



# Abschlussbericht

des Bundestransfers von „Realize it“

Dr. Peter Tossmann & Lorenz Kasten

delphi-Gesellschaft für Forschung,  
Beratung und Projektentwicklung mbH  
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Berlin, am 10.5.2010

# Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage.....	3
2. Das Programm .....	5
2.1 Grundlagen.....	5
2.2 Ziele des Programms .....	5
2.3 Die Programminhalte.....	6
3. Umsetzung des Transfers .....	8
3.1 Beteiligte Einrichtungen.....	8
3.2 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.....	9
3.3 Einbindung des Programms in das bestehende Angebot der Beratungsstellen....	9
4. Fragestellung & Methoden der wissenschaftlichen Begleitung .....	10
4.1 Untersuchungsfragen .....	10
4.2 Methoden .....	11
4.2.1 Datenerhebung .....	11
4.2.2 Instrumente der Befragungen .....	12
4.2.3 Datenschutz.....	14
4.3 Beschreibung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer.....	17
4.3.1 Soziodemografische Merkmale .....	20
4.3.2 Konsummuster bei Programmeinstieg .....	24
4.3.3 Psychisches Wohlbefinden.....	29
5. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung .....	32
5.1 Datenerhebung und Datenüberprüfung der Stichprobe .....	32
5.1.1 Stichproben.....	32
5.1.2 Überprüfung der Aussagekraft der Stichprobe.....	33
5.2 Überprüfung der Untersuchungsfragen.....	33
5.2.1 Akzeptanz von „Realize it“ .....	34
5.2.2 Integration in die Suchthilfe.....	36
5.2.3 Effekte des Programms .....	37
5.2.4 Besondere Fragestellungen.....	46
5.2.5 Prädiktoren für eine erfolgreiche Teilnahme .....	49
6. Zusammenfassung und Fazit .....	51
7. Literatur.....	55
8. Anhang.....	58

## 1. Ausgangslage

In den vergangenen dreißig Jahren ist die Verbreitung des Cannabiskonsums in vielen Ländern Europas, insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, deutlich gestiegen. Entsprechend aktuellen repräsentativen Untersuchungen haben 25,3% der jungen Frauen bzw. 38,9% der jungen Männer im Alter von 18 und 19 Jahren in Deutschland Erfahrung mit Cannabis (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2007). Zwar ist die Verbreitung des Cannabiskonsums diesen beiden Studien zufolge in den vergangenen zwei Jahren geringfügig zurück gegangen, von einer Trendwende kann dennoch (noch) nicht gesprochen werden.

Forschungsarbeiten, die Aussagen über die Verbreitung von *Cannabismissbrauch* und *-abhängigkeit* in der Allgemeinbevölkerung zulassen, liegen bislang kaum vor. Internationalen Arbeiten zufolge kann davon ausgegangen werden, dass etwa 6-8% aller aktuellen Cannabiskonsumenden eine substanzspezifische Abhängigkeit nach DSM-IV aufweisen (Kandel et al., 1997; Grant & Pickering, 1999). Nach den Ergebnissen einer repräsentativ angelegten Studie aus München und dem Münchner Umland (Perkonig et al., 1999) erfüllen 8-9% aller Cannabiskonsumenden im Alter zwischen 14 und 24 Jahren die diagnostischen Kriterien des Cannabismissbrauchs, etwa 4-5% die einer Abhängigkeit nach DSM-IV.

Ungeachtet dieser Situation spielten Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten in den Einrichtungen der traditionellen Drogenhilfe bis zur Jahrhundertwende zahlenmäßig keine nennenswerte Rolle. Erst in den letzten Jahren ist eine verstärkte Inanspruchnahme der Drogenberatung durch Cannabiskonsumenden zu verzeichnen (Simon, 2004).

Angesichts des damit verbundenen Bedarfs an zielgruppenspezifischen Angeboten für Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten entwickelte die delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH in Kooperation mit dem Präventionszentrum „Villa Schöpflin“ sowie Praktikern/-innen aus sechs Suchtberatungsstellen das standardisierte Kurzinterventionsprogramm „Realize it“. Gefördert wurde die Entwicklung und Erprobung von „Realize it“ vom Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) und dem Bundesministerium für Gesundheit.

Im Jahr 2004 wurde „Realize it“ in verschiedenen Beratungsstellen in der Schweiz und Baden-Württemberg gestartet, zunächst in einem Modellprojekt, das bis zum Jahr 2007 befristet war. Die Wirksamkeit des Programms sollte durch die Universität Fribourg (Schweiz) überprüft werden. Im Rahmen dieser Begleitforschung konnte gezeigt werden, dass „Realize it“ ein wirksames Instrument zur Beratung von Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten ist. Bei den am Programm beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnte eine nachhaltige Reduzierung des Konsums sowie eine deutliche Verbesserung ihrer psychischen Befindlichkeit erzielt werden. Zudem zeigte sich, dass mit dem Beratungsprogramm ein Konzept vorliegt, das sich gut in die Arbeit von Drogen- und Suchtberatungsstellen integrieren lässt und eine hohe Akzeptanz bei den beteiligten Beraterinnen und Beratern genießt.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse beschloss das Bundesministerium für Gesundheit im Herbst 2007, die Verbreitung des Beratungsprogramms „Realize it“ in Deutschland zu fördern. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von bis zu 80 interessierten Sucht- und Drogenberatungsstellen in Deutschland sollten im Rahmen des Transfers von „Realize it“ in den Jahren 2008 und 2009 mit den Prinzipien des Programms vertraut gemacht und geschult werden.

Die tatsächliche Nachfrage nach einer Integration des „Realize it“-Programm in die Alltagspraxis der Beratungsstellen war indes deutlich höher. Besonders groß war das Interesse unter Beratungsstellen aus den Bundesländern Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Hier konnten durch zusätzliche Landesmittel alle interessierten Beratungseinrichtungen in das Netzwerk „Realize it“ integriert werden, sodass insgesamt 167 Beratungsstellen in das Programm eingewiesen werden konnten.

Im vorliegenden Abschlussbericht wird zum einen eine kurze Beschreibung der Ziele und Zielgruppen von „Realize it“ vorgenommen, zum anderen werden das Beratungsprogramm und dessen Umsetzung skizziert. Im Fokus des Berichts steht jedoch die Frage, wer „Realize it“ genutzt hat und ob „Realize it“ im Rahmen des Transfers ähnlich erfolgreich umgesetzt werden konnte wie während des binationalen Modellversuchs.

## 2. Das Programm

### 2.1 Grundlagen

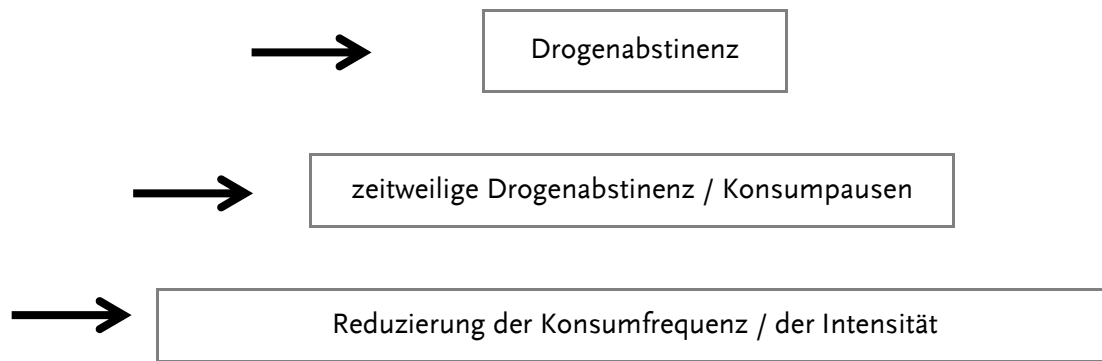
Die konzeptionellen Grundlagen des Programms zur Frühintervention bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit sind zum einen die „Theorie zur Selbstregulation“ (Kanfer, 1970, 1986) und das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ (Prochaska & DiClemente, 1984) und zum anderen die Interventionskonzepte des „Motivational Interviewing“ (Miller & und Rollnick, 1999) und der „Kurzintervention“ bei substanzspezifischen Problemen (Berg & Miller, 2000).

Gesundheitsbezogene Programme der Kurzintervention haben in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Raucherentwöhnung (vgl. z. B. Watt et al., 1999; Cornuz et al., 2002) und der Alkoholberatung (vgl. z. B. Stoll et al., 1999; Aalto et al., 2003). Konzeptionell orientieren sich gesundheitsbezogene Kurzinterventionen in aller Regel an kognitiv-verhaltenstheoretischen (Marlatt & Gordon, 1985) oder an systemisch-lösungsorientierten Ansätzen (Berg & Miller, 2000). Programme der Kurzintervention zeichnen sich durch zwei wesentliche Charakteristika aus: (1.) Zum einen sind alle Kurzinterventionsprogramme - wie der Terminus es schon nahe legt – durch eine vergleichsweise übersichtliche Zeitperspektive geprägt. So werden beispielsweise suchtspezifische Maßnahmen angewendet, die sich über insgesamt sechs Einzelsitzungen von jeweils einer Stunde erstrecken (Copeland et al., 2001), oder aber die Kurzintervention (in der allgemeinärztlichen Praxis, in der Notaufnahme eines Krankenhauses) beschränkt sich auf einen einmaligen Kontakt, von in manchem Fall nur wenigen Minuten (Stoll et al., 1999; Monti et al., 1999). Das weitere, eng mit der Zeitperspektive verknüpfte maßgebliche Merkmal von Kurzinterventionen im Bereich des Substanzkonsums betrifft (2.) die Zielorientierung bzw. Lösungsorientierung des methodischen Vorgehens. In ihrem lösungsorientierten Ansatz unterstreichen Berg & Miller (2000) die Bedeutung eines zielgerichteten Vorgehens in der Beratung und der Therapie von Menschen mit Suchtproblemen und skizzieren in diesem Zusammenhang einige „Eigenschaften wohlgestalteter Ziele“ (Berg & Miller, 2000, S. 54ff.) im Beratungsprozess. Nach Ansicht der Autoren sollten Ziele für den Klienten bedeutsam, möglichst klein, konkret, präzise und verhaltensbezogen sein. Darüber hinaus wird unterstrichen, dass die Umsetzung der zwischen der Beraterin und dem Klienten definierten Ziele im Lebenskontext des Klienten realistisch und erreichbar sein sollte. Mittels spezifischer Gesprächs- und Fragestrategien („Das zweckgerichtete Interview“, Berg & Miller, 2000, S. 84) werden im Rahmen der Kurzintervention die formulierten Ziele in Kooperation mit dem Klienten anvisiert und dafür erforderliche Problemlösungen erarbeitet.

### 2.2 Ziele des Programms

Mit dem Projekt werden Cannabiskonsumenten angesprochen, die ihren Konsum *einschränken* oder *einstellen* wollen. Angesprochen sind insbesondere junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 30 Jahren mit einem regelmäßigen Konsum von Cannabisprodukten, die im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsumverhalten psychosoziale Konflikte entwickelt haben und ihr Konsumverhalten verändern wollen. Übergeordnetes Ziel des „Realize it“-Beratungsprogramms ist es, innerhalb eines Zeitfensters von 10 Wochen den individuellen Konsum von Cannabis signifikant zu reduzieren. Dies kann bedeuten, dass der Konsum reduziert, zeitweilig oder gänzlich eingestellt wird.

Abbildung 1: Zielpyramide des Projekts



Die individuelle Zieldefinition nehmen die Klientinnen und Klienten zu Beginn des Beratungsprogramms gemeinsam mit ihren Beraterinnen bzw. Beratern vor.

### 2.3 Die Programminhalte

Die Umsetzung des „Realize it“-Programms zur *Frühintervention bei Cannabismisbrauch und Cannabisabhängigkeit* umfasst einen Zeitrahmen von insgesamt jeweils zehn Wochen pro Teilnehmer, in dem mehrere aufeinander abgestimmte Methodenelemente zur Anwendung kommen. Kernelemente des Programms sind fünf **Einzelberatungen**, die durch ein **Begleitbuch** unterstützt werden sowie eine **Gruppensitzung**.

Im Rahmen der fünf jeweils einstündigen **Einzelberatungen** des 10-Wochen-Programms werden zum einen (sitzungs-)übergreifende Themen behandelt, zum anderen werden aktuelle individuelle Aufgabenstellungen bearbeitet. Die Zielsetzung des Beratungsprogramms „Realize it“ ist es, den individuellen Cannabiskonsum junger Programmteilnehmerinnen und –teilnehmer signifikant zu reduzieren. Dies soll durch die Erhöhung der Kontrollkompetenz des Konsumenten erreicht werden. Demnach gilt es - analog zur Konzeption von Marlatt & Gordon (1985) - im Beratungsdialo der Einzelsitzungen insbesondere vier Themen (Säulen der Selbstkontrolle) zu bearbeiten:

**Risikosituationen erkennen:** Welche sozialen Situationen, Personen, emotionalen Stimmungen haben einen problematischen Einfluss auf das Konsumverhalten?

**Kontrollstrategien entwickeln:** Was kann getan werden, um derartige Situationen zu meiden? Welche Möglichkeiten gibt es, in diesen Risikosituationen die Kontrolle über den Drogenverzicht zu bewahren?

**Drogenfreie Freizeitplanung:** Welche Personen und Freizeitaktivitäten haben einen günstigen Einfluss?

**Aufbau eines Belohnungs- bzw. Verstärkersystems:** Welche materiellen oder sozialen Belohnungsoptionen kann der Proband im Zusammenhang mit dem erzielten Drogenverzicht nutzen?

In Abhängigkeit vom jeweiligen Einzelfall werden diese vier Kompetenzbereiche unterschiedlich ausgeprägt sein, was eine entsprechende Fokussierung durch den Beratenden zur Folge hat. Für die Bearbeitung dieser Themen der Selbstkontrolle sollen die individuellen Tagebuchaufzeichnungen (siehe Begleitbuch) systematisch genutzt werden.

Das **Begleitbuch** besteht im Wesentlichen aus zwei Komponenten: Zum einen beinhaltet es *Informationen* und *Empfehlungen*, die in Form von FAQs aufbereitet sind (z. B. „Gibt es Entzugssymptome, wenn ich mit dem Kiffen aufhöre?“, „Was kann ich machen, wenn mir jemand anbietet, mitzukiffen?“). Wie aus unterschiedlichen Feldern der Gesundheitswissenschaften bekannt ist, wird mittels die Gesundheit und die Behandlung betreffende Informationen eine gute Voraussetzung zur aktiven und eigenverantwortlichen Beteiligung von Patienten geschaffen, womit die Wirksamkeit pädagogischer und therapeutischer Interventionen vergrößert wird (z. B. Müller-Mundt, 2001). Die zweite Komponente des Begleitbuchs ist ein Konsumtagebuch, das über den gesamten Verlauf des Programms (10 Wochen) eingesetzt werden soll und mit dessen Hilfe die Selbstbeobachtung bzw. die Reflexion der eigenen Verhaltensänderung ermöglicht wird. Das Tagebuch ist so strukturiert, dass für jeden Tag Angaben zum Konsum (Menge, sozialer Kontext, Gründe/Motive) gemacht werden können. Mit Hilfe des Tagebuchs werden die Teilnehmer somit im Sinne eines Selbst-Monitorings dazu angehalten, sich selbst und ihre Konsumgewohnheiten kontinuierlich zu beobachten. Durch die strukturierte Form der Selbstbeobachtung sollen bereits Lerneffekte initiiert werden, da mit dieser Methode der eigene Substanzkonsum (möglicherweise erstmals) in den Fokus (selbst-)kritischer Aufmerksamkeit gerückt wird.

Das Tagebuch zum Cannabiskonsumverhalten fördert jedoch nicht nur die Selbstbeobachtung des Klienten im Hinblick auf sein selbst gestecktes Ziel, die Protokolle stellen auch ein wichtiges Kommunikationsmittel im Rahmen der Einzelberatung dar. So können sowohl spezifische Probleme im Gespräch fokussiert als auch erfolgreiche Kontrollstrategien herausgearbeitet werden.

Die **Gruppensitzung** des „Realize it“-Programms dient dem Erfahrungsaustausch zwischen den Programmteilnehmerinnen und -teilnehmern und ist für einen Zeitrahmen von 90 Minuten konzipiert. Die Beraterin bzw. der Berater übernimmt hier die Aufgabe der Moderation. Mit ihrem bzw. seinem lösungsorientierten Kommunikationsstil ist die Gruppenmoderation prioritär an folgenden Fragestellungen orientiert:

- Welche *negativen persönlichen Erfahrungen* haben die Gruppenmitglieder im Zusammenhang mit ihrem Cannabiskonsum gemacht? („Was ist dein persönliches Cannabisproblem?“)
- Mit welchen *persönlichen Strategien* zur Kontrolle des eigenen Cannabiskonsums (Reduktion/Ausstieg) haben Gruppenmitglieder positive Erfahrungen gemacht? („Was ist deine Erfolgsstrategie?“)
- Welche *äußeren Bedingungen* sind ungünstig und welche sind günstig für die Kontrolle des eigenen Cannabiskonsums („Was hat dir geholfen?“)?

### 3. Umsetzung des Transfers

Die Projektgemeinschaft Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention gGmbH (Lörrach) und die delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH (Berlin) wurden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem Transfer des Beratungsprogramms für Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten „Realize it“ in die Praxis der regionalen Sucht- und Drogenberatungsstellen beauftragt. Die Villa Schöpflin war dabei insbesondere für die Organisation der einführenden Qualifizierung verantwortlich. Aufgabe der delphi-Gesellschaft war einerseits die Mitarbeit an der Qualifizierung und andererseits die wissenschaftliche Begleitung des Transfers.

#### 3.1 Beteiligte Einrichtungen

In der ersten Phase des Transfers (2008) nahmen 61 Beratungsstellen an den einführenden Schulungen teil (vgl. Sachbericht 2008: Weiterentwicklung des Kurzinterventionsprogramms „Realize it“). In einer zweiten Schulungsphase (2009) wurden 10 weitere Beratungsstellen in das Netzwerk aufgenommen. Darüber hinaus entschlossen sich die Bundesländer Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen allen interessierten Beratungsstellen die Teilnahme am Transfer mit zusätzlichen Landesmitteln zu ermöglichen. So konnten in vier weiteren Schulungsveranstaltungen 84 Beratungsstellen in das Netzwerk integriert werden. Das Bundesland Berlin hatte schon vor der Transferphase mit der Integration des Programms in Berliner Suchtberatungsstellen begonnen. Im Rahmen des bundesweiten Transfers wurden auch diese 12 Berliner Beratungsstellen in das Netzwerk aufgenommen. Insgesamt wurden so 167 Beratungsstellen in der Umsetzung des Programms „Realize it“ geschult. Nicht alle Beratungsstellen, die an den einführenden Schulungen teilnahmen, konnten in der Folgezeit das Programm auch umsetzen. Ein Teil der Beratungsstellen stieg deshalb aus dem Netzwerk aus und bietet „Realize it“ nicht mehr an. Für andere Träger stellte „Realize it“ eine gute Ergänzung des bestehenden Angebots dar, so dass sie in trägerinternen Schulungen weitere Projekte mit der Umsetzung von „Realize it“ vertraut machten. Dadurch kamen weitere Einrichtungen zum Netzwerk hinzu. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung setzten 140 Einrichtungen in Deutschland „Realize it“ aktiv um. Hinzu kamen noch acht Beratungsstellen, die „Realize it“ in der Schweiz anboten. Tabelle 1 zeigt die Aufteilung der (deutschen) teilnehmenden Einrichtungen nach Bundesländern. Die relativ hohe Zahl der Beratungsstellen in Baden-Württemberg resultiert daraus, dass dort auch die Beratungsstellen teilgenommen haben, die schon in der Modellphase „Realize it“ umgesetzt hatten. Eine detaillierte Aufstellung aller teilnehmenden Beratungsstellen findet sich im Anhang (Tabelle A).

**Tabelle 1: Anzahl der Kooperationspartner im Rahmen des Transfers von „Realize it“**

Bundesland	Anzahl der Beratungsstellen
Baden-Württemberg	16
Bayern	6
Berlin	12
Brandenburg	2
Bremen	3
Hamburg	10
Hessen	6
Mecklenburg-Vorpommern	4
Niedersachsen	20
Nordrhein-Westfalen	38
Rheinland-Pfalz	4
Saarland	2
Sachsen	6
Sachsen-Anhalt	4
Schleswig-Holstein	4
Thüringen	3
<b>Gesamt</b>	<b>140</b>



### 3.2 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In einer schriftlichen Befragung der Beratungsstellen wurden die teilnehmenden Beraterinnen und Berater zu ihrer beruflichen Qualifikation befragt (siehe Kapitel 4.2.1). Von den angeschriebenen 329 Beraterinnen und Beratern beteiligten sich 135 an der Befragung. Die Auswertung zeigt, dass die Mehrzahl der am Transfer beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Berufsausbildung als Diplom-Sozialpädagogin bzw. Sozialpädagoge (50,4%) oder als Sozialarbeiter/-in (25,2%) aufweisen. Etwa 18% der Befragten haben eine Ausbildung zum Diplom-Pädagoge/-in. Fünf Personen (3,7%) sind Diplom-Psychologen bzw. -Psychologinnen und eine Person (0,7%) hat eine Ausbildung zum Diplom-Sozialwissenschaftler. Unter allen Befragten sind 3 Personen (5%) mit einer anderen Ausbildung als die oben angegebenen. Drei der Teilnehmenden machten keine Angaben zu ihrer beruflichen Qualifikation.

### 3.3 Einbindung des Programms in das bestehende Angebot der Beratungsstellen

Das Angebotsprofil der an dem Transfer beteiligten Beratungsstellen ist sehr heterogen. Alle Beratungsstellen bieten ihrer Klientel vielfältige Formen der Beratung an. Das Spektrum reicht von der klassischen persönlichen Beratung über strukturierte Kurzzeitinterventionen bis hin zu ambulanter Therapie. Etwa die Hälfte der befragten Einrichtungen (52,1%) gab an, dass „Realize it“ neben der klassischen Beratung das einzige strukturierte Angebot der Beratungsstelle ist, das sich an Cannabiskonsumenten richtet. Von den Beratungsstellen, die für die Cannabis-Klientel weitere Programme vorhalten, gab etwa ein Drittel an (32,6%) ein alternatives Programm anbieten zu können. Weitere 15,2% bieten mehr als nur ein weiteres Programm für Cannabisklientinnen bzw. -klienten an. Zu berücksichtigen ist aber, dass nicht alle Programme exklusiv nur auf Cannabiskonsumierende fokussieren. Einige der angegebenen Programme richten sich unspezifisch auch an Konsumenten anderer Drogen (z. B. FreD) oder generell an Personen mit Verhaltenssuchten (z. B. SKOLL). Neben den genannten Programmen zur Kurzintervention geben 10% der teilnehmenden Einrichtungen an, auch ambulante Therapien durchzuführen.

Die angebotenen Programme lassen sich danach unterscheiden, ob es im Rahmen des Programms um Motivierung zur Verhaltensänderung bzw. Sensibilisierung für das eigene Konsumverhalten geht oder ob das Programm eine konkrete Verhaltensänderung anstrebt. Zu Programmen wie „FreD“, die auf eine Motivierung zur Verhaltensänderung zielen, bietet das Angebot von „Realize it“ eine sinnvolle Ergänzung. Die durch das Angebot von „FreD“ motivierten Klientinnen und Klienten können im Rahmen von „Realize it“ direkt in die Phase der Verhaltensänderung übergehen. In Beratungsstellen, die bereits Programme zur Verhaltensänderung anbieten, erweitert „Realize it“ das bestehende Angebot. Ziel der Beratungsstellen ist es, für die Bedürfnisse des einzelnen Klienten ein adäquates Angebot vorhalten zu können. Während „Realize it“ zu Programmen mit einem motivierenden Charakter komplementär in der Beratungsstelle eingesetzt werden kann, füllt es in der Kategorie der Programme mit Verhaltensänderungsabsicht eine Lücke: So existieren beispielsweise bereits Programme, die sich allgemein an (Party-)Drogennutzerinnen und -nutzer wenden (z. B. „KISS“) oder an Klientinnen bzw. Klienten mit gerichtlichen Auflagen (so genannte „Auflagengruppen“). Zudem ist „Realize it“ im Gegensatz zu anderen Programmen auch kein reines Gruppenangebot (wie z. B. „SKOLL“).

## 4. Fragestellung & Methoden der wissenschaftlichen Begleitung

Übergeordnetes Ziel der wissenschaftlichen Begleitung des Transfers von „Realize it“ ist, die Wirksamkeit des Programms im Sinne einer summativen Evaluation zu überprüfen. Dies soll insbesondere vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus der Modellphase geschehen. Darüber hinaus sollen, die beteiligten Einrichtungen prozessbegleitend bei der Zielerreichung im Sinne eines Qualitätsmanagements unterstützt werden. Das Ziel des vorliegenden Berichts ist es, die Ergebnisse der Effektivitätsüberprüfung des Beratungsprogramms „Realize it“ vorzustellen. Die konkreten Forschungsfragen der durchgeführten Evaluationsstudie und das gewählte methodische Vorgehen sind daher Gegenstand dieses Abschnitts. Zunächst werden die einzelnen Untersuchungsfragen vorgestellt (4.1). Die bei der Untersuchung der relevanten Fragen angewandten Methoden werden unter 4.2 beschrieben. Abschnitt 4.3 beinhaltet die Beschreibung der Klienten von „Realize it“.

### 4.1 Untersuchungsfragen

Ziel des Transfers war es, das Beratungs-Programm „Realize it“, das in der Modellphase in 13 ausgewählten Standorten in der Schweiz und in Baden-Württemberg erfolgreich umgesetzt wurde, bundesweit in einer Vielzahl von Einrichtungen zu implementieren. Die Ergebnisse des Modellversuchs sollten für den Transfer als Orientierungswert („Benchmark“) dienen.

Welche Erfolgskriterien werden nun für die Bewertung des Transfers von „Realize it“ angelegt? Entsprechend dem Grundgedanken von „Realize it“, wonach Hilfesuchenden mit der Kurzintervention von fünf Beratungseinheiten ein „Einstieg in den Ausstieg“ ermöglicht werden soll, dürfte die Akzeptanz des Programms bei der Zielgruppe ein basales Kriterium für den Erfolg der Maßnahme sein. In diesem Zusammenhang galt es zu überprüfen, ob die Teilnehmenden mit dem Programm zufrieden waren und ob sie es weiterempfehlen würden. Ein weiteres Kriterium für eine erfolgreiche Implementierung ist die Integration von Ratsuchenden in das System der Suchthilfe. Nicht alle Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer werden mit Hilfe der Kurzintervention von „Realize it“ ihren Konsum signifikant reduzieren können. In diesen Fällen ist es wichtig zu wissen, ob diese Klientinnen bzw. Klienten in entsprechende weiterführende Hilfen vermittelt werden konnten. Zu guter Letzt stellt sich für eine abschließende Bewertung die Frage, in wie weit es mit Hilfe von „Realize it“ gelungen ist, Cannabisabhängige zu unterstützen, ihr Konsumverhalten signifikant und nachhaltig zu verändern.

Die im Rahmen der Begleitforschung bearbeiteten Untersuchungsfragen lassen sich demnach wie folgt zusammenfassen:

- a) Wie wird „Realize it“ durch die Zielgruppe bewertet?
- b) Gelingt es mit Hilfe von „Realize it“, Cannabisabhängige in die Suchthilfe zu integrieren?
- c) Welche Effekte hat „Realize it“ auf das Konsumverhalten und auf das psychische Wohlbefinden von Programmteilnehmerinnen und -teilnehmern?

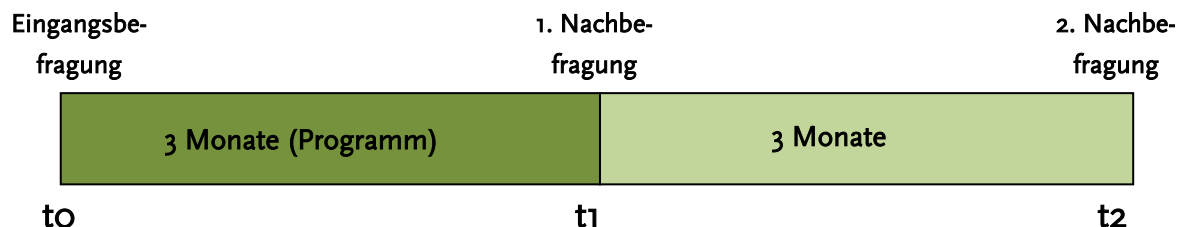
## 4.2 Methoden

### 4.2.1 Datenerhebung

Um die eingangs genannten Fragen adäquat beantworten zu können, wurden Untersuchungen in drei Bereichen durchgeführt.

Erstens wurden die Teilnehmenden direkt befragt. Dies geschah zu drei Messzeitpunkten. Bei der Anmeldung zum Programm ( $t_0$ ) wurden relevante Basisdaten der Programmnutzer und -nutzerinnen abgefragt. Neben Daten zum Substanzkonsum und zur sozialen Situation der Probanden wurden auch Daten zur psychosozialen Gesundheit (Angst, Depressivität etc.) erhoben. Die Daten wurden internetbasiert erfasst und auf dem Server der Hetzner Online AG gespeichert und verwaltet. Dabei wurden die Vorgaben des Datenschutzes berücksichtigt (siehe Kapitel 4.2.3). Drei ( $t_1$ ) und sechs ( $t_2$ ) Monate nach der Aufnahme in das Programm erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Fragebogen mit Fragen zu ihrem aktuellen Konsumstatus und zu ihrem psychischen Befinden. Bei dieser Nachbefragung sollte zusätzlich die Zufriedenheit mit dem Programm erfasst werden. Um eine Positivselektion bei den Rückmeldungen möglichst auszuschließen, wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer per Post nachbefragt. So sollte die Erreichbarkeit auch der Personen sichergestellt werden, die das Programm vorzeitig beendet hatten und nicht mehr in der Beratungsstelle verkehrten. Als zusätzlicher Anreiz, an der Befragung teilzunehmen, erhielten sowohl die regulären Beender als auch die Abbrecher einen Gutschein in Höhe von je 20 Euro (Media Markt bzw. amazon.de) für jede teilgenommene Nachbefragung. Abbildung 2 stellt die Abfolge der Befragungen schematisch dar.

Abbildung 2: Abfolge der Evaluationsbefragungen



Zweitens wurde der Programmverlauf der Programmteilnehmenden durch die Beraterinnen und Berater dokumentiert. Über das Webinterface auf der Webseite des Programms ([www.realize-it.org](http://www.realize-it.org)) wurde für jeden Klienten bzw. jede Klientin eingetragen, wie das Programm beendet wurde, ob der Gruppentermin wahrgenommen wurde und wie viele der fünf möglichen Einzelsitzungen der Klient bzw. die Klientin in Anspruch genommen hatte. Zusätzlich wurde erfasst, ob die Programmteilnehmenden nach Abschluss des Programms in eine weiterführende Maßnahme vermittelt wurden.

Drittens sind in einer schriftlichen Befragung der teilnehmenden Beratungsstellen weitere Daten zur Einschätzung der Klientel, aber auch zur besseren Einordnung der Beratungsstellen erfragt worden. Durch den Austausch mit den Beraterinnen und Beratern im Verlauf der Netzwerktreffen ergaben sich neue Fragestellungen, die mit dem bis dahin vorliegenden Datensatz nicht aufgeklärt werden konnten. In der Diskussion wurde beispielsweise deutlich, dass „Realize it“ in den Bera-

tungsstellen unterschiedlich eingesetzt wurde. Einige Beratungsstellen boten ihrer Cannabisklientel vor allem „Realize it“ an und entschieden nach Beendigung des Programms über weitere Maßnahmen. Andere Beratungsstellen banden „Realize it“ als eine Art Modul in ein übergeordnetes Betreuungs- bzw. Beratungsangebot ein, das flankierend durch weitere Angebote/Maßnahmen ergänzt wurde. In einer kurzen schriftlichen Befragung wurden deshalb die Beratungsstellen aufgefordert aufzulisten, welche weiteren Angebote für die Cannabisklientel in den Beratungsstellen vorgehalten werden (siehe Kapitel 3.3). Darüber hinaus sollte für jeden Klienten bzw. jede Klientin aufgeführt werden, wie viele Stunden zusätzlicher Hilfen sie erhalten haben. Zusätzlich wurde mit dem Fragebogen erfasst, ob gerichtliche Auflagen vorlagen, die zu einer Teilnahme an „Realize it“ führten und durch welche Einrichtungen diese Auflagen erteilt wurden. Nicht zuletzt wurde mit dieser Befragung auch die fachliche Qualifikation der an „Realize it“ teilnehmenden Beraterinnen und Berater erfasst (siehe Kapitel 3.2). An der Befragung nahmen 95 Einrichtungen und 138 Beraterinnen bzw. Berater teil. Insgesamt konnten so die Daten von 860 Klientinnen und Klienten erfasst werden.

#### **4.2.2 Instrumente der Befragungen**

Das Eingangsscreening (t<sub>0</sub>) sowie die Nachbefragungen (t<sub>1</sub>-t<sub>2</sub>) enthalten neben einer Reihe von Fragen zu soziodemografischen Daten diverse Items zur Erfassung der Akzeptanz und der Wirkung des Programms. Diese sind in Tabelle 2 auf Seite 14 dargestellt. Nachfolgend werden die für die Evaluation genutzten Merkmale hinsichtlich ihrer Funktionen im Einzelnen vorgestellt.

##### **Nutzung**

Zum einen ist von Interesse, wie viele Anmeldungen in den Beratungsstellen verzeichnet wurden. Zum anderen gilt es, die Nutzung des Programms bzw. die im Rahmen des Transfers erzielte Haltequote der Beratungsstellen zu ermitteln.

##### **Nutzerinnen und Nutzer**

Hier gilt es, die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wie Alter, Geschlecht, Bildung etc. deskriptiv auszuwerten. Konsumparameter sowie Variablen der psychischen Befindlichkeit werden hier erfasst.

##### **Akzeptanz**

Das Programm „Realize it“ setzt sich aus vielen Programmelementen zusammen. Im Rahmen des Transfers von „Realize it“ gilt es zu überprüfen, wie die Klientinnen und Klienten den allgemeinen Nutzen der Programmelemente bewerten und wie zufrieden sie mit dem Programm sind. Ein wichtiger Parameter der Akzeptanz ist zudem die Weiterempfehlung, wobei nach Abschluss des Programms die Absicht, dies zu tun, exploriert wird.

Darüber hinaus gilt es in Erfahrung zu bringen, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus subjektiver Sicht ihr Ziel erreicht haben, wobei sowohl die Personen gefragt werden, die „Realize it“ vorzeitig beenden, als auch diejenigen, die regulär das Programm durchlaufen.

## **Wirkung**

Ein Ziel von „Realize it“ ist die signifikante Senkung der Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums – entsprechende Indikatoren werden zu allen Messzeitpunkten (t<sub>0</sub> bis t<sub>2</sub>) abgefragt. Hierzu zählt die Anzahl der Konsumtage des letzten Monats ebenso wie die konsumierte Menge an Cannabisprodukten (in Gramm) im selben Zeitraum. Darüber hinaus wird die Anzahl der Konsumeinheiten („Joints“, „Bongs“) in den letzten 7 Tagen erhoben.

Zur näheren Beurteilung der cannabisassoziierten Störung wird zudem danach gefragt, ob sich die „Realize it“-Teilnehmenden selbst für psychisch abhängig halten. In der Eingangsuntersuchung (t<sub>0</sub>) wird zudem erfasst, inwiefern eine cannabisbezogene Abhängigkeit nach den international anerkannten Kriterien des DSM IV vorliegt. Die im Rahmen des Eingangsscreenings abgefragten Kriterien lauten (vgl. Saß et al., 2003):

- Entzugssymptome (und ggf. Versuche, die vorliegenden Symptome durch zusätzlichen Cannabiskonsum zu lindern oder zu vermeiden)
- Cannabiskonsum erfolgt häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt vor
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren
- Viel Zeit für Aktivitäten, um Cannabisprodukte zu beschaffen oder zu konsumieren
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Konsums aufgegeben oder eingeschränkt
- Fortgesetzter Cannabiskonsum trotz Kenntnis anhaltender oder wiederkehrender körperlicher oder psychischer Probleme

Im Rahmen der Modellphase konnte die Begleitforschung belegen, dass sich nicht nur das Konsumverhalten der Programmteilnehmenden im Verlauf des Programms veränderte, sondern dass sich auch das psychische Befinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer signifikant verbesserte. Ziel des Transfers ist es, diese Ergebnisse zu wiederholen. Zur Überprüfung wurden ein Teil der in der Modellphase verwendeten Instrumente auch im Transfer eingesetzt. Folgende Skalen wurden abgefragt:

### **Skala „Depression“**

Die „Allgemeine Depressions Skala“ (ADS) von Hautzinger und Bailer (1993) ist speziell für den Einsatz bei Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben, Bevölkerungsgruppen und epidemiologischen Gemeindestichproben entwickelt wurde. Die 15 Items der Skala erfragen das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster.

### **Skala „Ängstlichkeit“**

Die deutsche Version des State-Trait-Angstinventar (STAI, Laux et al. 1981) stellt eine weitgehend äquivalente Form zum amerikanischen Original dar. Der STAI ist in 2 Skalen gegliedert, der State-Angstskala und der Trait-Angstskala, die aus je 20 Items bestehen. Die State-Angstskala dient zur Erfassung der Stärke und des Verlaufs der momentan vorhandenen Angst in Abhängigkeit von internen oder externen Einflüssen, während die Trait-Angstskala der Feststellung individueller Unter-

schiede im Ausprägungsgrad der Ängstlichkeit dient. In unserem Fragebogen verwendeten wir die Trait-Angstskala.

### Skala „Selbstwert“

Die Skala wurde von Harter (1982) entwickelt, um die verschiedenen Aspekte des wahrgenommenen Selbstwertes zu erfassen. Die Items der Skala sind zu vier Unterskalen zusammengefasst: kognitiver, sozialer, körperlicher und genereller Selbstwert. Im Fragebogen wurden nur die 12 Items der Unterskala „genereller Selbstwert“ verwendet.

### Skala „Seelische Gesundheit“

Die Skala stammt aus dem Trier Persönlichkeitsfragebogen (Becker, 1981) und umfasst 20 Items. Die Skala versucht das gesamte Spektrum der seelischen Gesundheit, insbesondere auch die Stärken der Personen zu erfassen.

**Tabelle 2: Erfasste Merkmale zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten**

Ebene	Indikator	t0 (Anmeldung)	t1 (3 Monate)	t2 (6 Monate)
Nutzung	Anmeldungen	■		
Nutzer/-innen	Soziodemograf. Merkmale	■		
Akzeptanz	Erreichen des pers. Programmziels		■	■
	persönlicher Nutzen der Programmelemente		■	■
	Zufriedenheit und Weiterempfehlungsabsicht		■	■
Wirkung	Konsumhäufigkeit u. -menge i. d. l. 30 Tagen	■	■	■
	Konsumeinheiten pro Tag	■	■	■
	subjektive psychische Abhängigkeit	■		
	Cannabisabhängigkeit nach DSM IV	■		
	Variablen zur psych. Befindlichkeit	■	■	■

### 4.2.3 Datenschutz

Aspekte des Datenschutzes gewinnen immer mehr an Bedeutung. Im Vorfeld des Transfers wurde deshalb in enger Abstimmung mit dem Berliner Datenschutzbeauftragten ein Konzept zur Sicherung der erhobenen Daten entwickelt.

Im Rahmen von „Realize it“ werden so genannte personenbezogene Daten und auch solche, die konsumbezogen sind, erhoben. Bei den personenbezogenen Daten handelt sich um Angaben, die Rückschlüsse auf die Identität eines Teilnehmers zulassen. Dazu gehören Namen und Adressen der Programmteilnehmenden. Konsumbezogene Daten sind vor allem jene Daten, die im Fragebogen erfasst werden, also Fragen zum Konsumverhalten, aber auch Fragen zum psychischen Befinden. Grundanforderung des Datenschutzes ist es, dass Dritte die personenbezogenen Daten nicht mit den konsumbezogenen Angaben in Verbindung bringen können.

## Vorgehen

Die für die Nachbefragung nötigen Daten wurden in den jeweiligen Beratungsstellen erfasst. Bei der Erfassung ist zwischen den kundenbezogenen Daten und den konsumbezogenen Daten zu unterscheiden. Beide Datentypen wurden getrennt voneinander übermittelt und archiviert. Die Verknüpfung beider Datensätze erfolgte über einen 11-stelligen Code, der für jeden Klienten bzw. jede Klientin individuell vergeben wurde (HIV-Code<sup>1</sup>).

Die Aufnahme in das Programm begann mit der Erhebung der personenbezogenen Daten. Diese sind notwendig, um den Klienten bzw. die Klientin nach Abschluss des Programms auf dem Postweg nachzubefragen. Bevor diese Daten erfasst wurden, musste der Klient die Hinweise zum Datenschutz lesen. Erst danach konnten die Kontaktdaten eingegeben werden. Diese Daten wurden in einem PDF-Formular zusammengefasst und wurden mit der Unterschrift des Klienten bestätigt und vom Berater bzw. der Beraterin archiviert. Mit der Unterschrift bestätigte der Klient bzw. die Klientin auch sein/ihr Einverständnis an der Teilnahme zur Nachbefragung. Diese Zusammenfassungen wurden per Fax an die delphi GmbH gesendet. Folgende Daten wurden in diesem Zusammenhang erfasst:

- Pseudonymisierungs-Code (HIV-Code)
- Vor- und Nachname
- Nickname (Pseudonym)
- Adresse
- E-Mail-Adresse (optional)

Die Formulare wurden von der delphi GmbH abschließend in einem abschließbaren Stahlschrank archiviert.

Die Erfassung der **konsumbezogenen Daten** erfolgte direkt nach den kundenbezogenen. Um eine spätere Verknüpfung mit dem Klienten bzw. der Klientin zu ermöglichen, wurde der Fragebogen ebenfalls mit dem HIV-Code versehen. Nach der vollständigen Beantwortung der Fragen wurden die Daten auf dem Server des Webseitenproviders (Hetzner) gespeichert. Die Übertragung der Daten erfolgte über eine gesicherte SSL-Verbindung<sup>2</sup> (Thawte SSL 123-Zertifikat 128 Bit).

Die delphi GmbH rief die Daten in regelmäßigen Abständen (monatlich) vom Server ab. Die heruntergeladenen konsumbezogenen Daten wurden verschlüsselt und auf dem Server der delphi GmbH gespeichert.

## Nachbefragung

Drei bzw. sechs Monate nach der Aufnahme in das Programm wird auf dem Postweg ein Fragebogen an die Teilnehmer versendet. Dazu werden die Fragebögen mit dem entsprechenden HIV-Code versehen. Die Anschrift ist nur auf dem beigefügten Anschreiben vermerkt. Die Rückantwort erfolgt anonym per Post.

---

<sup>1</sup> Der Code setzt sich zusammen aus: dem dritten Buchstaben des Vornamens, der Buchstabenanzahl des Vornamens, dem dritten Buchstaben des Nachnamens, der Buchstabenanzahl des Nachnamens, dem Geschlecht, Geburtsmonat und dem Geburtsjahr.

<sup>2</sup> Abkürzung für Secure Sockets Layer. Dabei wird für die Verbindung zwischen dem Computer der Klientin bzw. des Klienten und dem Realize-it-Server das Protokoll https anstatt http verwendet. Alle Daten werden bei dieser Form der Übertragung verschlüsselt, so dass das "Mithören" im Internet - auf dem heutigen Stand der Technik - nicht mehr möglich ist.

## **Verschlüsselung und Archivierung**

Klientenbezogene Daten wurden getrennt von den konsumbezogenen Daten archiviert. Daten die in Papierform vorlagen (personenbezogene Daten), wurden in einem abschließbaren Stahlschrank gelagert. Der Konsumfragebogen, der nur in digitaler Form vorlag, wurde auf den Servern der delphi GmbH gespeichert. Für die Verschlüsselung der digitalen Daten wurde das Programm „Axcrypt“ verwendet. Die Dateien wurden mittels AES-Algorithmus und einer Schlüssellänge von 128 Bit verschlüsselt.



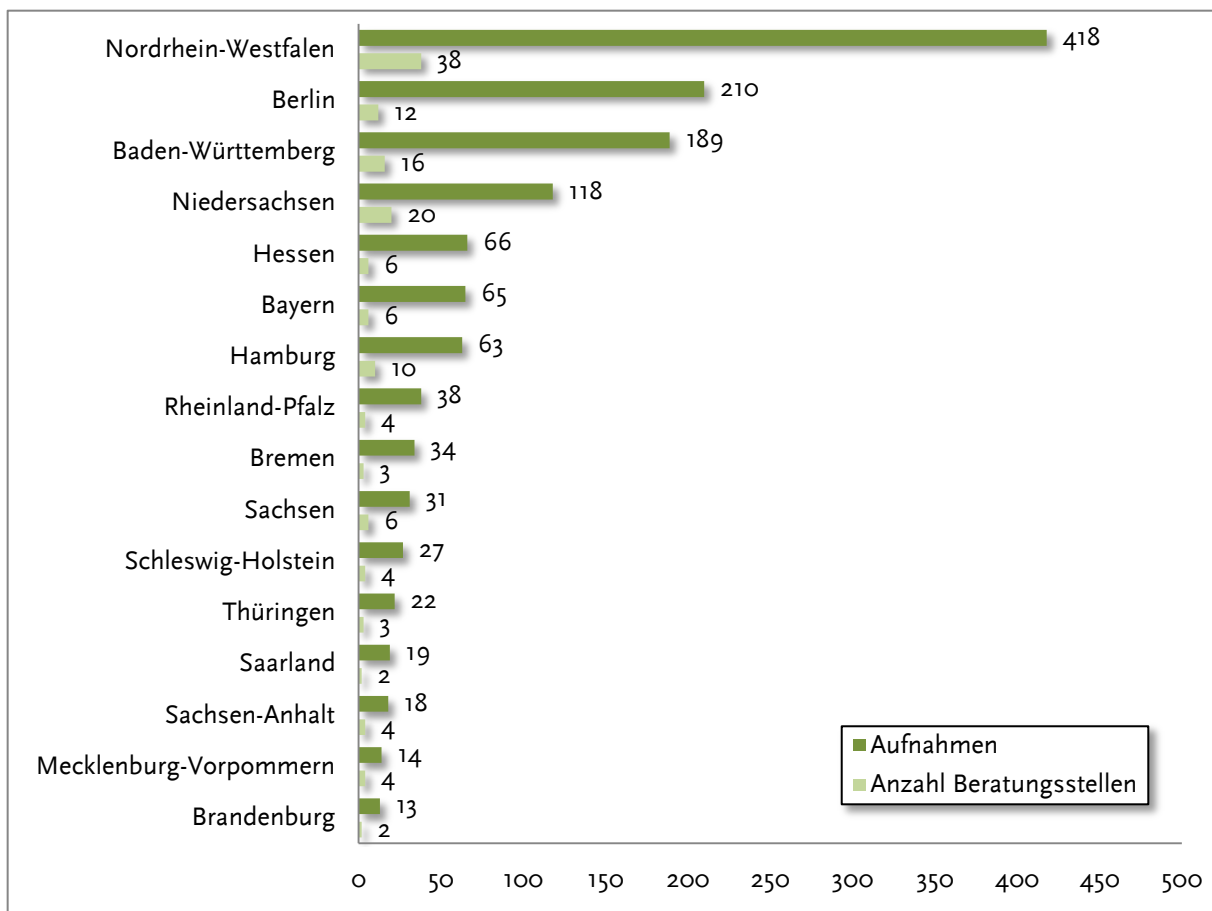
### 4.3 Beschreibung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer

#### Aufnahmen

Im Rahmen des Transfer von „Realize it“ haben sich in der Zeit vom 1. April 2008 bis zum 31. Dezember 2009 insgesamt **1.433 Personen** für das Programm angemeldet, d. h. sie haben sich in einer der teilnehmenden Beratungsstellen gemeldet und das Eingangsscreening (zumindest) begonnen. Eine Anmeldung führte jedoch nicht in jedem Fall auch zu einer Programmteilnahme. Ein Teil der Interessierten meldete sich nach Beendigung des Eingangsscreenings nicht mehr in der Beratungsstelle und nahm somit nicht am Programm teil. Aber auch einige der Personen, die in das Programm aufgenommen wurden, konnten nicht in der Auswertung berücksichtigt werden, wenn z.B. das Eingangsscreening nicht komplett ausgefüllt war; weiterhin gab es Personen, die zwar am Programm teilnehmen wollten, nicht aber an der Nachbefragung. Die nachfolgende Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezieht sich deshalb auf jene **1.345 Personen**, die sowohl den Eingangsfragebogen komplett ausgefüllt haben als auch ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Nachbefragung gegeben und tatsächlich am Programm teilgenommen haben.

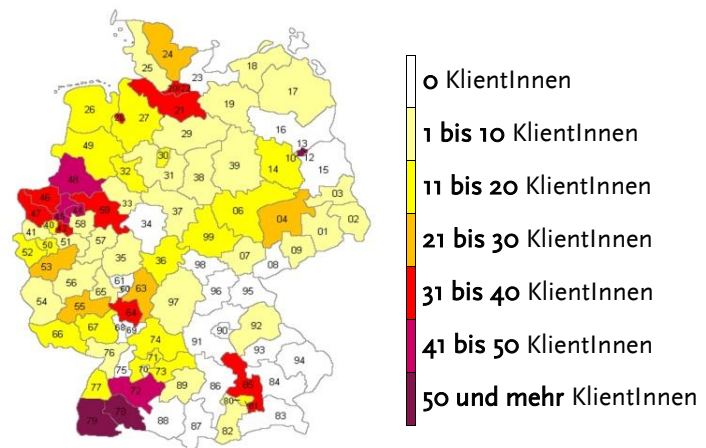
Die Aufnahmen (n=1.345) werden in Abbildung 3 nach Bundesländern differenziert in den dunklen Balken dargestellt; die hellen Balken zeigen an, wie viele Beratungsstellen (n=140) pro Bundesland teilnehmen.

Abbildung 3: Anzahl Aufnahmen nach Bundesländern



Zum einen ist zu erkennen, dass sich die Anmeldungen ungleichmäßig auf die Bundesländer verteilen. Die meisten Aufnahmen gab es im Beobachtungszeitraum in Nordrhein-Westfalen mit 418 Personen, die wenigsten in Brandenburg mit 13 Aufgenommenen. Als Einflussfaktoren müssen neben der Anzahl der teilnehmenden Beratungsstellen pro Bundesland vor allem die Größe des Einzugsgebiets bzw. die Einwohnerzahl und die Werbemaßnahmen, die in den jeweiligen Regionen vorgenommen wurden in Betracht gezogen werden. So ist auffällig, dass die Beratungsstellen im dicht besiedelten Nordrhein-Westfalen die höchsten Anmeldezahlen haben, während Drogenberatungsstellen in überwiegend ländlichen Regionen - wie beispielsweise in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern - die niedrigste Anzahl an Interessenten am Programm aufweisen (vgl. Abbildung 4). Ein weiterer Faktor ist in der Vermittlung von Klienten bzw. Klientinnen mit einer gerichtlichen Auflage zu sehen (siehe Kapitel 4.3.1). Besonders Beratungsstellen in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg profitieren von Klienten, die durch Gerichte oder Jobcenter den Einrichtungen zugewiesen werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Bundesländer bzw. Beratungsstellen zum gleichen Zeitpunkt mit der Umsetzung des Programms begonnen haben. Während Bayern und Baden-Württemberg bereits im April 2008 geschult wurden, fanden die Schulungen in andern Bundesländern in den darauf folgenden Monaten bis März 2009 statt.

**Abbildung 4: Aufnahmen nach Postleitzahlengebieten (Stand: 30.9.2009)**



### Abschlüsse des Programms

Für jede Klientin bzw. jeden Klienten wurde der individuelle Programmverlauf über das Webinterface ([www.realize-it.org](http://www.realize-it.org)) dokumentiert. Dabei wurde unterschieden, ob das Programm regulär oder vorzeitig beendet wurde. Als reguläre Beendigung galt, wenn insgesamt alle fünf Einzeltermine in Anspruch genommen wurden. Im Verlauf der Netzwerktreffen wurde in der Diskussion mit den Beraterinnen und Beratern aber deutlich, dass diese Definition all jene benachteiligt, die ihre Programmziele vorzeitig erreichen und somit zu Unrecht als Programmabbrecher eingestuft würden. Ein regulärer Programmabschluss wurde daraufhin definiert als entweder die Teilnahme an allen fünf Einzelgesprächen oder das Erreichen des Programmziels. Letzteres wurde jeweils nach der individuellen Einschätzung der Beraterinnen und Berater festgelegt. Die Teilnahme am Gruppentermin war für einen regulären Programmabschluss nicht obligatorisch, da Gruppentermine von den Beratungsstellen nicht überall und immer angeboten werden konnten. Insbesondere jene Beratungsstellen, deren „Realize it“-Angebot nur von vergleichsweise wenigen Klienten wahrgenommen wurde, konnten ein kontinuierliches Gruppenangebot im Rahmen von „Realize it“ nicht vorhalten. Insgesamt haben nur 15% der Programmteilnehmenden an einer Gruppensitzung teilgenommen bzw. teilnehmen können. Wurde das Programm vorzeitig beendet, wurde unterschieden zwischen

Teilnehmenden, die aus eigener Motivation das Programm abbrechen und solchen, bei denen der Abbruch seitens der Beratungsstelle erfolgte. Zusätzlich konnten in einer vierten Rubrik „Sonstiges“ all jene Fälle erfasst werden, die in keiner der vorangegangenen Kategorien verortet werden konnten. So konnte beispielsweise ein Abbruch des Programms aufgrund einer Inhaftierung des Klienten bzw. der Klientin weder als „Abbruch durch den Klienten bzw. die Klientin“, noch als „Abbruch durch die Beratungsstelle“ definiert werden.

Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an „Realize it“ schlossen 634 Personen (50,3%) das Programm regulär ab (vgl. Tabelle 3). Weitere 44% der Teilnehmenden brachen das Programm vorzeitig ab, ohne ihr Ziel erreicht zu haben. In 5% der Fälle wurde das Programm durch die Beraterin bzw. den Berater abgebrochen. Ein Fall konnte keiner der übrigen Kategorien zugeordnet werden. Aus Tabelle 4 wird deutlich, dass die meisten der regulären Beender auch tatsächlich alle fünf Beratungstermine in Anspruch (82%) genommen haben. Etwa jeder Fünfte benötigte weniger als fünf Termine, um sein Programmziel zu erreichen. Die durchschnittliche Programmdauer lag bei den regulären Beendern bei 80 (SD 45) Tagen und damit im konzeptionell vorgegebenen Rahmen.

**Tabelle 3: Übersicht Abschlüsse des Programms (n=1261\*)**

Status	Anzahl	Prozent
Regulärer Abschluss	634	50,3
Abbruch durch Klienten	560	44,4
Abbruch durch Beratungsstelle	66	5,2
Sonstiges	1	0,1

\*Für 84 Fälle lag keine Dokumentation vor.

**Tabelle 4: Anzahl wahrgenommener Termine (n=1261)**

Abbruch nach...	Regulär beendet	N	Vorzeitiger Abbruch	N
einem Termin	0%	0	32,1%	201
zwei Terminen	0,9%	6	30,3%	190
drei Terminen	4,4%	28	23,8%	149
vier Terminen	12,5%	79	13,9%	87
fünf Terminen	82,2%	521	0%	0

Was folgte nun bei den 634 Personen, die das Programm regulär abgeschlossen haben, auf die Kurzintervention? Knapp die Hälfte (48%) dieser Teilnehmenden (306 Personen) beendete das Programm, ohne eine weiterführende Hilfe in Anspruch zu nehmen. Etwas weniger (266 Personen) besuchte im Anschluss dieselbe Beratungsstelle für weitere Beratung. 60 Personen (9,5%) wurden an eine andere suchtspezifische Einrichtung weitervermittelt. Bei zwei Personen wurde

der Verbleib nach dem Programmende nicht genauer dokumentiert. Eine detaillierte Analyse des Verbleibs nach Programmende erfolgt in Kapitel 5.2.2.

Im Hinblick auf die Abbrecherinnen und Abbrecher stellt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Probanden das „Realize it“-Programm beendet haben. Es zeigt sich, dass zu Beginn des Programms die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs geringfügig höher ist als gegen Ende des Programms. So haben von den 627 Personen, die das Programm abgebrochen haben, etwa ein Drittel

(32%) nach der ersten Einzelsitzung ihre „Realize it“-Teilnahme beendet. Weitere 30 Prozent stiegen nach dem zweiten Termin aus. Knapp zwei Drittel (62%) der Abbrüche erfolgte somit spätestens nach der zweiten Sitzung. Ein weiteres Viertel der Teilnehmer (24%) nahm nur drei Termine wahr und knapp 14% auch noch den vierten.

Mit Hilfe einer logistischen Regressionsanalyse wurde weiterhin kontrolliert, ob es einen Zusammenhang zwischen einer vorzeitigen Beendigung und dem Konsumentenprofil der Teilnehmenden gibt. Von 12 untersuchten Variablen konnte nur für zwei ein signifikanter Zusammenhang mit dem Abbruch nachgewiesen werden. Aus Tabelle 5 lässt sich erkennen, dass einerseits das Alter – jüngere Teilnehmer brechen in einem höheren Ausmaß ab - und andererseits die Frequenz des Cannabiskonsums – Personen mit mehr Konsumtagen pro Monat brechen häufiger ab – in Zusammenhang mit der vorzeitigen Beendigung steht.

**Tabelle 5: Prädiktoren für einen Programmabbruch**

Prädiktoren (Items)	Programmabbruch
Alter	OR = 1,049
Geschlecht	n.s.
Frequenz des Cannabiskonsums (Tage/Monat)	OR = 1,026
Menge des Cannabis (Menge/Monat)	n.s.
Intensität des Cannabiskonsum (Konsumeinheiten/Tag)	n.s.
Abstinenz bei Programmbeginn: ja	n.s.
Konsum illegaler Substanzen: ja	n.s.
Cannabisabhängigkeit: ja	n.s.
AUDIT: positiv	n.s.
Depressivität	n.s.
Ängstlichkeit	n.s.
Selbstwert	n.s.
Seelische Gesundheit	n.s.

– Personen mit mehr Konsumtagen pro Monat brechen häufiger ab – in Zusammenhang mit der vorzeitigen Beendigung steht. Für die übrigen Variablen des Konsumverhaltens wie auch für die Variablen des psychischen Wohlbefindens konnte kein Zusammenhang mit einem vorzeitigen Abbruch festgestellt werden. Ebenso besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der in der Modellphase gefundene Einfluss der Variablen Cannabisabhängigkeit und Selbstwert (Hüsler 2008) konnte in der hier untersuchten Stichprobe nicht repliziert werden.

#### 4.3.1 Soziodemografische Merkmale

Zur Analyse der Klientenstruktur von „Realize it“ wurden alle Angaben der Personen ausgewertet, die den Eingangsfragebogen komplett ausgefüllt haben, was eine Gesamtstichprobe von 1.345 Klientinnen und Klienten ergibt.

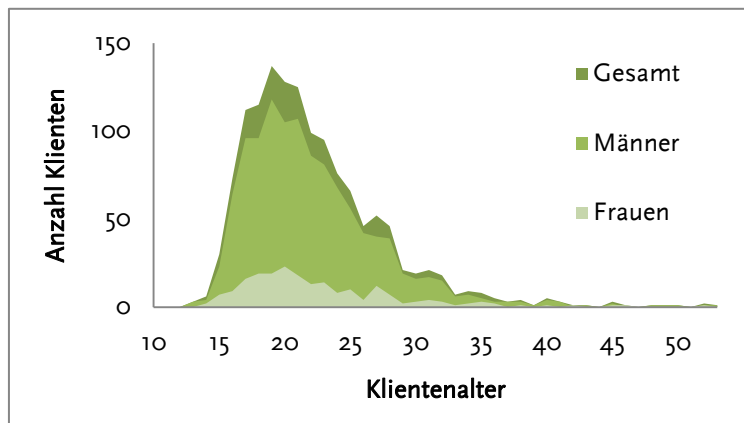
##### Alter und Geschlecht

Mit einem Anteil von 84,6% haben deutlich mehr männliche Cannabisabhängige das Beratungsprogramm genutzt. Dies entspricht in etwa dem Geschlechterverhältnis der Teilnehmer der Modellphase aus dem Jahr 2005 (85% männlich). Ein Grund für den hohen Anteil männlicher Nutzer könnte sein, dass generell der Anteil männlicher Klienten in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe überdurchschnittlich hoch ist. Den Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik zufolge

waren 2008 86,5% der Personen, die eine ambulante Suchtberatung wegen ihrer Cannabisproblematik aufgesucht haben, männlich (Pfeiffer-Gerschel, Hildebrand und Wegmann 2008).<sup>3</sup>

Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten lag bei 22,2 Jahren, bei einer Standardabweichung von 5,4 Jahren. Die jüngsten Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren 13 Jahre alt, der älteste Klient

Abbildung 5: Aktuelles Alter der Teilnehmenden (n=1345)



53. Abbildung 5 veranschaulicht, dass die meisten Nutzer bzw. Nutzerinnen etwa 21 Jahre alt waren (MD 21 Jahre). Zum Vergleich: Aus den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik ergibt sich ein mittlerer Wert von 24 Jahren für die Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit (Pfeiffer-Gerschel, Hildebrand und Wegmann 2009).

### Bildungsstruktur

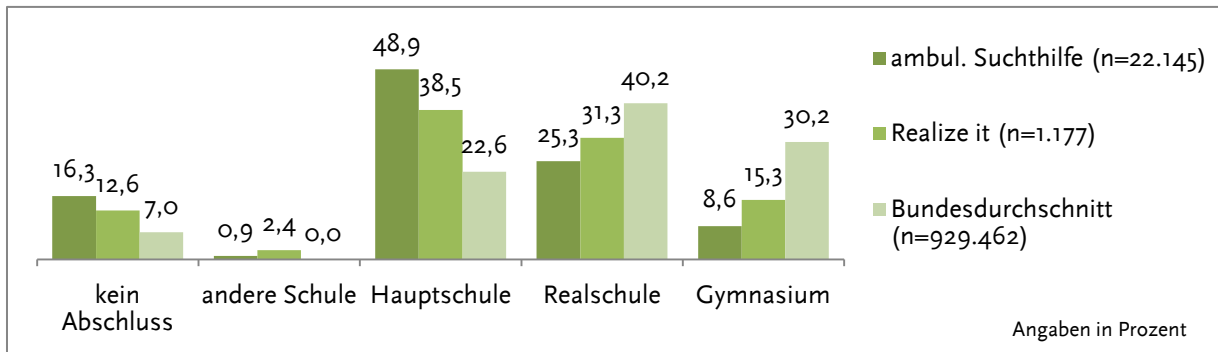
Die Bildungsstruktur der Klientinnen und Klienten in der ambulanten Suchthilfe wird mit Hilfe des so genannten Kerndatensatzes (vgl. Deutsche Suchthilfestatistik) Deutschland differenziert erfasst. Danach hat etwa die Hälfte der Personen mit der Hauptdiagnose Cannabis einen Hauptschulabschluss. Der Anteil der Personen mit Realschulabschluss liegt bei 25,3% und der mit Abitur bei 8,6%. Etwa jeder Sechste hat gar keinen Abschluss. Es ist davon auszugehen, dass bei der Gesamtheit der Klienten der am Transfer teilnehmenden Beratungsstellen eine ähnliche Verteilung gegeben ist. Vergleicht man diese Daten mit der Bildungsstruktur der „Realize it“-Klientel, so stellt man fest, dass „Realize it“-Teilnehmende ein etwas höheres Bildungsniveau aufweisen als der Durchschnitt der Klienten in der ambulanten Suchthilfe. Von den Personen, die an „Realize it“ teilgenommen haben, waren 168 (12,5%) zum Zeitpunkt der Aufnahme noch Schüler. Von den verbleibenden 86,5%, die keine Schüler mehr waren, hatten die meisten einen Hauptschulabschluss (38,5%). Der Anteil der Personen mit einem Realschulabschluss oder vergleichbarem (z. B. Abschluss der polytechnischen Oberschule) liegt in der „Realize it“-Klientel bei 31,3%. Der größte Unterschied zeigt sich in der Gruppe der Abiturienten. 15,3% der Nutzerinnen und Nutzer von „Realize it“ besitzen die allgemeine Hochschulreife. Insgesamt liegt das Bildungsniveau sowohl in den Beratungsstellen der ambulanten Suchthilfe im Allgemeinen als auch in der Gruppe der „Realize it“-Klientel im Besonderen deutlich unter dem der Normalbevölkerung<sup>4</sup>. Aus Abbildung 6 geht hervor, dass insbesondere der Anteil der Abiturienten in der Normalbevölkerung deutlich höher ist. Angebote der ambulanten Suchthilfe werden eher von Personen mit einem unterdurchschnittlichen Bildungsniveau in Anspruch genommen. Ein Grund für das vergleichsweise hohe Bildungsniveau der Teilnehmer an „Realize it“ könnte sein, dass vor der Aufnahme in das Programm bereits ein

<sup>3</sup> 2008 enthielt die Deutsche Suchthilfestatistik Daten von Klientinnen und Klienten aus 753 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe.

<sup>4</sup> Vergleich Statistisches Bundesamt Deutschland (2008): Absolventen / Abgänger allgemeinbildender Schulen 2006. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/Content100/AllgemeinbildendeSchulenAbschlussart,templateId=renderPrint.psm1> . Abgerufen am 10.05.2010

entsprechender Selektionsprozess stattgefunden hatte („Für welche Klientinnen und Klienten ist die Kurzintervention geeignet?“), der dazu führte, dass im Durchschnitt etwas besser Gebildete in das Programm aufgenommen wurden.

**Abbildung 6: Schulbildung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer im Vergleich mit der Normalbevölkerung**



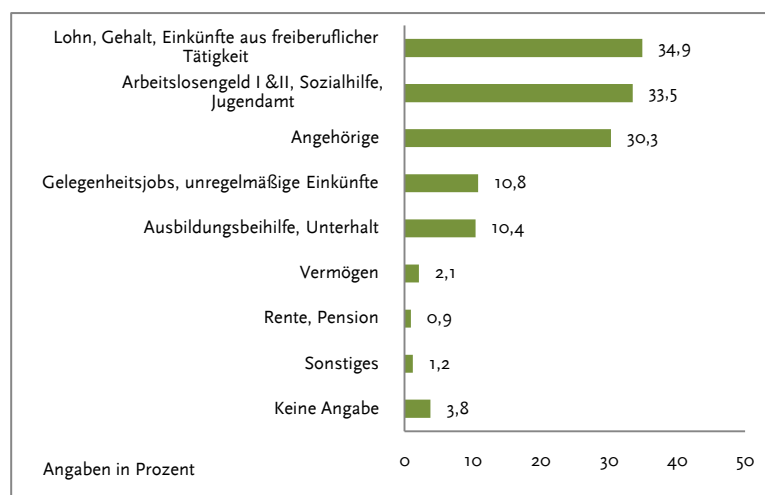
Neben der schulischen Bildung wurde auch der Grad der beruflichen Ausbildung abgefragt. Hier zeigen sich kaum Unterschiede im Vergleich zu den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik. Die meisten Personen, die in ambulanten Einrichtungen Hilfe in Anspruch nehmen, haben keinen Berufsabschluss. Dies gilt sowohl für die Beratungsstellen, die an „Realize it“ teilnehmen als auch bundesweit (67,5% vs. 63,6%). Etwa 30% der „Realize it“-Teilnehmenden haben eine Lehre abgeschlossen oder einen Meistertitel erworben. Das sind etwas weniger als im bundesweiten Vergleich (34,6%). Nur ein kleiner Teil der Programmteilnehmenden hat ein Hochschulstudium abgeschlossen (2,5%). Der geringe Anteil an Personen mit einem Hochschulstudium relativiert sich vor dem Hintergrund, dass etwa ein Viertel der „Realize it“-Teilnehmerinnen und Teilnehmer angab, noch in der Ausbildung zu sein. Bedenkt man, dass der größte Teil der „Realize it“ Teilnehmenden um die 21 Jahre alt war, kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der noch in der Ausbildung Befindlichen aktuell ein Hochschulstudium absolvierte.

### Hauptlebensunterhalt und Wohnsituation

Die verschiedenen Einkommensquellen der an „Realize it“ Teilnehmenden sind in Abbildung 7 dargestellt. Etwa 35% der Programmteilnehmerinnen und -

**Abbildung 7: Derzeitiger Hauptlebensunterhalt der Teilnehmenden (n=1345)**

teilnehmer bestritten ihren Hauptlebensunterhalt durch Lohn, Gehalt oder über Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Ein weiteres Drittel bestritt seinen Lebensunterhalt aus öffentlichen Mitteln wie dem Arbeitslosengeld I bzw. II. Nicht ganz ein Drittel der Teilnehmenden wurde durch Angehörige unterstützt (30,3%). Etwa ein Viertel der Befragten (24,7%) gab mehr als eine Ein-



kommensquelle an.

Hinsichtlich der Wohnsituation zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht alleine wohnten (65%). Der größte Teil dieser Gruppe wohnte noch zu Hause bei den Eltern (60,9%). Am zweithäufigsten wurde angegeben, mit einer Partnerin bzw. einem Partner zusammenzuwohnen (26,1%). Weitere 20,1% der Programmteilnehmenden gaben an, sich mit Freunden, Verwandten oder sonstigen Personen eine Wohnung zu teilen.

### **Staatsangehörigkeit**

Mit einem Anteil von 94,1% überwog bei den Teilnehmern bzw. Teilnehmerinnen die deutsche Staatsangehörigkeit. Personen aus anderen EU-Ländern kamen aus Italien (7), Polen (7), Portugal (6), Griechenland (3) und je eine Person aus Frankreich, Dänemark bzw. Spanien. 53 Teilnehmende gaben an, aus einem Nicht EU-Land zu kommen. Den größten Anteil in dieser Gruppe stellten Personen mit einer türkischen Staatsangehörigkeit (47,2%). Auf die Frage, ob der Teilnehmer bzw. die Teilnehmerin als Kind von Migranten geboren wurde, antworteten 10,7% der deutschen Staatsangehörigen mit Ja, so dass insgesamt der Anteil von Personen mit einem Migrationshintergrund bei 17,2% lag.

### **Delinquenz und Auflagen**

In der Eingangsbefragung wurde auch überprüft, ob die Teilnehmenden in der Vergangenheit ein delinquentes Verhalten gezeigt haben. Dafür wurden sie einerseits nach Ärger mit der Polizei im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis bzw. anderen Drogen befragt und andererseits, ob sie unabhängig vom Drogenkonsum schon einmal vor Gericht gestanden haben. Zusätzlich wurden in einer Fragebogenaktion alle teilnehmenden Beraterinnen und Berater danach befragt, ob sie Klienten bzw. Klientinnen hatten, die aufgrund einer gerichtlichen Auflage an „Realize it“ teilgenommen haben.

Etwa jeder Zweite (51,4%) gab an, schon einmal vor einem (Jugend)Gericht gestanden zu haben. Tabelle C im Anhang zeigt, dass insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg ein hoher Anteil der Cannabiskonsumierenden in der Vergangenheit ein delinquentes Verhalten gezeigt haben. Bis zu 72% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in diesen Bundesländern haben sich schon (mindestens) einmal vor einem Gericht verantworten müssen. Die niedrigste Quote gab es in Schleswig-Holstein und im Saarland mit 22 bzw. 27%. Ein Grund für die Länderunterschiede kann in den unterschiedlichen Stichprobengrößen vermutet werden. So wurden im Saarland im Beobachtungszeitraum nur 19 Personen aufgenommen, sodass eine belastbare Auswertung dieser Daten nur bedingt möglich ist. Ein weiterer Grund dürfte in der unterschiedlich starken Strafverfolgung von Drogendelikten liegen. Tabelle C zeigt zudem, dass mit der Häufigkeit, mit der die Teilnehmenden Ärger mit der Polizei aufgrund ihres Drogenkonsums haben, auch der Anteil derer steigt, die ein delinquentes Verhalten aufweisen. Die Vermutung liegt darum nahe, dass das delinquente Verhalten in ursächlichem Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum steht. Ausnahmen bilden hier die Bundesländer Berlin, Sachsen und Sachsen-Anhalt, in denen mehr Personen angaben, schon einmal vor Gericht gestanden zu haben, als dass sie Ärger mit der Polizei im Zusammenhang mit Drogen bzw. Cannabis hatten. Hier kann ein über den Cannabiskonsum hinaus gehendes delinquentes Verhalten vermutet werden. Zudem muss berücksichtigt werden, dass etwa ein Drittel der Teilnehmenden aufgrund einer gerichtlichen Auflage am Programm teilnahm. Es überrascht in

diesem Zusammenhang nicht, dass auch hier in Bayern und Baden-Württemberg die höchste Quote an Teilnehmenden aufgrund einer gerichtlichen Auflage vorliegt.

#### 4.3.2 Konsummuster bei Programmeinstieg

Im Folgenden werden die Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ihrem Substanzkonsum bei Programmeinstieg ausgewertet. Zunächst wird detailliert der Cannabiskonsum der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dargestellt. Danach wird der Konsum sowohl legaler als auch illegaler Substanzen vor Einstieg in das Programm beschrieben. Abschließend erfolgt eine Darstellung des Alkoholkonsums mit einem Fokus auf dem problematischen Konsum.

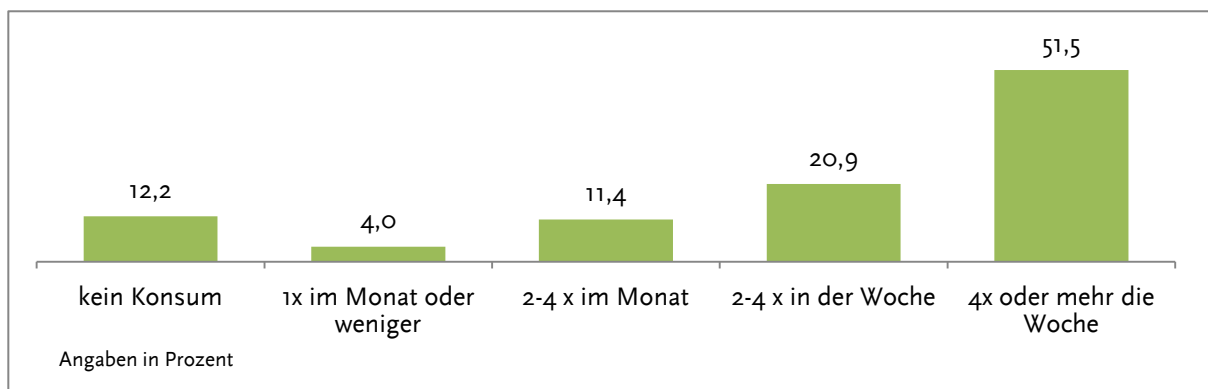
##### Alter bei Erstkonsum von Cannabis

Das durchschnittliche Alter des erstmaligen Cannabiskonsums lag bei den Nutzerinnen und Nutzern von „Realize it“ (n=1345) bei 14,7 Jahren (SD 2,5). Im Vergleich mit der Drogenaffinitätsstudie der Bundesregierung zeigt sich, dass Klientinnen und Klienten von „Realize it“ früher mit dem Cannabiskonsum begannen als Konsumenten im Bundesdurchschnitt (M=16,4 Jahre, vgl. BZgA, 2004).

##### Frequenz des Cannabiskonsums

Die Häufigkeit des Konsums spielt eine entscheidende Rolle für das Risiko, cannabisbezogene Störungen zu entwickeln. Die Reduzierung der Konsumhäufigkeit bzw. der zumindest zeitweilige Verzicht auf Cannabis (Konsumpausen) ist daher ein zentrales Ziel von „Realize it“. Im Rahmen der Eingangsbefragung wurde das aktuelle Konsummuster erhoben. Erfragt wurden die Anzahl der Konsumtage und die Konsumintensität, d. h. die Häufigkeit der Konsumgelegenheiten. Die von den „Realize it“-Teilnehmenden zum Zeitpunkt des Programmeinstiegs angegebene Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen ist in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 30 Tagen (n=1345)



Die Häufigkeitsverteilung in Abbildung 8 zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der Programmeinsteigerinnen und -einsteiger einen täglichen oder fast täglichen Cannabiskonsum betrieben: 51,5% der Nutzerinnen und Nutzer gaben an, 4 mal oder mehr pro Woche in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben. Gleichzeitig gaben 12,2% an, in den letzten 30 Tagen gar nicht gekifft zu haben (n=164). Im Durchschnitt wurde an 16,6 (SD=11,2) Tagen konsumiert. Dieser Wert erhöht sich, wenn nur die tatsächlich Konsumierenden betrachtet werden: Personen, die angaben in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben, taten dies durchschnittlich an 18,8 (SD=10,0) Tagen.



Damit liegt die Konsumfrequenz deutlich unter der, die in der Modellphase konstatiert wurde (Hüsler, 2008; dort: M=22 Tage) bzw. nah an der, die in der Therapiestudie von Walker und Kollegen (Walker et al., 2006; dort: M=38,2 der letzten 60 Tage) vorlag. Diesen Angaben zu Folge lassen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zwei unterschiedliche Kliententypen unterteilen: Einerseits die Gruppe, die noch zum Programmbeginn konsumiert und andererseits jene, die schon clean in das Programm einsteigt.

Die Intensität des Cannabiskonsums wurde über die Anzahl der Konsumeinheiten in der letzten Woche erfasst. Die Klientinnen und Klienten gaben hierzu im Eingangsscreening an, wie oft sie an den letzten sieben Tagen Cannabis geraucht haben, d. h. die Anzahl an „Joints“ oder (Wasser-) Pfeifen („Bong“, „Blubber“, Purpfeifen). Unter denjenigen, die in den letzten Wochen nicht konsumiert hatten lag der Durchschnitt bei 3,6 Konsumeinheiten pro Tag (SD=4,4). Der Median, der nicht so sehr durch Extremwerte beeinflusst wird, liegt bei 2,3 Konsumeinheiten pro Tag. 60,4% der Befragten gaben zudem an, eine starke, intensive Wirkung beim Kiffen zu bevorzugen. Der Cannabiskonsum fand entsprechend den Angaben der Probandinnen und Probanden hauptsächlich tagsüber und am Abend statt (vgl. Tabelle 6).

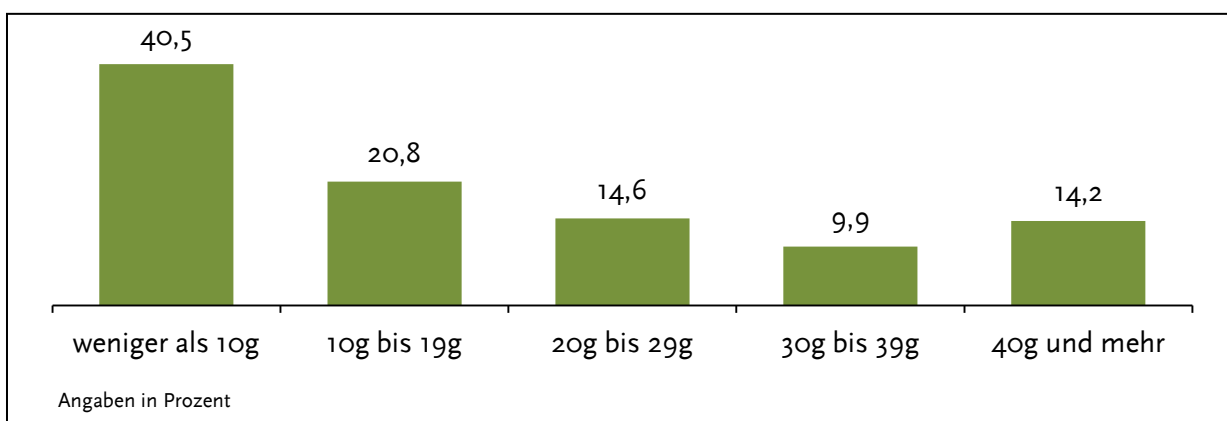
**Tabelle 6: Tageszeiten des Cannabiskonsums**

Cannabiskonsum	N	%
morgens	259	26,6%
tagsüber	513	52,6%
abends	814	83,5%
vor dem Schlafengehen	559	57,3%

### Menge des Cannabiskonsums in den letzten 30 Tagen

Im Rahmen der Eingangsbefragung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer danach gefragt, wie viel Gramm Haschisch und Marihuana sie insgesamt im letzten Monat konsumiert hatten. Im vorliegenden Bericht werden die Angaben zu beiden Cannabisprodukten addiert, so dass sich eine Gesamtmenge an konsumiertem Cannabis ergibt. Ausgewertet wurden nur die Angaben der Perso-

**Abbildung 9: Menge an konsumiertem Cannabis (Haschisch und Marihuana) im letzten Monat (n=1181)**



nen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert hatten. Demnach verbrauchten die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer zu Anfang des Programms im Durchschnitt 19,7 Gramm Cannabis im Monat. Die hohe Standardabweichung von 26,8 Gramm zeigt, dass die Programm-

teilnehmerinnen und -teilnehmer mit sehr unterschiedlichen Konsummengen in das Programm starteten. Abbildung 9 veranschaulicht, dass über 40% der Klientinnen und Klienten weniger als 10 Gramm Cannabis pro Monat verbrauchten, etwa jede siebte Person hatte allerdings 40 Gramm und mehr konsumiert.

### Cannabisabhängigkeit

Nach den Kriterien des DSM IV (siehe Kap.4.2.2) konnte bei 80,5% der Teilnehmenden eine Cannabisabhängigkeit festgestellt werden. Dieses „objektive“ Maß liegt deutlich über der subjektiven Einschätzung der Befragten, von denen sich 64% korrekt als psychisch abhängig bezeichneten. Von denen, die sich nicht korrekt eingeschätzt hatten, hatte die Mehrzahl (68%) angegeben, sich nicht abhängig zu fühlen, obwohl nach den Kriterien eine Abhängigkeit vorlag. 32% schätzten sich als abhängig ein, ohne die Kriterien für eine Abhängigkeit zu erfüllen.

Vor dem Hintergrund der zum Programmeinstieg ermittelten Daten (Menge und Häufigkeit des Cannabiskonsums, Konsumeinheiten an einem typischen Tag und Abhängigkeit) zeigt sich, dass bei den an „Realize it“ teilnehmenden Personen ein starker Cannabiskonsum vorlag, welcher zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung geführt hatte. Die meisten wiesen Merkmale des Kontrollverlusts auf und konsumierten mehr und länger, als sie eigentlich beabsichtigten. (vgl. Tabelle 7). Deutlich seltener gaben die Programmteilnehmenden an, Entzugssymptome zu haben bzw. diese durch zusätzlichen Cannabiskonsum lindern zu wollen.

**Tabelle 7: Anteil positiver DSM-IV-Kriterien (n=1345)**

Kriterium	Erläuterung	trifft zu
Entzugssymptome	Versuche, die vorliegenden Symptome durch zusätzlichen Cannabiskonsum zu lindern oder zu vermeiden	33,8%
Kontrollverlust	Cannabiskonsum liegt häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt vor	77,7%
Erfolgreiche Versuche	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren	64,5%
Zeit	Viel Zeit für Aktivitäten, um Cannabisprodukte zu beschaffen oder zu konsumieren	57,6%
Einschränkung wichtiger Aktivitäten	Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeit-bezogener Aktivitäten aufgrund des Konsums	73,2%
Fortsetzung des Konsums	Fortgesetzter Cannabiskonsum trotz Kenntnis anhaltender oder wiederkehrender körperlicher oder psychischer Probleme	76,2%

## Probleme, die im Zusammenhang mit dem Konsum auftraten

Die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer gaben eine Reihe von Problemen im Zusammenhang mit ihrem Cannabiskonsum an. So scheinen Schwierigkeiten im Umfeld (Freunde, Familie) unvermeidlich. Ebenso klagten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen über eine eingeschränkte Produktivität, geringe Energie und Probleme mit Finanzen (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8: Probleme und psychische Symptome im Zusammenhang mit Cannabiskonsum (n=1.345)**

<b>Problembereich:</b>	<b>Mw</b>	<b>(sd)</b>
Lebensgefährten/in	2,19	(0,89)
Familie	2,27	(0,83)
Vernachlässigung der Familie	2,06	(0,87)
Freunde	2,21	(0,84)
Arbeit / Schule	1,90	(0,89)
Verlust der Arbeitsstelle	1,60	(0,97)
eingeschränkte Produktivität	2,01	(0,83)
Gesundheit	1,60	(0,71)
Entzug	1,92	(0,78)
Ohnmacht oder Rückblenden	1,24	(0,65)
Gedächtnis	1,88	(0,73)
Schlaf	1,99	(0,79)
Finanzen	2,12	(0,79)
Gesetz	1,87	(0,88)
eingeschränkte Energie	2,04	(0,73)
Schuldgefühle	1,96	(0,80)
verringerte Selbstachtung	1,82	(0,83)
Zaudern	1,93	(0,99)
Vermissten von Selbstvertrauen	1,91	(0,85)

## Prävalenz des Substanzkonsums

Zur umfassenden Beurteilung des Ausmaßes der Suchtproblematik wurde neben den Merkmalen des Cannabiskonsums auch der Konsum von Alkohol und anderen Substanzen erfasst. Unter den legalen Substanzen wurde mit Abstand am häufigsten Tabak konsumiert. Fast jeder Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin rauchte täglich Zigaretten (92,7%). Die Prävalenz für den Konsum von Alkohol lag bei 83,9% für die 30 Tage vor Programmbeginn. Weiterhin gaben 9,9% der teilnehmenden Personen an, durchschnittlich an sieben Tagen des vorangegangenen Monats Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel eingenommen zu haben.

Die Monatsprävalenz für andere illegale Substanzen außer Cannabis lag bei den Teilnehmenden zu Studienbeginn (t<sub>0</sub>) mit 23% etwa zehnmal höher als in der Normalbevölkerung (2,1%, bei den 21- bis 24-Jährigen, Kraus et al. 2008). Die illegalen Substanzen, die im letzten Monat am häufigsten konsumiert wurden, waren Amphetamine wie Speed oder Crystal (15,2%), Kokain (7,1%) und Ecs-

tasy (7,1%). Die meisten dieser Teilnehmer bzw. Teilnehmerinnen hatten jedoch nur an durchschnittlich drei der letzten 30 Tage einen entsprechenden Konsum (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Prävalenz (30-Tage) für verschiedene Substanzen (n=1345)**

Substanz	Prävalenz	Konsumfrequenz*
Tabak	92,7%	28,6
Alkohol	83,9%	6,2
Ecstasy	7,1%	2,6
Amphetamine	15,2%	4,3
LSD	1,8%	4,1
Biodrogen	4,3%	2,3
Kokain	7,1%	2,4
Crack	0,2%	3,7
Heroin	0,2%	1,3
Methadon/Opiate	1,1%	8,4
Schlaf-/Beruhigungsmittel	9,9%	7,1

\*Durchschnittliche Anzahl Konsumtage in der Gruppe der Konsumenten

### **Problematischer Alkoholkonsum**

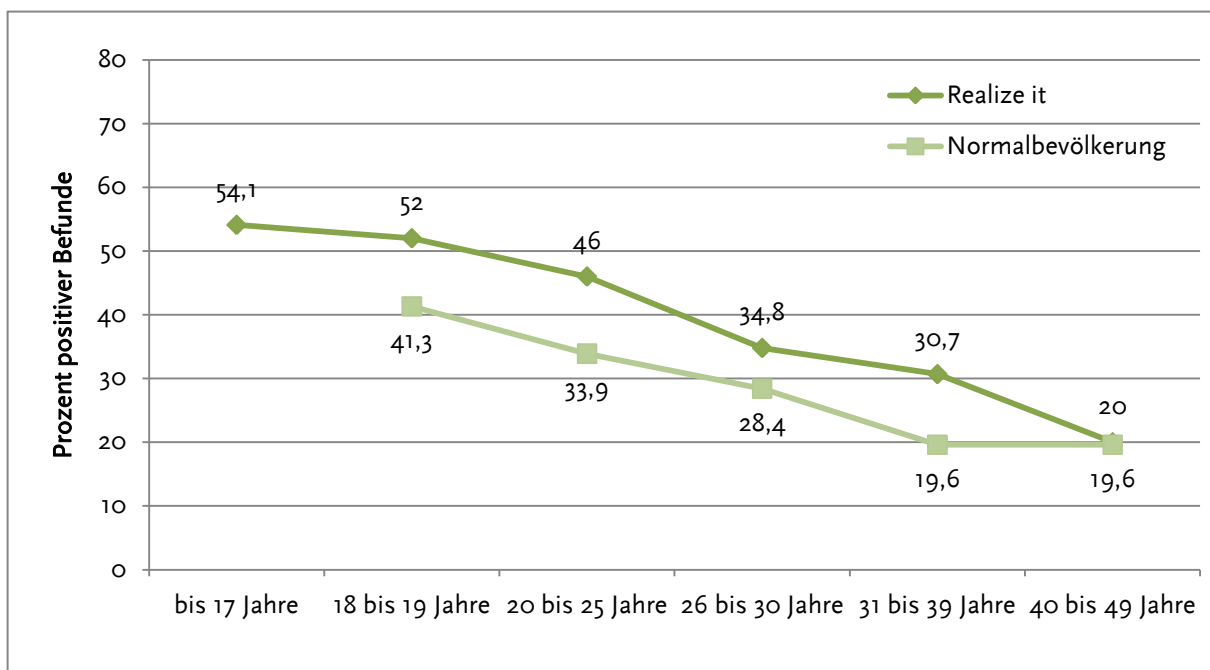
In Deutschland ist Alkohol die am weitesten verbreitete legale Rauschdroge. In der Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen geben 81,4% an, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken (Augustin & Kraus, 2004). In der Gruppe der 26- bis 29-Jährigen sind es 80,8%. Die Prävalenz für Alkohol in der Stichprobe der „Realize it“-Teilnehmenden entspricht in etwa der in der Allgemeinbevölkerung. Durchschnittlich tranken 83,9% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an sechs der letzten 30 Tage Alkohol. Dabei wird der Konsum von Alkohol häufig mit dem Konsum von Cannabis kombiniert. 85,5% der Programmteilnehmenden gaben an, Alkohol in Kombination mit Cannabis zu konsumieren. Darüber hinaus äußerten 48,3%, dass sie Alkohol als Ersatz für Cannabis konsumieren.

Die Prävalenz für Alkoholkonsum macht deutlich, dass der Mischkonsum von Cannabis und Alkohol unter den Programmteilnehmenden weit verbreitet war. Vor dem Hintergrund, dass zudem fast jeder Zweite angab, Alkohol als Ersatz für Cannabis zu konsumieren, war zu befürchten, dass mit der Reduzierung des Cannabiskonsums eine Verschiebung des Konsummusters hin zum Alkoholkonsum erfolgt. Deshalb wurde schon bei Eintritt in das Programm erfasst, ob Anzeichen für einen problematischen Konsum vorliegen. Um dies zu überprüfen, wurde der von der WHO (engl.: World Health Organisation) entwickelte Kurzfragebogen zur Erfassung eines schädlichen Alkoholkonsums eingesetzt: Der *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT; Babor et al. 1992) beinhaltet zum einen Fragen zur Konsumhäufigkeit und –intensität, zum anderen erfasst er Konsequenzen des Konsums und Abhängigkeitskriterien. Der AUDIT orientiert sich dabei an den Kriterien für

schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit, wie sie in der *Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10; Dilling, Mombour, Schmidt und Schulte-Markwort, 2000) definiert sind.

Die Auswertung des AUDIT ergab, dass 45,7% der teilnehmenden Cannabiskonsumierenden erste Anzeichen für einen schädlichen Alkoholkonsum aufwiesen. Damit lagen sie deutlich über den Vergleichswerten in der Normalbevölkerung (22% der Deutschen, Augustin et al., 2004). Bezogen auf die verschiedenen Altersgruppen fand sich der höchste Anteil an AUDIT-positiven in der Gruppe der unter 20-Jährigen. Mit zunehmendem Alter nahm die Prävalenz ab. Dieser Trend zeigt sich auch in der Normalbevölkerung (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: AUDIT positiv: Vergleich nach Altersgruppen



### 4.3.3 Psychisches Wohlbefinden

Im Rahmen der einzelnen Befragungen vor Programmbeginn und nach Abschluss des Programms wurden die Teilnehmenden auch zu ihrem psychischen Wohlbefinden befragt. Mit dem Depressionsfragebogen von Hautzinger & Bailer (1983) und dem Angstfragebogen von Laux et al. (1981) wurden dabei komorbide

Symptomatiken erfasst. Zusätzlich wurden der generelle Selbstwert (Harter, 1982) und die seelische Gesundheit (Becker, 1981) der Teilnehmenden erfragt. Wie Tabelle 10 erkennen lässt, zeigt sich insbesondere in der Ängstlichkeit ein besonders hoher Ausprägungsgrad. So lagen 53% der Teilnehmenden zu 10 oberhalb des definierten Normbereichs und sind demnach als „ängstlich“ zu bezeichnen<sup>5</sup>. Das heißt, sie stufen häufiger als Andere Situationen als bedrohlich ein und reagieren

Tabelle 10: Psychische Gesundheit: Anteil auffälliger Teilnehmer

	Anteil
STAI-T Ängstlichkeit (n=1345)	53,0%
ADS-K Depressivität (n=1127)	34,6%

<sup>5</sup> Gemäß den Auswertungsrichtlinien des STAI-T (Laux et al., 1981) wurden nur Teilnehmende in der Analyse berücksichtigt, die mindestens zu 18 der 20 Items des STAI-T Angaben machten. Als Vergleich dienten die im Manual des STAI-T dargestellten Normbereiche.

hierauf mit höherer Zustandsangst (Laux et al., 1981: S.50). Dieser Anteil ist als besonders hoch zu bezeichnen; statistisch wäre ein Anteil von 16% zu erwarten<sup>6</sup>. Der Allgemeinen Depressions-Skala (Hautzinger et al., 1993) zufolge sind knapp ein Drittel der Teilnehmenden (34,6%) als depressiv auffällig zu bezeichnen<sup>7</sup> - dies ist fast doppelt so hoch wie der von den Autoren angegebene Bevölkerungsanteil (19,3%; a.a.O.: S.26). Der Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt, dass Frauen deutlich häufiger oberhalb des Normwertes für Ängstlichkeit liegen als Männer (62% vs. 51%). Auch weisen sie häufiger Symptome einer Depression auf (41% vs. 33%).

Die Frauen unterscheiden sich auch in Bezug auf den generellen Selbstwert und die seelische Gesundheit von den Männern. Tabelle 11 zeigt, dass im Durchschnitt die Frauen ihren Selbstwert geringer einschätzten als Männer (2,57 vs. 2,65). Es verwundert nicht, dass auch die Mittelwerte für die psychische Gesundheit der Frauen unter denen für Männer liegen (52,9 vs. 57,7).

**Tabelle 11: Psychische Gesundheit: Vergleich Geschlecht**

	Gesamt	Männer	Frauen
SPPC Selbstwert MW	2,6 (n=1235)	2,64 (n=1043)	2,56 (n=192)
TPF seelische Gesundheit MW	56,6 (n=1307)	57,5 (n=1103)	52,8 (n=204)

### **Fazit**

- In den 140 aktiven Beratungsstellen konnten im Transferzeitraum durchschnittlich je etwa zehn Klientinnen bzw. Klienten aufgenommen werden.
- Der Großteil der Programmteilnehmenden (79,2%) war jünger als 25 Jahre; über 85 % der Teilnehmenden waren männlich. Das schulische Bildungsniveau lag deutlich unter dem des Bevölkerungsdurchschnitts.
- Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (94,7%) hat die deutsche Staatsangehörigkeit. Bei 17% aller Teilnehmenden ist ein Migrationshintergrund gegeben.
- Knapp die Hälfte aller Programmteilnehmerinnen und –teilnehmer hatte schon einmal vor Gericht gestanden. Etwa ein Drittel aller Befragten nahm an „Realize it“ aufgrund einer gerichtlichen Auflage teil.
- Der durchschnittliche Cannabiskonsum lag bei 18,8 Konsumtagen im Monat. Jeder Zweite konsumierte täglich oder fast täglich Cannabis. 80% der Befragten erfüllten die Kriterien für eine Cannabisabhängigkeit.

Diese erstrecken sich bis eine Standardabweichung über den Skalenmittelwert der Eichstichprobe und somit für Männer (15-29 Jahre) zwischen 0-43 Punkten, für Frauen (15-29 Jahre) zwischen 0-46 Punkten (a.a.O.: S. 24). Personen, deren Punktwert höher liegt, können als klinisch auffällig ängstlich bezeichnet werden (vgl. Hüsler, 2005).

<sup>6</sup> 16% beträgt der Flächenanteil, der in einer Normalverteilung oberhalb einer Standardabweichung über dem Mittelwert liegt (der Cut-Off-Wert wird im STAI-T bei einer Standardabweichung oberhalb des Mittelwerts festgelegt).

<sup>7</sup> Es wurden nur Teilnehmende berücksichtigt, die mindestens 14 der 15 Items des ADS-K beantwortet hatten (Hautzinger & Bailer, 1993). Als klinisch auffällig gelten lt. Manual männliche Teilnehmende mit einem Punktwert von mindestens 18 und weibliche Teilnehmende mit mindestens 23 Punkten (a.a.O.: S. 31).

- Etwa jeder Zweite im Programm (45,7%) wies Anzeichen für einen problematischen Alkoholkonsum auf. Damit ist die Quote etwa doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung. Ebenso war der Konsum anderer illegaler Substanzen neben Cannabis im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eher hoch.
- Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum traten insbesondere im sozialen Umfeld (Familie, Freunde) der Betroffenen auf.
- Insbesondere der Anteil der durch Ängstlichkeit (53%) und Depressivität (34,6%) belasteten Teilnehmenden kann als vergleichsweise hoch bezeichnet werden.
- Jeder zweite Programmteilnehmende beendete das Programm regulär. Personen, die das Programm vorzeitig beendeten, tat dies in der Mehrzahl (62%) spätestens nach dem zweiten Termin. Ein Abbruch der Kurzintervention erfolgte signifikant häufiger bei jüngeren Programmteilnehmerinnen und -teilnehmern oder bei Personen mit einer überdurchschnittlich hohen Konsumfrequenz von Cannabis.

## 5. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung dargestellt. Dabei wird zunächst in Kapitel 5.1 die untersuchte Population genauer betrachtet. Danach erfolgt die Überprüfung der Untersuchungsfragen (Kapitel 5.2).

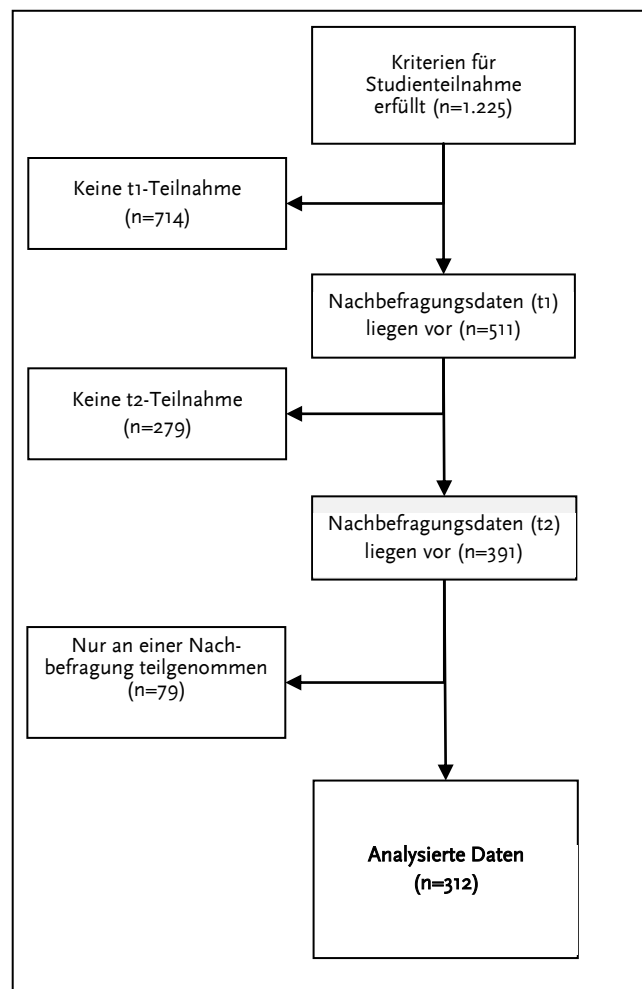
### 5.1 Datenerhebung und Datenüberprüfung der Stichprobe

#### 5.1.1 Stichproben

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Daten aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer bearbeitet, die seit Beginn des Transfers im April 2008 bis zum Abschluss der Transferphase am 31.12.2009 in das Programm aufgenommen wurden. Im gesamten Transferverlauf haben insgesamt 1.345 Personen den Eingangsfragebogen komplett ausgefüllt und das Programm „Realize it“ zumindest begonnen. Um eine zeitnahe Fertigstellung des Abschlussberichts gewährleisten zu können, wurden für die wissenschaftliche Auswertung des Transfers nur die Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewertet, die bis zum Stichtag am 30. September 2009 in das Programm eintraten und deren Nachbefragungsdaten bis spätestens März 2010 vorlagen. Im gesamten Untersuchungsverlauf erfüllten daher insgesamt 1.225 Personen die Studieneinschlusskriterien. Für die statistische Auswertung konnten nur die Personen berücksichtigt werden, die den Eingangsfragebogen komplett ausgefüllt haben, deren Kontaktdaten inklusive einer Einverständniserklärung uns vorlagen und die an beiden Nachbefragungen teilgenommen haben (siehe Abbildung 11).

Von den 1.225 Personen, die zur ersten Nachbefragung angeschrieben wurden, nahmen 511 Personen an der Nachbefragung teil; 714 Personen reagierten nicht auf den Brief. Daraus ergibt sich eine Nachbefragungsquote von 41,7%. Für 50 Personen lagen falsche Adressangaben vor, so dass diese nicht erneut angeschrieben wurden. Zu t2 konnten daher nur 1175 Personen angeschrieben werden. Davon beteiligten sich 32% an der zweiten Nachbefragung (sechs Monate nach Programmbeginn), so dass diese die Daten von 391 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erbrachte. Um die Nachhaltigkeit des Programms überprüfen zu können, müssen die Daten zu allen Messzeitpunkten miteinander verglichen werden. Für die vorliegende Untersu-

Abbildung 11: Flussdiagramm: Anzahl der TN im Studienverlauf





chung wurden deshalb nur die Daten der Personen berücksichtigt, die sich zu allen drei Messzeitpunkten an den Befragungen beteiligt haben. Von den Teilnehmern der zweiten Nachbefragung hatten 79 nicht an der ersten Nachbefragung teilgenommen. Daher konnten nur die Daten von 312 Personen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 12).

**Tabelle 12: Follow-up-Stichproben der Realize it-Studie**

	t1	t2	t1 & t2
theoretische Stichprobengröße	1225	1175	1175
tatsächliche Stichprobengröße	511	391	312
Nachbefragungsquote	41,7%	31,9%	25,5%

### 5.1.2 Überprüfung der Aussagekraft der Stichprobe

In der Untersuchungsstichprobe ist demnach lediglich ein Viertel (25,5%) aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer vertreten. Im Folgenden soll geklärt werden, ob die zugrunde liegende Untersuchungsstichprobe die Grundgesamtheit aller an „Realize it“ teilnehmenden Personen ausreichend repräsentiert oder ob es Hinweise darauf gibt, dass bestimmte Nutzergruppen in der folgenden Datenanalyse durch so genannten selektiven Drop-Out unterrepräsentiert sind. Hierzu wurden die in der Datenanalyse berücksichtigten Fälle mit denen verglichen, die nicht in die Analyse einbezogen werden konnten (vgl. Tabelle B im Anhang).

Vergleicht man die Personen, die gültige Nachbefragungsdaten erbrachten (n=312) mit den Drop-Outs (n=913), so zeigen sich in den Merkmalen regulärer Abschluss des Programms, Alter und Geschlecht statistisch signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle B im Anhang). Die nachbefragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren häufiger weiblich, im Durchschnitt etwas älter und beendeten das Programm häufiger regulär. Da diese Unterschiede allerdings von geringer empirischer Relevanz sind<sup>8</sup>, kann – insbesondere im Hinblick auf die sonst starke Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit aller Programmteilnehmer - davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden der Nachbefragung die Grundgesamtheit der Untersuchungsgruppe (n=1225) adäquat repräsentieren.

## 5.2 Überprüfung der Untersuchungsfragen

Im Folgenden sollen die Untersuchungsfragen an Hand des vorliegenden Datensatzes geklärt werden. Entsprechend den in Kapitel 4.1 vorgegebenen Bereichen wird zunächst die Akzeptanz von „Realize it“ unter den Nutzerinnen und Nutzern untersucht. Danach wird die Integration in die Suchthilfe genauer beleuchtet. Abschließend erfolgt die Überprüfung der Wirksamkeit des Programms in der vorliegenden Stichprobe.

<sup>8</sup> Klientenalter:  $d=.13$   
Abschlussart:  $\phi=-0,198$   
Geschlecht:  $\phi=-0,078$

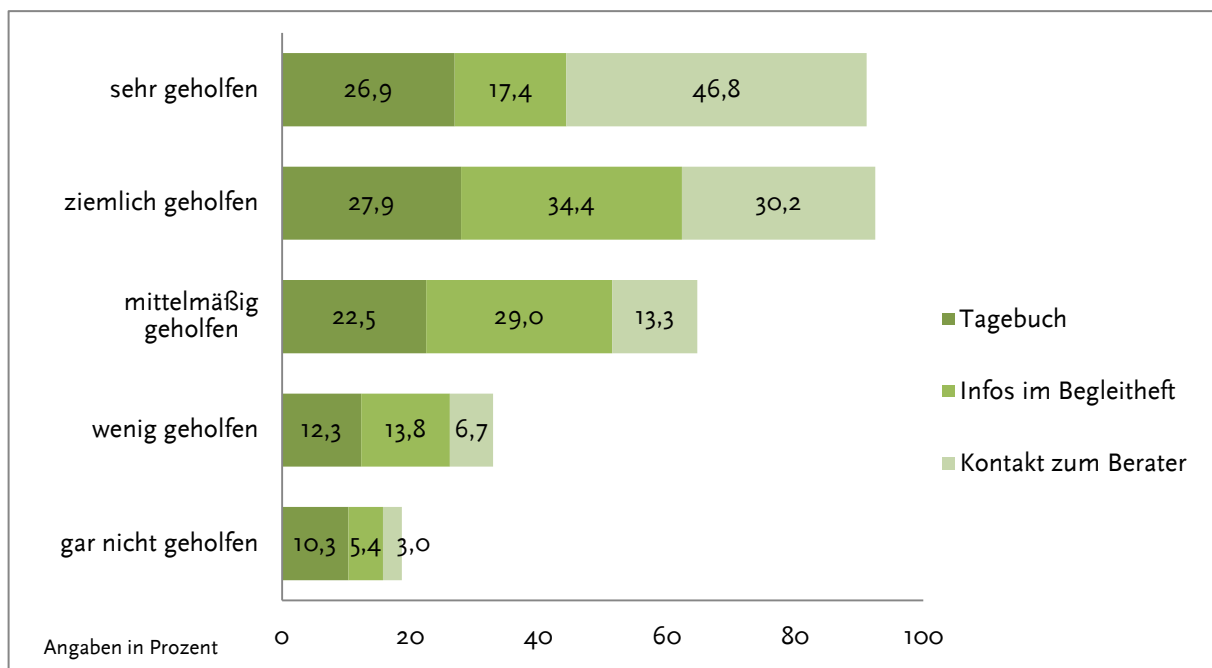
### 5.2.1 Akzeptanz von „Realize it“

Das Tagebuch ist ein zentrales Element des Programms. Es ist einerseits ein wichtiges Instrument, um die Nutzerinnen und Nutzer zur Selbstbeobachtung und zur Reflexion über das eigene Konsumverhalten anzuregen. Andererseits ist es häufig der Ausgangspunkt für die Analyse des eigenen Konsumverhaltens im Gespräch mit den Beraterinnen und Beratern. Dadurch sollen die Klientinnen und Klienten lernen, persönliche Risikosituationen zu erkennen und adäquate Kontrollstrategien hierfür zu entwickeln. Der Veränderungsprozess kann seitens der Beratung durch unterschiedliche Interventionen befördert werden, bei denen eine empathische Grundhaltung und die Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit der Klientinnen und Klienten von zentraler Bedeutung sind. Im Rahmen der ergebnisorientierten Evaluation gilt es zum einen zu prüfen, ob die Beratung bzw. die einzelnen Komponenten des Programms geholfen haben, die individuellen Ziele zu erreichen. Zum anderen werden die Programmteilnehmenden zu ihrer Zufriedenheit mit dem Programm befragt. Für die Analyse der Akzeptanz wurden die Daten der ersten Nachbefragung herangezogen. Insgesamt konnten so die Angaben von 511 Personen ausgewertet werden.

#### Bewertung der Programms und seiner Komponenten

Abbildung 12 veranschaulicht, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten der Meinung war, dass ihnen die Programmkomponenten sowie der Kontakt zur Beraterin bzw. zum Berater ziemlich oder sehr geholfen haben, ihr Ziel zu verfolgen. Die Grafik in Abbildung 12 macht auch deutlich, dass es vor allem die Kombination aus allen drei Variablen ist, die den Klientinnen und Klienten half, ihre Ziele zu erreichen. Mit 77% gaben die meisten der Befragten an, dass besonders der Kontakt zum Berater bzw. zur Beraterin ihnen geholfen hat. Etwa jeder Zweite beschrieb zusätzlich das Begleitbuch als hilfreich, wobei der Nutzen des Tagebuchs den der Informationen im Begleitheft leicht übertrifft.

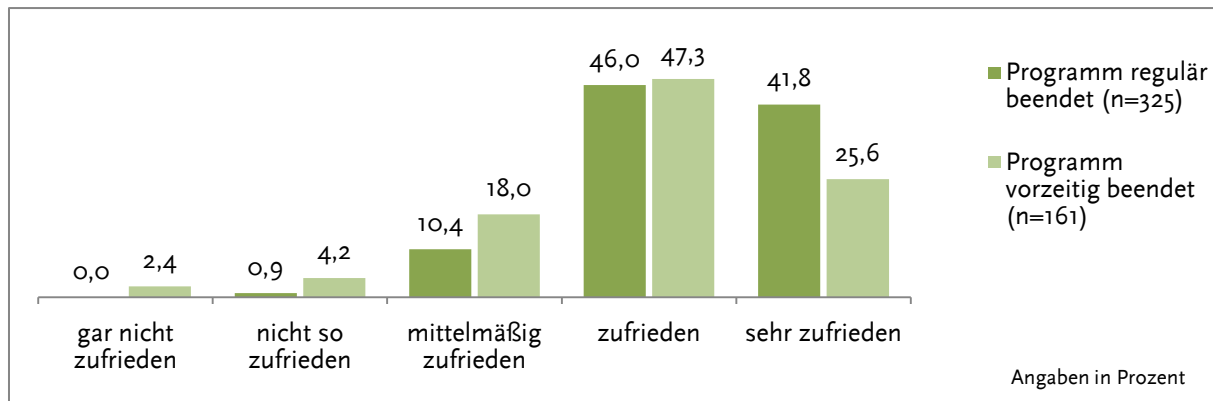
Abbildung 12: Allgemeiner Nutzen der Programmelemente (n=511)



## Allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlung

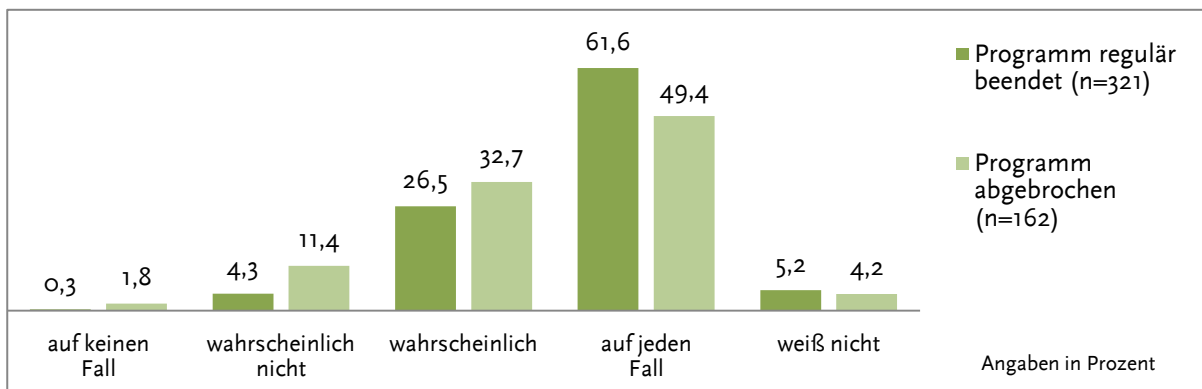
Die überwiegend positiven Bewertungen der Beratungsleistungen im Rahmen von „Realize it“ münden schließlich in einer hohen Zufriedenheit mit dem Programm (Abbildung 13). Direkt nach

Abbildung 13: Allgemeine Zufriedenheit mit dem Programm (n=486)



Programmende zu t<sub>1</sub> (n=486)<sup>9</sup> zeigten sich acht von zehn (84,5%) Befragten entweder *zufrieden* oder *sehr zufrieden*; lediglich 2,8% geben an, nicht zufrieden zu sein. Darüber hinaus gilt es zu prüfen, ob die Zufriedenheit mit dem Programm von der Art der Beendigung abhängt. Zu unterscheiden sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das Programm regulär beendet haben (vgl. Kapitel 4.3) von denen, die „Realize it“ zu einem früheren Zeitpunkt abbrechen (Abbildung 13). Dabei zeigt sich, dass sowohl die Teilnehmenden, die regulär abschlossen als auch jene, die das Programm abbrechen, zum größten Teil mit dem Programm *zufrieden* sind. 88% der regulären Beender und 73% der Abbrecher geben an mit dem Programm *zufrieden* oder sogar *sehr zufrieden* zu sein. Dabei unterscheiden sich die Gruppen vor allem in der Kategorie *sehr zufrieden*.

Abbildung 14: Weiterempfehlungsquote des Programms (n=486)



Ebenfalls in eine positive Richtung weisen die Angaben der Teilnehmenden bei ihrer Weiterempfehlungsabsicht: Rund die Hälfte (58,9%) aller Klientinnen und Klienten gaben am Ende des Programms an, es *auf jeden Fall* weiterempfehlen zu wollen, 28,7% hielten dies für *wahrscheinlich*.

<sup>9</sup> Von den 511 Klientinnen und Klienten, die an der ersten Nachbefragung teilnahmen, haben neun Personen keine Angaben zu ihrer Zufriedenheit gemacht. Für 16 weitere war zum Zeitpunkt der Berichterstellung die Art des Programmabschlusses noch nicht dokumentiert.

Reguläre Beender unterschieden sich nicht signifikant von Personen die das Programm vorzeitig beendet haben hinsichtlich der Weiterempfehlungsquote<sup>10</sup> (vgl. Abbildung 14).

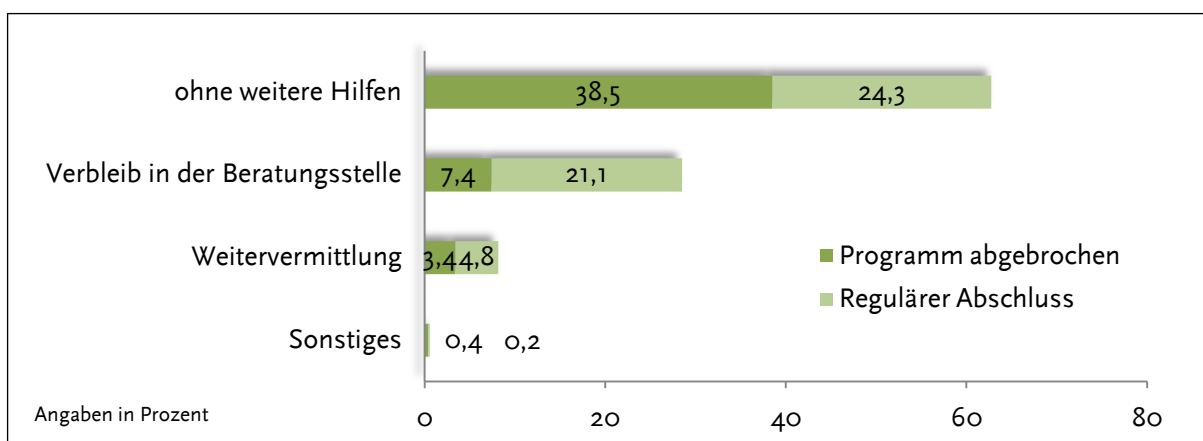
### 5.2.2 Integration in die Suchthilfe

Ein Ziel von „Realize it“ ist es, möglichst viele Personen zu erreichen, die ihr Konsumverhalten ändern wollen. Doch nicht immer reicht der Entschluss aus, um in die Phase der Handlung zu kommen, erst recht, wenn der Zugang zum Hilfesystem als Hürde angesehen wird. „Realize it“ versucht diese Hürden abzubauen und einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe zu ermöglichen. Untersucht wurde deshalb, für wen „Realize it“ der erste Kontakt zu einer Einrichtung der Sucht- und Drogenhilfe ist, und ob im Anschluss an das Programm eine Vermittlung in weiterführende Maßnahmen stattfand. Für die Analyse dieser Fragestellungen konnten einerseits die Angaben der Klientinnen und Klienten aus der Eingangsbefragung ausgewertet werden und andererseits die von den Beraterinnen und Berater dokumentierte Art des Programmabschlusses. Da für 84 Personen zum Zeitpunkt der Berichterstattung die Art des Programmabschlusses noch nicht definiert war, konnten insgesamt die Angaben von 1.261 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgewertet werden.

Von allen Befragten gaben 47,6% der Programmeinsteigerinnen und –einsteiger an, vor „Realize it“ noch keine Hilfe in Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum in Anspruch genommen zu haben. Für diese Gruppe bedeutete „Realize it“ den ersten Kontakt mit der Sucht- und Drogenhilfe. Nachdem mit „Realize it“ ein erster Kontakt mit den Beratungsstellen hergestellt war, stellte sich die Frage, wie es nach Beendigung des Programms für die Teilnehmenden weiterging.

Der Großteil der Programmteilnehmenden beendete das Programm ohne weitere Hilfe. Abbildung 15 zeigt, dass vor allem Abbrecher keine weitere Hilfe in Anspruch nehmen. Ein Grund dafür könnte

Abbildung 15: Programmabschlussdetails (n=1261)



sein, dass mit dem Abbruch des Programms auch der Kontakt zur Beratungsstelle abbricht und somit eine Weitervermittlung bzw. ein alternatives Angebot nicht mehr möglich war, unabhängig davon, ob ein weiterer Bedarf vorlag. 24% aller Teilnehmenden beenden das Programm regulär und nehmen auch keine weiteren Hilfen in Anspruch. Für diese Gruppe muss davon ausgegangen

<sup>10</sup> T-Test für unabhängige Stichproben: (n. s.)

werden, dass sie mit „Realize it“ ihr Ziel erreichen konnten und deshalb keine weitere Hilfe benötigten.

Etwas mehr als ein Viertel (28,5%) aller Klientinnen und Klienten verbleibt über die Beendigung des Programms hinaus in der Beratungsstelle. Den deutlich kleineren Anteil daran machen die Abbrecher aus (7,4%). Für sie muss davon ausgegangen werden, dass „Realize it“ nicht das richtige Angebot war, der Kontakt zur Beratungsstelle darüber hinweg aber nicht abgebrochen wurde. Bei den regulären Beendern, die in der Beratungsstelle verbleiben, kann man davon ausgehen, dass sie mit „Realize it“ einen ersten Schritt machen konnten und mit Hilfe ergänzender Angebote in der Beratungsstelle ihr Ziel erreichen können.

Etwa 8% aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird in andere Einrichtungen weitervermittelt. Am häufigsten wird in eine stationäre Entgiftungseinrichtung vermittelt (33%). Je ein Viertel der Weitervermittelten geht in eine stationäre (26%) bzw. ambulante (24%) Therapie. Auch hier gilt, dass eher Personen weitervermittelt werden, die das Programm regulär abgeschlossen haben. Der häufigste Abbruchgrund in der Kategorie Sonstiges ist eine Inhaftierung.

### **5.2.3 Effekte des Programms**

Um den Erfolg des Programms messen zu können, wurde drei und sechs Monate nach Beginn des Programms jeweils eine Nachbefragung durchgeführt. Dabei wurden die Konsummenge und -häufigkeit der ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben und mit den entsprechenden Werten vor dem Durchlauf des Programms verglichen. Ein Erfolg würde sich in der Reduktion der Konsummenge und der Konsumhäufigkeit niederschlagen. Zusätzlich wurden die Skalen zur Beurteilung des psychischen Wohlbefindens erhoben um zu überprüfen, ob auch in diesem Bereich eine Veränderung eingetreten war.

Bereits im Rahmen des Modellprojekts 2005 - 2007 konnte auf der Grundlage einer Studie der Universität Fribourg belegt werden, dass sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von „Realize it“ eine signifikante Reduzierung des Konsums wie auch eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens nachweisen lässt. So war die Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen von durchschnittlich 20 Tagen sechs Monate nach Beginn des Programms auf 10 Tage gesunken. Zusätzlich konnten die Werte für Ängstlichkeit und Depression gesenkt werden. Gleichzeitig verbesserte sich die seelische Gesundheit der Teilnehmenden wie auch die Einschätzung des Selbstwertes.

In der vorliegenden Evaluation des Transfers von „Realize it“ soll nun überprüft werden, ob die Effektivität des Programms durch den Transfer beeinträchtigt wurde oder ob ähnliche Ergebnisse wie in der Modellphase erzielt werden konnten. Daher werden im Folgenden sowohl die Konsumfrequenz und Konsummenge untersucht als auch die Variablen zum psychischen Befinden und mit den Ergebnissen aus der Modellphase verglichen. Zunächst aber soll der Erfolg der Teilnehmenden an Hand ihrer subjektiven Einschätzung betrachtet werden.

Für die Analyse der Programmeffekte wurden die Daten aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewertet, die sich sowohl an der ersten wie auch an der zweiten Nachbefragung beteiligten (n=312). Die subjektive Einschätzung des Programmerfolgs wurde direkt nach Programmende erhoben. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben, konnten von insgesamt 511 eingesandten Nachbefragungsbögen 486 ausgewertet werden.

## Erreichen des persönlichen Ziels

Zu Beginn der fünf Einzelgespräche vereinbarten die Beraterinnen bzw. Berater ein persönliches Ziel mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Der klientenzentrierte Ansatz, der dem Programm zugrunde liegt, gibt kein normatives Ziel vor. Der Ausstieg ist lediglich eine der Optionen, für die sich die Klientin bzw. der Klient entscheiden kann. Erfragt wurde dementsprechend, ob die Klientinnen und Klienten ihr subjektives Ziel erreicht hatten. Hierzu werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Abschluss der Beratung in der Nachbefragung (t1) zu einer Einschätzung gebeten. Tabelle 13 veranschaulicht die Ergebnisse je nachdem, ob das Programm abgebrochen oder regulär beendet wurde. In der Gesamtstichprobe geben 82,7% an, dass sie ihr persönliches Ziel erreicht haben. Erwartungsgemäß gaben mehr Klientinnen und Klienten, die das Programm regulär beendet hatten, an, ihr Ziel erreicht zu haben, als solche, die das Programm abgebrochen hatten. Hervorzuheben ist aber dennoch, dass 73,5% der Abbrecher ihre Ziele erreicht sahen.

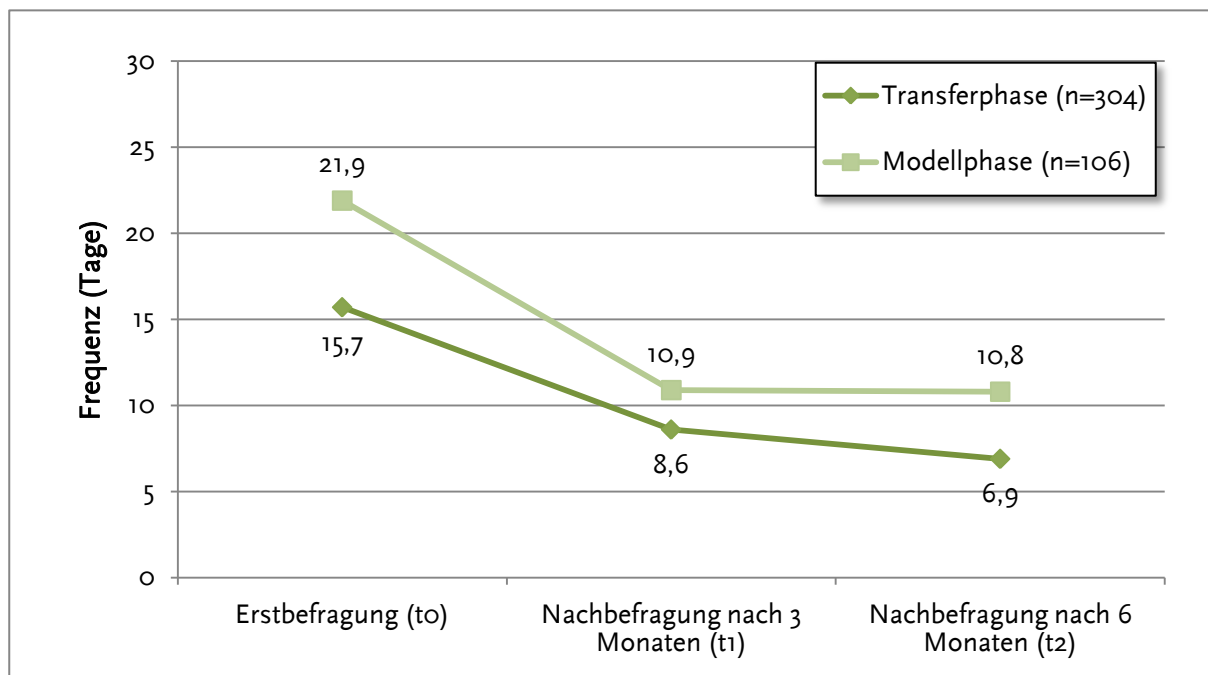
Tabelle 13: Erreichen des persönlichen Ziels

Gesamt (n=486)	Regulär beendet (n=324)	Programm abgebrochen (n=162)
82,7%	87,0%	73,5%

## Konsumfrequenz

Abbildung 16 gibt einen Überblick über die Konsumfrequenz von Cannabis im Verlauf der Modellphase im Vergleich mit der Transferphase. In der allgemeinen Betrachtung fällt zunächst auf, dass

Abbildung 16: Durchschnittliche Konsumfrequenz (Konsumtage / letzte 30 Tage)



beide Untersuchungsgruppen ihren Konsum im Verlauf der Untersuchung senken konnten. So reduziert sich dieser in der Modellphase von (t0) 21,9 Tagen (SD=10,7) auf 10,8 Tage (SD=11,7) zu

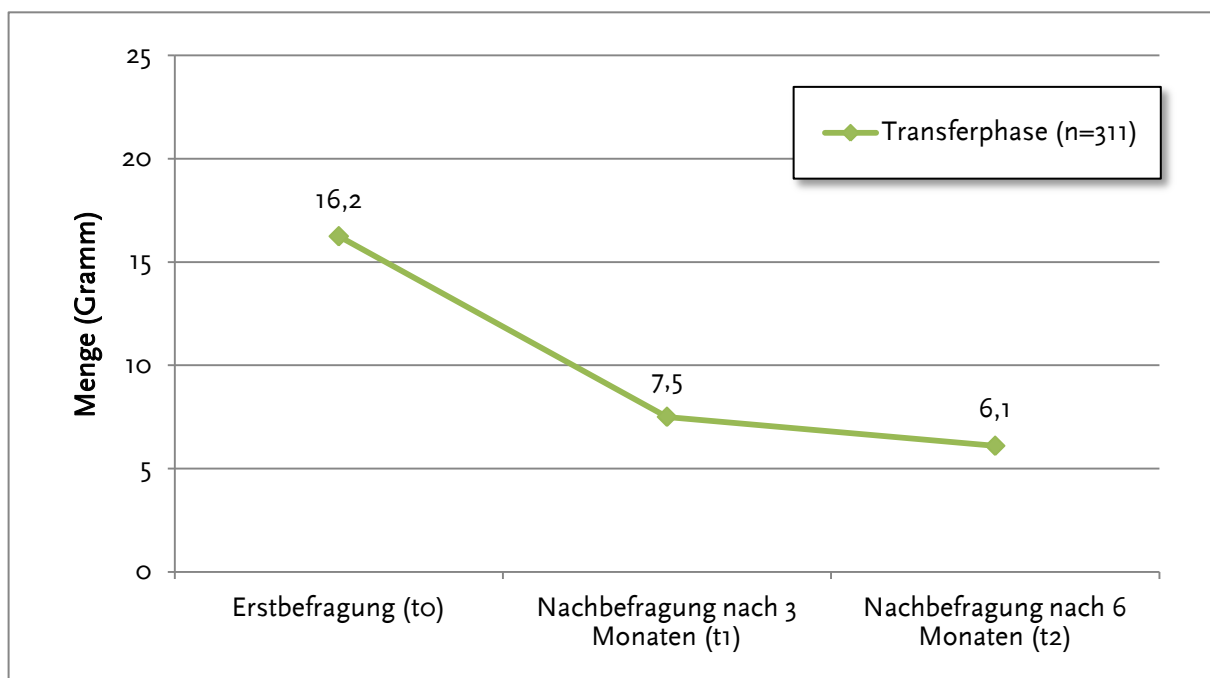
t2 – ein statistisch signifikanter Unterschied. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Transferphase, verringerten ihren Konsum ebenfalls signifikant<sup>11</sup> von (t0) 15,7 Tagen (SD=11,3), auf 6,9 Tage (SD=10,1) zu t2. Der Vergleich der beiden Effektstärken zeigt, dass mit  $d=-1,05$  in der Modellphase bzw.  $d=-1,05$  in der Transferphase das Ergebnis aus der Modellphase eindrucksvoll bestätigt wurde. Die Anzahl der Konsumtage reduziert sich auch dann signifikant, wenn die Klientinnen und Klienten, die zu t0 keinen Cannabiskonsum mehr aufweisen, unberücksichtigt bleiben.<sup>12</sup> Die verbleibenden Personen (n=265) weisen zu Beginn im Schnitt 18,7 (SD=9,8) Konsumtage auf. Diese reduzieren sich auf 8,1 Tage (SD=10,5) zu t2. Die Zahlen belegen, dass das Programm einen starken Effekt auf die Veränderung der Konsumfrequenz hat<sup>13</sup>

Der Verlauf zeigt darüber hinaus eindrucksvoll, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Konsum nicht nur in der Zeit reduzieren, in der sich noch im Programm befinden. Der Zeitraum nach Programmende (t1 vs. t2) belegt, dass auch nach Programmabschluss der verringerte Konsum stabil (Modellphase) bleibt bzw. in der Tendenz sogar weiter deutlich abnimmt (Transferphase).

### Konsummenge

Die Konsummenge, die in einem engen Zusammenhang mit den Konsumtagen steht, hat in der Gesamtstichprobe ebenfalls signifikant abgenommen.<sup>14</sup> Hatten die Klientinnen und Klienten zu

Abbildung 17: Durchschnittliche Konsummenge Cannabis (Gramm / letzte 30 Tage)



Beginn (t0) noch 16,2 g Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana) in den letzten 30 Tagen konsumiert, waren es drei Monate nach Programmende nur noch 6,1 g. Auch nach Ausschluss der

<sup>11</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=12,951$ ;  $df=305$ ;  $p=.000$

<sup>12</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=13,838$ ;  $df=258$ ;  $p=.000$

<sup>13</sup> Effektstärken werden nach Cohen (1988) in schwach ( $d \geq 0,20$ ), mittel ( $d \geq 0,50$ ) und stark ( $d \geq 0,80$ ) unterteilt.

<sup>14</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=7,866$ ;  $df=310$ ;  $p=.000$

Personen, die zu  $t_0$  keinen Konsum mehr hatten, sind die Mengenunterschiede<sup>15</sup> signifikant<sup>16</sup>. Ein direkter Vergleich mit der Modellphase ist nur bedingt möglich, da in der Untersuchung der Universität Fribourg die Angaben für Marihuana und Haschisch getrennt voneinander ausgewertet wurden, während in der Transferphase nicht zwischen den beiden Cannabisarten unterschieden wurde. So konnten die Teilnehmenden in der Modellphase ihren Haschischkonsum von durchschnittlich 4,2 g zu Programmbeginn auf 2,4 g zu  $t_2$  senken. Für Marihuana fällt der Unterschied deutlich stärker aus: Lag die durchschnittlich konsumierte Menge zu  $t_0$  bei 17,2 g sank sie sechs Monate nach Programmbeginn auf 6,6 g. Dieser Unterschied macht sich auch in den Effektstärken bemerkbar. Während der Effekt des Programms auf den Haschischkonsum als schwach zu bezeichnen ist ( $d=-0,22$ ), kann man für die Reduktion des Marihuanakonsums von einem moderaten Effekt ausgehen ( $d=-0,54$ ). Im Vergleich dazu liegt die in der Transferphase ermittelte Effektstärke mit  $d=-0,63$  etwas höher.

### Liegt zum dritten Messzeitpunkt Konsumabstinenz vor?

Obwohl nur ein Teil der Klientel des Beratungsprogramms das Ziel verfolgt, den Cannabiskonsum komplett einzustellen, kann das Ausmaß der Konsumabstinenz ebenfalls als (Neben-)Indikator für die Effektivität von „Realize it“ betrachtet werden. Wie Tabelle 14 zeigt, liegt nach Abschluss des Programms bei ungefähr 40% der Teilnehmenden direkt nach Programmende ( $t_1$ ) Konsumabstinenz vor. Dieser Wert steigt nach Programmende sogar noch weiter an. Sechs Monate nach Einstieg in „Realize it“ ist jeder Zweite (51,6%) abstinent. Schließt man die Fälle aus, die schon zu Programmbeginn abstinent waren, so sind zu  $t_1$  etwa ein Drittel (32,4%) aller Konsumierenden abstinent und zu  $t_2$  44%. Betrachtet man dagegen diejenigen, die schon abstinent ins Programm einstiegen, so zeigt sich, dass bis auf drei (6,4%) dieser Teilnehmer bzw. Teilnehmerinnen alle abstinent geblieben sind.

**Tabelle 14: Konsumabstinenz zu  $t_1$  und  $t_2$**

	Anteil
3 Monate nach der Erstbefragung (n=309)	40,5%
6 Monate nach der Erstbefragung (n=306)	51,6%

### Anderer Substanzkonsum

Obwohl es kein explizites Ziel des Programms ist, kann angenommen werden, dass die professionelle Unterstützung im Rahmen von „Realize it“ auch zur Reduzierung des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen beitragen kann. Daher soll an dieser Stelle untersucht werden, inwiefern eine Programmteilnahme eventuell auch eine Abnahme des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen bewirkt. Zusätzlich soll wegen des hohen Anteils an Personen die Alkohol als Ersatz für Cannabis nutzen, die Gefahr einer Konsumverlagerung (vgl.

**Tabelle 15: Konsum von Alkohol & illegalen Substanzen außer Cannabis (letzte 30 Tage)**

Alkoholkonsum	$t_0$	$t_2$
Durchschn. Konsumtage (n=310)	5,9 (SD=6,0)	4,4 (SD=5,2)
Illegale Substanzen	$t_0$	$t_2$
Konsum = ja (n=312)	21,8 %	13,8 %

<sup>15</sup>  $t_0$ : 19,1 g;  $t_1$ : 8,8 g;  $t_2$ : 7,3 g

<sup>16</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=8,025$ ;  $df=262$ ;  $p=.000$



Kapitel 4.3.2) überprüft werden.

Wie Tabelle 15 erkennen lässt, zeigt sich sowohl für den Bereich der illegalen Substanzen als auch für den Konsum von Alkohol, dass der Konsum im Verlauf des Programms rückläufig ist. Die Gefahr einer Konsumverlagerung konnte weder für Alkohol noch für illegale Substanzen belegt werden. Im Gegenteil: In beiden Fällen kann eine signifikante Veränderung sowohl des Alkoholkonsums<sup>17</sup> als auch des Konsums illegaler Substanzen<sup>18</sup> festgestellt werden, auch wenn der Effekt<sup>19</sup> eher als schwach zu bezeichnen ist. Lag die Anzahl durchschnittlicher Konsumtage für Alkohol bei Einstieg in das Programm noch bei knapp sechs Tagen ( $SD=6,0$ ), waren es drei Monate nach Programmende nur noch viereinhalb ( $SD=5,2$ ) Tage. Ebenso ist die Prävalenz für den Konsum illegaler Substanzen von anfänglich 21,8% (t0) auf 13,8 zu t2 gesunken.

### Berechnung des ITT-Wertes

Der ITT-Wert (ITT: engl. für Intention-to-Treat) ist ein Maß, das unabhängig von der ausgewählten Untersuchungsstichprobe den Erfolg einer Intervention bewertet. Das Intention-to-Treat-Prinzip sagt, dass alle Patienten ausgewertet werden müssen, unabhängig davon, ob sie an den Nachbefragungen teilgenommen haben oder nicht. Für Personen, die sich nicht an den Nachbefragungen beteiligen konnten oder wollten, wird dabei angenommen, dass die Intervention für sie nicht erfolgreich war. Da das Hauptziel der Teilnahme an „Realize it“ und somit das zentrale Kriterium für einen erfolgreichen Programmverlauf eine *deutliche Reduktion des Cannabiskonsums* ist, soll als Definition für eine erfolgreiche Teilnahme eine Konsumreduktion um 80% festgelegt werden. Darüber hinaus wird für Personen, die bei Programmeintritt keinen Cannabiskonsum mehr aufweisen, eine erfolgreiche Programmteilnahme als Beibehaltung der Abstinenz definiert. Es gelten also alle Teilnehmenden von „Realize it“ als erfolgreich, die ihren Konsum um mindestens 80% senken konnten oder abstinent geblieben sind. Personen, die um weniger als 80% reduzierten bzw. jene, die nach Programmende sogar mehr konsumieren oder die eine bereits gehaltene Abstinenz brauchen, und auch die, die nicht an der Nachbefragung teilnahmen, werden nach dieser Definition als erfolglos eingestuft.

Für die vorliegende Gesamtpopulation ( $N=1345$ ) ergibt sich ein ITT-Wert von 16,5%. Das bedeutet, dass jeder sechste Programmteilnehmende, der mindestens eine Einzelsitzung im Rahmen von „Realize it“ in Anspruch genommen hat, sechs Monate nach Einstieg in das Programm seinen Konsum (Konsumhäufigkeit) um mindestens 80% senken konnte. Insgesamt ist der ITT-Wert ein Schätzwert, der als eher konservativ zu bewerten ist, da er davon ausgeht, dass Personen, die sich nicht an der Nachbefragung beteiligen, auch nicht „erfolgreich“ sind. Die Überprüfung dieser Hypothese könnte letztendlich nur durch eine hundertprozentige Rückmeldequote belegt bzw. widerlegt werden.

---

<sup>17</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=4,798$ ;  $df=309$ ;  $p=.000$

<sup>18</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=3,429$ ;  $df=31$ ;  $p=.001$

<sup>19</sup> Konsumfrequenz Alkohol t0 vs. t2  $d=.38$

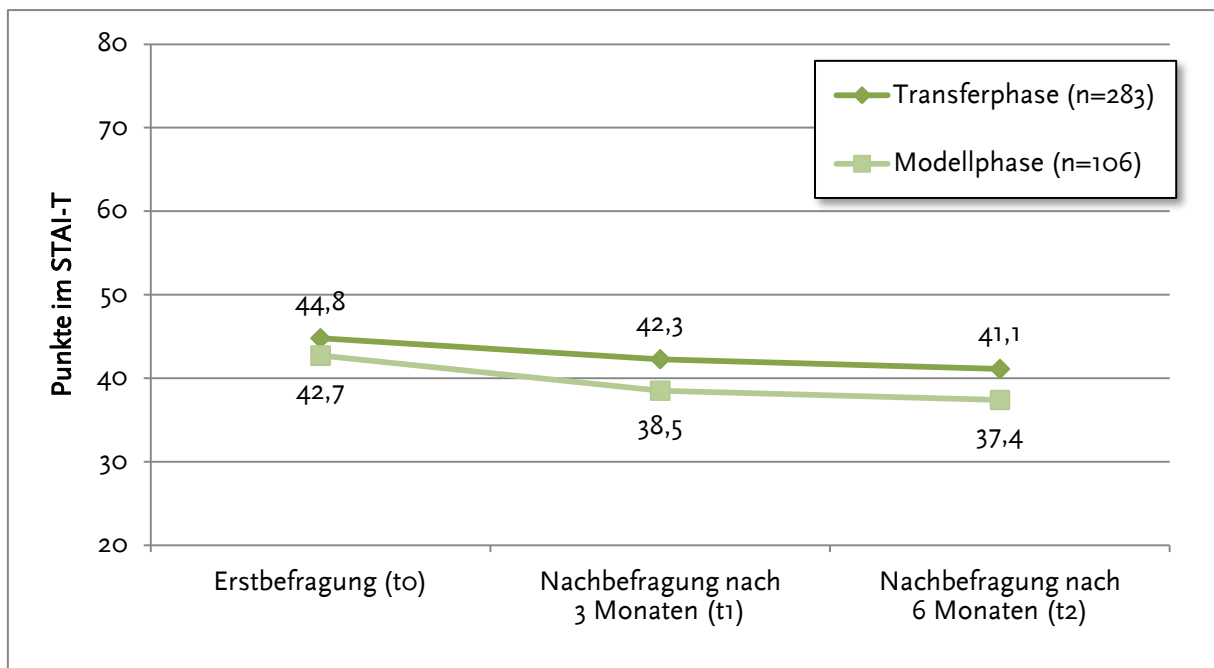
## Psychisches Wohlbefinden

Für die Auswertung der Angaben zum psychischen Befinden der Teilnehmenden konnte leider nicht immer auf den kompletten Datensatz zurückgegriffen werden, da die einzelnen Skalen den Befragten die Option lies, zu einzelnen Fragen die Antwort zu verweigern. Die folgenden Auswertungen beziehen sich deshalb jeweils nur auf die Datensätze, die zu allen drei Messzeitpunkten vollständig vorlagen.

## Ängstlichkeit

Wie Abbildung 18 erkennen lässt, sinkt der durchschnittliche Punktwert im STAI-T von  $M=44,8$  Punkten ( $SD=12,2$ ) auf  $M=41,1$  Punkte ( $SD=12,5$ )<sup>20</sup> zu  $t_2$ . Dies entspricht den Ergebnissen, die bereits in der Modellphase gefunden wurden ( $t_0$ :  $M=42,7$ ;  $SD=11,0$ ;  $t_2$ :  $M=37,4$ ;  $SD=12,3$ ). Der Effekt des Programms auf die Ängstlichkeit ist mit  $d=-0,43$  in der Transferphase als schwach einzustufen und unterscheidet sich nur gering von dem in der Modellphase ( $d=-0,48$ ).

Abbildung 18: Ängstlichkeit (durchschnittliche Punkte im STAI-T)

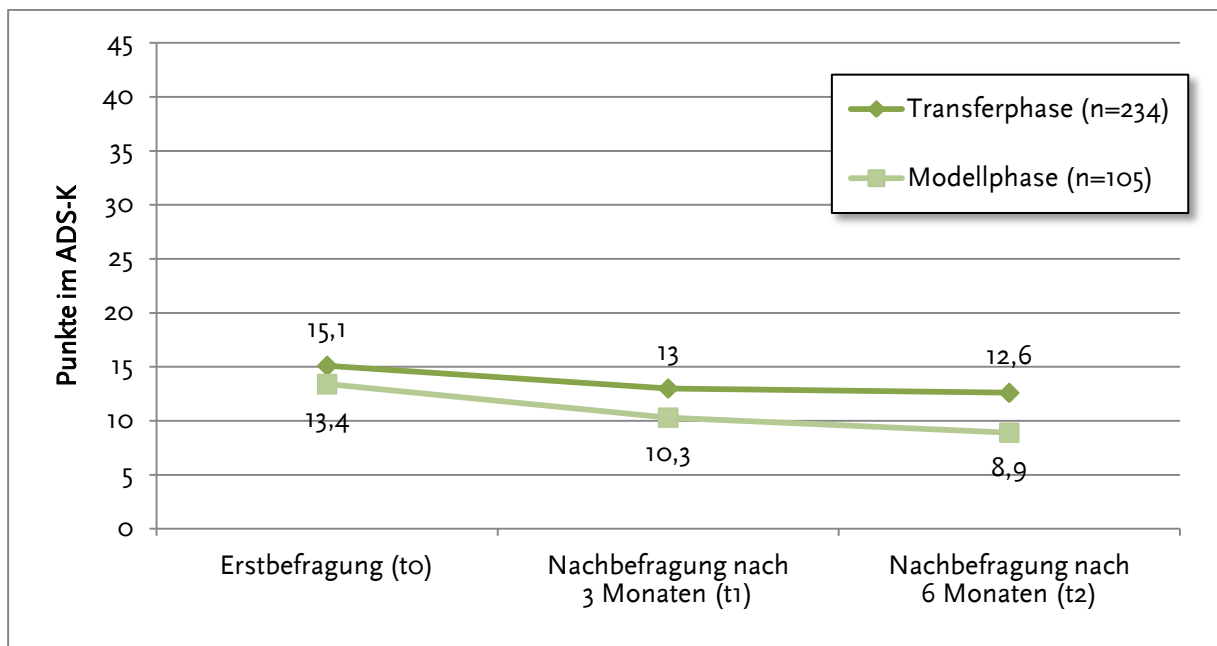


<sup>20</sup> T-Test für gepaarte Stichproben : $T=5,101$ ;  $p<.000$

## Depressivität

Die durchschnittlichen Depressionswerte sinken wie im Merkmal der Ängstlichkeit in der Transferphase signifikant<sup>21</sup> ab (t0: M=15,1; SD=9,6; t2: 12,6; SD=8,7). Die Entwicklung der Punktwerte im ADS-K gleicht der in der Modellphase (t0: M=13,4; SD=9,6; t2: M=8,9; SD=9,1). Der Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsphasen wird aber im Vergleich der beiden Effektstärken deutlich. Während in der Modellphase noch ein mittlerer Effekt von  $d=-0,51$  erzielt wurde, konnte in der Transferphase nur ein schwacher Effekt von  $d=-0,37$  beobachtet werden. Demnach kann in der Transferphase nur von einem schwachen Effekt der Intervention auf die Depressivität ausgegangen werden.

Abbildung 19: Depressivität (durchschnittliche Punkte im ADS-K)

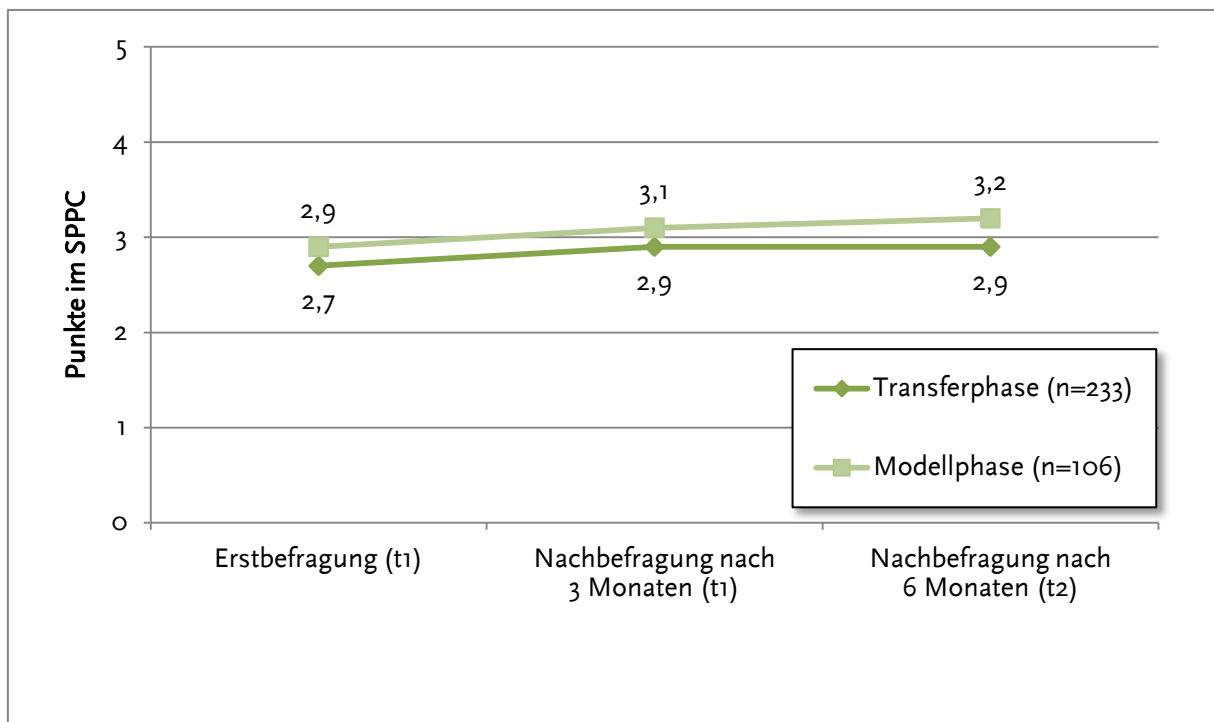


<sup>21</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=4,040$ ;  $df=233$ ;  $p=.000$

## Selbstwert

Ein Ziel des Programms ist die Vermittlung von Selbstkontrollstrategien. Eine erfolgreiche Anwendung dieser Strategien sollte sich in einem gestiegenen Selbstwertgefühl niederschlagen. Erste Anzeichen für eine Verbesserung des Selbstwerts lieferten bereits die Ergebnisse der Modellphase. Dort stieg der Durchschnittswert von eingangs 2,9 (SD=0,6) Punkten auf 3,2 (SD=0,5) Punkte sechs Monate später an. Abbildung 20 verdeutlicht, dass sich auch in der Transferphase der Selbstwert signifikant<sup>22</sup> verbessert. Im Durchschnitt stieg der Punktwert im SPPC von 2,7 (SD=0,5) auf 2,9 (SD=0,5) Punkte zu t2 an. Ein Vergleich der Effektstärken zeigt, dass der Effekt den das Programm auf den Selbstwert der Teilnehmenden hat, in der Transferphase deutlich verbessert werden konnte. Während der Wert in der Modellphase bei  $d=0,47$  lag, stieg er in der Transferphase auf  $d=0,82$  an. Damit hat das Programm in der Transferphase einen starken Effekt auf den Selbstwert der Teilnehmenden ausgeübt.

Abbildung 20: Selbstwert (durchschnittliche Punkte im SPPC)

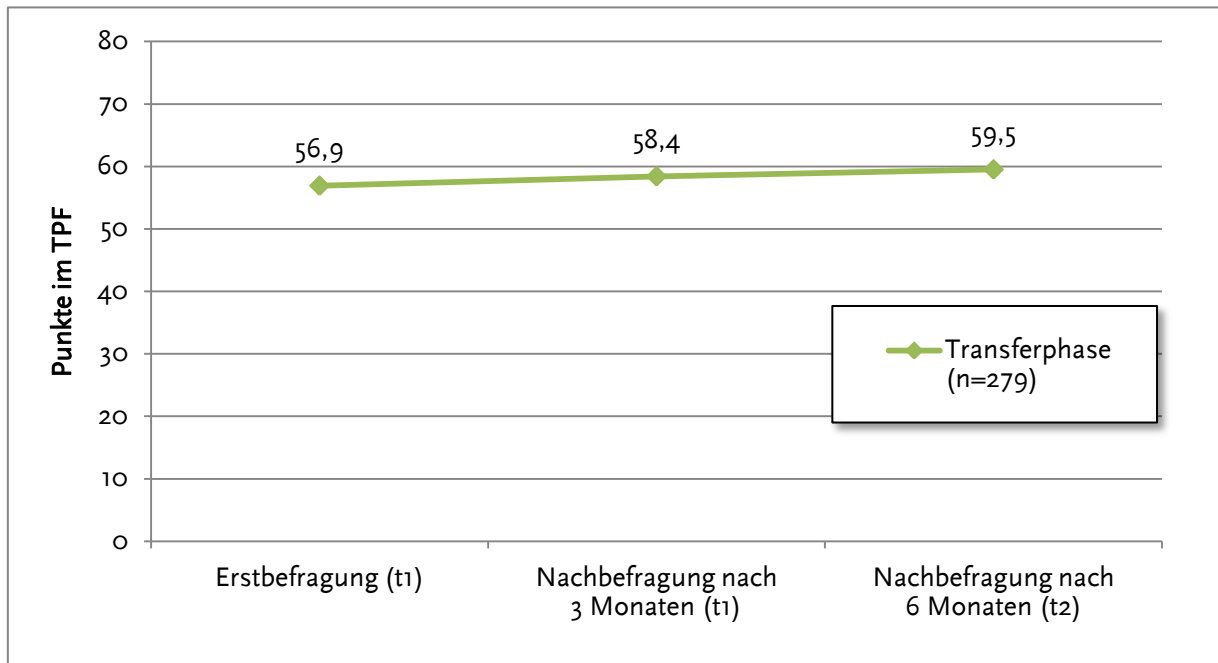


<sup>22</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=-8,887$ ;  $df=232$ ;  $p<.000$

## Seelische Gesundheit

Drei Monate nach Programmende steigt das Merkmal psychische Gesundheit ebenso wie der generelle Selbstwert in der Transferphase an ( $t_0$ :  $M=56,9$ ;  $SD=9,6$ ;  $t_2$ :  $59,5$ ;  $SD=10,6$ ). Der nur schwache Anstieg – obgleich er signifikant<sup>23</sup> ist – spiegelt sich auch in einer kleinen Effektstärke wieder ( $d=0,42$ <sup>24</sup>). Demnach kann auch hier nur von einem schwachen Effekt der Intervention ausgegangen werden.

Abbildung 21: Seelische Gesundheit (durchschnittliche Punkte im TPF)



<sup>23</sup> T-Test für gepaarte Stichproben:  $T=-5,001$ ;  $df=278$ ;  $p<.000$

<sup>24</sup> In der Modellphase wurde die Effektstärke für die Verbesserung der seelischen Gesundheit nicht berechnet.

## 5.2.4 Besondere Fragestellungen

Nachfolgend sollen verschiedene Gruppen hinsichtlich ihrer Performance im Programm miteinander verglichen werden. Untersucht wird, ob es Gruppenunterschiede bezüglich der Konsumveränderung (Frequenz, Menge und Abstinenzquote) oder im Bereich des psychischen Wohlbefindens (Depression und Ängstlichkeit) gibt.

### Geschlechtervergleich

Zunächst soll ein Blick darauf geworfen werden, ob es Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt. Dazu wurden die Durchschnittswerte der einzelnen Variablen zu zwei Testzeitpunkten (to vs. t2) miteinander verglichen. Die statistische Überprüfung der Differenzen zeigt keine signifikanten<sup>25</sup> Unterschiede in den untersuchten Parametern zwischen Männern und Frauen. Tabelle 16 verdeut-

Tabelle 16: Programmergebnisse von Frauen und Männern im Vergleich

	Gruppen	N	to	t1	t2	p	ES <sub>to vs. t2</sub>
Konsumfrequenz (Tage)	Männer	243	14,6 (SD=11,3)	7,7 (SD=10,3)	6,3 (SD=9,8)	p<.000	-1,01
	Frauen	61	20,0 (SD=10,2)	12,4 (SD=11,9)	9,4 (SD=11,3)	p<.000	-1,20
Konsummenge (Gramm)	Männer	247	15,5 (SD=20,1)	7,1 (SD=12,7)	5,9 (SD=11,1)	p<.000	-0,70
	Frauen	64	19,0 (SD=33,3)	9,1 (SD=12,2)	6,9 (SD=10,3)	p=.004	-0,52
Abstinenz (Anteil %)	Männer	243	18,1	56,0	54,3	p<.000	
	Frauen	61	4,9	27,9	39,9	p=.027	
Depressivität (Punkte)	Männer	188	14,0 (SD=9,1)	12,1 (SD=8,1)	12,0 (SD=8,4)	p=.003	-0,31
	Frauen	46	19,7 (SD=10,5)	16,9 (SD=11,8)	14,9 (SD=9,6)	p=.007	-0,59
Ängstlichkeit (Punkte)	Männer	226	43,4 (SD=11,8)	41,0 (SD=12,4)	40,2 (SD=12,1)	p<.000	-0,52
	Frauen	57	50,4 (SD=12,1)	47,3 (SD=15,5)	44,9 (SD=13,5)	p=.006	-0,54

licht, dass das Programm „Realize it“ sowohl bei Männern wie auch Frauen einen starken Effekt hat. Beide Gruppen konnten ihre Konsumhäufigkeit signifikant reduzieren, wobei der Effekt bei den

<sup>25</sup> T(diff\_tot2\_Konsumfrequenz\_Männer vs. Frauen)=-1,375; p=.170 (n. s.)  
T(diff\_tot2\_KonsumMenge\_Männer vs. Frauen)=-0,812; p=.417 (n. s.)  
T(diff\_tot2\_Abstinenz\_Männer vs. Frauen)=11,164; p (n. s.)  
T(diff\_tot2\_Depression\_Männer vs. Frauen)=-0,891 p=.374 (n. s.)  
T(diff\_tot2\_Ängstlichkeit\_Männer vs. Frauen)=-1,178; p=.242 (n. s.)

Frauen etwas stärker ausfiel als bei den Männern. Hinsichtlich der Konsummenge zeigt sich eine stärkere Wirksamkeit des Programms bei Männern. Allerdings blieb für beide Geschlechter der Effekt des Programms auf die Konsummenge im mittleren Bereich. Der Effekt des Programms auf das psychische Wohlbefinden war - unabhängig vom Geschlecht - eher moderat. Dennoch zeigt sich, dass sowohl bei der Verbesserung der Depressionswerte als auch der Ängstlichkeit Frauen stärker von dem Programm profitieren konnten.

### Vergleich nach Art des Programmabschlusses

In die Auswertung der Nachbefragungsdaten sind häufiger jene Daten von Teilnehmenden mit eingeflossen, die das Programm regulär beendet haben. Tabelle 17 zeigt, wie sich die Abbrecher von den regulären Beendern unterscheiden. Was die Konsumvariablen anbelangt, konnten beide

Tabelle 17: Programmergebnisse nach Abschlussart im Vergleich

	Gruppen	N <sup>26</sup>	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	p	ES <sub>t<sub>0</sub> vs. t<sub>2</sub></sub>
Konsumfrequenz (Tage)	regulär	197	15,0 (SD=11,1)	7,5 (SD=10,2)	5,9 (SD=9,3)	p<.000	-1,12
	Abbruch	97	17,5 (SD=11,4)	10,6 (SD=11,6)	8,7 (SD=11,5)	p<.000	-1,01
Konsummenge (Gramm)	regulär	204	15,4 (SD=24,5)	5,7 (SD=9,9)	4,9 (SD=9,1)	p<.000	-0,62
	Abbruch	97	18,7 (SD=21,8)	11,1 (SD=16,5)	8,6 (SD=13,9)	p<.000	-0,70
Abstinenz (Anteil %)	regulär	197	15,2	46,2	55,3	p<.000	
	Abbruch	97	14,4	32,0	45,4	p<.000	
Depressivität (Punkte)	regulär	155	15,5 (SD=10,1)	12,2 (SD=9,0)	11,7 (SD=9,4)	p<.000	-0,55
	Abbruch	71	14,7 (SD=8,4)	14,8 (SD=8,6)	14,7 (SD=8,6)	n. s.	
Ängstlichkeit (Punkte)	regulär	182	44,4 (SD=12,8)	40,8 (SD=13,4)	40,1 (SD=12,6)	p<.000	-0,50
	Abbruch	92	45,8 (SD=10,9)	45,4 (SD=12,4)	43,7 (SD=12,4)	n. s.	

Gruppen ihr Verhalten signifikant verändern. Auch der Vergleich der Effektstärken zeigt keinen Unterschied zwischen Abbrechern und Teilnehmenden, die das Programm regulär beendet haben. Dies zeigt, dass auch Abbrecher ihren Konsum durch „Realize it“ erfolgreich reduzierten.

Anders sieht es für die Variablen des psychischen Wohlbefindens aus. Personen, die das Programm abgebrochen haben, konnten weder ihre Depressionswerte noch ihre Werte für Ängstlichkeit signi-

<sup>26</sup> Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lag für zehn Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer keine Definition für den Programmabschluss vor.

fikant verringern, ihre Werte unterscheiden sich signifikant von denen der regulären Beender. Für alle anderen Vergleichsparameter konnte kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden.

### Vergleich nach Auflagen

„Realize it“ ist ein Beratungsprogramm, das sich primär an Personen richtet, die motiviert sind ihr Konsumverhalten zu ändern. Nichtsdestotrotz muss davon ausgegangen werden, dass etwa ein Drittel der Teilnehmenden fremdmotiviert ist. In einer nachträglichen Befragung aller Beratungs-

**Tabelle 18: Programmergebnisse im Vergleich Teilnahme am Programm mit oder ohne Auflage**

	Gruppen	N	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>		ES <sub>t<sub>0</sub> vs. t<sub>2</sub></sub>
Konsumfrequenz (Tage)	ohne Auflage	148	16,0 (SD=11,1)	7,9 (SD=10,3)	6,4 (SD=9,4)	p<.000	-1,14
	mit Auflage	74	13,8 (SD=11,5)	9,3 (SD=10,1)	7,1 (SD=10,6)	p<.000	-0,90
Konsummenge (Gramm)	ohne Auflage	151	16,9 (SD=27,5)	6,7 (SD=11,6)	5,2 (SD=9,8)	p<.000	-0,63
	mit Auflage	75	13,9 (SD=18,6)	7,0 (SD=11,4)	5,8 (SD=9,9)	p<.000	-0,66
Abstinenz (Anteil %)	ohne Auflage	148	15,5	42,6	50,0	p<.000	
	mit Auflage	74	18,9	36,5	55,4	p<.002	
Depressivität (Punkte)	ohne Auflage	119	16,3 (SD=9,8)	13,4 (SD=9,2)	12,6 (SD=8,4)	p<.000	-0,54
	mit Auflage	52	13,8 (SD=8,8)	13,4 (SD=8,0)	13,7 (SD=8,9)	n. s.	
Ängstlichkeit (Punkte)	ohne Auflage	137	46,6 (SD=12,1)	42,9 (SD=13,3)	41,5 (SD=12,2)	p<.000	-0,62
	mit Auflage	66	41,8 (SD=11,5)	41,9 (SD=12,3)	40,7 (SD=12,1)	n. s.	

stellen wurde deshalb gefragt, ob die Teilnehmenden beispielsweise aufgrund einer gerichtlichen Auflage an „Realize it“ teilnahmen. Da dieses Merkmal in der Modellphase nicht untersucht wurde, liegen dazu bisher keine Erfahrungen vor. Es wäre allerdings zu erwarten, dass „Realize it“ bei Personen, die nicht aus eigener Überzeugung heraus am Programm teilnehmen, weniger wirksam ist. Die Auswertung der Daten kann diese Vermutung auch bedingt belegen, denn beide Gruppen konnten zwar ihr Konsumverhalten signifikant reduzieren (vgl. Tabelle 18), wobei das Programm einen etwas stärkeren Effekt hat bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die mit eigener Veränderungsmotivation ins Programm kommen. Unterschiede zeigen sich aber vor allem im psychischen Wohlbefinden. Weder die Depressionswerte noch die für Ängstlichkeit können in der Gruppe der Personen, die aufgrund einer Auflage am Programm teilnehmen, signifikant verbessert werden.



Die Unterschiede innerhalb der Gruppen werden durch den statischen Vergleich beider Gruppen noch weiter untermauert. Während es für die Konsumvariablen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Personen mit bzw. ohne Auflagen gibt, zeigt sich für die Depressionswerte wie auch für die Ängstlichkeitswerte ein signifikanter<sup>27</sup> Unterschied zwischen den Gruppen.

### 5.2.5 Prädiktoren für eine erfolgreiche Teilnahme

In diesem Abschnitt soll geklärt werden, welche zu Beginn der Teilnahme an „Realize it“ vorliegenden Merkmale einen erfolgreichen Programmverlauf begünstigen oder diesen hemmen (sog. Prädiktoren). Es soll dabei der Einfluss untersucht werden, den verschiedene Merkmale auf den Teilnahmeerfolg haben. Es soll analysiert werden, inwiefern sich die soziodemografischen Merkmale (*Alter, Geschlecht, Schulbildung*), der eingangs vorliegende *Cannabiskonsum*, die erhobenen Merkmale *psychischer Gesundheit* (Ängstlichkeit, Depressivität) sowie die Tatsache, ob eine *Auflage* der Teilnahme zu Grunde lag, auf den Teilnahmeerfolg auswirken. Nicht zuletzt wird auch die *Art des Programmabschlusses* in die Analyse mit einbezogen.

Das Hauptziel der Teilnahme an „Realize it“, und somit das zentrale Kriterium für einen erfolgreichen Programmverlauf, ist eine *deutliche Reduktion des Cannabiskonsums*. Da das genaue Konsumziel für jede Klientin und jeden Klienten individuell bestimmt wird (z. B. Konsumabstinenz oder Reduzierung auf Wochenendkonsum) ist die Bestimmung einer festen Zielgröße bei der Betrachtung der Gesamt-Klientel nicht möglich. Daher wird an dieser Stelle vor pragmatischem Hintergrund von einer signifikanten Konsumreduktion ausgegangen, wenn die Konsumhäufigkeit (Konsumtage/letzte 30 Tage) um mindestens 80% abfällt. Es gelten also alle Teilnehmenden von „Realize it“ als erfolgreich, die ihren Konsum mindestens in dieser Größenordnung senken konnten.

Im folgenden Abschnitt soll mittels logistischer Regressionsanalyse untersucht werden, welchen Einfluss die genannten Faktoren auf die Zielgröße haben.

### Prädiktoren einer signifikanten Konsumreduktion

Eine Konsumreduktion von mindestens 80% liegt bei 54,1% der Teilnehmenden vor. Etwas mehr als die Hälfte aller „Realize it“-Teilnehmenden erreicht somit das erste Kriterium für eine erfolgreiche Programmteilnahme. Im Rahmen der Regressionsanalyse wird der Zusammenhang der einzelnen Variablen auf das Zielkriterium untersucht. Wie sich aus Tabelle 19 entnehmen lässt, ist keines der untersuchten Merkmale geeignet, einen Teilnahmeerfolg vorherzusagen. Weder soziodemografische Merkmale, das Cannabiskonsumverhalten

Tabelle 19: Prädiktoren einer signifikanten Konsumreduktion

Prädiktoren	Zielkriterien
	Konsum um mind. 80% gesenkt
Geschlecht: männlich	n. s.
Alter	n. s.
Gymnasiale Bildung: ja	n. s.
Konsumtage (to)	n. s.
Ängstlichkeit (to)	n. s.
Depressivität (to)	n. s.
Auflagen: ja	n. s.
Programmabschluss: regulär	n. s.

<sup>27</sup> T(diff\_tot2\_Konsumfrequenz\_mit vs. ohne Auflage)=1,773; p=.078 (n. s.)  
T(diff\_tot2\_KonsumMenge\_mit vs. ohne Auflage)=1,095; p=.275 (n. s.)  
T(diff\_tot2\_Abstinenz\_mit vs. ohne Auflage)=11,164; p (n. s.)  
T(diff\_tot2\_Depression\_mit vs. ohne Auflage)=-2,688 p=.008  
T(diff\_tot2\_Ängstlichkeit\_mit vs. ohne Auflage)=2,099; p=.037

noch die Merkmale psychischer Gesundheit lassen eine Aussage über den Teilnahmeerfolg zu. Dasselbe gilt für die Art des Programmabschlusses. Prädiktoren für einen besseren oder schlechteren Teilnahmeerfolg konnten also nicht identifiziert werden.

### **Fazit**

- Die Mehrheit der Teilnehmenden ist mit „Realize it“ zufrieden (84,5%) und würde es weiterempfehlen (87,6%).
- Die einzelnen Programmelemente (Begleitbuch) werden von etwa der Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als hilfreich oder sehr hilfreich bei der Erreichung der Programmziele beschrieben. Der Kontakt zum Beratenden wird mit 77% deutlich häufiger als hilfreich benannt.
- Für etwa die Hälfte der Befragten (47,6%) ist mit dem Einstieg in „Realize it“ der erste Kontakt zur Sucht- und Drogenhilfe hergestellt worden. Gut ein Drittel aller Teilnehmenden (36,7%) verbleibt nach Beendigung des Programms in der Beratungsstelle oder wird in eine andere Einrichtung weitervermittelt.
- Sowohl die Konsumhäufigkeit als auch die -menge konnten im Durchschnitt um mehr als die Hälfte gesenkt werden. Die Effekte der Teilnahme an „Realize it“ auf das Cannabiskonsumverhalten können als stark bezeichnet werden.
- Entgegen der Vermutung konnten in der untersuchten Stichprobe keine Anzeichen für eine Konsumverlagerung gefunden werden. Auch die Konsumhäufigkeit für Alkohol und illegale Drogen ist innerhalb des Beobachtungszeitraums zurückgegangen.
- Gut die Hälfte der befragten „Realize it“-Klientel ist sechs Monate nach Programmbeginn abstinent.
- Das psychische Wohlbefinden der Teilnehmenden verbessert sich innerhalb des Beobachtungszeitraums signifikant. Die durchschnittlichen Werte für Depressivität und Ängstlichkeit sinken, wohingegen der Selbstwert wie auch das Ausmaß der seelischen Gesundheit zunehmen. Die Effekte des Programms auf das psychische Wohlbefinden sind aber eher als schwach zu bezeichnen.

## 6. Zusammenfassung und Fazit

Wesentliches Ziel des Transfers von „Realize it“ war es, das im Rahmen des binationalen Modellversuchs in der Schweiz und in Baden-Württemberg entwickelte und wissenschaftlich überprüfte Beratungsprogramm für Cannabiskonsumentinnen und –konsumenten in die Alltagspraxis von Sucht- und Drogenberatungsstellen in Deutschland zu überführen. Das Interesse der Beratungsstellen an diesem neuen Programm war groß. Die anfänglich angebotenen Schulungen konnten bei weitem nicht die Nachfrage decken. Durch zusätzliche Mittel der Länder Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Niedersachsen<sup>28</sup> konnte allen interessierten Beratungsstellen eine Teilnahme ermöglicht werden. Um die bisherige gute Akzeptanz bei den Klientinnen und Klienten und die nachgewiesene Wirksamkeit weiterhin gewährleisten zu können, wurden alle teilnehmenden Beratungsstellen in einer dreitägigen Schulung mit den konzeptionellen Grundlagen und der methodischen Umsetzung des Programms vertraut gemacht. Während der Transferphase wurden mehr als 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen mit „Realize it“ vertraut gemacht und 140 Einrichtungen in der Umsetzung des Programms wissenschaftlich begleitet.

### Aufnahmen

Im Rahmen des Transfers von „Realize it“, in der Zeit vom 1. April 2008 bis zum 31. Dezember 2009, haben sich insgesamt 1.433 Personen mit cannabisbezogenen Problemen zum Programm angemeldet. Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich, dass die Inanspruchnahme des Beratungsprogramms zwischen den Ländern teilweise erheblich stark ausfällt, wobei dies primär auf die stark unterschiedliche Anzahl der beteiligten Beratungsstellen zurückzuführen ist. So wurden im Beobachtungszeitraum die meisten Klienten bzw. Klientinnen in Nordrhein-Westfalen, die wenigsten in Brandenburg aufgenommen, den Ländern mit den jeweils meisten bzw. wenigsten Beratungsstellen. Betrachtet man die Aufnahmezahlen auf Beratungsebene, so stellt man fest, dass es auch zwischen den Einrichtungen große Unterschiede gibt. Während es einem großen Teil der teilnehmenden Beratungsstellen gelang, die ursprünglich avisierte Anzahl Klienten (n= 15) im Transferzeitraum aufzunehmen, konnten andere Beratungseinrichtungen überhaupt keine Probanden aufnehmen. Die Gründe für diese Unterschiede können vielfältig sein. Aus den Rückmeldungen der Beratungsstellen kann z. B. geschlossen werden, dass Einrichtungen, die (teilweise seit langem) das Image einer Anlaufstelle für Heroinabhängige haben, sich (auch) mit dem Beratungsprogramm „Realize it“ schwertun, die Zielgruppe der Cannabisabhängigen anzusprechen.

### Nutzerinnen und Nutzer

Ungefähr 85% der Teilnehmenden von „Realize it“ sind männlich, das mittlere Alter liegt bei 21,2 Jahren. Verglichen mit den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik, in die die Daten von über 600 Einrichtungen der ambulanten Drogenhilfe eingehen (Pfeiffer-Gerschel, Hildebrand und Wegmann 2009), liegt das Bildungsniveau der „Realize it“-Klientel leicht über dem der übrigen Klientel in den ambulanten Beratungsstellen, aber deutlich unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.

Vor dem Hintergrund der zum Programmeinstieg ermittelten Daten zum Cannabiskonsum und zur Cannabisabhängigkeit zeigt sich, dass die an „Realize it“ teilnehmenden Personen einen starken

---

<sup>28</sup> Im Februar 2010 wurden auch noch eine zusätzliche Schulung in Schleswig-Holstein durchgeführt.

Cannabiskonsum aufweisen. Etwa die Hälfte konsumiert täglich oder fast täglich Cannabis. Bei 80% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigt sich nach den Kriterien des DSM-IV eine Cannabisabhängigkeit. Darüber hinaus liegen bei etwa jeder/m zweiten Programmteilnehmer/-in auf der Grundlage der eingesetzten Screeninginstrumente Hinweise für eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit vor (Ängstlichkeit, Depressivität).

### **Haltequote und Akzeptanz**

In der Gesamtstichprobe sind über 80% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zufrieden oder sehr zufrieden mit der in Anspruch genommenen Beratung und würden das Programm weiterempfehlen. Diese positive Bewertung ist nicht nur auf die Klientinnen und Klienten zurückzuführen, die das Programm regulär durchlaufen haben. Von denen, die das Programm vorzeitig beendet und an der Nachbefragung teilgenommen haben, zeigen sich immerhin noch 72% insgesamt zufrieden mit „Realize it“. Einschränkend kann hier jedoch ein Selektionseffekt vermutet werden, d.h., dass die Personen, die sich an den Nachbefragungen beteiligt haben, dem „Realize it“-Programm gegenüber grundsätzlich positiver eingestellt sind als jene, die sich nicht beteiligt haben.

Die hohe Akzeptanz bildet sich jedoch nicht ganz in der Haltequote ab. Im Schnitt hat die Hälfte aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Programm regulär beendet, die andere Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer dagegen brach vorzeitig ab. Gründe für einen vorzeitigen Abbruch können vielfältig sein. Zuvorderst muss berücksichtigt werden, dass mit der Kurzintervention „Realize it“ für Cannabisabhängige ein vergleichsweise niedrigschwelliges Angebot zum „Einstieg in den Ausstieg“ gemacht werden sollte. Dass dabei teilweise auch Personen mit ambivalenter Veränderungsmotivation in die Beratung aufgenommen wurden, dürfte sich in der vorliegenden Abbruchquote widerspiegeln. Interessanterweise hat aber im Rahmen des Transfers mit 50,3% aller Teilnehmenden ein nahezu ebenso hoher Anteil das Beratungsprogramm regulär beendet wie während der binationalen Modellphase (51,8%).

Ein Abbruch der Beratung kann aber auch durch ein vorzeitiges Erreichen der selbstgesteckten Ziele begründet sein. Dies ist beispielsweise bei jenen 12,2% der Probanden wahrscheinlich, die zum Zeitpunkt des Beginns der Beratung bereits abstinent waren und die Unterstützung der Beratungsstelle nur wenige Wochen in Anspruch genommen haben. Diese Teilgruppe kam mit einem erheblichen „Vorsprung“ zu „Realize it“ und nutzte das Programm vor allem zum Erlernen und Erproben von Strategien zur Aufrechterhaltung der Drogenabstinenz.

Eine Analyse möglicher Prädiktoren für einen Programmabbruch ergab, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit für einen regulären Programmabschluss steigt. Umgekehrt war die Konsumhäufigkeit ein Indikator für Abbrüche: Mit der Anzahl der Konsumtage steigt auch die Wahrscheinlichkeit für einen vorzeitigen Programmabbruch. Der gegenwärtige psychische Zustand hatte dagegen keinen Einfluss auf den Programmabschluss.

## Integration in die Suchthilfe

Ein Ziel von „Realize it“ ist es, mit Hilfe eines transparent strukturierten und zeitlich überschaubaren Programms Hilfesuchenden, für die der erste Kontakt zu einer Beratungsstelle oder gar zu Entzugseinrichtungen bisher eine zu große Hürde darstellte, ein attraktives Angebot zu machen. Dass dies gelungen ist, können die vorliegenden Zahlen eindrucksvoll belegen. Für etwa die Hälfte der Befragten wird mit „Realize it“ der erste Kontakt zu einer Sucht- bzw. Drogenberatungsstelle hergestellt. Etwa ein Viertel aller Teilnehmenden beendet das Programm regulär und verlässt es ohne weitere Hilfen. Man kann davon ausgehen, dass diese Gruppe ihr Ziel erreicht hat und keine weiteren Hilfen benötigt. Für die verbleibenden Personen kann ein über das Programm hinausgehender Beratungs- bzw. Betreuungsbedarf angenommen werden. Die Beratungsstellen offerieren diesen Klientinnen und Klienten entsprechende interne wie externe Angebote. Knapp die Hälfte der Betroffenen nimmt diese Angebote auch an. Die andere Hälfte verlässt das Programm ohne weitere Hilfen, wobei insbesondere in der Gruppe der Personen, die das Programm aus eigener Entscheidung vorzeitig verlassen, nicht klar ist, wie groß der Anteil derer ist, die abbrechen, weil sie bereits ihr Ziel erreicht haben.

## Wirkung

Bleibt schließlich noch die Frage zu klären, ob die signifikante Konsumreduktion, die sich in der ersten Evaluation von „Realize it“ gezeigt hat, auch bei den Klientinnen und Klienten nachweisen lassen, die von den Transfer-Beratungsstellen betreut wurden. Diese Frage kann eindeutig mit „ja“ beantwortet werden. So weisen 51% der Klientinnen und Klienten sechs Monate nach Abschluss des Programms keinen Konsum mehr auf, d. h. sie konsumierten kein Cannabis in den letzten 30 Tagen. Im Mittel können die Teilnehmenden von anfangs 21,9 auf 10,8 Konsumtage sechs Monate nach dem Abschluss von „Realize it“ reduzieren, wobei hier wohlgermerkt auch Personen in die Stichprobe eingehen, die das Programm nicht regulär beendet haben. Das ergibt eine Konsumreduktion auf 50% weniger Konsumtage. Der Effekt, den die Teilnahme an „Realize it“ auf das Konsumverhalten hat, ist damit als stark zu bezeichnen und entspricht exakt dem Ergebnis, das im Rahmen der Modellphase erzielt wurde. Weiterhin wurde überprüft, ob die Beratung im Rahmen des Transfers auch in Bezug auf das psychische Wohlbefinden ähnliche Effekte aufweist wie in der Modellphase. Auch diese Frage ist in Bezug auf die Gesamtstichprobe mit „ja“ zu beantworten. Die Werte für Ängstlichkeit ( $d=-.45$ ) und Depressivität ( $d=-.31$ ) konnten im Durchschnitt signifikant gesenkt werden, wobei der Effekt des Programms in etwa dem in der Modellphase ( $d=-.48$ ;  $d=-.51$ ) entsprach. Ebenso konnte die Selbsteinschätzung des generellen Selbstwerts durch die Teilnehmenden sowie die seelische Gesundheit insgesamt verbessert werden. Ein detaillierter Vergleich verschiedener Subgruppen zeigte jedoch, dass nicht für alle eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens eingetreten ist. Personen, die aufgrund einer Auflage am Programm teilnahmen wie auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer die das Programm vorzeitig abbrachen, konnten – obwohl sie ihren Konsum signifikant reduzierten- keine signifikanten Verbesserungen ihrer Ängstlichkeits- bzw. Depressivitätswerte erzielen.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung den wissenschaftlichen Konsens, dass Programme, die aus einer Mischung von Elementen des „Motivational Interviewing“, kognitiven verhaltenstherapeutischen Elementen und einer individuellen Beratungsarbeit bestehen,

nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung als wirksame Interventionen bei Cannabisabhängigkeit empfohlen werden können (vgl. Bonnet et al. 2005; Denis et al. 2006).

## **Fazit**

In der Gesamtschau kann der Transfer von „Realize it“ aufgrund der erzielten Ergebnisse als erfolgreich bewertet werden. Das Programm findet eine hohe Akzeptanz bei Beraterinnen und Beratern ebenso wie bei der avisierten Zielgruppe. Im Hinblick auf das Programmziel – die signifikante Reduzierung des Cannabiskonsums – konnten die Ergebnisse des Modellversuchs im Wesentlichen wiederholt werden.

Dieser Erfolg ist zum einen sicherlich der hohen fachlichen Beratungsqualität und dem Erfahrungshintergrund der Kolleginnen und Kollegen aus den Beratungsstellen zuzuschreiben. Zum anderen dürften die Maßnahmen der Qualitätssicherung ebenfalls maßgeblich zu der erfolgreichen Umsetzung des Transfers beigetragen haben. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang einerseits die dreitägigen Schulungen zur Einführung in die Umsetzung des Programms, in denen sowohl die fachlichen und technischen Grundlagen von „Realize it“ vermittelt als auch in praktischen Übungen angewendet werden konnten, und andererseits der enge fachliche Austausch mit den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen. So konnten im Rahmen zweier Netzwerktreffen Beispiele guter Praxis unter den Beratenden ausgetauscht werden und Rückmeldungen an die Beraterinnen und Berater auf der Grundlage des Monitorings erfolgen.

Kritisch bewertet werden muss die Datengrundlage der wissenschaftlichen Begleitung. Zwar weist der statistische Vergleich der Untersuchungsteilnehmer mit jenen, die nicht an der Untersuchung teilnahmen, keinen stärkeren, statistisch relevanten Unterschied auf, ein Selektionseffekt kann dennoch nicht ausgeschlossen werden. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich – unabhängig von der Art des Programmabschlusses - überwiegend erfolgreiche und/oder zufriedene Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Nachbefragung beteiligten.

## 7. Literatur

- Aalto, M., Pekuri, P. & Seppa, K. (2003). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence*, 69 (1), 9-14.
- Augustin, R. & Kraus, L. (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. *Sucht*, 51, 29-39.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. & Grant, M. (1992). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. Geneva : World Health Organization.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (2000). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2002). Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, 48.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband illegale Drogen. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Kurzbericht Juni 2007 Köln: BZgA
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. A. & Stephens, R. S. (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, 55-64.
- Cornuz, J., Humair, J.-P., Seematter, L., Stoianov, R., van Melle, G. & Pecoud, A. (2002). Efficacy of resident training in smoking cessation: A randomized, controlled trial, of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Annals of Internal Medicine.*, 136, 429-437.
- Denis, C., Lavie, E., Fatséas, M. & Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (2000). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen- ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Grant, B. F. & Pickering, R. (1999). The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 10, 255-264.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale of children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Hüsler, G. (2005). *Wissenschaftliche Arbeiten im Rahmen des Aktionsplanes Cannabisprävention - Zwischenbericht*. Universität Fribourg.

- Hüsler, G. (2008). *Realize-it Evaluation einer Kurzintervention bei Cannabisabhängigkeit Publikationsreihe „Was haben wir gelernt“* Bern; BAG, Infodrog.
- Kandel, D., Chen, K., Warner, L. A., Kessler, R. C. & Grant, B. (1997). Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug & Alcohol Dependence*, 44 (1), 11-29.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research issues and speculations. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century.
- Kanfer, F.H. (1986). Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors. Process of change* (pp. 29-47). New York: Plenum Press.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54, 16-25.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Monti, P. M., Colby, S., Barnett N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 989-994.
- Müller-Mundt, G. (2001). Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation* (S. 94-106). Bern: Verlag Hans Huber.
- Perkonig, A., Lieb, R., Hofler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H. U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94 (11), 1663-1678.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Sachbericht 2008: Weiterentwicklung des Kurzinterventionsprogramms „Realize it
- Saß, H., Wittchen H.-U., Zaudig, M. & Houben I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevison*. Göttingen: Hogrefe.



- Simon, R., Bühringer, G., Kraus, L. & Sonntag, D. (2004). Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. München.
- Stoll, B., Daeppen, J. B. & Wick, H. D. (1999). Die Kurzintervention: Eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum. *Praxis*, 88, 1699-1704.
- Walker, D. D., Roffman, R. A., Stephens, R. S., Wakana, K., Berghuis, J. & Kim, W. (2006). Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 628-32.
- Watt, R. G. & Robinson, M. (1999). *Helping smokers to Stop – A guide for the dental team*. London: Health Education Authorities.

## 8. Anhang

**Tabelle A: Übersicht der der teilnehmenden Beratungsstelle nach Bundesländern**

<b>Baden-Württemberg</b>	
bwlv Fachstelle Sucht, Jugend- und Drogenberatung	Waldshut-Tiengen
Drobs Kehl/OG/Achern	Kehl
Drogen- und Jugendberatungsstelle AKRM e. V.	Lörrach
Drogenhilfe Freiburg >Drobs<	Freiburg
Drogenhilfe Lahr	Lahr
Fachstelle Sucht des blv.	VS-Villingen
Fachstelle Sucht Tuttlingen	Tuttlingen
Horizont Rems-Murr	Backnang
Jugend- und Drogenberatung Landkreis Esslingen	Kirchheim unter Teck
Jugend- und Drogenberatung Rheinfelden (blv.)	Rheinfelden
PSB Bietigheim "Projekt Chillout"	Bietigheim-Bissingen
PSB Ludwigsburg "Projekt Chillout"	Ludwigsburg
PSB Reutlingen	Reutlingen
PSB Tübingen	Tübingen
Release U21	Stuttgart
Villa Schöpflin	Lörrach-Brombach
<b>Bayern</b>	
Beratungsstellenverbund d. Prop e.V., Erding	Erding
Beratungsstellenverbund d. Prop e.V., Freising	Freising
Beratungszentrum TAL 19	München
Drob Inn-Drogenberatungsstelle	Neu-Ulm
Drobs e.V. Dachau	Dachau
Jugend- und Drogenberatungsstelle Würzburg	Würzburg
<b>Berlin</b>	
Caritas Königsberger	Berlin
Caritas Spandau	Berlin
Drogennotdienst	Berlin
Drogennotdienst	Berlin
Integrative Suchtberatung Große Hamburger 18	Berlin
LogIn	Berlin
Misfit	Berlin
SPI Drogenberatung Nord	Berlin
SPI Lichtenberg	Berlin
Vista-Confamilia	Berlin
Vista-Spandau	Berlin
Zentrum für integrative Suchthilfe Ambulante Suchtberatung Mitte (Vista-Mitte)	Berlin
<b>Brandenburg</b>	
AUSWEG gGmbH Bad Liebenwerda	Bad Liebenwerda
Kontakt- und Drogenberatung SOMATRIX	Brandenburg
<b>Bremen</b>	
Drogenhilfe Zentrum Mitte / Amb. Drogenhilfe HB	Bremen
Drogenhilfe Zentrum Nord / Amb. Drogenhilfe HB	Bremen
Drogenhilfe Zentrum Ost / Amb. Drogenhilfe HB	Bremen
<b>Hamburg</b>	
Die Boje Barmbek	Hamburg
Die Brücke e.V. Hamburg	Hamburg
DREI Suchtberatung Hamburg	Hamburg
KODROBS Altona (jugend hilft jugend e. V.)	Hamburg
KODROBS Bergedorf (jugend hilft jugend e. V.)	Hamburg
mobs - mobile Suchtberatung Hamburg-Nord	Hamburg
SEEHAUS - Ambulantes Suchtberatungs- und Behandlungszentrum	Hamburg
STZ Beratungsstelle HARBURG	Hamburg
Suchtberatung Kö 16a für Kinder, Jugendliche und Angehörige	Hamburg
Suchthilfezentrum Hamburg-West-Lukas	Hamburg
<b>Hessen</b>	
Caritaszentrum für Sucht- und Drogenhilfe Fulda	Fulda
Drogenberatung Landkreis Darmstadt-Dieburg	Dieburg
Jugend- und Drogenberatung Höchst, Frankfurt	Frankfurt
Jugend- und Drogenberatung Homberg	Homberg
Suchthilfe Wetzlar e.V.	Wetzlar
Suchthilfezentrum Wildhof, Offenbach / Main	Offenbach/Main
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	
Evangelische Suchtberatung Bad Doberan	Bad Doberan
Evangelische Suchtberatung Kühlungsborn	Kühlungsborn
Suchtberatung der Diakonie Neustrelitz	Neustrelitz
Suchtberatungs- und Behandlungsstelle d. Volkssolidarität	Rostock
<b>Niedersachsen I</b>	
Anonyme Drogenberatung Delmenhorst	Delmenhorst
Caritasverband, Fachambulanz Twistringen	Twistringen
Diakonieverband Buxtehude-Stade, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	Stade
DroBeL e. V. - (Drogenberatung Lehrte e. V.)	Lehrte
Drobs Hameln	Hameln
Drobs Lüneburg Fachstelle für Sucht & Suchtprävention	Lüneburg
Drogenhilfe Hildesheim gGmbH	Hildesheim
Fachambulanz Sucht Emsland, Diakonisches Werk	Lingen

<b>Niedersachsen II (Fortsetzung von vorheriger Seite)</b>	
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	Cloppenburg
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Achim	Achim
Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention Buchholz i.d.N.	Buchholz i. d. N.
Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention Göttingen/Drogenberatungszentrum Göttingen	Göttingen
Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention Herzberg	Herzberg
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Peine	Peine
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention "Rose 12", Oldenburg	Oldenburg
Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg	Wildeshausen
Fachstelle Sucht, Suchtprävention SBB Friesland (Varel)	Varel
Jugend- und Suchtberatungszentrum (Drobs) Hannover	Hannover
Kirchliche Suchtkrankenhilfe; Caritas Suchtberatung, Grafenschaft Bentheim	Nordhorn
Sozialpsychiatrischer Dienst Uelzen	Uelzen
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	
Ambulante Suchthilfe "Update" Fachstelle für Suchtprävention	Bonn
Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V.	Ahlen
AWO Sucht- und Drogenberatungstelle Dülmen	Dülmen
B.i.S.S. (Beratung u. Begleitung für Jugendliche in Sachen Sucht) Träger SkF e. V. /SKM e. V.	Köln
Beratungsstelle für Drogenprobleme e.V.	Wuppertal
Caritas-Suchtberatung, Fachstelle für Beratung, Behandlung und Prävention	Olpe
Caritasverband für den Rhein-Sieg-Kreis e.V. Suchtkrankenhilfe Bornheim	Bornheim
Caritasverband für den Rhein-Sieg-Kreis e.V. Suchtkrankenhilfe Eitorf	Eitorf
Caritasverband für den Rhein-Sieg-Kreis e.V. Suchtkrankenhilfe Rheinbach	Rheinbach
Caritasverband für den Rhein-Sieg-Kreis e.V. Suchtkrankenhilfe Siegburg	Siegburg
Diakonie im Kirchenkreis Kleve e.V. Suchtberatungsstelle	Geldern
Diakonie Ruhr-Hellweg e. V. Suchtberatung	Werl
Diakonisches Werk Drogenberatung Herford	Herford
Diakonisches Werk im Kirchenkreis Aachen e.V. Suchtberatung "Baustein" (Alsdorf)	Alsdorf
DROB Drogenhilfe Recklinghausen und Ostvest e.V.	Recklinghausen
DROBS Dortmund	Dortmund
Drogenberatung der Stadt Oberhausen (Drobs)	Oberhausen
Drogenberatung des SKM e.V. Bocholt	Bocholt
Drogenberatung e.V. Bielefeld	Bielefeld
Drogenberatung e.V. in Lippe	Detmold
Drogenberatung Gronau	Gronau
Drogenberatung Kontaktzentrum Gelsenkirchen	Gelsenkirchen
Drogenberatung Westvest, Marl	Marl
Drogenberatungsstelle Innenstadt, SKM e.V. Köln	Köln
Drogenhilfe Duisburg-Mitte DWD	Duisburg
Jugendsuchtberatung – Suchthilfeverbund Duisburg e.V.	Duisburg
Drogenhilfe Köln gGmbH	Köln
Drogenhilfe Moers	Moers
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	Düsseldorf
Fachambulanz der Suchtkrankenhilfe, Caritas Rhein-Kreis Neuss	Neuss
ginko-Stiftung für Prävention	Mülheim an der Ruhr
In „Echtzeit“ Krisenhilfe e. V. Bochum	Bochum
Information und Hilfe in Drogenfragen e.V.	Wesel
Jugend- und Drogenberatung, Rheine	Rheine
Jugend- und Drogenberatungsstelle Paderborn (DROBS)	Paderborn
Jugend(sucht)beratung des AKJ e.V.	Hamm
Sucht- und Drogenberatung Düren	Düren
Suchthilfe direkt Essen gGmbH	Essen
<b>Rheinland-Pfalz</b>	
Fachstelle Sucht Frankenthal	Frankenthal
Jugend- und Drogenberatungsstelle Alzey	Alzey
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle, Caritasverband - Suchtberatung Wittlich	Wittlich
Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe Koblenz I	Koblenz
<b>Saarland</b>	
DIE BRIGG	Neunkirchen
Gesundheitsamt Saarbrücken – Sozialer Dienst	Saarbrücken
<b>Sachsen</b>	
Drogenberatungsstelle Grimma	Grimma
Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung Stadtmission Chemnitz e.V.	Chemnitz
Projekt „Drahtseil“ im Zentrum für Integration	Leipzig
SBB Horizont Dresden	Dresden
SBB Impuls/Suchtzentrum Leipzig gGmbH	Leipzig
Suchtberatung Gesundheitsamt Borna	Borna
<b>Sachsen-Anhalt</b>	
AWO Sucht- und Drogenberatungsstelle Salzwedel	Salzwedel
DRK KV Bitterfeld e.V. Sucht- Drogenberatungsstelle	Bitterfeld-Wolfen
DROBS Halle	Halle
Suchtberatungsstelle Ev. Stadtmission Halle e.V.	Halle
<b>Schleswig-Holstein</b>	
ATS Norderstedt	Norderstedt
ATS Suchtberatung Kaltenkirchen	Kaltenkirchen
Fachambulanz Kiel	Kiel
Suchthilfe der Stadtmission Kiel	Kiel
<b>Thüringen</b>	
Ambulante Drogenhilfe CHAMÄLEON des DRK Jena	Jena
Kompass gGmbH Suchtberatung Eisenach	Eisenach
Musikszeneprojekt Drogerie, Drogenaufklärung und Beratung	Erfurt

Tabelle B: Teilnahme an der Nachbefragung: Grundgesamtheit, Drop-Outs &amp; Teilnehmende im Vergleich

	Grundgesamtheit (n=1225)	In Datenanalyse berücksichtigt?		
		nein (n=913)	ja (n=312)	Gruppen- unterschied <sup>a</sup>
Geschlecht männlich (Anteil)	84,6 %	86,3 %	79,5 %	p = .004
Alter (Jahre)	n=1225 M=25,7 SD=6,7	n=913 M=21,9 SD=5,1	n=312 M=22,7 SD=6,0	p = .003
Gymnasium (Anteil)	13,8 %	13,3 %	15,4 %	n.s.
Realschule (Anteil)	27,3 %	26,5 %	29,5 %	
Hauptschule (Anteil)	33,3 %	34,1 %	31,1 %	
kein Schulabschluss (Anteil)	11,0 %	11,7 %	9,0 %	
anderer Schulabschluss (Anteil)	0,2 %	2,4 %	1,0 %	
noch in der Ausbildung (Anteil)	12,3 %	11,7 %	14,1 %	
Konsummenge (Gramm / letzte 30 Tage)	n=1225 M=17,4 SD=26,5	n=913 M=17,8 SD=27,5	n=312 M=16,2 SD=23,4	n.s.
Konsumfrequenz (Tage / letzte 30 Tage)	n=1225 M=16,4 SD=11,3	n=913 M=16,6 SD=11,2	n=312 M=15,9 SD=11,3	n.s.
Konsumfrequenz Alkohol (Tage / letzte 30 Tage)	n=1219 M=5,2 SD=5,9	n=909 M=5,8 SD=6,2	n=310 M=5,9 SD=6,0	n.s.
Konsum anderer illegaler Substanzen (Anteil)	23,4 %	24,0 %	21,8 %	n.s.
Ängstlichkeit (Punkte im STAI-T)	n=1183 M=45,8 SD=12,0	n=882 M=46,1 SD=12,0	n=301 M=45,0 SD=12,0	n.s.
Depressivität (Punkte im ADS-K)	n=1028 M=15,7 SD=9,8	n=756 M=15,9 SD=9,8	n=272 M=15,0 SD=9,6	n.s.
Genereller Selbstwert (Punkte im SPPC)	n=1121 M=2,6 SD=0,5	n=831 M=2,6 SD=0,5	n=290 M=2,7 SD=0,5	n.s.
Seelische Gesundheit (Punkte im TPF)	n=1190 M=56,7 SD=9,4	n=886 M=56,7 SD=9,3	n=304 M=56,9 SD=9,6	n.s.
Regulärer Programmabschluss (Anteil)	50,3 %	67,9 %	44,7 %	p=.000
DSM IV Abhängigkeit	80,8 %	81,7 %	78,2 %	n.s.

<sup>29</sup> Zweiseitige Testung. Um vorhandene Unterschiede leichter aufzudecken, wurde hier ein Signifikanzniveau von  $\alpha = .10$  gewählt. Gruppenunterschiede in Alter, Konsummenge, -frequenz, Konsumfrequenz Alkohol, Ängstlichkeit, Depressivität, generellem Selbstwert & seelischer Gesundheit wurden mit T-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Unterschiede im Bildungsniveau (nur „Gymnasium“, „Realschule“, „Hauptschule“ und „kein Schulabschluss“) wurden mittels Mann-Whitney-Tests überprüft, für die Untersuchung der Geschlechterverteilung, des Anteils illegaler Substanzen, Prävalenz cannabisabhängiger KlientInnen sowie der Art des Programmabschlusses wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt.

Tabelle C: Delinquenz der Programmteilnehmenden

Bundesland	Schon einmal vor Gericht gestanden	N	Probleme mit der Polizei wegen Drogen	N	Auflage zur Teilnahme an RI durch Gericht	N
Baden-Württemberg	61,4%	189	72,5%	189	60,4%	48
Bayern	72,3%	65	86,2%	65	84,2%	19
Berlin	46,2%	210	39,5%	210	12,8%	47
Brandenburg	46,2%	13	84,6%	13	50,0%	2
Bremen	47,1%	34	61,8%	34	30,8%	13
Hamburg	41,3%	63	58,7%	63	16,7%	6
Hessen	34,8%	66	56,1%	66	20,0%	20
Mecklenburg-Vorpommern	50%	14	42,9%	14	-	-
Niedersachsen	55,1%	118	60,2%	118	36,1%	36
Nordrhein-Westfalen	52,2%	418	56,7%	418	17,9%	84
Rheinland-Pfalz	57,9%	38	60,5%	38	35,7%	14
Saarland	26,7%	19	68,4%	19	0%	3
Sachsen	48,4%	31	41,9%	31	16,7%	6
Sachsen-Anhalt	50,0%	18	38,9%	18	33,3%	3
Schleswig-Holstein	22,2%	27	22,2%	27	0%	6
Thüringen	59,1%	22	68,2%	22	33,3%	6
<b>Gesamt</b>	<b>51,4%</b>	<b>1345</b>	<b>57,5%</b>	<b>1345</b>	<b>31,3%</b>	<b>313</b>