsi que la qualité de vie liée à la santé sont au centre de l'évaluation de suivi effectuée à Hambourg d'octobre 2007 à janvier 2009. Des instruments d'évaluation normalisés ont surtout été utilisés, qui sont calqués sur les dates du programme KISS. 39 clients ont participé aux groupes KISS, 51,3% ont terminé le programme régulièrement. Le groupe d'étude final comprend N = 31 clients, dont 21 clients sont en traitement de substitution. Entre l'évaluation initiale et l'évaluation finale individuelle, on a pu montrer une réduction statistiquement significative de la consommation d'environ trois jours de consommation en moyenne. La participation au programme KISS a aussi un effet positif sur l'état subjectif de bien-être et les symptômes psychiques. Il convient de souligner que ceux qui finissent le programme ont plus de succès que ceux qui l'ont arrêté. À cet égard, il faudrait réfléchir à la manière de pouvoir mieux motiver les clients à participer continuellement aux groupes KISS.

Summary

Contrary to intervention programmes on self-controlled drinking not much scientific evidence is available with respect to the effectiveness of self-control training programmes for reducing illegal drug use. The German programme “KISS” is made for drug users who want to reduce their consumption but are not able or not willing to live abstinent. It consists of 12 modules which are worked through in a group setting on a weekly basis. The study was carried out in Hamburg from October 2007 until January 2009. The following criteria were analysed in the evaluation: change of drug use (days of consumption), subjective well-being, psychological symptoms and health related quality of life. Data was collected by means of standardised questionnaires which were filled out after each group session. 39 clients took part in the KISS intervention, 51.3 percent completed the whole 12-weeks program. The study sample consists of N=31 persons, out of them are 21 in opioid substitution treatment. Between baseline and individual last examination the number of overall days of consumption was significantly reduced by about 3 days on average. Taking part in KISS is also associated with positive changes in well-being and psychological symptoms. Completers of the programme show more positive changes than clients who dropped out earlier. Clients should be motivated to participate (constantly) in such programmes on self-controlled drug use.