



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

**Evaluation des Selbstkontrolltrainings SKOLL –
Ein suchtmittelübergreifender Ansatz zur
Frühintervention bei Jugendlichen und Erwachsenen:
Gesundheits- und Versorgungseffekte des Programms
(Abschlussbericht 2012)**

Dr. Thomas Kliche, Dipl.-Pol. Dipl.-Psych.

Manuela Post, Dipl.-Psych.

Beate Griebenow, Dipl.-Soz.

Raissa Henn, Dipl.-Psych.

Barbara Israel, Dipl.-Soz.

Sophia Kremser, BA Sozialwiss.

Rebecca Pfitzner, BA Gesundheitswiss.

Anschrift:

Thomas Kliche, Hochschule Magdeburg-Stendal

Studiengang Kita-Leitung, Professur für Bildungsmanagement

Osterburger Str. 25, 39576 Stendal

thomas.kliche@hs-magdeburg.de

Im Auftrag von

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Inhalt

1	AUFGABENSTELLUNG	9
2	VORGEHEN: ERFASSUNG DER GESUNDHEITSEFFEKTE	10
2.1	FORSCHUNGSPLAN: WIRKSAMKEIT BEI DEN TEILNEHMER/-INNEN	10
2.2	EINGESETZTE FRAGEBÖGEN DER TEILNEHMERBEFRAGUNG	12
2.3	AUSWERTUNGEN	17
2.3.1	<i>Datenqualität (Plausibilitätsprüfungen)</i>	17
2.3.2	<i>Psychometrische Prüfungen</i>	17
2.3.2.1	Item- und Skalenanalysen.....	17
2.3.2.2	Fragebogen- und skaleninterne Validität.....	18
2.3.3	<i>Vergleich mit Referenzwerten (Verankerung)</i>	19
2.3.4	<i>Veränderungsanalysen</i>	19
2.3.5	<i>Statistische Konventionen (Signifikanz und Effektstärken)</i>	20
2.3.6	<i>Reliabilität der Indikatoren</i>	21
2.3.7	<i>Konvergente Validierung von Gesundheits- und Risikoindikatoren</i>	21
2.4	INDIKATOREN UND BEWERTUNG PRAKTISCHER BEDEUTSAMKEIT	22
2.5	DATENERHEBUNG.....	24
2.6	RÜCKLAUF UND STICHPROBE	25
2.6.1	<i>Konservativ und realistisch berechnete Haltequote</i>	25
2.6.2	<i>Rücklauf</i>	28
2.6.3	<i>Teilnehmermerkmale des Querschnittes</i>	30
2.6.4	<i>Merkmale der Längsschnittstichprobe</i>	32
2.6.5	<i>Fazit: Rücklauf und Stichprobenmerkmalen</i>	33
2.7	AUFTEILUNG DER STICHPROBE FÜR GRUPPENVERGLEICHE	34
2.7.1	<i>Aufteilung der Standorte nach Regionen</i>	34
2.7.2	<i>Aufteilung der Regionen nach Urbanisierungsgrad (Ortsgröße)</i>	34
2.7.3	<i>Aufteilung der Teilnehmer/-innen nach Risikogruppen</i>	36
2.7.4	<i>Aufteilung der SKOLL-Gruppen nach soziodemographischer Mischung</i>	38
2.7.5	<i>Berechnung von Kenngrößen für weitere Gruppeneinteilungen</i>	38
2.7.5.1	Allgemeines Vorgehen	38
2.7.5.2	Datengestützte Aufgliederung der gesundheitlichen Belastungen.....	39
2.7.5.3	Datengestützte Aufgliederung der Teilnehmerziele	39
3	VORGEHEN: ABSCHÄTZUNG DER VERSORGUNGSEFFEKTE	41
3.1	AUFGABENSTELLUNG DER VERSORGUNGSANALYSE	41
3.2	METHODISCHER ANSATZ: EXPERTENBEFRAGUNG NACH DEM RAR-DESIGN.....	42
3.3	FORSCHUNGSPLAN: QUALITATIVE BEOBACHTUNGSSTUDIE	43
3.4	AUSWAHL DER BEFRAGTEN.....	43
3.5	LEITFADENENTWICKLUNG	44
3.6	DATENERHEBUNG.....	45
3.7	AUSWERTUNGEN	45
3.8	DATENBASIS: STANDORT, REGION, EINRICHTUNG, BERUFSFELD	47
3.9	ÖRTLICHE AUSGANGSLAGE DER EINBEZOGENEN STANDORTE.....	50
3.10	DOKUMENTATION, DATENSCHUTZ UND ZITIERWEISE.....	56
4	VORGEHEN: FALLSTUDIEN	57

5	VORGEHEN: EFFEKTGRÖßENVERGLEICH FÜR DIE SUCHTPRÄVENTION	58
6	DIE VERSORGUNGS-LAGE ZU PROJEKTBEGINN (EXPERTENBEFRAGUNG)	59
6.1	VORDRINGLICHE RISIKOVERHALTEN	59
6.2	HAUPTAKTEURE DER ÖRTLICHEN SUCHTPRÄVENTION UND -HILFE	60
6.3	PRÄVENTIONS- UND BEHANDLUNGSPROGRAMME DER TRÄGER	66
6.3.1	<i>Gruppenbezogene Arbeitsformen vor Programmbeginn.....</i>	<i>66</i>
6.3.2	<i>Präventionsangebote vor Programmbeginn.....</i>	<i>67</i>
6.3.3	<i>Angebotene Programme.....</i>	<i>68</i>
6.3.4	<i>Behandlung</i>	<i>70</i>
6.3.5	<i>Stärker und geringer versorgte Risikoverhalten</i>	<i>71</i>
6.4	FAZIT: DIE VERSORGUNGS-LAGE ZU PROJEKTBEGINN	71
7	AUSWAHLKRITERIEN FÜR NEUE PROGRAMME (EXPERTENBEFRAGUNG).....	73
7.1	SINNVOLLER INTERVENTIONSANSATZ	73
7.2	VERBESSERTE VERSORUNG, HÖHERE ZIELGRUPPENERREICHUNG	74
7.2.1	<i>Bedarf und Bedarfsanalyse</i>	<i>74</i>
7.2.2	<i>Attraktivität für die Zielgruppen.....</i>	<i>74</i>
7.2.3	<i>Erschließung neuer Zugangswege.....</i>	<i>75</i>
7.3	EIGNUNG FÜR REGIONALE BEDINGUNGEN, BES. IN LÄNDLICHEN RÄUMEN	76
7.4	LEICHTE HANDHABBARKEIT	76
7.5	BEGLEITFORSCHUNG UND WIRKSAMKEITSNACHWEIS	77
7.6	FINANZIERUNG, FINANZIERUNGSQUELLEN UND ZEITUMFANG	78
7.7	KLARE RAHMENBEDINGUNGEN	79
7.8	PERSONALSTAND UND PERSONALENTWICKLUNG	79
7.8.1	<i>Personalstand und Unterstützung des Teams und des Umfelds</i>	<i>80</i>
7.8.2	<i>Querschnittsqualifikationen</i>	<i>81</i>
7.8.3	<i>Fortbildung</i>	<i>81</i>
7.8.4	<i>Hohe Affinität des Teams zum Programm.....</i>	<i>82</i>
7.9	INNOVATIONSFÖRDERLICHE ORGANISATIONSKULTUR	82
7.10	FACHLICHE BEGLEITUNG DER EINFÜHRUNG.....	83
7.11	HOHE TRANSPARENZ UND VERNETZUNG BEI DER PROGRAMMEINFÜHRUNG	83
7.12	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	84
7.13	POLITISCHE UND MIKROPOLITISCHE UNTERSTÜTZUNG.....	85
7.14	FAZIT: ERWARTUNGEN UND FÖRDERFAKTOREN DER PROGRAMMEINFÜHRUNG	85
8	HÜRDEN FÜR NEUE PROGRAMME (EXPERTENBEFRAGUNG).....	87
8.1	HOHER ZEITAUFWAND	87
8.2	MANGELNDE PERSONALKAPAZITÄT	87
8.3	FEHLENDE FINANZIELLE MITTEL	88
8.4	FEHLENDE MOTIVATION BEI FACHKRÄFTEN UND EINRICHTUNGSLEITUNGEN	88
8.5	SCHWIERIGER ZUGANG ZU ZIELGRUPPEN	89
8.6	ZUSTÄNDIGKEITEN UND POLITISCHES INTERESSE	90
8.7	FAZIT: HÜRDEN BEI DER EINFÜHRUNG DES PROGRAMMS	91
9	VERÄNDERUNGEN DER SUCHTHILFE 2009-11 (EXPERTENBEFRAGUNG).....	92
9.1	MITTELKÜRZUNGEN	92

9.2	KONKURRENZ DER ANBIETER UND ANGEBOTE.....	94
9.3	WACHSENDE NACHFRAGE.....	95
9.4	EXTERN INITIIERTE VERÄNDERUNGEN DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN	96
9.5	EINSCHRÄNKUNG DES PRÄVENTIVEN VERSORGUNGSSPEKTRUMS	100
9.6	FAZIT: VERÄNDERUNGEN DES ARBEITSFELDS IM EINFÜHRUNGSZEITRAUM	101
10	INANSPRUCHNAHME UND NUTZUNG (TEILNEHMERBEFRAGUNG)	102
10.1	DEUTLICHE AUSPRÄGUNG VON SUCHTRISIKEN IM VERGLEICH ZUR BEVÖLKERUNG.....	102
10.2	RISIKOGRUPPEN: HOHER ANTEIL HOCH- UND SPEZIFISCH RISKANTER VERHALTEN	103
10.3	ZUGANG ZUM SELBSTKONTROLLTRAINING	104
10.3.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	<i>105</i>
10.3.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	<i>106</i>
10.3.3	<i>Der Einfluss der Bildung</i>	<i>106</i>
10.3.4	<i>Einfluss des Standortes.....</i>	<i>107</i>
10.3.5	<i>Der Einfluss des Belastungsstands zu Programmbeginn.....</i>	<i>108</i>
10.3.6	<i>Fazit zur Teilnahmemotivation.....</i>	<i>109</i>
10.4	INANSPRUCHNAHME ZUSÄTZLICHER VERSORGUNGSANGEBOTE.....	109
10.4.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	<i>112</i>
10.4.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	<i>113</i>
10.4.3	<i>Der Einfluss des Bildungsstands</i>	<i>113</i>
10.4.4	<i>Der Einfluss des Belastungsstands</i>	<i>114</i>
10.4.5	<i>Der Einfluss der Teilnahmemotivation (ausgehend von T1)</i>	<i>114</i>
10.4.6	<i>Der Einfluss des Programmstandorts.....</i>	<i>115</i>
10.4.7	<i>Fazit: Inanspruchnahme weiterer Versorgungsangebote.....</i>	<i>116</i>
10.5	PROGRAMMZIELE (T1 UND T2).....	116
10.5.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	<i>117</i>
10.5.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	<i>119</i>
10.5.3	<i>Der Einfluss der Bildung</i>	<i>120</i>
10.5.4	<i>Der Einfluss des Belastungsstandes</i>	<i>121</i>
10.5.5	<i>Der Einfluss der Teilnahmehäufigkeit (ausgehend von T2)</i>	<i>122</i>
10.5.6	<i>Einfluss der Motivation</i>	<i>123</i>
10.5.7	<i>Fazit: Teilnehmerziele und mit dem Programm erreichte Ziele</i>	<i>124</i>
10.6	DOSIS / ZAHL BESUCHTER TREFFEN IM QUERSCHNITT	124
10.6.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	<i>125</i>
10.6.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	<i>125</i>
10.6.3	<i>Der Einfluss des Risikoverhaltens</i>	<i>126</i>
10.6.4	<i>Fazit zu Umfang und Determinanten der Dosis</i>	<i>127</i>
10.7	BETEILIGUNG UND ABBRUCHGRÜNDE IM LÄNGSSCHNITT	127
10.7.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	<i>128</i>
10.7.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	<i>128</i>
10.7.3	<i>Der Einfluss des Belastungsstandes</i>	<i>129</i>
10.7.4	<i>Der Einfluss des Urbanisierungsgrades.....</i>	<i>130</i>
10.7.5	<i>Abbruchgründe im Längsschnitt.....</i>	<i>131</i>
10.7.6	<i>Der Einfluss des Alters</i>	<i>132</i>
10.7.7	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	<i>133</i>
10.7.8	<i>Der Einfluss des Belastungsstandes</i>	<i>134</i>

11	PROZESSQUALITÄT (GRUPPENDOKUMENTATION, TEILNEHMERBEFRAGUNG)	135
11.1	BESUCH DER EINZELMODULE	135
11.2	VERANSTALTUNGSORTE	136
11.3	SOZIALE HETEROGENITÄT DER KURSE	137
11.4	SUBJEKTIVE ERFOLGE (ERREICHUNG DER TEILNEHMERZIELE).....	137
11.4.1	<i>Erreichung der Teilnehmerziele über den Kursverlauf</i>	137
11.4.2	<i>Erreichte Teilnehmerziele nach Bildungsabschluss</i>	139
11.5	KURSLEITER-EINSCHÄTZUNG DER WIRKSAMKEIT	140
11.6	BESONDERE MERKMALE UND MOTIVE DER TEILNEHMER/-INNEN.....	141
11.7	DURCHFÜHRUNGSQUALITÄT IN DEN EINZELMODULEN.....	141
11.7.1	<i>Gruppenklima</i>	141
11.7.2	<i>Motivation</i>	142
11.7.3	<i>Vollständige Umsetzung der jeweiligen Einzelmodule</i>	143
11.7.4	<i>Fazit: Durchführungsqualität</i>	144
12	WIRKSAMKEIT DER EINZELMETHODEN (EXPERTENBEFRAGUNG)	146
12.1	EINZELMODULE	146
12.2	GRUPPENARBEIT	148
12.3	DOKUMENTATION.....	150
12.4	ARBEITSBLÄTTER	152
12.5	TRAININGSPLAN	152
12.6	DISKUSSION	153
12.7	HAUSAUFGABEN	154
12.8	ZIELFORMULIERUNGEN.....	154
12.9	PSYCHOEDUKATIVER ZUGANG	155
12.10	WEITERE WICHTIGE ARBEITSFORMEN	155
12.11	FAZIT: SACHGERECHTE EINZELMETHODEN IN SKOLL.....	157
13	WIRKMECHANISMEN DES PROGRAMMS (EXPERTENBEFRAGUNG)	158
13.1	INTERAKTIONSFÄHIGKEIT UND SOZIALE KOMPETENZEN	158
13.2	VERÄNDERUNGEN DES KONSUMVERHALTENS.....	160
13.3	RISIKOWAHRNEHMUNG UND PROBLEMEINSICHT.....	162
13.4	FÄHIGKEIT ZUR DIFFERENZIIERTEN SELBSTREFLEXION	164
13.5	REALITÄTSGERECHTE SELBSTWAHRNEHMUNG	165
13.6	VERÄNDERUNGSMOTIVATION.....	166
13.7	SELBSTÄNDIGE ZIELSETZUNG.....	167
13.8	HANDLUNGSKOMPETENZEN.....	168
13.9	ENTSTIGMATISIERUNG, ENTLASTUNG UND NEUBEGINN	169
13.10	WISSENSVERMITTLUNG	170
13.11	FAZIT: WIRKUNGEN DER GENERISCHEN GRUPPENINTERVENTION	170
14	WIRKSAMKEIT UND WIRKMECHANISMEN (EINZELFALLSTUDIEN).....	171
15	KURSWIRKUNGEN IM QUERSCHNITT (TEILNEHMERBEFRAGUNG)	173
15.1	GESUNDHEITSENTWICKLUNG IM KURSVERLAUF	173
15.2	EINZELNE GESUNDHEITSGEWINNE (ITEM-VERGLEICH)	175
15.3	DER EINFLUSS VON TEILNEHMERMERKMALEN.....	179

15.3.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	179
15.3.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	188
15.4	DER EINFLUSS DES STANDORTES	191
15.4.1	<i>Der Einfluss der Ortsgröße</i>	191
15.4.2	<i>Der Einfluss der Region</i>	194
15.5	TEILNEHMERZIELE UND IHRE ERREICHUNG IM KURS	198
15.6	ZWISCHENFAZIT: GESUNDHEITSGEWINNE LAUT QUERSCHNITTAUSWERTUNG	200
15.7	TEILNEHMERZUFRIEDENHEIT	201
15.7.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	202
15.7.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	206
15.7.3	<i>Fazit: Teilnehmerzielerreichung und -zufriedenheit</i>	208
16	KURSWIRKUNGEN IM LÄNGSSCHNITT (TEILNEHMERBEFRAGUNG)	209
16.1	NACHHALTIGKEIT DER GESUNDHEITSGEWINNE	209
16.2	DER EINFLUSS VON TEILNEHMERMERKMALEN	211
16.2.1	<i>Der Einfluss des Alters</i>	211
16.2.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	218
16.2.3	<i>Der Einfluss der Schulbildung</i>	220
16.2.4	<i>Der Einfluss der Motivation</i>	225
16.2.5	<i>Der Einfluss der Inanspruchnahme weiterer Angebote</i>	228
16.3	DER EINFLUSS DER DOSIS (AUSGEFALLENE SITZUNGEN)	231
16.4	DER EINFLUSS DES STANDORTES	235
16.4.1	<i>Der Einfluss der Ortsgröße</i>	235
16.4.2	<i>Der Einfluss der Region</i>	239
16.5	TEILNEHMERZIELE	243
16.6	TEILNEHMERZUFRIEDENHEIT	244
16.6.1	<i>Der Einfluss des Alters auf die Kurszufriedenheit</i>	245
16.6.2	<i>Der Einfluss des Geschlechts</i>	246
16.6.3	<i>Der Einfluss der Schulbildung</i>	247
16.6.4	<i>Der Einfluss der Motivation</i>	247
16.6.5	<i>Der Einfluss der Inanspruchnahme weiterer Angebote</i>	249
16.7	FAZIT: NACHHALTIGE GESUNDHEITSGEWINNE UND IHRE DETERMINANTEN	250
17	UNSPECIFISCHE WIRKSAMKEIT UND TEILNEHMERMISCHUNG	253
17.1	UNSPECIFISCHE EFFEKTE BEI VERSCHIEDENEN RISIKOGRUPPEN	253
17.2	EFFEKTE IN SOZIAL UNTERSCHIEDLICH GEMISCHTEN GRUPPEN (QUERSCHNITT)	263
17.3	EFFEKTE IN SOZIAL UNTERSCHIEDLICH GEMISCHTEN GRUPPEN (LÄNGSSCHNITT)	269
18	SPEZIFISCHE WIRKSAMKEIT (HAUPTRISIKO) UND TEILNEHMERMISCHUNG	276
18.1	EFFEKTE AUF EINZELNE RISIKEN BEI VERSCHIEDENEN RISIKOGRUPPEN	276
18.1.1	<i>Tabakkonsum</i>	276
18.1.2	<i>Alkoholkonsum</i>	282
18.1.3	<i>Cannabiskonsum</i>	288
18.1.4	<i>Medien</i>	294
18.1.5	<i>Essanfälle</i>	300
18.2	EFFEKTE AUF EINZELRISIKEN IN SOZIAL GEMISCHTEN GRUPPEN (QUERSCHNITT)	306
18.3	EFFEKTE AUF EINZELRISIKEN IN SOZIAL GEMISCHTEN GRUPPEN (LÄNGSSCHNITT)	311

19	DOSIS-EFFEKTE (TEILNEHMERBEFRAGUNG).....	317
19.1	MERKMALE VON TEILNEHMER/-INNEN MIT HÄUFIGEN FEHLZEITEN	317
19.2	EFFEKTE HÖHERER FEHLZEITEN	318
20	LOKALE VERSORGUNGSEFFEKTE (EXPERTENBEFRAGUNG)	325
20.1	VERBESSERUNG DER VERSORGLAGE	325
20.2	OPTIMIERUNG DER ARBEITSWEISE	326
20.3	BESSERE KOOPERATION ZWISCHEN EINRICHTUNGEN	328
20.4	VERBESSERTE INANSPRUCHNAHME DURCH ANDERE EINRICHTUNGEN	328
20.5	KEINE EINSCHRÄNKUNG ANDERER HILFSANGEBOTE.....	331
20.6	FAZIT: AUSWIRKUNGEN VON SKOLL AUF SUCHTPRÄVENTION UND -HILFE	332
21	NUTZEN VON SKOLL FÜR TRÄGER (EXPERTENBEFRAGUNG)	333
21.1	ERGÄNZUNG ZUM BISHERIGEN ANGEBOT	333
21.2	VERBESSERTE ZIELGRUPPENERREICHUNG.....	336
21.2.1	<i>Motivation und Gewinnung neuer Teilzielgruppen</i>	<i>336</i>
21.2.2	<i>Einbezug größerer Anteile der Zielgruppen.....</i>	<i>343</i>
21.3	MATERIALIEN	343
21.4	NEUE KONTAKTE.....	346
21.5	ARBEITSERLEICHTERUNGEN DURCH EFFIZIENTE GRUPPENINTERVENTION	347
21.6	UNERWARTETE AUSWIRKUNGEN.....	348
21.7	FAZIT: NUTZEN VON SKOLL FÜR EINRICHTUNGEN UND TRÄGER.....	349
22	IMPULSE FÜR DAS ARBEITSFELD (EXPERTENBEFRAGUNG)	351
22.1	SKOLL KANN DAS ARBEITSFELD INNOVATIV IN BEWEGUNG SETZEN	351
22.2	SKOLL EIGNET SICH ALS ERGÄNZUNG BESTEHENDER ANGEBOTE.....	354
22.3	SKOLL SCHLIEßT DIE LÜCKEN IM ARBEITSSPEKTRUM DER SUCHTHILFE.....	356
22.4	FAZIT: IMPULSE DES PROGRAMMS FÜR SUCHTHILFE UND –PRÄVENTION	356
23	LEISTUNGEN VON SKOLL FÜR DIE PRÄVENTION (EXPERTENBEFRAGUNG).....	357
23.1	BEREICHERUNG DER PRÄVENTION UND ERGÄNZUNG LAUFENDER PROGRAMME.....	357
23.2	NEUER ZUGANG ZU SCHWER ERREICHBAREN ZIELGRUPPEN.....	358
23.3	ERWEITERBARE EINSATZMÖGLICHKEITEN.....	360
23.4	ENTSTIGMATISIERUNG UND ANGSTFREIER UMGANG MIT SUCHT.....	360
23.5	FAZIT: PRÄVENTIVE LEISTUNGEN VON SKOLL IM RAHMEN DER SUCHTHILFE.....	361
24	ERFOLGSFAKTOREN DER EINFÜHRUNG (EXPERTENBEFRAGUNG)	362
24.1	BEDARFSBEZUG, ANFORDERUNGEN DER ZIELGRUPPEN, ERWARTETE NACHFRAGE.....	362
24.2	IDENTIFIKATION, ANSATZ DES PROGRAMMS PASST ZUR EINRICHTUNG	365
24.3	FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN	367
24.4	VERFÜGBARES PERSONAL UND KOMPETENZPROFILE	369
24.5	NUTZEN FÜR DIE EINRICHTUNG	370
24.6	BEKANNTHEIT EINES PROGRAMMS, UNTERSTÜTZUNG DURCH WERBUNG	371
24.7	WIRKSAMKEITSERWEIS (EVALUATION).....	372
24.8	NETZWERK UND KOOPERATIONEN	372
24.9	HANDHABBARKEIT	373
24.10	FAZIT: BEDINGUNGEN DER PROGRAMMEINFÜHRUNG.....	374
25	ANFORDERUNGEN BEI VERSTETIGUNG (EXPERTENBEFRAGUNG).....	375

25.1	SPEZIFISCHE EINZELNE HÜRDEN DER EINFÜHRUNG VON SKOLL	375
25.2	AUSFINANZIERUNG, RESSOURCEN UND RÄUME	378
25.3	UNTERSTÜTZUNG DES TEAMS: QUALIFIZIERUNG, MOTIVATION, HALTUNG	381
25.4	WERBUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT.....	382
25.5	VERNETZUNG UND ANSPRECHPARTNER	383
25.6	BEDARF BEI DEN ZIELGRUPPEN	384
25.7	ORGANISATIONSKULTUR	385
25.8	FAZIT: ANFORDERUNGEN BEI VERSTETIGUNG VON SKOLL.....	386
26	VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE DER EXPERT/-INNEN	388
26.1	DIE MODULE STETIG NACHBESSERN UND ERGÄNZEN	388
26.2	MATERIALIEN ZIELGRUPPENGERECHT AUSWÄHLEN	391
26.3	ZEITDRUCK DURCH AUSWAHL VON MODULEN VERMEIDEN	393
26.4	BILDUNGSUNTERSCHIEDE BEI DER DURCHFÜHRUNG BERÜCKSICHTIGEN	394
26.5	SCHRIFTLICHE ARBEITSFORMEN WEITER AUFLOCKERN.....	395
26.6	ABSTAND DER KONTROLLE REDUZIEREN.....	397
26.7	EINSTIEG UND FORTSCHRITTSABFRAGE STRUKTURIERT VORGEBEN	397
26.8	ZUSÄTZLICHE EINSATZMÖGLICHKEITEN MIT DEM MANUAL UNTERSTÜTZEN	398
26.9	MÖGLICHT GROSSE FREIRÄUME FÜR DIE KURSLEITUNG.....	398
26.10	AUF GRÜNDE FÜR MÖGLICHE KURSABBRÜCHE IM MANUAL EINGEHEN	399
26.11	FAZIT: VERBESSERUNGSMÖGLICHKEITEN AUS SICHT DER EXPERT/-INNEN	400
27	EINORDNUNG DER WIRKSAMKEIT ANHAND INTERNATIONALER BEFUNDE	401
28	DISKUSSION	402
29	GESAMTBILD: BREITE, DEUTLICHE GESUNDHEITSEFFEKTE.....	406
30	GESAMTBILD: VERSORGUNGSVERBESSERUNGEN DURCH SKOLL.....	409
30.1	PROGRAMMEINFÜHRUNG IST EIN MEHRSTUFIGER, MEHRJÄHRIGER PROZESS.....	409
30.2	SKOLL BIETET EINEN ATTRAKTIVEN INTERVENTIONSANSATZ.....	409
30.3	DIE AUFGABEN DER PROGRAMMEINFÜHRUNG WURDEN GUT GELÖST	409
30.3.1	<i>Auffangen verschlechterter Rahmenbedingungen</i>	<i>409</i>
30.3.2	<i>Aufwand zur Programmeinführung</i>	<i>410</i>
30.3.3	<i>Programmanpassung.....</i>	<i>411</i>
30.3.4	<i>Wirksamkeit und Optimierung der Programmkomponenten</i>	<i>411</i>
30.4	SONDERPROBLEM FINANZIERUNG	411
30.5	EFFEKTE FÜR DIE TEILNEHMER/-INNEN	412
30.6	EFFEKTE FÜR DIE EINRICHTUNGEN UND TRÄGER	413
30.7	EFFEKTE FÜR VERSORGLAGE UND ARBEITSFELD.....	413
30.8	ANFORDERUNGEN BEI DER VERSTETIGUNG VON SKOLL.....	414
31	FOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	415
31.1	GUTE WIRKSAMKEIT DES GENERISCHEN INTERVENTIONSANSATZES	415
31.2	EIGNUNG FÜR LÄNDLICHE UMFELDER	415
31.3	BREITER, KOSTENSARENDETER EINSATZ VOR DIFFERENZIIERTEN INTERVENTIONEN.....	415
31.4	DURCH QUALITÄTSSICHERUNG NOCH HÖHERE WIRKSAMKEIT ZU ERWARTEN	415
31.5	BEKANNTMACHUNG DER GUTEN WIRKSAMKEIT	416
31.6	MÖGLICHE WEITERENTWICKLUNG FÜR BESONDERE SETTINGS	416

32	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	417
33	LITERATUR	418
34	ANHANG: LEITFADEN DER EXPERTENINTERVIEWS 2009	421
35	ANHANG: REVIEWS ZU EFFEKTGRÖßEN DER SUCHTPRÄVENTION	424

1 Aufgabenstellung

Das über mehrere Jahre entwickelte, praxisgetriebene Programm SKOLL bietet ein Gruppentraining für die ambulante Suchtprävention und -versorgung {Bruns, 2006 #3489}. Personen mit riskantem Konsumverhalten an können hier ihr Verhalten reflektieren, eigene Lebens-, Gesundheits- und Verhaltensziele definieren und mögliche Alternativen zum Risikoverhalten entwickeln. SKOLL stellt ein niedrigschwelliges Angebot dar, dessen Besonderheit darin liegt, dass die Gruppen suchtmittel-, alters-, gender- und schichtenübergreifend zusammengesetzt sind. Ziele liegen im Bereich der indizierten Primär- und Sekundär, aber auch Tertiärprävention. Das Programm steht damit konzeptionell und in der Interventionskette zwischen selektiver und indizierter Prävention, zwischen Frühintervention und Behandlung. Es steht auch zwischen klientenzentrierten und kognitiv-behavioralen Ansätzen, da es einen akzeptierenden Umgang mit Zielen mit den Interventionsprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung {Miller, 2005 #4321} und mit Ansätzen zur Förderung des Selbstmanagements kombiniert {Kanfer, 2006 #6940}.

SKOLL umfasst 10 Einheiten zu je 90 Minuten, die wöchentlich stattfinden und in unterschiedlichen Settings angeboten werden können {Bösing, 2009 #4921}. Zur Erfolgsüberprüfung und Stabilisierung der Motivation werden die Teilnehmer/-innen 8 Wochen nach Abschluss des Trainings zu einem Nachtreffen eingeladen. Bei mehr als 8 Gruppenteilnehmer/-innen ist ein Co-Trainer vorgesehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit förderte den Praxistransfer von SKOLL als Bundesmodellprojekt 2008 – 2011 an 23 Modellstandorten bundesweit. Mit der Implementierung vor Ort war eine Evaluation verbunden, die insbesondere die gender-, substanz- und generationsübergreifende Vorgehensweise berücksichtigen sollte. Darüber hinaus sollten regionale Aspekte und Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Räumen überprüft werden. Die Begleitforschung sollte dafür erfassen

- die Inanspruchnahme, d. h. Merkmale der teilnahmebereiten Personen.
- die Zufriedenheit der Teilnehmer/-innen, Gruppenleitungen und Träger mit SKOLL.
- die Wirksamkeit, d. h. Verminderung von Abhängigkeit und Suchtrisiken, Gesundheitsgewinne durch Beschwerdenverminderung und erhöhte Gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- die Erfahrungen der Gruppenleitungen, d. h. ihre Einschätzung der Module, ihre Verbesserungsvorschläge und Nutzungsempfehlungen.
- die Auswirkungen des neuen Programms auf die Versorgung, d. h. Veränderungen im Angebot der durchführenden Einrichtung und anderer lokaler Anbieter der Suchthilfe und -prävention durch die Einführung von SKOLL.

2 Vorgehen: Erfassung der Gesundheitseffekte

2.1 Forschungsplan: Wirksamkeit bei den Teilnehmer/-innen

Als Forschungsplan wurde eine Beobachtungsstudie mit Verankerung an bundesweit repräsentativen Referenzwerten gewählt. Dieses Design ist in Prävention und Gesundheitsförderung aus mehreren Gründen häufig sinnvoll (Kliche, Koch, Lehmann & Töppich, 2006). Hier waren folgende Überlegungen zwingend für die Wahl des Forschungsplans:

Vergleichsgruppen waren aus mehreren Gründen von der Sache her nicht zu bestimmen: Erstens stellte jeder Standort die geeigneten Teilnehmergruppen nach lokalen Kriterien zusammen. Zweitens handelte es sich um eine – zu unbekanntem Anteil – durch Motivation selbstselegierte Teilnehmergruppe. Drittens war eine Wartekontrollgruppe sinnlos, weil die brüchige Motivation der Kandidat/-innen zu fast vollständigem Ausstieg während der Wartezeit oder wenigstens zur Inanspruchnahme anderer Hilfen geführt hätte. Viertens erwies sich der mit den Durchführungszentren abgestimmte Versuch, deren übliche Klientel als Kontrollgruppe zu verwenden, als logistisch für die Durchführung zu aufwendig, weil er die Zuweisungsabläufe der Einrichtungen störte und daher keine Kontrollgruppe brachte. Fünftens war das Programm als generische Frühintervention nicht für eine vorgängige Diagnostik ausgelegt, und die durchführenden Zentren – wie es überwiegend Praxisbedingung ist – waren dazu auch nicht berechtigt. Aus diesen Gründen hätte jede Kontrollgruppe eine irreführende Zusammensetzung mit unkontrollierten Verzerrungen gegenüber der Zielgruppe des Programms aufgewiesen. Als Vergleichsgruppe wurden die Alters- und Geschlechtsgruppen der Gesamtbevölkerung herangezogen. Dieser „Verankerung“ liegen Normwerte aus bundesweit repräsentativen Stichproben für die wichtigsten Outcome-Variablen zugrunde.

Die Wirksamkeit des Programms wurde im Vergleich von drei Messzeitpunkten erhoben:

1. mit einer Eingangsbefragung der Teilnehmer/-innen zu Kursbeginn (T1)
2. einer Abschlussbefragung (T2) sowie
3. einer Katamnese (Nachbefragung) etwa drei Monate nach dem Selbstkontrolltraining.

Die Zusammensetzung der ersten Stichprobe zeigte zudem die Merkmale der Gesamtzielgruppe.

Fragestellung war, ob das durchgeführte Selbstkontrolltraining bei den Teilnehmer/-innen nachhaltige Veränderungen erzielt hatten, und ob die Gesundheitsgewinne auch nach Kursende stabil blieben. Die Befragung zielte also auf den Effekt des Selbstkontrolltrainings im Vergleich der Messpunkte ab (indirekte Veränderungsmaßnahme).

Die drei Messpunkte wurden untereinander verglichen. Daraus ergaben sich drei Vergleichsgrößen (graphische Verdeutlichung eines prototypischen Verlaufs in Abbildung 1).

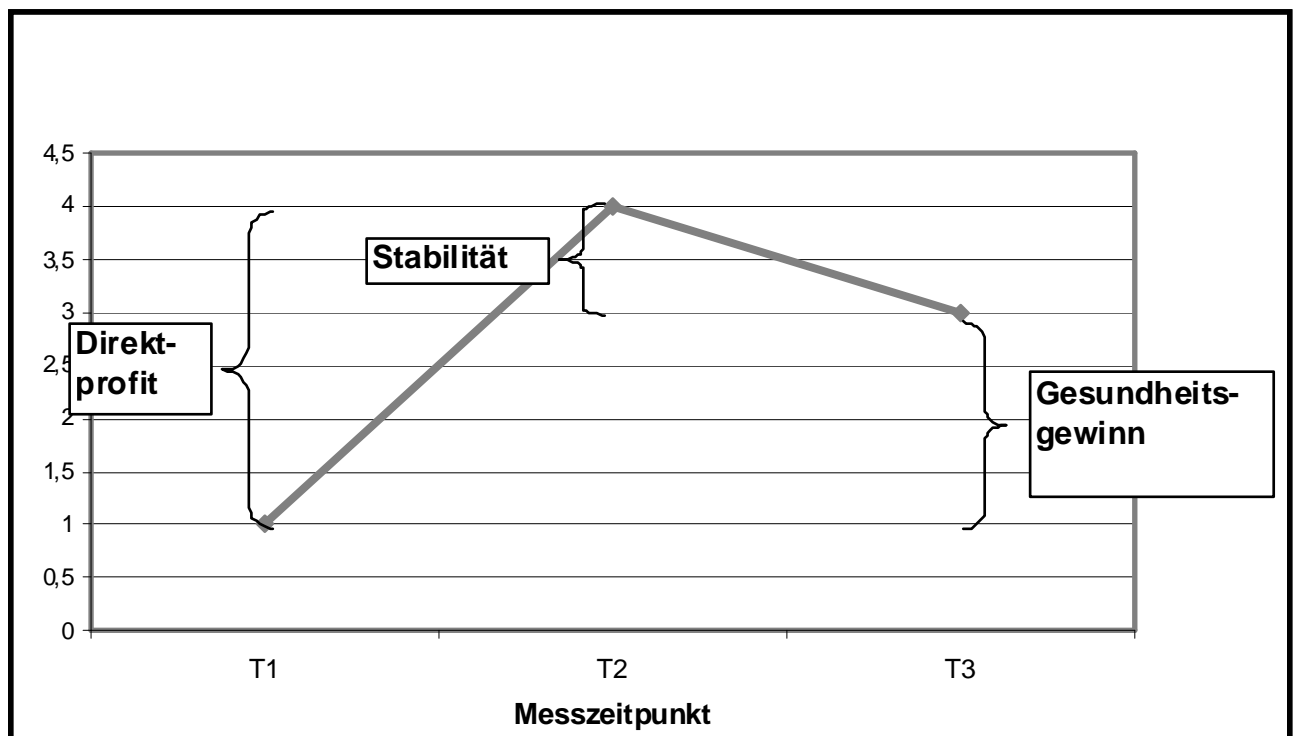
- Der so genannte **Direktprofit** beschreibt die Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlussmessung. Er gibt eine Einschätzung der Effekte während der laufenden Interventionen (im Durchführungszeitraum von SKOLL).

- Die **Stabilität** beschreibt die Veränderung zwischen Abschluss- und Nachbefragung (etwa acht bis zehn Wochen nach Abschluss des Trainings). Die Stabilität gibt eine Einschätzung der gelungenen Verstetigung nach Abschluss des Trainings.
- Der eigentliche **Gesundheitsgewinn** beschreibt die gesamte Veränderung zwischen der ersten und der letzten Messung. Er gibt eine Einschätzung der nachhaltigen Gesamtwirksamkeit des Trainings.

Da eine Querschnittserhebung die Datengrundlage bildet, wurden alle drei Kenngrößen für zwei Stichproben berechnet:

4. für alle zur jeweiligen Querschnittsmessung beteiligten Teilnehmer/-innen;
5. nur für die Teilnehmer/-innen mit drei vollständigen Messpunkten, also die sicher vergleichbare Teilgruppe. Diese Berechnung wird auch als „bereinigte Stichprobe“ oder Längsschnitt bezeichnet und umfasste 163 Teilnehmer/-innen.

Abbildung 1: Eingangsprofit, Stabilität und Gesundheitsgewinn der Teilnehmer/-innen



Alle individuellen Effekte wurden in multivariaten Varianzanalysen auf Moderations- und Mediationseffekte geprüft, d.h. auf das Eingreifen von Drittfaktoren in die Wirksamkeit:

1. Anhand der erhobenen soziodemographischen Merkmale wurde kontrolliert, ob Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Risikoverhalten und Eingangsbelastung signifikanten Einfluss auf die Programmgergebnisse hatten.

2. Dosiseffekte wurden anhand der Zahl besuchter Treffen nach individuellen retrospektiven Angaben der Teilnehmer/-innen untersucht, insbesondere um festzustellen, welche Anforderungen an die Durchführungsqualität (Sicherstellung einer Mindestteilnahme) zu stellen waren.
3. Weiter wurde anhand der von den Kursleitungen berichteten Durchführungsmerkmale, namentlich erschwerte oder besondere Durchführungsrahmen, die Stabilität der Effekte unter unterschiedlichen Implementationsbedingungen untersucht.
4. Die beteiligten Zentren (Standorte) wurden in einer systematischen Stichprobe ausgewählt: Variationsmerkmale und statistische Vergleichskategorien waren die Lage in
 - ost- und westdeutschen Staaten (zur Kontrolle möglicher Wirkungsunterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern)
 - nord- und süddeutschen Staaten (zur Kontrolle möglicher Effekte unterschiedlicher konfessioneller Umfeldler der Standorte und Teilnehmer/-innen)
 - großstädtischen, mittelstädtischen und kleinstädtisch-ländlichen Einzugsgebieten (zur Kontrolle möglicher Unterschiede der Durchführungsbedingungen und der Wirksamkeit nach Urbanisierungsgrad).

2.2 Eingesetzte Fragebögen der Teilnehmerbefragung

Erfasst werden sollten u. a. gesundheitliche Belastungen, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Risikoverhalten und Inanspruchnahme weiterer Versorgungsangebote der Teilnehmer/-innen. Ebenso wurden Teilnehmerziele – zu Kursbeginn – sowie die Erreichung dieser Ziele als auch die Zufriedenheit mit dem Kurs – zu Kursende abgefragt.

So weit möglich, wurde auf validierte Instrumente mit bundesweiten Referenzwerten zurückgegriffen, z.B. zur Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Brähler, Mühlau, Alrani & Schmidt, 2007). Zusätzlich waren eigene Entwicklungen erforderlich, um prozessbezogene Dimensionen setting-spezifisch abzufragen. Dies betraf vor allem die Teilnehmerziele und den Risikoverhalten. Item-Pools wurden anhand vergleichbarer Instrumente und einschlägiger Erhebungen generiert und die Formatierung war an bewährte Instrumente angelehnt.

Die erhobenen Dimensionen mit deren Teilaspekten sowie deren Operationalisierung sind für die Eingangsbefragung (T1) Tabelle 1, für die Abschlussbefragung (T2) Tabelle 2, für die Nachbefragung (T3) Tabelle 3 und für den Gruppenleiterbogen der Tabelle 4 zu entnehmen. Um einen Vorher- Nachher- Vergleich der Veränderungen im Projektzeitraum zu ermöglichen, werden hierfür relevante Erhebungsinstrumente sowohl zum Kursbeginn als auch zu Kursende und acht bis zehn Wochen nach Kursende eingesetzt.

Tabelle 1: Aufbau und Inhalt des Eingangsfragebogens (T1) für Teilnehmer/-innen

Dimension	Teilaspekte	I-tems	Skalierung	Operationalisierung
Ansprache	Wer hat Sie auf SKOLL aufmerksam gemacht	1	Nominal	8 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“
Gesundheitsstatus	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	5	Intervall	Standardinstrument WHO-5 mit 6-stufiger Likert-Skala: 0 = nie 5 = die ganze Zeit
	gesundheitliche Beschwerden	12	Intervall	4-stufige Likert-Skala 0 = gar nicht 3 = stark
Teilnehmerziele	Suchtbezogenes Selbstmanagement	5	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = ganz unwichtig 4 = sehr wichtig
	Allgemeines Selbstmanagement	6	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = ganz unwichtig 4 = sehr wichtig
Risikoverhalten	Risikoverhalten	19	Nominal	18 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“
	Anzahl der Risiko-Verhalten-/Konsumtage	19	Rational	Anzahl in den letzten 30 Tagen
	Risiko-Verhalten-/Konsummenge	17	Rational	Menge pro Konsumtag (in Gläser/ Gramm/Euro/Anzahl/ etc.)
		2	Nominal	4 geschlossene Antworten
Hauptrisiken/-suchtmittel	19	Nominal	18 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“	
Inanspruchnahme weiterer Angebote	Inanspruchnahme im letzten Viertel Jahr	1	Nominal	2 geschlossene Antworten
	Art des Angebotes	1	Offen	1 offene Item
Teilnehmermerkmale	Geschlecht	1	Nominal	2 geschlossene Antworten
	Alter	3	Rational	Anzahl Geburtstag (2-stellig), Geburtsmonat (2-stellig), Geburtsjahr (4-stellig)
	Schulabschluss	1	Nominal	5 geschlossene Antworten
	berufliche Stellung	1	Nominal	14 geschlossene Antworten, 1 halboffene Item für „Sonstiges“

Tabelle 2: Aufbau und Inhalt des Abschlussbefragungsbogens (T2) für Teilnehmer/-innen

Dimension	Teilaspekte	Items	Skalierung	Operationalisierung
Teilnehmermerkmale	Geschlecht	1	Nominal	2 geschlossene Antworten
	Alter	3	Rational	Anzahl Geburtstag (2-stellig), Geburtsmonat (2-stellig), Geburtsjahr (4-stellig)
Teilnehmerzufriedenheit	Kursdurchführung	7	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = sehr schlecht 4 = sehr gut
	Nützlichkeit der Module	10	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = gar nicht hilfreich 4 = sehr hilfreich
	Fehlzeiten	1	Nominal	3 geschlossene Antworten
Inanspruchnahme weiterer Angebote	Inanspruchnahme im letzten Viertel Jahr	1	Nominal	2 geschlossene Antworten
	Art des Angebotes	1	Offen	1 offene Item
Gesundheitsstatus	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	5	Intervall	Standardinstrument WHO-5 mit 6-stufiger Likert-Skala: 0 = nie 5 = die ganze Zeit
	gesundheitliche Beschwerden	12	Intervall	4-stufige Likert-Skala 0 = gar nicht bis 3 = stark
Risikoverhalten	Risikoverhalten	19	Nominal	18 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“
	Anzahl d. Konsumtage	19	Rational	Anzahl in den letzten 30 Tagen
	Konsummenge	17	Rational	Menge pro Konsumtag (in Gläser/ Gramm/Euro/Anzahl/ etc.)
		2	Nominal	4 geschlossene Antworten
	Hauptsuchtmittel	19	Nominal	18 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“
Teilnehmerziele	Individuelle Ziele: Suchtbezogenes Selbstmanagement	5	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = ganz unwichtig 4 = sehr wichtig
	Individuelle Ziele: Allgemeines Selbstmanagement	6	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = ganz unwichtig 4 = sehr wichtig
	Zielerreichung: Suchtbezogenes Selbstmanagement	5	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = ganz unwichtig 4 = sehr wichtig
	Zielerreichung: Allgemeines Selbstmanagement	6	Intervall	5-stufige Likert-Skala 0 = ganz unwichtig 4 = sehr wichtig

Tabelle 3: Aufbau und Inhalt des Nachbefragungsbogens (T3) für Teilnehmer/-innen

Dimension	Teilaspekte	Items	Skalierung	Operationalisierung
Teilnehmerzufriedenheit	Fehlzeiten	1	Nominal	4 geschlossene Antworten
	Abbruchgründe	9	Nominal	8 geschlossene Antworten und 1 halboffenes Item für „Andere“
	Verbesserungsvorschläge	1	Offen	1 offenes Item
Inanspruchnahme weiterer Angebote	Inanspruchnahme im letzten Halben Jahr	1	Nominal	2 geschlossene Antworten
	Art des Angebotes	3	Nominal / Rational	3 geschlossene Antworten, 2 Anzahl der Sitzungen, 1 halboffenes Item für „Sonstige“
Gesundheitsstatus	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	5	Intervall	Standardinstrument WHO-5 mit 6-stufige Likert-Skala 0 = nie 5 = die ganze Zeit
	gesundheitliche Beschwerden	12	Intervall	4-stufige Likert-Skala 0 = gar nicht 3 = stark
Risikoverhalten	Konsumierte Suchtmittel	19	Nominal	18 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“
	Anzahl der Konsumtage	19	Rational	Anzahl in den letzten 30 Tagen
	Konsummenge	17	Rational	Menge pro Konsumtag (in Gläser/ Gramm/Euro/Anzahl/ etc.)
		2	Nominal	4 geschlossene Antworten
	Hauptsuchtmittel	19	Nominal	18 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“
Teilnehmermerkmale	Geschlecht	1	Nominal	2 geschlossene Antworten
	Alter	3	Rational	Geburtsstag (2-stellig), Geburtsmonat (2-stellig), Geburtsjahr (4-stellig)

Tabelle 4: Aufbau und Inhalt des Gruppenleiterbogens

Dimension	Teilaspekte	I-tems	Skalierung	Operationalisierung
Standortmerkmale	Name des Gruppenleiters	1	Offen	1 offenes Item
	Postleitzahl Standort	1	Rational	Postleitzahl (5-stellig)
	Durchführungseinrichtung	1	Nominal	7 geschlossene Antworten, 1 halboffenes Item für „Andere“
Programmeinschätzung	Einschätzung der Aussichten von SKOLL	3	Intervall	5- stufige Likert- Skala 0 = stimmt gar nicht 4 = stimmt genau
Moduldurchführung	Durchführungsdatum	10	Rational	Tag (2-stellig), Monat (2-stellig), Jahr (4-stellig) – Anzahl je Modul
	Anwesende Teilnehmer/-innen	10	Rational	Anzahl (2-stellig) je Modul
	Gruppenklima	10	Intervall	5-stufige Likert- Skala je Modul 0 = stimmt gar nicht 4 = stimmt genau
	Gruppenmotivation	10	Intervall	5-stufige Likert- Skala je Modul 0 = stimmt gar nicht 4 = stimmt genau
	Zeitliche Umsetzung der Inhalte war möglich	10	Intervall	5-stufige Likert- Skala je Modul 0 = stimmt gar nicht 4 = stimmt genau
	Schwierigkeiten	10	Offen	1 offenes Item je Modul
Teilnehmermerkmale	mit beschränkter Aufnahmefähigkeit	1	Rational	Angabe in%
	mit Bewährungsaufgaben	1	Rational	Angabe in%
	mit anderen Auflagen	1	Rational	Angabe in%
	mit psychischen Erkrankungen	1	Rational	Angabe in%
	mit chronifizierter Abhängigkeit	1	Rational	Angabe in%
	Sonstige Merkmale	2	Rational	Angabe in%, 1 halboffenes Item zu „Sonstige“

2.3 Auswertungen

2.3.1 Datenqualität (Plausibilitätsprüfungen)

Vor den quantitativen Auswertungen wurden die Daten durchgesehen und mit verschiedenen Verfahren auf Plausibilität geprüft.

Bei Items, denen eine Likert-Skala zu Grunde liegt, wurden Angaben die unterhalb des Minimums und/oder oberhalb des Maximums der Skala lagen, als fehlende Werte umkodiert.

Bei Items, die auf Grund ihrer dichotomen Struktur [0/1] keine fehlenden Werte aufweisen, wurden alle systemdefinierten fehlenden Werte zu „nicht genannt“ [0] überführt.

Ebenfalls wurden einzelne Variablen auf im Kontext unplausible erscheinende Werte überprüft und ggf. zu fehlenden Werten umkodiert.

2.3.2 Psychometrische Prüfungen

Zur Prüfung der psychometrischen Gütekriterien des Systems wurden alle gängigen Verfahren eingesetzt. Die einzelnen durchgeführten Schritte und ihren Zweck stellt Tabelle 5 dar.

2.3.2.1 Item- und Skalenanalysen

Für die Datenauswertung wurden zunächst Analysen für Einzelitems vorgenommen. Sie umfassten die Analyse von fehlenden Werten („missing values“ = mv) sowie von Boden- und Deckeneffekten.

Analyse fehlender Werte: Hierzu wurde auf Skalenebene der Anteil fehlender Werte bezogen auf alle Subskalen dargestellt. Dies erfolgte nach der Berechnungsvorschrift:

$$\frac{\text{Gesamtanzahl nicht beantworteter Items einer Skala}}{\text{Fallzahl} \times \text{Anzahl Items einer Subskala}} \times 100$$

Häufigkeit von Boden- und Deckeneffekten auf Skalenebene: Zur Bestimmung der Boden- und Deckeneffekte wurde zunächst der gewichtete Summenscore der jeweiligen Skala von 0 bis 100 transformiert. Als Bodeneffekt wurden der Skalenbereich zwischen 0 und 10, als Deckeneffekt der Skalenbereich zwischen 90 und 100 gewertet.

Score-Bildung: Gesamtwerte auf Skalenebenen bei nicht standardisierten Skalen wurden für all diejenigen Fälle berechnet, bei denen pro Skala zumindest ein Item angekreuzt wurde. Bei standardisierten Skalen wurden die Scorebildung sowie der Umgang mit fehlenden Werten jeweils entsprechend der jeweils in den Testmanualen vorgeschriebenen Auswertungsverfahren vorgenommen.

Interne Konsistenz: Auf Skalenniveau wurde als Reliabilitätsmaß die interne Konsistenz der Subskalen als Maß deren Homogenität berechnet. Die Einschätzung der internen Konsistenz einer Skala erfolgte durch Cronbachs Alpha. Da mittels der erhobenen Daten Gruppenverglei-

che erfolgen, also keine Individualdaten verglichen werden, sind Werte zwischen 0,7 und 0,8 als zufrieden stellend, Werte zwischen 0,8 und 0,9 als gut und Werte über 0,9 als sehr gut zu beurteilen (Nunnally, 1978).

Tabelle 5: Haupt- und Teilaufgaben der Instrumenten- und Wirkungsprüfung

Gütekriterium	Prüfungsziel	Auswertungsschritte
Akzeptanz	Verständlichkeit	Auswahl von Standard-Instrumenten Expertenvalidierung
	Akzeptanz	Vergleich mit Rücklaufquoten ähnlicher Studien
	Akzeptanz der Items	Fehlende Werte-Analyse (Anteil, Muster)
Objektivität	Verzerrungsfreiheit	Boden- und Deckeneffekte der Items/Skalen Verzerrungsmuster der Boden- und Deckeneffekte nach Gruppenmerkmalen (Confounder-Faktoren)
Reliabilität (Verlässlichkeit)	Messungsgenauigkeit	Interne Konsistenz
Validität (Aussagekraft)	faktorielle Validität der Skalen (für Rückmeldungen)	explorative Faktorenanalyse Skalenbildung (Konsistenz)
	Konvergente Validität	Interskalenkorrelationen (Zufriedenheits-, Gesundheitsindikatoren) auf Individualebene
	Diskriminante Validität	Interskalenkorrelationen (Belastungs- gegen Zufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren) Mittelwertsunterschiede Varianzanalyse
	externe (Kriteriums-) Validität	Auswahl von Standard-Instrumenten Inhaltsvalidität (Entwicklung) Expertenvalidierung Verankerung an Referenz- und Normwerten mit Mittelwertvergleichen
Effektabbildung	Confounder-Kontrolle	Mehrfaktorielle Varianzanalyse
	Effektbeschreibung durch Vorher-Nachher-Vergleich	Mehrfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

2.3.2.2 Fragebogen- und skaleninterne Validität

Faktorielle Validität: Um zu beurteilen, ob sich die unterschiedlichen Dimensionen der einzelnen Instrumente empirisch bestätigen lassen, wurden zunächst explorative Faktorenanaly-

sen berechnet (Standard-Verfahren der Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation, mit Bestimmung der Anzahl zu extrahierender Faktoren anhand des Eigenwertverlaufs im Scree-Test, unter Ersetzung fehlender Werte durch Mittelwerte). Die Faktorenanalysen dienen zur Absicherung der Homogenität der Skalen und zur Aufdeckung möglicher Redundanzen auf Itemebene.

Diskriminante Validität: Zur Validierung dient hier der Vergleich zwischen unterschiedlichen Gruppen, die sich aufgrund theoretischer Überlegungen hinsichtlich verschiedener, innerhalb der Fragebögen erfasster Dimensionen unterscheiden sollten. Die statistische Prüfung erfolgt im Falle von mehr als zwei Ausprägungen der abhängigen Variablen durch eine einfaktorielle Varianzanalyse, bei zwei Ausprägungen durch einen t-Test. Die gefundenen Zusammenhänge und Unterschiede können somit als Beleg für die Validität der Messinstrumente interpretiert werden.

2.3.3 Vergleich mit Referenzwerten (Verankerung)

Um Einschätzungen über die Ausprägung des Risikoverhaltens der SKOLL-Teilnehmer/-innen treffen zu können, wurden wichtige Outcome-Parameter mit bundesweit repräsentativen Referenzstichproben verglichen. Auf diese Weise konnte die Gesamtbevölkerung als Kontrollgruppe herangezogen werden.

Für Risikoverhalten wurde der Epidemiologische Suchtsurvey 2009 herangezogen (Kraus & Pabst, 2010). Er untersucht Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen in der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren; dafür wurden 8030 Personen befragt (ebd).

Für die Verankerung erforderlich sind mindestens alters- und geschlechtsspezifische Teilgruppenwerte. Diese waren erhältlich für Alkohol- und Nikotinkonsum. Für weitere Risikoverhalten lagen keine Daten für belastbare Vergleiche vor. Da verschiedene Risikoverhalten untereinander korrelieren, bildeten die Verankerungsergebnisse für Alkohol und Nikotin gute Proxy-Indikatoren für die Ausprägung von Risikoverhalten generell.

Für die Skala Gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden die geschlechts- und altersgruppengegliederten Normdaten der deutschen Bevölkerung aus der Validierungserhebung herangezogen (Brähler et al., 2007). Diese nach Alter und Geschlecht justierten Normwerte wurden für die vorliegende Studie von den Individualwerten subtrahiert. Entsprechend zeigen negative Werte einen unter dem Durchschnitt und positive Werte einen über den Durchschnitt liegenden Gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus.

Mittels dieses Vorgehens können die Auskünfte der Befragten für die vorliegende Stichprobe, auch ohne randomisierte Kontrollgruppe, valide eingeordnet und beurteilt werden.

2.3.4 Veränderungsanalysen

Auf Querschnittsebene wurde mit einfaktoriellen Varianzanalysen die zeitliche Entwicklung aller zu mehreren Messzeitpunkten erhobenen Outcome-Parameter analysiert.

Im Regelfall wurden nur solche Ergebnisse im Detail berichtet, bei denen die Varianzanalyse eine Signifikanz ergab und die Effektstärke mindestens im kleinen Bereich lag. In einigen Fällen flossen jedoch auch solche Ergebnisse in den vorliegenden Bericht ein, die die Signifikanzgrenze knapp verfehlten oder nur einen Effekt sehr kleiner Stärke hatten. Dieser Weg wurde immer dann gewählt, wenn deutliche Tendenzen zu erkennen waren oder mit Hilfe der Ergebnisse naheliegende Theorien widerlegt werden konnten.

Zu allen berichteten Varianzanalysen wurden die zugehörigen Freiheitsgrade, F-Wert, Signifikanz und Effektstärke, sowie die Mittelwerte der abhängigen Variablen in den untersuchten Kategorien angegeben.

Für die Berechnung der Varianzanalysen wurden vorab die Voraussetzungen geprüft. In einigen wenigen Fällen wurde die Annahme zur Sphärität verletzt. Hierbei wurde die Berechnung nach der Greenhouse-Geisser-Korrektur vorgenommen.

2.3.5 *Statistische Konventionen (Signifikanz und Effektstärken)*

Das Signifikanzniveau wurde für alle Berechnungen auf $\alpha = .05$ festgelegt; dies entspricht einem bewährten Verhältnis von Alpha- und Betafehler-Risiken (Bortz & Döring, 2002). Um Unterschiede und Zusammenhänge zu beschreiben, werden zusätzlich die entsprechenden Effektstärkemaße mitgeteilt. Die Beurteilung der Effekte zur diskriminanten und konvergen-ten Validität lehnen sich an die gängigen Konventionen und Grenzwerte an (Bortz, 1993; Bortz & Döring, 2002; Cohen, 1988; Lienert & Raatz, 1994):

- Für die Konsistenz von Instrumenten sind Werte von weniger als Cronbachs Alpha = 0,8 mit erheblichen Problemen der Ungenauigkeit belastet, insbesondere für Evaluationsaufgaben mit Messwiederholungen. Werte unter 0,6 führen zu nur noch schwer interpretierbaren Messungen von erheblicher Unzuverlässigkeit. Da mittels der erhobenen Daten lediglich Gruppenvergleiche erfolgen sollen, also keine Individualdaten verglichen werden, können Werte über Cronbachs Alpha = 0,7 als zufrieden stellend gelten (Nunnally, 1978).
- Für Mittelwertsunterschiede sind die Konventionen in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Klassifikation der Effektgrößen der angewendeten Signifikanztests

Signifikanztest	Effektgröße	Klassifikation der Effektgrößen		
		klein	mittel	groß
t-Test für unabhängige Stichproben	d	0.20	0.50	0.80
Varianzanalyse	Eta ²	0.0099	0.0588	0.1379

2.3.6 Reliabilität der Indikatoren

Die psychometrischen Prüfungen auf Eignung und Reliabilität der Items und Skalen zeigten hohe Güte der Instrumente und keine Hinweise auf unbrauchbare oder ungenaue Messungen. (s. Tabelle 7). Einzig eine Teilskala gesundheitlicher Belastungen zur Erfassung körperlicher Belastungen wies nur gerade noch zufriedenstellende Reliabilität auf (Cronbachs Alpha von 0,63). Da die Werte nicht zur Individualdiagnostik, sondern für Gruppenvergleiche herangezogen wurden, war diese Messungsgenauigkeit hinlänglich; alle anderen Teilinstrumente wiesen gute Reliabilität auf.

Tabelle 7: Interne Konsistenz der Skalen des Teilnehmerbogens

Skala	Anzahl Items	T1 Cronbachs Alpha	T2 Cronbachs Alpha	T3 Cronbachs Alpha
Gesundheitliche Belastungen	12	,856	,880	,879
Subskala – psychische Belastungen	7	,846	,867	,873
Subskala – körperliche Belastungen	5	,632	,698	,674
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (WHO-5)	5	,782	,828	,867
Teilnehmerziele	11	,850	,913	–
Subskala – Suchtbezogenes Selbstmanagement	5	,762	,846	–
Subskala – Allgemeines Selbstmanagement	6	,826	,870	–
Kursdurchführungszufriedenheit	7	–	,847	–

2.3.7 Konvergente Validierung von Gesundheits- und Risikoindikatoren

Die Gesundheitskennwerte korrelierten alle signifikant und in der erwarteten Richtung untereinander (s. Tabelle 8). Sowohl die Gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die dazugehörigen Referenzwertdifferenzen, als auch die Gesundheitlichen Belastungen und deren Subskalen wiesen – wie zu erwarten – einen starken Zusammenhang untereinander auf.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsbezogener Lebensqualität und den Gesundheitlichen Beschwerden war negativ und mittelstark ausgeprägt. Lediglich die körperlichen Beschwerden wiesen nur einen geringen Zusammenhang mit der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf. Je höher die Lebensqualität war, desto weniger gesundheitliche Belastungen wurden angegeben.

Tabelle 8: Korrelation zwischen den Gesundheitskennwerten (T1, N = 706)

Produkt – Moment - Korrelation	2	3	4	5
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (1)	,982**	-,522**	-,556**	-,362**
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (2)		-,491**	-,527**	-,341**
Gesundheitliche Belastungen (3)			,947**	,825**
Psychische Beschwerden (4)				,601**
Körperliche Beschwerden (5)				-

Anmerkungen. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant, ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Bei den Risikoverhalten korrelierten vier signifikant aber mit geringem Zusammenhang untereinander (s. Tabelle 9). Je mehr Alkohol getrunken wurde, desto mehr Zigaretten oder Cannabis wurden konsumiert. Auch fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Medienkonsum und dem Rauchen von Zigaretten oder Cannabis. Essattacken und Medienutzung korrelierten hingegen nicht signifikant mit den anderen genauer untersuchten Risikoverhalten.

Tabelle 9: Korrelationen zwischen den Risikoverhalten (T1, N = 706)

Produkt – Moment - Korrelation	2	3	4	5
Tabak – Zigaretten Anzahl/Tag (1)	,186**	-,041	,161*	,094
Alkohol – reiner Alkohol/Tag (2)		,193*	,069	-,110
Cannabis – Gramm/Tag (3)			,313**	,081
Medien – Stunden/Tag (4)				,128
Essanfälle – Anzahl/Tag (5)				-

Anmerkungen. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant, ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

2.4 Indikatoren und Bewertung praktischer Bedeutsamkeit

Neben der statistischen ist die praktische Bedeutsamkeit von Veränderungen wichtig zur Beurteilung der Wirksamkeit von Interventionen (Lind, 2005). Deshalb werden für die wichtigsten Effekte zusätzlich zur Betrachtung der Rohwerte zwei Kennziffern für den Umfang der Veränderungen angegeben:

1. **Rohwerte:** die Veränderung in der ursprünglich gemessenen Skalierung des Fragebogens.
2. **Skalengewinn in Prozent:** Dieser Wert bezeichnet den Anteil der Veränderungen zwischen zwei Messungen am gesamten Wertebereich der jeweiligen Messung (Lind, 2005). Der mögliche Wertebereich (die Skala) wird also mit 100% (Skalenumfang) gleichgesetzt und der Umfang der Veränderung der Rohwerte prozentual umgerechnet. Um den Skalenumfang zu bestimmen, wird das Minimum als unveränderlicher Grundwert vom Maximum abgezogen.
3. **Steigerungsrate in Prozent:** Dieser Wert bezeichnet die prozentuale Verbesserung oder Verschlechterung gegenüber dem Ausgangswert. Zur Beurteilung von Gesundheitswirkungen ist der Ausgangswert nämlich in Betracht zu ziehen, weil er häufig eine hohe Prognosekraft für den Abschlusswert hat. Dazu ein Beispiel: Die Verbesserung um den Wert Eins auf einer Skala von Eins bis Fünf (vier Stufen) bedeutet eine Steigerungsrate von 100%, wenn der Ausgangswert Eins ist, aber nur eine Steigerung um 33%, wenn der Ausgangswert Drei ist. Zur Klassifikation kann die Einteilung der Skalengewinne beibehalten werden.

In Anbetracht ihrer Vor- und Nachteile sind beide Kennziffern erforderlich: Der Skalengewinn sollte herangezogen werden für Kennziffern, die eine nach oben logisch abgeschlossene Skalierung aufweisen. Er liefert keine Angaben für nach oben offene Skalen, wie z. B. die Zahl der körperlichen Beschwerden, und stark interpretationsbedürftige Werte für Skalen, deren Werte sich empirisch nur in einer bestimmten Größenordnung bewegen, wie z. B. BMI. Für solche Messungen muss die Steigerungsrate herangezogen werden. Die Steigerungsrate hängt jedoch stark von den vorherigen Werten ab, sie begünstigt Gruppen oder Einrichtungen mit niedrigem Ausgangsniveau, kann bei niedrigen Ausgangswerten leicht große Höhe erreichen und überschätzt so die praktische Bedeutsamkeit der hinsichtlich ihres Skalengewinns möglicherweise geringen Veränderungen.

Für die Interpretation von Gesamtwirkungen, Gesamtstichproben und mittleren Wertelagen ist i. d. R. die Steigerungsrate angemessen, für die Beschreibung von Einzelwerten, Einzelfällen und Extremgruppen der Skalengewinn oder beide Kennziffern. Zur Klassifikation wird die Einteilung von Lind (Lind, 2005) übernommen (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Klassifikation der Kennziffern praktischer Bedeutsamkeit

Kennziffer der Veränderung	Klassifikation der praktischen Bedeutsamkeit		
	gering	deutlich	sehr deutlich
Rohwerte	gängige Klassifikation der Effektgrößen (Bortz & Döring, 2002)		
Skalengewinn	0 - 4,999%	5 - 9,999%	10% und darüber
Steigerungsrate	0 - 4,999%	5 - 9,999%	10% und darüber

Mit Hilfe von Varianzanalysen und deskriptiven Mittelwertvergleichen wurden neben den Gesamtmittelwerten in den drei Indikatoren Direktprofit, Stabilität und Gesundheitsgewinne mit den drei Kennziffern der Veränderung (Rohwerten, Skalengewinnen und Steigerungsrate) herausgearbeitet. Dazu wurden zunächst nur Rohwerte und Diagramme herangezogen und bei mangelnder Sichtbarkeit oder Signifikanz von Unterschieden keine weiteren Vergleiche angestellt, da die Zellenbesetzungen bei Vergleichsgruppenbildung überwiegend zu klein für Signifikanztests waren.

2.5 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand in den Kursen statt, und zwar auf dem ersten Treffen oder auf dem zweiten (falls das erste eine Informationsveranstaltung gewesen war), in der letzten Sitzung sowie in einer Nachbesprechung etwa 2 – 3 Monate später. Die Fragebögen wurden von den Kursleitungen verteilt und in Umschlägen eingesammelt und verschlossen. Zusätzlich hatten die Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, Bögen auf Wunsch direkt der Begleitforschung zu übersenden.

Zur Längsschnittbildung durch persönliche Zuordnung der Bögen enthielten diese mehrere Variablen zur Pseudonymisierung. Diese wurden durchgehend unzuverlässig und oft gewollt und erkennbar falsch ausgefüllt (z. B. durch Angabe eines sehr hohen Alters), so dass zu schließen war, dass die Befragten sich nach Möglichkeit vor einer Wiedererkennung schützen wollten. Die übrigen wurden in die Längsschnittauswertung aufgenommen.

Zu jedem Kurs füllte die Gruppenleitung das Durchführungsprotokoll über Themen, deren Abfolge und Auswahl sowie Besonderheiten des Kurses aus.

Teilnehmer/-innen, die in der Erstbefragung ihre Telefonnummer oder Anschrift zur Verfügung gestellt hatten, danach aber keine weiteren Daten, wurden seitens der Begleitforschung direkt angeschrieben oder angerufen, um auch Kursabbrecher zu erreichen. Dabei erwies sich ein hoher Anteil der Kontaktdaten als falsch, insbesondere die Telefonnummern.

Vertiefend wurden daher im Rahmen einer Qualifikationsarbeit Einzelfallstudien über den Kursverlauf gefertigt, soweit die Befragten zu 2 – 3 persönlichen oder telefonischen Interviews bereit waren. Diese fanden ab Herbst 2010 – Frühjahr 2011 statt.

Einbezogen wurden alle Kurse, die zwischen Mai 2009 und Juli 2011 stattfanden. Datenschluss für die Katamnese war der 12. Aug. 2011. Vereinzelt später eintreffende Fragebögen konnten nicht mehr in die Analyse eingeschlossen werden.

Der Vergleich der beteiligten Zentren und ihrer Regionen (Nord – Süd / Ost – West) wurde nach einem Standortverzeichnis der Programmleitung durchgeführt.

2.6 Rücklauf und Stichprobe

2.6.1 Konservativ und realistisch berechnete Haltequote

Um die durchgehende Teilnahme über den Kursverlauf von SKOLL abzuschätzen, wurde eine Haltequote berechnet, und zwar einerseits konservativ (Mindestquote), andererseits realistisch, d.h. nach den Konventionen der Suchthilfestatistik (Schwund zwischen erster und letzter Sitzung). Die realistische Berechnung bezieht somit keine Teilnehmer/-innen ein, die nur zu einzelnen Sitzungen probatorisch oder aus Neugier auftauchten. Die beiden Quoten wurden verglichen.

Für die konservative Berechnung wurde die durchschnittliche Teilnehmeranzahl der letzten beiden Sitzungen (9. und 10. Modul) mit der maximal in irgend einer Sitzung erreichten Teilnehmeranzahl über den gesamten Kursverlauf verrechnet.

Tabelle 11: Berechnung der konservativen Haltequote

Kurs	Maximale Teilnehmeranzahl	Durchschnittliche Teilnehmeranzahl des 9. & 10. Moduls	Haltequote in%
1	9	6	66,67
3	10	3,5	35,00
7	9	8	88,89
8	7	6,5	92,86
9	5	4	80,00
10	6	3,5	58,33
11	6	4	66,67
12	6	2	33,33
13	8	2	25,00
14	8	3,5	43,75
15	22	22	100,00
17	8	4	50,00
18	8	5	62,50
19	6	6	100,00
21	9	7	77,78
22	-	-	-
23	7	3,5	50,00
24	21	20	95,24
25	9	6,5	72,22

Kurs	Maximale Teilnehmeranzahl	Durchschnittliche Teilnehmeranzahl des 9. & 10. Moduls	Haltequote in%
26	10	8	80,00
27	11	9,5	86,36
28	5	3,5	70,00
29	11	9,5	86,36
30	6	5	83,33
31	7	6	85,71
33	7	5	71,43
36	6	2	33,33
37	6	-	-
38	10	6	60,00
39	6	5	83,33
40	6	4	66,67
41	6	3,5	58,33
42	5	3,5	70,00
44	9	6	66,67
45	6	5	83,33
46	5	4,5	90,00
47	10	6,5	65,00
48	7	-	-
49	16	6	37,50
51	5	2	40,00
52	7	2	28,57
53	11	6	54,55
54	8	5	62,50
55	11	7,5	68,18
56	9	6	66,67
57	11	9	81,82
58	11	9	81,82
59	6	4,5	75,00
60	4	3,5	87,50
61	6	5	83,33
62	8	6,5	81,25
63	1	-	-
64	11	5,5	50,00
65	7	4,5	64,29

Kurs	Maximale Teilnehmeranzahl	Durchschnittliche Teilnehmeranzahl des 9. & 10. Moduls	Haltequote in%
66	9	2,5	27,78
67	7	7	100,00
68	7	5	71,43
69	5	4	80,00
71	4	2,5	62,50
72	6	-	-
73	13	6	46,15
75	7	4	57,14
77	9	6	66,67
80	10	4	40,00
82	9	3	33,33
83	9	5	55,56
85	8	6,5	81,25
86	4	3	75,00
87	6	3,5	58,33
88	4	3,5	87,50
89	7	5	71,43
91	5	3,5	70,00
92	6	5,5	91,67
93	10	5	50,00
94	10	9	90,00
95	7	5	71,43
96	6	6	100,00
97	6	-	-
98	4	1	25,00
99	12	8	66,67
100	6	4	66,67
101	10	9,5	95,00
102	10	9,5	95,00
103	9	4,5	50,00
Gesamt	7,95	5,54	69,73

Die minimale (konservative) Haltequote belief sich auf somit etwa 70% und rangierte zwischen 25% und 100% für die einzelnen Gruppen. Muster nach Standorten waren nicht er-

kennbar. Eine genauere Analyse von Determinanten erwies sich als unfruchtbar, da die Varianz gering war (Deckeneffekte bei im Mittel 70% minimaler Haltequote). Die realistische Haltequote gemäß Berechnungsweise der Suchthilfestatistik lag sogar noch darüber (rd. 80%), so dass auch hier eine Suche nach Ursachen der geringfügigen Unterschiede infolge der Deckeneffekte ergebnislos blieb.

2.6.2 Rücklauf

Um zu prüfen, wie viele Kursteilnehmer/-innen sich an der Eingangsbefragung beteiligt hatten, wurde die mittlere Kursgröße aus den dokumentierten 83 Gruppen anhand des mittleren Maximums des jeweiligen Kurses berechnet (s. Tabelle 12). Diese lag bei 7,95 Teilnehmenden. Multipliziert mit der Zahl von 84 dokumentierten Gruppen ergab das insgesamt 668 Teilnehmer/-innen. Demgegenüber lagen 706 Bögen der Eingangsbefragung vor (s. folgenden Abschnitt), also mehr als in den Gruppendokumentationen erfaßte Personen. Die Differenz war darauf zurückzuführen, dass die Fragebögen teilweise auch an Interessent/-innen und auf dem Informationstreffen ausgegeben worden und nicht alle Gruppen vollständig dokumentiert worden waren (einzelne Gruppenprotokolle vergessen oder erst zu Kursende aus der Erinnerung ausgefüllt). Der Rücklauf ist in der Größenordnung der Besetzung der ersten Sitzungen, die am vollsten, waren, ähnlich.

Tabelle 12: Mittlere Gruppengröße (mittlerer Maximalwert der Anwesenden über alle Sitzungen)

n	m.v.	Min	Max	Summe	M	SD
83 Kurse	1 Kurs	1,00	22,00	660,00	7,95	3,238

Zur Beurteilung des Rücklaufs ist weiter die Gruppenbesetzung zu Kursende und im Nachtreffen heranzuziehen. Aus der mittleren Teilnehmerzahl der Einzelmodule geht eine Haltequote von etwa 78% zu Kursende hervor (s. Kapitel 11.1). Die Zahl der zu Kursende anwesenden Teilnehmer/-innen betrug damit über alle Gruppen etwa 501. Die Abschlussbefragung erreichte zwar nur etwa 70% der Eingangsbefragung, nach Abschätzung der Haltequote und der Datenbasis der Gruppendokumentationen erfasste sie aber 92% der zu Kursende noch anwesenden Teilnehmer/-innen. Für die Katamnese kann der Rücklauf als Anteil an der Nachbefragung mit 44,5% beziffert werden; das entspricht 30,7% der Eingangsbefragung. Zwischen Brutto- und Netto-Ausschöpfung ließ sich nicht zuverlässig unterscheiden, weil nur zu einem sehr kleinen Teil der Teilnehmer/-innen noch postalischer oder telefonischer Kontakt herzustellen war, da sich die Angaben auf den Fragebögen überwiegend als falsch erwiesen.

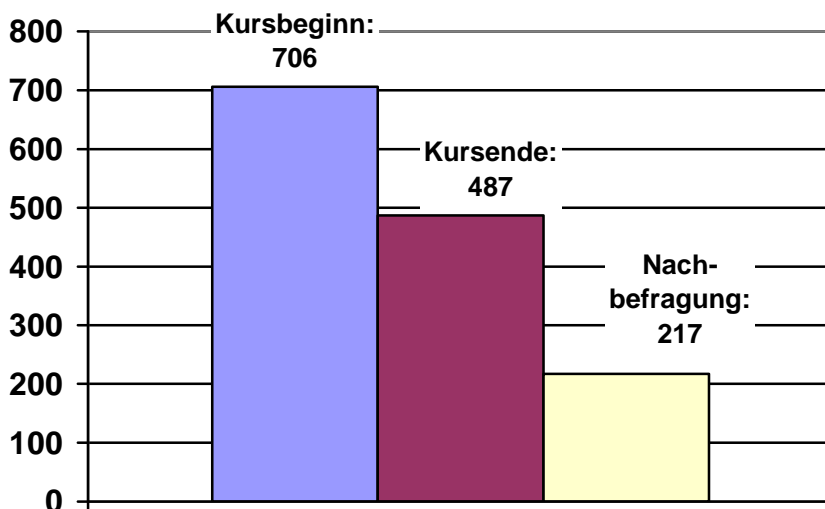


Abbildung 2: Teilnehmerzahlen zu den drei Erhebungspunkten

Tabelle 13: Rücklaufberechnung

	N	Brutto-Ausschöpfung von T1	Brutto-Ausschöpfung von T2
Befragte zu Kursbeginn (T1)	706	100%	–
<i>Vergleichswert: TN lt. Gruppenprotokollen (T1)</i>	668	–	–
<i>Vergleichswert: TN lt. Haltequote (T2)</i>	501	–	–
Befragte zu Kursabschluss (T2)	487	68,9%	100%
Befragte in der Nachbefragung (T3)	217	30,7%	44,5%

Die Eingangsbefragung gibt in Umfang und Verteilungsmerkmalen somit ein vollständiges Bild der zu Kursbeginn anwesenden Teilnehmer/-innen. Die Kursabschlussbefragung weist eine geringe Schwundquote auf und liefert immer noch das Bild einer Vollbefragung, während die Katamnese einen starken Beteiligungsabfall brachte. Da die Bögen der Nachbefragung individuell oder auf unvollständig dokumentierten Nachtreffen ausgefüllt wurden, die überwiegend nur von wenigen Teilnehmer/-innen besucht wurden, zeigen die Nachbefragungsdaten ein Bild der nach etwa einem Vierteljahr noch erreichbaren Teilnehmer/-innen und müssen auf Verzerrungen geprüft werden.

2.6.3 Teilnehmermerkmale des Querschnittes

An der Eingangsbefragung (T1) nahmen 706 Personen teil. 59,9% davon waren Männer. Der Altersdurchschnitt lag bei 29,8 Jahren bei einer Spanne von 13 bis 83 Jahren. An der Abschlussbefragung (T2) nahmen insgesamt 487 Personen teil, davon 56,4% männlich. Der Altersdurchschnitt lag bei 29,7 Jahren, zwischen 15 und 75 Jahren. An der Nachbefragung (T3) nahmen 217 Personen teil, davon 50,5% männlich und mit einem Altersmittel von 31,1 Jahren. Weitere soziodemographische Daten über die Stichprobe finden sich in der Tabelle 15. In Geschlechter- und Alterverteilung traten keine signifikanten Veränderungen ein, jedoch beim Urbanisierungsgrad. Die Verschiebungen – teilweise beträchtlich um über 10% in Einzelmerkmalen – sind auf unterschiedliche Durchführungszeiten der Kurse an den verschiedenen Standorten zurückzuführen, auch im Geschlecht (Angebote einer norddeutschen Frauenberatungsstelle).

Tabelle 14: Verteilung der Alterskategorien zur Eingangsbefragung des Querschnittes (n=659)

Alter	n	%	m.v.
unter 20	149	22,6	6,7
20-29 Jahre	270	41,0	
30-39 Jahre	75	11,4	
40-49 Jahre	81	12,3	
50-59 Jahre	65	9,9	
Über 60 Jahre	19	2,9	

An der Altersverteilung ist neben der breiten Streuung somit vor allem der Schwerpunkt unter 30 Jahren auffällig. Hier war die am stärksten vertretene Altersgruppe, die der 20-29-jährigen mit 41%. Auch die unter 20-jährigen waren mit 22,6% stark vertreten. Bis auf die Gruppe der über 60-jährigen mit 3%, waren die übrigen Altersgruppen zu etwa 10% vertreten.

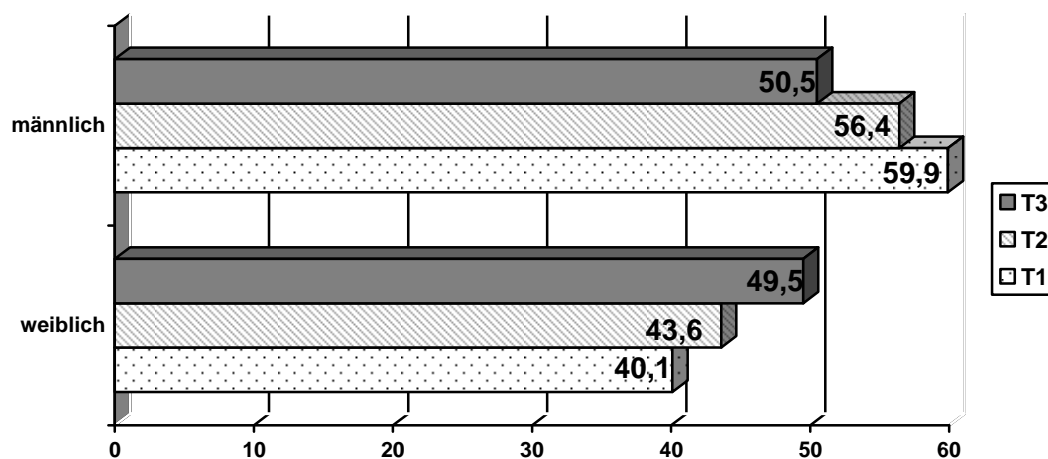


Abbildung 3: Geschlechterverteilung des Querschnittes

Tabelle 15: Soziodemographische Merkmale der Querschnittsstichprobe

	T1	T2	T3	p
Geschlecht:				
weiblich	40,1%	43,6%	49,5%	,065
männlich	59,9%	56,4%	50,5%	
Alter:				
Durchschnittsalter	29,8	29,7	31,1	,478
Bildungsstand:				
ohne Schulabschluss	13,0%	-	-	-
Hauptschulabschluss	35,7%	-	-	
Realschulabschluss	36,0%	-	-	
Abitur	10,1%	-	-	
FH oder Uni	5,3%	-	-	
Urbanisierungsgrad:				
Keine Angabe	13,5%	12,3%	10,1%	,037
Großstadt >100.000 EW	40,5%	38,4%	31,3%	
Mittelstadt 20.000-100.000 EW	24,4%	27,5%	35,9%	
Kleinstadt 10.000-20.000 EW	21,7%	21,8%	22,6%	
Standortregion:				
Keine Angabe	13,5%	12,3%	10,1%	,052
Nord	25,8%	29,2%	34,1%	
Süd	24,8%	22,8%	19,4%	
West	22,1%	17,7%	18,0%	
Ost	13,9%	18,1%	18,4%	

2.6.4 Merkmale der Längsschnittstichprobe

An der Längsschnittbefragung hatten 163 Personen teilgenommen. Davon waren bei dem ersten und zweiten Messzeitpunkt 55,8% männlich und bei dem dritten Messzeitpunkt waren es 53,1%. Das Durchschnittsalter lag zwischen 32,2 und 33,0 Jahren. Die Teilnehmer kamen größtenteils aus der Großstadt (35,0%) und stammten aus Westdeutschland (23,3%). Weiter Daten sind in Tabelle 16 zu sehen.

Tabelle 16: Soziodemographische Merkmale der Längsschnittstichprobe

	T1	T2	T3
Geschlecht:			
weiblich	44,2%	44,2%	46,9%
männlich	55,8%	55,8%	53,1%
Alter:			
Durchschnittsalter	32,7	33,0	32,2
Bildungsstand:			
ohne Schulabschluss	11,0	-	-
Hauptschulabschluss	33,6	-	-
Realschulabschluss	36,3	-	-
Abitur	11,0	-	-
FH oder Uni	8,2	-	-
Standorttyp:			
Keine Angabe	9,8%		
Großstadt >100.000 EW	35,0%		
Mittelstadt 20.000-100.000 EW	27,0%		
Kleinstadt 10.000-20.000 EW	28,2%		
Standortregion:			
Keine Angabe	9,8%		
Nord	22,7%		
Süd	21,5%		
West	23,3%		
Ost	22,7%		

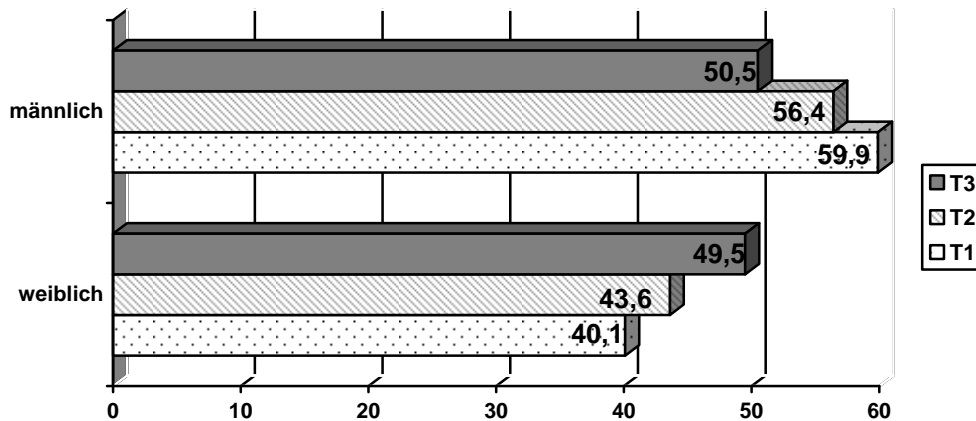


Abbildung 4: Geschlechterverteilung des Längsschnittes

2.6.5 Fazit: Rücklauf und Stichprobenmerkmalen

Die Erstbefragung (T1) bot mit 706 Fragebögen im Querschnitt ein weitgehend vollständiges Bild der SKOLL-Teilnehmer/-innen, mit einem Rücklauf sogar etwas über der Zahl der erreichten Personen laut Gruppendokumentationen (die aber nicht vollständig übersandt worden waren). Dokumentiert waren – zu 80% vollständig – 84 Kurse aller Standorte. Zu Kursabschluss (T2) beteiligten sich 487 Befragte oder 68,9% der Eingangsbefragung, in der Katamnese (T3) nach drei Monaten 217 Personen oder 30,7% von T1, entsprechend 44,5% von T2. Zieht man die Gruppendokumentationen als Datenbasis für Schätzungen der Teilnehmerzahlen heran, lagen die Rücklaufquoten sogar 5 – 10% höher. Eingangs- und Abschlussbefragung geben somit ein weitgehend vollständiges Bild der anwesenden Teilnehmer/-innen, in den Nachtreffen mit der Nachbefragung fand starker Schwund statt, so dass die Katamnesedaten verzerrungsanfällig und absicherungsbedürftig waren.

Unter den 706 Befragten der Eingangsbefragung waren 59,9% Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 29,8 Jahren. Keinen oder Hauptschulabschluss hatten 48,7%, 36% Realschulabschluss und 15,4% Abitur oder Studium. Teilnehmer/-innen mit geringer Bildung überwogen also. 40,5% kamen aus einer Großstadt, 24,4% aus einer mittleren Stadt (20 – 100.000 Einwohner), 21,7% aus kleineren Wohnorten oder ländlichen Regionen.

Nördliche Bundesländer waren mit 25,85% vertreten, südliche mit 24,8%, westliche mit 22,1% und östliche mit 13,9%.

Im Studienverlauf änderte sich die Gruppen- und damit Stichprobenzusammensetzung erheblich. Höhere Haltequoten erreichten die Frauen, so dass die Geschlechter zur Nacherhebung ungefähr gleich vertreten waren. Befragte aus Großstädten nahmen ab, ebenso Befragte an süd- und westdeutschen Standorten. Entsprechend legte der Anteil an nord- und ostdeutschen Standorten sowie an mittel- und kleinstädtischen Standorten in ländlichen Regionen zu.

163 Personen ließen sich allen drei Messpunkten zuordnen (vollständiger Längsschnitt). Ähnlich dem Querschnitt überwogen Männer zur Erstbefragung (55,8%), mit einem Durchschnittsalter um 30 Jahre (32,2 Jahre), überwiegend mit geringen Bildungsabschlüssen (44,6% Hauptschule oder kein Abschluss), und 35% aus Großstädten, hingegen 28,2% aus klein- und mittelstädtischen Standorten. Die Verteilung zwischen den vier Regionen in Deutschland war etwa gleich – um 22% (bei 10% ohne Angaben).

Die Befragten wiesen also hinreichend große Variation in allen soziodemographischen Merkmalen auf, um größere Teilgruppen zu vergleichen. Quer- und Längsschnittstichprobe stimmten in den Proportionen im Kursverlauf (über die Erhebungspunkte) immer genauer überein. Die Rücklaufquoten der Fragebögen und die Teilnehmerzahlen der Gruppendokumentationen zeigen T1 und T2 als weitgehend vollständige Abbildungen der anwesenden Teilnehmerpopulation, während in der Katamnese – entsprechend der Verkleinerung der Gruppen im Nachtreffen – ein deutlicher Schwund stattfand und auf Verzerrungen kontrolliert werden musste.

2.7 Aufteilung der Stichprobe für Gruppenvergleiche

2.7.1 Aufteilung der Standorte nach Regionen

Um abzuschätzen, ob der Standort von SKOLL einen Einfluss auf Teilnehmerkonstellation oder Wirksamkeit hatte, wurden die Standorte den vier Regionen Nord, Süd, West und Ost zugeordnet. Die Verteilung ist in Tabelle 17 aufgeführt.

2.7.2 Aufteilung der Regionen nach Urbanisierungsgrad (Ortsgröße)

Ferner wurden die Standorte nach Ortsgröße unterteilt, um eine Annäherung (Proxy-Variable) für den Urbanisierungsgrad zu gewinnen und damit dichter und schwächer besiedelte Umfelder vergleichen zu können. Dieser Schritt folgte den Ortsgrößeneinteilungen eines aktuellen Fachbericht des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Schlömer & Pütz, 2011). Entsprechend der dort beschriebenen Angaben wurden die Standorte Groß-, Mittel- oder Kleinstädten zugewiesen (s. Tabelle 18). Die Einteilung wurde mit der Programmleitung diskutiert. Die Kategorie Kleinstädte umfasst Unterzentren und versorgt i.d.R. auch den umliegenden ländlichen Raum. Für eine Prüfung von Stadt-Land-Effekten können also die Gruppen Groß- und Mittelstadt mit Kleinstädten verglichen werden.

Tabelle 17: Durchführungsstandorte nach Region (T1)

Region	Dazugehörige Standorte	n	%
Norden	Göttingen	182	25,8
	Hannover		
	Kiel		
	Lingen		
	Ludwigslust		
	Osnabrück		
	Stavenhagen/ Teterow		
Süden	Augsburg	175	24,8
	Heidelberg/ Schwetzingen		
	Lörrach		
	Mannheim		
	Pforzheim		
	Regensburg/ Kelheim		
Westen	Euskirchen	156	22,1
	Hattingen		
	Köln		
	Mainz		
	Neunkirchen		
	Speyer		
	Taunusstein		
Osten	Hagenow	98	13,9
	Leinefeld- Wobis		
	Oelsnitz		
	Oschersleben		
	Postdam		
Nicht zuzuordnen	Keine Angabe	95	13,5

Tabelle 18: Durchführungsstandort nach Stadtgröße (T1)

Region	Dazugehörige Standorte	n	%
Großstadt mehr als 100.000 Einwohner	Augsburg	286	40,5
	Göttingen		
	Hannover		
	Heidelberg/ Schwetzingen		
	Kiel		
	Köln		
	Mainz		
	Mannheim		
	Osnabrück		
	Pforzheim		
	Potsdam		
Regensburg / Kelheim			
Mittelstadt 20.000 – 100.000 Einwohner	Euskirchen	172	24,4
	Lingen		
	Ludwigslust		
	Lörrach		
	Neunkirschen		
	Speyer		
Kleinstadt 10.000 – 20.000 Einwohner	Hagenow	153	21,7
	Leinefeld-Wobis		
	Oelsnitz		
	Oschersleben		
	Stavenhagen/ Teterow		
	Taunusstein		
Nicht zuzuordnen	Keine Angabe	95	13,5

2.7.3 Aufteilung der Teilnehmer/-innen nach Risikogruppen

Um Risikogruppen festlegen zu können, wurde die Querschnittsstichprobe der Eingangsbefragung (N = 706) herangezogen.

Mit Hilfe eines Algorithmus zur Perzentilbildung wurde jeweils die konsumierte Menge von Tabak, Alkohol, Cannabis, Medien und Essanfällen dieser Stichprobe entlang ihrer Quartilgrenzen in vier Kategorien von Risikoverhalten aufgeteilt (s. Tabelle 19).

Tabelle 19: Cut-offs der konsumierten Menge nach Risikoverhalten

Bedeutung der Kategorien	gering (1)	eher gering (2)	eher ausgeprägt (3)	ausgeprägt (4)
Tabak – Anzahl/ Tag	< 10	10 – 14,99	15 – 19,99	≥ 20
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	< 0,0150	0,0150 – 0,0442	0,0443 – 0,1144	≥ 0,1145
Cannabis – Gramm/ Tag	< 0,6667	0,6667 – 1,8332	1,8333 – 4,999	≥ 5
Medien – Stunden/ Tag	< 2	2 – 3,9999	4 – 6,9999	≥ 7
Essen – Essanfälle/ Tag	< 2	2 – 3,6666	3,6667 – 9,9999	≥ 10

Anhand dieser Kategorien konnten weitere Risikogruppen definiert werden. Dafür wurden im ersten Schritt dichotome Variablen für die Ausprägung der Risikoverhalten, im zweiten Schritt eine kategoriale Variable aller fünf neu gebildeten Risikogruppen erstellt. Mehrfachzuordnungen zu fünf Risikogruppen waren nicht erforderlich (jede Gruppe ist durch aufeinander aufbauende Definitionen eindeutig bestimmt).

1. Gering Riskante Teilnehmer/-innen (in allen Risikoverhalten unterstes Viertel):

Teilnehmer/-innen, die in allen fünf betrachteten Risikoverhalten im untersten Viertel der Risikoausprägung lagen (Tabelle 19), wurden der Gruppe der Gering Riskanten zugeordnet.

2. Poliriskante Teilnehmer/-innen (in mind. zwei Verhalten mittleres Risiko)

Zeigten Teilnehmer/-innen zwar keine vergleichsweise hoch ausgeprägten Risikoverhalten, jedoch ein in mehrfacher Hinsicht mittelstarkes Risikoverhalten, so dass sie für mehr als eine Gefährdung im zweiten und dritten Viertel der jeweiligen Verteilung anzutreffen waren (vgl. Tabelle 19), so wurden sie der Gruppe der Poliriskanten Nutzer zugeordnet.

3. Spezifisch Riskante Teilnehmer/-innen (in einem Verhalten oberstes Viertel)

Zu den Spezifisch Riskanten wurden alle Teilnehmer/-innen gezählt, die ein einzelnes markantes Risikoverhalten in besonders ausgeprägter Weise aufwiesen. Dafür musste ein einzelnes Risikoverhalten das oberste Viertel der Verteilung erreichen (vgl. Tabelle 19). So wurde z. B. ein Teilnehmer, der 20 oder mehr Zigaretten pro Tag rauchte, der Gruppe der Spezifisch Riskanten Tabakkonsument/-innen zugeordnet. Entsprechend wurde mit dem individuellen Risikoverhalten für Alkohol, Cannabis, Medien und Essanfällen verfahren.

4. Hochriskante Teilnehmer/-innen (in mind. zwei Verhalten oberstes Viertel)

Wiesen Teilnehmer/-innen für zwei oder mehr Risikoverhalten ein ausgeprägtes Risikoverhalten auf, waren also für mehr als ein Risikoverhalten im oberen Viertel der Verteilung anzutreffen, dann wurden sie der Gruppe der Hoch Riskanten zugeordnet. Wenn z.B. ein Teilnehmer sowohl für Tabak als auch für Cannabis ein ausgeprägtes Risikoverhalten aufwies, also das oberste Quartil erreichte, dann wurde er dieser Gruppe zugeordnet.

5. Unklar riskante Teilnehmer/-innen (in mind. zwei Verhalten mittleres Risiko)

Teilnehmer/-innen, die keiner der genauer beschreibbaren Risikogruppen zugeordnet werden konnten, sei es infolge unklaren Verhaltensprofils oder unvollständiger Angaben, wurden der Kategorie der Unklar Riskanten zugeordnet.

2.7.4 Aufteilung der SKOLL-Gruppen nach soziodemographischer Mischung

Um zu untersuchen, ob Gruppenkonstellationen einen Einfluss auf die Wirksamkeit von SKOLL hatten, wurde das Mischungsverhältnis soziodemografischer Merkmale herangezogen. Hierfür wurden die Häufigkeitsverteilungen von Alter, Geschlecht und Bildung je Kurs betrachtet. War eine Merkmalsausprägung mit mindestens 75% im Kurs vertreten, so wurde die Gruppe entsprechend des Merkmals als homogen eingestuft. D.h. waren mind. 75% eines Kurses Männer oder aber Frauen, so war der Kurs altershomogen, waren mind. 75% der Teilnehmer/-innen eines Kurses aus der gleichen Altersgruppe, so war der Kurs geschlechtshomogen und waren mind. 75% aus einer Bildungsgruppe, so war der Kurs bildungshomogen.

Für die Einteilung wurden die soziodemografischen Daten der Teilnehmer/-innen aus der Eingangsbefragung im Querschnitt herangezogen.

In einem nächsten Schritt wurde eine kategoriale Variable zum Mischungsverhältnis des Kurses erstellt. War ein Kurs in keinem der drei Merkmale homogen, so war das Mischungsverhältnis heterogen. War der Kurs in ein oder zwei Merkmalen homogen, so war das Mischungsverhältnis teilhomogen und war der Kurs in allen drei Merkmalen homogen, so war das Mischungsverhältnis des Kurses homogen. Kurse, die mit weniger als 4 Teilnehmer/-innen vertreten waren, wurden ausgeschlossen, da aufgrund der geringen Teilnehmer/-innenanzahl keine Rückschlüsse auf die Gruppenkonstellation gezogen werden können.

2.7.5 Berechnung von Kenngrößen für weitere Gruppeneinteilungen

2.7.5.1 Allgemeines Vorgehen

Für alle Skalen wurden orthogonal rotierte Faktorenanalysen mit dem Standardverfahren der Hauptkomponentenanalysen durchgeführt, um eine differenzierte Betrachtung auf Subskalenebene zu gewährleisten. Dies erfolgte über eine Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung und Bestimmung der Anzahl zu extrahierender Faktoren anhand des Eigenwertverlaufs im Scree-Test. Der Übersicht halber werden nur Faktorladungen $> 0,3$ angegeben. Lud ein Item auf mehreren Faktoren, erfolgte die Zuordnung zu einem Faktor hinsichtlich Inhaltsvalidität und Reliabilität der Subskala (s. Tabelle 7) und nicht ausschließlich basierend auf der Höhe der Faktorladungen.

Wurden lediglich ein Faktor bei der explorativen Faktorenanalyse extrahiert, so gingen alle Items in die Skalenbildung mit ein. Diese Fälle wurden der Übersichtlichkeit halber hier nicht aufgezeigt.

Die Subskalenbildung erfolgt basierend auf dem erstmaligen Erhebungszeitpunkt der Skala, d.h. vorrangig zur Eingangsbefragung.

2.7.5.2 Datengestützte Aufgliederung der gesundheitlichen Belastungen

Die explorative Faktorenanalyse ergab eine Unterteilung der gesundheitlichen Belastungen in zwei Faktoren (s. Tabelle 20), die 48% der Gesamtvarianz erklärten. Der erste Faktor erfasst psychische Beschwerden, wie Schlaflosigkeit, Mattigkeit, Konzentrationsschwäche, Grübeleien, Reizbarkeit, Schwächegefühl und Nervosität. Der zweite Faktor erfasst körperliche Beschwerden, die auch auf eine Entzugssymptomatik hinweisen können. Dazu gehören deutliche Gewichtsveränderungen, Sodbrennen, starkes Schwitzen, Zittern und Übelkeit.

Tabelle 20: Faktorenanalyse gesundheitliche Belastungen (T1)

Leiden Sie in letzter Zeit unter folgenden Beschwerden?	1	2
Schlaflosigkeit	,653	
Mattigkeit, Müdigkeit	,737	
Konzentrationsschwäche	,692	
Grübeleien	,739	
Reizbarkeit	,602	
Schwächegefühl	,686	,305
Innere Unruhe oder Nervosität	,647	,379
Deutliche Gewichtsveränderung	,489	,139
Sodbrennen, saures Aufstoßen		,681
Starkes Schwitzen		,609
Zittern		,677
Übelkeit		,665

2.7.5.3 Datengestützte Aufgliederung der Teilnehmerziele

Um eine Unterscheidung zwischen (eher) wichtigen und (eher) unwichtigen Zielen zur Eingangsbefragung sowie (fast) erreichten und (eher) nicht erreichten Zielen zur Abschlussbefragung machen zu können, wurde die 5-fach gestufte Likertskala in eine dichotome Variable umgewandelt. Das Vorgehen hierzu beschreibt Tabelle 21.

Eine explorative Faktorenanalyse ergab eine Unterteilung der Teilnehmerziele in zwei Faktoren (s. Tabelle 22), die insgesamt 54% der Gesamtvarianz erklärten.

Tabelle 21: Dichotomisierung der Teilnehmerziele nach Wichtigkeit (T1) bzw. deren Erreichung (T2)

Bedeutung der Kategorien: Wichtigkeit (umcodiert)	unwichtig (0)	eher unwichtig (1)	teils- teils (2)	eher wichtig (3)	ganz wichtig (4)
	0			1	
	(eher) unwichtiges Ziel			(eher) wichtiges Ziel	
Bedeutung der Kategorien: Erreichung	nicht erreicht (0)	fast nicht erreicht (1)	teils- teils (2)	eher erreicht (3)	voll erreicht (4)
	0			1	
	(eher) nicht erreichtes Ziel			(eher) erreichtes Ziel	

Der erste Faktor erfasst Suchtbezogenes Selbstmanagement. Darunter fällt die Kontrolle und Verminderung des Risikoverhaltens, das Erlernen alternativer Verhaltensweisen, Wissen um Suchtstoffe und Risikoverhalten, sowie die Entwicklung eines Risikobewusstseins. Der zweite Faktor erfasst ein Allgemeines Selbstmanagement, wie sein Selbstvertrauen zu stärken, gelassener mit Streit und Stress umzugehen, gesundheitliche Probleme abzubauen, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten bzw. aufzubauen und eine schulische oder berufliche Wiedereingliederung.

Tabelle 22: Faktorstruktur der Teilnehmerziele (T1)

Was möchten Sie mit SKOLL erreichen?	1	2
Risikoverhalten kontrollieren	,841	
Mehr Risikobewusstsein entwickeln	,456	,376
Informieren über Suchtstoffe und -verhalten	,408	
Alternative Verhaltensweisen zum Risikoverhalten erlernen	,760	
Risikoverhalten vermindern	,821	
Selbstvertrauen stärken		,771
Besser mit Druck und Stress umgehen können		,756
Soziale Kontakte erhalten/ aufbauen		,741
Schulische und berufliche Wiedereingliederung		,613
Gesundheitliche Belastungen abbauen		,679
Gelassener mit Streit umgehen		,692

3 Vorgehen: Abschätzung der Versorgungseffekte

3.1 Aufgabenstellung der Versorgungsanalyse

Evaluationen – auch in der Suchtprävention – ermitteln häufig die Wirksamkeit von Interventionen. Häufig beschränken sie sich auf retrospektive Nutzer- und Teilnehmermeinungen (Marzinzik, 2004), mitunter finden sich auch randomisiert-kontrollierte Studien dann, i. d. R. jedoch in sehr kleinen Vergleichsgruppenplänen. Mit der Wirksamkeit unter günstigen Bedingungen ist jedoch die Breitenwirksamkeit von Programmen keineswegs gesichert; hierzu sind Pragmatische Studien mit einfachen, für wechselnde Feldbedingungen robusten Designs erforderlich, in denen die tatsächlichen Effekte unter Bedingungen der Routineversorgung erfasst werden (Donner-Banzhoff, 2009; Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz & Donner-Banzhoff, 2007; Ollenschläger et al., 2007). Pragmatische Studien der Suchtprävention sollten insbesondere auf Implementationsbedingungen und Mindestanforderungen an die Umsetzungsqualität als wichtige Aspekte der realen Gesamtwirkung eingehen (Sloboda et al., 2009; Vijgen, van Baal, Hoogveen, de Wit & Feenstra, 2008).

Für das Bundesmodellprojekt SKOLL lagen hinreichende Wirksamkeitshinweise vor, um eine Studie der Breitenwirksamkeit dieses Programms anzuschließen (Bruns, 2007; Bruns, Tönsing & Bösing, 2006). Zur Abschätzung der Versorgungseffekte wurde in diesem Rahmen eine qualitative Beobachtungsstudie mit Expertenbefragung durchgeführt. Zielgröße dieser Teilstudie waren also nicht Gesundheitswirkungen bei den Teilnehmer/-innen, sondern vielmehr der Veränderungen, die das Programm bei Einführung in der örtlichen Struktur der Suchthilfe und –prävention nach sich zieht.

Die Fragestellungen lauteten:

- Welche Erwartungen der Beratungsstellen und der Träger bestimmen und begleiten die Einführung von SKOLL? An welchen Leistungen wird ein solches Programm also von den Praktiker/-innen gemessen?
- Wie ist die Ausgangslage bei Einführung des Programms? Wie sehen insbesondere Umfang, Profil und Qualität der bestehenden Versorgung aus?
- Welche Veränderungen zieht die Einführung dieses neuen Programms in der lokalen und regionalen Suchtversorgung nach sich? Fallen insbesondere für die Übernahme von SKOLL bislang erbrachte Leistungen oder ältere Angebote weg, oder verschiebt sich die Inanspruchnahme?
- Welche Verstetigungsbedingungen sehen die Standorte und Entscheidungsträger in der lokalen Suchtprävention und –hilfe?

3.2 Methodischer Ansatz: Expertenbefragung nach dem RAR-Design

Zur Abschätzung der Versorgungseffekte – also nicht der Gesundheitswirkungen bei den Teilnehmer/-innen, sondern vielmehr der Veränderungen, die das Programm bei Einführung in der örtlichen Struktur der Suchthilfe und –prävention nach sich zieht – wurde in diesem Rahmen eine qualitative Beobachtungsstudie mit Expertenbefragung durchgeführt.

Die Problemstellung indizierte ein qualitatives Forschungsdesign (geringe Standardisierbarkeit der Ausgangslage und der erforderlichen Instrumente, erhebliche Anzahl theoretisch mangelhaft vorstrukturierter Erhebungsdimensionen, Beurteilung einzelner Aspekte hängt von lokalen Kontexten ab und muss selbst exploriert werden). Als sinnvoller Forschungsplan wurde eine Beobachtungsstudie mit Rapid Assessment-Design ausgewählt.

Das so genannte „Rapid Assessment and Response“ (RAR) beruht vor allem auf qualitativen Erhebungs- und Auswertungsschritten (Braam, Verbraeck & Trautmann, 2004; UNHCR & WHO, 2008). Es bietet mehrere Vorzüge: Geschwindigkeit in unübersichtlichen Lagen, Vorbereitung von Interventionen, sektoren- und ebenenübergreifende Erarbeitung eines Gesamtbildes, Gemeinde- oder Gruppenbezug (also Partizipation in Erhebung und Verwendung, dadurch Mobilisierung, Unterstützung und Rückmeldung erreichter Erfolge) sowie die pragmatische Nutzung verfügbarer Daten. Methodische Prinzipien des Vorgehens sind

- das Schneeballprinzip der Datenerhebung, ausgehend von wichtigen lokalen Entscheidungsträgern, und Gestaltung der Stichprobengröße nach Fragestellung,
- Verdichtung von Expertenwissen, unter Verwendung und Integration aller informativen Quellen (bes. Teilnehmende Beobachtung, Mapping von Konsumorten, Interviews, Fokusgruppen, Sekundärdaten, Dokumente), und Absicherung der Ergebnisse durch Triangulation,
- Grundprinzipien qualitativer Sozialforschung, vor allem die schrittweise Entwicklung von Hypothesen und Ergebnissen, daher Datenerhebung und erste Auswertungen parallel, Sättigung zu Abschluss der Datenerhebung. Für die Interviews Notizen statt Transkription, Interviewdauer bis 1 Std; Themen sind Vorstellung der eigenen Aufgaben, Problemumfang, Versorgungszugänge, deren Erfolge und Hürden.

Die Methodik kann der Situationsbeschreibung (Art und Tragweite eines Problems, Ermittlung maßgeblicher Einflussgrößen), der Bestimmung sinnvoller Interventionen, der Prozess- oder auch der indirekten Outcome-Evaluation dienen. Zu den wichtigsten methodischen Ansätzen gehören Dokumenten- und Re-Analysen, Expertenbefragung, Fokusgruppen, Fallstudien und Beobachtungen, Recherchen und Schätzungen. Als Stichprobenverfahren werden meist opportunistische, Quoten- und Schneeball-Stichproben herangezogen, abhängig von Feldzugängen und Zeit. Durch Nutzung verfügbarer Wissensbestände, insbesondere bei Expert/-innen und Kombination mehrerer Indikatoren und Datenquellen arbeitet RAR rasch, effizient, flexibel für Feldanforderungen, aufdeckend und lösungsorientiert (Sarrazin, 2004; Stimson, Fitch, Rhodes & Ball, 2009). Aufgrund seiner Vorzüge hat RAR vor allem in Feldern Verbreitung gefunden, wo sich Sachlagen rasch ändern können, z. B. beim Konsum von Modedrogen, Gesundheitsrisiken in Flüchtlingspopulationen oder beim HIV-bezogenen Verhütungsverhalten ethnisch-kultureller Gruppen, jedoch auch als Evaluationsansatz (Needle et

al., 2003; Stimson et al., 2009; Trotter, Needle, Goosby, Bates & Singer, 2001; UNHCR & WHO, 2008). Das Grundprinzip der strukturierten Schneeball-Stichprobe für Expertenbefragungen bis zum Sättigungspunkt wird deshalb auch für Versorgungsanalysen unübersichtlicher präventiver Felder herangezogen (Emery et al., 2010).

3.3 Forschungsplan: Qualitative Beobachtungsstudie

Das RAR kann auch als Beobachtungsstudie eingesetzt werden, also mit Vorher-Nachher-Befragung um die Einführung bzw. Erprobung der evaluierten Intervention herum. Das Zeitfenster für die Datenerhebung (Beobachtungszeitraum) war daher durch die Einführung von SKOLL an den verschiedenen Standorten bis zum Ende einer realistischen Erprobungszeit definiert. Als realistische Erprobungszeit wurden 18 – 24 Monate angenommen. Gründe für die Wahl dieser Zeitspanne waren:

- Es sind mehrere Durchgänge mit dem Programm erforderlich, um seine Vorzüge und Anforderungen kennenzulernen und es dann routiniert durchzuführen und seine Effekte und Brauchbarkeit zu beobachten.
- Die Durchführung einer Gruppe dauert ungefähr 3 Monate, pro Jahr können also mehrere Gruppen durchgeführt werden, falls sich das Programm als geeignet erweist. Andererseits sind nicht an allen Standorten notwendigerweise große Teilnehmermengen zu erwarten, z. B. infolge unterschiedlicher Bevölkerungsdichte.
- Nach einigen Durchgängen wird das Programm durch informelle Kontakte und direkte Kontaktaufnahme anderen Anbietern, Versorgungsträgern und Facheinrichtungen an den Standorten bekannt. Dafür sollte mindestens ein Jahr angesetzt werden, um Zeit für einen regulären Durchgang aller Fachgremien in den Gemeinden und Kreisen zu lassen.

3.4 Auswahl der Befragten

Die einbezogenen Expert/-innen wurden über ihre Funktion in zuständigen Behörden, Träger- und Versorgungseinrichtungen sowie durch Vorschläge anderer Fachleute ermittelt (Schneeballverfahren). Sie sollten das jeweilige Arbeitsfeld aus eigener Erfahrung beurteilen können und darin tätig sein. Falls sie das wünschten, konnten sie selbst weitere Fachleute zum Gespräch hinzuziehen (Schneeball-Prinzip)

Die Verallgemeinerung qualitativer Befunde fordert eine „Variation der Perspektiven“ im Erhebungsmaterial (Kleining, 1995; Kleining & Witt, 2000). Diese wurde in vier Dimensionen beachtet:

- Träger, also nicht nur an SKOLL beteiligte Organisationen
- Einrichtungen innerhalb der einzelnen Arbeitsfelder
- Berufsgruppen
- Leitungs- und Fachebene

Infolge der Beteiligung unterschiedlicher Suchthilfeträger an SKOLL ergab sich eine Kreuzvariation der Trägermerkmale: Mehrere Träger wurden an manchen Standorten als SKOLL-Beteiligte, an anderen als Beobachter befragt.

Sobald in einem Arbeitsfeld in mehreren Interviews nur mehr ähnliche Auskünfte und Ergebnisse herauskamen, wurde die Auswahl weiterer Befragter und die Befragung beendet, gemäß dem Kriterium der Sättigung der qualitativen Sozialforschung (Strauss & Corbin, 1996; Strauss, 1994; UNHCR & WHO, 2008).

Die Grundlage für die Auswahl der Expert/-innen bildete eine Kontaktliste mit Ansprechpartner/-innen der Standorte. Einbezogen wurden 23 Standorte in 26 Gemeinden. Diese verteilen sich in der Region Ost auf 6 Standorte und 6 Gemeinden, in der Region Nord auf 5 Standorte und 6 Gemeinden, in der Region Süd auf 6 Standorte und 7 Gemeinden und in der Region West auf 6 Standorte und 7 Gemeinden. Mehrere Standorte waren einem einzelnen Durchführungszentrum zuzurechnen, d.h. ein Träger hatte zwei Standorte in einer Region, die durchaus unterschiedlichen Charakter haben konnten (z. B. in einer Groß- und einer Kleinstadt mit ländlicher Umgebung). Aus diesem Grund wurden die Standorte differenziert und nicht nach Zentren (durchführenden Trägern) ausgewertet.

Die Anzahl einbezogener Interviews je Standort folgte vier Prinzipien:

- Darstellung des Programms und seiner Einführung durch eine Gruppenleiter/-in,
- Bericht über Programmauswahl und Angebotsgestaltung der Einrichtungen durch eine Einrichtungsleitung in Häusern, die SKOLL anbieten,
- Validierung der Angaben der o.a. Befragten durch eine Expertensicht aus der lokalen Suchthilfekoordination oder einem anderen Träger, der nicht SKOLL durchführt,
- Abbruch der Expertenauswahl und weiterer Interviews der Eingangsbefragung nach dem Sättigungsprinzip der qualitativen Sozialforschung: Erbrachte ein weiteres Interview keine neuen Anhaltspunkte, so konnte die Befragung für diesen Standort abgebrochen werden. Dies war für die meisten Standorte rasch der Fall, da sich hinsichtlich der Beschreibung lokaler Versorgungslagen keine Anhaltspunkte für kontroverse Betrachtungsweisen ergaben, sondern alle Expert/-innen übereinstimmende Angaben und Einschätzungen lieferten.

3.5 Leitfadenentwicklung

Diese Expert/-innen, sollen qualifizierte Schlüsselpersonen sein, die die Versorgungslage im Bereich „Sucht“ an ihrem Standort beschreiben können. Für sie wurde der Leitfaden unter der Annahme breiten Fachwissens bei den Befragten konzipiert.

Auf Grundlage der Aufgabenstellung fand eine Gruppensitzung des Forschungsteams zur Definition der zentralen Erhebungsdimensionen statt. Aus ihnen entwickelten zwei Wissenschaftler/-innen unabhängig voneinander Fragen für den Leitfaden. Die Entwürfe wurden in einer weiteren Diskussionsrunde integriert, der resultierende Leitfaden in den ersten Gesprächen erprobt und bei Bedarf modifiziert.

Im Ergebnis entstand ein Leitfaden mit 11 Hauptfragen. Das Gespräch begann zum Einstieg mit einer kurzen Beschreibung der Aufgaben der Befragten; diese entfiel, falls die Aufgaben bereits gut bekannt waren. Dann folgten Fragen nach den wichtigsten Trägern, Themen, Zielgruppen und Lücken suchpräventiver Aktivitäten im Arbeitsfeld der Expert/-innen und ggf. Detaillierungsfragen nach der Planung, Steuerung, Vernetzung (etwa durch Gremien oder gemeinsame Zielsetzungen) sowie Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung. In einem weiteren Abschnitt bilanzierten die Befragten die wichtigsten Erfolge und Schwierigkeiten des Programms und mögliche Einflüsse der Einführung auf die lokale Suchthilfe am Standort.

Jeder Abschnitt enthielt Haupt- und Unterfragen (Detaillierungsfragen). Die Hauptfragen sollten auf jeden Fall zur Sprache kommen, um die Programmfragen des Forschungsvorhabens zu beantworten. Die Detaillierungsfragen konnten eingesetzt werden, falls Missverständnisse im Gespräch auftauchten oder die Befragten mit der Frage wenig anzufangen wussten, was allerdings fast nie vorkam. Exemplarisch ist der Leitfaden zur Erstbefragung (Frühjahr 2009) im Anhang dokumentiert.

3.6 Datenerhebung

Die Ansprechpartner wurden im Vorfeld postalisch auf das Interview hingewiesen. Alle Expert/-innen wurden telefonisch kontaktiert. Mit ihnen wurden Termine für ein ca. 30-minütiges Telefon-Interview vereinbart. Zu Gesprächsende wurden die Expert/-innen nach Vorschlägen für weitere Expert/-innen im Feld gefragt, die in der Lage wären, die Versorgungslage einzuschätzen.

Die Bereitschaft zur Teilnahme am Interview war hoch, die Terminvereinbarungen zuverlässig und die Interviews fanden zeitnah und mit Rücksicht auf die Terminkalender der Befragten statt.

Die Eingangsbefragung konnte vom 05.05.2009 bis 14.12.2009 geführt werden, die Abschlussbefragung vom 28.04.2011 bis 15.07.2011.

3.7 Auswertungen

Die Auswertung erfolgte nach der Methode der Entdeckenden Heuristik (Kleining, 1994, 1995; Kleining & Witt, 2000). Dabei werden Ähnlichkeiten und Unterschiede der Auskünfte hinsichtlich der Fragestellung herausgearbeitet. Es zeigte sich ein weitgehend einheitliches Gesamtbild, das hier dargestellt ist. Auf wichtige Unterschiede zwischen Feldern, Perspektiven und Teilergebnissen wird ausdrücklich hingewiesen.

Die Auswertungen liefen in Team-Gesprächen von Beginn der Datenerhebung an, zunächst zur Optimierung des Leitfadens und der Stichprobenerweiterungen, dann über den Datenschluss in Teilfeldern, über Wege zur Gewinnung weiterer Expert/-innen sowie über Vertiefungsbedarf für erste Ergebnisse.

Die Auswertung war in drei Stufen gegliedert:

Standortbezogene Zusammenfassung der lokalen Daten: Anhand des Interviewleitfadens wurden Gliederungspunkte festgelegt, nach denen sich die verschiedenen Interviews, die für einen Standort geführt wurden, zusammenfassen lassen. So stellen Frage 1 bis 6 des Interviewleitfadens die Rahmenbedingungen dar, Frage 7 bis 10 fassen die Versorgungslage zusammen, Frage 11 handelt von Kooperationen und in Frage 12 werden Einführungsmotive, Förderfaktoren sowie Hürden und Probleme dargestellt. Frage 13 und alles was den vorangegangenen Punkten nicht zugeordnet werden konnte, wurde unter dem Punkt Neues zusammengefasst. Im Folgenden noch einmal eine Auflistung der Gliederungspunkte für die Zusammenfassung der Standorte.

Differenzierte Auswertung nach Standorten, nicht nach Zentren: Mehrere Standorte waren jeweils einem einzelnen Durchführungszentrum zugeordnet, wo ein Träger zwei Standorte in einer Region unterhielt. Diese Standorte konnten sehr unterschiedlichen Charakter haben, z. B. in einer Groß- und einer Kleinstadt mit ländlicher Umgebung liegen. Zur genauen Abbildung der Durchführungsbedingungen die Standorte differenziert einzeln und nicht nach Zentren (durchführenden Trägern) ausgewertet.

Erstellung lokaler Versorgungsprofile: Die Auswertung der Standorte nach ihren Rahmenbedingungen erfolgte für die bessere Übersichtlichkeit in tabellarischer Form. Tabelle 3: Auswertung der Standorte nach Rahmenbedingungen zeigt eine ausführliche Übersicht über die Rahmenbedingungen der einzelnen Standorte. Dabei wurden die im Folgenden aufgelisteten Rahmenbedingungen für jeden Standort zusammengefasst.

- Urbanisierungsgrad
- Soziale Brennpunkte
- Wichtigste Suchtprobleme (nach Rang aus Sicht der Befragten)
- Besonderheiten in der Bevölkerung
- Differenzierung der Angebote
- Vernetzung/ Kooperation
- Viele Angebote für bestimmte einzelne Abhängigkeitsprobleme
- Wenig Angebote für bestimmte einzelne Abhängigkeitsprobleme

Auswertung der Versorgungslage: Es wurden alle berichteten Einschätzungen und Aussagen zur Versorgungslage für jeden Standort einbezogen. Dabei zeigten sich keinerlei Widersprüche zwischen den befragten Expert/-innen. Die Aussagen konnten somit für jeden Standort zusammengefasst werden.

Im nächsten Schritt wurden übergreifende Ähnlichkeiten und Unterschiede aller Standorte zusammengestellt. Wo es sinnvoll war, wurden quantifizierende Zusammenfassungen der ausgewerteten Merkmale erstellt.

3.8 Datenbasis: Standort, Region, Einrichtung, Berufsfeld

Die Eingangsbefragung bestand aus 71 Experteninterviews, die sich auf 27 Standorte in 31 Gemeinden verteilten. Davon fielen 25 Interviews auf die Region Nord, 11 Interviews auf die Region Ost, 18 Interviews auf die Region Süd und 17 Interviews auf die Region West.

Die 71 Experteninterviews wurden mit Expert/-innen aus 26 verschiedenen Einrichtungen und 16 Berufsfeldern geführt. Dabei ließen sich die Einrichtungen in die 5 Einrichtungsarten zusammenfassen (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Herkunftseinrichtungen der Befragten

Vereine / Verbände	öffentliche Einrichtungen	Beratung	Behandlung	Beratungs- / Behandlungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • Christliches Jugenddorfwerk • Drogen (hilfe-) verein • Sozialdienst Katholischer Männer e.V. • Cafe´ Sprungbrett • Deutsches Rotes Kreuz (DRK) 	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsbildungsstätte • Gesamtschule • Gesundheitsamt • Polizei des Landes Niedersachsen • Job-Center • Stadtverwaltung • Landesstelle gegen Suchtgefahren • Kriminalpräventiver Rat • Fachstelle für Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrum für Jugendberatung und Suchtberatung • Frauensuchtberatung • Sucht- und Drogenberatung • Psychosoziale Beratungsstelle • Drogenhilfe • Suchthilfezentrum 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation • Therapiezentrum • Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Die BRIGG • Die Brücke • Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Beratungs- und Behandlungsstelle

Je Standort wurden bis zu 7 Interviews mit einer durchschnittlichen Länge von 45 Minuten geführt. Eine genaue Dokumentation der Experteninterviews nach Standorten zeigt Tabelle 24.

Die Expert/-innen kamen aus den wichtigsten Berufsgruppen des Versorgungsfelds:

- Suchtberater/-innen und –beauftragte sowie Suchtpräventionsfachkräfte
- Ärzt/-innen, bes. aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Psycholog/-innen, Sucht- und Psychotherapeut/-innen
- Einrichtungs- und Team-Leiter/-innen sowie Mitarbeiter/-innen
- Sozialpädagog/-innen, Sozialarbeiter/-innen (u.a. Schulsozialarbeit, Sozialtherapeut/-innen)

Tabelle 24: Experteninterviews der Eingangsbefragung

Region	Anzahl der Standorte	Gemeinde	Anzahl der Gemeinden	Anzahl der Interviews	Summe
Nord	1	Kiel	1	7	25
	2	Stavenhagen	2	1	
	3	Ludwigslust	3	3	
	4	Göttingen	4	6	
	5	Malchin	5	2	
	6	Teterow	6	2	
	7	Lingen	7	3	
		Hannover	8	1	
Ost	8	Potsdam	9	2	11
	9	Leinefelde	10	2	
	10	Oschersleben	11	3	
	11	Hagenow	12	3	
	12	Oelsnitz	13	1	
Süd	13	Schwaben	14	1	18
	14	Kehlheim	15	2	
		Regensburg	16	3	
	15	Mannheim	17	2	
	16	Pforzheim	18	2	
	17	Schwetzingen	19	2	
		Heidelberg	20	2	
	18	Lörrach	21	2	
19	Augsburg	22	2		
West	20	Euskirchen	23	1	17
	21	Köln	24	3	
	22	Taunusstein	25	2	
		Hofheim	26	1	
	23	Speyer	27	2	
	24	Neuenkirchen	28	2	
	25	Hattingen	29	2	
	26	Mainz	30	2	
	27	Germersheim	31	2	
Summe				71	71

Zu Projektende wurden 61 Interviews geführt. Dabei wurden 16 Expert/-innen und 45 Gruppenleiter/-innen befragt, die jeweils einen leicht modifizierten Leitfaden zur Vorbereitung per Mail erhalten hatten. Die durchschnittliche Interviewdauer belief sich auf 48 Minuten, wobei einzelne Fragebögen per E-Mail beantwortet wurden. Es wurden Interviews mit 27 SKOLL Standorten geführt, die sich auf 33 Gemeinden verteilten (s. Tabelle 24).

Tabelle 25: Experteninterviews der Abschlussbefragung

Region	Anzahl der Standorte	Gemeinde	Anzahl der Gemeinden	Anzahl der Interviews	Summe
Nord	1	Kiel	1	4	20
	2	Stavenhagen	2	1	
		Teterow	3	1	
	3	Ludwigslust	4	1	
		Parchim	5	1	
	4	Göttingen	6	5	
	5	Malchin	7	2	
6	Lingen	8	5		
Ost	7	Potsdam	9	3	9
	8	Leinefeld	10	2	
	9	Oschersleben	11	1	
	10	Oelsnitz	12	2	
	11	Hagenow	13	1	
Süd	12	Schwaben	14	2	17
	13	Kehlheim	15	1	
		Regensburg	16	3	
	14	Pforzheim	17	2	
	15	Schwetzingen	18	1	
		Heidelberg	19	2	
	16	Lörrach	20	2	
	17	Augsburg	21	2	
18	Mannheim	22	1		
19	Renchen	23	1		
West	20	Schwalbach	24	2	15
		Taunusstein	25	1	
		Hofheim	26	1	
	21	Euskirchen	27	1	
	22	Köln	28	3	
	23	Speyer	29	1	
	24	Neuenkirchen	30	2	
	25	Hattingen	31	1	
26	Mainz	32	2		
27	Germersheim	33	1		
Summe					61

Als Fazit kann festgehalten werden: Alle wichtigen Merkmale (Perspektiven) der Expert/-innen – Standort, Position im Programm, Berufsgruppen, Träger- und Einrichtungsgruppen – waren hinreichend vertreten, um eine Variation der Perspektiven zu erreichen und auf dieser Grundlage eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu sichern.

3.9 Örtliche Ausgangslage der einbezogenen Standorte

Zur Variation der Perspektiven, d.h. zur systematischen Repräsentation von Evaluationszentren unterschiedlicher Ausgangslagen, wurden Merkmale der Standorte gezielt variiert. Es wurden also Standorte ausgewählt, die sich in wichtigen Arbeitsbedingungen unterschieden: Region in Deutschland (zur Abbildung konfessioneller und kultureller Untergruppen), Träger, Einrichtungsart sowie Verstärterungsgrad. Im ersten Auswertungsschritt wurden weitere lokale Besonderheiten aus den Angaben der Befragten ermittelt (s. Tabelle 26).

Tabelle 26: Auswertung der Standorte nach Rahmenbedingungen

Standort: Nord, Ost, Süd, West	Urbani- sierung	Soziale Brenn- punkte	Suchtprobleme nach Rang	Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur	Differenzierte Versorgung	Vernetzung / Kooperation	Viele An- gebote für:	Wenig Angebote für:
N Göttingen	M	+	Alkohol Nikotin Medikamente Cannabis Heroin Glücksspielsucht Mediensucht	Verjüngung aufgrund vieler Stu- denten	+	+	Alkohol Nikotin Cannabis	PC-Sucht Kaufsucht Partydrogen Spielsucht
N Kiel	S	+	Alkohol Nikotin Cannabis Amphetamine Medikamente Glücksspielsucht Essstörungen Medien (PC, TV) Heroin Kokain Kaufsucht	Verjüngung aufgrund vieler Stu- denten	+	+	---	PC-Sucht Kaufsucht Essstörungen Cannabis Prävention
N Lingen	K	+	Alkohol Cannabis Medikamente illegale Drogen (v.a Substituier-	Verjüngung aufgrund vieler Stu- denten Hoher Aussiedleranteil	+	+	Alkohol Cannabis	PC-Sucht Kaufsucht Essstörungen

Standort: Nord, Ost, Süd, West	Urbani- sierung	Soziale Brenn- punkte	Suchtprobleme nach Rang	Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur	Differenzierte Versorgung	Vernetzung / Kooperation	Viele An- gebote für:	Wenig Angebote für:
			te) Spielsucht					
N Ludwigs- lust	L	+	Alkohol Cannabis Amphetamine	Abwanderung der Jugend	+	+	Alkohol	Medien Illegale Drogen
N Malchin	L	+	Alkohol Cannabis	Abwanderung der Jugend	0	+	Alkohol Cannabis	Stoffungebundene Süchte Prävention
N Stavenha- gen	L	+	Alkohol Cannabis Amphetamine Ecstasy	Abwanderung der Jugend	+	0	Alkohol Illegale Drogen	Spielsucht PC-Sucht
N Teterow	L	+	Alkohol Cannabis	Abwanderung der Jugend Hohe Arbeitslosigkeit	0	+	Alkohol	PC-Sucht Kaufsucht Substitution Cannabis
O Hagenow	L	0	Alkohol Tabletten Ecstasy Cannabis	Viele Pendler Viel Handwerk und Gewerbetrei- bende Abwanderung der Jugend	0	+	Alkohol Cannabis	Spielsucht Essstörungen Prävention
O Leinefelde	L	+	Alkohol Tabak Cannabis Opiate	Niedriger Ausländeranteil	+	+	Alkohol Drogen Komorbide	PC-Sucht Essstörungen

Standort: Nord, Ost, Süd, West	Urbani- sierung	Soziale Brenn- punkte	Suchtprobleme nach Rang	Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur	Differenzierte Versorgung	Vernetzung / Kooperation	Viele An- gebote für:	Wenig Angebote für:
O Oelsnitz	L	+	Alkohol Nikotin Cannabis Crystal	Abwanderung der Jugend	0	0	Alkohol Nikotin, ill. Drogen, Medika- mente Online- Sucht Essstörun- gen Spielsucht	Substitution
O Oschers- leben	S	+	Alkohol Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain	Nein	0	+	Alkohol Nikotin	illegale Drogen Spielsucht
O Potsdam	S	+	Alkohol Nikotin Cannabis Medikamente	Viel öffentlicher Dienst Kaum Produktionsbetriebe Zuwanderung der Jugend	0	0	---	---
S Pforzheim	M	0	Alkohol	Viele Spätaussiedler Hohe Arbeitslosigkeit	+	+	---	Legale Drogen Kaufsucht Spielsucht Sexsucht Medikamente

Standort: Nord, Ost, Süd, West	Urbanisierung	Soziale Brennpunkte	Suchtprobleme nach Rang	Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur	Differenzierte Versorgung	Vernetzung / Kooperation	Viele Angebote für:	Wenig Angebote für:
S Heidelberg/ Schwetzingen	M	H:+ S:-	Alkohol	H: Viele Studenten und Angestellte, wenig Arbeiter S: viele Spätaussiedler, überdurchschnittliche Geburtenrate	+	0	Alkohol	Cannabis Spielsucht
S Regensburg/ Kelheim	M	0	Alkohol	Nein	R: + K: -	+	Alkohol Drogen Essstörungen	Substitution Essstörungen Spielsucht
S Augsburg	M	+	Alkohol Cannabis Heroin	Höherer Anteil Älterer, Gastarbeiter und Aussiedler	+	0	III. Drogen	Leg. Drogen PC-Sucht
S Mannheim	S	+	Alkohol Tabak	Hohe Anzahl an Arbeitnehmern und Studenten, wenige Beamte	+	+	Alkohol	Verhaltenssüchte, z. B. Spielsucht
S Lörrach	L	+	Alkohol Medikamente Illegale Drogen	(Ja, Pendler)	+	+	Alkohol Drogen	PC-Sucht Spielsucht
W Neunkirchen	M	+	Alkohol	Relativ großer Anteil an Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern	0	0	Alkohol III. Drogen	Verhaltenssüchte, z. B. Spielsucht
W Speyer	L	+	Alkohol Tabak Cannabis	Nein	-	+	---	Substitution
W Köln	S	+	Alkohol	Hoher Anteil an Studenten, Pendlern, Ausländern, Personen mit Migrationshintergrund, Kindern	+	+	Heroin HIV, Aids	Alkohol PC-Sucht Essstörungen

Standort: Nord, Ost, Süd, West	Urbanisierung	Soziale Brennpunkte	Suchtprobleme nach Rang	Besonderheiten der Bevölkerungsstruktur	Differenzierte Versorgung	Vernetzung / Kooperation	Viele Angebote für:	Wenig Angebote für:
				& Jugendl.				Arbeitssucht Prävention
W Hofheim/ Taunusstein	L	+	Alkohol Cannabis	Nein	H: + T: -	0	Alkohol Illegale Drogen	Essstörungen Prävention
W Euskirchen	L	+	Alkohol	Nein	0	0	---	---
W Hattingen	M	0	Alkohol Cannabis	Hohe Arbeitslosigkeit, geringe Geburtenzahl	0	0	Alkohol	PC-Sucht
W Mainz	S	+	Alkohol Cannabis	Zuwanderung junger Menschen und Land-Stadt-Flucht	0	0	---	---

Legende:

Urbanisierungsgrad: S = Städtisch, M = Mittelstadt, K = Kleinstadt, L = Ländlich

Soziale Brennpunkte: + ja

Meinungen der Interviewpartner gehen auseinander + ja – nein

Differenzierung der Angebote:

+ mehrere Anbieter/Träger, mehrere Anbieterarten (Beratungsstelle, Klinik...), mehrere Programme

0 gemischt, teils-teils

– nur ein Anbieter/Träger und/oder nur 1 oder kein Programm

Vernetzung / Kooperation:

+ gut ausgebaute Vernetzung mit vielen Beteiligten und verschiedenen Kooperationsformen (z.B. Netzwerk, Arbeitskreise, Projekte)

0 gemischt, teils-teils

– keine Vernetzung/Kooperation

Die Heterogenität der Zentren war von der Stichprobenbildung im Forschungsplan für die Gesamtevaluation beabsichtigt. Die Beschreibung der Standorte nach verschiedenen Merkmalen belegt, dass eine große Bandbreite an Einsatzbedingungen in der untersuchten Stichprobe von Zentren einbezogen war. Ergebnisse, die für die Standorte allgemein gelten, können daher mit hoher Sicherheit auch für andere Standorte (mit ähnlicher Bandbreite an Einsatzbedingungen) verallgemeinert werden.

3.10 Dokumentation, Datenschutz und Zitierweise

Die Interviews wurden während des Telefongespräches handschriftlich protokolliert und anschließend in Gedächtnisprotokollen in einer Vorlage übertragen und gespeichert. Die Auswertung erfolgte computergestützt mit dem Programm MAXqda2.

Den Befragten wurde Vertraulichkeit zugesichert. Falls Befragte darüber hinaus bestimmte Auskünfte als vertraulich behandelt wissen wollten, wurde diese gesondert ebenfalls zugesichert. Die Vertraulichkeit wird in den Auswertungen durch Anonymisierung und ein gesondertes Nummerierungssystem gewährleistet. Bei der geringen Zahl von Expert/-innen je Handlungsfeld bietet die nicht-wörtliche Übertragung durch die Protokolle einen weiteren Schutz vor Rückverfolgung einzelner Kommentare. Zur Sicherheit wurden zudem alle Passagen auf mögliche Rückverfolgung geprüft und ggf. nicht oder nur gekürzt als Beispiele im Bericht angeführt.

Die Zitierweise qualitativ ausgewerteter Interviews im Text gibt Erhebungspunkt, Interview-Nummer und Absatznummer wieder. Dabei bedeutet

- T1 = Eingangsbefragung 2009. Fehlt diese Angabe, handelt es sich um ein Interview der Abschlussbefragung 2011.
- Erste Ziffer = Laufende Nummer des Interviews
- Zweite Ziffer = Nummer des laufenden Absatzes im Protokoll.
- Anführungsstriche markieren mitgeschriebene Zitate der Befragten, Passagen ohne Anführungsstriche berichten die Zusammenfassungen der Antworten durch die Interviewer/-innen.

Aus Platzmangel werden im Bericht nicht alle unter einem Code ermittelte Textstellen angeführt, also nicht alle Passagen, in denen Befragte sich zum jeweiligen Teilthema geäußert haben. Zitate dienen vielmehr als ausgewählte, beispielhafte Belegstellen zur Illustration der Ergebnisse, die sich auf weit mehr Material stützen.

4 Vorgehen: Fallstudien

Mit einer kleinen Gruppe von auskunftsbereiten SKOLL-Teilnehmer/-innen, rekrutiert in den ersten Treffen von Kursgruppen in drei Bundesländern, wurden von Mai 2010 bis Februar 2011 vertiefte Einzelfallanalysen angestellt. Daten wurden in drei längeren, leitfadengestützten Interviews gesammelt.

Das erste Interview fand nach der ersten oder zweiten Gruppensitzung statt (Prä-Interview), das zweite nach der zehnten Sitzung (Post-Interview), das dritte etwa zwei Monate später (Katamnestisches Interview).

Die – dem jeweiligen Erhebungszeitpunkt angepassten – Interviewleitfäden richteten sich auf erlebte Wirkungen, belegt anhand von konkreten Beispielen und Beobachtungen, weiter auf Wirkmechanismen und das schrittweise Zustandekommen der berichteten Wirkungen, auf individuelle Lebensbedingungen, die als konfundierende Faktoren in Betracht kamen, sowie auf Hürden und Probleme der individuellen Nutzung des Programms und auf Verbesserungsvorschläge.

Die Stichprobe bestand aus 6 Frauen und 6 Männern. Zum Post-Interview konnten noch 10 Personen gewonnen werden; eine Person war in eine andere Justizvollzugsanstalt verlegt worden, eine andere mehrere Wochen nicht erreichbar. An den katamnestischen Interviews nahmen noch vier Personen teil. Die ausgefallenen Befragten konnten nicht nach Ausfallgründen befragt werden oder gaben keine klaren an.

Die Auswertung folgte ebenfalls der Entdeckenden Heuristik. Auch hier wurde anhand der vollständig dokumentierten vier Fälle im Vergleich zu den ausgefallenen Interviews geprüft, ob hinter dem Gesprächsausfall eine Datenverzerrung vermutet werden konnte (attrition der mehr oder weniger erfolgreichen Verläufe).

5 Vorgehen: Effektgrößenvergleich für die Suchtprävention

Als Vergleichswerte zur Abschätzung der von SKOLL erzielten Wirkungen wurden die in strukturierten Programmen der Suchtprävention und Frühintervention erzielten Effekte. Hierzu wurde eine Recherche für die Jahre 1995 – 2010 nach deutsch- und englischsprachige Reviews über Effekte von Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Durchgesehen wurden die wichtigsten Datenbanken und Forschungsnetzen (PubMed, Cochrane Library, OVID sowie die Datenbank der Forschungsgruppe, mit ca. 5.000 Einträgen zu Prävention und Gesundheitsförderung). Zusätzlich wurden, ausgehend von relevanten Funden, thematisch ähnliche Einträge der Datenbanken („related articles“) verfolgt und in Handsuche die Literaturnachweise der einbezogenen Veröffentlichungen gesichtet. Infolge des Recherchezeitraums fehlt indes mindestens ein neuerer Review (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011).

Folgende Stichworte wurden allein und in Kombinationen verwendet: prevention programs, school-based programs, drug prevention programs, drug abuse, substance abuse, effect size, effectiveness, metaanalysis. Die ergiebigsten Kombinationen der Suchbegriffe waren „prevention program effectiveness“ (17.671 Treffer) und „prevention program effect size“ (113 Treffer), in Kombination mit den Begriffen „drug abuse“ (442 Treffer), „substance abuse“ (163 Treffer) und „metaanalysis“ (19 Treffer). Ergänzend einbezogen wurden ausgesuchte hochwertige Studien, deren Interventionsprogramme hinsichtlich ihres generischen oder gruppalen Ansatzes SKOLL ähnlich schienen.

Eine eigene Abschätzung der Methodenqualität der Reviews war nicht erforderlich, da die Befunde auf internationalen Peer Review-Veröffentlichungen beruhten. Studien, die dort nicht berücksichtigt waren, wurden nicht einbezogen, da an ihrer methodischen Qualität Zweifel angebracht waren. Dies betraf fast alle deutschsprachigen Programmevaluationen. Eine Inspektion einzelner deutscher Evaluationsberichte zeigte, dass sich die meisten davon auf kleine, artifizielle Stichproben beschränkten, oder bei Akzeptanzerhebung und Prozessevaluation stehen blieben, oder keine Effektgrößen angeben konnten, oder Effektgrößen zweifelhafter Höhe berichteten, die extrem genaue Messinstrumente voraussetzen würden.

Alle Präventionsprogramme richteten sich an Jugendliche bis etwa 25 Jahre, fast alle in der Schul; nur ein Review bezieht sich auf Programme außerhalb der Schule (Gates, McCambridge, Smith & Foxcroft, 2008). Viele Reviews berichteten infolge der Heterogenität von Follow-up-Zeiträumen, Ergebnismessung und methodischer Qualität keine metaanalytischen Ergebnisse (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe & Breen, 2003; Gates et al., 2008; Skara & Sussman, 2003), oder sie beschränkten sich auf ein spezifisches Programm (Ennett, Tobler, Ringwalt & Flewelling, 1994), eine Abhängigkeit (Sussman, 2006) oder auf besondere Rahmenbedingungen oder Vorgehensweisen (Brown, 2007). Einzelne Metaanalysen wurden trotz problematischer Heterogenität der Einzelstudien berechnet (Tobler et al., 2000; Tobler & Stratton, 1997) (auch Sambrano, 2005), ein Review erstellte mehrere Metaanalysen für Art des Programms und der Ergebnismessung (Faggiano et al., 2005, 2008).

In Anbetracht dieser methodischen Schwierigkeiten wurde die Auswertung auf eine Sichtung der Effektgrößen beschränkt, um die Befunde von SKOLL einzuordnen.

6 Die Versorgungslage zu Projektbeginn (Expertenbefragung)

6.1 Vordringliche Risikoverhalten

Die von den Befragten für den jeweiligen Standort berichteten Abhängigkeitsprobleme wurden ab 3 Nennungen in eine Gesamtliste aufgenommen und nach Rang geordnet. Dabei wurden alle Nennungen der Standorte berücksichtigt. Insgesamt führten die Interviews 230 Risikoverhalten an, die teilweise überlappten (z. B. illegale Drogen / Heroin). Die am weitesten verbreiteten Abhängigkeitsprobleme waren (vgl. Tabelle 27):

1. Alkohol
2. Cannabis
3. Tabak/Rauchen
4. illegale Drogen, namentlich Heroin, Kokain und Amphetamine
5. Medikamente
6. Spielsucht
7. Essstörungen

Davon betrafen nur Alkohol und Cannabis praktisch alle Standorte, alle anderen Abhängigkeitsprobleme waren höchstens in der Hälfte der Standorte als vordringliche Arbeitsaufgaben angeführt. Heroinsucht wurde sogar von mehreren Standorten als rückläufig beschrieben. Auch Alkopops spielten im Spektrum der Risikoverhalten keine vordringliche Rolle mehr, nur ein Experte nannte sie noch als wichtiges Problem.

Damit ergab sich ein Bild sehr heterogener Ausgangslagen. Verbreitet waren nur Alkohol und Cannabis anzutreffen. Die Gruppe der illegalen Drogen zerfiel in eine Reihe unterschiedlicher Substanzgefährdungen, die unterschiedlichen Nutzergruppen, Subkulturen und Verteilerkanälen zugeordnet werden können. Medikamentenmissbrauch und Glücksspiel-Abhängigkeit bildete für weniger die Hälfte der Standorte ein vordringliches Problem, und nur ein kleiner Teil der Expert/-innen schätzte Essstörungen, Medienabhängigkeit und sonstige, einzelne Risikoverhalten wie z. B. Kaufsucht als vordringliche Aufgabe in der täglichen Arbeit vor Ort ein. Die unterschiedlichen Nennungen machten deutlich, dass sich die lokalen Aufgaben der SKOLL-Standorte – bis auf die Kernprobleme Alkohol und Cannabis – sehr unterscheiden. Viele Risikoverhalten traten nur an einzelnen oder wenigen Standorten auf. Für die Versorgungsangebote bestand somit die Anforderung, diesen unterschiedlichen lokalen Suchtgefährdungen gerecht zu werden.

Tabelle 27: Wichtigste Risikoverhalten an den SKOLL-Standorten (nach Rang)

n	Risikoverhalten	Nennungen
1.	Alkohol	69
2.	Cannabis	39
3.	Rauchen (davon 1 Shisha-Rauchen)	15
4.	illegale Drogen	18
5.	Heroin	12
6.	Kokain	6
7.	Ecstasy, Partydrogen, Crystal, Designer-Drogen	9
8.	Amphetamine	5
9.	Opiate	4
10	Medikamente (z. B. Benzodiazepine)	14
11	Glücksspielsucht	14
12	Computer- oder Online-Spielsucht	3
13	Essstörungen	6
14	Medienabhängigkeit	5
15	Internet-Sucht	2
16	Einzelnennungen: Sonstige oder unklare (z. B. Kaufsucht, Substitution)	9
Σ		230

6.2 Hauptakteure der örtlichen Suchtprävention und -hilfe

Die Nennungen der Expert/-innen, welche Einrichtungen in ihrer Region für die Suchtprävention und -hilfe als Anbieter wichtig waren, wurden nach Standorten gesammelt, gegliedert in Regionen (vgl. Tabelle 28 – Tabelle 31). Zwischen den einzelnen Interviews zeigten sich dabei wenige Abweichungen und weitgehende Überlappung der angeführten Anbieter.

Zur Auswertung wurde nach Mustern oder bestimmten Kombinationen gesucht. Solche Muster fanden sich jedoch weder in der Art und Zahl der Anbieter noch hinsichtlich bestimmter Kombinationen (z. B. bestimmte Anbieter in Kleinstädten und ländlichen Regionen). Es war nicht einmal möglich, größeren Städten eine höhere Zahl von Anbietern zuzuordnen, weil sich in Großstädten offenbar innerhalb größerer Einrichtungen mehrere Angebote etablieren oder aber mehrere kleinere Einrichtungen sich auf bestimmte Nutzergruppen spezialisieren können. In ländlichen Regionen fanden sich hingegen tatsächlich weniger Einrichtungen, und hier dominierten Beratungsstellen und Kliniken. Doch zeigten einige Kleinstädte eine sehr diffe-

renzierte Anbieterszene, und in ländlichen Regionen wurden oft mehrere Standorte eines Anbieters aufrechterhalten, um gute Zugänglichkeit zu gewährleisten.

Eine standortspezifische Beschreibung der lokalen Versorgung ließ sich aus den Experteninterviews nicht ableiten, da diese mit der Arbeit anderer Einrichtungen nur teilweise vertraut waren und an vielen Standorten nach eigener Einschätzung weder Umfang noch Arbeitsformen und Angebote anderer Anbieter zuverlässig einschätzen konnten. Viele Befragte verwiesen dabei auf jährliche Schwankungen der Ausstattung (vgl. die Abschnitte zu Hürden und Problemen der Suchthilfe sowie zu Veränderungen der Hilfenlandschaft in den vergangenen Jahren, Kapitel 8 und 9).

Somit zeigten sich keine übergreifenden Strukturmuster der Versorgung, sondern lokal unterschiedliche institutionelle Aufstellungen.

Tabelle 28: Wichtigste Versorgungsakteure: Region Nord

Göttingen	Ludwigslust	Lingen
Suchtberatungsstelle	AWO	Caritas Verband
Drogenberatungsstelle	Suchtberatung	Diakonisches Werk
Diakonisches Werk	Außenstelle	Polizeiinspektion mit eigenem Präventionsteam
DROPS	Kloster Dobbertin	Stadt Lingen
Fachstelle für Sucht	Suchthilfezentrum	Jugendschutz
Caritas Verband	Fachdienst Gesundheit	Selbsthilfegruppen
Klinik	Sozialpsychiatrischer Dienst	Malchin
Suchtstation	Übergangshaus	Sozialwerk Malchin-Teterow
Spezialstation für traumatisierte Patienten mit Suchtproblemen	Tagesstätte für Alkoholabhängige	kreisdiakonisches Werk
Traumazentrierte Station nur für Frauen (Selbstverletzungen)	Diakonisches Werk	Landeskoordinationsstelle für Sucht (LAKOST)
1 geschlossene Station für ältere Heroinabhängige (ganz wenig Jugendliche), häufig in Verbindung mit Demenz	Caritas Verband	Sozialpsychiatrischer Dienst
offene Station	Drogenklinik	AK Drogen
Tagesklinik	Gesundheitsamt	Nachsorgeeinrichtungen
Suchtambulanz	Selbsthilfegruppen	Psychiatrische Institutsambulanz
LUKAS-Werk	Klinik	DAK
Fachklinik	Evangelische Suchtkrankenhilfe	Krankenhaus

Rehaklinik	Kriminalitätsrat	Sozialarbeiter
Fachstelle Prävention	Präventionsrat	Berufspädagoge
Jugendhilfe	Kiel	freiberufliche Dozentin
Jugendpflege	Frauensuchtberatung	Kinderklinik
FBR Jugend, Schule, Sport	Ev. Stadtmission	Beratungsstellen
Ordnungsamt	Städtisches Institut für Suchtprävention	Selbsthilfegruppen
Frauenbeauftragte	Guttempler-Jugend	Schulen
Sozialdienst	Zentrum für integrative Psychiatrie	ARGE
Gesundheitsamt	Institutsambulanz	Teterow
Polizei	Horizonte	Suchtberatung
Jugendgerichtshilfe	Suchtkrankenhilfe	Sozialwerk e.V
Staatsanwaltschaft	städtische Drogenhilfe	Diakonisches Werk
Präventionsverein KOM-PAKT	Suchthilfezentrum	Sucht- und Drogenberatung
Präventionsrat	Adaption von Wohngruppen	CJD (Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e. V.)
stationäre Therapieeinrichtung OPEN	Tagesklinik	Hausärzte
Psychiatrische Klinik des Universitätsklinikums / IFAS	Fachklinik	Krankenhaus
Sozialpsychiatrischer Dienst	Blaukreuzler	Psychiatrien
Selbsthilfegruppen	Fachambulanz	Reha-Klinik
Anonyme Alkoholiker	Drogenhilfe Ost-West	Hannover
Kontaktladen	Landesstelle gegen Suchtgefahren (LSSH)	Caritas Verband
Entwöhnungskliniken	Suchtberatung	Diakonisches Werk
Stavenhagen	Einrichtung für mehrfach geschädigte Abhängige	Stadt
Sozialwerk		Präventionsteam der Polizei

Tabelle 29: Wichtigste Versorgungsakteure, Region Ost

Potsdam	Oelsnitz	Hagenow
Chill out e.V. -Suchtpräventionsfachstelle	Suchtberatungs- und behandlungsstelle	Suchtberatungsstelle
Suchtberatungsstelle	Landratsamt (Gesundheitsamt)	AWO

AWO	Justiz	Selbsthilfegruppen
Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention	Polizei	Drogenklinik
Arbeitskreis Sucht/ Erwachsene	Akutkrankenhaus	Übergangwohnheime
Entgiftungsklinik	psychiatrisches Fachkrankenhaus	Sozialtherapeutische Wohnungseinrichtungen
niedergelassenen Ärzte	Rehabilitationskliniken	Pflegeheim für Alkoholiker
Selbsthilfegruppen	Oschersleben	
Leinefelde	Suchtberatungsstellen	
Beratungsstelle	Gesundheitsamt	
Fachklinik	DRK	
psychiatrische Klinik	Sozialpsychiatrische Dienst	
Caritas Verband	Gesundheitsamt	
Teestube	Krankenhaus	
	Jugendamt	

Tabelle 30: Wichtigste Versorgungsakteure, Region Süd

Heidelberg	Kehlheim	Mannheim
AGJ Suchtberatung	Gesundheitsamt	psychosoziale Beratungsstellen
Stadtmission	Suchtarbeitskreis	bwlv
Drogen e.V.	Jugendamt	Diakonisches Werk
Psychiatrie (Psychiatrisches Zentrum Nordbaden)	Lions' Quest	Caritas Verband
Zentralinstitut für seelische Gesundheit	Jugendzentren	Suchtberater
Qualitätszirkel von Ärzten, die Substitutionsbehandlung anbieten	Fachambulanz der Caritas	Drogenverein Mannheim
Evangelische Stadtmission	Landratsamt	Suchtberatungsstellen
Beratungsstellen	Selbsthilfegruppen	Psychiatrie
1 kleine (1/2 Stelle) Free-Klinik	Anonyme Alkoholiker	Zentralinstitut für seelische Gesundheit
2 kommunale Suchtbeauftragte	Kreuzbund	Psychiatrisches Zentrum
Kliniken (Uni-Psychiatrie, Reha, Fachklinik, Tagesklinik)	Lörrach	Kommune
Polizei	bwlv Lörrach	Selbsthilfegruppen
Selbsthilfegruppen	Fachstelle Sucht macht v.a. Alkohol (und betreutes Wohnen integriert, 12 Plätze)	Pforzheim

Augsburg	Drogennothilfe Drehscheibe	bwlv Fachstelle Sucht
KOMPASS - Drogenhilfe e. V.	Jugend- und Drogen-Beratungsstelle	Beratungsstelle
Caritas Verband	Fachklinik für jugendliche Suchtkranke	Diakonie
Alloha mit einer halben Stelle für die ganze Region	AK Rauchmittel	AG Drogen
Suchtberatung	„Villa Schöpflin“ – Zentrum für Suchtprävention	Kommunale Suchtaufträge
Drogenhilfe für die illegalen Drogen	Cafe Haus Weitenau	Netzwerk Login
Con Drops	das Blaue Kreuz	Tagesklinik
Tagesklinik	Betreutes Wohnen	Schwetzingen
Betreutes Wohnen	Regensburg	AGJ Suchtberatung
AWO	Bezirksklinikum	Diakonisches Werk
Schwaben	Gesundheitsamt	Drogenvereine
Drogenhilfe Schwaben	Caritas Verband	Freie Anbieter
Caritas Verband für Alkohol	Sucht-AK	Erzdiözese
Kompass Kompakt	Kliniken für Akutversorgung	die Freiburg
Condrops	Reha-Angebote	Suchthilfe Weinheim
	Beratungsstelle	Blaues Kreuz
	niedergelassene Ärzte	
	Schwerpunktambulanz	
	Drug Stop	
	Selbsthilfegruppen	

Tabelle 31: Wichtigste Versorgungsakteure, Region West

Mainz	Neunkirchen	Taunusstein
Stadt hat Fachbereich Suchthilfe: Beratung („Brücke“), Wohngruppen, niedrigschwelliges Angebot („Café Balance“)	Die BRIGG	ambulanten Beratungsstellen
Beratungsstelle, zuständig für den legalen Bereich	Selbsthilfegruppen	Suchtberatungsstelle
Caritas Verband	Gesundheitsamt	Zentrum für Sozialpsychiatrie
Jugend-Drogenberatungsstelle	Caritas Verband mit psychosozialen Angeboten	Gesundheitsämter
Suchtambulanz	Fach-/Suchtklinik	Jugendamt
Entgiftung mit Motivationsgruppen	Fliedner-Krankenhaus	Familienberatungsstellen
stationäre Fachklinik	Köln	Jugendgerichtshilfe

Psychiatrie	SKM Köln	Fachstelle für Suchtprävention
Speyer	Drogenhilfe Köln	Zentrum für Suchtberatung
Caritas Verband mit Alkohol	psychosomatische Klinik	Selbsthilfegruppen
Therapiezentrum Ludwigsmühle	AHG (Allgemeine Hospitalgesellschaft)	Germersheim
Polizei macht Präventionsangebote	Entgiftungsstation (Alkohol, Drogen), Alten-, Wohnprojekte	Beratungsstelle
Arbeitskreis „Jugendszene“	In der Stadt Freie Träger, auf dem Lande kirchliche.	Psychosoziale Beratungsstelle
Therapiezentrum Speyer	Hofheim	Caritas Verband
Diakonisches Werk	AGS Arbeitsgemeinschaft gegen Suchtgefahr (2 Stellen)	NIDRO
Tagesstätten	Zentrum für Jugendberatung	Fachkliniken
Der Paritätische	SIT Selbsthilfe im Taunus: betreutes Wohnen, Arbeitsangebote	ambulante Klinikplätze
ASG	Fachstelle Prävention	Fachstelle Glücksspielsucht
Die Werkstatt	mobile Beratung in Schulen und Jugendclubs	Hattingen
Kriminalpräventiven Rat	SIT hat ein Theaterprojekt/Präventionsprojekt	Suchthilfezentrum Hattingen
Schulen	Euskirchen	freier Träger Café Sprungbrett e.V.
Projekt Soziale Stadt	Caritas Verband	Wohlfahrtsverbände
Präventions-AK	Gesundheitsamt	Caritas Verband
AK Sicherheit		Sucht- und Drogenberatung
AK Schulprävention		4 hauptamtliche MAB, decken alle Süchte ab
		½ Stelle aus eigenen und aus Präventionsmitteln der Barmer
		4 Fachkräfte für alles
		1 Präventionsfachkraft

6.3 Präventions- und Behandlungsprogramme der Träger

Schon vor Einführung des neuen Programms unterhielten die Träger Hilfsangebote in der Beratung, Prävention und Behandlung, insbesondere mit dem Einsatz bundesweit eingeführter Programme. Zwar konnten die Expert/-innen nicht das genaue Arbeitsaufkommen und die genaue Inanspruchnahme dieser Angebote anführen, doch besaßen sie eine Orientierung über die Angebote und über die hinreichende Versorgung bestimmter Risikoverhalten und die Unterversorgung anderer. Ebenso zeigte sich ein differenziertes Bild der Versorgungsdichte für verschiedene Bevölkerungsgruppen, für die es besondere Angebote gibt, und ebenso für Zielgruppen, die mehr oder weniger von den Angeboten erreicht werden.

6.3.1 Gruppenbezogene Arbeitsformen vor Programmbeginn

Die Aussagen der Expert/-innen zu Angeboten im Bereich der Beratung wurden in insgesamt 97 Codierungen zusammengefasst. Dabei konnten Aussagen auch mehrfach codiert werden. Diese Codierungen wurden anschließend in die Kategorien eingeteilt: Angebote, Zielgruppen und Sucharten sowie Arbeitsformen von Beratungsstellen. Dabei ergab sich ein breites Spektrum an Angeboten bei den befragten Trägern. Zu den Angeboten zählten einerseits Querschnittsleistungen für das gesamte Klientel, vor allem Erstgespräch, Motivation, Vermittlung, Rückfallprophylaxe, Krisenintervention und Nachsorge nach Behandlungen. Thematisch runden die MPU-/Führerschein-Beratung, spezifische Raucherentwöhnung sowie Schuldnerberatung und besondere Angebote und Zugangswege für einzelne Zielgruppen, z. B. kostenloses Frühstück für Konsumenten mit Drogenberater/-in, die Arbeit ab. Eine praktisch durchgehend selbstverständliche Leistung bildet die Vermittlung, die sowohl die Weiterleitung in ambulante oder stationäre Suchtkrankenhilfe und Kliniken als auch ambulante Rehabilitation und die Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen umfasst. Nachsorge kann dabei in Form von ambulanter Nachsorge oder therapeutisch angeleiteter Nachsorgegruppen stattfinden. Ein weiteres Angebot bilden therapeutisch angeleitete Motivationsgruppen.

Rund ein Drittel der Standorte hatte bereits zu Programmbeginn Erfahrungen mit regelmäßig laufenden Gruppenangeboten gesammelt (s. Tabelle 32). Die wichtigsten Arbeitsformen waren eigene – bislang risikospezifische – Gruppen sowie die Vermittlung von – ebenfalls homogenen – Selbsthilfegruppen. Vereinzelt wurden auch Psychoedukation, Angehörigenbetreuung und Motivierende Kurzintervention in Gruppenform angeboten.

Tabelle 32: Arbeitsformen gruppenbezogener Beratung

Arbeitsformen	n
Gruppenarbeit	7
Selbsthilfegruppen	5
Motivationsgruppen	2
psychoedukative Gruppen	1
gruppenvorbereitende Einzelgespräche	4
Besondere Gruppenarten: Familienberatung, Kindergruppe für Kinder von Suchtkranken, Tagestreff für chronisch mehrfach Geschädigte	Je 1
Betreutes Wohnen	20

6.3.2 Präventionsangebote vor Programmbeginn

Die Präventionsleistungen der Anbieter an den SKOLL-Standorte zu Programmbeginn umfassten die Durchführung strukturierter Präventionsprogramme, deren Settings und Arbeitsformen für verschiedene Zielgruppen zusammen (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Angebote in der Prävention

Präventionsprogramm	n	Setting	n	Arbeitsformen	n
Schülermultiplikatoren-Programme	2	Schule	31	Fortbildungen, Seminare, Multiplikatorenschulungen und -veranstaltungen	11
Rauchfreie Schule	2	Betrieb	8	Präventionsveranstaltungen für die ARGE	6
Alkohol-Projekt	2	Kitas	6	Programme/Projekte	6
LIFE	2	Drogenszene	3	Elternabende, -sprechstunden, -schulungen	6
Einzelnennungen anderer Programme (Klasse2000, Papilio, Ich bin ich, Move, HALT, u.a.)	7	Behörden / Institutionen	3	Vorträge an Schulen	3
		Bildungsträger	2	Offene Informationsveranstaltung	3
				Einzelnennungen anderer Formen (Jugendfilmtage, Theater, Planspiel, aufsuchende Arbeit, Netzwerkbildung in Kommune, u.a.)	7

Nur an 3 Standorten fanden keine oder sehr wenige präventive Interventionen statt.

Ungefähr die Hälfte der Standorte hatte Erfahrungen in der Durchführung strukturierter Programme, allerdings mit einem breiten Repertoire unterschiedlicher Ansätze. Unter den Orten der Präventionsarbeit dominierten bei weitem die Schulen, in denen schon alle Standorte tätig gewesen waren; weit seltener waren Behörden, Betriebe, Kitas oder Bildungsträger. Insbesondere in Schulen setzten die Fachkräfte neben Programmen eine Reihe anderer Arbeitsformen ein, unter denen Multiplikator-schulungen bei weitem am häufigsten zu finden waren. Sehr selten (nur einmal) fanden sich hingegen gemeindebezogene Prävention und Gesundheitsförderung.

6.3.3 Angebotene Programme

Die Programme, die in der Region angeboten wurden, wurden genauer untersucht (vgl. Tabelle 34). FRED und HALT wurden an ungefähr der Hälfte der Standorte in mehr oder weniger intensiver und breiter Form angeboten, realize-it an etwa einem Viertel. Eine Fülle weiterer Programme war ebenfalls im Feld, darunter Klasse 2000, PRÄSTO, Schutzengel – Don't drink and drive, KOMA, Pathologisches Glücksspiel, § 8a, Can Stopp, Kinder suchtkranker Eltern, LIFE TROLLEY, LOEWE, MOVE, Nicht-Raucher IFT-Programm, PEP, Projekt 13, Prophylaxe Check-it nach Ginkgo, BE SMART, Vom Junkie zum Ironman und Weniger ist mehr.

Tabelle 34: Regional an den Standorten angebotene Programme

Programm	Nennungen
FRED plus	29
HALT	29
realize-it	14
Klasse 2000	3
PRÄSTO	3
Schutzengel - Don't drink and drive	2
KOMA	2
Pathologisches Glücksspiel	2
BASS	2
Einzelnennungen verschiedener Projekte	16
Σ	102

Von mehreren Programmen berichteten die Befragten über deren unvollständige, lückenhafte oder modulweise Umsetzung, so dass die Umsetzungsgüte an den verschiedenen Standorten schwankte,

anhand der Experteneinschätzungen aber nicht standortweise zu klären war (dafür wäre eine genauere Prozessevaluation oder Qualitätssicherung erforderlich). Insbesondere für HALT ergab sich an mehreren Standorten, dass die konkrete Umsetzung schon im Planungsstadium ins Stocken geraten war.

HALT wurde für das Land XY angeboten, aber der Landkreis muss erst schauen, ob er sich dafür bewirbt.

Man hat sich vorgenommen, HALT im Jahr 2010 anzubieten.

HALT ist in Vorbereitung.

Halt wird bisher nur diskutiert.

HALT ist im Gespräch.

Für HALT gab es bereits Fortbildungen, aber noch keine Durchführung.

Sowohl HALT als auch FRED waren an mindestens einem Standort bereits wieder abgebrochen oder auf einzelne Programmteile zurückgeschnitten worden.

Dies blieben jedoch Ausnahmen. Nach den Berichten der Befragten wurden Programme, waren sie einmal eingeführt, sehr selten wieder eingestellt. Ein „probatorischer“ Umgang mit Programmen war nicht zu beobachten.

Der Flaschenhals der Programmnutzung liegt also in der Entscheidung zur Einführung. Diese „konservative Versorgungsstruktur“ ist das Ergebnis der Filter, die ein als geeignet beurteiltes Programm schon vor Einführung durchlaufen muss (s.u.). Sie hat zwei Vorteile: Programme werden vorab sorgfältig und sehr kritisch geprüft, so dass sie wahrscheinlich zum jeweiligen Standort passen. Und die Fachkräfte und Einrichtungen bleiben bewährten Programmen treu, sie gehen sehr sorgsam mit ihren Zeit- und Geldmitteln um. Die konservative Versorgungsstruktur hat aber auch Nachteile: Entwickeln sich in späteren Jahren wirkungsvollere und wirtschaftlichere Programme, so finden diese nicht mehr viele Nischen, um sich überhaupt zu bewähren. Bestehende Programme können mit den Einrichtungen verschmelzen, diese können dann Neuentwicklungen (wie SKOLL) als unnötig oder Konkurrenz erleben. Programme, die für die Bedingungen eines Standorts ebenfalls geeignet oder noch günstiger sein mögen, werden nicht mehr erprobt. Das Feld geht also träge auf Verschiebungen der Bedarfslagen ein. Auch Effekte von Professionalisierung und Wissenstransfer, die Programme mit sich bringen, entfallen. Für neue Programme bedeutet das, sie müssen vorab eine Art Marktanalyse erstellen, an welchen Standorten noch wenig Programme genutzt werden sowie günstige Bedingungen für ihre Vorgehensweise herrschen. Programmentwickler müssen also die Implementationsbedingungen und Brauchbarkeitsmerkmale ihrer Programme reflektieren, ausweisen und bekannt machen und geeignete Streuwege zur Dissemination ihrer Innovation wählen, sonst werden neue Programme sehr lange brauchen, um in der Praxis anzukommen.

6.3.4 *Behandlung*

Die Rehabilitation stand als Behandlungsarbeit an erster Stelle und wurde in Form von ambulante, stationäre und medizinische Rehabilitation angeboten (s. Tabelle 35). Außerdem gab es Rehabilitation im Gruppen-Setting sowie für den Alkohol- und Suchtmittelbereich als auch für Glücksspiel.

Zu vorgehaltenen Behandlungsangeboten an den Standorten zählten die ambulante, stationäre sowie teilstationäre Therapien, auch Kombinations- und Akutbehandlungen, in Individual- und Gruppenform sowie Unterstützung von Angehörigen, ambulant oder stationär. Behandlungen finden in Form von angeleiteten Gruppen, Indikationsgruppen, Motivationsgruppen sowie als Gruppe für Kinder suchtkranker Eltern statt, außerdem als Begleitung Substituierter. Zudem gab es Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene im Strafvollzug, Adaptationsprojekte und Rückfallprophylaxe, die Entwöhnung Drogenabhängiger, Raucherentwöhnung, Entzug und die Therapie von Borderline-Störungen, außerdem Psychotherapie für Substituierte. Ein weiteres Behandlungsangebot stellte die Entgiftung dar, die es auch in Form von stationärer Entgiftung gab.

Die Behandlungsangebote betrafen illegale Drogen sowie (am häufigsten) Alkohol, daneben Spielsucht, Medikamente, Medienabhängigkeit und Angebote für chronisch mehrfach Abhängige. Im Bereich der illegalen Drogen lag das Behandlungsangebot bei Heroin und Cannabis.

Nur drei Einrichtungen boten keinerlei Behandlungsmöglichkeiten an (konnten aber an andere Angebote am Standort weitervermitteln).

Somit ergab sich an allen Standorten das Bild differenzierter Behandlungsangebote mit unterschiedlichen, breit gefächerten Arbeitsformen für verschiedene Risikogruppen. Nicht alle Angebote (z. B. Unterstützungsgruppen für Kinder Abhängiger) waren an allen Standorten zu finden, doch ist dies wenig überraschend, da bei hinreichender Differenzierung (Unterteilung von Arbeitsformen und Risikoverhalten) sehr rasch Lücken auftreten, schon weil an kleineren Standorten dann nicht mehr genug Klientel ansprechbar wäre. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass an den SKOLL-Standorten zum Zeitpunkt der Programmeinführung ein überwiegend stark ausdifferenziertes Behandlungsangebot verfügbar war.

Tabelle 35: Behandlungsangebote

Behandlungsangebote	n
Behandlung	46
Entgiftung	12
Substitution	5
Rehabilitation, Nachsorge	42

6.3.5 Stärker und geringer versorgte Risikoverhalten

Vergleichsweise zahlreiche Angebote waren somit zu finden für die wichtigsten Abhängigkeiten: Alkohol und Tabak sowie Cannabis u. a. illegale Drogen. Bislang wenig Angebote wurden vorgehalten für Medien-, Computer- und Internetmissbrauch, Spiel- und Kaufsucht. Prävention konzentrierte sich vor allem auf Schulen und war dort mit strukturierten Programmen und Multiplikatorenschulungen präsent, während Angebote für Erwachsene – insbesondere in Betrieben u. a. Organisationen – demgegenüber bei weitem im Hintergrund standen.

Besondere und breit differenzierte Angebote richteten sich an Jugendliche, nur vereinzelt hingegen an weitere spezifische Zielgruppen (genderspezifische Angebote, Kinder von Suchtkranken, Ältere oder Migrant/-innen). Damit ergibt sich ein Paradox: Während in der Fachliteratur genau ausgerichtete, zielgruppenspezifische Interventionen empfohlen und diskutiert werden, finden sich in der Versorgungswirklichkeit nur Angebote für die wichtigsten Teilzielgruppen und Indikationen. Teilgruppen, für die es nach Einschätzung der Befragten zu wenig Angebote gibt, waren die spezifischen Gruppen, für die sich in der Versorgungsstrukturanalyse wenig Angebote fanden: Migranten, Aussiedler, Ältere, Kinder von Suchtkranken, chronisch Abhängige und Angehörige Abhängiger.

Die Befragten gaben auch an, welche Zielgruppen ihrer Erfahrung nach besonders gut von den verfügbaren Angeboten erreicht werden, und zwar sowohl von den thematischen Schwerpunkten wie von den gewählten Arbeitsformen. Dabei kam es zu einer Vielzahl von Einzelnennungen, die kein klares Bild ergaben. Übergreifend zufrieden waren die Expert/-innen mit der Erreichung von Abhängigen von illegalen Drogen sowie von Zielgruppen in Betrieben. Nach Experteneinschätzung schlecht von den bestehenden Angeboten erreicht wurden hingegen Menschen in ländlichen Regionen, junge Erwachsene (da in dieser Gruppe hoher Bedarf und deutliche Unterversorgung bestehe) sowie (aus den gleichen Gründen) ältere Menschen.

6.4 Fazit: Die Versorgungslage zu Projektbeginn

Hinsichtlich praktisch aller Ausgangsbedingungen waren die örtlichen Versorgungsanforderungen und –leistungen zu Projektbeginn höchst heterogen. Verbreitet fanden sich Alkohol und Cannabis als Hauptrisiken; alle anderen Risikoverhalten stellten sich als breit gefächertes Auftreten unterschiedlicher Verhaltens- und Substanzgefährdungen mit unterschiedlichen Nutzergruppen, Subkulturen und Verteilerkanälen dar. Viele Risikoverhalten traten nur an einzelnen oder wenigen Standorten auf. In der Versorgung dieser heterogenen Anforderungslagen zeigten sich erkennbaren Muster, sondern lokal unterschiedliche institutionelle Aufstellungen aus einem heterogenen Teppich unterschiedlicher Einrichtungen und Angebote, die vor Ort mit jeweils unterschiedlichen Angebotsprofilen die Versorgung tragen.

Etwa ein Drittel der Standorte hatte bereits Erfahrungen mit Gruppenangeboten gesammelt, und zwar vor allem mit risikospezifischen Behandlungs- und Selbsthilfegruppen, daneben vereinzelt Psychoedukation, Angehörigenbetreuung und Motivierender Kurzintervention.

Nur an 3 Standorten fanden keine oder sehr wenige präventive Interventionen statt.

Ungefähr die Hälfte der Standorte hatte Erfahrungen in der Durchführung unterschiedlicher Präventionsprogramme. Das häufigste Setting dafür war bei weitem die Schule, für die es an praktisch allen Standorten Angebote gab; weit seltener waren Behörden, Betriebe, KITAS oder Bildungsträger. FRED und HALT waren zum Zeitpunkt des Projektbeginns an der Hälfte der Standorte bereits eingeführt, wurden allerdings teilweise unvollständig oder diskontinuierlich umgesetzt. Die gängigste Arbeitsform neben der Programmdurchführung war die Multiplikatorenschulung, sehr selten fanden sich hingegen gemeindebezogene Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung.

An allen Standorten bestanden differenzierte Behandlungsangebote mit einer Vielzahl an Arbeitsformen für verschiedene Risikogruppen.

Die wichtigsten Risikofaktoren, Alkohol und Tabak sowie Cannabis u. a. illegale Drogen, waren aus Sicht der Expert/-innen vergleichsweise gut bedacht. Wenige Angebote wurden hingegen vorgehalten für Medien-, Computer- und Internetmissbrauch, Spiel- und Kaufsucht. Prävention konzentrierte sich vor allem auf Jugendliche, Erwachsene – insbesondere in Betrieben – traten demgegenüber in den Hintergrund, ebenso weitere spezifische Zielgruppen (genderspezifische Angebote, Kinder von Suchtkranken, Ältere oder Migrant/-innen). Damit ergibt sich ein Paradox: Während in der Fachliteratur genau ausgerichtete, zielgruppenspezifische Interventionen empfohlen und diskutiert werden, finden sich in der Versorgungswirklichkeit nur Angebote für die wichtigsten Teilzielgruppen und Indikationen.

Für überwiegend gut erreichbar hielten die Expert/-innen Konsument/-innen illegaler Drogen sowie Zielgruppen in Betrieben, für schlecht zugänglich dagegen ländliche Regionen, junge und ältere Erwachsene, so dass in diesen Gruppen deutliche Unterversorgung bestehe.

Für die Versorgung ergab sich aus dieser heterogenen Versorgungslage die Anforderung, unterschiedlichen Suchtgefährdungen mit historisch gewachsenen, lokal jeweils eigentümlichen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden. Dabei trat ein Paradox auf: Während in der Fachliteratur vielfach zielgruppenspezifische Interventionen empfohlen werden, finden sich in der Versorgungswirklichkeit nur Angebote für die wichtigsten Teilzielgruppen und Indikationen. Eine Konsequenz bildete eine wahrgenommene Unterversorgung ländlicher Regionen, junger Erwachsener und Älterer.

7 Auswahlkriterien für neue Programme (Expertenbefragung)

Vor und während der Einführung machten die Einrichtungen eine Reihe von Erfahrungen, welche Eigenschaften des Programms, der Einrichtung und der Implementationsstrategie die Einführung unterstützten. Diese Faktoren waren häufig nicht bis ins Einzelne durchkalkuliert; insbesondere betriebswirtschaftliche Anforderungen wie etwa die erforderliche Arbeitszeit lagen als grobe Schätzungen vor. Die Einrichtungen entwickelten aber eine Heuristik zur Abschätzung der Eignung, welche auf erwarteten Leistungen des Programms, erforderlichen Ressourcen und Förderfaktoren beruht. Förderfaktoren sind für die Einführung förderliche Bedingungen, die einen Standort bzw. ein Team befähigen, ein Programm leicht zu erfassen, zu nutzen und anzubieten.

Die Expert/-innen aus den Beratungsstellen und Gruppenleitungen, also die „Praktiker“, gaben dabei keine Auskünfte, die sich von denen der Expert/-innen auf Leitungsebene unterschieden. Beide teilen also ähnliche Einführungsüberlegungen, bzw. die Heuristiken der Leitungen sind den Praktiker/-innen vertraut.

Im Folgenden werden die wichtigsten Heuristiken dargestellt, also wahrgenommener Nutzen und Förderfaktoren sowie Anforderungen an ein neu einzuführendes Interventionsangebot.

7.1 Sinnvoller Interventionsansatz

Eigenschaften eines Programms sind ausschlaggebend für seine Einführung. Von großer Wichtigkeit ist ein geeigneter Interventionsansatz, der nach den Erfahrungen der Praktiker/-innen für die Versorgungsziele Erfolg verspricht. SKOLL spricht die Einrichtungen an, weil es

- einen gruppen- und suchtmittelübergreifenden Ansatz hat,
- ohne zu hoch gesteckte Abstinenzziele auch für nicht abstinenz-orientierte Gruppen genutzt werden kann, so dass Überforderungen der Klientel vermieden werden,
- Risikogruppen schon vor der Ausbildung einer Abhängigkeit erreichen kann.

Dank dieser Merkmale verspricht SKOLL, das bestehende Angebot der Einrichtungen um wichtige Interventionsmöglichkeiten zu ergänzen und dadurch eine Versorgungslücken zu schließen.

Die Idee, dass es suchtmittelübergreifend ist, dass man schon im Vorfeld (vor der Abhängigkeit) Leute erreichen kann. Der generationsübergreifende Ansatz. Auch für Gruppe der nicht Abstinenz-Orientierten.“ (T1-32/95)

„SKOLL geht in so eine Lücke rein: es gibt einen großen Teil in der Bevölkerung, der daran interessiert ist, Konsum zu reduzieren (und nicht ganz aufzuhören), finde diesen Ansatz gut.“ (T1-19/61)

„Gefährdete werden bis jetzt schlecht erreicht. Deshalb machen wir jetzt SKOLL dafür.“ (T1-28/65)

7.2 Verbesserte Versorgung, höhere Zielgruppenerreichung

Weitere wichtige Aspekte waren für die Expert/-innen der lokale Bedarf für ein neues Programm, bemessen an einer besseren Zielgruppenerreichung. Ein neues Programm ist also nur sinnvoll, wenn es wirkliche Innovationen und damit Fortschritte in die Versorgung bringt.

„Es muss immer darauf geachtet werden, ob es tatsächlich um Neues geht oder nur um alte Sachen mit neuen Überschriften, ob Art und Vorstellungen zielführend sind, d. h., den Frauen wirklich helfen. Wir haben das Problem, dass uns immer wieder Neues vorgestellt wird, also angeblich Neues, aber manchmal nur neu verpackt -- das lohnt dann den ganzen Aufwand nicht, wenn das nur ein alter Hut ist, nur neu verpackt.“ (T1-7/55)

„Etwas Innovatives machen, worin man noch nicht so viel Erfahrung hat.“ (T1-66/81)

„Alternative zu bestehenden Angeboten.“ (T1-69/75)

7.2.1 Bedarf und Bedarfsanalyse

Ein Programm wie SKOLL kann nur eingeführt werden, wenn der regionale Bedarf dafür dokumentiert ist. Dann kann eine Notwendigkeit für das Programm mit ausreichender Klientel begründet werden. Eine vorgängige Bedarfsanalyse klärt im Idealfall Lücken, Interessenlagen und Gefährdungen und identifiziert potentielle Zielgruppen.

„Der Bedarf muss deutlich werden und muss sich zeigen. Zum Beispiel bei Cannabis, das es eine Abhängigkeitsproblematik gibt, Internetsucht, Kids trinken zu heftig. Diese Lücken müssen gesehen werden.“ (T1-20/71)

„Wichtig ist auch, dass im Vorfeld genügend Bedarf da ist, genügend Klienten.“ (T1-22/90)

„Dann muss der Bedarf dafür da sein. Daher haben wir eine Bedarfsanalyse gemacht.“ (T1-24/65)

„Man muss den Bedarf im Landkreis kennen, wissen, um was für ein Projekt es geht, wer was leisten kann, wie es finanziert wird.“ (T1-61/49)

„Erstmal die Notwendigkeit eines solchen Projekts.“ (T1-29/72)

„Man muss (...) vor Ort gucken, wo es Lücken, wo es welche Interessen gibt, wo ist Gefährdung, wo sind potentielle Teilnehmer/-innen.“ (T1-17/71)

7.2.2 Attraktivität für die Zielgruppen

Um die Zielgruppen zu erreichen, muss das Programm für sie attraktiv und auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sein. Es muss am bestehenden Stand der Problemeinsicht ansetzen. Namentlich die

Zielgruppe der Jugendlichen wünscht attraktive, Neugier weckende Angebote. Zur Attraktivität gehört jedoch auch ein zeitnahes Angebot ohne lange Verzögerungen sowie die gruppengestützte Arbeitsweise, die Motivationsschwächen in der Einzelberatung durch soziale Einbindung und Unterstützung zu überbrücken helfen kann.

„Wenn eine Sitzung zu dröge ist, dann haben die keine Lust mehr. Im Suchtbereich ist Zuverlässigkeit ein Problem; es fehlt dort an einer Tagesstruktur, können sich nicht äußern. Und insgesamt: Diese Generation ist eine Spassgeneration, ständig muss hier was passieren -- Programme, Projekte müssen das berücksichtigen!“ (T1-16/66)

„Wichtig ist, dass man bei denen, für die man ein Programm macht – ob jung oder alt – ein Bewusstsein schafft, dass sie ein Problem haben. Man muss dieses Bewusstsein auch verbreitern, denn sonst sind für die Problematik immer nur die sensibel, die ohnehin schon sensibilisiert sind - wie wir und alle in der Szene Tätigen.“ (T1-39/52)

„Er muss die Befähigung und die Kompetenz besitzen, Jugendliche zum motivieren, dass sie kooperieren, um sie schulen zu können.“ (T1-39/50)

„Zeitnahe Angebote: im Mai auffällig, Termin nicht erst im September.“ (T1-59/61)

„Auch vielleicht für die Personen, die in Einzelgesprächen nie so lange den Kontakt halten könnten.“ (T1-48/80)

SKOLL kann auch eine Versorgungslücke schließen, wenn das Programm Personen zur Weiterarbeit motiviert, die sonst rasch wieder den Kontakt zur Suchtberatungsstelle beenden.

„Bei SKOLL: Team ist überzeugt, dass das eine wichtige Versorgungslücke ist, um Klientengruppen zu halten, bei denen das sonst nicht so möglich ist.“ (T1-40/71)

„SKOLL kann helfen, dass die Menschen den Zugang zu unserer Beratungsstelle finden, dann wäre es ein Konzept, dass sich stufenweise einpassen würde und das macht offener für Zeit.“ (T1-20/73)

7.2.3 Erschließung neuer Zugangswege

Schließlich sollte ein neues Programm auch neue Zugangswege der Hauptzielgruppen in das Suchthilfesystem öffnen. Auf diese Weise sollte es Personen erreichen, die unter alltäglichen Umständen nicht den Zugang zur Beratungsstelle finden. Ein besonderes Ziel dabei war die Durchbrechung oder Überwindung einer eingeübten, verfestigten „Komm-Struktur“.

„Neue Zugangswege schaffen für Klienten. Neue Klienten erreichen ist ein wichtiger Grund.“ (T1-26/63)

„Man bekommt durch diesen Ansatz auch Leute, die sonst nicht so den Zugang zur Beratungsstelle finden.“ (T1-48/75)

„Ja, eine große Lücke betrifft die Struktur der Angebote; auch, wenn es jetzt 1 Streetworker gibt, so ist die Komm-Struktur nicht die, mit der man Menschen erreicht.“ (T1-68/36)

„Weg von der Komm-Struktur: raus aus den Ämtern, vor Ort sein, dort, wo die Leute wohnen, arbeiten, zur Schule gehen.“ (T1-59/61)

7.3 Eignung für regionale Bedingungen, bes. in ländlichen Räumen

Ein Programm muss zu den lokalen Lebensbedingungen passen. Für die Durchführung von Gruppen müssen nicht allein angemessene Räumlichkeiten vorhanden sein, die ein gutes Gruppenklima unterstützen, sondern die Treffen sollten auch gut erreichbar sein. Im ländlichen Bereich sind Fahrgelegenheiten von Vorteil, um an Gruppen teilzunehmen.

„Zeitliche und personelle sowie regionale Bedingungen müssten erfüllt sein.“ (T1-30/67)

„Es muss sinnvoll, passend für die Region sein, finanziert werden, eine gewisse Führung ist wichtig.“ (T1-25/76)

„Gute räumliche Gegebenheiten für ein gutes Gruppengefühl.“ (T1-43/94)

Namentlich im ländlichen Raum ist eine gute Erreichbarkeit des Angebots durch ÖPNV wichtig (Jugendliche oder Erwachsene mit Führerscheinenzug können keine PKW benutzen). Günstig an SKOLL erweist sich zudem die robuste Durchführung mit ggf. kleinerer Teilnehmerzahl, damit Gruppen auch im ländlichen Bereich zu Stande kommen.

„Und dann die Situation im ländlichen Bereich: Man braucht Fahrgelegenheiten, irgendetwas in der Art. Räumlichkeiten sind ausreichend vorhanden, wir haben auch Schulen.“ (T1-4/48)

„Kleinere Fallzahlen, wenn Gruppen im ländlichen Bereich gebildet werden sollen gute Erreichbarkeit: im ländlichen Bereich ist man mit und ohne ÖPNV fast aufgeschmissen, nicht Jede/r hat ein Auto, Jugendliche fast nie. Es vergehen Stunden, wenn man in die Beratung will.“ (T1-59/59)

„örtliche Nähe (nah an der Szene zum einen, gute Erreichbarkeit zum anderen).“ (T1-21/48)

7.4 Leichte Handhabbarkeit

Neue Programme sollten leicht verständlich und nutzbar sein. Weil SKOLL ein modulares System ist, kann es in der Praxis gut eingesetzt werden. Wichtig ist dabei auch, dass die einzelnen Module übersichtlich, attraktiv und fachlich überzeugend gestaltet sind.

„Praxisnah, unabhängig von den Kosten, die man beantragen muss.“ (T1-69/73)

„Wichtig ist auch die Handhabbarkeit in der Praxis, das modulare System ist sehr gut.“ (T1-28/92)

„Die Module müssen gut aufbereitet und nachvollziehbar sein.“ (T1-65/60)

7.5 Begleitforschung und Wirksamkeitsnachweis

SKOLL stellt ein evaluiertes Modellprojekt dar, das wissenschaftlich begleitet wird. Begleitforschung und Evaluation sind für eine Programmeinführung wichtig, insbesondere ein Erfolgsnachweis, der die Wirksamkeit des Programms evident macht.

„Eine wissenschaftliche Begleitung, die auf Wirksamkeit untersucht.“ (T1-6/55)

„Es muss nachvollziehbar sein, dass es effektiv ist.“ (T1-26/63)

„Es muss wissenschaftlich begleitet werden - sozusagen Rechenschaft ablegen.“ (T1-65/59)

Die Begleitforschung unterstützt auch die Qualitätssicherung und verdeutlicht die Seriosität des Angebots. Daran ist zudem die Erwartung fachlich fundierter Arbeit und professionellen Lerntransfer geknüpft.

„Da SKOLL als Modellprojekt evaluiert wird, erwarten wir fachlich fundierte Arbeit.“ (T1-62/93)

„Zunächst einmal unter dem Aspekt der Qualitätssicherung: es sind erprobte Programme, und so gibt es kaum Widerstände, wenn so eine Anfrage gestellt wird. Wenn das Konzept dann noch von seriösen und bekannten Anbieter dahinter stehen, ist es fast ein Selbstgänger.“ (T1-68/44)

In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass SKOLL feste Ansprechpartner/-innen für Fachfragen und damit eine weitere Qualifizierungsmöglichkeit bietet.

„Ich finde es gut, dass es wissenschaftlich evaluiert ist und dass es wissenschaftlich begleitet ist. Dass wir feste Ansprechpartner haben.“ (T1-28/92)

Allerdings darf sich die Evaluation aus Gründen des Aufwands nicht übermäßig kompliziert gestalten; daran sind nach Einschätzung der Befragten frühere Projekte gescheitert.

„Der Aufwand muss gering sein. Mit Aufwand meine ich dass, was an Aufwand nebenbei anfällt wie die wissenschaftliche Begleitung, die muss überschaubar sein. Da haben wir uns auch andere Projekte angesehen, die waren dann zu aufwendig für uns.“ (T1-24/65)

„Die Evaluation sollte dann auch nicht zu kompliziert sein. Dass scheint es ja bei SKOLL auch nicht zu sein.“ (T1-5/67)

7.6 Finanzierung, Finanzierungsquellen und Zeitumfang

Für die Einführung eines Programms wie SKOLL ist die Finanzierung ein wichtiger Faktor. Das Programm sollte voll ausfinanziert sein, und diese finanzielle Absicherung muss bis zum Ende des Programms bestehen.

„Das es eine Finanzierung gibt.“ (T1-13/67)

„Immer: Solide Finanzierung - Förderung, hier auch unbedingt Personalkosten, Zeit und Geld, gute Fachkraftschulung, Erfolgsnachweis, positiver Rückruf zugunsten der Beratungsstelle.“ (T1-33/55)

„Ich muss den Nutzen sehen und ob ich das finanzieren kann. Es gibt sehr selten eine vernünftige Finanzierung, die aber ist das A + O, sonst läuft es sich irgendwann tot. Es geht um eine bekömmliche Finanzierung, nicht eine, die knapp ist, zu kurz, dann läuft es sich garantiert tot.

Ein Beispiel: Der Stundensatz beläuft sich immer noch auf 48 Euro, der ist aber bei Weitem nicht ausreichend. Dafür bekommen sie z. B. keinen niedergelassenen Psychologen, Therapeuten oder Arzt. Wenn die günstig sind, dann verlangen die 50 Euro, bis zu 90 Euro ist der Satz, hängt immer von der Kasse, die das finanziert, ab; und das sind nicht einmal Spitzenhonorare!

Für eine Fortbildung bei 4 Gruppen und 50 Patienten, einer hohen Motivation und fachlich gutem Referenten/guter Referentin ist eine gute Bezahlung selbstverständlich und notwendig - sie muss gewährleistet sein - und wenn es daran scheitert, dann ist es für mich nicht durchführbar, dann geht es eben nicht, auch wenn ich den Nutzen sehe.“ (T1-8/62)

„Dass es finanziert werden kann. Dass es eine Refinanzierung gibt und es sich rechnet.“ (T1-18/76)

„Die finanzielle Absicherung muss gewährleistet sein - bis zum Ende.“ (6/55)

Die Programmeinführung muss zu Beginn aus den verfügbaren Personalstunden bestritten werden, schränkt also die bislang erbrachten Leistungen einer Einrichtung ein. Um dies auszugleichen, sind die Träger auf volle Gegenfinanzierung bedacht. Die erforderliche Finanzierung ist somit an die vom Programm besetzten Arbeitskontingente geknüpft.

„Geld und Zeit.“ (T1-10/43)

„Geld und personelle Ressourcen, Räumlichkeiten, örtliche Nähe (nah an der Szene zum einen, gute Erreichbarkeit zum anderen).“ (T1-21/48)

„Finanzierung – alle gewinnwirtschaftlichen Aktivitäten gehen natürlich immer zu Lasten unseres Regelangebotes.“ (T1-60/95)

„Zunächst muss die Zeit dafür da sein. Dann finanzielle Unterstützung für die Unkosten und Materialkosten. Die Evaluation sollte dann auch nicht zu kompliziert sein. Dass scheint es ja bei SKOLL auch nicht zu sein.“ (T1-5/67)

7.7 Klare Rahmenbedingungen

Deshalb ist schon die Entscheidung zur Einführung eines Programms daran geknüpft, dass die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen für den Träger transparent sind. Hierzu gehört die Refinanzierbarkeit (also Klarheit über verlässliche Abrechnungsmöglichkeiten für die im Programm erbrachten Leistungen), kontinuierliche Verfügbarkeit geeigneter Fachkräfte sowie die Festlegung des Interventionsaufkommens (Zahl durchgeführter Gruppen) und der Programmdauer.

„Klare finanzielle Vorgaben.“ (T1-55/53)

„Der Zeitrahmen und die Mitarbeiter/-innen müssen da sein.“ T1- (13/67)

„Klare Vorgaben über die Dauer.“ (55/54)

7.8 Personalstand und Personalentwicklung

Für eine Programmeinführung werden Mittel benötigt für Personal, Unterlagen und Material, Räume, ggf. Supervision, Anreise zu Gruppentreffen sowie Arbeitsausfallkosten für Mitarbeiter/-innen, die an Fortbildungen teilnehmen. Den mit Abstand wichtigsten Kostenfaktor bildet die Arbeitszeit. Über die reine Durchführungszeit hinaus fallen Beantragung, Dokumentation, Erfahrungsweitergabe / Gruppenübergabe, Begleitforschung und Abrechnungen an.

„Die Umsetzung von Projekten ist sehr aufwendig, viel Papierkram für die Beantragung, die Dokumentation, die kontinuierliche Abstimmung, Protokollführung usw., das macht sehr viel Arbeit zusätzlich zu der Beratung usw., das heißt, zusätzlich zu der eigentlichen Arbeit.“ (T1-7/57)

„Der Aufwand muss gering sein. Mit Aufwand meine ich dass, was an Aufwand nebenbei anfällt wie die wissenschaftliche Begleitung, die muss überschaubar sein. Da haben wir uns auch andere Projekte angesehen, die waren dann zu aufwendig für uns.“ (T1-24/65)

Neben dem Alltagsgeschäft benötigt ein Programm zusätzliche Arbeitszeit für eine Reihe neuer Aufgaben:

- Umstellung des Teams oder Umstrukturierung der Leistungen am Standort (z.B. Schaffung einer Stelle für eine Präventionsfachkraft)
- Durchführung mit Vor- und Nachbereitung der Module
- spezifische Bekanntmachung des neuen Angebots bei Zielgruppen in der Region (z. B. bei Schulen und Vereinen)
- unspezifische Bekanntmachung durch allgemeine Öffentlichkeitsarbeit
- Verwaltung (Raum, Dienstpläne, Beantragungen, Protokollführung)
- kontinuierliche Abstimmung des neuen Angebots im Team
- Vernetzung: Herstellung institutioneller Kontakte und Kooperation
- Dokumentation, ggf. auch wissenschaftliche Begleitung und Fragebögen

7.8.1 *Personalstand und Unterstützung des Teams und des Umfelds*

Ein zentraler Faktor sind also die Mitarbeiter/-innen, die das Programm umsetzen. Um ein Programm wie SKOLL einzuführen, wird zusätzliches Personal benötigt, damit die Regelaufgaben nicht liegen bleiben. Es müssen Mitarbeiter/-innen für die Programmeinführung gewonnen werden und das Programm muss von allen aus der Einrichtung akzeptiert und in der Arbeitsteilung integriert werden. Im Team muss somit Einigkeit über die Durchführung bestehen. Eine gute Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Kolleg/-innen sind wichtig, um die Gruppen mit den erforderlichen personellen Ressourcen auszustatten. Zudem ist sie nötig, um die Gruppen zusammenzustellen; dazu dient auch die Vernetzung mit anderen Einrichtungen, die das Team gemeinsam übernehmen muss.

„Man benötigt 1 Personalstelle, also vielleicht in Teilzeit mit der Hälfte der regulären Arbeitszeit, aber am besten mit 1 anderen Person besetzt oder sehr klar geregelt, sonst bleibt ein Teil der Regelaufgaben liegen, und auch hier ist man nur mit halber Kraft und halbem Herzen dabei.“ (T1-4/48)

„Infos, Infos, Infos; Hilfen beim Anschieben, zusätzliches Personal und zusätzliche finanzielle Mittel. So ein Projekt muss mittelfristig angelegt sein - das heißt, auf mindestens 3 bis 5 Jahre. Günstig wären auch Referenzen - d. h., wo man gucken kann. Das Personal benötigt dann eine entsprechende Fort- und Weiterbildung, also Schulungen z. B. auch externe und Reisekosten und schließlich auch noch Arbeitsausfallkosten, also zusammengefasst: Drittmittel, Strukturen, Zeit, Freistellungen. Aber eigentlich brauchen wir nichts Neues. Wir benötigen Personal, eine ausreichende Anzahl von qualifiziertem Personal. Mit 10 Kolleg/-innen mehr könnten wir Präsenz zeigen und allein damit wirken.“ (47/45)

„Ausreichend Personal.“ (T1-59/59)

„Man benötigt i. d. R. Extrapersonal.“ (T1-63/54)

„Es muss ein gutes Programm sein, passen, kommuniziert und von allen getragen werden. Man muss gut informieren, Leute gewinnen, fortbilden, vor Ort gucken, wo es Lücke, wo es welche Interessen gibt, wo ist Gefährdung, wo potentielle TN.

Man braucht ein gutes Netzwerk, eine dichte Zusammenarbeit.“ (T1-17/71)

„Einigkeit im Team, dass wir das anbieten wollen.“ (T1-31/81)

„Es ist wichtig, dass man im Team zusammenarbeitet, um auch die richtigen Leute in die Gruppe zu bekommen (dass andere Kollegen auch gucken, für wen die Gruppe gut geeignet ist).“ (T1-43/93)

7.8.2 *Querschnittsqualifikationen*

Außerdem müssen die Mitarbeiter/-innen übergreifende Kompetenzen und Kenntnisse mitbringen, um ein Programm wie SKOLL erfolgreich einzuführen. Sie müssen kompetent, qualifiziert sowie patientenorientiert vorgehen und die Bereitschaft mitbringen auch an Wochenenden zu arbeiten. Für hohe Wirksamkeit und nachhaltige Verankerung von SKOLL ist es zudem wichtig, dass die Mitarbeiter/-innen voll und ganz hinter dem Programm stehen, sich damit identifizieren und von der Wirksamkeit überzeugt sind. Dies bildet außerdem eine Grundlage, auch den Träger vom Programm zu überzeugen.

„Es muss planbar sein, es müssen qualifizierte und ausreichend viele MAB vorhanden sein.“ (T1-44/69)

„HALT war geplant, ist allerdings aus Mangel an personellen – nicht aus Mangel an finanziellen – Ressourcen nicht umgesetzt worden: es fand sich Keine/r bereit! Hauptproblem dabei waren die Wochenenden, es fehlte die Bereitschaft. Darüber hinaus war es schwierig, eine Gruppe zu finden, zu bilden.“ (T1-59/34)

„Personal, das auch am Wochenende arbeitet.“ (T1-59/59)

„Ernsthaftigkeit unter den MAB, es patientinnenorientiert zu betreiben.

Kompetente MA.“ (T1-7/52)

„Engagement, offenes Denken für die Lebenswelten, für die man das macht. Immer vor Ort gucken, sich die Leute angucken, das sind zwar Schwerstabhängige, aber doch Menschen.“ (T1-1/45)

„So wie wir auf SKOLL gekommen sind. Es muss zum Konzept der Einrichtung passen, wir müssen uns damit identifizieren können.“ (T1-24/65)

„Mitarbeiter, der voll dahinter steht, der sich mit dem Programm identifiziert.“ (T1-43/92)

„Die Mitarbeiter/-innen müssen das Konzept/Programm als sinnvoll und wichtig finden, dann ist auch der Träger zu überzeugen.“ (T1-20/74)

7.8.3 *Fortbildung*

Fortbildungsbedarf tritt auf zwei Ebenen auf: Ein Träger, der ein Programm wie SKOLL einführt, muss seine Mitarbeiter/-innen dafür fortbilden. Dafür sollte eine Freistellungsmöglichkeit geschaffen werden (also Sonderurlaub). Zudem ist es wichtig, Multiplikator/-innen als Verbindungsglieder zu den Zielgruppen auf das Programm vorzubereiten oder zu schulen, die ihre Peers ansprechen:

„Leute gewinnen, fortbilden.“ (T1-17/71)

„Fortbildungsmöglichkeit für die Mitarbeiter (Freistellungsmöglichkeit).“ (T1-70/74)

„Die Leute müssen ihre Altersgruppe ansprechen können, also Jugendliche für Jugendliche, Kolleg/-innen für Kolleg/-innen usw.“ (T1-59/62)

7.8.4 Hohe Affinität des Teams zum Programm

Interventionsansatz und Brauchbarkeit des Programms sollten das Team so weit überzeugen, dass eine hohe Akzeptanz oder gar Identifikationsbereitschaft der Mitarbeiter/-innen mit der Innovation eintritt. Das Programm muss deshalb zur Einrichtung und ihrer Gesamtentwicklung passen, also auch zu den Zielen und Leitlinien des Trägers.

„Es muss ein gutes Programm sein, passen, kommuniziert und von allen getragen werden.“ (T1-17/71)

„Für mich ist wichtig, dass das Programm zur Gesamtentwicklung der Stelle passen muss. Habe mich bis jetzt nicht so viel an Bundesmodellprojekten beteiligt. Bei SKOLL habe ich das Gefühl, dass es rein passt. Es darf nicht aufgesetzt sein.“ (T1-64/94)

„So wie wir auf SKOLL gekommen sind. Es muss zum Konzept der Einrichtung passen, wir müssen uns damit identifizieren können.“ (T1-24/65)

„Das hat mit der Zielgruppe zu tun, für die der Träger sich engagieren möchte. Passt es zu seinen Zielen/Leitlinien?“ (T1-66/74)

7.9 Innovationsförderliche Organisationskultur

Um ein Programm einzuführen, muss dieses in Planung, Angebots- und Arbeitsstrukturen der Trägereinrichtung passen. Ohnehin fordert die Innovation viel Engagement, sowohl ein offenes Team als auch die Einrichtungsleitung muss sie unterstützen, und letztere muss dem Team dafür hinreichende fachliche Gestaltungsspielräume gewähren. Die verfügbaren Arbeitsroutinen, Netzwerke und Problemlösungsmuster der Einrichtung müssen unschwer für das Programm nutzbar sein.

„Er muss gute Beziehungen haben, eingebunden sein in die Strukturen, gut vernetzt sein.“ (T1-39/50)

„Klare Absprachen.“ (T1-55/55)

„Es reicht nicht, bessere, zweifellos bessere Programme anzubieten, ohne die Strukturen vor Ort einzubeziehen.“ (T1-59/63)

„Wie passt es ins enge finanzielle und zeitliche Gerüst der Institution?“ (T1-20/73)

„Geschäftsführung muss dahinter stehen. Dass diese uns gewähren lässt.“ (T1-31/79)

„Gewisse Offenheit bezüglich Veränderung und Expansion.“ (T1-19/86)

„Sehr, sehr viel Engagement.“ (T1-7/52)

7.10 Fachliche Begleitung der Einführung

Eine kontinuierliche fachliche Programmbegleitung unterstützt die Einführung: Bei Fragen ist ein Gegenüber verfügbar, Informationen laufen zusammen, Erfahrungen werden gesichtet und zur Verfügung gestellt, z. B. durch Austausch von good practice-Erfahrungsbeispielen:

„Dass wir feste Ansprechpartner haben.“ (T1-28/93)

„Eine übergeordnete Koordination, ein Motor, eine übergeordnete Stelle: die den Trägern Unterstützungsmöglichkeiten gibt, das ist vor allem für die Träger wichtig und erleichtert ihnen die Arbeit, die sie gut klientelbezogen verwenden können.“ (T1-6/55)

„Günstig wären auch Referenzen -- d. h., wo man gucken kann.“ (T1-47/45)

7.11 Hohe Transparenz und Vernetzung bei der Programmeinführung

Gegenüber den Trägern der Suchtprävention und -hilfe in der regionalen Versorgung sind Informationsaustausch sinnvoll, weil sonst Überlagerungen oder Blockaden eintreten. Diese können sowohl auf verschiedenen Ebenen von Kooperationspartnern als auch in anderen Trägereinrichtungen entstehen; denn tatsächlich werden Angebote in den jeweiligen Versorgungsregionen nicht nur als Bereicherung erlebt, sondern Einrichtungen stehen auch im Wettbewerb, und sei es um einen besonders guten Ruf.

„Wettbewerb: Man sieht sich an, was andere mit welchem Erfolg und wie anbieten: Was macht die Konkurrenz?“ (T1-6/56)

Transparenz hilft, mögliche Hürden zu vermeiden.

„Transparenz zwischen allen Beteiligten ist dringend geboten, die Erfahrungen bei HALT waren hier negativ: die Krankenkassen haben auf der Chefetagen-Ebene dem Programm zugestimmt – die Krankenkassen vor Ort haben davon nichts gewusst; das Programm wäre fast gescheitert, weil die geblockt haben. Langsam haben sie es begriffen, sehr langsam. Es läuft jetzt endlich. Das hat Zeit gekostet und Kraft gebunden und war sehr überflüssig.“ (T1-55/57)

„Transparenz, um Konkurrenz zu vermeiden.“ (T1-63/52)

„Man muss gut informieren, Leute gewinnen, fortbilden, vor Ort gucken, wo es Lücken, wo es welche Interessen gibt.“ (T1-17/71)

Ein neues Programm muss von mehreren lokalen Kooperationspartnern getragen werden, da eine Etablierung im Alleingang nicht möglich ist, weil Unterstützung für die Bekanntmachung, die Zusammenstellung von Gruppen, die Kooperation mit anderen Fächern usw. erforderlich werden. Unterstützung ist zum Beispiel nützlich durch Polizei, Justiz oder Schulen. Dafür sind bestehende Netzwerke von Vorteil.

„Wenn man gute Angebote hat – so wie SKOLL – muss man andere mit ins Boot holen.“ (T1-19/89)

„Er muss gute Beziehungen haben, eingebunden sein in die Strukturen, gut vernetzt sein.“ (T1-39/49)

„Dass es auch von Kooperationspartnern gewollt wird, man kann so etwas nicht allein realisieren. Das ist hier aber gegeben. Man braucht die Unterstützung von Schulen, Kommune, Jugendgerichtshilfe (T1-bei FRED z.B. läuft es so).“ (T1-38/80)

„Enge Zusammenarbeit mit Jugendgerichtshilfe, die verpflichten zur Teilnahme an SKOLL.“ (T1-48/77)

„Dass es auch von Kooperationspartnern gewollt wird, man kann so etwas nicht allein realisieren.“ (T1-38/80)

„Infos, Infos, Infos; Hilfen beim Anschieben, zusätzliches Personal und zusätzliche finanzielle Mittel.“ (T1-47/45)

„Gute Vernetzung.“ (T1-59/59)

„Man braucht ein gutes Netzwerk, eine dichte Zusammenarbeit.“ (T1-17/71)

7.12 Öffentlichkeitsarbeit

Ein weiterer Aspekt der Programmeinführung ist effektive Öffentlichkeitsarbeit. Ein Bundesmodellprojekt, zumal mit Evidenzerweis, ist für die Selbstdarstellung von Trägern attraktiv, es ermöglicht größere Präsenz in Öffentlichkeit und Medien und fördert den Ruf der Beratungsstelle. Pressekontakte eingeschaltet werden, um dieses Potential zu nutzen und Klienten auf das Programm aufmerksam zu machen. Indirekt ergibt sich daraus eine neue Anforderung an die einführenden Stellen: Entweder müssen sie selbst professionelle Medienarbeit leisten können, oder sie müssen den Dachverband so eng in die Programmeinführung einbinden, dass er diese Aufgabe übernimmt.

„Sie müssen darauf achten, dass es in der Öffentlichkeit gut begleitet wird, d.h., wichtig ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit.“ (T1-6/57)

„Gute Öffentlichkeitsarbeit, auch bei denen, die das Geld geben.“ (T1-19/88)

„Solche Bundesmodellprojekte sind natürlich immer gut für die Öffentlichkeitsarbeit.“ (T1-22/91)

„Für den Träger ist es ja auch ein Stück Öffentlichkeitsarbeit.“ (T1-36/81)

„Hier spielt die Presse eine ganz wichtige Rolle; bei uns hier in XY ist es die Z. Es ist so eindeutig, welchen Einfluss sie hat. Ist in der Zeitung nur ein kleiner Hinweis auf uns, spüren wir kaum Resonanz. Ganz anders dagegen, wenn in der Zeitung ein großer Artikel gestanden hat; umso größer ist dann die Nachfrage bei uns (das haben wir ganz deutlich an unserem Projekt „Sekt oder Selters“ sehen können.“ (T1-11/61)

„Er muss eine gute Pressearbeit machen.“ (T1-39/50)

„Dass man damit Außenwerbung machen kann.“ (T1-50/85)

„Gute Werbung in unserem eigenen Institut und die Präsenz in der Öffentlichkeit und den Medien.“ (T1-45/100)

„positiver Rückruf zugunsten der Beratungsstelle.“ (T1-33/55)

„Die Information, dass es so etwas gibt.“ (T1-20/71)

„Infos, Infos, Infos.“ (T1-47/45)

7.13 Politische und mikropolitische Unterstützung

Die Einführung neuer Angebote ist aufgrund der erheblichen Anforderungen eine langfristige Entscheidung; sie erfordert Personalentwicklung, Überzeugungsarbeit im Team, Investition von Startressourcen, Begleitforschung, Öffentlichkeitsarbeit und lokale Kooperation (s.o.). Es ist somit unwahrscheinlich, dass strukturierte Programme gewissermaßen experimentell erprobt und bei mangelnder Eignung wieder eingestellt werden; sie durchlaufen vielmehr vor Erprobung bereits vielfältige Entscheidungsfilter. Die nachhaltige Einführung erstreckt sich somit über Jahre.

„So ein Projekt muss mittelfristig angelegt sein -- das heißt, auf mindestens 3 bis 5 Jahre.“ (T1-47/45)

Für diese Zeitperspektive ist die Unterstützung der Einrichtungsleitung erforderlich (s. o. Abschnitt 7.9); wünschenswert aber auch politische Impulse und Rahmengestaltung. Dabei geht es nicht allein um Ressourcen, sondern auch um die Rückversicherung, dass ein bestimmter Interventionsansatz und das gesamte Arbeitsfeld für Entscheidungsgremien ihre Bedeutung behalten werden.

„Kohle und endlich das Präventionsgesetz, das muss her.“ (T1-44/69)

„Eine wohlwollende Haltung der Kreisebene ist wichtig.“ (T1-45/99)

„Die Politik hat großen Einfluss auf unsere Arbeit: wenn die wollen, das wir zu bestimmten Themen was machen, dann müssen wir das.“ (T1-45/102)

„Ideelle Unterstützung durch Politik, muss oben angesiedelt sein, z. B. beim Staatssekretär. Prävention muss wichtig sein und das muss von oben auch deutlich gemacht werden durch Vorbild und dem immer wieder deutlich machen: Uns ist Prävention wichtig, uns ist Prävention etwas wert!“ (T1-44/69)

7.14 Fazit: Erwartungen und Förderfaktoren der Programmeinführung

Die Einführung neuer Angebote stellt erhebliche Anforderungen an die Träger und bildet daher eine langfristige Entscheidung. Zu den Bedingungen für Programminnovationen zählen u. a. die fachliche Auswahl geeigneter Interventionsansätze, Bedarfsanalyse, Prüfung der Zielgruppenerreichung durch das neue Programm, Prüfung der Eignung für regionale Lebensbedingungen (z. B. Verkehrslage und Nachfrage nach bestimmten Hilfeangeboten), Prüfung der Handhabbarkeit und Qualität

von Programm und Unterlagen, Sicherstellung der Finanzierung, Personalentwicklung, Überzeugungsarbeit im Team zur Gewährleistung hoher Akzeptanz und Unterstützung, Investition von Startressourcen, Rezeption oder Durchführung der Begleitforschung, Öffentlichkeitsarbeit und lokale Vernetzungsarbeit.

Strukturierte Programme werden daher nicht erprobt und bei mangelnder Eignung wieder eingestellt, sondern durchlaufen vor ihrer Einführung vielfältige Entscheidungsfilter. Die Entscheidung für ein Programm bindet Ressourcen und Handlungskapazitäten der Einrichtungen über 3 bis 5 Jahre.

SKOLL spricht die Einrichtungen an, weil es einen gruppen- und suchtmittelübergreifenden Ansatz hat, durch Verzicht auf Abstinenzziele eine Überforderung der Klientel vermeidet und die Betroffenen in verschiedenen Stadien des Risikoverhaltens erreichen kann. SKOLL kann durch nichtstigmatisierende Ausrichtung, soziale Motivation durch Gruppenarbeit und Ausrichtung auf Lebenskompetenzen die Bereitschaft zu Interventionen bei solchen Personen vergrößern, die sonst den Kontakt zur Beratungsstelle rasch wieder einstellen. Weitere Vorteile liegen in der Erleichterung der Gruppenzusammenstellung bei unspezifischer Zusammensetzung, die eine zeitnahe Intervention ermöglicht, und in der Ansprache von Jugendlichen durch Neugier und soziale Motivation sowie von Erwachsenen durch Vermittlung allgemeiner Lebenskompetenzen.

8 Hürden für neue Programme (Expertenbefragung)

8.1 Hoher Zeitaufwand

Die ausdrücklich angesprochenen Hürden und Hindernisse bestätigen durchgehend die Förderfaktoren, sie bilden die negative Seite der Anforderungen an ein neues Programm. Damit rückt als Hürde zunächst der Aufwand für Programmeinführung und Verstetigung zu veranschlagen, der Fachkräfte in den Einrichtungen von der alltäglichen Beratungsarbeit abhalten kann, die sie als Kernaufgabe verstehen. Zeit muss vor allem für einen hohen Verwaltungsaufwand, die tägliche Beratung und die Durchführungen von Gruppen eingesetzt werden. Darüber hinaus kostet es viel Zeit, schwer motivierbare Zielgruppen, in die Einrichtungen zu bekommen.

Expert/-innen berichten, dass es hilfreich ist die Programmeinführung richtig vorzubereiten, um somit Zeit für Gruppendurchführungen freizuhalten.

„Eine Idee, wie es finanziert werden soll. Dann wäre das Zeit-freihalten für die Gruppendurchführung nicht mehr das Problem. Einmal eine richtige Vorbereitung, dann würd's laufen.“ (T1-41/86)

„Normale Beratung (auf Köpfe gerechnet im Verhältnis 1:20.000), da bleibt nicht viel für Prävention, die dann zurückgefahren wird.“ (T1-14/32)

„Im Prinzip geht viel an Arbeit in die Kooperation und Vernetzung (für Absprache mit Jugendgerichtshilfe und Rückmeldung).“ (T1-48/78)

8.2 Mangelnde Personalkapazität

Mangelnde Personalkapazität kann die Programmeinführung scheitern der lassen. Wenn nicht genug Kapazitäten an kompetentem Personal für strukturierte Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation verfügbar sind, kann ein komplexes Programm nicht eingeführt werden. Für den hohen Verwaltungsaufwand wird zudem eine Fachkraft benötigt, für die es einen personellen Ausgleich geben muss. Wenn es eine hohe Nachfrage an Gruppen gibt, aber kein Personal dafür zu Verfügung steht, stagniert die Umsetzung. Eine Erhöhung des Personalschlüssels könnte das Angebot zwar verbessern, ebenso Anreize für eine erhöhte Bereitschaft zur Wochenendarbeit. Doch sind dafür aus Sicht der Befragten dauerhafte Finanzierungsmöglichkeiten erforderlich.

„Genug Kapazität, um das strukturiert vorbereiten, durchführen und dokumentieren zu können. Obwohl er die Ausbildung gemacht und Interesse z. B. an SKOLL hat, wird er es in der Einrichtung nicht machen, weil alle diese Voraussetzungen fehlen. Sein Interesse an SKOLL ist aber groß.“ (T1-42/61) „Der Verwaltungsaufwand ist stets erheblich und bindet eine Verwaltungskraft. Dafür muss es einen Ausgleich geben.“ (T1-55/56)

„HALT war geplant, ist allerdings aus Mangel an personellen - nicht aus Mangel an finanziellen - Ressourcen nicht umgesetzt worden: es fand sich Keine/r bereit! Hauptproblem dabei waren die Wochenenden, es fehlte die Bereitschaft. Darüber hinaus war es schwierig, eine Gruppe zu finden, zu bilden.“ (T1-59/34)

„Aber eigentlich brauchen wir nichts Neues. Wir benötigen Personal, eine ausreichende Anzahl von qualifiziertem Personal. Mit 10 Kolleg/-innen mehr könnten wir Präsenz zeigen und allein damit wirken. Statt immer wieder Geld für neue Programme auszugeben, sollte man es in die Verbesserung des Personalschlüssels investieren.“ (T1-47/45)

„Wir haben große Anfrage nach Gruppen, können aber immer nur eine zur Zeit anbieten wegen der Personalkapazität.“ (T1-56/95)

8.3 Fehlende finanzielle Mittel

SKOLL kostet Teilnehmer/-innen keine Gebühren. Aufgrund von Sparzwängen und rückläufigen kommunalen Mitteln wird es nach Einschätzung der Befragten in Zukunft schwer, Angebote auf diese Weise umzusetzen. Kostenfreiheit hinterlasse bei den Teilnehmer/-innen den Eindruck, dass das Angebot wenig wert sei. Die Befragten bemängeln daher, dass die Krankenkassen das Programm nicht zu tragen bereit sind; langfristig sei diese niedrigschwellige Prävention gesundheitsökonomisch günstiger als spätere Entgiftungs- und Therapiemaßnahmen.

„Teilnahme an SKOLL kostet nichts, das ist für alle nicht gut. Für die Teilnehmer: Ist es nichts wert? Für die Krankenkassen; für die erstmal gut, aber wenn so ein Programm dann nicht halten können, dann ist es schlecht, weil z.B. eine Entgiftung notwendig wird.“ (T1-19/90)

„SKOLL bedeutet einen ziemlichen Zeitaufwand, der nicht refinanziert wird durch die Krankenkassen.“ (T1-20/73)

„Dann ist es auch wichtig, wie es zeitlich und finanziell machbar ist. Das sind zwei Dinge, die zukünftig schwieriger werden. Jetzt wo die Wirtschaft in der Krise ist, wird sich das auch bei uns bemerkbar machen.“ (T1-20/72)

8.4 Fehlende Motivation bei Fachkräften und Einrichtungsleitungen

Eine Hürde für die Einführung strukturierter Programme stellt nach Beobachtung der Befragten das Desinteresse anderer Fachkräfte in lokalen Netzwerken dar. Eine Programmeinführung ist ein längerfristiger Prozess, der stetiges Engagement vieler Akteure fordert. Geringe Unterstützung und mangelnder Austausch der Kooperationspartner sowie Unkenntnis über das Angebot sind daher ggf. hohe Hürden. Sie werden allerdings nur von wenigen Standorten berichtet und betreffen Präventions- und Therapieprogramme generell, nicht allein SKOLL.

„Hier gibt es auch betreutes Wohnen von Jugendlichen, die Mitarbeiter schicken Jugendliche hierher: „Geh da mal hin!“, ohne aber zu wissen, was hier läuft und was erreicht werden soll.“

„Es gibt wenig Unterstützung von Erziehern aus der Wohngruppe, da gibt es keinen Austausch.“ (T1-36/84)

„Zwangsläufig gibt es Lücken in der Prävention. Das hängt viel von dem Engagement der Leute ab, die damit zu tun haben. Es läuft ja viel über Multiplikatoren. Sie selbst kann ja allein nicht für alles zuständig sein. Lücken gibt es da wo das Engagement fehlt.“ (T1-20/54)

„HALT fanden alle ganz interessant, aber so richtig freiwillig das anzubieten, konnte sich keiner so recht entschließen.“ (T1-14/46)

8.5 Schwieriger Zugang zu Zielgruppen

Ein Programm wie SKOLL ist schwierig durchzuführen, wenn die Klientel geringes Interesse zeigt und somit keine Gruppe zustande kommt. Die Zielgruppen der Suchthilfe haben große Ängste vor Stigmatisierung und Selbstpreisgabe. Dies betrifft insbesondere kleinere Orte, wo jeder jeden kennt, sowie Frauen, weil sie Sucht besonders schuld- und schambesetzt erlebten. Eine weitere Schwierigkeit stellt der Zugang zum Programm in ländlichen Räumen dar, wo der ÖPNV schwach ausgebaut oder wegen des demografischen Wandels schon wieder im Rückbau begriffen ist.

„Wenn sie uns erst einmal aufgesucht haben, dann sind sie noch lange nicht für eine Behandlung bereit. Es ist sehr schwierig, die Frauen hierfür zu motivieren. Schwierig ist es nach wie vor, Frauen mit riskantem Konsumverhalten, also noch vor der Sucht in die Einrichtung zu bekommen; das hinzubekommen, kostet sehr viel Zeit.“ (T1-11/62)

„In der ländlichen Region ist es ein Problem, eine Gruppe zusammen zu bekommen - egal, was angeboten wird.

Das liegt an der Infrastruktur, der schwierigen Erreichbarkeit vom Ausgangspunkt her. Es dauert hier also länger, eine Gruppe zusammen zu bekommen. Das ist für manchen unserer Abhängigen dann doch zu lang - es kommt dann auch bei potentiell Geeigneten eher zu einem Einzelgespräch. Es ist so eine Art Teufelskreis.“ (T1-42/45)

„Es gibt sehr große Ängste bei den Klienten, die keine Lust auf die Gruppe haben, Einzelgespräche bevorzugen, weil sie sich vor anderen nicht outen wollen, weil hier Jeder Jeden kennt und deshalb nichts von sich preisgeben möchten.“ (T1-3/47)

„Wenn die Klienten auf dem Dorf wohnen, da sieht es dünn mit dem ÖPNV aus.“ (T1-4/49)

„Durch die Ländlichkeit ist es schwierig für die Klienten uns zu erreichen. Wir können da auch nicht ständig Hausbesuche machen, das geht einfach nicht, da raus zufahren immer.“ (T1-24/51)

„Die Zielgruppe der Frauen ist nicht so gut zu erreichen, denn das Thema ist sehr schuld- und schambesetzt. Frauen machen es eher heimlich. Betroffenheit ist wahrscheinlich prozentual eher gleich im Vergleich mit Männern, aber Frauen kommen weniger an.“ (T1-12/62)

„Es gibt teilweise sehr weite Wege und das bei in manchen Gegenden schwierigen Verkehrsanbindungen. Mancher Jugendlicher benötigt einen ganzen Nachmittag, wenn er die Beratungsstelle aufsuchen will.“ (T1-71/84)

„ÖPNV-Versorgung wird immer schlechter; Busse fahren z. B. nur 2 mal pro Woche.“ (T1-25/34)

8.6 Zuständigkeiten und politisches Interesse

Ein Programm wie SKOLL ist abhängig vom Vorhandensein eines politischen Interesses, denn die Politik hat großen Einfluss auf die Arbeit der Institutionen. Politische Entscheidungen, die Kürzungen, Angebotsverminderungen und Streichungen betreffen, arbeiten einer Programmeinführung entgegen. Außerdem kann nicht jede Einrichtung solch ein Programm durchführen, ein Gesundheitsamt hat beispielsweise eine ganz andere Funktion.

„Das politische Interesse muss vorhanden sein.“ (T1-6/55)

„Wir sehen große Probleme auf uns zukommen: Viele Menschen bei uns hier im Landkreis haben nach der Wende keine Arbeit mehr bekommen. Sie ergeben sich ihrem Schicksal. Sie leben seit dem bei ihren Eltern, bleiben da wohnen (sie selber sind schon über 40, die Eltern sind mittlerweile über 70 Jahre alt). Sie sind dadurch unselbständig, können z. B. selbständig nicht einmal ihre Anträge für die ARGE ausfüllen, holen sich bei uns Hilfe. Sie verspüren keinen Leidensdruck, werden fatalistisch. Sie haben hier keine Perspektive, aber gehen von hier nicht weg. Es gibt keine Angebote wie Läden, Treffpunkte, nicht einmal eine Kneipe. Dann kommt der Moment, wo die Eltern versterben, sich keine/r mehr um sie kümmert. Es droht die Verwahrlosung - gilt besonders für allein stehende Männer. Und - wie es alle wissen: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alkohol, zunehmendem Alkoholkonsum bis hin zum Missbrauch. Kommt dann die Vereinsamung, die Verwahrlosung hinzu, kann man sich ausmalen, was auf die Gesellschaft zukommt. Hier muss vorsorgend, vorausschauend - sozusagen präventiv vorgegangen und gehandelt werden. Dazu aber muss man dieses Elend sehen und es als Problem erkennen - und man sind nicht wir, denn wirr sehen es jeden Tag.“ (T1-4/51)

„Wir könnten so ein Programm gar nicht auf die Beine stellen, wie gut es auch sein mag. Wir hier haben eine ganz andere Funktion, sind so etwas wie die Feuerwehr, die kommt, wenn es brennt. Wir arbeiten sehr intensiv mit unseren Klienten zusammen, sind immer für Überraschungen zu haben und müssen dann auch sehr schnell und effizient reagieren - machen z. B. auch die Unterbringung nach PsychAG, wir könnten es mit unserem Personal - quantitativ und auch qualitativ - nicht bringen, würden andere, die das machen wollen und können, unterstützen.“ (T1-2/49)

„Was tut hier Politik? Sind Kürzungen, Angebotsverminderungen, Streichungen die Antwort?“ (T1-9/55)

„Ideelle Unterstützung durch Politik, muss oben angesiedelt sein, z. B. beim Staatssekretär. Prävention muss wichtig sein und das muss von oben auch deutlich gemacht werden durch Vorbild und dem immer wieder deutlich machen: „Uns ist Prävention wichtig, uns ist Prävention etwas wert!“

HALT ist total klasse mit guter Trägersausstattung und gut durchdacht, hat einfach Hand und Fuß.“ (T1-44/69)

„Die BZgA macht einen guten Job, das ist eine Supersache, wird aber leider von den Politikern nur belächelt.

Eine kritische Anmerkung: sie kommuniziert ihre Sache schlecht - sie bedient uns nicht vernünftig, informiert schlecht - sollte sich ein Beispiel nehmen an der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren - Welten!!!“ (T1-44/74)

„Rein auf der Verwaltungs- und Politikebene: Eine wohlwollende Haltung der Kreisebene ist wichtig. Gut Werbung in unserem eigenen Institut und die Präsenz in der Öffentlichkeit und den Medien. Etwas zu machen, was wir vorher noch nicht so gut konnten: Gruppenangebote. Die Politik hat großen Einfluss auf unsere Arbeit: wenn die wollen, das wir zu bestimmten Themen was machen, dann müssen wir das. Wichtig ist auch die entsprechende manpower, die haben wir aber.“ (T1-45/98)

„Unterstützung durch städtische Verwaltung und Politik.“ (T1-56/93)

„Ist etwas zynisch, bin eigentlich kein Zyniker, aber: „Politik muss sagen, wen ich sterben lassen soll“.“ (T1-64/59)

8.7 Fazit: Hürden bei der Einführung des Programms

Die Auskünfte der Befragten zeigten eine Reihe grundlegender Probleme, die ein neues Angebot überwinden muss. Dabei muss zunächst bekannt gemacht werden, dass das Programm diese Anforderungen erfüllt bzw. die Probleme lösen kann (Dissemination); sodann benötigen die Einrichtungen teilweise Hilfen bei der Umsetzung des Programms und seiner Lösungskapazitäten (Implementationshilfen), und zwar auf drei Ebenen: Wissensmanagement, organisationaler Rahmen und Praxisgemeinschaften. Diese Schritte sind aus der Innovationsforschung der Prävention gut bekannt (Kliche & Touil, 2011). Hürden bilden ggf. der Aufwand für die Vorbereitung der einführenden Einrichtung, Zeit- und Personalbedarf, erforderliche Qualifikation und Motivation sowie die Unterstützung durch Organisationsleitung und Team, zielgruppengerechte Kommunikationskanäle und –mittel und klare Zuständigkeiten und Aufträge. SKOLL stellt mit all diesen Anforderungen und möglichen Hürden nach Forschungslage jedoch keine Ausnahme dar. Diese Hürden sind in der Forschung für neue Programme generell belegt (ebd.). Wichtig wird vielmehr sein, dass SKOLL, wie die nächsten Kapitel zeigen, diese Hürden gut zu meistern geeignet ist.

9 Veränderungen der Suchthilfe 2009-11 (Expertenbefragung)

Im Folgenden werden die Veränderungen in der Suchthilfe und Suchtprävention beschrieben, die sich in den letzten 2 Jahren ergeben haben, also in der Projektlaufzeit. Sie müssen in Betracht gezogen werden, um mögliche Veränderungen der Versorgungslage zu beurteilen; diese könnten auf allgemeine Verlagerungen im Arbeitsfeld und nicht auf die Einführung von SKOLL zurückzuführen sein, wenn sie alle Standorte und Träger betroffen haben.

Die dargestellten Trends werden von einer Reihe von Standorten bestätigt. Nur wenige Befragte (N = 6) stellen allenfalls oberflächliche Veränderungen fest, aber keine gravierenden Wandlungen, oder können die Effekte der Veränderungen nach eigener Einschätzung noch nicht beschreiben. Die meisten dieser Einschätzungen geringer Veränderungen beziehen sich allerdings ausdrücklich nur auf den Zeitraum der letzten beiden Jahre. Einer Person sind Veränderungen im Feld nicht bekannt, weil sie noch nicht lange hier tätig ist (19/30).

„Eigentlich gar nicht.“ (11/34)

„Nichts, was es nicht schon immer gab.“ (21/35)

„Es gab keine wirklichen Veränderungen.“ (26/30)

„Bei uns hat sich nichts getan. Obwohl eine Veränderung, also jetzt nicht speziell zu SKOLL, ist, dass wir jetzt HALT umsetzen müssen. Aber da ist noch nichts spürbar oder greifbar, da es grad angeboten wurde. Aber im Raum Hessen wird sich schon zeigen, was es bringt. Wir haben schon so was Ähnliches gemacht, das hieß zwar nicht so, aber inhaltlich war es fast so.“ (25/39)

„Bei uns hat sich eigentlich nichts speziell in den letzten 2 Jahren verändert, Änderungen gibt es eigentlich immer, gerade in unserem Bereich, der stets von der Nachfrage und vom politischen Umfeld abhängig ist, aber da ist im Grunde genommen nichts eingetreten, was von gravierender Natur wäre.“ (3/55)

„Im Grunde genommen ändert sich immer etwas, mal mehr, mal weniger - direkt vor 2 Jahren gab es keine spektakulären Veränderungen, jedenfalls kann ich das für meinen Bereich sagen. Mein Bereich ist im Wesentlichen der Jugendschutz, dafür habe ich beispielsweise ¼ Stelle, dann schickt uns die Jugendgerichtshilfe immer Jugendliche und mein Bereich ist dann noch im Bereich der Kontakt zur Jugendpflege. Dann gehe ich noch in KITAS und in die Schulen, decke also ein weiten Bereich ab - und da hat sich eigentlich nichts verändert.“ (E 8/18)

„Speziell in den letzten 2 Jahren nichts.“ (33/37)

9.1 Mittelkürzungen

Das Geld, so berichten die Befragten, wird immer knapper, das zwingt zu Einsparungen. Die Einsparungen werden deutlich bemerkt, daher können auch keine kleinen Projekte in der Suchthilfe mehr umgesetzt werden. Es gibt Kürzungen zum Beispiel in den Sozialverträgen, bei den Sach- und Personalkosten. Davon sind meist die Mitarbeiter/-innen mit Zeitverträgen betroffen. Auch auf

Landes- und Kommunalen Ebene werden Mittel im Suchtbereich gekürzt, schätzungsweise um 15%, dadurch existiert der AK Sucht nicht mehr. Außerdem wird es immer schwieriger an Mittel zu kommen. Die Mittelkürzungen können sich auf einige Einrichtungen bedrohlich auswirken, andere können diese kompensieren, durch Personalabbau oder wenn sie den Zuschlag für ein anderes Programm bekommen.

„Es wird gespart - wir gehen verschärft davon aus, dass das in Zukunft dann wenigstens die Krankenkassen finanzieren, es muss schon refinanziert werden. SKOLL hat schon in den letzten zwei Jahren etwas verändert, die Richter waren auch sehr angetan, weisen gerne zu, das geht aber doch nicht zu Null-Tarif. Die AOK hat uns signalisiert, dass es eine Re-Finanzierung geben könnte, wenn es bundesweit zu einer Entscheidung kommt.“ (20/33)

„Das ist schon eine Frage! Es ändert sich ständig etwas, überall, nicht nur bei uns. Vor allem beim Geld, es wird knapper.“ (10/35)

„Änderungen gibt es ständig, meistens treffen sie uns beim Geld, aber das sind wir gewöhnt, das kriegen wir immer wieder hin.“ (5/45)

„Das Geld wird knapp.“ (4/46)

„Ist bereits zu Beginn gesagt worden: Die Mittel sind knapper geworden, .“ (2/41)

„Also, Veränderungen gibt es ja immer, gerade auch hier bei uns im Suchtbereich, meistens, wenn es zu Einsparungen kommt, aber das beschränkt sich nicht auf die letzten 2 Jahre. Ob das in den Beratungsstellen anders ist, müssten sie bei denen erfragen, hier z. B. beim CV, die machen dort auch z. B. SKOLL.“ (E 10/19)

„Da sind es z. B. die Sozialverträge und das ganze Kapitel „Einsparungen“: Es ist deutlich schwieriger, Mittel zu bekommen. Es gab Kürzungen bei den Sozialverträgen insgesamt; sie betreffen nicht nur uns, sondern z. B. auch die Tafeln, und es sind „Rund-um-Kürzungen“ bei Sach- und Personalkosten. Betroffen durch die Kürzungen im Personalhaushalt sind vor allem die Mitarbeiter mit Zeitverträgen wobei dazu anzumerken ist, dass das mittlerweile die Regel in der Suchthilfe ist: Die neu eingestellten Kolleg/-innen bekommen wohl nahezu alle oder fast alle Zeitverträge. In Schleswig-Holstein gibt es 2 Sozialverträge: In beiden Sozialverträgen wurden Kürzungen, hübscher gesagt „Einsparungen“ vorgenommen: Im Sozialvertrag 1 von 2,8 auf 2 Mio. und im Sozialvertrag 2 von 2,5 auf 2,1 Mio. Diese Einsparungen merken wir deutlich: In der Suchthilfe werden aufgrund der Einsparungen kleinere Projekte nicht mehr umgesetzt.“ (E 5/17)

„Auf Landes- und auch auf Kommunalen Ebene sind für den Suchtbereich die Mittel gekürzt worden - schätzungsweise um 15%. Die Auswirkungen bei Mittelkürzungen sind allseits bekannt und überall gleich bei personalintensiven Bereichen. Das erst einmal grundsätzlich. Das war ein bedeutsamer Einschnitt und blieb nicht ohne Auswirkungen auch auf die Fachambulanz. Als Rieseneinschnitt wirkten sich die Mittelkürzungen auf alle Träger und Einrichtungen im Umfeld

„Sucht“ in Bezug auf den „AK Sucht“ aus. Dieser Arbeitskreis war Treffpunkt für alle, die im Bereich Sucht tätig waren, man hat sich getroffen, allgemeine Informationen ausgetauscht, aber auch über Schwierigkeiten gesprochen; man hat Neues gehört wie z. B. vor 2 Jahren, als SKOLL neu war. Keine Ahnung, ob man unter den heutigen Gegebenheiten davon etwas erfahren würde. Man hat sich Anregungen geholt haben, auch Anregungen gegeben. Dieser AK existiert nicht mehr, und deshalb fehlen ihm auch die Informationen über die konkreten Auswirkungen auf die Kürzungen.“ (E 2/17)

„Die finanziellen Mittel sind sowohl im Land als auch in der Kommune gekürzt worden. (Volumen? Konnte nicht beantwortet werden). Das war für einige Einrichtungen bedrohlich, andere Einrichtungen konnten die vorgenommenen Kürzungen kompensieren über Stellenabbau oder dadurch, dass sie den Zuschlag für HALT bekommen haben.“ (E 1/30)

„Personelle Einschnitte vor Ort! .“ (36/26)

„Überall werden die Gelder gekürzt, und das macht die Arbeit nicht einfacher.“ (Int. 31/33)

9.2 Konkurrenz der Anbieter und Angebote

Die Befragung hat drei unterschiedliche lokale Lagen hinsichtlich Konkurrenz in der Suchthilfe aufgedeckt. Zum einen beobachten Expert/-innen eine zunehmende Konkurrenz, im Gegensatz zu früher, als Kooperation überwog. Zum Beispiel sehen private Anbieter für Prävention öffentliche Einrichtungen als Konkurrenz. Konkurrenzdenken und politische Entscheidungen stehen – so die Bewertung der Neuentwicklungen aus Sicht der Befragten – den Bedürfnissen und Interessen der Betroffenen schwer vereinbar gegenüber. Zum anderen berichten andere Befragte über Mechanismen zur kollegialen Versorgungssteuerung durch lokale Anbieter, z. B. in einem Landkreis unter den großen Trägern. Sie mindern Konkurrenz und schaffen transparente, klare Zuständigkeitsbereiche. An solchen Orten besteht nach wie vor Interesse an kollegialem Austausch und Lernen. An wieder anderen Orten entwickelt jede Einrichtung besondere Schwerpunkte oder Angebotsprofile, so dass keine Konkurrenz entsteht, sondern komplementäre Versorgung; vor allem aus kleinen Orten werden keine Konkurrenzangebote berichtet.

„Suchthilfe verändert sich ständig: da wird etwas geschlossen, und da entsteht etwas Neues.“

Es gab hier auch einen privaten Anbieter für Prävention, der uns natürlich als Konkurrenz betrachtet hat, aber von dem höre ich jetzt nicht mehr viel.“ (18/34)

„Dazu eine Vorbemerkung: Der Landkreis ist im Hinblick auf unser Arbeitsfeld unter den beiden großen Trägern räumlich aufgeteilt. Das hat den Vorteil, dass es im Grunde genommen keine Konkurrenz gibt, keiner dem anderen „ins Gehege“ kommt, das ist hier Alles klar geregelt. Bei uns herrscht eher das Interesse vor, von Anderen zu lernen.“ (1/20)

„Wir machen nicht SKOLL, das macht unsere Nachbareinrichtung, die Fachambulanz. Wir haben andere Programme, machen HALT, FRED.“

Wir machen uns hier gegenseitig keine Konkurrenz, Jeder macht etwas Anderes, es läuft bei jeder Einrichtung etwas Anderes.“ (E 7/17)

„Was ihm allerdings aufgefallen ist, das ist die zunehmende Konkurrenz untereinander im Gegensatz zu früheren Zeiten, wo es Kooperationen unter- und miteinander gegeben hat.“ (E 2/20)

„mehr Konkurrenzdenken (an der falschen Stelle!)“ (35/29)

„Wie sinnvoll SKOLL ist geht aus den obigen Antworten bereits hervor. Es ist bei uns eine sinnvolle Ergänzung unseres gesamten Beratungs- und Behandlungsangebots. Bei anderen Beratungsstellen bzw. den Kooperationspartnern im kommunalen Suchthilfeverbund ist dies anders zu werten. Hier stehen Konkurrenzdenken und andere Erwägungen politischer Natur den Bedürfnissen und Interessen der Betroffenen zum Teil konträr gegenüber.“ (35/23)

„Keine Ahnung. Mainz ist eine kleine Stadt. Es gibt hier keine Konkurrenzangebote wie FRED, HALT oder so. Wir haben und dafür entschieden, weil es eine offene Klärung der Thematik ist. Das hat uns gut gefallen.“ (26/26)

„Ja, aufgrund all dessen, was ich ausgeführt habe; der Ansatz ist ein anderer, so dass keine Konkurrenz entsteht, es ist eher eine Bereicherung.“ (22/31)

„Wir konkurrieren hier nicht, wir ergänzen uns und es gibt so eine Art Kette hier: Auffällige - Polizei - FRED - die stellen dort fest, dass der Klient besser bei SKOLL aufgehoben ist - und umgekehrt. Insofern passt wirklich alles gut zusammen!“ (15/29)

„Ja, es ist ein guter Baustein z. B. für Leute, bei denen Abstinenz vordergründig nicht ansteht bzw. geplant ist, ich betone „vordergründig“. Und das steht nicht in Konkurrenz zu anderen Angeboten, schließt eher eine Lücke.“ (38/29)

„Über SKOLL haben wir zudem noch ganz viel Vernetzung zu anderen Fachbereichen erreicht. Die Kommunikation ist viel besser geworden. Da gibt es dann schon mal jemanden von einem anderen Bereich, der fragt: „Ist das nicht was für SKOLL?“ (27/28)

9.3 Wachsende Nachfrage

Die Expert/-innen berichten eine Häufung von Anfragen und Bitten um Unterstützung, Information, Beratung und Interventionen. Berufsschulen, Betriebe, Jobcenter kommen auf die Einrichtungen zu und stellen spezielle Anfragen, insbesondere zur Alkoholprävention. Die Nachfrage wächst auch im Justizwesen; immer mehr Richter verweisen auffällige Jugendliche zu Programmen wie etwa SKOLL. Das Prinzip der Freiwilligkeit wird immer weiter gedehnt und außer Kraft gesetzt, die Rechtsinstanzen setzen bereitwilliger Zwang und Druck ein.

„Ich gehe vorwiegend in die BBS, werde auch von denen angefragt, auch von einem Betrieb, in dem ich schon einmal gewesen bin.“ (24/37)

„Als Kriminalbeamtin im Präventionsteam bin ich des öfteren auf Anfrage in Schulen, Ausbildungsbetrieben, Verbänden etc. , um aus polizeilicher Sicht u.a. aufzuklären über legale und illegale Drogen. Dabei habe ich es mit Schülern, Auszubildenden etc. zu tun, die ich im Rahmen der Primärprävention informiere. Festzustellen ist von meiner Seite, dass sich in den letzten zwei Jahren die Anfragen zur Alkoholprävention häufen, insbesondere für die Altersgruppe der 14 - 16 jährigen Jugendlichen.“ (E 3/18)

„In der Therapiehilfe (sic) selber gab es keine Veränderungen, jedenfalls habe ich nichts bemerkt, aber durch die Programme wie SKOLL und andere gab es Veränderungen in den Hilfeangeboten. Dann gab es auch noch Veränderungen vonseiten der Richter und insgesamt. Es wird heute deutlich mehr abgewichen von der „Freiwilligkeit“, man setzt heute wieder mehr auf „Druck“ und „Zwang“, früher wurde mehr versucht, nicht so viel Druck auszuüben.“ (41/33)

9.4 Extern initiierte Veränderungen der Versorgungsstrukturen

Die Einrichtungen sind gezwungen, sich ständig an neue politische Forderungen und Gegebenheiten anzupassen. Ab 2012 soll sie Suchthilfe kommunalisiert werden. Dies weckt Ängste und Befürchtungen, da es politischen Akteuren bisher immer nur um Einsparungen ging. Es gab Einrichtungen (Standorte) im Programm, wo speziell SKOLL nur eingeschränkte Akzeptanz beim Team fand, weil Haushaltspolitik und von der Knappheit ausgelöste interne Verteilungskämpfe eine Weiterentwicklung von Angeboten blockieren.

„Wir sind hier ständig dabei, uns an die Anforderungen anzupassen, das aber nicht erst in den letzten zwei Jahren.“ (9/37)

„Ab 2012 soll dann auch noch die Suchthilfe kommunalisiert werden. Alles zusammen weckt Ängste und Befürchtungen, und das beruht auch auf unseren Erfahrungen, denn bisher haben Veränderungen sich auf unsere Arbeit eher negativ ausgewirkt, es ging dann eigentlich immer doch nur um Einsparungen. Wir wissen nicht, wie sich das Alles auf den ambulanten Bereich auswirken wird.“ (E 5/17)

„SKOLL stieß nur begrenzt auf Akzeptanz unserer Kooperationspartner, da haushaltspolitische und Verteilungskämpfe dies einfach blockierten. Von Seiten der Betroffenen/Interessierten her passt SKOLL natürlich, da es aktuell eine Antwort auf Bedürfnisse und Fragestellungen dieser Menschen ist.“ (35/23)

Hinzu treten weitere Veränderungen.

Stellenschlüssel: Überwiegend beobachten die Befragten Stellenabbau, -einschränkungen und –befristungen. Nur in einem Fall wurde – für den bayrischen Raum – eine Stellenmehrung, durch die

bayernweite Umsetzung von HALT und durch die Etablierung der Landesstelle für Glücksspielsucht berichtet.

Qualitätsstandards und Bürokratisierung: In der Suchtprävention werde generell zunehmend mehr auf Qualität geachtet. Allerdings geht dies mitunter mit gestiegenem Dokumentationsaufwand einher. Auch eine Umorganisation von Trägern kann ähnliche Auswirkungen auf die Arbeit der Einrichtungen haben. Denn dabei gehen Ansprechpartner verloren und kurze, unbürokratische Absprachen entfallen. Der Aufwand, bis eine Maßnahme bewilligt ist, wird dadurch viel größer und das gesamte Verfahren bürokratischer.

Zunehmender Druck: Bei anderen Einrichtungen ist der Druck erhöht, in der gleichen Zeit zusätzliche Versorgungs- und Dokumentationsaufgaben zu bewältigen. Daneben lastet auch ein finanzieller Druck auf Einrichtungen, die im Zuge der Einführung des Neuen Steuerungsmodells bei Kommunen und bei den Wohlfahrtsverbänden vermehrt wirtschaftlich und einnahmeorientiert handeln müssen.

Angebotserweiterung: In der Suchtversorgung werde mittlerweile an vielen Stellen mehr Frühintervention betrieben. In der Suchthilfe ist der Alkoholkonsum bei Jugendlichen mehr zum Thema geworden. Es werde darauf geachtet, keine Doppelstrukturen zu schaffen. Es gibt Einrichtungen in denen Gruppenarbeit zum Schwerpunkt gemacht wird. Außerdem gibt es mehr Doppeldiagnosen, psychisch Kranke in Komorbidität mit Sucht. Für Primärintervention wird weniger Zeit aufgewandt. Das Angebot der Früh- und Kurzintervention hat sich erhöht. Die Klientel ist verjüngt und erhöht. Es kommen mehr in die Tagesklinik und es wird mehr ambulante Therapie gemacht. Außerdem wurde der Blickwinkel einiger Einrichtungen geändert und Prävention ist mehr ins Blickfeld gerückt. SKOLL hat dazu beigetragen, dass die Jugendlichen sich eher öffnen und man dadurch auch eher an den Problemen ansetzen kann.

„2 nachhaltige Veränderungen: Größte Veränderung war die bayernweite Umsetzung von HALT (www.halt-in-bayern.de), (...). Dies hat zu einer Stellenmehrung für dieses spezielle Projekt in Regensburg geführt. [...] Durch Etablierung der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (www.lsgbayern.de), in deren Koordinierungsgremium ich tätig bin, wurde die Versorgung für Menschen mit Glücksspielproblemen in Bayern, und auch in Regensburg, erheblich verbessert. Auch hierfür wurden Spezialangebote bayernweit und in Y etabliert, verbunden mit einer Stellenmehrung.“ (E 14/17)

„Wir haben mehr und mehr zu tun, der Druck wird immer größer, der zeitliche Druck, wohlgeerntet, und der Bedarf steigt und steigt und steigt und steigt! .“ (13/28)

„Wir haben eine Truppe in XY. Eine zweite hat den Zuschlag für HALT bekommen.“ (E 1/28)

„Dann hat sich auch die Fusion bei den Krankenkassen auf unsere Arbeit ausgewirkt. Die Fusion der AOK X mit der AOK Y z. B. hat verschiedene Probleme bei uns aufgeworfen: Wir haben unsere Ansprechpartner, die wir hier vor Ort hatten, z. T. verloren, wir können also nicht mehr mit kurzen Absprachen unbürokratisch vorgehen, heißt nicht kungeln, die aufgrund der Fusion ohnehin schon längeren

Wege bis zu einer Entscheidung sind hier schon noch einmal wesentlich länger geworden. Der Aufwand, bis etwas bewilligt wird, ist größer, bürokratischer, schwerfälliger geworden.“ (E 5/17)

„Ich glaube, dass in der Suchtprävention mehr auf Qualität geachtet wird. Und in der Suchthilfe ist der Alkoholkonsum bei Jugendlichen mehr zum Thema geworden. Außerdem wird darauf geachtet keine Doppelstrukturen zu schaffen. Man schaut eher was man noch ergänzend machen kann.

Wir haben in der Suchthilfe eine Onlineberatung und eine Familientherapie eingeführt. Beides waren Bundesmodellprojekte.“ (E 15/10)

„Also unsere Einrichtung hat sich den Schwerpunkt Gruppenarbeit auf die Fahne geschrieben. Und im Allgemeinen würde ich sagen, dass es mehr Doppeldiagnosen gibt, also mehr psychisch Kranke mit Sucht. Zum Beispiel kommen vermehrt Leute mit Depressionen oder einer Persönlichkeitsstörung zu uns und teilen uns das auch mit, aber dann haben sie eben auch noch eine Sucht.“ (29/31)

„Also im Bereich der Suchtprävention kann ich sagen, dass immer mehr Frühintervention betrieben wird. Für die Primärintervention wird weniger Zeit aufgewandt. Wir nutzen mehr evaluierte Programme. Da können wir eher sagen, dass es wirkt. Wir gehen weniger in Einrichtungen, sondern bieten mehr Kurse vor Ort an für riskanten Konsum.

In der Suchthilfe haben wir knappere Ressourcen. Also ich will es mal so sagen, wir versuchen einen optimalen Einsatz der Ressource Zeit hinzukriegen. Wir machen meist kurz ein Einzelgespräch und dann gehen die Klienten schon über in die Gruppenarbeit. Es geht auch mehr in die Richtung Behandlung.

SKOLL ist auch hier ein wichtiger Baustein, da hier der Fokus nicht auf der Abstinenz ist. Es ist ein gutes Angebot, welches Ziele und die Zusammenhänge im Suchtmittelkonsum aufgreift.“ (28/32)

„Das Angebot der Früh- und Kurzintervention hat sich erhöht. Und das Klientel ist verjüngt und erhöht. Es gibt viele Jüngere, die Cannabis oder Amphetaminen riskant konsumieren. Ob das nun etwas Grundsätzliches ist oder ob es auf die breitere Aufstellung beim SKM zurückzuführen ist, kann ich nicht einschätzen.“ (27/34)

„Durch SKOLL hat sich bei uns sehr viel verändert [...]“ (16/33)

„Es kommen mehr in die Tagesklinik, es wird mehr ambulante Therapie gemacht, machen DBT und Safety-Gruppen (?), machen mehr Angebote, haben deutlich mehr zu tun als vor 2 Jahren, als ich auch für unser Interview mehr Zeit hatte.“ (E 12/18)

„Es hat sich in den letzten ständig etwas verändert, das ist aber nicht auf SKOLL zurück zu führen, sondern ist ein ständig zunehmender Druck. Ich bin seit 20 Jahren im Suchtbereich tätig, und habe diesen finanziellen Druck, der jetzt auf den Einrichtungen liegt, früher nicht so extrem erlebt wie seit den letzten 6/7 Jahren.

Stets und ständig muss ich zusehen, wo ich einen Kostenträger finde, kann nur abrechenbare Leistungen erbringen und mittlerweile kennen alle Mitarbeiter den Haushaltsplan - und zwar auswendig! Sie können uns im Schlaf danach fragen! Das ist nicht das, was die Klienten brauchen, und um die sollte es in unserer Arbeit in allererster Linie gehen!“ (44/39)

„Ein Rückblick auf nur zwei Jahre ist wenig hilfreich und sagt nichts aus! Ich bin seit 20 Jahren hier, und in dieser Zeit hat sich sehr viel getan: Der finanzielle Druck wächst von Jahr zu Jahr. Wir sind ein kommunaler Träger, müssen Gelder erwirtschaften, müssen also einnahmeorientiert denken und handeln, viele Anträge bei allen möglichen Institutionen stellen, Mittel einwerben, die Re-Finanzierung gewinnt immer mehr an Bedeutung. Auch die Suchthilfe ändert sich; wir haben mehr und mehr komorbide Patienten. Wir müssen sehr reaktiv auf Jugendliche reagieren können, um aktuell zu sein.“ (Int. 39/36)

„Mehr Kostendruck durch Einsparungen, mehr Konkurrenzdenken (an der falschen Stelle!), Prävention ist leider immer noch ein zu wenig gefördertes Feld (besonders in Betrieben ist da noch viel Entwicklungsbedarf), manche Suchtformen (Medien) sind für große Bevölkerungskreise (auch Erwachsene haben Medienprobleme und nicht nur Kinder und Jugendliche!) einfach nicht existent, es kommen immer noch zu viele Menschen in Behandlung weil im Vorfeld durch andere Gesellschaftsbereiche nur die Forderung steht: ihr müsst jetzt behandeln, da es JETZT ein Problem ist (Wo bleibt da die Verantwortung der anderen?).“ (35/29)

„Über exakt die letzten beiden Jahre kann ich das so genau nicht sagen - für die letzten Jahre: Seit 5, 6 Jahren gibt es Angebote für jugendliche „Auffällige“, und wir können sagen, dass sie „in der Suchthilfe angekommen sind - sie annehmen! Die frühe Kurzintervention für Jugendliche wird hier immer weiter ausgebaut!“ (38/33)

„Mehr zu tun, SKOLL ist größer geworden, und das hat bei uns zu mehr Arbeit geführt, weil der Bedarf größer geworden ist.“ (34/28)

„Durch SKOLL hat sich bei uns hier Vieles verändert:

Wir bieten SKOLL abends an, von 18.30 Uhr bis 20.00 Uhr, um den berufstätigen TN, die - warum auch immer - keine Beratungsstelle aufsuchen können und sich einfach nur informieren möchten.

Wir bieten SKOLL seit Mai in einem rollierenden System an, beginnen mit den beiden ersten Modulen, also mit den Modulen 1 und 2 und zwar zusammengefasst, fahren dann an den folgenden Abenden einfach fort. So kann Jede/r zu jeder Zeit einsteigen, also wöchentlich.

Wir gehen viel raus, arbeiten u. a. auch sehr niedrigschwellig.

Ein Kollege macht das „Jugend mobil“, eine Art Spielmobil für Kinder und Jugendliche im Alter von 12-13 und 16 Jahren, aber manche rauchen aber auch schon ab ihrem 12. Lebensjahr.

Wir gehen in Schulen, in die 7. Klassen und Jugendzentren. Wir gehen in die Parks, in den „Öffentlichen Raum“, z. T. in Familien, machen auch Einzelfallberatung - je nach Bedarf.“ (43/34)

„Unser Blickwinkel wurde erweitert in Richtung suchtübergreifend:

- *Sucht wird in bestimmten Einrichtungen - in Schulen etc. - mehr zum Thema, es ist aber im Großen und Ganzen immer noch tabuisiert*
- *Prävention ist mehr in den Blick gekommen*
- *Schulsozialarbeiter fragen mehr bei uns nach.“ (42/62)*

„Ich bin hier als Soz. Päd. seit 11 Jahren und von Jahr zu Jahr gibt es eine steigende Anzahl von Lehrlingen mit Suchtproblemen, und auch das Spektrum hat sich erweitert - Medien und Sucht sind dazu gekommen.

Man stellt es früher fest, die Leute outen sich eher, haben es früher mehr verheimlicht. SKOLL selber hat dazu beigetragen, dass sich die jungen Leute öffnen, sie sind offener geworden, und das beeinflusst auch mich. Ich weiß jetzt eher und schneller von ihren Problemen, die sie haben, frage eher nach, bleibe dran, versuche, Wege zur Lösung aufzuzeigen - das ist schon eine gute Erfahrung.“ (40/32)

Extern angestoßene Angebotserweiterungen können den Eindruck hinterlassen, dass die neuen Angebote nicht gut ins Programm integriert sind und dass sie sich in rascher Folge abwechseln, ohne Nachhaltigkeit zu entwickeln. Für SKOLL wurde dieser Eindruck nur von einem einzigen befragten Experten formuliert.

„SKOLL ist aber nur eines von vielen Programmen. SKOLL ist aber nicht in der Lage, uns neue Sichtweisen zu eröffnen, dafür sind wir schon zu lange im Geschäft und auch hoch professionell. Grundsätzlich, bei aller positiven Beurteilung von SKOLL, ist es schon manchmal nervig, ewig neue Projekt, Programme etc. angeboten zu bekommen, es artet hin und wieder in eine Art Projektitis aus - und für die eigentliche Arbeit fehlt dann das Geld!“ (36/23)

9.5 Einschränkung des präventiven Versorgungsspektrums

Die Suchtprävention, so berichteten einige Standorte, werde bei ihnen eingeschränkt oder fast abgeschafft. Hintergrund sei wachsende Spezialisierung, diese Aufgaben übernahmen jetzt andere Einrichtungen. Beratungsstellen dürften mancherorts nicht präventiv arbeiten. Der Schwerpunkt der betroffenen Einrichtungen liege laut Vereinbarung mit den Kotenträgern in der Beratung und Behandlung, nicht in der Prävention. Dann finden nur vereinzelt Präventionsveranstaltungen statt.

„Bei uns jetzt hat sich die Suchtprävention eingeschränkt beziehungsweise sie wurde fast abgeschafft. Das machen jetzt andere Einrichtungen, die heißen Chill-Out. Ja, und in der Suchthilfe arbeite ich ja erst seit einem halben Jahr, daher kann ich Ihnen dazu leider nicht wirklich was erzählen.“ (30/36)

„Ja, wie oben schon gesagt, durch SKOLL arbeiten wir auch präventiv, was wir streng genommen nicht dürften!“ (24/37)

„Es gibt einen neuen Ansatz durch SKOLL, aber leider auch Negatives, denn früher hatte ich mehr mit Schulen und mit Prävention zu tun, das ist in unserem Arbeitsfeld begrenzt: Wir sollen in der Sucht-Beratungsstelle eigentlich nicht präventiv tätig werden, das ist, so weit ich weiß, eine „bayerische Variante“!“ (14/40)

„Der Schwerpunkt der Beratungs- und Behandlungsstelle liegt lt. Vereinbarung mit den Kostenträgern in der Beratung und Behandlung. Präventionsveranstaltungen fanden deshalb nur vereinzelt im Rahmen von Vorträgen, Kurzveranstaltungen in Schulen und ähnlichen Einrichtungen statt. Bei entsprechender Finanzierungsmöglichkeit wurden auch Präventionsveranstaltungen in Betrieben und anderen Einrichtungen durchgeführt.“ (E 16/21)

9.6 Fazit: Veränderungen des Arbeitsfelds im Einführungszeitraum

Praktisch alle befragten Expert/-innen beschreiben mittel- und langfristige Veränderungstrends in der Suchtprävention und -hilfe, die sich auch im Projektzeitraum spürbar geltend gemacht haben. Zu ihnen gehören als Belastungen und Ressourcenverluste einerseits Mittelkürzungen, Konkurrenz zwischen Anbietern um die knapper werdenden öffentlichen Gelder und die öffentliche Sichtbarkeit, die Zuwendungen sicherstellt. Gleichzeitig entstehen neue Aufgaben und Arbeitsanforderungen durch die Differenzierung der Abhängigkeitsrisiken (neue Verhaltensrisiken wie Konsum, Internet, Spielen) und wachsende Nachfrage infolge zunehmenden Leidensdrucks, größerer Zahlen Betroffener und öffentlicher Entstigmatisierung sowie Zugangshürden der Psychotherapie. Andererseits ist das Arbeitsfeld von wachsender Professionalisierung und Standardisierung hochwertiger Problemlösungen sowie der Einführung dafür erforderlicher Strukturqualität geprägt. Hierzu zählen u.a. eine stete Verbesserung der Versorgungsangebote und Interventionen sowie professionelle und institutionelle Vernetzung (s. folgendes Kapitel).

Durchgehend belasten und erschweren diese Veränderungen nach den Berichten der Expert/-innen die Einführung neuer Angebote. Sie können von den einzelnen Einrichtungen nur teilweise absorbiert werden. Je weiter sie voranschreiten, desto stärker machen sich die in den weiteren Kapiteln geschilderten Hürden und Probleme für die Übernahme neuer Interventions- und Arbeitsformen und Programme geltend: Die Einrichtungen konzentrieren sich auf ihr „Kerngeschäft“, sparen Ressourcen, wo immer es geht, und gehen keine Risiken durch Erprobung neuer Methoden ein. Auch die positiven Entwicklungen hin zu höherer Professionalität und Vernetzung unterstützen die Einführung neuer Programme nur teilweise, weil sie zugleich Zeit und Qualifizierungsressourcen in Anspruch nehmen. Zudem schrumpfen mit den – teilweise von Politik und Trägern erzwungenen – Anpassungen die Spielräume der Einrichtungen zur organisationalen Anpassung an die neuen Anforderungen.

10 Inanspruchnahme und Nutzung (Teilnehmerbefragung)

10.1 Deutliche Ausprägung von Suchtrisiken im Vergleich zur Bevölkerung

Um Einschätzungen über die Ausprägung des Risikoverhaltens der SKOLL- Teilnehmer/-innen treffen zu können, wurde das Risikoverhalten mit einer Referenzstichprobe verglichen. Herangezogen wurde hierfür das Epidemiologische Suchtsurvey 2009 (Kraus & Pabst, 2010). Er untersucht Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen in der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren; dafür wurden 8030 Personen befragt (ebd).

Wie aus Tabelle 36 hervorgeht, rauchten die SKOLL- Teilnehmer mehr Zigaretten pro Tag als die deutsche Allgemeinbevölkerung. Durchschnittlich waren es 9 Zigaretten mehr pro Tag. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die SKOLL Teilnehmer/-innen deutlich mehr rauchten und entsprechend belasteter waren, als die deutschlandweite Referenzstichprobe.

Tabelle 36: Tabakkonsum (Anzahl der Zigaretten pro Tag)

Alter	Geschlecht	Referenzstichprobe (N = 1457)			SKOLL- Stichprobe (N = 402)		
		n	M	SD	n	M	SD
unter 20	männlich	80	9,32	7,84	52	11,34	7,50
	weiblich	70	7,19	6,12	36	13,81	10,81
20-29 Jahre	männlich	56	10,48	8,29	144	15,66	9,88
	weiblich	59	8,42	6,07	39	13,52	8,53
30-39 Jahre	männlich	220	12,89	9,70	44	17,06	9,22
	weiblich	215	10,19	7,77	8	23,43	14,35
40-49 Jahre	männlich	185	13,90	9,29	25	24,36	12,14
	weiblich	187	12,11	8,53	22	16,55	10,22
50-59 Jahre	männlich	135	15,23	10,20	19	17,67	8,48
	weiblich	149	13,04	9,29	10	18,75	9,27
Über 60 Jahre	männlich	47	16,43	7,60	1	20,00	-
	weiblich	54	13,90	10,83	2	22,50	3,54

Ebenso wiesen die Teilnehmer/-innen von SKOLL einen deutlich höheren Alkoholkonsum auf, als die deutsche Allgemeinbevölkerung (s. Tabelle 37). Im Mittel konsumierten die SKOLL Teilnehmer/-innen 0,047 reinen Alkohol mehr. Alle Alters- und Geschlechtsgruppen der SKOLL Stichprobe weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Entsprechend ist das SKOLL Klientel auch hinsichtlich des Alkoholkonsums deutlich belasteter als die deutsche Allgemeinbevölkerung.

Tabelle 37: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag)

Alter	Geschlecht	Referenzstichprobe (N = 4441)			SKOLL- Stichprobe (N = 397)		
		n	M	SD	n	M	SD
unter 20	männlich	241	,032	,089	48	,096	,113
	weiblich	269	,025	,037	28	,042	,059
20-29 Jahre	männlich	132	,035	,047	139	,095	,105
	weiblich	140	,026	,056	36	,032	,033
30-39 Jahre	männlich	531	,034	,045	39	,070	,073
	weiblich	586	,033	,042	9	,118	,109
40-49 Jahre	männlich	523	,055	,232	19	,087	,071
	weiblich	556	,040	,057	26	,058	,063
50-59 Jahre	männlich	462	,056	,070	20	,111	,090
	weiblich	488	,042	,053	19	,073	,082
Über 60 Jahre	männlich	253	,056	,065	8	,138	,067
	weiblich	260	,047	,065	6	,128	,082

10.2 Risikogruppen: Hoher Anteil hoch- und spezifisch riskanter Verhalten

Die Verteilung der Teilnehmer/-innen auf die fünf Risikogruppen zu Kursbeginn in der Eingangsbefragung (Querschnittsdaten) ist Tabelle 38 zu entnehmen: Personen mit vergleichsweise gering ausgeprägtem Risikoverhalten machten nur ein Zehntel aller Gruppenmitglieder aus, Personen mit unklarer Risikoausprägung knapp ein Viertel, während Hochriskante mit 30% die deutlich größte Gruppe bildeten, spezifisch Riskante etwa ein Fünftel und Poliriskante etwa ein Sechstel der Teilnehmer/-innen umfassen. Gering Riskante und Unklar Riskante sind im Programm eher Adressat/-innen für indizierte Primärprävention, die übrigen Gruppen für indizierte Gesundheitsförderung und Frühintervention. Primärprävention betraf somit vorrangig 30,6% der Teilnehmer/-innen, Frühintervention war für 69,4% angezeigt.

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Teilnehmer/-innen nach Risikogruppe (N = 706)

Risikogruppe	n	%
Gering Riskant	71	10,1
Poliriskant	118	16,7
Spezifisch Riskant	145	20,5
Hochriskant	214	30,3
Unklar Riskant	158	22,4

10.3 Zugang zum Selbstkontrolltraining

38,1% der Befragten wurden durch eine Suchtberatungsstelle auf SKOLL aufmerksam gemacht (siehe Tabelle 39). Weiterhin wurden 23,2% durch Schule bzw. Lehrer/in, 13,2% durch sonstige Quellen und 11,7% durch den Arbeitsplatz auf den Kurs aufmerksam gemacht. Ein Anteil von 9,5% hat selbst nach dem Angebot gesucht und 9,0% wurden durch Justizinstanzen aufmerksam. Zudem erlangten 3,9% der Befragten durch einen Arzt oder Psychologen, 2,9% durch pädagogische Einrichtungen und 2,3% durch die Familie Informationen zum Kurs.

Tabelle 39: Quelle für Hinweis auf den Kurs (T1, n = 706)

	n	%	m.v.
Suchtberatungsstelle	258	38,1	4,1
Schule, Lehrer/in	157	23,2	4,1
Andere	91	13,2	2,0
Arbeitsplatz	81	11,7	2,0
Selbst nach Angebot gesucht	66	9,5	2,0
Justizinstanzen	62	9,0	2,0
Arzt oder Psychologe	27	3,9	2,0
Pädagogische Einrichtungen	20	2,9	2,0
Familie	16	2,3	2,0

Tabelle 40: Sonstige Quellen für Hinweis auf den Kurs (T1; n= 91)

	n	%
Arbeitsamt	35	5,0
Betreuer	20	2,8
Medien	19	2,7
Freunde	14	2,0

Als sonstige Zugangsquellen gaben 5,0% der Befragten an über das Arbeitsamt bzw. Job Academy aufmerksam geworden zu sein (siehe Tabelle 40). Weitere 2,8% machten Nennungen wie Sozialarbeiter und Betreuer im Wohnheim, die zu der Kategorie Betreuer zusammengefasst wurden. Über Medien, wie Tageszeitung, wurden 2,7% auf SKOLL aufmerksam, weitere 2,0% wurden durch Freunde aufmerksam gemacht.

Nach Art der Quelle für Hinweise auf das Programm erfolgte eine Einteilung des Zuganges entsprechend der intrinsischen oder extrinsischen Motivation der Teilnehmer/-innen. Die Informationsquellen wurden also als Proxy-Variable für Eigen- oder Fremdmotivation der Teilnahme betrachtet.

Danach war knapp die Hälfte (50,7%) nicht aus eigener Motivation auf SKOLL aufmerksam geworden (siehe Tabelle 41). Hingegen wurden 49,3% auf den Kurs von sich aus aufmerksam.

Tabelle 41: Eigen- und Fremdmotivation der Teilnehmer/-innen (T1, n = 706)

Motivation	n	%	m.v.
Fremd motiviert	313	50,7	12,6
Eigen motiviert	304	49,3	
Gesamt	617	100,0	

10.3.1 Der Einfluss des Alters

Ein Vergleich der Motivation beim Zugang nach Alter zeigte, dass 34,7% der Befragten, die auf SKOLL selbst aufmerksam wurden, zwischen 20 bis 29 Jahre alt waren (siehe Tabelle 42).

Tabelle 42: Häufigkeiten der Motivation nach Alter (T1; n = 577)

Motivation		Alterskategorien							Gesamt
		unter 19	20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	über 70 Jahre	
Eigenmotivation	n	32	100	44	48	47	14	3	288
	%	11,1	34,7	15,3	16,7	16,3	4,9	1,0	100,0
Fremdmotivation	n	103	145	17	17	7	-	-	289
	%	35,6	50,2	5,9	5,9	2,4	-	-	100,0
Gesamt	n	135	245	61	65	54	14	3	577
	%	23,4	42,5	10,6	11,3	9,4	2,4	0,5	100,0

Ebenso war die Hälfte der Befragten (50,2%), die den Zugang zu SKOLL nicht aus eigener Motivation fanden, zwischen 20 bis 29 Jahre alt. Weitere 35,6% der Fremdmotivierten waren unter 19 Jahre alt. Ein Chi²-Test erbrachte signifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke ($\chi^2 = 118,970$; $df = 6$; $p = 0,000$; $\Phi = 0,454$). Betrachtet man die Häufigkeiten, so lässt sich erkennen, dass die Fremdmotivation im Bereich der jüngeren Befragten (unter 19 bis 29 Jahre) stärker ausgeprägt ist. Hingegen lässt sich im Alter ab 30 Jahre, eine höhere Eigenmotivation verzeichnen.

10.3.2 Der Einfluss des Geschlechts

65,7% der männlichen Befragten wählten den Zugang zu SKOLL aus eigener Motivation heraus (siehe Tabelle 43). Lediglich 34,3% der Frauen taten dies ebenso. Auch über die Hälfte der Befragten (56,6%), die durch Andere auf SKOLL aufmerksam wurden, waren männlich. Weitere 43,4% der Fremdmotivierten waren weiblich. Ein Chi²-Test zeigte signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 5,246$; $df = 1$; $p = 0,022$; $\Phi = 0,093$), dahingehend, dass ein größerer Teil (65,7%) der Männer den Zugang zu SKOLL aus eigenem Antrieb fand als durch Andere (56,6%).

Tabelle 43: Häufigkeiten der Motivation nach Geschlecht (T1; n = 604)

Motivation		Geschlecht		
		Männlich	Weiblich	Gesamt
Eigenmotivation	n	197	103	300
	%	65,7	34,3	100,0%
Fremdmotivation	n	172	132	304
	%	56,6	43,4	100,0%
Gesamt	n	369	235	604
	%	61,1	38,9	100,0%

10.3.3 Der Einfluss der Bildung

Aus eigener Motivation heraus wählten den Zugang zu SKOLL 35,7% der Befragten mit Hauptschulabschluss, weitere 31,8% konnten die Mittlere Reife als Schulabschluss vorweisen und 13,6% hatten ein Abitur (siehe Tabelle 44). Bei den Befragten, die durch Andere auf SKOLL aufmerksam gemacht wurden, verfügten 38,3% über die Mittlere Reife, 37,6% hatten einen Hauptschulabschluss und 16,2% besaßen keinen Schulabschluss. Ein Chi²-Test erbrachte signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 25,385$; $df = 4$; $p = 0,000$; $\Phi = 0,216$). Betrachtet man die Häufigkeiten, so zeigt sich, dass Befragte, die nicht aus eigenem Antrieb heraus auf SKOLL aufmerksam wurden, einen geringeren Bildungsstand (16,2% keinen Schulabschluss; 6,8% Abitur) hatten als die Befragten, die aufgrund eigener Motivation den Zugang zu SKOLL fanden (10,7% keinen Schulabschluss; 13,6% Abitur).

Tabelle 44: Häufigkeiten der Motivation nach Schulabschluss (T1; n = 546)

Motivation		Schulabschluss					Gesamt
		Keinen	Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur	FH oder Uni	
Eigenmotivation	n	30	100	89	38	23	280
	%	10,7	35,7	31,8	13,6	8,2	100,0%
Fremdmotivation	n	43	100	102	18	3	266
	%	16,2	37,6	38,3	6,8	1,1	100,0%
Gesamt	n	73	200	191	56	26	546
	%	13,4	36,6	35,0	10,3	4,8	100,0%

10.3.4 Einfluss des Standortes

Von den Befragten die sich selbst motiviert hatten, lebten 42,2% in einer Großstadt. Hingegen waren es bei den fremdmotivierten Teilnehmern/-innen 38,0%. Des Weiteren lebten 19,4% der eigenmotivierten Personen in der Mittelstadt sowie 33,2% der fremdmotivierten. Aus einem Chi²-Test gehen signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 21,397$; df = 3; p = 0,000; Phi = 0,186) hervor. Somit hatte der Standort einen leichten Einfluss auf die Motivation (s. Tabelle 45).

Tabelle 45: Häufigkeiten der Motivation nach Standorttyp (T1; n=617)

Motivation		Standort				Gesamt
		Nicht erkennbar	Großstadt >100.000 EW	Mittelstadt 20.000-100.000 EW	Kleinstadt 10.000-20.000 EW	
Eigenmotivation	n	38	129	59	78	304
	%	12,5	42,4	19,4	25,7	100,0%
Fremdmotivation	n	44	119	104	46	313
	%	14,1	38,0	33,2	14,7	100,0%
Gesamt	n	82	248	163	124	617
	%	13,3	40,2	26,4	20,1	100,0%

Die häufigsten Befragten, die Eigenmotivation durchführten, lebten in Süddeutschland (27,3%). Anders war es bei den fremdmotivierten Teilnehmern/-innen, denn diese lebten am zahlreichsten in Norddeutschland (37,4%). Aus einem Chi²-Test gehen signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 43,116$; $df = 4$; $p = 0,000$; $\Phi = 0,264$) hervor.

Tabelle 46: Häufigkeiten der Motivation nach Standortregion (T1; n =617)

Motivation		Standort					Gesamt
		Nicht erkennbar	Nord	Süd	West	Ost	
Eigenmotivation	n	38	50	83	74	59	304
	%	12,5	16,4	27,3	24,3	19,4	100,0%
Fremdmotivation	n	44	117	73	51	28	313
	%	14,1	37,4	23,3	16,3	8,9	100,0%
Gesamt	n	82	167	156	125	87	617
	%	13,3	27,1	25,3	20,3	14,1	100,0%

10.3.5 Der Einfluss des Belastungsstands zu Programmbeginn

Weiterhin wurde erhoben, welche stoff- oder verhaltensgebundenen Süchte zu Beginn von SKOLL vorlagen. Bei den Teilnehmer/innen, die aus eigener Motivation an SKOLL teilnahmen, gaben 29,2% Alkohol als Suchtmittel an (siehe Tabelle 47). Hingegen gaben 48,5% der Befragten an, dass sie mehrere Suchtmittel konsumieren. Zu der Kategorie Mehrere wurden mindestens zwei Angaben ohne Berücksichtigung von Tabak als Suchtmittel gezählt. Bei den Befragten, die durch Andere auf SKOLL aufmerksam gemacht wurden, machte über die Hälfte (56,6%) Mehrfachnennungen, weitere 15,8% gaben Medien und 13,2% Alkohol als Risikoverhalten an. Aus einem Chi²-Test gehen signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 26,601$; $df = 5$; $p = 0,000$; $\Phi = 0,210$) hervor, dahingehend, dass ohne Berücksichtigung der Kategorie Mehrere, eigenmotivierte Teilnehmer/innen als Suchtmittel Alkohol (29,2%) angaben und fremdmotivierte Teilnehmer/innen vorwiegend Medien (15,8%) als Risikoverhalten kenntlich machten.

Tabelle 47: Häufigkeiten der Motivation nach Risikoverhalten (T1; n = 605)

Motivation		Risikoverhalten					
		Tabak	Alkohol	Cannabis	Medien	Essen	Mehrere
Eigenmotivation	n	19	88	9	27	12	146
	%	6,3	29,2	3,0	9,0	4,0	48,5
Fremdmotivation	n	18	40	12	48	14	172
	%	5,9	13,2	3,9	15,8	4,6	56,6
Gesamt	n	37	128	21	75	26	318
	%	6,1	21,2	3,5	12,4	4,3	52,6

10.3.6 Fazit zur Teilnahmemotivation

Die wichtigsten Impulse für die Teilnahme an SKOLL kamen überwiegend aus einer Suchtberatungsstelle (38,1%), daneben aus der Schule (23,2%), vom Arbeitsplatz (11,7%), von Rechtsinstanzen (9%) und vom Arbeitsamt (5%). Ärztliche oder psychotherapeutische Behandler spielten eine geringe Rolle (3,9%). Bei Zusammenfassung der Teilnahme-Impulse auf Selbst- oder Fremdmotivation erwiesen sich diese als fast gleich verteilt, mit je etwa der Hälfte vertreten. Fremdmotivation lag häufiger bei jüngeren Teilnehmer/-innen, Männern und Personen mit höherer Bildung sowie in Großstädten vor. Selbstmotiviertes Aufsuchen von SKOLL war häufiger bei drohendem Alkoholmissbrauch, fremdmotivierte Inanspruchnahme häufiger bei Gefährdung durch Medien und mehrere Abhängigkeiten anzutreffen.

10.4 Inanspruchnahme zusätzlicher Versorgungsangebote

Zusätzliche Angebote zur Beratung, Behandlung oder Suchthilfe nahmen zu Beginn von SKOLL 32,9% der Befragten in Anspruch (Tabelle 48). Weitere 62,3% hingegen gaben an, dass sie kein weiteres Angebot besuchten.

Tabelle 48: Häufigkeiten der Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote (T1, n = 706)

Zusätzliche Angebote	n	%	m.v.
Ja	234	33,1	4,5%
Nein	440	62,3	
Gesamt	706	100,0	

Bei den Befragten, die ein zusätzliches Angebot in Anspruch nahmen, bestand das Angebot häufig (56,6%; n = 129) in Form einer Beratung (siehe Tabelle 49). Seltener wurden Therapie (18,0%; n = 41), Andere Angebote, wie Fred, HALT und Drops (8,3%; n = 19), Sonstige, zu denen Nennungen, wie AWO, Caritas und Deutsches Rotes Kreuz zusammengefasst wurden (7,9%; n = 18), Selbsthilfegruppen (5,3%; n = 12) und Nachsorgeangebote (3,9%; n = 9) in Anspruch genommen.

Tabelle 49: Häufigkeiten der zusätzlichen Angebote (T1, n = 228; Mehrfachnennungen)

Angebote	n	%
Beratung	129	56,6
Therapie	41	18,0
Andere Angebote	19	8,3
Sonstige	18	7,9
SHG	12	5,3
Nachsorge	9	3,9
Gesamt	228	100,0

Zum Zeitpunkt des Abschlusses der jeweiligen SKOLL-Kurse, gaben 73,1% der Teilnehmer/innen an, kein weiteres Angebot im letzten Vierteljahr besucht zu haben (siehe Tabelle 50). Lediglich 20,7% der Befragten gaben an, dass sie andere Angebote zur Beratung, Behandlung oder Suchthilfe in Anspruch genommen haben.

Tabelle 50: Häufigkeiten der Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote (T2; n = 487)

Zusätzliche Angebote	n	%	m.v.
Ja	96	19,7	4,7%
Nein	339	69,6	
Gesamt	435	100,0	

Als zusätzliche Angebote wurden von den Teilnehmer/innen vorwiegend Beratung (45,4%, n = 44) und Therapie (28,9%; n = 28) in Anspruch genommen (siehe Tabelle 51). Sonstige Angebote (11,3%; n = 11), zu denen Nennungen wie Caritas und Jugendamt zusammengefasst wurden, sowie Selbsthilfegruppen (9,3%; n = 9) und Nachsorgeangebote (5,2%; n = 5) wurden seltener besucht.

Tabelle 51: Häufigkeiten der zusätzlichen Angebote (T2; n = 97; Mehrfachnennungen)

Angebote	n	%
Beratung	44	45,4
Therapie	28	28,9
Sonstige	11	11,3
SHG	9	9,3
Nachsorge	5	5,2
Gesamt	97	100,0

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung gaben 18 Teilnehmer/-innen an, dass sie im letzten halben Jahr außer SKOLL noch andere Angebote zur Suchtvorbeugung oder – hilfe besucht haben (siehe Tabelle 52).

Tabelle 52: Häufigkeiten der Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote (T3; n = 217)

Zusätzliche Angebote	n	%	m.v.
Ja	18	94,7	91,2%
Nein	1	5,3	
Gesamt	19	100,0	

Diese Teilnehmer/-innen nahmen Beratung (35,0%; n = 7), sonstige Angebote (35,0%; n = 7), zu denen Nennungen, wie Verkehrspsychologische Intervention, MPU-Vorbereitung zusammengefasst wurden, sowie Nachsorgeangebote (30,0%; n = 6) in Anspruch.

Tabelle 53: Häufigkeiten der zusätzlichen Angebote (T3; n = 20; Mehrfachnennungen)

Angebote	n	%
Beratung	7	35,0
Sonstige	7	35,0
Nachsorge	6	30,0
Gesamt	20	100,0

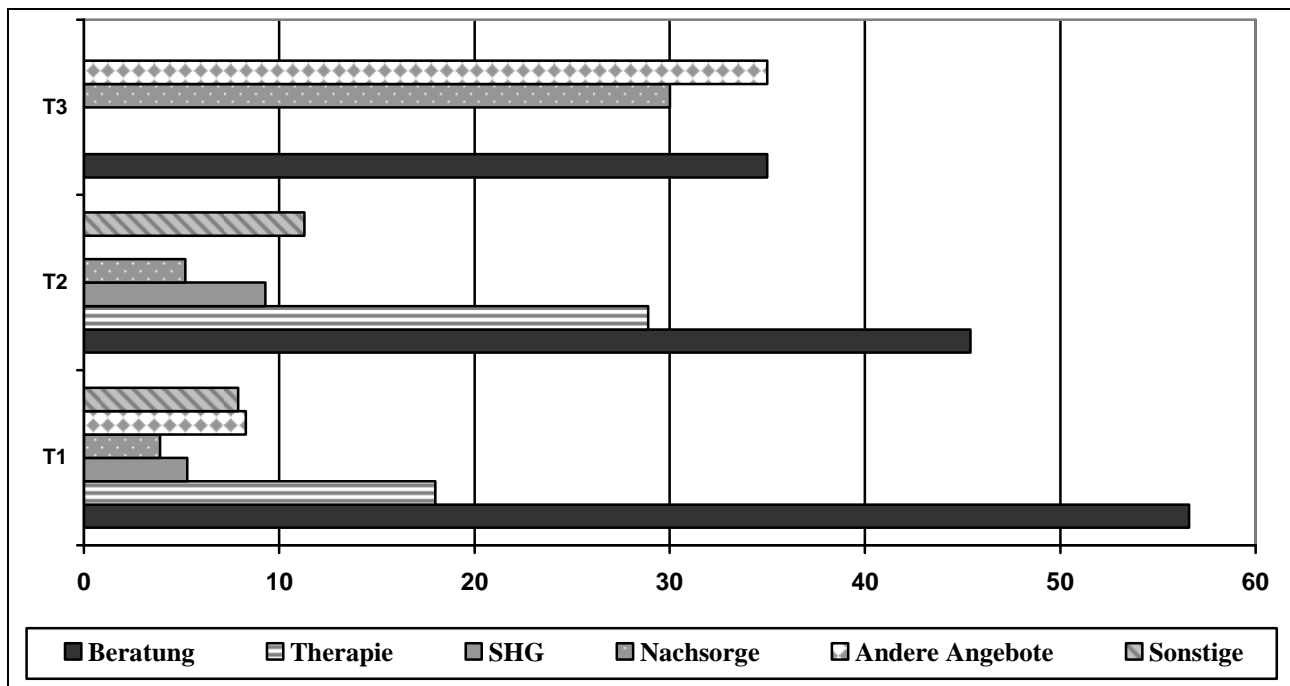


Abbildung 5: Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote über drei Messzeitpunkte

10.4.1 Der Einfluss des Alters

Betrachtet man die Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote für die Eingangsbefragung nach Alterskategorien, so zeigte sich, dass 45,4% der 20 bis 29-jährigen sowie 29,2% der unter 19-jährigen keine zusätzlichen Angebote besucht hatten (siehe Tabelle 54). Dennoch nutzten 35,5% der Mitte 20-jährigen zusätzliche Angebote und 17,7% der 30 bis 39-jährigen. Aus einem Chi²-Test gehen signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 69,848$; $df = 6$; $p = 0,000$; $\Phi = 0,332$) hervor.

Tabelle 54: Häufigkeiten der Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote nach Alter (T1; n = 634)

Zusätzliche Angebote genutzt		Alterskategorien							Gesamt
		unter 19	20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	über 70 Jahre	
Ja	n	21	78	39	35	34	11	2	220
	%	9,5	35,5	17,7	15,9	15,5	5,0	0,9	100,0
Nein	n	121	188	33	42	25	5	-	414
	%	29,2	45,4	8,0	10,1	6,0	1,2	-	100,0
Gesamt	n	142	266	72	77	59	16	2	634
	%	22,4	42,0	11,4	12,1	9,3	2,5	0,3	100,0

10.4.2 Der Einfluss des Geschlechts

Die Tabelle 55 zeigt, dass die männlichen Teilnehmer (66,1%) doppelt so oft zusätzliche Angebote in Anspruch nahmen als die weiblichen (33,9%). Aus einem Chi²-Test gehen signifikante Unterschiede negativer geringer Effektstärke ($\chi^2 = 4,830$; $df = 1$; $p = 0,028$; $\Phi = -0,085$) hervor.

Tabelle 55: Häufigkeiten der Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote nach Geschlecht (T1; n = 661)

Zusätzliche Angebote		Geschlecht		
		Männlich	Weiblich	Gesamt
Ja	n	152	78	230
	%	66,1	33,9	100,0
Nein	n	247	184	431
	%	57,3	42,7	100,0
Gesamt	n	399	262	661
	%	60,4	39,6	100,0

10.4.3 Der Einfluss des Bildungsstands

Mit jeweils 35% nahmen Teilnehmer/-innen mit einem Haupt- oder Realabschluss ein zusätzliches Angebot in Anspruch. Hingegen waren es bei Teilnehmern/innen mit einem FH oder Uni Abschluss 7,5%. Aus einem Chi²-Test gehen keine signifikanten Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 4,388$; $df = 4$; $p = 0,356$; $\Phi = 0,086$) hervor.

Tabelle 56: Häufigkeiten der Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote nach Bildung (T1; n = 598)

Zusätzliche Angebote		Schulabschluss					Gesamt
		Keinen	Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur	FH oder Uni	
Ja	n	26	75	75	22	16	214
	%	12,1	35,0	35,0	10,3	7,5	100,0
Nein	n	53	139	138	40	14	384
	%	13,8	36,2	35,9	10,4	3,6	100,0
Gesamt	n	79	214	213	62	30	598
	%	13,2	35,8	35,6	10,4	5,0	100,0

10.4.4 Der Einfluss des Belastungsstands

Befragte, die zu Kursbeginn mehrere Risikoverhaltensweisen benannten, nutzten zu 54,5% weitere Angebote, Teilnehmern/-innen mit riskantem Alkoholkonsum zu 29,3%, seltener Befragte mit riskantem Nikotinverbrauch oder Essverhalten (Tabelle 57). Der Chi²-Test zeigte signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 22,610$; $df = 5$; $p = 0,000$; $\Phi = 0,185$).

Tabelle 57: Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote nach Belastungsstand (T1; n = 663)

Zusätzliche Angebote		Risikoverhalten						
		Tabak	Alkohol	Cannabis	Medien	Essen	Mehrere	Gesamt
Ja	n	16	68	5	18	13	235	232
	%	6,9	29,3	2,2	7,8	5,6	54,5	100,0
Nein	n	26	73	22	61	14	112	431
	%	6,0	16,9	5,1	14,2	3,2	48,3	100,0
Gesamt	n	42	141	27	79	27	347	663
	%	6,3	21,3	4,1	11,9	4,1	52,3	100,0

10.4.5 Der Einfluss der Teilnahmemotivation (ausgehend von T1)

Doppelt so viele Teilnehmer/-innen (66,1%), die intrinsisch motiviert waren, nutzten zusätzliche Angebote im Vergleich zu extrinsisch motivierten (33,9%) (s. Tabelle 58). Der Chi²-Test zeigte signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 132,995$; $df = 1$; $p = 0,000$; $\Phi = -0,474$).

Tabelle 58: Inanspruchnahme zusätzlicher Angebote nach Teilnahmemotivation (T1; n=592)

Zusätzliche Angebote genutzt		Teilnahmemotivation		
		eigen motiviert	fremd motiviert	Gesamt
Ja	n	175	44	219
	%	66,1	33,9	100,0
Nein	n	115	258	373
	%	57,3	42,7	100,0
Gesamt	n	290	302	592
	%	49,0	51,0	100,0

10.4.6 Der Einfluss des Programmstandorts

40,6% der Befragten, die zusätzliche Angebote nutzten, lebten in einer Großstadt, 27,8% der Teilnehmer/-innen in einer Kleinstadt. Aus einem Chi²-Test gehen signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 13,047$; $df = 3$; $p = 0,005$; $\Phi = 0,139$) hervor. Teilnehmer/-innen, die zusätzliche Angebote nutzen, lebten proportional häufiger in Süddeutschland (29,9%). Der Chi²-Test zeigte signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 41,670$; $df = 4$; $p = 0,000$; $\Phi = 0,249$).

Tabelle 59: Zusätzliche Angebote nach Standorttyp (T1; n=674)

Zusätzliche Angebote		Standort				Gesamt
		Nicht erkennbar	Großstadt >100.000 EW	Mittelstadt 20.000-100.000 EW	Kleinstadt 10.000-20.000 EW	
Ja	n	30	95	44	65	234
	%	12,8	40,6	18,8	27,8	100,0%
Nein	n	63	183	119	75	440
	%	14,3	31,6	27,0	17,0	100,0%
Gesamt	n	93	278	163	140	674
	%	13,8	41,2	24,2	20,8	100,0%

Tabelle 60: Häufigkeiten der Motivation nach Standortregion (T1; n =617)

Zusätzliche Angebote		Standort					Gesamt
		Nicht erkennbar	Nord	Süd	West	Ost	
Ja	n	30	33	70	50	51	234
	%	12,8	14,1	29,9	21,4	21,8	100,0%
Nein	n	63	137	102	101	37	440
	%	14,1	37,4	23,3	16,3	8,9	100,0%
Gesamt	n	93	170	172	151	88	674
	%	13,8	25,2	25,5	22,4	13,1	100,0%

10.4.7 Fazit: Inanspruchnahme weiterer Versorgungsangebote

Etwa ein Drittel (33,1%) der Teilnehmer/-innen nahmen zu Kursbeginn auch andere Versorgungsangebote in Anspruch, davon 56,6% eine Beratung, 18% eine Therapie und 5,3% Selbsthilfegruppen. Parallel zu SKOLL besuchten 20,7% weitere Angebote, und davon 45,4% eine Beratung und 28,9% eine Therapie. Der Umfang dieser Angebote wurde nicht erhoben, da hier Erinnerungsfehler wahrscheinlich waren und die Teilstichprobe zu klein blieben, um unterschiedliche Interventionsformen zu vergleichen. Zusätzliche Angebote wurden deutlich überproportional vor allem von risikant Alkohol konsumierenden, männlichen, selbstmotivierten und in Großstädten lebenden SKOLL-Teilnehmer/-innen aufgesucht. Dies zeigt, dass SKOLL als Angebot für ländliche und kleinstädtische Regionen besonderen Wert hat.

10.5 Programmziele (T1 und T2)

Während in der Eingangsbefragung die Teilnehmer/-innen befragt wurden, wie wichtig Ihnen unterschiedliche Ziele (s. Tabelle 61) in der besuchten Veranstaltung waren, wurden sie zur Abschlussbefragung zur Erreichung dieser Ziele befragt. Die wichtigsten Ziele – mit einem Mittelwert von $M=3,08$ – war „Konsum kontrollieren“ wogegen „schul. und berufl. Wiedereingliederung“ mit im Mittel $M=1,89$ als am wenigsten wichtig beurteilt wurde. Keines der vorgegebenen Ziele wurde also von den Teilnehmer/-innen von vorneherein als völlig unwesentlich betrachtet. Alle Ziele erhielten eine mittlere Einschätzung zwischen „wichtig“ und „teils-teils“.

Tabelle 61: Wichtigkeit der Programmziele für Teilnehmer/-innen (T1, Rohwerte)

Programmziele	n	M	SD	Range
Konsum kontrollieren	676	3,08	1,31	0-4 0= unwichtig 4= ganz wichtig
Risikobewusstsein entwickeln	673	2,63	1,31	
Selbstvertrauen stärken	682	2,72	1,44	
informieren	677	2,63	1,36	
mit Druck und Stress umgehen können	682	2,89	1,28	
soziale Kontakte aufbauen	673	2,40	1,40	
schul. und berufl. Wiedereingliederung	653	1,89	1,65	
gesundheitl. Belastungen abbauen	672	2,33	1,48	
alternative Verhaltensweisen	671	2,86	1,29	
Konsum vermindern	662	2,91	1,41	
gelassener Umgang mit Streit	673	2,61	1,38	

Bei der Abschlussbefragung gaben die Teilnehmer/-innen auf einer fünfstufigen Skala an, inwiefern sie die genannten Ziele als erreicht betrachteten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle Items mit Mittelwerten von 2,10 („schul. und berufl. Wiedereingliederung“) bis 2,96 („informieren“) im Mittel als teilweise bis erreicht beurteilt wurden.

Tabelle 62: Erreichte Programmziele für Teilnehmer/-innen (T2, Rohwerte)

Programmziele	n	M	SD	Range
Konsum kontrollieren	460	2,73	1,15	0-4 0= gar nicht erreicht 4= voll erreicht
Risikobewusstsein entwickeln	462	2,85	1,05	
Selbstvertrauen stärken	471	2,71	1,08	
informieren	465	2,96	1,08	
mit Druck und Stress umgehen können	472	2,56	1,07	
soziale Kontakte aufbauen	467	2,38	1,22	
schulische und berufliche Wiedereingliederung	403	2,10	1,42	
gesundheitliche Belastungen abbauen	436	2,22	1,24	
alternative Verhaltensweisen	458	2,74	1,09	
Konsum vermindern	460	2,84	1,23	
gelassener Umgang mit Streit	460	2,50	1,16	

10.5.1 Der Einfluss des Alters

Die Programmziele, eingeteilt in den Kategorien Allgemeines Selbstmanagement und Suchtbezogenes Selbstmanagement, waren in allen Alterskategorien vertreten. Am wichtigsten fand die Alterskategorie 40-49 Jahren (58,09%) Allgemeines Selbstmanagement. Beim Suchtbezogenes Selbstmanagement war es mit 67,19% die Altersgruppe 60-69 Jahren. Wie in der Tabelle 63 zu sehen, hatte das Alter einen hoch signifikanten Einfluss mit geringer Effektstärke auf die Programmziele.

Tabelle 63: Teilnehmerziele nach Alter T1 (VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	unter 19	146	45,79	6	5,336	,000	,048
	20-29 Jahre	266	47,62				
	30-39 Jahre	74	49,65				
	40-49 Jahre	78	58,09				
	50-59 Jahre	64	56,44				
	60-69 Jahre	16	53,88				
	über 70 Jahre	2	80				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	unter 19	148	52,75	6	3,058	,006	,028
	20-29 Jahre	266	56,51				
	30-39 Jahre	73	56,65				
	40-49 Jahre	77	60,08				
	50-59 Jahre	64	61,17				
	60-69 Jahre	16	67,19				
	über 70 Jahre	3	66,67				

Die Programmziele waren, wie schon bei T1, auch bei T2 in allen Alterskategorien vertreten. Die Altersgruppe 60-69 Jahren erreichte mit 54,82% am häufigsten Allgemeines Selbstmanagement und auch beim Suchtbezogenes Selbstmanagement hatte die Alterskategorie 60-69 Jahren den größten Anteil. Wie in der Tabelle 64 zu sehen, hatte das Alter einen signifikanten Einfluss mit geringer Effektstärke auf die Programmziele.

Tabelle 64: Erreichte Programmziele nach Alter T2(VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	unter 19	99	45,29	6	2,340	,031	,031
	20-29 Jahre	199	49,07				
	30-39 Jahre	39	52,48				
	40-49 Jahre	52	51,64				
	50-59 Jahre	49	53,12				
	60-69 Jahre	13	54,82				
	über 70 Jahre	1	80				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	unter 19	98	55,33	6	2,600	,017	,034
	20-29 Jahre	199	55,72				
	30-39 Jahre	38	61,39				
	40-49 Jahre	51	58,69				
	50-59 Jahre	49	63,87				
	60-69 Jahre	13	64,51				
	über 70 Jahre	1	60				

10.5.2 Der Einfluss des Geschlechts

Die subjektive Wichtigkeit der Programmziele zeigte, dass 47,85% der männlichen Teilnehmer und 52,79% der weiblichen Teilnehmer/-innen Allgemeines Selbstmanagement für wichtig hielten. Beim Suchtbezogenem Selbstmanagement waren es 56,89% der Männer und 56,39% der Frauen. Die Varianzanalyse zeigte, dass das Geschlecht einen signifikanten Einfluss mit geringer Effektstärke auf die Bedeutung des Allgemeinen Selbstmanagements hatte. Hingegen hatte es auf das Suchtbezogene Selbstmanagement gar keinen Einfluss (s. Tabelle 65).

Tabelle 65: Teilnehmerziele nach Geschlecht T1(VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	Männlich	407	47,85	1	8,762	,003	,013
	Weiblich	267	52,79				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	Männlich	408	56,89	1	0,109	,742	,000
	Weiblich	267	56,39				

Ein ähnliches Bild wie bei T1 zeigten auch die Häufigkeiten von T2. Hier waren es 50,81% der männlichen Befragten und 46,00% der weiblichen Teilnehmer die ein Allgemeines Selbstmanagement durchgeführt hatten. Des Weiteren erreichten 59,17% der Männer und 5,67% der Frauen ein Suchtbezogenes Selbstmanagement. Die Varianzanalyse für T2 hat ergeben, dass das Geschlecht sowohl auf das Allgemeine als auch auf das Suchtbezogenen Selbstmanagement einen signifikanten Einfluss mit kleiner Effektstärke hat.

Tabelle 66: Erreichte Programmziele nach Geschlecht T2(VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	Männlich	269	50,51	1	8,028	,005	,017
	Weiblich	205	46,00				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	Männlich	267	59,17	1	11,371	,001	,024
	Weiblich	204	53,67				

10.5.3 Der Einfluss der Bildung

Die Varianzanalyse zeigte, dass die Schulbildung sowohl auf das Allgemeine Selbstmanagement als auch auf das Suchtbezogene Selbstmanagement keinen Einfluss hatte.

Tabelle 67: Teilnehmerziele nach Schulabschluss T1(VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	Keinen	80	52,38	4	,925	,449	,006
	Hauptschule	222	50,25				
	Mittlere Reife	220	47,66				
	Abitur	61	48,12				
	FH oder Uni	29	48,62				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	Keinen	80	56,73	4	1,390	,236	,009
	Hauptschule	222	56,31				
	Mittlere Reife	220	55,81				
	Abitur	61	56,17				
	FH oder Uni	29	64,55				

10.5.4 Der Einfluss des Belastungsstandes

Wie schon bei der Schulbildung, zeigte die Varianzanalyse auch beim Risikoverhalten keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 69 zeigt, dass nur die Erreichung des Suchtbezogenen Selbstmanagements von den benannten Risikoverhalten beeinflusst wurde. Am häufigsten nahmen Befragte, die ihr Ziel eines Suchtbezogenen Selbstmanagements erreicht hatten, Cannabis (61,65%), gefolgt von Alkohol und Tabak mit 61,41% bzw. 56,57%.

Tabelle 68: Teilnehmerziele nach Risikoverhalten T1 (VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	Tabak	43	52,23	5	1,261	,297	,009
	Alkohol	147	51,45				
	Cannabis	27	46,91				
	Medien	78	50,47				
	Essen	28	55,82				
	Mehrere	353	48,18				

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Suchtbezogenes Selbstmanagement	Tabak	43	56,42	5	2,026	,073	,015
	Alkohol	147	59,97				
	Cannabis	27	54,81				
	Medien	78	53,01				
	Essen	28	61,86				
	Mehrere	354	55,9				

Tabelle 69: Erreichte Programmziele nach Risikoverhalten T2 (VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	Tabak	53	46,99	5	1,550	,173	,017
	Alkohol	118	52,09				
	Cannabis	17	54,45				
	Medien	57	47,46				
	Essen	518	44,04				
	Mehrere	186	48,26				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	Tabak	53	56,57	5	3,982	,002	,043
	Alkohol	116	61,41				
	Cannabis	17	61,65				
	Medien	57	52,25				
	Essen	17	47,06				
	Mehrere	185	56,55				

10.5.5 Der Einfluss der Teilnahmehäufigkeit (ausgehend von T2)

Die Varianzanalyse zeigte, dass die Teilnahmehäufigkeit einen signifikanten Einfluss mit geringer Effektstärke auf Suchtbezogenes Selbstmanagement hatte. Teilnehmer/-innen, die an maximal 2 Sitzungen fehlten, hatten nach eigener Einschätzung am häufigsten Erfolge beim Suchtbezogenen Selbstmanagement (60,73%) im Kurs erreicht.

Tabelle 70: Erreichte Programmziele nach Teilnahmehäufigkeit T2 (VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	Keine Fehlzeiten	47	48,09	3	1,353	,257	,014
	1 Sitzung	110	46,42				
	2 Sitzungen	93	51,21				
	3 oder mehr Sitzungen	46	45,83				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	Keine Fehlzeiten	45	53,64	3	2,776	,042	,028
	1 Sitzung	109	56,16				
	2 Sitzungen	93	60,73				
	3 oder mehr Sitzungen	46	52,78				

10.5.6 Einfluss der Motivation

In der Tabelle 71 ist zu sehen, dass die Motivation – berechnet nach den Daten der Eingangserhebung – sowohl auf das Allgemeine Selbstmanagement als auch auf das Suchtbezogene Selbstmanagement einen hoch signifikanten Einfluss mit geringer bzw. mittlerer Effektstärke hatte: Eigenmotivation war ein starker Faktor zur erfolgreichen Verbesserung sowohl des Allgemeinen als auch des Suchtbezogenen Selbstmanagements.

Tabelle 71: Programmziele nach Motivation T1 (VA)

Programmziele							
		n	M	df	F	p	Eta ²
Allgemeines Selbstmanagement	Eigenmotivation	300	53,84	1	24,325	,000	,039
	Fremdmotivation	309	45,50				
Suchtbezogenes Selbstmanagement	Eigenmotivation	301	62,20	1	44,758	,000	,069
	Fremdmotivation	309	52,51				

10.5.7 *Fazit: Teilnehmerziele und mit dem Programm erreichte Ziele*

Die Programmziele ließen sich nach Antwortverhalten faktorenanalytisch in zwei Hauptmotivationen der Teilnehmer/-innen einteilen: Allgemeines und Suchtbezogenes Selbstmanagement; letzteres war den Befragten signifikant (im Skalenumfang von etwa 5 – 10%) wichtiger, doch lagen alle Ziele im Skalenbereich persönlich bedeutsamer Zielsetzungen. Die Ziele des Programms und die persönlichen Absichten und Zielsetzungen der Zielgruppen stimmten also gut überein.

Die Programmziele wurden zwar nach Selbsteinschätzung der Teilnehmer/-innen im Rückblick auf den Kurs zwar erreicht, doch nur teilweise (zwischen etwa 50% und 65%). Ältere und männliche Teilnehmer/-innen erreichten die Programmziele nach eigener Einschätzung häufiger als jüngere, und zwar in beiden Dimensionen von Selbstmanagement.

Eine vergleichsweise etwas geringere Bedeutung hatten die Selbstmanagement-Ziele für die Teilgruppen der durch Medien- oder Cannabis-Konsum oder durch mehrere Risikoverhalten gefährdeten Teilnehmer/-innen, allerdings ohne Signifikanz. Hinsichtlich der subjektiven Zielerreichung blieben die Risikogruppen Essverhalten und Medienkonsum signifikant hinter den anderen zurück.

Die subjektive Zielerreichung verhielt sich U-förmig zur Dosis: Die höchsten subjektiven Erfolge im Kurs erzielten Teilnehmer/-innen mit 2 fehlenden Sitzungen, während solche, die 3 oder mehr gefehlt hatten, ebenso wie jede mit vollständigem Kursbesuch etwas geringere subjektive Erfolge berichteten. Für die Teildimension des Suchtbezogenen Selbstmanagements war dieser Zusammenhang signifikant. Offenbar erhöht die Möglichkeit, weniger interessante Themen ausfallen zu lassen, bei den Teilnehmer/-innen Akzeptanz und persönliche Aneignung des Programms.

10.6 Dosis / Zahl besuchter Treffen im Querschnitt

Zu Kursende (T2) gaben 37,8% der Befragten an, dass sie an 1 Sitzung nicht teilnehmen konnten, weitere 31,1% fehlten bei 2 Sitzungen (s. Tabelle 72). An 3 und mehr Sitzungen nahmen 15,4% nicht teil. Nur 15,7% oder ein Sechstel der Teilnehmer/innen waren bei allen Sitzungen zugegen.

Tabelle 72: Häufigkeiten der Fehlzeiten (T2; n = 487)

Fehlzeiten	n	%
Keine	47	15,7
1 Sitzung	113	37,8
2 Sitzungen	93	31,1
3 und mehr Sitzungen	46	15,4
Fehlend	188	38,6
Gesamt	487	100,0

10.6.1 Der Einfluss des Alters

Tabelle 73 zeigt, dass 44,2% der 20 bis 29-jährigen sowie 18,6% der unter 19-jährigen keine Sitzungen ausgelassen hatten. Bei einer Sitzung fehlten 46,8% der 20-29 Jährigen und 24,8% der unter 19 Jährigen. Ebenso nahmen an zwei Sitzungen die Hälfte (50,0%) der 20-29 Jährigen sowie 20,0% der unter 19 Jährigen nicht teil. Auch bei drei und mehr Sitzungen waren die oben genannten Alterskategorien am häufigsten vertreten (43,2% der 20-29 Jährigen; 29,5% der unter 19 Jährigen). Aus einem Chi²-Test gehen keine signifikanten Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 9,951$; $df = 15$; $p = 0,823$; $\Phi = 0,187$) hervor. Jüngere Kohorten hatten also deutlich höhere Fehlzeiten.

Tabelle 73: Häufigkeiten der Fehlzeiten nach Alter (T2; n = 286)

Fehlzeiten		Alterskategorien						Gesamt
		unter 19	20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	
Keine	n	8	19	4	4	7	1	43
	%	18,6	44,2	9,3	9,3	16,3	2,3	100,0
1 Sitzung	n	27	51	9	8	10	4	109
	%	24,8	46,8	8,3	7,3	9,2	3,7	100,0
2 Sitzungen	n	18	45	7	11	5	4	90
	%	20,0	50,0	7,8	12,2	5,6	4,4	100,0
3 und mehr Treffen	n	13	19	2	5	5	-	44
	%	29,5	43,2	4,5	11,4	11,4	-	100,0
Gesamt	n	66	134	22	28	27	9	286
	%	23,1	46,9	7,7	9,8	9,4	3,1	100,0

10.6.2 Der Einfluss des Geschlechts

Über die Hälfte (55,6%) der Frauen fehlten zu keiner Sitzung (siehe Tabelle 74). Hingegen überwog die Zahl der männlichen Teilnehmer/innen bezüglich der weiteren drei Kategorien. So fehlten 56,6% der Männer bei einer Sitzung, weitere 62,0% bei zwei Sitzungen und 60,9% bei drei und mehr Sitzungen. Ein Chi²-Test zeigte keine signifikanten Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 4,105$; $df = 3$; $p = 0,250$; $\Phi = 0,118$). Männer ließen also deutlich häufiger Treffen ausfallen.

Tabelle 74: Häufigkeiten der Fehlzeiten nach Geschlecht (T2; n = 296)

Fehlzeiten		Geschlecht		
		Männlich	Weiblich	Gesamt
Keine	n	20	25	45
	%	44,4	55,6	100,0
1 Sitzung	n	64	49	113
	%	56,6	43,4	100,0
2 Sitzungen	n	57	35	92
	%	62,0	38,0	100,0
3 und mehr Sitzungen	n	28	18	46
	%	60,9	39,1	100,0
Gesamt	n	169	127	296
	%	57,1	42,9	100,0

10.6.3 Der Einfluss des Risikoverhaltens

Aus Tabelle 75 geht hervor, dass die Befragten, die mehrere Suchtmittel konsumieren, häufiger an den jeweiligen Sitzungen nicht teilnahmen (46,6% eine Sitzung; 42,0 zwei Sitzungen; 40,9% drei und mehr Sitzungen). Weitere 44,4% der mehrfach Konsumierenden nahmen hingegen an allen Sitzungen teil. Zudem zeigte sich, dass die zweit stärkste Gruppe hier über alle Kategorien die Teilnehmer/innen mit Alkoholkonsum waren: während 28,9% der Befragten angaben, an keiner Sitzung gefehlt zu haben, nahmen 25,2% an einer Sitzung nicht teil, weiteren 27,3% fehlten an zwei Terminen und 34,1% an drei oder mehr Sitzungen. Ein Chi²-Test zeigte keine signifikanten Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 11,257$; $df = 15$; $p = 0,734$; $\Phi = 0,201$).

Personen mit riskantem Alkoholkonsum und multiplem Suchtrisiko ließen somit häufiger Treffen ausfallen.

Tabelle 75: Häufigkeiten Fehlzeiten nach Risikoverhalten (T2; n = 280)

Programmziele		Risikoverhalten						
		Tabak	Alkohol	Cannabis	Medien	Essen	Mehrere	Gesamt
Keine	n	3	13	1	5	3	20	45
	%	6,7	28,9	2,2	11,1	6,7	44,4	100,0
1 Sitzung	n	13	26	1	14	1	48	103
	%	12,6	25,2	1,0	13,6	1,0	46,6	100,0
2 Sitzungen	n	10	24	5	8	4	37	88
	%	11,4	27,3	5,7	9,1	4,5	42,0	100,0
3 und mehr Sitzungen	n	5	15	1	3	2	18	44
	%	11,4	34,1	2,3	6,8	4,5	40,9	100,0
Gesamt	n	31	78	8	30	10	123	280
	%	11,1	27,9	2,9	10,7	3,6	43,9	100,0

10.6.4 Fazit zu Umfang und Determinanten der Dosis

Laut Befragung zu Kursende hatte nur etwa ein Sechstel (15,7%) der Teilnehmer/-innen kein Treffen verpasst, 37,8% eine Sitzung, 31,1% zwei und 15,4% drei und mehr. Jüngere und männliche Teilnehmer/-innen und Personen mit Risikokonsum von Alkohol, Medien und mehreren Risikoverhalten fehlten proportional häufiger; davon war nur der Gender-Unterschied signifikant.

10.7 Beteiligung und Abbruchgründe im Längsschnitt

Wie in Tabelle 76 zu sehen, hatten 96,2% der Befragten das Programm von Anfang bis Ende durchlaufen. Ein geringer Teil von 0,9% hatte nur am Anfang probatorisch teilgenommen und nicht weitergemacht. 2,8% hatten an einigen Sitzungen teilgenommen und dann abgebrochen.

Die Variable diente vor allem zur Kontrolle von Dosis- und Abbrucheffekten im Längsschnitt. Der Abbrecheranteil im Längsschnitt umfasste laut Nachbefragung somit also 3,7% (8 Personen). Auf dieser sehr kleinen Teilstichprobe ließ sich keine zuverlässige rückblickende Analyse der Abbrechermerkmale aufbauen. Die Ergebnisse werden der Vollständigkeit halber gleichwohl berichtet.

Tabelle 76: Häufigkeiten Beteiligung (T3; n = 213)

Beteiligung	n	%
Von Anfang bis Ende mitgemacht	205	96,2
Nur am Anfang reingeschaut und nicht weitergemacht	2	0,9
Einige Sitzungen und dann abgebrochen	6	2,8
Überhaupt nicht dran teilgenommen	–	–
Gesamt	213	100,0

10.7.1 Der Einfluss des Alters

Das Alter hatte keinen Einfluss auf die Beteiligung der Teilnehmer/-innen, denn der Chi²-Test zeigte keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2 = 5,979$; $df = 10$; $p = 0,817$; $\Phi = 0,181$).

Tabelle 77: Häufigkeiten der Beteiligung nach Alter (T3; n = 182)

Fehlzeiten		Alterskategorien						Gesamt
		unter 19	20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	
Anfang bis Ende	n	34	78	14	22	22	7	177
	%	19,2	44,1	7,9	12,4	12,4	4,0	100,0
Nur Anfang	n	-	1	-	1	-	-	2
	%	-	50,0	-	50,0	-	-	100,0
Einige Sitzungen	n	-	1	-	1	1	-	3
	%	-	33,3	-	33,3	33,3	-	100,0
Gesamt	n	34	80	14	24	23	7	182
	%	18,7	44,0	7,7	13,2	12,6	3,8	100,0

10.7.2 Der Einfluss des Geschlechts

Bei der Beteiligung gab es keine großen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (s. Tabelle 78). Von Anfang bis Ende nahmen 50,8% der Männer und 49,2% der Frauen an SKOLL teil. Hingegen waren es bei nur einigen Sitzungen 33,3% der Männer und 66,7% der Frauen. Ein Chi²-Test zeigte signifikante Unterschiede geringer Effektstärke ($\chi^2 = 9,496$; $df = 4$; $p = 0,050$; $\Phi = 0,213$).

Tabelle 78: Häufigkeiten Beteiligung nach Geschlecht (T3; n =186)

Beteiligung		Geschlecht		
		Männlich	Weiblich	Gesamt
Anfang bis Ende	n	92	89	181
	%	50,8	49,2	100,0
Nur Anfang	n	1	1	2
	%	50,0	50,0	100,0
Einige Sitzungen	n	1	2	3
	%	33,3	66,7	100,0
Gesamt	n	94	92	186
	%	50,5	49,5	100,0

10.7.3 Der Einfluss des Belastungsstandes

Der Chi²-Test ($\chi^2 = 5,234$; df = 10; p = 0,875; Phi = 0,161) zeigte, dass der Belastungsstand keinen Einfluss auf die Beteiligung der Teilnehmer/-innen hatte.

Tabelle 79: Häufigkeiten Beteiligung nach Risikoverhalten (T3; n = 203)

Beteiligung		Risikoverhalten						Gesamt
		Tabak	Alkohol	Cannabis	Medien	Essen	Mehrere	
Anfang bis Ende	n	21	56	3	26	10	79	195
	%	10,8	28,7	1,5	13,3	5,1	40,5	100,0
Nur Anfang	n	1	-	-	-	-	1	2
	%	50,0	-	-	-	-	50,0	100,0
Einige Sitzungen	n	1	2	-	-	-	3	6
	%	16,7	33,3	-	-	-	50,0	100,0
Gesamt	n	23	58	3	26	10	83	203
	%	11,3	28,6	1,5	12,8	4,9	40,9	100,0

10.7.4 Der Einfluss des Urbanisierungsgrades

Aus einem Chi²-Test gehen keine signifikante Unterschiede ($\chi^2 = 8,575$; $df = 6$; $p = 0,199$; $\Phi = 0,201$) hervor. Der Standorttyp hatte keinen Einfluss auf die Beteiligung der befragten Personen.

Wie schon beim Standorttyp hatte auch die Standortregion keinen signifikanten Einfluss auf die Beteiligung ($\chi^2 = 9,111$; $df = 8$; $p = 0,333$; $\Phi = 0,207$).

Tabelle 80: Einfluss des Standorttyps auf die Beteiligung (T3; n=213)

Beteiligung		Standort				
		Nicht erkennbar	Großstadt >100.000 EW	Mittelstadt 20.000-100.000 EW	Kleinstadt 10.000-20.000 EW	Gesamt
Anfang bis Ende	n	19	63	77	46	205
	%	9,3	30,7	37,6	22,4	100,0%
Nur Anfang	n	-	-	-	2	2
	%	-	-	-	100,0	100,0%
Einige Sitzungen	n	1	3	1	1	6
	%	16,7	50,0	16,7	16,7	100,0%
Gesamt	n	20	66	78	49	213
	%	9,4	31,0	36,6	23,0	100,0%

Tabelle 81: Häufigkeiten der Motivation nach Standortregion (T3; n =213)

Motivation		Standort					
		Nicht erkennbar	Nord	Süd	West	Ost	Gesamt
Anfang bis Ende	n	19	72	39	38	37	205
	%	9,3	35,1	19,0	18,5	18,0	100,0%
Nur Anfang	n	-	-	-	-	2	2
	%	-	-	-	-	100,0	100,0%
Einige Sitzungen	n	1	2	1	1	1	6
	%	16,7	33,3	16,7	16,7	16,7	100,0%
Gesamt	n	20	74	40	39	40	213
	%	9,4	34,7	18,8	18,3	18,8	100,0%

10.7.5 Abbruchgründe im Längsschnitt

Der häufigste Grund warum die Teilnehmer/-innen bei SKOLL abbrachen war mit 25,0% „damals besonders schwere Zeit“. Weitere Gründe waren „Klima nicht gefallen“ (18,8%), „Arbeitsweise nicht geeignet“ (12,5%) und „Zeit war ungünstig“ (12,5%).

Die von den Abbrechern berichteten Gründe liegen also teils in persönlichen Umständen (hohe Belastung), teils in der Arbeitsweise, teils in der Gruppe, teils in pragmatischen Gründen (Erreichbarkeit und Zeit). Aus der kleinen Zahl von Antworten ergibt sich kein einzelner Hauptgrund, so dass Ablehnung des Programms als Ursache für einen Abbruch nur eine Ursache unter mehreren war.

Tabelle 82: Häufigkeiten der Abbruchgründe

Abbruchgründe	n	%
schwer erreichbar	2	12,5
Zeit lag ungünstig	2	12,5
Klima nicht gefallen	3	18,8
Arbeitsweise nicht geeignet	2	12,5
andere Art Unterstützung gefunden, die besser passt	1	6,3
damals besonders schwere Zeit	4	25,0
Mehrfachangaben	2	12,5
Gruppe zu bunt gemischt	-	-
Gruppenleitung nicht gut	-	-
Gesamt	16	100,0

10.7.6 Der Einfluss des Alters

Aus einem Chi²-Test gehen keine signifikante Unterschiede ($\chi^2 = 12,000$; $df = 10$; $p = 0,285$; $\Phi = 1,155$) hervor. Das Alter hatte somit keinen Einfluss auf die Abbruchgründe.

Tabelle 83: Häufigkeiten der Abbruchgründe Alterskategorie

Abbruchgründe		Alterskategorien						Gesamt
		unter 19	20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	
schwer erreichbar	n	1	1	-	-	-	-	2
	%	50,0	50,0	-	-	-	-	100,0
Zeit lag ungünstig	n	2	-	-	-	-	-	2
	%	100,0	-	-	-	-	-	100,0
Klima nicht gefallen	n	-	1	-	1	-	-	2
	%	-	50,0	-	50,0	-	-	100,0
Arbeitsweise nicht geeignet	n	-	1	-	-	-	-	1
	%	-	100,0	-	-	-	-	100,0
andere Art Unterstützung gefunden, die besser passt	n	-	-	-	1	-	-	1
	%	-	-	-	100,0	-	-	100,0
damals besonders schwere Zeit	n	-	1	-	-	-	-	1
	%	-	100,0	-	-	-	-	100,0
Mehrfachangaben	n	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-
Gruppe zu bunt gemischt	n	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-
Gruppenleitung nicht gut	n	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	n	3	4	-	2	-	-	9
	%	33,3	44,4	-	22,2	-	-	100,0

10.7.7 Der Einfluss des Geschlechts

Aus einem Chi²-Test gehen keine signifikante Unterschiede ($\chi^2 = 6,975$; $df = 5$; $p = 0,233$; $\Phi = 0,880$) hervor. Wie schon das Alter hatte auch das Geschlecht keinen Einfluss auf die Abbruchgründe.

Tabelle 84: Häufigkeiten der Abbruchgründe nach Geschlecht

Abbruchgründe		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
schwer erreichbar	n	2	-	2
	%	100,0	-	100,0
Zeit lag ungünstig	n	-	2	2
	%	-	100,0	100,0
Klima nicht gefallen	n	1	1	2
	%	50,0	50,0	100,0
Arbeitsweise nicht geeignet	n	1	-	1
	%	100,0	-	100,0
andere Art Unterstützung gefunden, die besser passt	n	-	1	1
	%	-	100,0	100,0
damals besonders schwere Zeit	n	1	-	1
	%	100,0	-	100,0
Mehrfachangaben	n	-	-	-
	%	-	-	-
Gruppe zu bunt gemischt	n	-	-	-
	%	-	-	-
Gruppenleitung nicht gut	n	-	-	-
	%	-	-	-
Gesamt	n	5	4	9
	%	55,6	44,4	100,0

10.7.8 Der Einfluss des Belastungsstandes

Des Weiteren hatte auch der Belastungsstand keinen Einfluss auf die Abbruchgründe, denn der Chi²-Test zeigte keine signifikante Unterschiede ($\chi^2 = 11,417$; $df = 12$; $p = 0,494$; $\Phi = 0,903$).

Tabelle 85: Häufigkeiten der Abbruchgründe nach Risikoverhalten

Abbruchgründe		Risikoverhalten						Gesamt
		Tabak	Alkohol	Cannabis	Medien	Essen	Mehrere	
schwer erreichbar	n	-	1	-	-	-	1	2
	%	-	50,0	-	-	-	50,0	100,0
Zeit lag ungünstig	n	1	0	-	-	-	1	2
	%	50,0	-	-	-	-	50,0	100,0
Klima nicht gefallen	n	1	1	-	-	-	-	2
	%	50,0	50,0	-	-	-	-	100,0
Arbeitsweise nicht geeignet	n	1	-	-	-	-	1	2
	%	50,0	-	-	-	-	50,0	100,0
andere Art Unterstützung gefunden, die besser passt	n	-	1	-	-	-	1	2
	%	-	50,0	-	-	-	50,0	100,0
damals besonders schwere Zeit	n	1	-	-	-	-	2	3
	%	33,3	-	-	-	-	66,7	100,0
Mehrfachangaben	n	-	-	-	-	-	2	2
	%	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Gruppe zu bunt gemischt	n	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-
Gruppenleitung nicht gut	n	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	n	4	3	-	-	-	7	14
	%	28,6	21,4	-	-	-	50,0	100,0

11 Prozessqualität (Gruppendokumentation, Teilnehmerbefragung)

11.1 Besuch der Einzelmodule

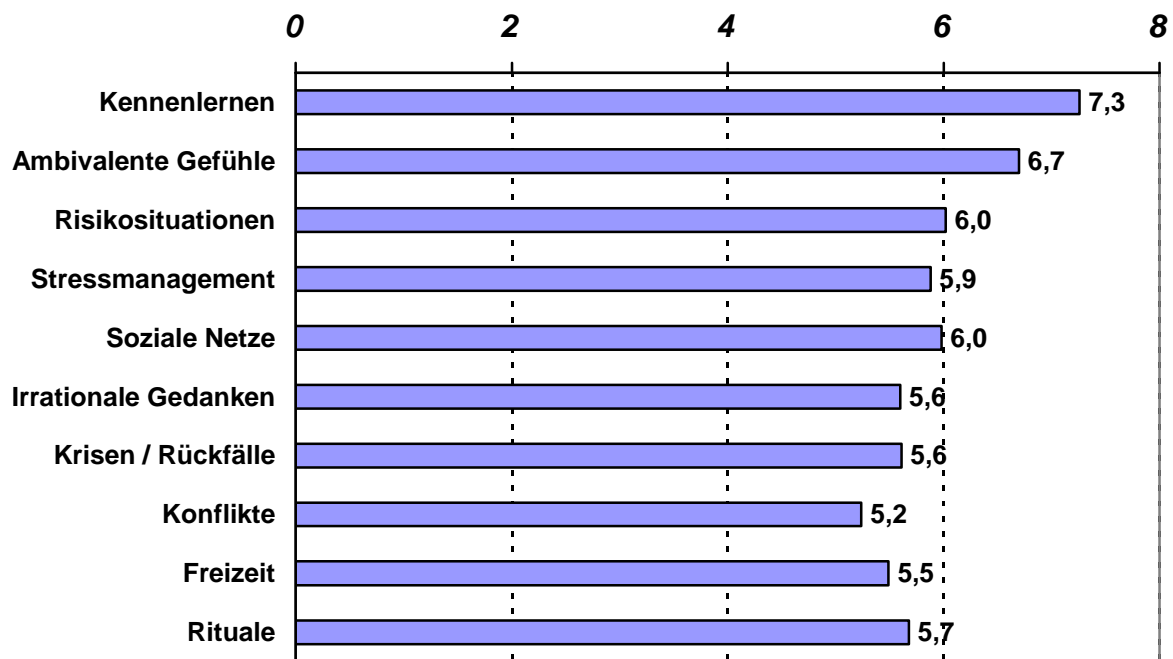
Die dokumentierten Gruppenbögen ergaben eine Schätzung der Teilnehmerzahlen über den Kursverlauf; der Vollständigkeit halber wurden in einem zweiten Berechnungsweg alle bekannt gewordenen Gruppen einbezogen, auch wenn diese durch Dokumentationsfehler der Kursleitungen keinem Standort zugeordnet werden konnten (s. Tabelle 86).

Tabelle 86: Mittlere Teilnehmerzahl der SKOLL-Module

	laut eindeutigen Kursleiter-Protokollen (N = 75 bis 83 Gruppen)	alle 84 dokumentierten Gruppen
Kennenlernen	566	610
Erfassen ambivalenter Gefühle	556	563
Risikosituation	500	506
Stressmanagement	482	494
Soziales Netzwerk	490	502
Umgang mit irrationalen Gedanken	454	470
Auslöser für Krisen/Rückfall	449	471
Umgang mit Konflikten	409	440
Freizeitgestaltung	417	461
Rituale	426	477

Tabelle 87: Teilnehmerzahl der Module (N = 84 Gruppen)

	n	Min	Max	Summe	M	SD
Kennenlernen	78	1	22	566	7,26	3,544
Erfassen ambivalenter Gefühle	83	1	20	556	6,70	3,107
Risikosituation	83	0	21	500	6,02	3,154
Stressmanagement	82	2	22	482	5,88	3,229
Soziales Netzwerk	82	1	21	490	5,98	3,051
Umgang mit irrationalen Gedanken	81	1	22	454	5,60	3,192
Auslöser für Krisen/Rückfall	80	1	22	449	5,61	3,156
Umgang mit Konflikten	78	1	20	409	5,24	2,990
Freizeitgestaltung	76	1	22	417	5,49	3,252
Rituale	75	0	22	426	5,68	3,410



Mit

Abbildung 6: Besuch (mittlere Teilnehmerzahl) der Module im Kursverlauf

11.2 Veranstaltungsorte

Wie in Tabelle 88 zu sehen, wurden 69,1% der Veranstaltungen in Beratungsstellen durchgeführt. Gefolgt von Schulen mit 14,8% und mehrere andere mit 12,3%. In Jugendeinrichtungen (1,2%) wurden die Veranstaltungen am seltensten durchgeführt.

Fast ein Drittel der Gruppen fand also in verschiedenen Settings außerhalb der Beratungsstelle statt. Das Programm erwies sich als flexibel für unterschiedliche Angebotsrahmen.

Tabelle 88: Häufigkeiten der Veranstaltungsorte

Veranstaltungsorte	n	%	m.v.
Schule	12	14,8	22,1
Beratungsstelle	56	69,1	
Jugendeinrichtung	1	1,2	
Ambulanz	2	2,5	
Anderes	10	12,3	
Gesamt	81	100	

11.3 Soziale Heterogenität der Kurse

Die Verteilung des Mischungsverhältnisses der Kurse je Teilnehmer/-in sind Tabelle 89 zu entnehmen. Etwa ein Viertel war soziokulturell heterogenen Gruppen zugeordnet, etwa 60% nahmen an Gruppen teil, die in einem oder zwei Merkmalen eine Dreiviertel-Übergewicht aus einer Teilgruppe aufwiesen, und nur jede/r sechste Teilnehmer/-in war an einer soziokulturell homogenen Gruppe teil.

Tabelle 89: Häufigkeit verschiedener Mischungsverhältnisse in den Kursen (n=682; Querschnitt)

Mischung von Alters-, Bildungs- und Gender-Verhältnis	n	%	m.v.
Heterogen (in allen drei Merkmalen weniger als 75% aus einer Teilgruppe)	188	27,6	3,4
Teilhomogen (Übergewicht einer Teilgruppe mit 75% in 1 oder 2 soziodemographischen Merkmalen)	393	57,6	
Homogen (Übergewicht von 75% einer Teilgruppe in allen drei soziodemographischen Merkmalen)	101	14,8	

11.4 Subjektive Erfolge (Erreichung der Teilnehmerziele)

11.4.1 Erreichung der Teilnehmerziele über den Kursverlauf

Ferner wurde untersucht, inwieweit die einzelnen Ziele für die Teilnehmer/-innen zur Eingangsbefragung eher wichtig oder ganz wichtig waren und zur Abschlussbefragung, inwieweit diese Ziele eher erreicht bzw. voll erreicht wurden. Hierfür wurden die metrischen Variablen in dichotome umgewandelt (s. Erläuterungen im Methodenkapitel).

Tabelle 90 zeigt, dass 70,6% der Teilnehmer/-innen das Ziel, den Suchtmittelkonsum kontrollieren zu können, als (eher) wichtig für sich einstufen. Ebenfalls von der Mehrheit als wichtig eingeschätzte Ziele waren Alternative Verhaltensweisen zum Suchtmittelkonsum zu erlernen (68,2%), den Suchtmittelkonsum zu vermindern (67,2%) und besser mit Druck und Stress umgehen zu können (66,4). Hingegen wurden soziale Kontakte aufzubauen bzw. zu erhalten (45,2%), gesundheitliche Belastungen abzubauen (44,9%) sowie die schulische und berufliche Wiedereingliederung (35,3%) von weniger als der Hälfte der Teilnehmer/-innen als wichtig eingeschätzt.

Was die Erreichung der Ziele anging, so konnte insbesondere das Ziel, sich über Suchtstoffe und Suchtverhalten informieren zu können, von fast drei Viertel der Teilnehmer/-innen erreicht werden. Zwei Drittel erreichten zudem die Ziele den Suchtmittelkonsum zu vermindern und mehr Risikobewusstsein zu entwickeln (je 67,1). Das wichtigste Ziel, den Suchtmittelkonsum zu kontrollieren, konnte immerhin von 59,3% der Teilnehmer/-innen erreicht werden.

Nur von wenigen Teilnehmer/-innen erreichte Ziele waren hingegen die Ziele, die bereits oben als weniger wichtig beurteilt wurden, nämlich soziale Kontakte aufzubauen (47,4%), gesundheitliche Belastungen abzubauen (44,1%) und die schulische und berufliche Wiedereingliederung (43,5%).

Tabelle 90: Anteil der Teilnehmer/-innen, denen ein Ziel (ganz) wichtig war (T1)/ es (fast) erreicht haben (T2) (Längsschnitt; N = 408)

Teilnehmerziele	T1		T2	
	gültige n	%	gültige n	%
Suchtmittelkonsum kontrollieren	394	70,6	386	59,3
Mehr Risikobewusstsein entwickeln	395	57,2	386	67,1
Selbstvertrauen stärken	401	60,1	394	60,9
Informieren über Suchtstoffe und -verhalten	396	57,8	392	73,2
Besser mit Druck und Stress umgehen können	399	66,4	396	58,1
Soziale Kontakte erhalten/ aufbauen	398	45,2	392	47,4
Schulische und berufliche Wiedereingliederung	380	35,3	336	43,5
Gesundheitliche Belastungen abbauen	394	44,9	365	44,1
Alternative Verhaltensweisen zum Suchtmittelkonsum erlernen	393	68,2	387	63,6
Suchtmittelkonsum vermindern	387	67,2	386	67,1
Gelassener mit Streit umgehen	392	55,1	387	52,5

Ferner sollte untersucht werden, inwieweit als wichtig eingeschätzte Ziele erreicht oder auch nicht erreicht wurden. Hierüber gibt Tabelle 91 Auskunft.

Ein Ziel das als wichtig eingeschätzt wurde, konnte von minimal 18,1% (schulische und berufliche Wiedereingliederung) und maximal 50,1% (Suchtmittelkonsum kontrollieren) der Teilnehmer/-innen erreicht werden. Ein Ziel, das zwar als wichtig eingeschätzt wurde, konnte von maximal 27,2% (besser mit Druck und Stress umgehen können) und minimal von 15,4% (über Suchtstoffe und -verhalten informieren) dann aber nicht erreicht werden.

Tabelle 91: Erreichung der Teilnehmerziele nach der subjektiven Einschätzung der Wichtigkeit

Teilnehmerziele	n	unwichtiges Ziel nicht erreicht	wichtiges Ziel nicht erreicht	unwichtiges Ziel erreicht	wichtiges Ziel erreicht
Suchtmittelkonsum kontrollieren	374	15,2	24,9	13,9	46,0
Mehr Risikobewusstsein entwickeln	375	15,5	17,6	26,1	40,8
Selbstvertrauen stärken	388	17,5	21,4	21,9	39,2
Informieren über Suchtstoffe und -verhalten	382	11,5	15,4	30,4	42,7
Besser mit Druck und Stress umgehen können	389	14,4	27,2	18,8	39,6
Soziale Kontakte erhalten/ aufbauen	384	31,8	20,8	22,4	25,0
Schulische und berufliche Wiedereingliederung	320	36,9	19,7	25,3	18,1
Gesundheitliche Belastungen abbauen	355	32,1	23,9	22,5	21,4
Alternative Verhaltensweisen zum Suchtmittelkonsum erlernen	376	13,0	23,7	18,4	44,9
Suchtmittelkonsum vermindern	369	16,3	17,6	16,0	50,1
Gelassener mit Streit umgehen	373	22,8	25,7	21,2	30,3

11.4.2 Erreichte Teilnehmerziele nach Bildungsabschluss

Um zu prüfen, ob sich Teilnehmer/-innen unterschiedlicher Bildungsabschlüsse im Grad ihrer Zielerreichung unterschieden, also unterschiedlich stark von SKOLL profitierten oder ihre subjektiven Teilnehmerziele aufgrund sprachlicher Beweglichkeit leichter umdefinierten, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit der Schulbildung als unabhängiger Variable und dem Bildungsabschluss als abhängiger Variable berechnet. Wie aus Tabelle 92 hervorgeht, unterschieden sich die Teilnehmer nicht signifikant in ihrer Zielerreichung. Somit konnten alle Teilnehmer/-innen ihre Ziele nach eigener Einschätzung in ungefähr dem gleichen Umfang erreichen.

Tabelle 92: Erreichte Teilnehmerziele nach Bildungsabschluss (VA, N = 408)

	n	M	df	F	p	eta ²
Erreichte Teilnehmerziele – insgesamt						
Keinen	44	54,38	4	1,115	,349	,012
Hauptschule	123	55,43				
Mittlere Reife	137	51,60				
Abitur	36	51,05				
FH oder Uni	20	52,84				

Erreichte Teilnehmerziele – Suchtbezogen						
Keinen	43	58,12	4	0,659	,621	,007
Hauptschule	122	59,29				
Mittlere Reife	136	56,57				
Abitur	36	54,86				
FH oder Uni	20	58,20				
Erreichte Teilnehmerziele – Allgemein						
Keinen	44	51,06	4	1,206	,308	,013
Hauptschule	123	52,02				
Mittlere Reife	137	47,52				
Abitur	36	47,86				
FH oder Uni	20	48,17				

11.5 Kursleiter-Einschätzung der Wirksamkeit

Die Gruppenleiter wurden auf jeder Gruppendokumentation, also für jede Gruppe gesondert, nach ihrer Einschätzung zur Wirksamkeit von SKOLL befragt. Die höchste Einschätzung mit einem Mittelwert von 3,31 erreichte die Eignung von SKOLL für Bedingungen und Arbeitsfeld der Einrichtung. Alle drei Items erhielten eine mittlere Einschätzung, ungefähr mit der Bedeutung von „stimmt weitgehend“.

Diese Fragen dienten weniger der Wirkungserhebung, da von einer Objektivität der Gruppenleitungen nur bedingt ausgegangen werden kann, weil diese nur Gruppen an ihren eigenen Standorten kannten. Sie konnten vielmehr zur Kontrolle von Moderatoreffekten durch erwartete Selbstwirksamkeit eingesetzt werden. Die Varianz der Items wies jedoch bei Inspektion keine Muster auf (Personen, Standorte).

Tabelle 93: Beurteilung der Wirksamkeit

	n	M	SD	Range
Skoll ist für alle Teilgruppen günstig und kann sie gut ansprechen	72	2,97	0,95	0-4
Man kann von Skoll deutliche Wirkungen erwarten	71	2,97	0,79	0= gar nicht
Skoll ist für unsere Bedingungen und Arbeitsfeld gut geeignet	72	3,31	0,72	4= stimmt genau

11.6 Besondere Merkmale und Motive der Teilnehmer/-innen

Die Gruppenleiter sollten auch Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppen einschätzen (s. Tabelle 94). 31,43% der Teilnehmer/-innen wiesen nach Beobachtung der Kursleitungen bereits eine ausgeprägte und chronifizierte Abhängigkeit auf. Teilnehmer/-innen mit auffallenden psychischen Veränderungen machten 21,71% aus. Etwa ein Fünftel der Teilnehmer/-innen war klar fremdmotiviert im Kurs, nämlich 18,68% mit Auflagen oder Anforderungen aus dem sozialen Umfeld (z.B. vom Arbeitgeber) und 13,5% mit Bewährungsauflagen.

Die Kursleitungen schätzten den Anteil innerlich unbeteiligter Teilnehmer/-innen auf etwa 15%, also ungefähr den Anteil mit 3 und mehr fehlenden Treffen.

Tabelle 94: Besonderheiten der Zielgruppe nach Beobachtung der Kursleitungen

Anteil von Teilnehmer/-innen.....	n	%	m.v.
...die zwar überwiegend anwesend waren, aber eigentlich kaum erreicht worden sind?	68	17,03	34,6
...mit Bewährungsauflagen?	62	13,44	40,4
...mit anderen Auflagen?	68	18,68	34,6
...mit auffallenden psychischen Veränderungen?	71	21,71	31,7
...mit ausgeprägter, chronifizierter Abhängigkeit?	68	31,43	34,6
...sonstigen besonderen Merkmalen	42	35,68	59,6

11.7 Durchführungsqualität in den Einzelmodulen

11.7.1 Gruppenklima

Die Gruppenleiter sollten zu jedem Kurs ein Urteil zum Gruppenklima, Motivation und zu der Manualtreue geben. Die Mittelwerte des Gruppenklimas lagen in allen Kursen zwischen 3,42 und 3,72. Somit wurde „Das Gruppenklima war freundlich und unterstützend“ bei allen Kursen mit einem Wert weitgehender Zustimmung beantwortet (s. Abbildung 7).

Die Einzelmodule unterschieden sich in Mittelwert und Streuung kaum, das Gruppenklima war also nicht vom Thema abhängig.

Tabelle 95: Gruppenklima in den Einzelmodulen

Das Gruppenklima war freundlich und unterstützend	n	M	SD	Range
Kennenlernen	78	3,42	0,78	0-4 0= gar nicht 4= stimmt genau
Erfassen ambivalenter Gefühle	84	3,54	0,63	
Risikosituation	82	3,46	0,82	
Stressmanagement	83	3,51	0,70	
Soziales Netzwerk	82	3,57	0,63	
Umgang mit irrationalen Gedanken	81	3,56	0,71	
Auslöser für Krisen/Rückfall	79	3,52	0,70	
Umgang mit Konflikten	79	3,71	0,58	
Freizeitgestaltung	78	3,60	0,76	
Rituale	77	3,73	0,66	

11.7.2 Motivation

Ein ähnliches Bild zeigte auch die von der Kursleitung wahrgenommene Motivation in allen Einzelmodulen der Kurse. Hier lagen die Mittelwerte zwischen 3,31 und 3,62. Auch hier wurde den Aussagen „Die Gruppe arbeitet motiviert mit“ in allen Kursen weitgehend zugestimmt. Die Arbeitsintensität schwankte somit zwischen den Modulen kaum.

Tabelle 96: Gruppenmotivation in den Einzelmodulen

Die Gruppe arbeitet motiviert mit	n	M	SD	Range
Kennenlernen	78	3,31	0,78	0-4 0= gar nicht 4= stimmt genau
Erfassen ambivalenter Gefühle	84	3,33	0,83	
Risikosituation	82	3,30	0,86	
Stressmanagement	83	3,41	0,81	
Soziales Netzwerk	81	3,42	0,74	
Umgang mit irrationalen Gedanken	80	3,43	0,82	
Auslöser für Krisen/Rückfall	80	3,34	0,87	
Umgang mit Konflikten	79	3,62	0,67	
Freizeitgestaltung	79	3,48	0,78	
Rituale	78	3,58	0,76	

11.7.3 Vollständige Umsetzung der jeweiligen Einzelmodule

Die Kursleitungen gaben auch an, ob die Inhalte, die das Manual für die jeweilige Sitzung vorsah, umgesetzt werden konnten. Dies war zwar weitgehend, aber keineswegs vollständig der Fall. Im Mittel erhielten die Gruppen Ergebnisse etwas über dem Skalenzentralwert (s. Abbildung 7). Die besten Werte für Vollständigkeit erreichte die Sitzung „Rituale“ (M= 3,36), immer noch deutlich unter einer vollständig manualgerechten Umsetzung. Die am unvollständigsten umgesetzte Sitzung war die Bearbeitung von „Risikosituationen“ (M = 2,75), gefolgt von Stressmanagement (M = 2,82) und dem Erfassen ambivalenter Gefühle (M = 2,83). Diese drei Module wurden also häufig stark modifiziert oder unvollständig durchgearbeitet. Dies entspricht den Beobachtungen der Gruppenleiterbefragung 2009, dass das Programm als zu inhaltsreich beurteilt wurde. Vereinfachungen oder die Erarbeitung von Teilmodulen für besondere Zielgruppen sollten an diesen Modulen ansetzen.

Tabelle 97: Vollständige (manualgetreue) Umsetzung der Einzelmodule

Alle Inhalte konnten in der Sitzung umgesetzt werden	n	M	SD	Range
Kennenlernen	78	3,00	0,95	0-4 0= gar nicht 4= stimmt genau
Erfassen ambivalenter Gefühle	84	2,83	0,94	
Risikosituation	83	2,75	1,02	
Stressmanagement	83	2,82	0,87	
Soziales Netzwerk	81	3,15	0,99	
Umgang mit irrationalen Gedanken	79	3,00	0,89	
Auslöser für Krisen/Rückfall	80	3,01	0,95	
Umgang mit Konflikten	78	3,17	0,87	
Freizeitgestaltung	79	3,22	0,93	
Rituale	78	3,36	0,85	

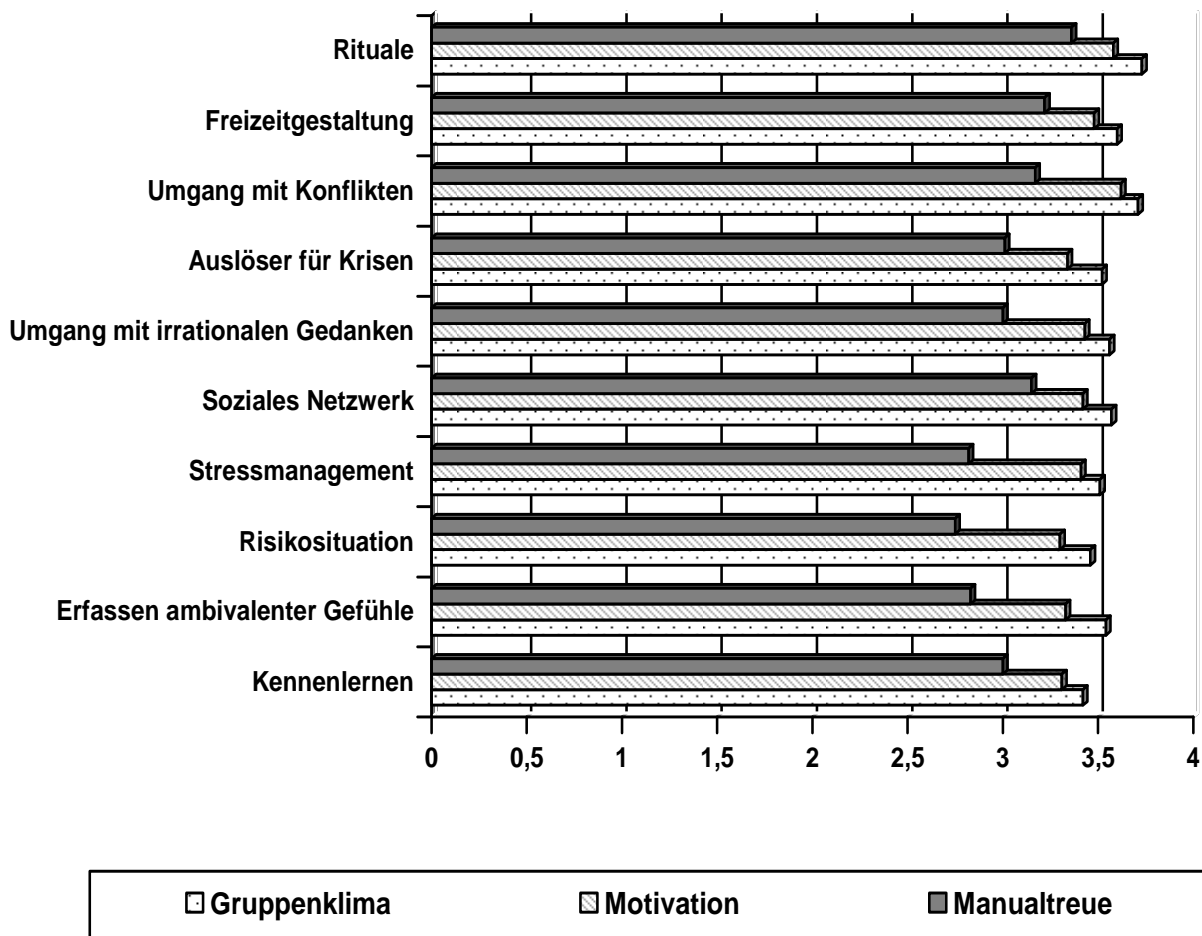


Abbildung 7: Beurteilung der Durchführungsqualität

11.7.4 Fazit: Durchführungsqualität

Ein erheblicher Anteil der Teilnehmer/-innen wies nach Beobachtungen der Kursleitungen Besonderheiten auf. Hervorzuheben sind 31,4% mit ausgeprägter, chronifizierter Abhängigkeit, 21,7% mit auffallenden psychischen Veränderungen sowie 14% mit Bewährungsaufgaben und 18,7% mit sonstigen Auflagen (z. B. von Arbeitgeber oder Schule). Die SKOLL-Gruppen hatten somit zu wirken

- mit einem hohen Anteil von klar extrinsisch (durch sozialen Druck) motivieren Personen
- mit einem hohen Anteil Abhängiger
- mit einem hohen Anteil psychisch hochbelasteter Personen.

Namentlich der Anteil Abhängiger erschwert das Vorgehen und widerspricht dem Grundkonzept einer Frühintervention. Andererseits kann eine psychologische Diagnostik vor dem Programm kaum durchgeführt werden, die Sucht wird also i. d. R. erst im Gruppenverlauf deutlich. Sie wurde von den Interessent/-innen möglicherweise vor sich selbst und anderen heruntergespielt oder gezielt

verborgen – ein wenig überraschendes Verhalten und in diesem Arbeitsfeld häufig. In dieser Hinsicht spiegelt die einbezogene Stichprobe die Bedingungen einer Breitenwirksamkeitsprüfung unter Realbedingungen.

Die einzelnen Module unterschieden sich hinsichtlich Gruppenklima und Motivation der Teilnehmer/-innen nach Beobachtungen der Gruppenleitungen wenig voneinander. Allerdings erwiesen sich 3 Module als schwer vollständig zu vermitteln, und zwar Risikosituationen, Stressmanagement und ambivalenten Gefühlen. Programmverbesserungen sollten an diesen Modulen ansetzen.

12 Wirksamkeit der Einzelmethoden (Expertenbefragung)

12.1 Einzelmodule

Die Module stellen eine gute Grundlage für die Arbeit dar und die Gruppenleiter/-innen arbeiten gerne mit den Modulen. Sie bieten die Möglichkeit die Arbeit gut zu strukturieren, da alles hervorragend und logisch aufeinander aufbaut. Die Themen sind gut und hilfreich. Die einzelnen Themen haben viel gebracht. Die Module wirken. Mit den Bausteinen kann bei den Teilnehmer/-innen viel hoch geholt werden, unabhängig von den gesteckten Zielen. Die Beschäftigung mit den Themen, ist nach Aussage der Teilnehmer/-innen sehr wichtig, berichten die Gruppenleiter/-innen. Jedes der Module hat seine Stärken. Die Module sind flexibel einsetzbar, können untereinander getauscht werden und auch in Länge und Dauer variiert werden. Die Stringenz in der Vorgehensweise muss nicht übernommen werden. Auch kann jeder Berater, unabhängig des psychologischen Bereichs, mit den Modulen Arbeiten. Dennoch wird durch die Gruppenleiter/-innen auch betont, dass eine erfolgreiche Arbeit mit den Modulen auch immer abhängig von der jeweiligen Gruppe ist.

Praktisch alle einzelnen Module werden als wichtig beurteilt. Die Häufigkeit der Nennungen rechtfertigt für sich keine Folgerungen, welche Module zuerst und welche möglicherweise nicht durchgeführt werden sollten; sie sind aus Sicht der Expert/-innen somit alle wichtig und sinnvoll. Unabhängig von einzelnen Modulen bietet der bausteinartige Aufbau des Gesamtprogramms aus Sicht der Befragten eine übersichtliche und flexible Arbeitsgrundlage.

„Hilfreiche Gedanken“, also das Modul 6 ist eine gute Grundlage für die Arbeit.“ (44/24)

„Module wirken, besonders die Einheit mit gemeinsamen Merkmalen.“ (34/20)

„Die Module, die Stringenz in der Vorgehensweise, die man ja nicht sklavisch übernehmen muss, aber die Möglichkeit bieten, die Arbeit gut zu strukturieren; sehr schön sind die Tabellen. [...] Ganz wichtig ist der Baustein „Freizeit“, aber er ist auch schwierig, da kommt meistens nichts. Bei den anderen Bausteinen können sie viel hochholen, egal, welches Ziel sie sich gesetzt haben, aber beim Thema „Freizeit“ ist es schwierig.“ (33/22)

„Das erste Modul, damit arbeiten wir hier sehr gerne.“ (32/14)

„Die Sitzung „Soziale Netzwerke“ war ganz wichtig. Da haben wir zusammen erarbeitet wo es im Bekannten - oder Freundschaftskreis es Menschen gibt, die einem nahe sind oder die eher auf Distanz sind. So eine Art Soziogramm eben. Das war eine wesentliche Einheit. Es war gut strukturiert und das hat beim Fixieren geholfen.

Und die zweite Sitzung war, ich glaub das heißt jetzt „Hilfreiche Gedanken“, früher hieß es noch anders, auch wichtig. Den Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen aufzuzeigen und die Gedanken zu hinterfragen.“ (25/19)

„Die 10 Themen waren gut, hilfreich!“ (24/15)

„Jedes der Module hat seine Stärken, jedes kann individuell gestaltet und eingesetzt werden, und jeder Berater, egal aus welchem „Psycho-Bereich“ er kommt, kann damit arbeiten.“ (22/27)

„Gut, sogar sehr gut ist fast alles. Super anwendbar ist das Stressmanagement und der Bereich zum Sozialen Netzwerk.“ (19/19)

„Die Einheit „Hilfreiche Gedanken“, und dann die ganze Mischung: Trainingsplan, jede Woche die soziale Kontrolle in der „Gruppe der Gleichgesinnten“. Wir hatten aber auch genügend Zeit!“ (18/19)

„Die Beschäftigung mit den Themen war nach Aussage der TN sehr hilfreich, die Wirkung war aber nicht sofort, nicht in oder gleich nach der Stunde, sondern erst im Nachhinein.“ (18/24)

„Die Wertschätzung, die Grundhaltung, die Auseinandersetzung mit den Ambivalenzen, das Thema Stress, Herauszuschälen, was wichtig ist, wie groß (oder auch klein!!!) die Schritte sind, die man gehen kann!“ (17/21)

„Dann kommt noch hinzu, dass wir es anders als unsere Koll. aus anderen Regionen organisieren:

- Die Gruppe trifft sich jeden Dienstag
- die Bausteine sind so abgegrenzt, dass jedes Modul für sich abgeschlossen ist
- Man kann jederzeit einsteigen

Wir haben für diese Vorgehensweise/ trotz dieser Vorgehensweise, so genau weiß man das nicht, aber ich glaube, wegen dieser Vorgehensweise ein positive Resonanz und gut Rückmeldungen erhalten.“ (15/20)

„Das waren für mich die folgenden Module:

„Ambivalente Gefühle“ - es erfassen, „Umgang mit Stress“, „Wohlbefinden“, „Freizeit“.“ (14/21)

„'Stressanalyse' und „Ressourcen“ waren die beiden effektivsten Bausteine in dem Modular.“ (13/21)

„Ganz grundsätzlich sind es mit Einschränkungen die Module, die Kursform.“ (12/23)

„Das Programm selber mit den Modulen, es ist alles hervorragend aufgebaut. „Stressbewältigung“ und „Risikosituation“ waren besonders hilfreich.“ (11/22)

„'Irrationale Gedanken' und die Doku.“ (9/27)

„Durch die Anlage mit den Modulen und den Arbeitsblättern wurde das Nachdenken gefördert und auch der Austausch untereinander, also die Gruppe selber als Idee war schon ein therapeutischer Schritt.“ (8/22)

„Die Module sind hilfreich und nicht hilfreich, das ist abhängig von der Gruppe bzw. von der Zusammensetzung der Gruppe. Gilt ebenso für die Hausaufgaben und auch für die einzelnen Module, .“ (7/21)

„Unsere Leute sind äußerst eloquent bis äußerst reduziert, das macht es schwierig, die Module in einem Guss einzusetzen, wir mussten von Gruppe zu Gruppe neu vorgehen. Ich persönlich fand den Teil „Irrationale Gedanken“ ausgesprochen hilfreich, der Schwierigkeitsgrad war sehr unterschiedlich, für manche war es zu schwierig, zu hoch und für andere hingegen zu trivial - eine Frage des Niveaus.“ (6/23)

„Wir haben das ganze Programm von vorne bis hinten durchgezogen: alle Module! [...]. Und das ist das Schöne an dem Programm:

Module? Ja, gut und schön! Aber mit unterschiedlichem Einsatz.“ (4/20)

„Die einzelnen Themen waren es, haben viel gebracht. Dieser logische Aufbau in Form von Modulen war gut - und die einzelnen Themen wie z. B. Stress-Management. [...] „Rituale“ wie z. B. das „Tongefäß-Modell“ beim 10. Treffen: Das geht immer richtig gut.“ (3/22)

„Der Ordner, die vielen Methoden, Module, die flexibel einsetzbar sind, untereinander getauscht werden und auch in der Länge, der Dauer variiert werden können.“ (2/27)

12.2 Gruppenarbeit

Bei dem Programm stellt die Gruppe einen besonders wichtigen Faktor dar. Die Gruppenleiter/-innen teilten mit, dass SKOLL die konkrete Mitarbeit der Kursteilnehmer/-innen fördert, so dass für die Arbeit wichtige gruppenspezifische Prozesse entstehen. Die konkreten Erfahrungen der Menschen in den Gruppen, die sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden, die Beständigkeit und Nähe durch die Gruppe sind wichtige Faktoren. Dieser Ansatz spricht auch Leute an, die unsicher sind und sich nicht öffnen mögen.

Ein dynamischer Prozess wird außerdem durch die Verknüpfung der Gruppe mit dem Know-how der Gruppenleiter/-innen ausgelöst, da sich alles bedingt und gegenseitig beeinflusst. Durch den pädagogisch-psychoedukativen Ansatz des Programms bekommt die Zusammenarbeit mit den Teilnehmer/-innen einen anderen Charakter. Dieser zielt mehr auf eine Überprüfung, Selbstbeobachtung sowie Selbstwahrnehmung als auch auf Wissensvermittlung, Austausch und Motivationsausbildung ab, so die Meinung der Befragten. Die Gruppendynamik sowie der Gruppeneffekt, das Aha-Erlebnis, das alle im selben Boot sitzen sind gut für die Arbeit. Dabei spielt laut Meinung der Gruppenleiter/-innen auch die Zusammensetzung der Gruppe eine wichtige Rolle. Die Gruppen können beispielsweise aus Personen verschiedenen Alters, mit unterschiedlichen Suchtmitteln und unterschiedlichen Ressourcen bestehen. Die Teilnehmer/-innen können von einander lernen, sowohl die Jungen von den Erfahrungen der Älteren als auch umgekehrt.

Auch wenn sich zunächst jeder Einzelne selbst etwas erarbeiten muss, die Wirkung entsteht in der Gruppe, zum Beispiel durch die wöchentliche soziale Kontrolle in der Gruppe. Laut Aussage der Gruppenleiter/-innen ist es für die Teilnehmer/-innen auch hilfreich, wenn sie in der Gruppe von anderen erfahren, wie schwer es ist und dass es manchmal verdammt schwer ist.

„Da ist es 1. die Gruppe, der Faktor Gruppe, der gruppendynamische Prozess für sich schon einmal. Dann die Erfahrung mit den Menschen in der Gruppe, die sehr konkreten Erfahrungen, dass sie sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden und sie so voneinander lernen können (z. B. die Jüngeren von den Erfahrungen der Älteren, von ihren „Warnungen“. Dass z. B. ein 25-Jähriger zu einem 21-Jährigen sagen kann: „...Pass auf! Vor dem Problem stand ich auch mal!“).“ (38/20)

„Durch Beständigkeit und durch Nähe, die Nähe durch die Gruppe sowie durch die Verknüpfung der Gruppe mit unserem know how. Das hat auch indirekt Einfluss auf die Durchführung ausgeübt. Alles zusammen hat sich auch gegenseitig bedingt und einen dynamischen Prozess ausgelöst.“ (36/26)

„Es ist hilfreich wenn man sich dem Thema „Sucht/Abhängigkeit“ nicht über eine therapeutische Schiene annähert, sondern der Zugang eher pädagogisch-psychoedukativ ist (auch wenn sich psychologische Methoden überall befinden). Dadurch bekommt die Zusammenarbeit mit Teilnehmern einen anderen Charakter, der mehr auf Überprüfung, Selbstbeobachtung/Selbstwahrnehmung, Wissensvermittlung, gemeinsamem Austausch und Bewusstseins-/Motivationsbildung abzielt.“ (35/11)

„Besonders die konkrete Mitarbeit 1. in der Gruppe.“ (35/14)

„wir sitzen doch alle in einem Boot, das AHA-Erlebnis, die Gruppendynamik, der Gruppeneffekt, ist alles sehr gut, lief jedes Mal.“ (34/20)

„Ich fand das Meiste wirklich sehr gut. Wenn man mit den Klienten die Abläufe durchgeht, Alles erklärt hat, dann merken sie sehr schnell, dass sie genauso ticken wie die andern. Die Gruppenzusammensetzung kann man nicht immer beeinflussen, manchmal schon.“ (33/22)

„Ich würde auch sagen, dass die Gruppenzusammensetzung sehr wichtig ist. Wir hatten Personen verschiedenen Alters, mit anderen Suchtmitteln und unterschiedlichen Ressourcen in einer Gruppe. Das ist ja auch okay so, aber es ist manchmal schwierig, da einige mit dem Selbstmanagement überfordert sind. Wissen Sie, da sind manchmal Personen dabei, die die Schule abgebrochen haben oder seit der Hauptschule nicht mehr viel gelernt haben. Die sind dann oftmals überfordert und ich denke, dass es dann nicht wirkt.“ (28/17)

„Die Gruppe!!! Der Einzelne muss sich zwar selbst etwas erarbeiten, die Wirkung entsteht in der Gruppe -das meint sowohl die Wirkung auf die Gruppe und die Wirkung auf ihn.“ (23/18)

„Die Gruppe,.“ (21/22)

„jede Woche die soziale Kontrolle in der „Gruppe der Gleichgesinnten“. Wir hatten aber auch genügend Zeit!“ (18/19)

„Für die TN war es auch hilfreich, wenn sie in der Gruppe auch erfahren haben - von anderen - wie schwer es ist, dass es manchmal verdammt schwer ist!“ (17/21)

„Die Tatsache, dass man sich in der Gruppe trifft, hat schon für sich einen guten verhaltenstherapeutischen Effekt durch den Austausch untereinander.“ (15/20)

„Die Arbeit in der Gruppe in Verbindung mit einem obligatorischen Erstgespräch als eine Art Einleitung, damit Jeder/Jede darauf vorbereitet ist, was ihn/sie erwartet und dann ist ein weiterer Effekt, dass der/die Gruppenleiter/-in schon bekannt ist.“ (15/24)

„[...] die Arbeit in Gruppen gegenüber den Einzelgesprächen bevorzugt und Theorie und Praxis ausgewogen miteinander verknüpft.“ (10/23)

„und auch der Austausch untereinander, also die Gruppe selber als Idee war schon ein therapeutischer Schritt. [...]“ (8/22)

„Im Verhältnis zu anderen Vorgehensweisen ist besonders zu begrüßen der gruppenspezifische Prozess, der schon für sich genommen einen Effekt, eine Wirkung hat.“ (5/20)

„Dann hatte auch allein die Tatsache, dass sie in einer Gruppe sind, den Effekt, dass sie voneinander lernen, und nicht nur innerhalb ihrer Altersgruppe, sondern auch die Alten von den Jungen und umgekehrt. Das war sehr, sehr gut.“ (2/25)

„Und natürlich die Gruppenarbeit, die gruppenspezifischen Effekte.“ (2/27)

„Die wöchentlichen Treffen, das Arbeiten in der Gruppe, bei einigen auch die Reflexion - Selbstreflexion und die Struktur der Kurse sprechen die Leute an, die unsicher sind, sich nicht öffnen mögen. Gruppenarbeit - Einzelarbeit - Hausaufgaben sollen nach SKOLL eine Einheit bilden und in diesem Dreiklang die SKOLL entsprechende Arbeitsform sein. Dieses lief prinzipiell gut bei Leuten ab dem 35. Lebensjahr sowie bei „bildungsnahen“ Jugendlichen - es lief nicht bzw. nicht gut, nicht zufrieden stellend bei den Jungen und bei Bildungsfernen.“ (1/26)

„SKOLL wirkt auf die Leute weniger fremdbestimmt, sie werden hier ernst, anders wahrgenommen. Sie können sich besser einbringen. Was aber vor allem interessant und hilfreich ist, das ist die Gruppe selber. Sie können sich hier einbringen, man hört ihnen zu, das stärkt ihr Selbstbewusstsein, und sie profitieren auch andererseits von dem, was die anderen TN berichten.“ (11/20)

12.3 Dokumentation

Die Dokumentation wird von den Gruppenleiter/-innen als sehr wichtig erachtet denn sie ist hilfreich für den Gruppenprozess, auch wenn sie von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich verlaufen kann. Einige Gruppen haben den Dokumentationsbogen erstaunlicherweise immer ausgefüllt, andere haben sich dagegen gesträubt. Dokumentationsbögen werden also bearbeitet oder auch nicht. Es gab Gruppenleiter/-innen die berichteten, dass sie den Dokumentationsbogen den Teilnehmer/-innen mit nach Hause gegeben haben und er dann von manchen ausgefüllt wurde, von anderen wurde es vergessen. Die Gruppenleiter/-innen sind dennoch der Meinung, dass der Dokumentationsbo-

gen ein wichtiges Arbeitsinstrument ist, das nicht weggelassen werden sollte. Mithilfe der Selbstbeobachtungsblätter kommen die Teilnehmer/-innen zu einer Blickpunkterweiterung und lernen, dass es am Wichtigsten ist, über sich selbst nachzudenken. Die Dokumentationsanalyse wird von den Gruppenleiter/-innen für gut befunden, denn sie fördert den Austausch und die Hilfsbereitschaft der Kursteilnehmer/-innen untereinander. Wenn es beispielsweise Unstimmigkeiten mit dem Dokumentationsbogen gab, dann wurde darüber in der Gruppe diskutiert.

„wie auch natürlich die Dokumentation!“ (35/14)

„(lacht) Also die Dokumentation fand ich sehr wichtig auch wenn sich immer alle dagegen gesträubt haben. Aber die Doku ist hilfreich für den Gruppenprozess. Die Leute geben manchmal auch Ratschläge und dann entsteht so eine Art Diskussion.“ (29/17)

„Mit dem Doku-Bogen sind wir erstaunlicherweise immer gut gefahren, er wird ausgefüllt!.“ (11/22)

„Die Module sind hilfreich und nicht hilfreich, das ist abhängig von der Gruppe bzw. von der Zusammensetzung der Gruppe. Gilt ebenso für die Hausaufgaben und auch für die einzelnen Module, den Doku-Bogen usw.: Hausaufgaben und Doku-Bogen sind bearbeitet worden oder nicht, gemacht worden oder nicht, also, man kann sagen, dass einige die Hausaufgaben nicht gemacht hatten, wodurch wir dann gezwungen waren, die Themen dann gemeinsam zu besprechen.“ (7/21)

„Wir geben den Doku-Bogen immer mit, er wird von manchen ausgefüllt, wird angeblich vergessen, wird aber auch ausgefüllt. Das bedeutet nicht, dass man ihn als Arbeitsinstrument weglassen sollte. Wir besprechen das dann gemeinsam.“ (6/23)

„50% haben erkannt, dass sie abhängig sind, sind dann bei uns Patienten geworden. Wir lernen uns durch SKOLL kennen, sie haben durch ihre Trainingspläne eine gewisse Struktur, eine Art Roten Faden, mithilfe der Selbstbeobachtungsblätter haben sie eine Blickpunkterweiterung und gelernt, dass es am Wichtigsten ist, über sich selbst erst einmal nachzudenken.“ (4/20)

„Die Dokumentationsanalyse fand ich gut. Das fördert den Austausch und die Hilfsbereitschaft untereinander. Wissen Sie, dass war immer so, dass die Teilnehmer ihren Dokubogen vorne beim Leiter vorgelegt haben und wenn es Unstimmigkeiten oder so was gab, dann haben wir das in der großen Gruppe diskutiert. Dann konnte der Teilnehmer Erklärungen für sein Verhalten abgeben und Stellung dazu nehmen. Und die anderen haben ihm dann Ratschläge geben, so was wie: also ich hab das auch schon mal so erlebt und ich hab das und das gemacht. Das hat mir geholfen. Das hilft den Teilnehmern insofern, dass sie wissen wie sie mit bestimmten Situationen umgehen können. Außerdem macht es die individuellen Unterschiede im Umgang mit Drogen klar.“ (30/20)

12.4 Arbeitsblätter

Die Arbeitsblätter sind laut Meinung der Gruppenleiter/-innen sehr sorgfältig, gewissenhaft und systematisch und es wurde viel mit ihnen gemacht. Ein Kurs kann eine spielerische Form durch die Arbeitsblätter annehmen. Die Arbeitsblätter fördern die Introspektion und ermöglichen einen individuellen Umgang mit der Sucht. Sie fördern das Nachdenken und den Austausch untereinander in der Gruppe. Für die Gruppenleiter/-innen sind die Arbeitsblätter hilfreich als eine Art „roter Faden“. Die Teilnehmer/-innen haben mit dem Ausfüllen der Arbeitsblätter die Kursstunde nachgearbeitet. Die Gruppenleiter/-innen haben alles von den Teilnehmer/-innen freiwillig machen lassen, es gab keine Pflicht.

„Die spielerische Form, wir machen viel mit den Arbeitsblättern, die sie bekommen, sehr sorgfältig und gewissenhaft und sehr systematisch.“ (40/22)

„Arbeitsblätter, die zuhause zu bearbeiten waren, wie auch natürlich die Dokumentation.“ (35/14)

„Die Arbeitsblätter fördern die Introspektion. Sie ermöglichen den individuellen Umgang mit der Sucht. Das haben die Teilnehmer ja meist in Stillarbeit gemacht. Somit war es dann ein Prozess, der nach innen wirkt. Deshalb Introspektion.“ (30/22)

„Durch die Anlage mit den Modulen und den Arbeitsblättern wurde das Nachdenken gefördert und auch der Austausch untereinander, also die Gruppe selber als Idee war schon ein therapeutischer Schritt. Auch die Arbeitsblätter waren hilfreich, die haben sie ausgefüllt und sozusagen damit die Stunde nachgearbeitet.

Wir hatten zu Anfang eine Gruppe mit Raucher, „ganz normalen Leuten“, „mit einer Les-Schreib-Schwäche“. Wir haben den Kurs zu zweit durchgeführt, keiner hat gemosert, wir hatten es aber Alles freiwillig machen lassen, nichts war Pflicht, auch nicht das Ausfüllen der Bögen, aber ohne Stigmatisierung, haben auch unterstützt und Hilfe geleistet, haben nicht alle Arbeitsblätter eingesetzt, am Ende eines jeden Tages eine Art Auswertung gemacht.“ (8/22)

„Zumindest als „Roter Faden“ konnten die Arbeitsblätter eingesetzt werden, als Grundkonzept war alles sehr hilfreich.“ (7/21)

12.5 Trainingsplan

Die Erstellung eines Trainingsplans ist für die Gruppenleiter/-innen eine wichtige Arbeitsform von SKOLL. Die Teilnehmer/-innen haben durch ihre Trainingspläne eine gewisse Struktur, eine Art „roten Faden“ und das ist prima.

„das Erstellen des Trainingsplans, die Zieldefinitionen und die Motivationserfassung. Ja, das war es so im Großen und Ganzen.“ (26/17)

„die ganze Mischung: Trainingsplan, jede Woche die soziale Kontrolle in der Gruppe der Gleichgesinnten. Wir hatten aber auch genügend Zeit!“ (18/19)

„50% haben erkannt, dass sie abhängig sind, sind dann bei uns Patienten geworden. Wir lernen uns durch SKOLL kennen, sie haben durch ihre Trainingspläne eine gewisse Struktur, eine Art Roten Faden, mithilfe der Selbstbeobachtungsblätter haben sie eine Blickpunkterweiterung und gelernt, dass es am Wichtigsten ist, über sich selbst erst einmal nachzudenken.

Wir haben das ganze Programm von vorne bis hinten durchgezogen: alle Module! Wir haben sogar Leute aus Werkstätten dabei gehabt!

Und das ist das Schöne an dem Programm: Module? Ja, gut und schön! Aber mit unterschiedlichem Einsatz! Trainingsplan und Methoden? Prima! Aber auch hier angepasst an unser Zeitmanagement. Wir kamen häufig mit der Zeit nicht hin, wenn ein Thema mehr Zeit brauchte; haben wir dann woanders eingespart. Wir haben es immer an die jeweilige Gruppe angepasst, Schwerpunkte je nach Bedarf gesetzt.“ (4/20)

12.6 Diskussion

Aufgrund des Ansatzes von SKOLL sind innerhalb der Gruppen Diskussionen entstanden, die von den Gruppenleiter/-innen als eine wichtige Arbeitsform bezeichnet wurden. Es gab beispielsweise interessante Diskussionen zu Beginn des Kurses, wo die Teilnehmer/-innen versteckte therapeutische Botschaften herausgehört haben, hinsichtlich einer Abstinenz. Der Ansatz von SKOLL regt zu Diskussionen an und das fördert den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer/-innen untereinander. Beispielsweise wurden in der Gruppe auch Unstimmigkeiten diskutiert. Den Teilnehmer/-innen wurde die Möglichkeit gegeben Erklärungen für ihr/sein Verhalten abzugeben und Stellung dazu zu nehmen. Der Rest der Gruppe hat Ratschläge gegeben, dadurch entsteht eine Art Diskussion. Das hilft den Teilnehmer/-innen, da sie das Wissen erlangen, wie sie mit bestimmten Situationen umgehen können. Eine Diskussion macht auch die individuellen Unterschiede im Umgang mit den Drogen deutlich.

„Interessante Diskussionen gab es zu Beginn, wo Teilnehmer versteckte therapeutische Botschaften hinsichtlich einer Abstinenz aus den Modulen herausgehört haben. Dort wurde dann grundsätzlich auch das Grundthema von SKOLL besprochen.“ (35/11)

„Aber es regt auch Diskussionen an und somit den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer. SKOLL klärt auf zwischen wichtigen suchtspezifischen Themenbereichen.“ (30/18)

„Wissen Sie, dass war immer so, dass die Teilnehmer ihren Dokubogen vorne beim Leiter vorgelegt haben und wenn es Unstimmigkeiten oder so was gab, dann haben wir das in der großen Gruppe diskutiert. Dann konnte der Teilnehmer Erklärungen für sein Verhalten abgeben und Stellung dazu nehmen. Und die anderen haben ihm dann Ratschläge geben, so was wie: also ich hab das auch schon mal so erlebt und ich hab das und das gemacht. Das hat mir geholfen. Das hilft den Teilnehmern insofern, dass sie wissen wie sie mit bestimmten Situationen um-

gehen können. Außerdem macht es die individuellen Unterschiede im Umgang mit Drogen klar.“ (30/20)

„Die Leute geben manchmal auch Ratschläge und dann entsteht so eine Art Diskussion.“ (29/17)

12.7 Hausaufgaben

Von einigen Gruppenleiter/-innen werden die Hausaufgaben als wichtige Arbeitsform betrachtet. Mit den Hausaufgaben ist es ähnlich wie mit der Dokumentation und den Arbeitsblättern. Entweder sie werden gemacht oder nicht, das ist abhängig von der Gruppe. Auf der einen Seite wurde von den Gruppenleiter/-innen die Erfahrung gemacht, dass Hausaufgaben nicht gemacht wurden, was die Konsequenz hatte, dass die Themen dann gemeinsam besprochen wurden. Auf der anderen Seite wurde aber auch die Erfahrung gemacht, dass die Gruppenleiter/-innen überrascht wurden, da sie die Hausaufgaben reduzieren wollten, um die Kursteilnehmer/-innen nicht zu überfordern. Sie haben gedacht, sie verlangen zu viel von Teilnehmer/-innen bekamen dann aber schnell den Eindruck, die Teilnehmer/-innen eher zu unterfordern.

„durch Hausaufgaben (Arbeitsblätter die zuhause zu bearbeiten waren wie auch natürlich die Dokumentation!).“ (35/14)

„Auch mit den Hausaufgaben wurden wir überrascht! Wir hatten das reduzieren wollen - insgesamt, um die Leute nicht zu überfordern, haben gedacht, wir verlangen zu viel, wir hatten dann aber den Eindruck gewonnen, wir würden sie unterfordern.“ (11/22)

„Die Module sind hilfreich und nicht hilfreich, das ist abhängig von der Gruppe bzw. von der Zusammensetzung der Gruppe. Gilt ebenso für die Hausaufgaben und auch für die einzelnen Module, den Doku-Bogen usw.: Hausaufgaben und Doku-Bogen sind bearbeitet worden oder nicht, gemacht worden oder nicht, also, man kann sagen, dass einige die Hausaufgaben nicht gemacht hatten, wodurch wir dann gezwungen waren, die Themen dann gemeinsam zu besprechen.“ (7/21)

12.8 Zielformulierungen

Zielformulierungen werden von einigen Gruppenleiter/-innen als wichtige Arbeitsform benannt. Zielformulierungen sind sehr wichtig, da die Teilnehmer/-innen die Möglichkeit bekommen, ihre eigenen Ziele zu finden. Die Teilnehmer/-innen bekommen im Kurs viel Zeit dafür, um zu überprüfen, ob es sich wirklich um ihr Ziel handelt. Es ist wichtig, dass sich die Teilnehmer/-innen ein Ziel vornehmen, jede Woche gucken wie weit sie gekommen sind, auch mal zurückfallen dürfen und die Freiheit haben es so zu gestalten, wie es ihnen gut tut. Wenn das begriffen und verinnerlicht wird, sind die Teilnehmer/-innen auf einem guten Weg.

„Die regelmäßige Zielformulierung ist sehr wichtig. Die Klienten bekommen die Möglichkeit die eigenen Ziele zu finden. Sie bekommen viel Zeit dafür, um zu überprüfen: Ist das wirklich mein Ziel?“ (28/19)

„die Zieldefinitionen und die Motivationserfassung. Ja, das war es so im Großen und Ganzen.“ (26/17)

„Für mich ist es klar, wie der Ablauf, der Plan sein soll

- Ziel nennen, formulieren oder sich das einfach vornehmen

- jede Woche gucke, wie weit ich gekommen bin

- auch einmal zurückfallen können und dürfen

- Freiheit, das so zu gestalten, wie es mir gut tut

Wenn die TN das erst einmal begriffen haben und auch verinnerlicht, etwas jedenfalls, dann ist man auf einem guten Weg.“ (18/19)

12.9 Psychoedukativer Zugang

Der psychoedukative Zugang zum Thema „Sucht und Abhängigkeit“ wird von einigen Gruppenleiter/-innen als hilfreich beschrieben. Es ist einfacher, wenn man sich nicht über die therapeutische sondern über die pädagogisch-psychoedukative Schiene annähert. Die Zusammenarbeit mit den Teilnehmer/-innen bekommt dadurch einen anderen Charakter. Es wird mehr auf Überprüfung, Selbstbeobachtung, Austausch und Motivationsausbildung abgezielt

„Es ist hilfreich, wenn man sich dem Thema Sucht/Abhängigkeit nicht über eine therapeutische Schiene annähert, sondern der Zugang eher pädagogisch-psychoedukativ ist (auch wenn sich psychologische Methoden überall befinden). Dadurch bekommt die Zusammenarbeit mit Teilnehmern einen anderen Charakter, der mehr auf Überprüfung, Selbstbeobachtung/Selbstwahrnehmung, Wissensvermittlung, gemeinsamem Austausch und Bewusstseins-/Motivationsbildung abzielt.

Es wird das Stigma der Abhängigkeit vermieden, da man von einer anderen Fragestellung aus an das Thema herangeht. Dies wird von den Teilnehmern auch genau so wahrgenommen.“ (35/11)

„Den theoretischen Teil finde ich psychoedukativ, also der eigene Umgang mit der Sucht steht im Fokus. Es geht um das Wissen über die Sucht und die psychischen und körperlichen Zusammenhänge mit der Sucht.“ (30/21)

12.10 Weitere wichtige Arbeitsformen

Zu weiteren wichtigen Arbeitsformen für die Gruppenleiter/-innen zählt unter anderen das **Manual**, da es äußerst wichtig für die Arbeit der Gruppenleiter/-innen ist. Außerdem ist das führen eines **Konsumtagebuchs** wichtig für die Selbstüberprüfung des eigenen Konsums. **Erlebnispädagogik**

ist eine wichtige Arbeitsform, da dadurch alles ein wenig aufgelockert wird. **Wiederholungen** werden als wichtige Arbeitsform gesehen, da diese wirkungsvoll sind und einen reflektiven Charakter haben. Des Weiteren ist die **Treppe zum Ziel** eine wichtige Arbeitsform, die die Teilnehmer/-innen sehr ernst nehmen und gut umsetzen können. Teilnehmer/-innen konnten sehen, das man mit vielen kleinen Zielen, also mit kleinen Schritten, zum großen Ziel kommt, das hat die Motivation gesteigert. Des Weiteren wurden **Schulungen, Rituale, Motivationserfassung, Erhebung des Ist-Zustandes, Nachtreffen** als auch **aktivierende Mitarbeit** als wichtige Arbeitsformen von den Gruppenleiter/-innen aufgezählt.

„Das Konzept/Manual war äußerst hilfreich und für die Arbeit - auch unabhängig von SKOLL bzw. über SKOLL hinaus eine Bereicherung.“ (E 4/24)

„Die Gruppe, die Schulung, die Module, also das ganze Paket. Wir sind hier im ländlichen Raum, arbeiten sehr ergebnisoffen, und das geht gut mit SKOLL wir machen auch noch FRED, aber SKOLL ist hier so eine Art Allzweckwaffe. Bei denen, die Drogen konsumieren, sind Rituale sehr wichtig.“ (21/22)

„Die Erhebung des Ist-Zustandes, das Erstellen des Trainingsplans, die Zieldefinitionen und die Motivationserfassung. Ja, das war es so im Großen und Ganzen.“ (26/17)

„Für uns war es auch wichtig, dass die Klienten Ihr Konsumtagebuch führen. Das war eine Sache, wo wir immer mal nachhaken mussten, weil die Klienten ein Vermeidungsverhalten entwickelt haben. Aber es ist eben wichtig, um sich selbst auch zu überprüfen mit seinem Konsum.“ (28/19)

„Die Treppe zum Ziel“ ist wirklich gut, die TN arbeiten hier gut mit, auch mit den Unterlagen. Sie nehmen es sehr ernst, können es gut umsetzen. Dabei ist die Gruppe Hilfe und Unterstützung. „Hilfreiche Gedanken“, also das Modul 6 ist eine gute Grundlage für die Arbeit.“ (44/24)

„Und der Plan, also die Treppe, fand ich gut. Da konnte man seine Ziele sehen. Die haben wir auch groß im Raum aufgehängt. Es war schön zu sehen, dass man viele kleine Ziele hatten und man in kleinen Schritten zum großen Ziel kommen kann. Am Anfang stand sonst immer das große Ziel Abstinenz. Das schafft man natürlich nicht ohne weiteres. Mit diesem Plan konnten die Leute Erfolge erlangen und dadurch wurde die Motivation noch gesteigert.“ (29/18)

„Von den Leuten kommt bei den Nachtreffen uni sono nur Positives über SKOLL. Die Themen kommen aus ihrem Alltag, es kommen Dinge zutage, die sie tagtäglich erleben, bisher aber nicht erkannt haben, wo die Fangstricke liegen.“ (37/17)

„Wir haben unsere Form gefunden, das Ganze in ein erlebnisorientiertes, ein erlebnispädagogisches setting gelegt, es dadurch ein wenig aufgelockert. Wirkungsvoll ist aus unserer Sicht besonders die Wiederholung in der Runde, die einen reflektiven Charakter hat.“ (36/18)

„Durch aktivierende Mitarbeit; ich lasse die Leute sehr viel selber entscheiden. Wir hatten einen Abbruch, die meisten haben es richtig gut durchgezogen und geschafft, ihre Ziele zu erreichen.“ (31/21)

12.11 Fazit: Sachgerechte Einzelmethoden in SKOLL

Die Berichte der Standorte lassen den Schluss zu, dass alle Teilmodule und Methoden des Programms die intendierten Effekte hervorbringen. In den Auskünften finden sich keine Hinweise auf gegenseitige Beeinträchtigung einzelner Module oder Methoden. Einzig durch die begrenzte Sitzungszeit ist die Gruppenleitung gezwungen, Materialien und Teilschritte als Schwerpunkte auszuwählen. Wo die Gruppe dank Verlängerung ohne Zeitdruck arbeiten kann, ist eine volle Wirksamkeit aller Teilschritte zu erwarten. Schwierigkeiten treten allenfalls auf, wenn die Teilnehmer/-innen aufgrund besonderer Ressourcenschwächen (z. B. Lese-Rechtschreib-Schwäche, funktionalem Analfabetismus) und der Scham darüber Teilaufgaben nur eingeschränkt oder nur mit Hilfe der Gruppenleitung bewältigen können. Es spricht aber für die Robustheit des Programms, dass es in Gruppen mit derart hohen Anforderungen überhaupt eingesetzt werden konnte. Wenige Programme sind für einen solchen Härtestest in Extremgruppen ausgelegt und geeignet. Im Regeleinsatz stellten sich diese Schwierigkeiten nicht, vielmehr war in den meisten Gruppen ein manualgerechtes Zeitmanagement und damit hohe Programmtreue in der Umsetzung möglich.

13 Wirkmechanismen des Programms (Expertenbefragung)

13.1 Interaktionsfähigkeit und soziale Kompetenzen

Zu den wichtigsten Wirkungen bzw. Wirkungsweisen von SKOLL zählt der Austausch in der Gruppe, der gruppenspezifische Prozesse entstehen lässt. SKOLL regt zur Diskussion an und somit den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer/-innen. Die Teilnehmer/-innen konnten durch die Berichte von konkreten Erlebnissen erfahren, dass die sich alle in einer ähnlichen Lebenssituation befinden und konnten zudem voneinander lernen. Nicht nur innerhalb ihrer Altersgruppe, sondern auch die Älteren von den Jüngeren und umgekehrt. Die Hilfsbereitschaft untereinander wächst. Die Teilnehmer/-innen geben sich Ratschläge, klären Unstimmigkeiten in der Gruppe oder berichten was es an kleinen Veränderungen gibt. Alles wird erzählt und ausgetauscht. Der suchtmittelübergreifende Ansatz vermittelt, dass man die eigene Abhängigkeit übertragen kann auf eine andere und was bleibt, ist die Ursache und auch diese ist manchmal gleich. Da der Austausch in der Gruppe stattfindet und nicht direkt mit einem Therapeuten, ist es eine andere Form der Auseinandersetzung. Jeder kann sich einbringen, den Teilnehmer/-innen wird zugehört und sie profitieren von den Berichten der anderen. Die Gruppendynamik und der Austausch untereinander zwingen zum Überdenken des eigenen Verhalten und Konsums.

„Da ist es 1. die Gruppe, der Faktor Gruppe, der gruppenspezifische Prozess für sich schon einmal. Dann die Erfahrung mit den Menschen in der Gruppe, die sehr konkreten Erfahrungen, dass sie sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden und sie so voneinander lernen können (z. B. die Jüngeren von den Erfahrungen der Älteren, von ihren „Warnungen“. Dass z. B. ein 25-Jähriger zu einem 21-Jährigen sagen kann: „...Pass auf! Vor dem Problem stand ich auch mal!“).“ (38/20)

„Aber es regt auch Diskussionen an und somit den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer. SKOLL klärt auf zwischen wichtigen suchtspezifischen Themenbereichen.“ (30/18)

„Die Dokumentationsanalyse fand ich gut. Das fördert den Austausch und die Hilfsbereitschaft untereinander. Wissen Sie, dass war immer so, dass die Teilnehmer ihren Dokubogen vorne beim Leiter vorgelegt haben und wenn es Unstimmigkeiten oder so was gab, dann haben wir das in der großen Gruppe diskutiert. Dann konnte der Teilnehmer Erklärungen für sein Verhalten abgeben und Stellung dazu nehmen. Und die anderen haben ihm dann Ratschläge geben, so was wie: also ich hab das auch schon mal so erlebt und ich hab das und das gemacht. Das hat mir geholfen. Das hilft den Teilnehmern insofern, dass sie wissen wie sie mit bestimmten Situationen umgehen können. Außerdem macht es die individuellen Unterschiede im Umgang mit Drogen klar.“ (30/20)

„Und die Wirkweise, ja, das sind dann die Beziehungen, also die Gruppe als Wirkfaktoren.“ (26/15)

„Die jungen Leute kommen mit weniger Hemmungen, mit weniger Ängsten zu uns. SKOLL bildet sehr schnell eine Gruppe, der Gruppendynamische Effekt ist auch schon für sich ein Effekt. Leute aus unterschiedlichen Schichten haben bei uns teilgenommen und zwar in gemischten Gruppen; der suchtmittelübergreifende Ansatz hat vermittelt, das man von der eigenen Abhängigkeit übertragen kann auf eine andere, und was bleibt, ist die Ursache, und auch die ist manchmal gleich. Jeder darf weinen, sich trösten und umgekehrt. Sie lernen, den anderen stehen zu lassen, ihn so sein zu lassen wie er wollte und haben das selbe auch für sich erfahren.“ (16/20)

„Die Tatsache, dass man sich in der Gruppe trifft, hat schon für sich einen guten verhaltenstherapeutischen Effekt durch den Austausch untereinander.“ (15/20)

„Ich glaube, grundsätzlich und in erster Linie durch die Zieloffenheit, denn das ist die Grundvoraussetzung für

- Stärkung der Selbstverantwortung*
- Gruppendynamik, sich aktiv darauf einzulassen*
- Kontinuität über 10 Wochen“ (14/19)*

„Die Wirkung hängt zusammen mit dem suchtmittel- und altersübergreifenden Ansatz und der Tatsache, dass es keine Einzelgespräche sind, sondern der Austausch in der Gruppe mit anderen und nicht nur mit Therapeuten stattfindet, es ist eine andere Form der Auseinandersetzung durch den Austausch.“ (12/22)

„Was aber vor allem interessant und hilfreich ist, das ist die die Gruppe selber. Sie können sich hier einbringen, man hört ihnen zu, das stärkt ihr Selbstbewusstsein, und sie profitieren auch andererseits von dem, was die anderen TN berichten.“ (11/20)

„Nachdenken, Austausch innerhalb der Gruppe.“ (8/20)

„Gruppendynamik und der Austausch untereinander zwingen zum Überdenken des eigenen Verhaltens und des eigenen Konsums, wirkt unterstützend dadurch, dass Wochenziele gesteckt werden, dabei hilft es, den Dokubogen auszufüllen, zumindest, ihn zu besprechen und durchzugehen.“ (7/19)

„Es wirkt einmal durch die verschieden gut strukturierten Phasen, sie sind gut nachvollziehbar, die Anfangsphase mit der Zielfindung, dann die Motivationsphase und innerhalb des Ganzen der gruppendynamische Prozess, der Austausch untereinander, auch das, was es an kleinen Veränderungen gibt, alles wurde erzählt und ausgetauscht.“ (3/20)

„Dann hatte auch allein die Tatsache, dass sie in einer Gruppe sind, den Effekt, dass sie voneinander lernen, und nicht nur innerhalb ihrer Altersgruppe, sondern auch die Alten von den Jungen und umgekehrt. Das war sehr, sehr gut.“ (2/25)

SKOLL stärkt aufgrund des Austausches in der Gruppe die Hilfsbereitschaft und Zusammenarbeit der Teilnehmer/-innen untereinander. Innerhalb der Gruppe entstehen Diskussionen und Ratschläge werden von Kursteilnehmer/-innen gegeben.

„Wir haben ganz junge Leute mit BTM-Konsum und Ältere - 40/50-Jährige mit Alkoholkonsum, und was wir für unsere weitere Arbeit informativ und gut daran gefunden haben ist, dass sie sich sehr gut untereinander verstehen - eine absolut bereicherndere Erfahrung!“ (37/29)

„Die Dokumentationsanalyse fand ich gut. Das fördert den Austausch und die Hilfsbereitschaft untereinander. Wissen Sie, dass war immer so, dass die Teilnehmer ihren Dokubogen vorne beim Leiter vorgelegt haben und wenn es Unstimmigkeiten oder so was gab, dann haben wir das in der großen Gruppe diskutiert. Dann konnte der Teilnehmer Erklärungen für sein Verhalten abgeben und Stellung dazu nehmen. Und die anderen haben ihm dann Ratschläge geben, so was wie: also ich hab das auch schon mal so erlebt und ich hab das und das gemacht. Das hat mir geholfen. Das hilft den Teilnehmern insofern, dass sie wissen wie sie mit bestimmten Situationen umgehen können. Außerdem macht es die individuellen Unterschiede im Umgang mit Drogen klar.“ (30/20)

„SKOLL hat die Zusammenarbeit gestärkt. Probleme bei den Jugendlichen ist z. T. die Clique, die Langeweile, Gewohnheiten, Stress, das Zuhause, die Familie, die Schule, die Arbeitslosigkeit.“ (12/47)

13.2 Veränderungen des Konsumverhaltens

SKOLL hat bei vielen Teilnehmer/-innen, aufgrund des angeleiteten Reflexionsprozesses, zu einer Veränderung des Konsumverhaltens geführt, berichteten die Gruppenleiter/-innen. Das Programm hat den Teilnehmer/-innen geholfen eine Entscheidung zu finden und den Konsum von Suchtmitteln einzuschränken oder aber auch in eine weitergehende Beratung oder in eine Therapie zu gehen. Die Teilnehmer/-innen versuchen beispielsweise ihren Konsum einzuschränken indem sie sich Ablenkung suchen, an Aktivitäten teilnehmen oder einfach nur Kaugummi kauen. Der eigene Konsum wird durch die Teilnehmer/-innen selber kontrolliert. Beispielsweise wird von Jugendlichen berichtet, die ihren Handykonsum eingeschränkt aber auch komplett heruntergefahren haben, das gilt auch für Alkohol und Cannabis. SKOLL stärkt die Abstinenzmotivation. Die Gruppenleiter/-innen berichten von vielen Teilnehmer/-innen, die in die Abstinenz gegangen sind. SKOLL bestärkt die Teilnehmer/-innen, sich nach abstinenzorientierten Angeboten umzusehen und Lösungen für sich anzustreben. Viele Teilnehmer/-innen haben weiterführende Hilfen in Anspruch genommen.

„TN sind aufmerksam, wach gerüttelt worden, nehmen Hinweise, Ratschläge wissbegierig auf, versuchen, ihren Konsum dadurch einzuschränken, dass sie sich abzulenken durch Aktivitäten, Arbeiten oder durch so etwas profanes wie „Kaugummi-Kauen“ - das haben mir die Lehrlinge selber erzählt.“ (40/20)

„Das Programm bietet den Betroffenen die Möglichkeit, sich mit ihrer Sucht auseinanderzusetzen, u. U. auch zu einer Entscheidung zu finden, den Konsum von Suchtmitteln einzuschränken oder aber auch in eine weitergehende Beratung oder gar in Therapie zu gehen und „Neugierigen“, sich mit dem Konsum von Suchtmit-

teln zu befassen und die Problematik zu erkennen, die mit einem möglichen missbräuchlichen Konsum verbunden ist.“ (39/20)

„Bei den Substituierenden war die Hoffnung, ein bisschen auch das Ziel, den Beikonsum einzuschränken und bei den Gefährdeten die Hoffnung, kontrolliert zu konsumieren und, wenn sie das nicht schaffen, eine fortführende Maßnahme anzugehen wie eine ambulante bzw. stationäre Suchttherapie zu beginnen. Unsere Hoffnungen haben sich teilweise erfüllt, und das ist in unseren Augen ein mehr als guter Erfolg.“ (37/15)

„50 % der Jugendlichen arbeiten wirklich an sich, bezogen auf den Umgang mit dem handy bzw. dem Internet. 15 % haben das komplett runtergefahren, viele haben es runtergefahren z. B. von 70 auf 30 Stunden, auch bezogen auf Alkohol und Cannabis; ein Teil von ihnen sind anwesend, hören sich das an. Es geht durch alle Schichten - von der Förderschule bis zum Gymnasium - denn die Probleme sind irgendwie gleich: Bei den einen ist es der Druck durch das soziale Umfeld, bei den anderen der Druck, der Leistungsdruck durch die Eltern.“ (32/12)

„Viele gehen dann in die Abstinenz, die Abstinenz-Motivation wird gestärkt.“ (24/24)

„Auch von den Menschen, die daran teilgenommen haben, gab es nur positive Rückmeldungen, es wird positiv erlebt durch den angeleiteten Reflektionsprozess, das hat zu größeren Verhaltensänderungen geführt. Wenn allerdings bereits eine große Abhängigkeit bestanden hatte, dann fallen sie in ihre alten Verhaltensweisen sehr schnell wieder zurück, doch einige sind dann schon bereit, sich nach abstinenzorientierten Angeboten umzusehen und Lösungen für sich anzustreben.“ (20/21)

„So weit ich gehört habe, hat es in einer Reihe von Fällen zur Suchtmittelreduzierung geführt, in anderen dazu, dass sich die Leute, zumindest einige von ihnen, sich das bewusst gemacht haben, dass sie wohl etwas ändern sollten.“ (19/17)

„Wir haben kleine Gruppen von 7 - 9 Frauen, von denen 2 - 3 immer weiterführende Hilfen in Anspruch genommen haben, eine Frau ist z. B. in der ambulanten REHA, zwei sind abstinent geworden, eine trinkt jetzt nur noch bei größeren Feiern, eine, die wegen des Führerscheintzuges bei uns war, ist abstinent, alles glaubhafte Äußerungen, aber es sind natürlich auch noch Frauen, die das noch immer bei uns sind, die den brutalen Schnitt nicht vollziehen konnten. Aber sie haben wenigstens erkannt, dass die abhängig sind. Manche Frauen haben es als eine Art „Ambulante Entgiftung“ betrachtet.“ (9/23)

„Bei einigen sogar in Ansätzen eine Verhaltensänderung. Das aber ist graduell unterschiedlich, reduzieren geringfügig bis viel, z. T. hin bis zur Abstinenz, obwohl das nicht einmal als Ziel formuliert war. Die dabei bleiben haben z. T. erkannt, dass sie etwas machen sollten oder müssen, zumindest ist ein Erkenntnisprozess in Gang gesetzt worden, dass sie suchtkrank sind - entsprechend bleiben sie.“ (6/20)

13.3 Risikowahrnehmung und Problemeinsicht

SKOLL hat den Teilnehmer/-innen Denkanstöße gegeben. Durch die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten entsteht bei den Teilnehmer/-innen ein Problembewusstsein und ein Denkprozess wird eingeleitet.

„Den meisten Menschen hat es was gebracht, Denkanstöße gegeben, es wirkt nach, haben wir als Rückmeldung bekommen.“ (34/19)

„Die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten steht im Vordergrund, so kann ein Problembewusstsein entstehen, ein Denkprozess wird eingeleitet. Das Bewusstsein, weniger konsumieren zu sollen, wird geschärft, es werden Fähigkeiten entwickelt und einfache Zusammenhänge erkannt, zugegeben.“ (23/17)

SKOLL zielt auf Bewusstseinsbildung bei den Teilnehmer/-innen ab. Sie lernen die Problematik zuerkennen, die mit einem missbräuchlichen Konsum verbunden ist. SKOLL gibt Anregungen zum Bewusstwerden über das eigene Verhalten. Das Programm schärft das Bewusstsein der Teilnehmer/-innen weniger zu konsumieren. Eine Kursteilnahme ermöglicht die Entwicklung von Fähigkeiten, einfache Zusammenhänge zu erkennen und zuzugeben. Bei den Teilnehmer/-innen entsteht ein Problembewusstsein. Ein Erfolg stellt sich ein, wenn erkannt wird, wo das Problem liegt. Die Teilnehmer/-innen gelangen zu der Einsicht, dass mit dem eigenen Konsum etwas nicht stimmt und dass sie etwas ändern müssen. Dabei zwingt die Gruppendynamik und der Austausch untereinander zum Umdenken des eigenen Verhaltens und Konsums.

„Das Programm bietet den Betroffenen die Möglichkeit, sich mit ihrer Sucht auseinanderzusetzen, u. U. auch zu einer Entscheidung zu finden, den Konsum von Suchtmitteln einzuschränken oder aber auch in eine weitergehende Beratung oder gar in Therapie zu gehen und „Neugierigen“, sich mit dem Konsum von Suchtmitteln zu befassen und die Problematik zu erkennen, die mit einem möglichen missbräuchlichen Konsum verbunden ist.“ (39/20)

„Es ist hilfreich wenn man sich dem Thema „Sucht/Abhängigkeit“ nicht über eine therapeutische Schiene annähert, sondern der Zugang eher pädagogisch-psychoedukativ ist (auch wenn sich psychologische Methoden überall befinden). Dadurch bekommt die Zusammenarbeit mit Teilnehmern einen anderen Charakter, der mehr auf Überprüfung, Selbstbeobachtung/Selbstwahrnehmung, Wissensvermittlung, gemeinsamem Austausch und Bewusstseins-/Motivationsbildung abzielt.“ (35/11)

„Es gibt auf jeden Fall Anregungen zur Selbstreflexion und zum Bewusstwerden über das eigene Verhalten. Aber es regt auch Diskussionen an und somit den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer. SKOLL klärt auf zwischen wichtigen sucht-spezifischen Themenbereichen.“ (30/18)

„Die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten steht im Vordergrund, so kann ein Problembewusstsein entstehen, ein Denkprozess wird eingeleitet. Das Bewusstsein, weniger konsumieren zu sollen, wird geschärft, es werden

Fähigkeiten entwickelt und einfache Zusammenhänge erkannt, zugegeben.“ (23/17)

„So weit ich gehört habe, hat es in einer Reihe von Fällen zur Suchtmittelreduzierung geführt, in anderen dazu, dass sich die Leute, zumindest einige von ihnen, sich das bewusst gemacht haben, dass sie wohl etwas ändern sollten.“ (19/17)

„Die jungen Leute kommen mit weniger Hemmungen, mit weniger Ängsten zu uns. SKOLL bildet sehr schnell eine Gruppe, der Gruppendynamische Effekt ist auch schon für sich ein Effekt. Leute aus unterschiedlichen Schichten haben bei uns teilgenommen und zwar in gemischten Gruppen; der suchtmittelübergreifende Ansatz hat vermittelt, das man von der eigenen Abhängigkeit übertragen kann auf eine andere, und was bleibt, ist die Ursache, und auch die ist manchmal gleich. Jeder darf weinen, sich trösten und umgekehrt. Sie lernen, den anderen stehen zu lassen, ihn so sein zu lassen wie er wollte und haben das selbe auch für sich erfahren.“ (16/20)

„Bei den TN: Das Gute ist, dass es für die TN darum geht, sich mit ihrem Konsum zu beschäftigen, sich damit auseinander zu setzen. SKOLL setzt an der Einsicht an, dass mit dem eigenen Konsum etwas nicht stimmt. Diejenigen, die freiwillig hierher kommen, sind z. T. sehr genervt.“ (10/18)

„Die Frauen, die unter Ess-Störungen litten, waren schwierig, haben aber trotzdem profitiert, kamen an mit massiver Unzufriedenheit. Der Erfolg stellte sich da erst sehr spät ein, als sie erkannten, wo das Problem liegt, eine Frau, die nasch süchtig war und eine, die manisch-depressiv war. Es waren ganz wenig Frauen mit problematischem Konsum. Wir machen seit $\frac{3}{4}$ Jahren eine online-Beratung +chat. Wir haben kleine Gruppen von 7 - 9 Frauen, von denen 2 - 3 immer weiterführende Hilfen in Anspruch genommen haben, eine Frau ist z. B. in der ambulanten REHA, zwei sind abstinent geworden, eine trinkt jetzt nur noch bei größeren Feiern, eine, die wegen des Führerscheinentzuges bei uns war, ist abstinent, alles glaubhafte Äußerungen, aber es sind natürlich auch noch Frauen, die das noch immer bei uns sind, die den brutalen Schnitt nicht vollziehen konnten. Aber sie haben wenigstens erkannt, dass die abhängig sind. Manche Frauen haben es als eine Art „Ambulante Entgiftung“ betrachtet. Während der Kieler Woche haben wir auch mal eine gemischte Gruppe angeboten.“ (9/23)

„Gruppendynamik und der Austausch untereinander zwingen zum Überdenken des eigenen Verhaltens und des eigenen Konsums, wirkt unterstützend dadurch, dass Wochenziele gesteckt werden, dabei hilft es, den Dokubogen auszufüllen, zumindest, ihn zu besprechen und durchzugehen.“ (7/19)

„Wir erreichen eine Problembewußtseinerweiterung, das Problembewußtsein wird erkennbar geschärft.“ (6/20)

13.4 Fähigkeit zur differenzierten Selbstreflexion

SKOLL ermuntert und motiviert zur Selbstreflexion. Es stärkt die Selbsteinschätzungskompetenz der Teilnehmer/-innen. Die Selbstbeobachtung verändert sich und es werden positive Veränderungen wahrgenommen. Selbstkontrolle gelingt nur über Selbstbeobachtung. Den Teilnehmer/-innen wird das eigene Verhalten bewusst und durch die wöchentlichen Ziele wird ihnen die Möglichkeit zur Selbstbeobachtung gegeben und sie werden sensibel für ihre eigenen Bedürfnisse. Der angeleitete Reflexionsprozess führt zu Verhaltensänderungen. Mit SKOLL lernen die Teilnehmer/-innen ihr eigenes Verhalten, ihren Konsum zu reflektieren und das auf eine sehr unkomplizierte Art und Weise.

„Gut ist SKOLL hinsichtlich der Stärkung der Selbsteinschätzungskompetenz - sehr hilfreich und wirkungsvoll! .“ (44/22)

„Es hilft, ermuntert, motiviert Menschen, sich und ihr Verhalten zu reflektieren, also eher ein „Selbstreflexionsprogramm“.“ (43/19)

„Die Selbstbeobachtung verändert sich, sie nehmen die positiven Veränderungen an sich wahr, kommen stolz um nächsten Treff!“ (37/27)

„Dadurch bekommt die Zusammenarbeit mit Teilnehmern einen anderen Charakter, der mehr auf Überprüfung, Selbstbeobachtung/Selbstwahrnehmung, Wissensvermittlung, gemeinsamem Austausch und Bewusstseins-/Motivationsbildung abzielt.“ (35/11)

„Es gibt auf jeden Fall Anregungen zur Selbstreflexion und zum Bewusstwerden über das eigene Verhalten. Aber es regt auch Diskussionen an und somit den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer. SKOLL klärt auf zwischen wichtigen suchtspezifischen Themenbereichen.“ (30/18)

„Durch die wöchentlichen Ziele wird Ihnen die Möglichkeit zur Selbstbeobachtung gegeben.“ (28/15)

„SKOLL bedeutet ganz viel Eigenverantwortlichkeit für die Klienten. Sie haben einen höheren Grad der Selbstbeobachtung und werden sehr sensibel für Ihre eigenen Bedürfnisse und Ihre Lebensbereiche. Auch die Suchtmittel werden unter einem anderen Blickwinkel von den Klienten gesehen.“ (27/16)

„Aber Selbstkontrolle gelingt nur über Selbstbeobachtung. Diese Selbstbeobachtung erfolgt eben über die Dokumentation Ihres Konsums. Ich vermittele das auch so in den Kursen. Was wir zusätzlich noch gemacht, was SKOLL ja nicht so vorsieht, ist eine ausführliche Eingangsrunde zu Beginn jeder Sitzung. Wir haben dann jeden zu seiner Woche erzählen lassen, ihn kurz begrüßt und somit abgeholt von seiner vollen Woche.“ (27/18)

„Auch von den Menschen, die daran teilgenommen haben, gab es nur positive Rückmeldungen, es wird positiv erlebt durch den angeleiteten Reflektionsprozess, das hat zu größeren Verhaltensänderungen geführt. Wenn allerdings bereits eine große Abhängigkeit bestanden hatte, dann fallen sie in ihre alten Verhaltensweisen sehr schnell wieder zurück, doch einige sind dann schon bereit, sich nach abs-

tinenzorientierten Angeboten umzusehen und Lösungen für sich anzustreben.“ (20/21)

„Es hilft bei der Selbstbeobachtung, ist eine sehr gute Methode für die Selbstkontrolle, durch seine von-bis-Spannung erzielt es eine gute Wirkung bei sehr schlicht gestrickten Menschen als auch bei Hoch-Intellektuellen.“ (5/18)

„Der große Vorteil bei SKOLL ist, dass die Jugendlichen lernen, ihr eigenes Verhalten, ihren Konsum zu reflektieren, und das auf eine sehr unkomplizierte Art und Weise; sie müssen nicht die Abstinenz als Ziel haben. Für die, die sich bereits mehr oder weniger in einer gewissen Abhängigkeit befinden, ist es gut, weil sie sich so herantasten können an ihr Problem, und es ist vor allem ein gutes Programm für die, die noch nicht abhängig sind, eine gute Prävention im wahrsten Sinne des Wortes. Dann hatte auch allein die Tatsache, dass sie in einer Gruppe sind, den Effekt, dass sie voneinander lernen, und nicht nur innerhalb ihrer Altersgruppe, sondern auch die Alten von den Jungen und umgekehrt. Das war sehr, sehr gut.“ (Int.. GL 2/25)

13.5 Realitätsgerechte Selbstwahrnehmung

SKOLL ist ein Programm, das die Teilnehmer/-innen aufmerksam macht und wach rüttelt. Das Programm bietet Betroffenen die Möglichkeit sich mit ihrer Sucht auseinanderzusetzen. Die kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Verhalten steht im Vordergrund. Die Teilnehmer/-innen beschäftigen sich mit sich selbst, der eigenen Problematik und überdenken ihren Konsum. SKOLL setzt dabei an der Einsicht an, dass mit dem eigenen Konsum etwas nicht stimmt.

„TN sind aufmerksam, wach gerüttelt worden, nehmen Hinweise, Ratschläge wissbegierig auf, versuchen, ihren Konsum dadurch einzuschränken, dass sie sich abzulenken durch Aktivitäten, Arbeiten oder durch so etwas profanes wie „Kaugummi-Kauen“ - das haben mir die Lehrlinge selber erzählt.“ (40/20)

„Das Programm bietet den Betroffenen die Möglichkeit, sich mit ihrer Sucht auseinanderzusetzen, u. U. auch zu einer Entscheidung zu finden, den Konsum von Suchtmitteln einzuschränken oder aber auch in eine weitergehende Beratung oder gar in Therapie zu gehen und „Neugierigen“, sich mit dem Konsum von Suchtmitteln zu befassen und die Problematik zu erkennen, die mit einem möglichen missbräuchlichen Konsum verbunden ist.“ (39/20)

„Also nachhaltig kann man das nicht do direkt nennen, aber die Leute sind meist zu Beginn nicht motiviert, das ergibt sich dann erst im Laufe der Sitzungen, da sie ja in den SKOLL Sitzungen anfangen ihren Konsum zu überdenken.“ (29/15)

„Das wichtigste bei SKOLL ist die Beschäftigung mit dem Konsum. „Wie sieht es aus?“ „Gibt es Ambivalenzen?“ „Wie sieht die Entwicklung der Motivation aus?“ Es geht also um die grundlegende Beschäftigung mit sich selbst und seinem

Konsum. Und die Wirkweise, ja, das sind dann die Beziehungen, also die Gruppe als Wirkfaktoren.“ (26/15)

„Die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten steht im Vordergrund, so kann ein Problembewusstsein entstehen, ein Denkprozess wird eingeleitet. Das Bewusstsein, weniger konsumieren zu sollen, wird geschärft, es werden Fähigkeiten entwickelt und einfache Zusammenhänge erkannt, zugegeben.“ (23/17)

„Die Wirkung hängt zusammen mit dem suchtmittel- und altersübergreifenden Ansatz und der Tatsache, dass es keine Einzelgespräche sind, sondern der Austausch in der Gruppe mit anderen und nicht nur mit Therapeuten stattfindet, es ist eine andere Form der Auseinandersetzung durch den Austausch.“ (12/22)

„Bei den TN: Das Gute ist, dass es für die TN darum geht, sich mit ihrem Konsum zu beschäftigen, sich damit auseinander zu setzen. SKOLL setzt an der Einsicht an, dass mit dem eigenen Konsum etwas nicht stimmt. Diejenigen, die freiwillig hierher kommen, sind z. T. sehr genervt.“ (10/18)

„Es geht eben nicht nur hier um Sekt oder Selter, es geht um die Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik, es wirkt sich auf uns und auf die Frauen positiv aus. Denn sie kommen zu einer Entscheidung.“ (9/19)

13.6 Veränderungsmotivation

SKOLL zielt auf die Motivationsbildung der Teilnehmer/-innen ab. SKOLL motiviert die Menschen; so wird namentlich die Motivation zur Verringerung des Risikoverhaltens gestärkt. Die Motivation ergibt sich bei den Teilnehmer/-innen im Laufe der Sitzungen, da sie erst in den Sitzungen anfangen ihren Konsum zu überdenken. Einige Einrichtungen geben den Teilnehmer/-innen die Möglichkeit den SKOLL-Kurs erneut mitzumachen, da bei manchen Teilnehmer/-innen die Motivation erst so spät einsetzt, dass sie am Ende der Sitzungen nicht mehr viel machen können.

„Es hilft, ermuntert, motiviert Menschen, sich und ihr Verhalten zu reflektieren, also eher ein ‚Selbstreflexionsprogramm‘.“ (43/19)

„Es ist hilfreich wenn man sich dem Thema „Sucht/Abhängigkeit“ nicht über eine therapeutische Schiene annähert, sondern der Zugang eher pädagogisch-psychoedukativ ist (auch wenn sich psychologische Methoden überall befinden). Dadurch bekommt die Zusammenarbeit mit Teilnehmern einen anderen Charakter, der mehr auf Überprüfung, Selbstbeobachtung/Selbstwahrnehmung, Wissensvermittlung, gemeinsamem Austausch und Bewusstseins-/Motivationsbildung abzielt.“ (35/11)

„Also nachhaltig kann man das nicht do direkt nennen, aber die Leute sind meist zu Beginn nicht motiviert, das ergibt sich dann erst im Laufe der Sitzungen, da sie ja in den SKOLL Sitzungen anfangen ihren Konsum zu überdenken. Es ist also mehr so hintenrum. Sie merken oft erst während des Programms, dass sie eventu-

ell was ändern können. Wir haben auch Leute dabei, die wegen ihren Auflagen SKOLL mitmachen und manchmal merken die Leute zu spät, dass sie was machen können. Dann bieten wir bei Bedarf eine Einzelberatung im Anschluss an, weil sich manchmal doch noch zeigt, dass eine stationäre Therapie oder ein Entzug notwendig wären. Aber es gibt bei uns auch die Möglichkeit nochmal SKOLL mitzumachen. Na ja, bei manchen setzt die Motivation erst so spät ein, dass sie nicht mehr viel machen können am Ende der Gruppensitzungen, daher bieten wir ihnen dann einen neuen Kurs an.“ (29/15)

„Viele gehen dann in die Abstinenz, die Abstinenz-Motivation wird gestärkt.“ (24/24)

„Bei den beiden ersten Gruppen ist es so, dass SKOLL für sie eine Chance ist, die von manchen auch genutzt wird. Man kann sagen, je älter sie sind, desto mehr sehen sie ihre Chance. Bei den anderen ist die Motivation höher. Wenn sie das aber erst einmal als Türöffner begriffen haben, dann steigt die Chance. In einem Falle war ein Junge von 15 Jahren dabei, der es geschafft hat, weil die Eltern dahinterher waren und er aber auch mehr freiwillig teilgenommen hatte, die Eltern waren da mehr unterstützend, haben nicht so stark Druck ausgeübt. Es klappt aber eigentlich besser bei den nicht so Benachteiligten, es ist da auch schon schichtenspezifisch, was den Erfolg betrifft.“ (18/17)

„TN muss es gemeinsam mit uns gelingen, also ihm vor allen Dingen, aber mit Unterstützung gelingen, also, es ist ein Heraus aus der Fremdmotivation hin zur Eigenmotivation, es ist anstrengend, aber auch dann befreiend, letztlich, wenn es erst einmal geklickt hat. Es heißt aber auch, die Leute ernst zu nehmen! Sie zu befähigen!“ (17/19)

„Es wirkt einmal durch die verschieden gut strukturierten Phasen, sie sind gut nachvollziehbar, die Anfangsphase mit der Zielfindung, dann die Motivationsphase und innerhalb des Ganzen der gruppenspezifische Prozess, der Austausch untereinander, auch das, was es an kleinen Veränderungen gibt, alles wurde erzählt und ausgetauscht.“ (3/20)

13.7 Selbständige Zielsetzung

Bei SKOLL stehen die selbst entwickelten und gesetzten Ziele der Klient/-innen im Mittelpunkt. Diese sind klein und kurz wie beispielsweise „Mein Zimmer soll rauchfrei sein“. Durch die wöchentlichen Ziele wird den Teilnehmer/-innen die Möglichkeit zur Selbstbeobachtung gegeben. Die meisten Teilnehmer/-innen haben es geschafft ihre gesetzten Ziele zu erreichen, berichteten die Gruppenleiter/-innen. SKOLL unterstützt somit auch diesen wichtigen Aspekt allgemeiner Lebens- und Selbstmanagement-Kompetenzen.

„Also positiv ist, dass der Fokus weg von den Suchtmitteln ist. Die eigenen Ziele der Klienten stehen im Mittelpunkt. Das erzeugt eine positive Stimulanz. Sie können sich fragen „Was wollen Sie?“ Es gibt keinen von Außen, der mit dem bösen

Zeigefinger kommt. Durch die wöchentlichen Ziele wird Ihnen die Möglichkeit zur Selbstbeobachtung gegeben.“ (28/15)

„Sie setzen sich selber Ziele, kleine, kurze wie z. B.: Mein Zimmer soll rauchfrei sein!“ (24/24)

„Wir hatten einen Abbruch, die meisten haben es richtig gut durchgezogen und geschafft, ihre Ziele zu erreichen.“ (31/21)

13.8 Handlungskompetenzen

SKOLL stärkt die Handlungskompetenzen nicht nur der Teilnehmer/-innen sondern auch der Mitarbeiter/-innen. Den Gruppenleiter/-innen gelingt es mit SKOLL die Teilnehmer/-innen aus der Fremdmotivation herauszuholen und sie zur Eigenmotivation zu befähigen. Es wird die Eigenverantwortlichkeit gefördert. SKOLL bedeutet ganz viel Eigenverantwortlichkeit für die Teilnehmer/-innen. Es gelingt ihnen einen hohen Grad an Selbstbeobachtung zu erreichen und somit sensibel für ihre eigenen Bedürfnisse zu werden. Allein durch die Gruppe wird Verantwortung als auch Selbstverantwortung gestärkt.

„Es fördert die Eigenverantwortlichkeit.“ (45/13)

„Die Handlungskompetenz der Jugendlichen und aber auch der Mitarbeiter wurde gestärkt.“ (22/20)

„TN muss es gemeinsam mit uns gelingen, also ihm vor allen Dingen, aber mit Unterstützung gelingen, also, es ist ein Heraus aus der Fremdmotivation hin zur Eigenmotivation, es ist anstrengend, aber auch dann befreiend, letztlich, wenn es erst einmal geklickt hat. Es heißt aber auch, die Leute ernst zu nehmen! Sie zu befähigen!“ (17/19)

„SKOLL bedeutet ganz viel Eigenverantwortlichkeit für die Klienten. Sie haben einen höheren Grad der Selbstbeobachtung und werden sehr sensibel für Ihre eigenen Bedürfnisse und Ihre Lebensbereiche. Auch die Suchtmittel werden unter einem anderen Blickwinkel von den Klienten gesehen.“ (27/16)

„Allein schon durch die Gruppe! Verantwortung und Selbstverantwortung wird von uns an sie zurückgegeben. Leute müssen sich orientieren.“ (24/24)

„Ich glaube, grundsätzlich und in erster Linie durch die Zieloffenheit, denn das ist die Grundvoraussetzung für:

- Stärkung der Selbstverantwortung*
- Gruppendynamik, sich aktiv darauf einzulassen*
- Kontinuität über 10 Wochen.“ (14/19)*

13.9 Entstigmatisierung, Entlastung und Neubeginn

SKOLL vermeidet das Stigma der Abhängigkeit, da von einer anderen Fragestellung aus an das Thema herangegangen wird. Das nehmen auch die Teilnehmer/-innen so wahr, berichten die Gruppenleiter/-innen. Der Fokus liegt nicht auf den Suchtmitteln, sondern die Ziele der Klienten stehen im Mittelpunkt.

„Es wird das Stigma der Abhängigkeit vermieden, da man von einer anderen Fragestellung aus an das Thema herangeht. Dies wird von den Teilnehmern auch genau so wahrgenommen. Interessante Diskussionen gab es zu Beginn, wo Teilnehmer versteckte therapeutische Botschaften hinsichtlich einer Abstinenz aus den Modulen herausgehört haben. Dort wurde dann grundsätzlich auch das Grundthema von SKOLL besprochen.“ (35/11)

„Also positiv ist, dass der Fokus weg von den Suchtmitteln ist. Die eigenen Ziele der Klienten stehen im Mittelpunkt. Das erzeugt eine positive Stimulanz. Sie können sich fragen „Was wollen Sie?“ Es gibt keinen von Außen, der mit dem bösen Zeigefinger kommt. Durch die wöchentlichen Ziele wird Ihnen die Möglichkeit zur Selbstbeobachtung gegeben.“ (28/15)

SKOLL entlastet weiter, weil es ein niedrigschwelliges Angebot bereitstellt. Manche Teilnehmer/-innen erleben SKOLL deshalb als neue Chance. Den Gruppenleiter/-innen ist aufgefallen, dass je älter die Teilnehmer/-innen sind, desto mehr sehen sie eine Chance in SKOLL. Sie begreifen SKOLL als ein Einstieg in tatsächliche Veränderungsprozesse. Das gelingt – nicht überraschend – leichter bei Teilnehmer/-innen mit sozialer Unterstützung und psychosozialen Ressourcen.

„Es wirkt auch auf die Leute, die nur ein Anliegen haben, sich barrierefrei zu informieren, Eltern z. B. Auf sie wirkt es entlastend, das Wissen, dass es das Angebot gibt, dass es einfach, hürdenfrei zugänglich ist.“ (22/20)

„Bei den beiden ersten Gruppen ist es so, dass SKOLL für sie eine Chance ist, die von manchen auch genutzt wird. Man kann sagen, je älter sie sind, desto mehr sehen sie ihre Chance. Bei den anderen ist die Motivation höher. Wenn sie das aber erst einmal als Türöffner begriffen haben, dann steigt die Chance. In einem Falle war ein Junge von 15 Jahren dabei, der es geschafft hat, weil die Eltern dahinterher waren und er aber auch mehr freiwillig teilgenommen hatte, die Eltern waren da mehr unterstützend, haben nicht so stark Druck ausgeübt.

Es klappt aber eigentlich besser bei den nicht so Benachteiligten, es ist da auch schon schichtenspezifisch, was den Erfolg betrifft“ (18/17)

Die befragten Gruppenleiter/-innen berichten zudem von günstigen Effekten für Klienten, die unfreiwillig in die Einrichtungen gekommen sind. Diese waren anfangs sehr skeptisch und misstrauisch und hatten eine negative Grundeinstellung. Dennoch ist es den Gruppenleiter/-innen mit SKOLL gelungen, das Misstrauen abzubauen.

„Klienten kamen eher unfreiwillig hier her, waren sehr, sehr skeptisch und misstrauisch, waren erst ganz negativ, hat sich dann langsam gelegt, war aber sehr

schwierig zunächst, das Misstrauen abzubauen, ist dann aber gelungen. Das allein war schon ein positiver Effekt: der Abbau von Misstrauen.“ (13/19)

13.10 Wissensvermittlung

Aufgrund der Zusammenarbeit mit den Teilnehmer/-innen und dem gemeinsamen Austausch vermittelt SKOLL den Teilnehmer/-innen neues Wissen.

„Es ist hilfreich wenn man sich dem Thema „Sucht/Abhängigkeit“ nicht über eine therapeutische Schiene annähert, sondern der Zugang eher pädagogisch-psychoedukativ ist (auch wenn sich psychologische Methoden überall befinden). Dadurch bekommt die Zusammenarbeit mit Teilnehmern einen anderen Charakter, der mehr auf Überprüfung, Selbstbeobachtung/Selbstwahrnehmung, Wissensvermittlung, gemeinsamem Austausch und Bewusstseins-/Motivationsbildung abzielt.“ (35/11)

13.11 Fazit: Wirkungen der generischen Gruppenintervention

Die Berichte und Beurteilungen aller Gruppenleitungen belegen, dass SKOLL auf allen wichtigen Ebenen die beabsichtigten Wirkungen erzielen kann: Das Programm verringert das Risikoverhalten, und zwar sowohl im Hauptrisikoverhalten als auch in anderen gesundheitsbezogenen Lebensstilmustern. Es vermittelt durch soziales Lernen und Selbstreflexion soziale Kompetenzen und verbessert die Interaktionsfähigkeit. Es unterstützt Sensibilität für Verhaltens- und Konsumrisiken, fördert die Problemwahrnehmung, Einsicht und Veränderungsmotivation. Daneben vermittelt SKOLL Gesundheitswissen und ermutigt durch Entstigmatisierung, Entindividualisierung und Wirkungsverprechen des neuen Ansatzes eine neue Erfolgszuversicht. SKOLL verbessert zudem wesentliche Kompetenzen der Selbststeuerung: Es differenziert und übt Selbstreflexion und Selbstbeobachtung, es trainiert die Wahl und Aufrechterhaltung realistischer, kleinschrittiger Ziele sowie deren Umsetzung und Erfolgskontrolle.

Diese Wirkungen treten nach den Beobachtungen der Gruppenleitungen auch bei extrinsischer Teilnahmemotivation unter sozialem Druck auf. Sie sind nicht auf bestimmte soziale Merkmale beschränkt, also innerhalb der gemischten Gruppen nicht abhängig von Alter, Gender, Risiko, Chronifizierungs- oder Erkrankungsgrad oder Komorbidität. Einzelne Gruppenleitungen machten hingegen Beobachtungen, dass ressourcenschwache Teilnehmer/-innen nicht alle gleichermaßen von der Teilnahme profitierten. Das erfordert im Einzelfall ein Eingehen auf die Bedürfnisse und Anforderungen ressourcenschwacher Gruppen, z. B. durch individuelle Unterstützung und Zeitmanagement bei der Programmplanung. Hierfür ist nach Einschätzung der meisten Gruppenleitungen hinreichend Spielraum im Manual gegeben.

14 Wirksamkeit und Wirkmechanismen (Einzelfallstudien)

In den 12 Prä- und den 10 Post-Interviews der Fallstudien erwies sich die Programmakzeptanz als hoch. Fast alle Befragten bewerteten SKOLL als durchgehend positive Erfahrung. Sie berichteten eine große Bandbreite günstiger Wirkungen., darunter Minderung von Konsum und Risikoverhalten, Gesundheitswissen, erhöhte Veränderungsmotivation, Konfliktverminderung im Umfeld, günstigeres Bewältigungsverhalten in Belastungssituationen, allgemein besseres Wohlbefinden, Selbstwernerleben und Selbstakzeptanz. Im Bereich der Selbstmanagement-Fähigkeiten förderte SKOLL kognitive Restrukturierungen (z. B. Verantwortungszuschreibung, Krankheitstheorien, gesundheitsbezogene Kontrollattributionen), damit verbunden Selbsteinsicht und Neubewertung des Risikoverhaltens und seiner Ursachen.

Die Programmziele – erhöhtes Risikobewußtsein, Förderung von Eigenverantwortlichkeit (Selbstmanagement), verbessertes Wohlbefinden und soziale Integration – wurden somit erreicht. Die geringsten Effekte stellten sich im Sozialverhalten und in den sozialen Beziehungen ein, weil länger eingefahrene Interaktionsmuster eine Kraft der Beharrung und Trägheit gegen Veränderungen entfalteten.

Als Wirkmechanismen des Programms konnten herausgearbeitet werden:

1. Prozessstrukturierende Unterstützung durch die Gruppenleitung. Wenn diese sich akzeptierend verhielt, bei Motivationsschwächen ermutigend eingriff, die Gruppenarbeit leitend klar strukturierte und Grenzen der Veränderungsmöglichkeiten bei Teilnehmer/-innen verstand, konnte die Leitung das Programm mit hoher Wirksamkeit umsetzen. Die Leitung war effektiv, wenn sie ein Gleichgewicht zwischen Anregung und Initiative einerseits, Verzicht auf Konfrontation andererseits fand.
2. Nutzung der Gestaltungsspielräume der Leitung: Das Programm war flexibel für unterschiedliche Öffnungsbereitschaft in den einzelnen Gruppen; war diese gering, so unterstützten die didaktischen Elemente und Aufgaben den Gruppenprozess. Je offener die Trainer/-innen ggf. Veränderungsgrenzen akzeptierten und thematisierten, desto größer wurden ihre Spielräume für das weitere Vorgehen.
3. Soziale Unterstützung durch die Gruppe: In den meisten Gruppen entwickelten sich positive soziale Beziehungen und leiteten verschiedene soziale Lernprozesse ein.
4. Soziales Lernen: Die Heterogenität der Gruppen ermöglichte bzw. unterstützte die Veränderung von Einstellungen, Zielen und Gefühlen durch Einsichten in die Ähnlichkeit von Belastungen, deren Ursachen und Fehlbewältigungen sowie durch Erfahrungsaustausch.
5. Ineinandergreifen kognitiv-behavioraler, ressourcenstärkender und sozial motivierender Elemente: Die didaktischen Arrangements aus gezielter Information, erlebnisaktivierenden und biographisch-reflexiven Elemente, akzeptierende Haltung, Gruppendiskussion, geschützten Erfahrungsaustausch usw. die Motivation zur Selbstveränderung und deren Erprobung.

Als Belastungen für die Wirkfaktoren erwiesen sich im Falle einzelner Teilnehmer/-innen

- der Umgang mit dem Rückfall, für den das Programm in der Gruppenstruktur wenig Vorkehrungen treffen kann,

- die Irritation oder Einbrüche in der Motivation in Fällen, falls Gruppenmitglieder SKOLL abbrachen und die Gruppe verließen
- Besonderheiten der Abhängigkeiten: Schwerer in die sozialen Lernprozesse fruchtbar einzubinden waren in einigen Gruppen die Unterschiede zwischen substanzkonsumierenden Abhängigen und Personen mit Verhaltensabhängigkeiten (bzw. entsprechenden Risiken).
- Motivationsprobleme: Personen mit geschwächter Volition (), die mit psychischen Grunderkrankungen verbunden sein kann, welche das Programm nicht zu behandeln vermag.

In solchen Fällen geraten die Gruppenleitungen in ein Dilemma, sich den Betroffenen intensiver zuzuwenden, um Einsicht, Motivation und Veränderungszuversicht zu unterstützen, oder das Gruppenprogramm fortzusetzen; diese Schwierigkeit betraf vorrangig Gruppen ohne Ko-Moderation. In solchen besonders schwierigen Einzelfall-Konstellationen kann als Ergänzung des Programms eine Einzelberatung angeboten werden, um Hintergrund, Motive und Ursachen von Widerständen und Rückfällen zu bearbeiten und den Kontakt zum Teilnehmer zu stabilisieren.

Insgesamt bestätigten die vertieften Einzelfallstudien die in den Experten- und Teilnehmerbefragungen belegten Wirkungen und eine Reihe von Wirkfaktoren, insbesondere das Soziale Lernen auch in heterogenen Gruppen. Sie bestätigten, dass SKOLL die Programmziele erreichen kann. Das gilt zwar auch für psychisch hoch belastete Personen. Allerdings benötigen diese für eine durchgehende Programmteilnahme möglicherweise mehr Unterstützung und Begleitung des Einzelfalls, als das strukturierte Programm möglich macht; in diesem Falle sollten Gruppenleitungen SKOLL durch Einzelberatung oder –therapie ergänzen.

15 Kurswirkungen im Querschnitt (Teilnehmerbefragung)

15.1 Gesundheitsentwicklung im Kursverlauf

Einen Überblick über die Entwicklung im Verlauf des Selbstkontrolltrainings zeigt Tabelle 98 für Gesundheitskennwerte und Tabelle 99 für den Risikoverhalten, in Form der durchschnittlich konsumierten Menge pro Tag.

Hinsichtlich der Gesundheitskennwerte zeigten sich hochsignifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke für die Gesundheitsbezogene Lebensqualität, mit einem Gesundheitsprofit von 10,1%. Die Angaben aus der Abschluss- und Nachbefragung unterschieden sich nicht signifikant, wie ein Posthoc- Test nach Scheffè belegte. Ein ähnliches Bild zeigte sich für die nach Alter und Geschlecht gebildeten Referenzwertdifferenzen. Auch diese unterschieden sich signifikant mit mittlerer Effektstärke zwischen der Eingangs- und der Abschluss- und Katamnesebefragung. Anhand der Mittelwerte wird zudem deutlich, wie belastet die vorliegende Stichprobe im Vergleich zur bundesweiten Norm war, da die Gesundheitsbezogene Lebensqualität fast 25% unter der Norm lag.

Ebenfalls ein hochsignifikanter Effekt – mit kleiner Effektstärke, aber praktisch bedeutsamem Veränderungsumfang – zeigte sich für die Gesundheitlichen Belastungen mit einem Gesundheitsprofit von 7,8%. Dies spiegelte sich insbesondere in der Subskala Psychische Belastungen wieder, die ebenfalls signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke aufwies, mit einem Gesundheitsgewinn von 10,6%. Die Subskala Körperliche Belastungen wies im Vergleich dazu einen Gesundheitsgewinn von 3,5% auf. Hier konnten zusätzlich signifikante Unterschiede zwischen der Abschluss- und der Nachbefragung aufgezeigt werden.

Tabelle 98: Gesundheitskennwerte: Mittelwerte nach Messzeitpunkt

Abhängige Variable	Messzeitpunkte						df	F	p	Eta ²
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)				
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	695	49,01	486	58,29	216	59,11	2	42,159	,000	,057
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	644	-24,37	455	-14,53	180	-14,01	2	44,159	,000	,065
Gesundheitliche Belastungen	701	34,96	486	29,05	217	27,17	2	20,763	,000	,029
Körperliche Belastungen	694	20,82	286	17,08	217	17,35	2	7,249	,001	,010
Psychische Belastungen	699	44,82	486	37,58	217	34,24	2	24,208	,000	,033

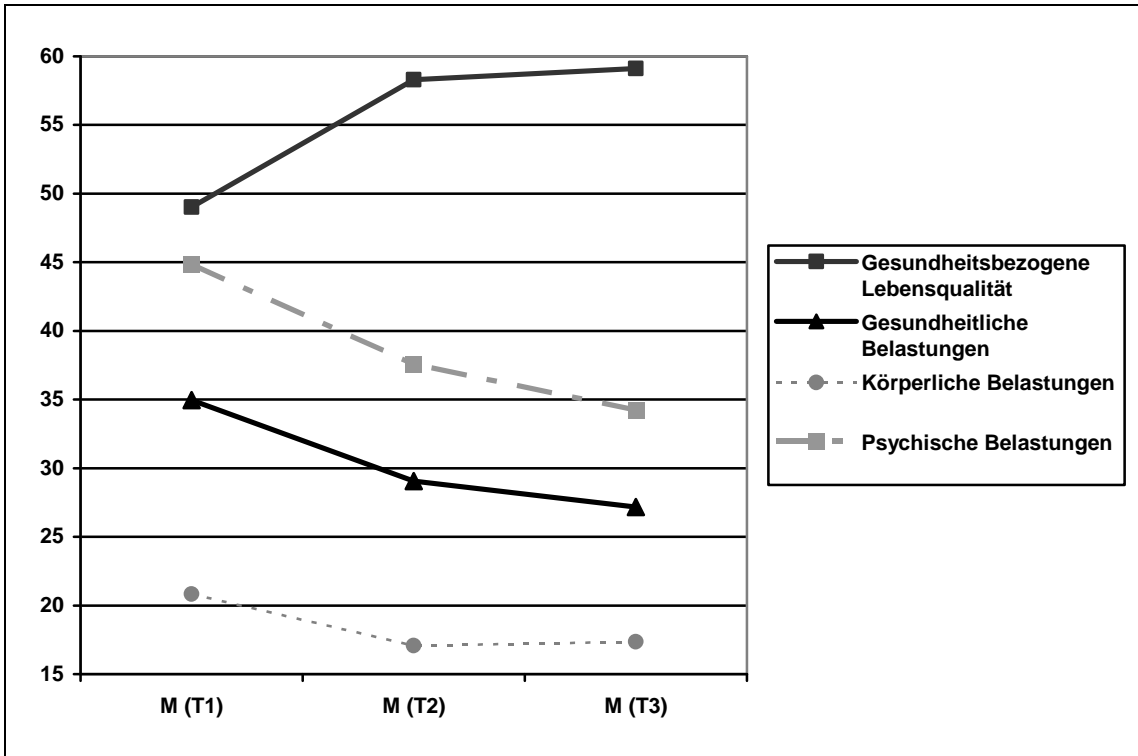


Abbildung 8: Gesundheitskennwerte im Kursverlauf (Querschnitt)

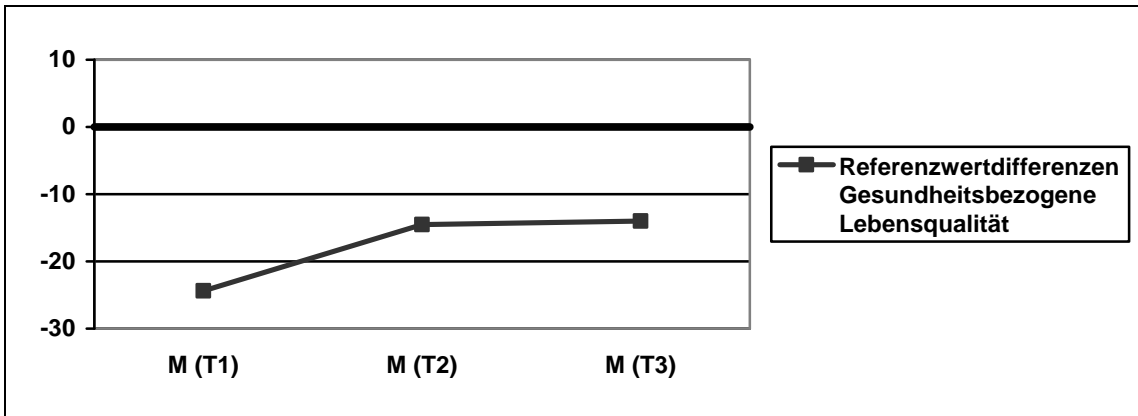


Abbildung 9: Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogener Lebensqualität, Kursverlauf (Querschnitt)

Der Risikoverhalten wurde für die am häufigsten genannten Süchte genauer untersucht. Hochsignifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke zeigten sich für den Alkoholkonsum. Der Konsum, hier in reinen Alkohol pro Tag angegeben, reduzierte sich also deutlich. Die übrigen Süchte wiesen infolge hoher Varianz keine signifikanten Veränderungen aus, jedoch durchgehend rückläufige Werte in praktisch bedeutsamem oder sehr bedeutsamem Skalenumfang, deren Verbesserung sich im Kattmese-Zeitraum weiter fortsetzte.

Tabelle 99: Veränderungen im Risikoverhalten

Abhängige Variable	Messzeitpunkte						df	F	p	Eta ²
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)				
Tabak – Anzahl/ Tag	428	15,69	257	13,95	117	13,52	2	3,619	,027	,009
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	425	0,081	248	0,042	109	0,036	2	24,066	,000	,058
Cannabis – Gramm/ Tag	148	3,85	66	3,38	18	1,45	2	2,491	,085	,021
Medien – Stunden/ Tag	337	5,60	206	4,99	90	4,47	2	2,044	,130	,006
Essen – Essanfälle/ Tag	154	5,35	76	4,84	36	4,37	2	1,008	,367	,008

15.2 Einzelne Gesundheitsgewinne (Item-Vergleich)

Für die Items der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte sich im Vergleich der Abschluss- zur Nachbefragung, eine leichte Verbesserung der Werte (s. Tabelle 100 und Abbildung 10), was für eine gute Stabilität des Selbstkontrolltrainings für diesen Kennwert spricht. Lediglich das Item zur Laune zeigte eine marginale Verschlechterung.

Tabelle 100: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt

Item In den letzten zwei Wochen...	T1			T2			T3		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
...war ich froh und guter Laune	682	2,82	1,16	481	3,25	1,12	216	3,18	1,18
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	681	2,41	1,23	484	3,00	1,17	215	3,05	1,23
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	679	2,48	1,28	480	2,95	1,20	215	3,05	1,31
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	675	2,03	1,45	480	2,55	1,49	214	2,59	1,38
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	677	2,44	1,27	481	2,87	1,26	214	2,91	1,21

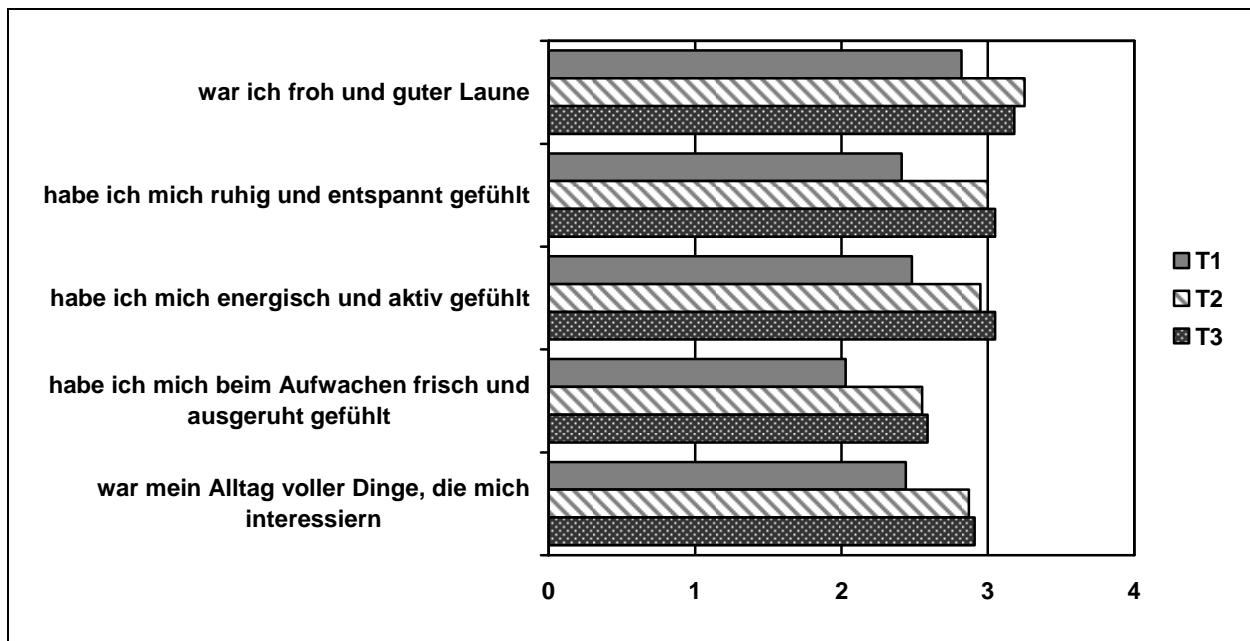


Abbildung 10: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt

Die Gesundheitsgewinne für die Items der Gesundheitsbelastungen rangierten zwischen 2,3% und 9,8%. Lediglich hinsichtlich Müdigkeit konnte keine Verbesserung im Verlauf des Selbstkontrolltrainings erzielt werden. Die Stabilität rangierte zwischen 1% - 4%, außer für Müdigkeit und Sodbrennen, die in der Nachbefragung höher ausfielen, als zur Abschlussbefragung (s. Tabelle 101).

Tabelle 101: Gesundheitsbelastungen nach Messzeitpunkt

Item	T1			T2			T3			Range
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
Schlaflosigkeit	687	1,14	0,98	486	0,98	0,96	215	0,90	0,92	0 – 4 0 = gar nicht 4 = stark
Mattigkeit, Müdigkeit	683	0,86	0,93	482	0,75	0,89	215	0,87	0,96	
Konzentrationschwäche	694	1,66	0,90	484	1,41	0,92	216	1,25	0,89	
Grübeleien	687	1,29	0,88	484	1,11	0,90	212	1,02	0,85	
Reizbarkeit	692	1,68	1,04	485	1,38	1,01	214	1,29	0,96	
Schwächegefühl	684	0,55	0,88	482	0,44	0,77	215	0,40	0,68	
Innere Unruhe, Nervosität	689	1,35	0,92	483	1,13	0,89	215	1,01	0,84	
Deutliche Gewichtsveränderung	689	0,99	0,93	482	0,83	0,86	214	0,78	0,81	
Sodbrennen, saures Aufstoßen	689	0,73	0,91	483	0,62	0,88	213	0,64	0,86	
Starkes Schwitzen	689	0,57	0,81	485	0,43	0,76	216	0,38	0,64	
Zittern	684	1,29	1,01	483	1,04	0,96	214	0,91	0,95	
Übelkeit	688	0,42	0,71	484	0,32	0,67	214	0,27	0,61	

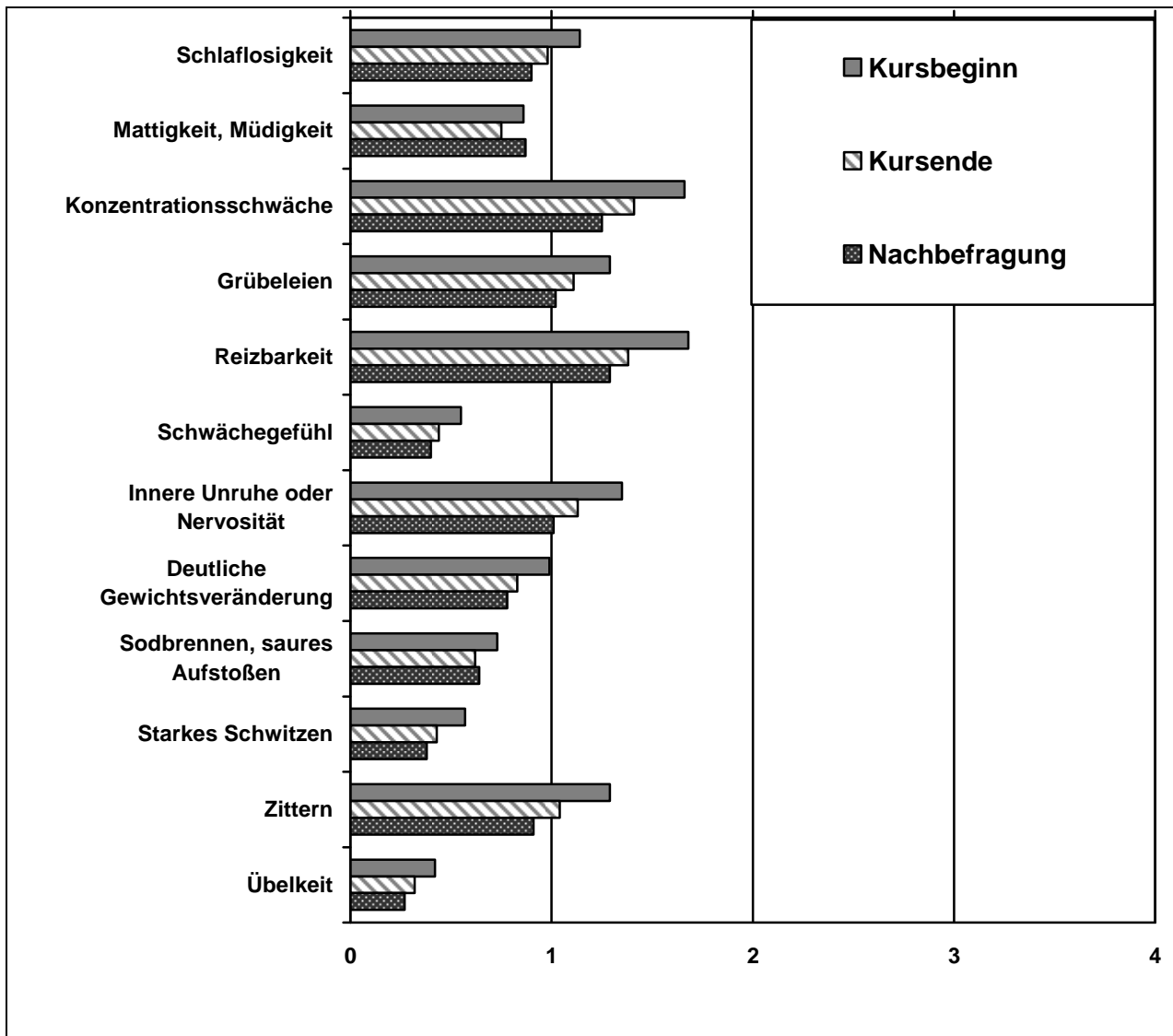


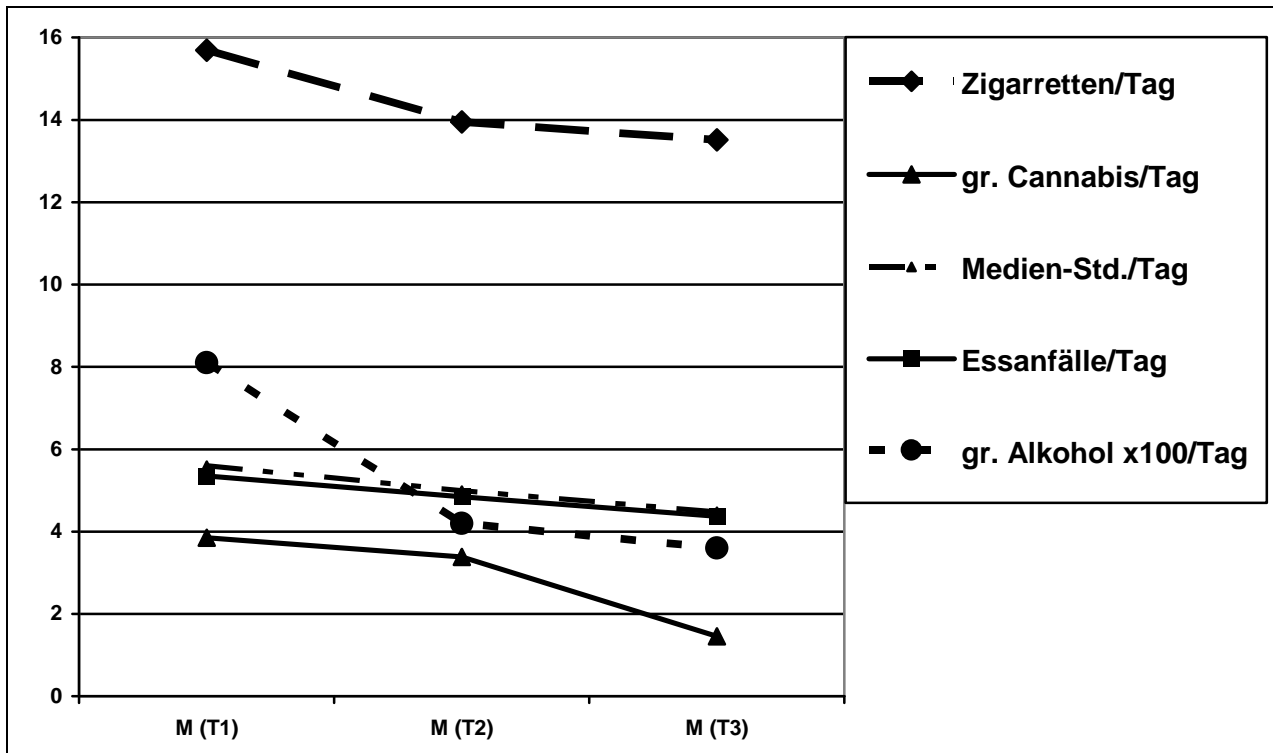
Abbildung 11: Gesundheitsbelastungen im Kursverlauf

Betrachtet man die Stabilität der Gesundheitskennwerte, so wird – bis auf die Subskala Körperliche Beschwerden – eine gute Stabilität bis hin zur leichten, aber nicht signifikanten Verbesserung der Kennwerte ersichtlich (s. vorigen Abschnitt). Die Werte der Effektstabilität rangieren zwischen einer weiteren Verbesserung von 0,3% bis 3,3%.

Bei der Betrachtung des Risikoverhaltens zeigte sich im Vergleich der Abschluss- zur Nachbefragung eine weitere Reduktion des Risikoverhaltens (s. Tabelle 102; vgl. vorigen Abschnitt). Diese Unterschiede waren jedoch gering und infolge hoher Varianz nicht signifikant (s. Tabelle 99).

Tabelle 102: Risikoverhalten nach Messzeitpunkt

Item	T1			T2			T3		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Tabak – Anzahl/ Tag	428	15,69	9,91	257	13,95	10,41	117	13,52	9,01
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	425	0,081	0,09	248	0,042	0,07	109	0,036	0,05
Cannabis – Gramm/ Tag	148	3,85	4,41	66	3,38	4,60	18	1,45	2,30
Medien – Stunden/ Tag	337	5,60	5,24	206	4,99	5,14	90	4,48	4,84
Essen – Essanfälle/ Tag	154	5,35	4,05	76	4,84	4,17	36	4,37	4,12

**Abbildung 12: Risikoverhalten: Mittelwerte nach Messzeitpunkt**

15.3 Der Einfluss von Teilnehmermerkmalen

15.3.1 Der Einfluss des Alters

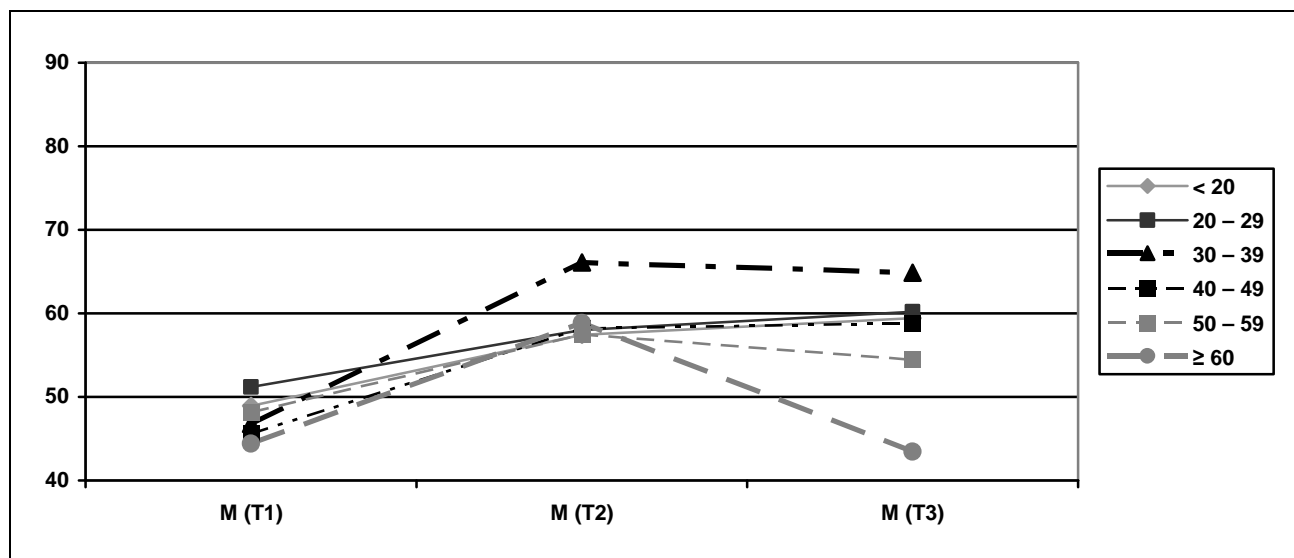
Nach dem Alter betrachtet, ergab sich beim Beschwerdenstand sowohl bei den psychischen als auch bei den körperlichen Belastungen jeweils ein Effekt geringer Stärke (s. Tabelle 103). Erwartungsgemäß klagten die Befragten mit zunehmendem Alter über stärkere körperliche Beschwerden (s. Tabelle 107). Für die psychischen Beschwerden zeichnete sich ein ähnlicher Trend ab. Hier hatten jedoch die Altersgruppen der 40 – 59-jährigen die stärksten Beeinträchtigungen (s. Tabelle 108). Ein Posthoc- Test nach Scheffè ergab, dass sich die Altersgruppe der bis 29-jährigen signifikant von der Altersgruppe der 40- bis 59-jährigen unterschied.

Tabelle 103: Gesundheitskennwerte nach Messzeitpunkt und Alter (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	29,225	,000	,044
Alter	5	2,031	,072	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	1,497	,135	,012
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	30,369	,000	,046
Alter	5	0,493	,782	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	1,489	,138	,012
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	18,931	,000	,029
Alter	5	3,958	,001	,015
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	1,448	,154	,011
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	19,338	,000	,029
Alter	5	4,626	,000	,018
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	1,722	,071	,013
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	2	10,138	,000	,016
Alter	5	2,459	,032	,010
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	1,158	,316	,009

Tabelle 104: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	148	48,92	99	57,45	34	59,41
20 – 29	263	51,19	204	58,01	80	60,18
30 – 39	75	46,77	40	66,10	14	64,86
40 – 49	80	45,60	52	58,21	24	58,83
50 – 59	65	48,16	48	57,46	23	54,43
≥ 60	19	44,42	14	58,86	7	43,43

**Abbildung 13: Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter****Tabelle 105: Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogener Lebensqualität: Messpunkt und Alter**

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	145	-25,00	99	-16,44	34	-13,29
20 – 29	260	-23,57	202	-16,24	79	-14,54
30 – 39	75	-28,78	40	-9,54	13	-10,51
40 – 49	80	-24,31	52	-11,83	24	-10,90
50 – 59	65	-21,78	48	-12,47	23	-15,53
≥ 60	19	-22,30	14	-7,65	7	-23,77

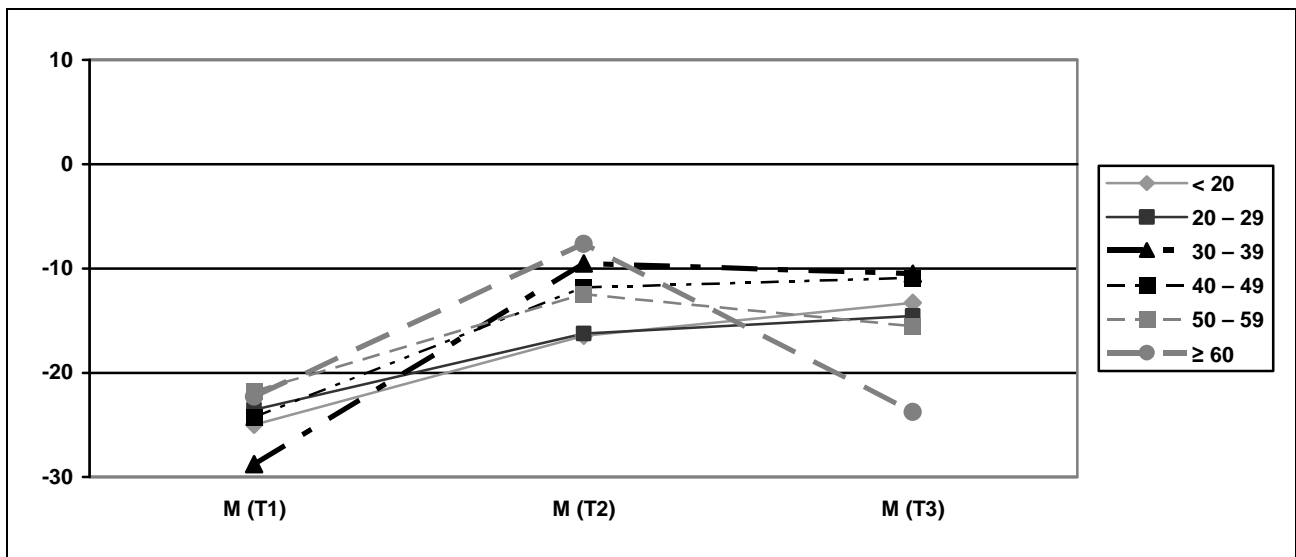


Abbildung 14: Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogener Lebensqualität: Messpunkt und Alter

Tabelle 106: Gesundheitliche Belastungen : Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	148	32,77	99	28,09	34	23,56
20 – 29	267	32,44	204	29,00	80	26,44
30 – 39	75	36,38	40	22,08	14	23,64
40 – 49	81	41,66	52	32,10	24	25,87
50 – 59	65	41,15	49	30,00	23	34,91
≥ 60	19	40,76	14	32,10	7	34,92

Tabelle 107: Körperliche Belastungen: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	146	18,70	99	16,09	34	12,94
20 – 29	265	19,56	204	17,26	80	17,91
30 – 39	74	22,97	40	10,25	14	13,33
40 – 49	80	25,46	52	20,13	24	18,93
50 – 59	65	24,46	49	17,41	23	17,39
≥ 60	18	25,74	14	16,67	7	25,71

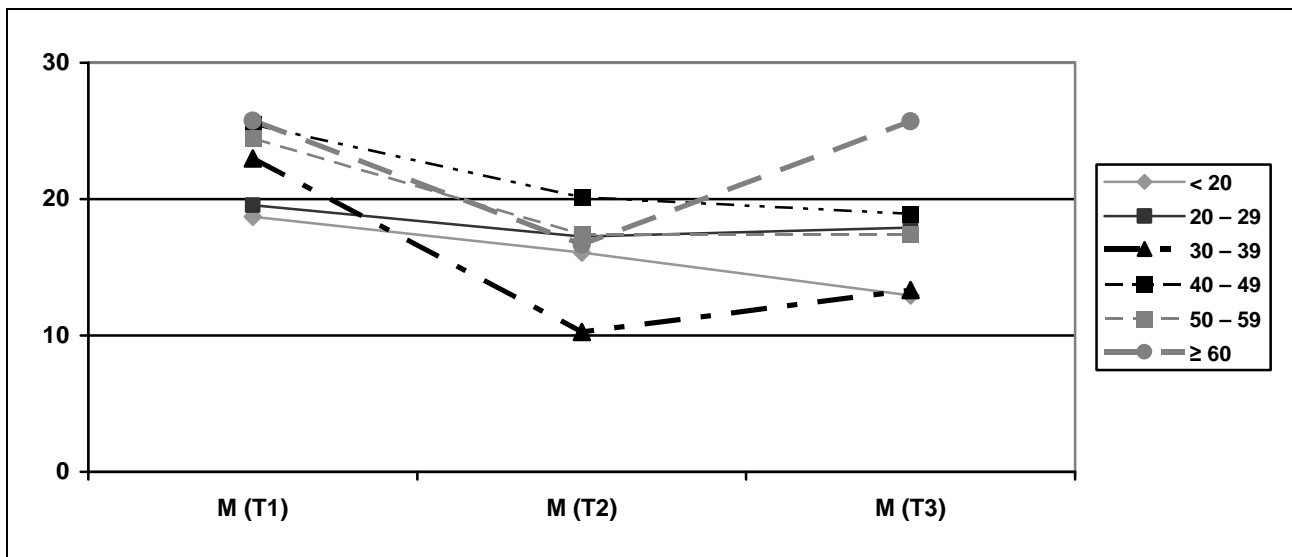


Abbildung 15: Körperliche Belastungen: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

Tabelle 108: Psychische Belastungen: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	147	42,02	99	36,66	34	31,18
20 - 29	267	41,39	204	37,33	80	32,65
30 - 39	75	46,08	40	30,47	14	30,95
40 - 49	80	53,69	52	40,66	24	30,75
50 - 59	65	52,96	49	38,90	23	47,44
≥ 60	19	51,12	14	43,19	7	41,49

Signifikante Altersunterschiede im Risikoverhalten fanden sich lediglich für das Zigarettenrauchen (s. Tabelle 109) mit einer mittleren Effektstärke. Aus Tabelle 110 geht hervor, dass mit zunehmendem Alter mehr Zigaretten pro Tag geraucht werden.

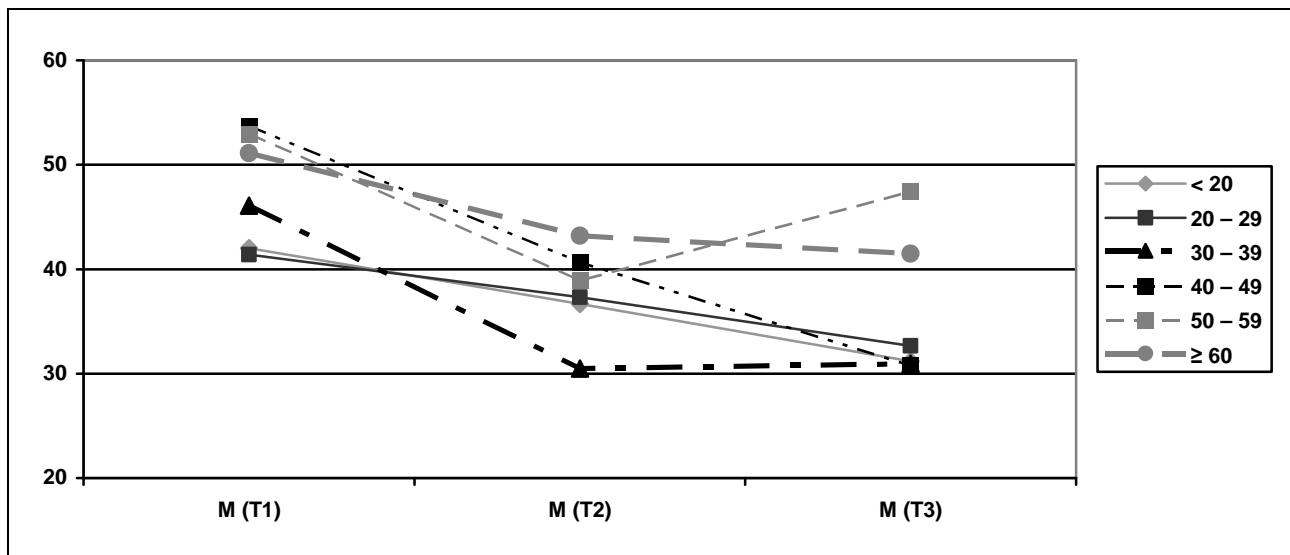


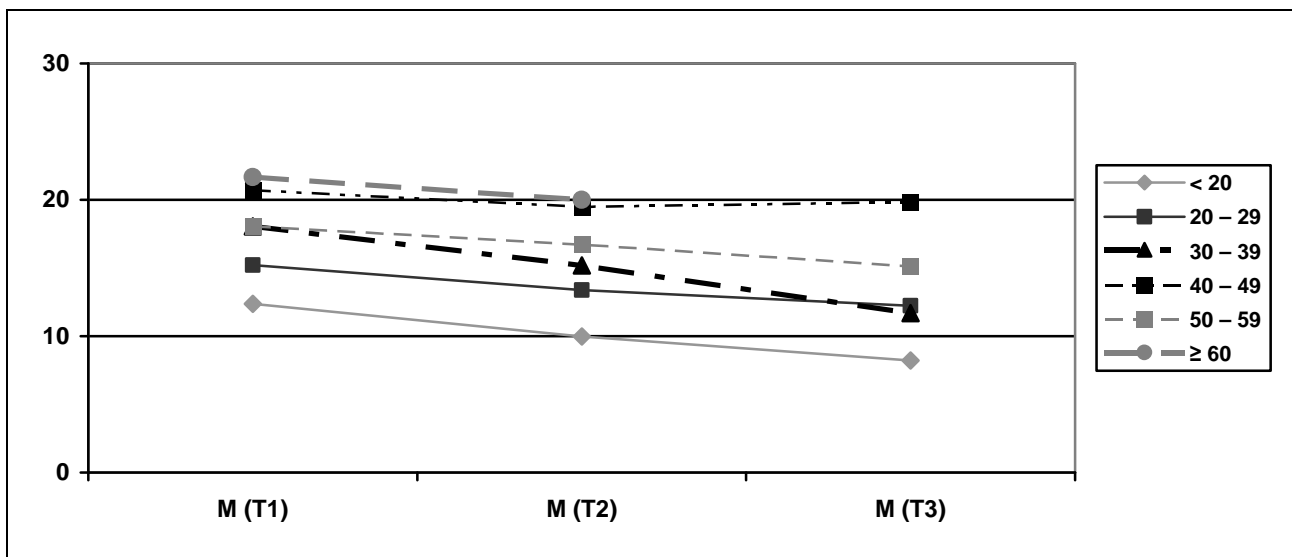
Abbildung 16: Psychische Belastungen: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

Tabelle 109: Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Alter (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	2	2,318	,099	,006
Alter	5	9,124	,000	,059
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	9	0,175	,997	,002
Alkohol				
Messzeitpunkt	2	19,936	,000	,053
Alter	5	1,068	,377	,007
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	0,414	,940	,006
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	0,771	,464	,007
Alter	5	1,030	,401	,024
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	7	0,629	,731	,021
Medien				
Messzeitpunkt	2	1,691	,185	,006
Alter	5	0,609	,693	,005
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	0,730	,697	,013
Essanfälle				
Messzeitpunkt	2	1,118	,329	,009
Alter	5	0,543	,744	,011
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	8	1,527	,148	,049

Tabelle 110: Tabakkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	89	12,38	52	9,98	13	8,21
20 – 29	183	15,20	124	13,38	55	12,22
30 – 39	52	18,04	22	15,19	7	11,70
40 – 49	47	20,70	29	19,49	13	19,83
50 – 59	29	18,04	18	16,72	10	15,11
≥ 60	3	21,67	1	20,00	-	-

**Abbildung 17: Tabakkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter****Tabelle 111: Alkoholkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter**

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	77	,075	42	,040	14	,027
20 – 29	175	,082	113	,048	45	,031
30 – 39	48	,079	21	,029	6	,020
40 – 49	45	,070	26	,041	9	,038
50 – 59	39	,092	28	,028	13	,023
≥ 60	14	,134	10	,055	5	,070

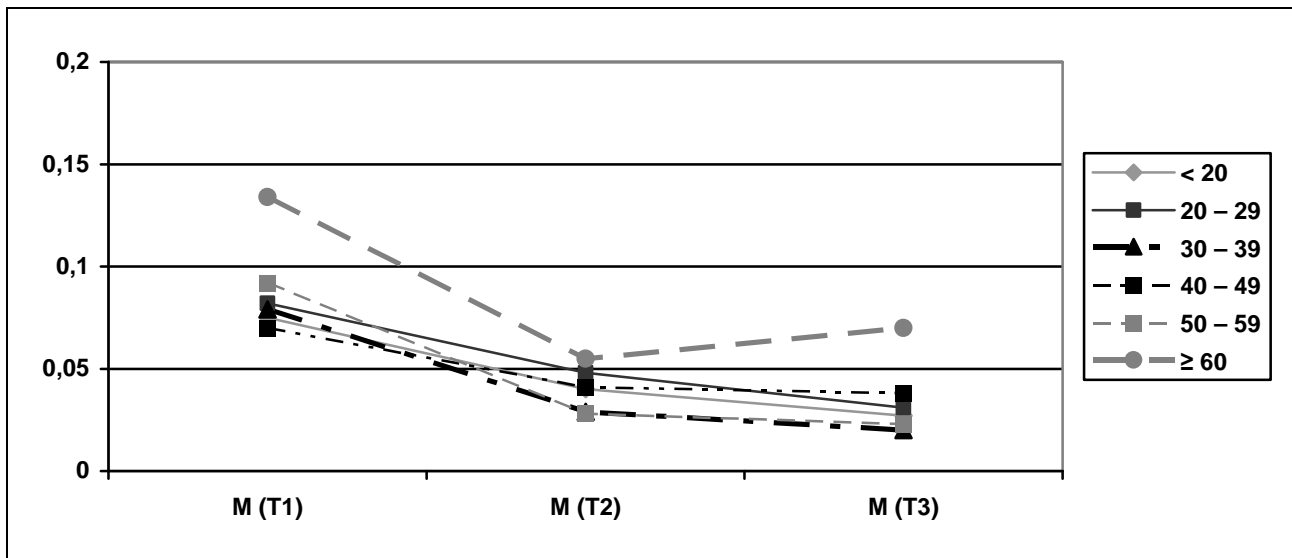


Abbildung 18: Alkoholkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

Tabelle 112: Cannabiskonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	29	2,90	18	4,32	2	,30
20 – 29	85	4,07	37	3,31	10	1,66
30 – 39	19	4,22	3	1,52	3	1,10
40 – 49	5	3,68	1	0,02	-	-
50 – 59	3	2,26	3	5,57	1	3,33
≥ 60	1	12,50	-	-	-	-

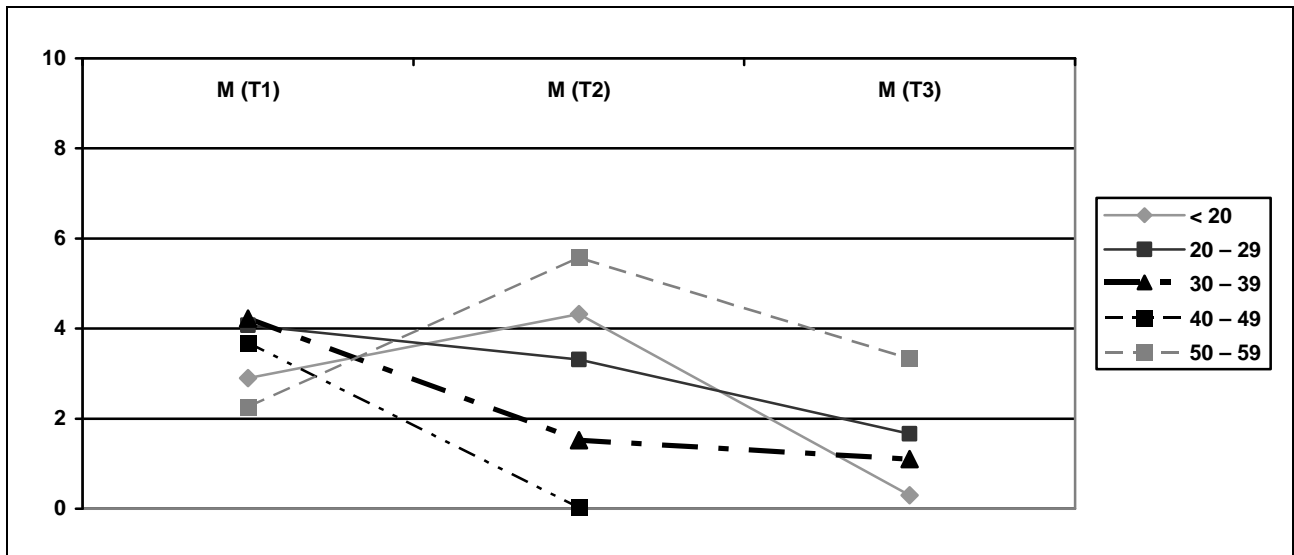


Abbildung 19: Cannabiskonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

Tabelle 113: Medienkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	99	5,50	47	5,14	23	4,19
20 – 29	142	5,72	99	5,54	31	4,01
30 – 39	27	5,73	12	4,72	3	3,42
40 – 49	30	4,29	21	4,80	8	4,25
50 – 59	14	7,37	15	3,53	6	7,72
≥ 60	4	5,65	3	1,71	3	3,36

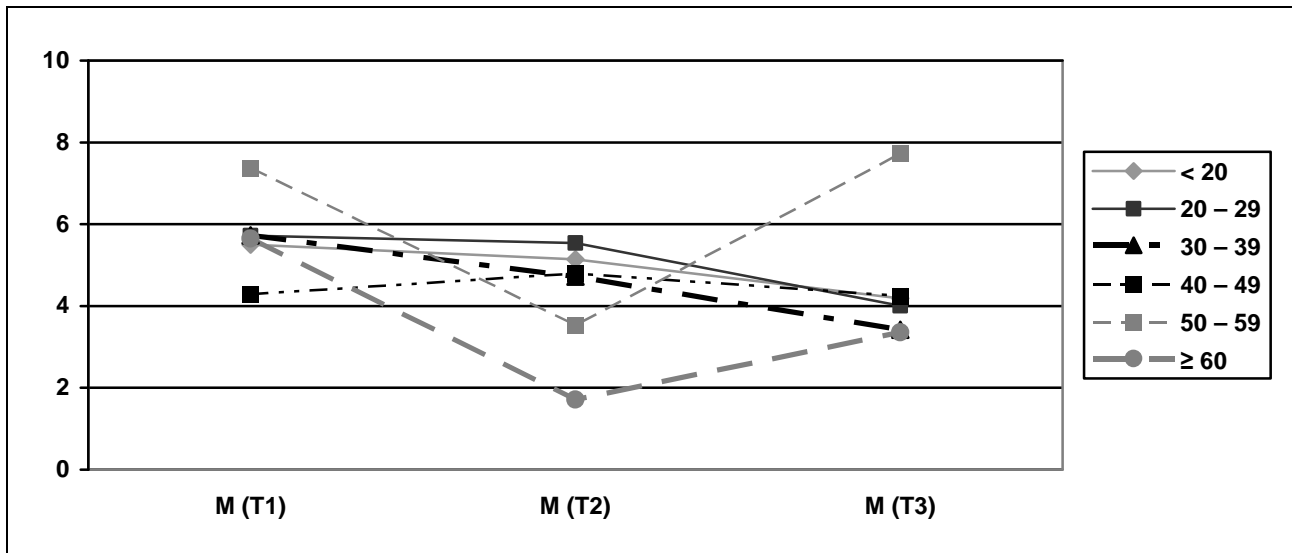


Abbildung 20: Medienkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

Tabelle 114: Essanfälle: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter

Alter	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
< 20	32	5,29	14	5,04	7	1,58
20 – 29	65	4,95	33	4,76	9	5,48
30 – 39	10	6,48	4	3,58	-	-
40 – 49	22	6,64	13	3,97	9	5,22
50 – 59	12	5,77	9	5,93	6	4,28
≥ 60	5	1,15	1	10,00	-	-

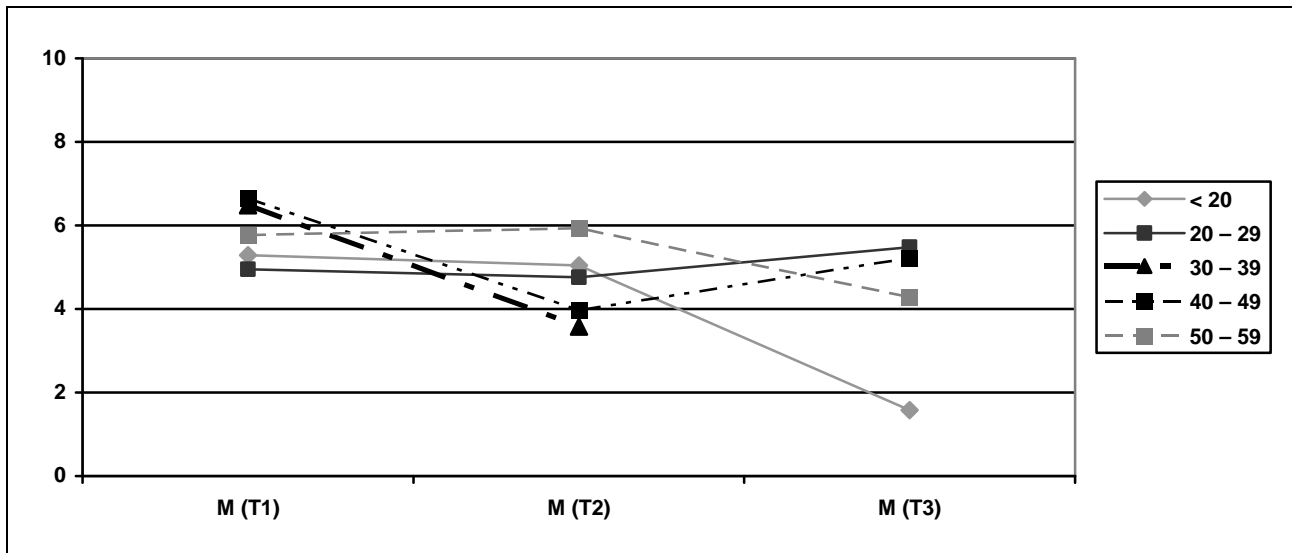


Abbildung 21: Essanfälle: Mittelwerte nach Messzeitpunkt und Alter

15.3.2 Der Einfluss des Geschlechts

Bezüglich des Geschlechts ergaben sich signifikanten Unterschiede kleiner Effektstärke für die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (s. Tabelle 115 und Tabelle 116). Dieser signifikante Unterschied ist jedoch nicht mehr zu beobachten, wenn alters- und geschlechtsspezifische Normierung mittels der Referenzwertdifferenzen vorgenommen wurden. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass Frauen sich insgesamt belasteter einschätzen als Männer. Ferner finden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für die psychischen Belastungen. Auch hier schätzen sich Frauen als belasteter ein – ein Trend, der in der Versorgungsforschung gut bekannt ist.

Tabelle 115: Gesundheitskennwerte nach Messzeitpunkt und Geschlecht (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	40,099	,000	,056
Geschlecht	1	28,112	,000	,021
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	1,551	,212	,002
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	41,053	,000	,061
Geschlecht	1	0,671	,413	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	1,009	,365	,002

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	21,398	,000	,031
Geschlecht	1	16,520	,000	,012
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	0,160	,852	,000
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	7,290	,001	,011
Geschlecht	1	0,895	,344	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	0,338	,713	,001
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	2	24,705	,000	,035
Geschlecht	1	26,600	,000	,019
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	0,035	,966	,000

Tabelle 116: Gesundheitskennwerte: Mittelwerte Geschlecht nach Messzeitpunkt

		Messzeitpunkte					
		n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	männl.	406	50,72	271	61,87	94	62,26
	weibl.	273	46,60	210	53,80	92	55,20
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	männl.	389	-24,77	259	-13,62	93	-13,09
	weibl.	255	-23,76	196	-15,73	87	-15,00
Gesundheitliche Belastung	männl.	410	32,71	272	27,04	94	25,20
	weibl.	275	38,42	210	32,01	92	29,19
Körperliche Belastung	männl.	407	20,02	272	16,48	94	17,24
	weibl.	271	22,03	210	18,14	92	16,81
Psychische Belastung	männl.	410	41,73	272	34,58	94	30,93
	weibl.	273	49,61	210	41,84	92	38,08

Hinsichtlich des Risikoverhaltens fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Lediglich beim Alkohol- und Medienkonsum zeichneten sich Unterschiede ab, jedoch wiesen diese eine zu vernachlässigende Effektstärke auf (s. Tabelle 117).

Tabelle 117: Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Geschlecht (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	2	4,981	,007	,013
Geschlecht	1	2,475	,116	,003
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	1,713	,181	,004
Alkohol				
Messzeitpunkt	2	16,028	,000	,041
Geschlecht	1	3,816	,051	,005
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	4,578	,011	,012
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	,660	,518	,006
Geschlecht	1	0,027	,869	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	,540	,583	,005
Medien				
Messzeitpunkt	2	1,656	,192	,005
Geschlecht	1	4,216	,040	,007
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	1,812	,164	,006
Essanfälle				
Messzeitpunkt	2	0,472	,625	,004
Geschlecht	1	0,142	,706	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	3,834	,023	,030

Tabelle 118: Risikoverhalten: Mittelwerte Geschlecht nach Messzeitpunkt

		Messzeitpunkte					
		n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Tabak	männl.	295	16,00	169	15,15	65	12,82
	weibl.	125	15,27	86	11,59	34	12,84
Alkohol	männl.	283	0,093	166	0,042	57	0,034
	weibl.	132	0,055	79	0,043	34	0,027
Cannabis	männl.	124	3,81	57	3,15	15	1,53
	weibl.	20	3,55	9	4,82	1	0,93
Medien	männl.	186	5,59	112	4,45	37	3,50
	weibl.	142	5,49	91	5,77	41	5,31
Essen	männl.	78	6,09	38	4,07	8	5,18
	weibl.	73	4,62	37	5,74	24	4,23

15.4 Der Einfluss des Standortes

15.4.1 Der Einfluss der Ortsgröße

Signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke zeigten sich für die Gesundheitlichen Belastungen der Teilnehmer/-innen (s. Tabelle 119). Wie aus Tabelle 120 zu entnehmen ist, waren Teilnehmer/-innen aus Mittelstädten weniger belastet sowohl körperlich als auch psychisch, im Vergleich zu größeren und kleineren Städten.

Hinsichtlich des Risikoverhaltens ergaben sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für das Rauchen von Zigaretten (s. Tabelle 121), dahingehend, dass in Kleinstädten deutlich mehr geraucht wurde als in Groß- oder Mittelstädten (s. Tabelle 122).

Tabelle 119: Gesundheitskennwerte nach Ortsgröße (Querschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	30,900	,000	,043
Ortsgröße	3	1,819	,142	,004
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	0,743	,615	,003
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	30,934	,000	,047
Ortsgröße	3	1,738	,157	,004
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	0,668	,676	,003
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	14,019	,000	,020
Ortsgröße	3	6,350	,000	,013
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	0,763	,599	,003
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	4,453	,012	,006
Ortsgröße	3	7,938	,000	,017
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	1,285	,261	,006
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	2	16,538	,000	,023
Ortsgröße	3	5,225	,001	,011
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	0,444	,850	,002

Tabelle 120: Mittelwerte Gesundheitskennwerte nach Ortsgröße (Querschnitt)

Ortsgröße	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
keine Angabe	94	48,18	60	57,17	22	52,64
Großstadt	281	47,32	187	58,52	67	58,21
Mittelstadt	168	51,72	134	58,02	78	60,91
Kleinstadt	152	49,64	105	58,86	49	60,41
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
keine Angabe	88	-25,81	55	-17,85	9	-16,80
Großstadt	264	-26,24	177	-14,45	59	-15,79
Mittelstadt	151	-21,00	122	-14,55	65	-13,43
Kleinstadt	141	-23,60	101	-12,84	47	-12,04
Gesundheitliche Belastungen						
keine Angabe	95	36,46	60	31,59	22	32,32
Großstadt	283	35,41	187	29,50	68	28,19
Mittelstadt	170	33,19	134	24,64	78	22,73
Kleinstadt	153	35,14	105	32,44	49	30,53
Körperliche Belastungen						
keine Angabe	93	23,12	60	20,89	22	21,21
Großstadt	282	20,48	187	16,64	68	16,67
Mittelstadt	166	19,28	134	11,73	78	14,66
Kleinstadt	153	21,74	105	22,51	49	20,84
Psychische Belastungen						
keine Angabe	95	46,00	60	39,20	22	40,26
Großstadt	283	46,07	187	38,63	68	36,41
Mittelstadt	170	42,10	134	33,86	78	28,57
Kleinstadt	151	44,78	105	39,53	49	37,54

Tabelle 121: Risikoverhalten nach Ortsgröße (Querschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	2	4,185	,016	,010
Ortsgröße	3	8,011	,000	,030
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	2,642	,015	,020

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Alkohol				
Messzeitpunkt	2	17,527	,000	,044
Ortsgröße	3	1,699	,166	,007
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	1,065	,382	,008
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	1,982	,140	,018
Ortsgröße	3	0,213	,887	,003
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	5	0,281	,923	,006
Medien				
Messzeitpunkt	2	1,430	,240	,005
Ortsgröße	3	0,978	,403	,005
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	0,535	,781	,005
Essen				
Messzeitpunkt	2	1,753	,175	,014
Ortsgröße	3	2,098	,101	,024
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	0,851	,532	,020

Tabelle 122: Mittelwerte Risikoverhalten nach Ortsgröße (Querschnitt)

Ortsgröße	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Tabak						
keine Angabe	62	17,52	38	10,65	13	13,41
Großstadt	186	14,85	107	13,89	41	13,07
Mittelstadt	89	15,19	61	11,87	38	10,77
Kleinstadt	91	16,64	51	19,01	25	18,50
Alkohol						
keine Angabe	60	,089	31	,038	11	,027
Großstadt	188	,082	111	,037	45	,029
Mittelstadt	108	,078	62	,032	34	,034
Kleinstadt	69	,076	44	,070	19	,062
Cannabis						
keine Angabe	22	4,20	13	3,29	2	1,17
Großstadt	87	3,86	38	3,58	12	1,90
Mittelstadt	21	2,84	6	3,62	4	,26

Ortsgröße	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Kleinstadt	18	4,54	9	2,49	-	-
Medien						
keine Angabe	59	5,85	23	5,79	11	4,96
Großstadt	111	5,40	84	4,97	26	3,17
Mittelstadt	92	5,43	57	4,97	34	4,47
Kleinstadt	75	5,90	42	4,62	19	5,98
Essen						
keine Angabe	38	6,34	9	4,54	5	2,81
Großstadt	55	4,22	29	4,46	10	2,79
Mittelstadt	26	5,49	15	5,96	8	4,71
Kleinstadt	35	5,94	23	4,72	13	5,96

15.4.2 Der Einfluss der Region

Des Weiteren zeigten sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für die Körperlichen Belastungen nach Region (s. Tabelle 123). Die Gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte zwar auch signifikante Unterschiede, jedoch mit einer zu vernachlässigenden Effektstärke.

Ein Posthoc- Test nach Scheffè ergab, dass die Teilnehmer/-innen aus dem Osten ihre körperlichen Belastungen deutlich höher einschätzten, als Teilnehmer/-innen aus dem Norden (vgl. Tabelle 124).

Tabelle 123: Gesundheitskennwerte nach Region (Querschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	40,360	,000	,055
Region	4	2,793	,025	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,296	,241	,007
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	38,568	,000	,058
Region	4	0,924	,449	,003
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	0,790	,612	,005

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	17,550	,000	,025
Region	4	3,035	,017	,009
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,469	,164	,008
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	5,447	,004	,008
Region	4	4,339	,002	,012
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,167	,316	,007
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	2	20,949	,000	,029
Region	4	2,240	,063	,006
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,452	,170	,008

Tabelle 124: Mittelwerte Gesundheitskennwerte nach Region (Querschnitt)

Region	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
keine Angabe	94	48,18	60	57,17	22	52,64
Nord	177	49,91	141	55,05	73	56,64
Süd	173	47,94	111	58,70	42	61,43
West	154	49,51	86	63,47	39	63,18
Ost	97	49,25	88	58,66	40	60,80
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
keine Angabe	88	-25,81	55	-17,85	9	-16,80
Nord	151	-22,07	127	-15,56	64	-15,60
Süd	163	-25,84	106	-15,63	34	-14,04
West	147	-24,77	84	-10,66	33	-13,17
Ost	95	-23,58	83	-13,26	40	-11,52
Gesundheitliche Belastungen						
keine Angabe	95	36,46	60	31,59	22	32,32
Nord	179	32,32	142	27,97	74	26,80
Süd	175	36,16	111	29,07	42	28,50
West	154	36,19	86	24,90	39	21,23
Ost	98	34,24	87	33,15	40	29,45

Region	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Körperliche Belastungen						
keine Angabe	93	23,12	60	20,89	22	21,21
Nord	176	18,24	142	14,00	74	16,39
Süd	174	21,66	111	16,39	42	17,93
West	153	21,37	86	14,37	39	13,45
Ost	98	20,95	87	23,02	40	20,16
Psychische Belastungen						
keine Angabe	95	46,00	60	39,20	22	40,26
Nord	178	42,05	142	37,85	74	34,27
Süd	175	46,39	111	38,15	42	36,05
West	154	46,35	86	32,44	39	26,80
Ost	97	43,46	87	40,38	40	36,23

Bei der Betrachtung des Risikoverhaltens konnten signifikante Unterschiede nach Region erneut nur für das Rauchen von Zigaretten mit mittleren Effekten aufgezeigt werden (s. Tabelle 125). Am wenigsten rauchten die Teilnehmer/-innen aus dem Norden im Vergleich zu allen anderen Regionen (s. Tabelle 126). Aber auch die Teilnehmer/-innen aus dem Süden rauchten noch signifikant weniger Zigaretten als solche aus dem Osten von Deutschland.

Tabelle 125: Risikoverhalten nach Region (Querschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	2	4,033	,018	,010
Region	4	12,458	,000	,060
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,739	,086	,017
Alkohol				
Messzeitpunkt	2	20,152	,000	,050
Region	4	1,567	,181	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	0,825	,581	,009
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	2,364	,096	,021
Region	4	0,195	,941	,004
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	0,237	,976	,008

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Medien				
Messzeitpunkt	2	2,244	,107	,007
Region	4	0,873	,479	,006
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,165	,318	,015
Essen				
Messzeitpunkt	2	2,396	,093	,019
Region	4	1,663	,159	,026
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,863	,066	,056

Tabelle 126: Mittelwerte Risikoverhalten nach Region (Querschnitt)

Region	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Tabak						
keine Angabe	62	17,52	38	10,65	13	13,41
Nord	69	12,28	45	8,85	30	9,19
Süd	130	14,92	78	14,48	29	12,71
West	105	16,39	53	14,59	24	16,18
Ost	62	18,07	43	20,43	21	17,83
Alkohol						
keine Angabe	60	,089	31	,038	11	,027
Nord	87	,054	49	,028	29	,035
Süd	124	,092	72	,043	30	,033
West	109	,085	55	,037	23	,034
Ost	45	,079	41	,065	16	,054
Cannabis						
keine Angabe	22	4,20	13	3,29	1,17	2
Nord	21	4,03	7	3,71	,72	5
Süd	45	3,52	20	3,49	3,02	6
West	50	3,97	20	3,41	,41	5
Ost	10	3,58	6	2,66	-	-

Region	Messzeitpunkte					
	n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Medien						
keine Angabe	59	5,85	23	5,79	11	4,96
Nord	91	4,47	66	5,17	35	4,62
Süd	80	5,93	55	4,27	16	3,12
West	66	5,69	28	6,23	14	4,91
Ost	41	6,91	34	4,25	14	4,83
Essen						
keine Angabe	38	6,34	9	4,54	5	2,81
Nord	40	4,01	20	6,56	12	4,46
Süd	29	4,19	16	3,30	4	2,16
West	24	6,89	10	3,82	5	3,83
Ost	23	5,90	21	5,01	10	6,18

15.5 Teilnehmerziele und ihre Erreichung im Kurs

In der Eingangsbefragung hatten die Teilnehmer/-innen angegeben, wie wichtig Ihnen 11 Programmziele waren; zur Abschlussbefragung wurden sie nach deren Erreichung befragt (s. Tabelle 127 und Abbildung 22).

Tabelle 127: Teilnehmerziele

Ziele	T1			T2		
	n	M	SD	n	M	SD
Risikoverhalten kontrollieren	676	3,08	1,31	460	2,73	1,15
Mehr Risikobewusstsein entwickeln	673	2,63	1,31	462	2,85	1,05
Selbstvertrauen stärken	682	2,72	1,44	471	2,71	1,08
Informieren über Suchstoffe und -verhalten	677	2,63	1,36	465	2,96	1,08
Besser mit Druck und Stress umgehen können	682	2,89	1,28	472	2,56	1,07
Soziale Kontakte erhalten/ aufbauen	673	2,40	1,40	467	2,38	1,22
Schulische und berufliche Wiedereingliederung	653	1,89	1,65	403	2,10	1,42
Gesundheitliche Belastungen abbauen	672	2,33	1,48	436	2,22	1,24
Alternative Verhaltensweisen zum Risikoverhalten erlernen	671	2,86	1,29	458	2,74	1,09
Risikoverhalten vermindern	662	2,91	1,41	460	2,84	1,23
Gelassener mit Streit umgehen	673	2,61	1,38	460	2,50	1,16

Ziele	T1			T2		
	n	M	SD	n	M	SD
Übergreifende Aspekte der Teilnehmerziele						
Teilnehmerziele Gesamtmittelwert	693	52,99	17,74	479	52,41	16,88
Suchtbezogenes Selbstmanagement	691	56,65	19,15	475	56,73	17,72
Allgemeines Selbstmanagement	690	49,84	21,26	479	48,71	18,48

Anmerkungen: Skalierung der Items 0 = unwichtig – 4 = sehr wichtig; Skalierung der Skalen 0% – 100%, je wichtiger desto höher.

Alle im Programm wichtigen Ziele wurden von den Teilnehmer/-innen als wichtig betrachtet. Das wichtigste Ziel (Mittelwert von $M=3,08$) war die Kontrolle von Risikoverhalten. Auch die übrigen vorrangigen Ziele richteten sich auf Suchtbezogenes Selbstmanagement: Risikoverhalten zu vermindern ($M=2,91$), alternative Verhaltensweisen zum Risikoverhalten zu erlernen ($M=2,86$), sich über Suchtstoffe und Risikoverhalten zu informieren und mehr Risikobewusstsein zu entwickeln (je $M=2,63$). Von den Allgemeinen Selbstmanagementzielen wurden als besonders wichtige hervorgehoben, besser mit Stress umgehen zu können ($M=2,89$) und das Selbstvertrauen stärken ($M=2,72$).

Alle Ziele wurden im Mittel überwiegend erreicht, und zwar am meisten Information über Risikoverhalten ($M=2,96$), Minderung von Risikoverhalten ($M=2,84$) und Kontrolle von Risikoverhalten ($M=2,73$) sowie erhöhtes eigenes Risikobewusstsein ($M=2,85$).

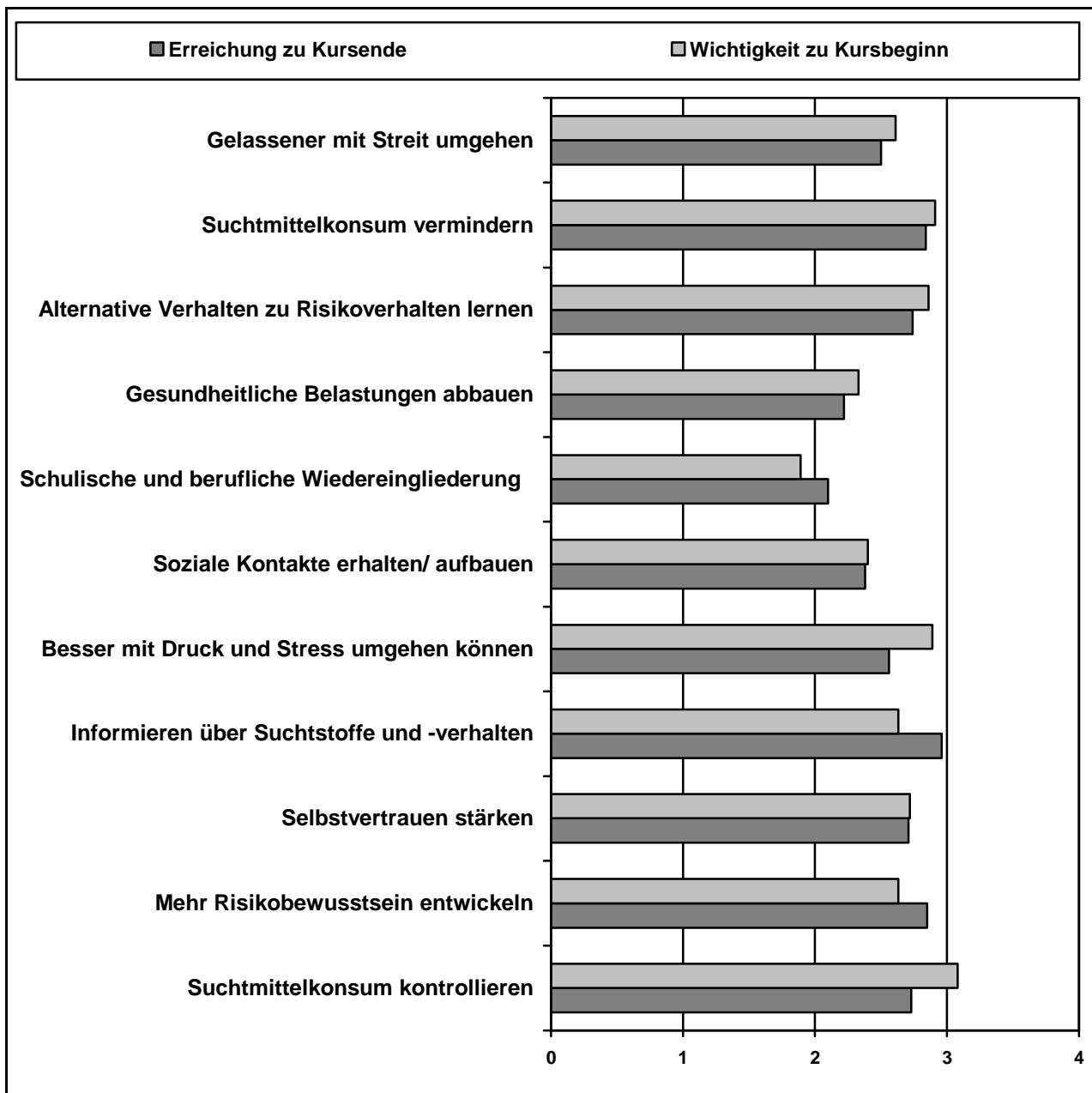


Abbildung 22: Wichtigkeit (T1) und Zielerreichung (T2) aller Teilnehmerziele

15.6 Zwischenfazit: Gesundheitsgewinne laut Querschnittsauswertung

Im Programmverlauf treten signifikante Verbesserungen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des Beschwerdenstandes und der Risikoverhalten auf, die sich – auch bei Betrachtung der Einzeltens, insbesondere einzelner Risikoverhalten, psychischer und körperlicher Beschwerden – im Katamnesezeitraum halten bzw. leicht (nicht signifikant) weiter verbessern. Die Gesundheitsgewinne sind also nachhaltig stabil. Der Umfang der Gesundheitsgewinne lag zwar im Bereich kleiner bis

mittlerer Effektgrößen, erreichte jedoch durchgehend praktisch bedeutsame oder sehr bedeutsame Skalenumfänge.

Dieses Bild bleibt auch erhalten bei Betrachtung der Referenzwert-Differenzen, also der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe der Teilnehmer/-innen in der Gesamtbevölkerung als Vergleichsgruppe.

Eine Analyse der Teilnehmermerkmale als konfundierender Variablen konnte zeigen, welche Merkmale signifikant auf die Programmeffekte einwirken und somit zu ungleicher Wirksamkeit führen: Alters- und Geschlechtsgruppen unterschieden sich zwar signifikant wegen ihrer Eingangsbelastungen, doch traten keine signifikanten Wechselwirkungen dieser Merkmale mit den Gesundheitseffekten auf. Das Programm wirkte also für alle Alters- und Geschlechtsgruppen ungefähr gleich gut.

Einige Verlaufsgraphiken wiesen deskriptiv andere Merkmale auf. Insbesondere blieb die Wirksamkeit bei Personen über 60 Jahren nicht nach Kursende stabil. Hierbei handelte es sich zwar um eine sehr kleine Teilstichprobe, doch sollte künftig geprüft werden, ob für diese Teilgruppe andere Interventionen zur Verfügung stehen.

Keine Wechselwirkung mit den Programmeffekten hatte auch die Ortsgröße der durchführenden Zentren (mit Ausnahme des Tabakkonsums). Städtische und ländliche Regionen konnten also in gleicher Weise von SKOLL profitieren. SKOLL ist für jede Art von Umfeld gleichermaßen geeignet und kann mit guten Erfolgsaussichten auch in schwächer besiedelten Gegenden durchgeführt werden, wo es aufgrund der offenen Gruppenzusammensetzung erhebliche Vorteile in der Angebotsgestaltung kleiner Einrichtungen verspricht.

Ebenso blieb die Region (Bundesland des Standorts) ohne Einfluss auf die Wirksamkeit. Das Programm kann also in allen Gegenden Deutschlands mit gleicher Aussicht auf Erfolg eingesetzt werden, ohne dass geringere Effekte infolge konfessioneller oder regionalkultureller Besonderheiten zu befürchten sind.

15.7 Teilnehmerzufriedenheit

Die Teilnehmerzufriedenheit mit der Durchführung des Kurses wurde mit der Abschlussbefragung erhoben. Im Mittel bewerteten die Teilnehmer/-innen mit 77% (SD=16,7%) erreichter Zufriedenheit das Suchtkontrolltraining als gut (s. Tabelle 128). Die höchste Zufriedenheit wurde für das Einfühlungsvermögen und die motivierende Haltung der Kurshaltung zurückgemeldet. Aspekte der Nachhaltigkeit – Unterstützung der Umsetzung im Alltag und weiterführende Hilfen – wurden hingegen weniger gut bewertet. Ansatzpunkte für eine Programmverbesserung zeigen sich bei einer erweiterten Unterstützung der Umsetzung im Alltag und bei weiterführenden Unterlagen.

Die Nützlichkeit der Module wurde mit durchschnittlich 74% (SD=17,5%) als hilfreich beurteilt (Tabelle 129). Am meisten profitierten die Teilnehmer/-innen von den Bausteinen Risikosituationen und Stressmanagement (je $M=3,08$) sowie Auslöser für Rückfälle oder Krisen ($M=2,99$).

Tabelle 128: Kursdurchführung (T2)

Item	n	M	SD	Range
Ankündigung und Informationen vor dem Training	478	3,09	0,87	0 – 4 0 = sehr schlecht 4 = sehr gut
Unterlagen und Materialien	476	3,14	0,91	
Zusammensetzung der Gruppe	483	3,25	0,83	
Eingehen auf Fragen und Wünsche aus der Gruppe	478	3,33	0,83	
Unterstützung zur Umsetzung im Alltag	481	2,83	1,00	
weiterführende Hilfen	467	2,51	1,05	
Einfühlungsvermögen und motivierende Haltung der Kursleitung	478	3,36	0,88	0 – 100 (je höher, desto zufriedener)
Kursdurchführung insgesamt	487	76,97	16,69	

Tabelle 129: Nützlichkeit der Module (T2)

Item	n	M	SD	Range
Kennenlernen	437	2,86	0,99	0 – 4 0 = gar nicht hilfreich 4 = sehr hilfreich
Ambivalente Gefühle	440	2,83	0,88	
Risikosituationen	444	3,08	0,93	
Stressmanagement	443	3,08	0,95	
Soziales Netzwerk	441	2,93	0,93	
Umgang mit irrationalen Gedanken	439	2,95	0,98	
Auslöser für Krisen / Rückfall	433	2,99	0,98	
Umgang mit Konflikten	433	3,08	0,94	
Freizeitgestaltung	426	2,95	0,98	
Rituale	407	2,84	0,98	
Nützlichkeit der Module insgesamt	458	73,96	17,48	0 – 10 (je höher, desto nützlicher)

15.7.1 Der Einfluss des Alters

Nach dem Alter betrachtet unterschied sich die Zufriedenheit mit der Kursdurchführung und die Einschätzung der Nützlichkeit der Module signifikant mit kleiner Effektstärke zwischen der Altersgruppe der 20-29 und der 40-49-jährigen Teilnehmer/-innen (s. Tabelle 130).

Die Unterschiede für die Zufriedenheit mit der Kursdurchführung auf Itemebene sind in Tabelle 100 aufgeführt. Lediglich fünf Items wiesen signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke auf. Die älteren Teilneh-

mer/-innen waren etwas zufriedener und fanden die Module leicht nützlicher. Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Kursdurchführung auf Itemebene sind in Tabelle 131 aufgeführt. Lediglich fünf Items wiesen signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke auf. Des Weiteren führt Tabelle 132 sieben Module auf, die ebenfalls signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke auf Itemebene aufwiesen. Tendenziell waren die unter 30- und über 60-jährigen etwas weniger zufrieden als die übrigen Altersgruppen, doch erwiesen sich alle Unterschiede als schwach und ergaben kein durchgehend einheitliches Muster.

Tabelle 130: Kurszufriedenheit nach Altersgruppen (VA)

Abhängige Variable	n	M	df	F	p	Eta ²
Kursdurchführung						
< 20	99	79,41	5	4,273	,001	,045
20 – 29	204	74,83				
30 – 39	40	81,68				
40 – 49	52	82,70				
50 – 59	49	81,55				
≥ 60	14	74,35				
Nützlichkeit der Module						
< 20	90	74,75	5	4,816	,000	,054
20 – 29	200	72,38				
30 – 39	35	78,63				
40 – 49	47	83,84				
50 – 59	44	77,21				
≥ 60	14	70,94				

Tabelle 131: Kursdurchführung (5 Items) nach Altersgruppen (VA)

	n	M	df	F	p	Eta ²
Ankündigung und Informationen vor dem Training						
< 20	98	3,22	5	2,752	,018	,030
20 – 29	202	2,98				
30 – 39	39	3,28				
40 – 49	52	3,31				
50 – 59	47	3,30				
≥ 60	12	3,00				

	n	M	df	F	p	Eta²
Unterlagen und Materialien						
< 20	96	3,32	5	3,307	,006	,036
20 – 29	201	3,02				
30 – 39	38	3,16				
40 – 49	52	3,48				
50 – 59	48	3,27				
≥ 60	14	3,00				
Unterstützung zur Umsetzung im Alltag						
< 20	98	2,96	5	2,818	,016	,031
20 – 29	203	2,74				
30 – 39	40	3,03				
40 – 49	52	3,19				
50 – 59	48	3,06				
≥ 60	11	2,82				
Weiterführende Hilfen						
< 20	96	2,73	5	2,701	,020	,030
20 – 29	200	2,39				
30 – 39	39	2,82				
40 – 49	48	2,63				
50 – 59	46	2,67				
≥ 60	11	2,18				
Einfühlungsvermögen und motivierende Haltung der Kursleitung						
< 20	99	3,29	5	2,849	,015	,031
20 – 29	202	3,35				
30 – 39	40	3,60				
40 – 49	51	3,69				
50 – 59	47	3,55				
≥ 60	12	3,58				

Tabelle 132: Nützlichkeit der Module (7 Items) nach Altersgruppen (VA)

	n	M	df	F	p	Eta²
Kennenlernen						
< 20	89	2,87	5	5,883	,000	,067
20 – 29	188	2,69				
30 – 39	35	3,26				
40 – 49	46	3,39				
50 – 59	41	3,15				
≥ 60	14	2,93				
Ambivalente Gefühle						
< 20	89	2,83	5	2,238	,050	,027
20 – 29	195	2,77				
30 – 39	33	3,09				
40 – 49	45	3,13				
50 – 59	42	3,00				
≥ 60	13	2,69				
Soziales Netzwerk						
< 20	89	3,04	5	3,724	,003	,043
20 – 29	195	2,83				
30 – 39	34	3,15				
40 – 49	43	3,42				
50 – 59	41	2,93				
≥ 60	14	2,71				
Umgang mit irrationalen Gedanken						
< 20	85	2,93	5	2,565	,027	,030
20 – 29	196	2,88				
30 – 39	34	3,12				
40 – 49	44	3,41				
50 – 59	42	3,05				
≥ 60	13	3,08				

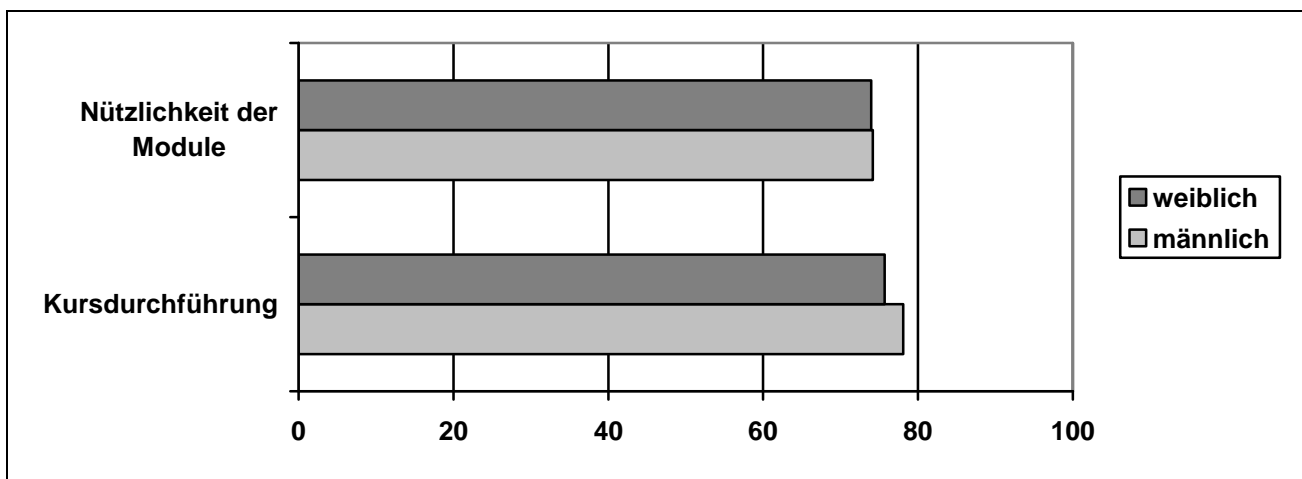
	n	M	df	F	p	Eta ²
Auslöser für Krisen/ Rückfälle						
< 20	83	2,83	5	3,417	,005	,041
20 – 29	193	3,00				
30 – 39	31	3,19				
40 – 49	44	3,48				
50 – 59	43	3,19				
≥ 60	14	2,86				
Umgang mit Konflikten						
< 20	86	3,17	5	2,735	,019	,033
20 – 29	195	3,01				
30 – 39	32	3,25				
40 – 49	40	3,53				
50 – 59	43	3,14				
≥ 60	13	2,85				
Rituale						
< 20	85	2,92	5	2,898	,014	,037
20 – 29	182	2,80				
30 – 39	32	2,94				
40 – 49	35	3,43				
50 – 59	39	2,87				
≥ 60	11	2,82				

15.7.2 Der Einfluss des Geschlechts

Nach Geschlechtern untersucht, zeigte sich in der Bewertung der Kurszufriedenheit kein signifikanter Effekt (s. Tabelle 133). Lediglich für die Items „Unterstützung zur Umsetzung im Alltag“ und „Einfühlungsvermögen und motivierende Haltung der Kursleitung“ fanden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke, dahingehend, dass Männer mit dem Angebot zufriedener waren als Frauen (s. Tabelle 134).

Tabelle 133: Kurszufriedenheit nach Geschlecht (VA)

Geschlecht	n	M	df	F	p	Eta ²
Kursdurchführung						
männlich	272	78,08	1	2,431	,120	,005
weiblich	210	75,70				
Nützlichkeit der Module						
männlich	250	74,18	1	,020	,886	,000
weiblich	203	73,95				

Abbildung 23: Kurszufriedenheit Umsetzung: Mittelwerte nach Geschlecht**Tabelle 134: Kursdurchführung (2 Items) nach Geschlecht (VA)**

Geschlecht	n	M	df	F	p	Eta ²
Unterstützung zur Umsetzung im Alltag						
männlich	271	2,94	1	6,784	,009	,014
weiblich	205	2,70				
Einfühlungsvermögen und motivierende Haltung der Kursleitung						
männlich	266	3,44	1	4,401	,036	,009
weiblich	208	3,27				

15.7.3 Fazit: Teilnehmerzielerreichung und -zufriedenheit

Die wichtigsten Programmziele waren auch den Teilnehmer/-innen wichtig, und sie wurden im Urteil der Teilnehmenden weitgehend erreicht. Vorrangig waren dabei Kompetenzen des Suchtbezogenen Selbstmanagements, insbesondere die Kontrolle von Risikoverhalten, das Wissen darüber und ein erhöhtes Risikobewusstsein.

Die Gesamtzufriedenheit lag im Bereich solider Akzeptanz. Die einzelnen Module erhielten geringfügig unterschiedliche, jedoch sehr ähnliche Bewertungen (Mittelwerte von 2,83 bis 3,08). Man wird in Anbetracht dieser gleichförmigen Akzeptanz bei künftigen Programmverbesserungen also alle Module beibehalten können.

Alle Gruppen berichteten insgesamt solide Zufriedenheit. Die Zufriedenheit mit der Kursdurchführung, aber auch der mittleren Nützlichkeit der Module lag bei der Altersgruppe bis 30 Jahren etwas niedriger als bei Älteren und bei Frauen etwas niedriger als bei Männern. Am höchsten war die Zufriedenheit mit allen Aspekten in der Altersgruppe der 40- bis 49jährigen. Empathie und Unterstützung durch die Kursleitung wurden als hoch ausgeprägt erlebt (im Mittel 3,27 bei Frauen bzw. 3,44 bei Männern auf einer Skala von 0 bis 4). Die Zufriedenheit mit der Unterstützung bei der Umsetzung im Alltag fiel etwas niedriger aus (im Mittel 2,94 bei Männern und 2,7 bei Frauen). Kursleiterauswahl- und -qualifikation bieten als eine gute Grundlage für die Arbeit mit SKOLL. Bei der Erarbeitung neuer Fassungen könnten mehr Mittel für die konkrete Umsetzung im Alltag eingefügt werden. Die Beurteilungen verschiedener Einzelmodule differieren zwischen den Altersgruppen signifikant aber mit schwacher Effektgröße; aus diesen geringen Unterschieden ergeben sich keine Anhaltspunkte für Bedarf zur Programmoptimierung.

Konzept und Durchführung wurden somit den Erwartungen aller Teilgruppen in ungefähr ähnlicher Weise gerecht. Das Programm hat somit sein Grundkonzept der gruppenübergreifenden Intervention erfolgreich umgesetzt.

16 Kurswirkungen im Längsschnitt (Teilnehmerbefragung)

16.1 Nachhaltigkeit der Gesundheitsgewinne

Tabelle 135 gibt einen Überblick über die Entwicklung einzelner Gesundheitskennwerte des Längsschnittes im Messzeitraum. Am deutlichsten verbesserten sich die Mittelwerte der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit einem Gesundheitsgewinn von 6,8% und der Psychischen Belastungen mit 5,7% des Skalenumfangs (s. Tabelle 135 und Abbildung 24).

Ein Posthoc- Test nach Scheffè ergab, dass sich die Einschätzungen der Teilnehmer/-innen des Suchtkontrolltrainings von der Eingangsmessung signifikant zur Abschluss- und Nachbefragung verbesserten. Die gefundenen Unterschiede hatten eine kleine Effektstärke. Lediglich für die Körperlichen Belastungen konnten diese Unterschiede nicht nachgewiesen werden.

Für den Risikoverhalten (s. Tabelle 136) konnten lediglich für den Alkoholkonsum signifikante Unterschiede großer Effektstärke zwischen den drei Messzeitpunkten aufgezeigt werden.

Tabelle 135: Gesundheitskennwerte im Kursverlauf (Längsschnitt)

Abhängige Variable	Messzeitpunkte				df	F	p	Eta ²
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)				
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	163	51,34	59,26	58,15	1,914	9,416	,000	,055
Referenzwertdifferenz der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	139	-21,15	-12,81	-15,35	1,902	7,573	,001	,052
Gesundheitliche Belastungen	163	32,96	28,99	27,28	1,720	6,280	,004	,037
Körperliche Belastungen	163	19,67	16,92	16,58	1,714	2,270	,113	,014
Psychische Belastungen	163	42,35	37,58	34,96	1,790	6,918	,002	,041

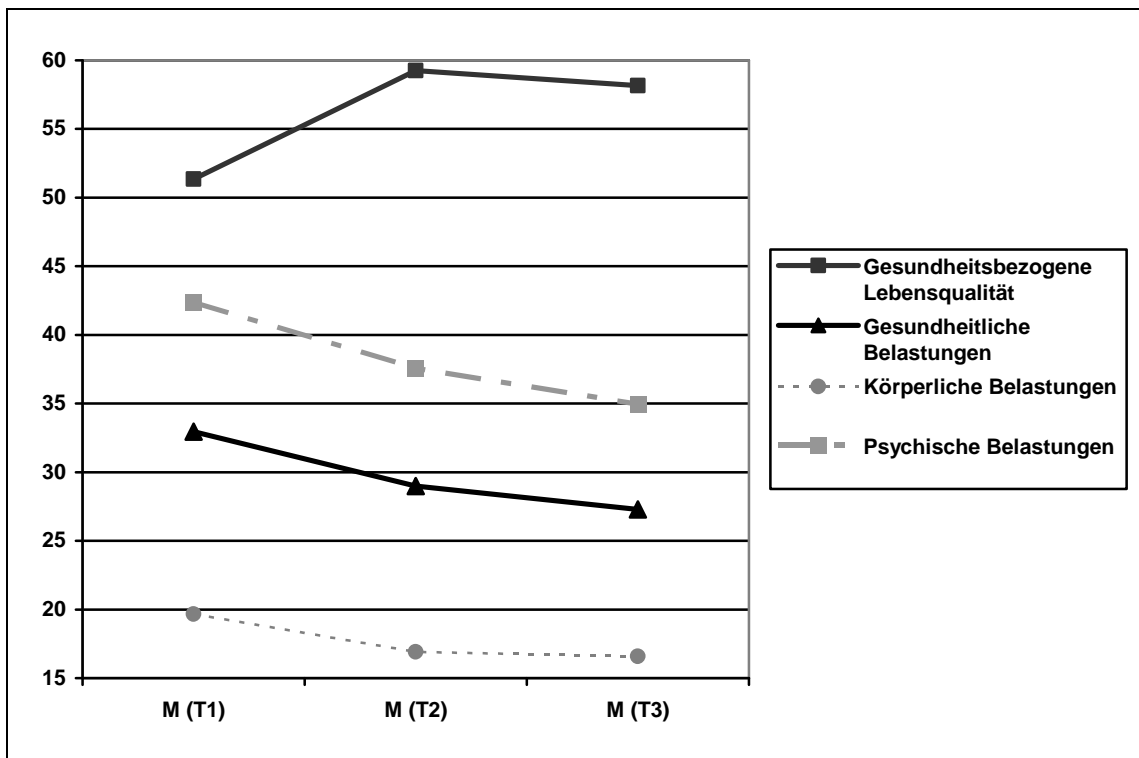


Abbildung 24: Gesundheitskennwerte im Kursverlauf (Längsschnitt)

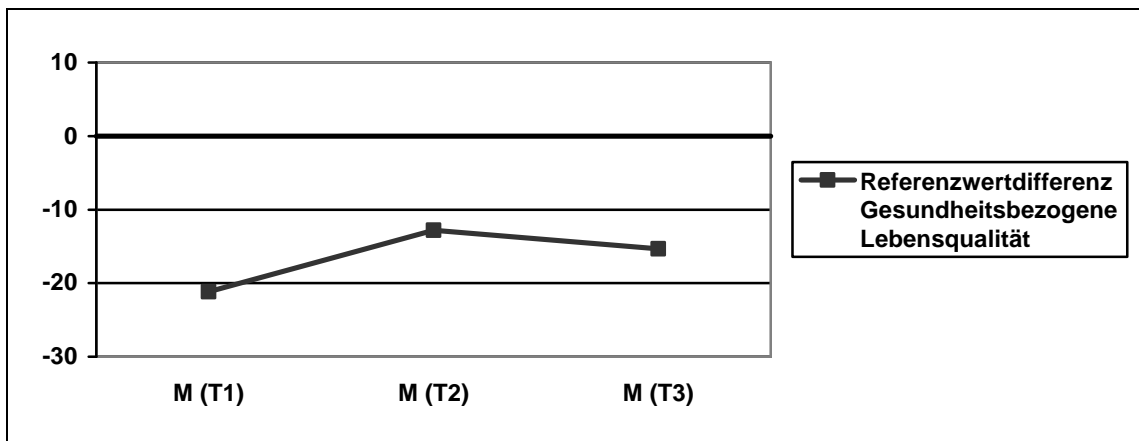


Abbildung 25: Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogener Lebensqualität im Kursverlauf (Längsschnitt)

Tabelle 136: Risikoverhalten im Kursverlauf (Längsschnitt)

Abhängige Variable	Messzeitpunkte			df	F	p	Eta ²	
	n	M (T1)	M (T2)					M (T3)
Tabak – Anzahl/ Tag	52	16,68	15,06	13,16	1,749	3,002	,062	,056
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	50	0,069	0,026	0,033	1,316	11,538	,000	,191
Cannabis – Gramm/ Tag	4	1,10	4,80	0,69	1,012	1,681	,285	,359
Medien – Stunden/ Tag	21	4,58	4,32	3,97	2	0,093	,911	,005
Essen – Essanfälle/ Tag	8	6,17	5,98	4,25	2	1,283	,308	,155

16.2 Der Einfluss von Teilnehmermerkmalen

16.2.1 Der Einfluss des Alters

Über alle Altersgruppen hat sich die Gesundheitsbezogene Lebensqualität als breiter Indikator für den Gesundheitsstatus und Gesundheitsressourcen in der Längsschnittauswertung im Kursverlauf deutlich und signifikant verbessert, um nach Kursende wieder leicht zurückzugehen; nur in den Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren verbesserte sie sich auch nach Kursende noch weiter (s. Tabelle 137). Bei der Betrachtung der Gesundheitskennwerte im Kursverlauf für die verschiedenen Altersgruppen zeigten sich keinerlei signifikante Wechselwirkungen zwischen den Messzeitpunkten und den Alterskategorien (s. Tabelle 138). Lediglich bei der Einschätzung der Psychischen Belastungen ergaben sich signifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke zwischen den Altersgruppen (s. Tabelle 142). Je älter die Altersgruppe war, desto belasteter waren die Teilnehmer/-innen auch. Eine Ausnahme bildeten die unter 20-jährigen, die sich psychisch deutlich belasteter einschätzten.

Tabelle 137: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Alterskategorien (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	28	49,75	58,29	56,29
20 – 29	62	55,97	61,77	57,85
30 – 39	14	46,29	65,14	64,29
40 – 49	21	49,54	56,76	60,19
50 – 59	25	46,93	57,84	60,96
≥ 60	7	50,29	50,86	36,57

Tabelle 138: Gesundheitskennwerte nach Alterskategorien (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	6,376	,002	,041
Alter	5	1,308	,263	,042
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	1,356	,200	,043
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	4,518	,012	,033
Alter	5	0,499	,777	,018
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	10	1,761	,068	,062
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,730	7,700	,001	,049
Alter	5	2,896	,016	,087
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	8,648	1,158	,323	,037
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,704	4,615	,015	,030
Alter	5	1,929	,093	,060
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	8,522	0,706	,696	,023
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1,808	7,029	,002	,044
Alter	5	2,750	,021	,083
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	9,038	1,301	,236	,041

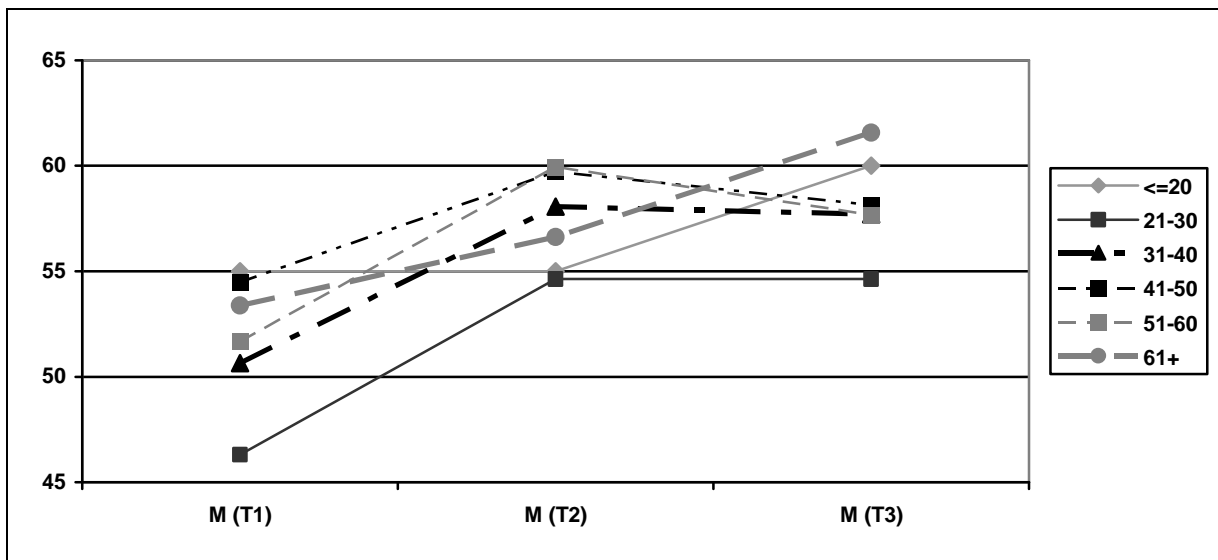


Abbildung 26: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Alterskategorien (Längsschnitt)

Tabelle 139: Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogener Lebensqualität nach Alter (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	24	-25,29	-14,74	-18,89
20 – 29	56	-17,71	-12,22	-15,73
30 – 39	13	-30,40	-7,23	-8,76
40 – 49	20	-20,38	-14,44	-12,35
50 – 59	21	-22,91	-13,44	-11,88
≥ 60	5	-11,33	-15,48	-37,88

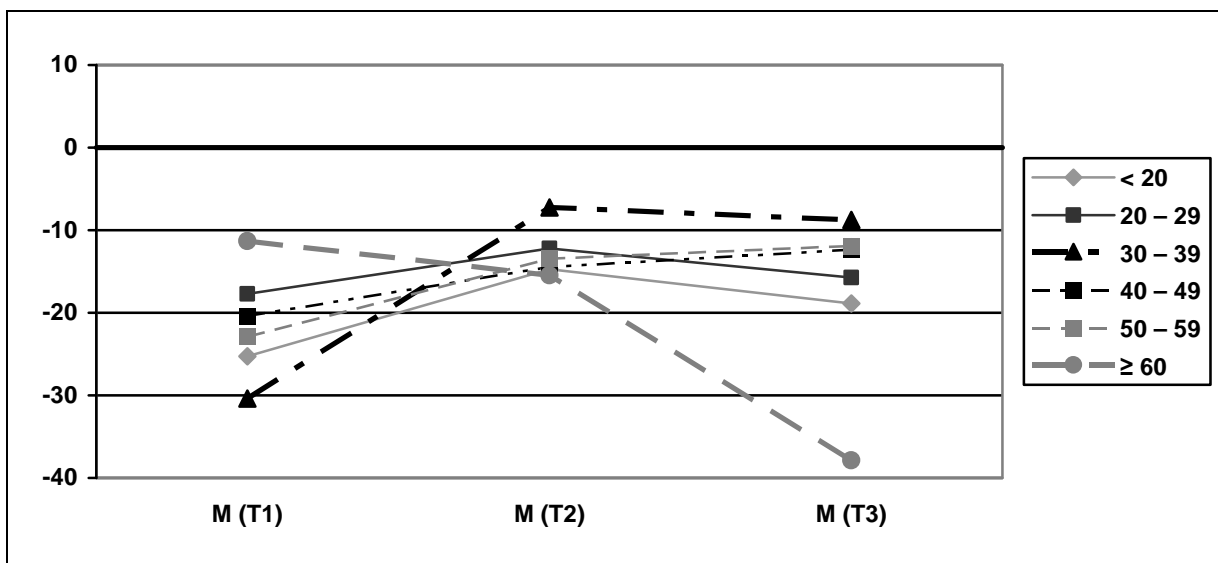


Abbildung 27: Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Alter (Längsschnitt)

Tabelle 140: Gesundheitliche Belastungen nach Alterskategorien (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	28	29,58	29,72	25,64
20 – 29	62	26,52	26,40	25,38
30 – 39	14	34,52	25,00	25,99
40 – 49	21	41,56	29,36	28,30
50 – 59	25	42,32	34,71	31,34
≥ 60	7	43,97	33,73	36,50

Tabelle 141: Körperliche Belastungen nach Alterskategorien (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	28	17,14	14,52	13,81
20 – 29	62	15,37	16,23	15,37
30 – 39	14	21,90	14,28	15,95
40 – 49	21	24,92	16,51	18,73
50 – 59	25	26,13	23,40	19,46
≥ 60	7	30,95	19,05	20,95

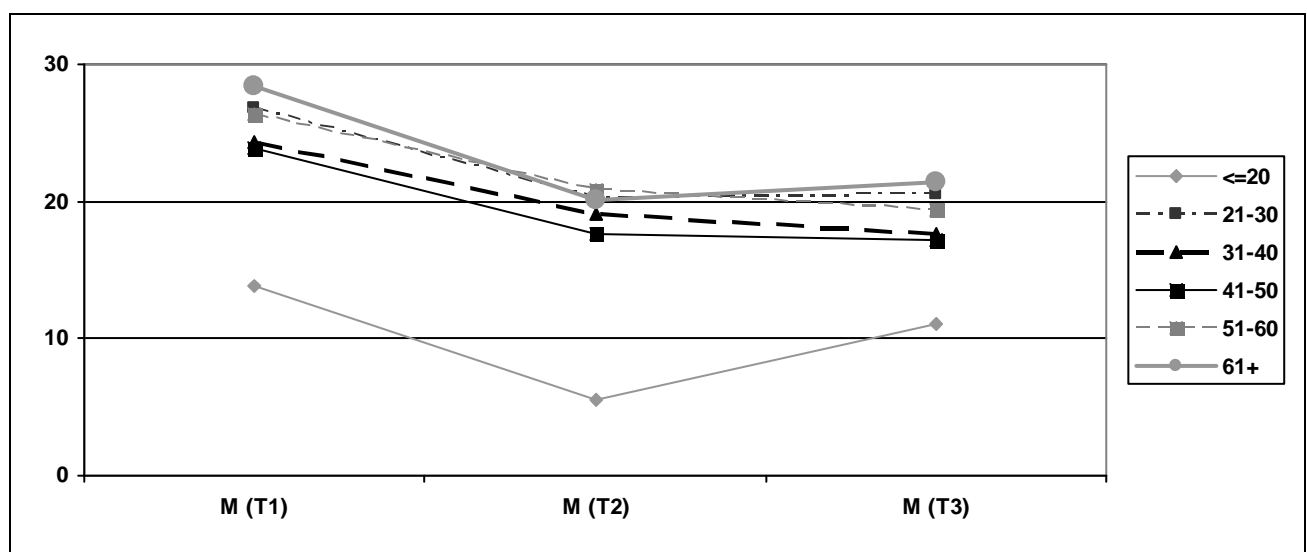
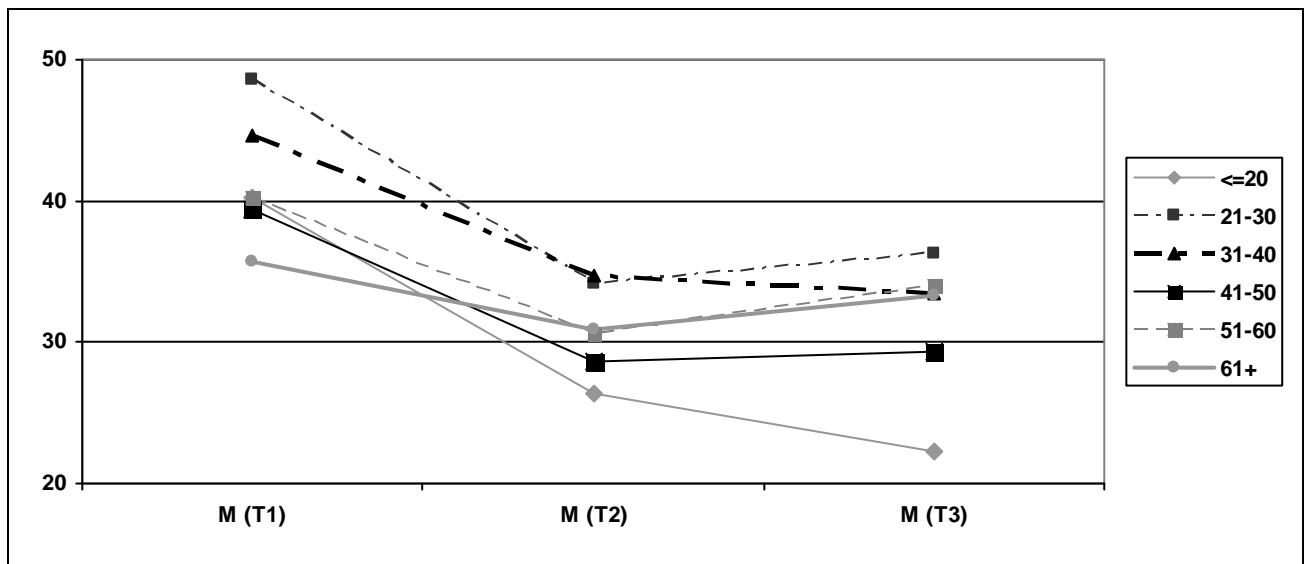
**Abbildung 28: Körperliche Belastungen nach Alterskategorien (Längsschnitt)**

Tabelle 142: Psychische Belastungen nach Alterskategorien (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	28	38,37	40,50	34,12
20 – 29	62	34,37	33,65	32,60
30 – 39	14	43,19	32,65	32,99
40 – 49	21	53,40	38,54	35,26
50 – 59	25	53,90	42,66	39,84
≥ 60	7	53,06	44,21	47,61

**Abbildung 29: Psychische Belastungen nach Alterskategorien (Längsschnitt)**

Bei Betrachtung des Risikoverhaltens zeigte sich für Medienkonsum eine Wechselwirkung zwischen Messpunkt und Altersgruppe, mit großer Effektstärke (s. Tabelle 143). Den unter 20jährigen und den 30- bis 49jährigen misslang nämlich eine signifikante Reduktion des Medienkonsums, während die übrigen Gruppen in dieser Hinsicht vom Training profitierten (Tabelle 147).

Zudem fanden sich signifikante Unterschiede großer Effektstärke zwischen den Altersgruppen für den Tabak- und Alkoholkonsum (s. Tabelle 143). Die Altersgruppe der 30-39- und 50-59-jährigen konnte den Tabakkonsum im Vergleich zu den anderen Altersgruppen nicht bzw. weniger stark reduzieren (s. Tabelle 144). Bei der Betrachtung der Mittelwerte für den Alkoholkonsum pro Tag (s. Tabelle 145) fällt die kleine Gruppe der über 60-jährigen ($n=3$) aus dem Trend heraus. Aufgrund der geringen Fallzahl lassen sich jedoch keine Verallgemeinerungen für diese Altersgruppe insgesamt ziehen.

Tabelle 143: Risikoverhalten nach Alterskategorien (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1,732	0,820	,429	,018
Alter	5	6,004	,000	,395
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	8,660	,527	,845	,054
Alkohol				
Messzeitpunkt	1,259	10,076	,001	,190
Alter	5	5,071	,001	,371
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	6,293	0,771	,601	,082
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	0,560	,610	,219
Alter	1	0,274	,653	,121
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	2	0,183	,839	,084
Medien				
Messzeitpunkt	2	0,373	,692	,023
Alter	4	0,509	,730	,113
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	8	2,291	,046	,364
Essen				
Messzeitpunkt	2	2,044	,192	,338
Alter	2	0,422	,682	,174
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Alter	4	2,617	,115	,567

Tabelle 144: Tabakkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	5	11,61	6,83	6,40
20 – 29	28	15,59	12,90	11,45
30 – 39	5	16,67	16,93	19,00
40 – 49	9	25,11	25,56	19,33
50 – 59	4	9,54	13,25	11,18
≥ 60	1	25,00	20,00	18,00

Tabelle 145: Alkoholkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	5	,020	,020	,008
20 – 29	21	,054	,019	,029
30 – 39	8	,066	,018	,021
40 – 49	5	,099	,032	,031
50 – 59	7	,092	,037	,028
≥ 60	3	,180	,084	,155

Tabelle 146: Cannabiskonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	1	,05	1,63	,47
20 – 29	3	1,44	5,86	,77

Tabelle 147: Medienkonsum: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	6	2,88	3,67	6,95
20 – 29	7	5,31	2,35	2,28
30 – 39	1	4,00	2,00	6,00
40 – 49	5	3,60	9,40	3,40
50 – 59	2	9,87	1,67	1,33

Tabelle 148: Essanfälle: Mittelwerte nach Messzeitpunkte und Alter (Längsschnitt)

Alter	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
< 20	1	6,03	6,03	5,00
40 – 49	4	8,46	5,53	6,25
50 – 59	2	4,50	8,33	1,00

16.2.2 Der Einfluss des Geschlechts

Es konnten ein signifikanter Unterschied kleiner Effektstärke in der Einschätzung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Männern und Frauen festgestellt werden (s. Tabelle 149). Dieser fiel jedoch nicht mehr signifikant aus, als die Einschätzungen nach Alters- und Geschlechtsspezifischen Angaben (Referenzwertdifferenzen) einer deutschen Normstichprobe bereinigt wurden. Ein weiterer signifikanter Unterschied kleiner Effektstärke fand sich für die Einschätzung der Psychischen Belastungen, dahingehend, dass Frauen sich als deutlich belasteter einstufen (s. Tabelle 150). Für den Risikoverhalten fanden sich für das Rauchen signifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke zwischen Männer und Frauen (s. Tabelle 151). Aus Tabelle 152 geht hervor, dass Frauen zum einen weniger Zigaretten pro Tag rauchen als Männer und über den Zeitraum des Suchmittelkontrolltrainings diese Anzahl auch deutlicher reduzieren konnten.

Tabelle 149: Gesundheitskennwerte nach Geschlecht (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,913	9,006	,000	,053
Geschlecht	1	6,708	,010	,040
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	1,913	,878	,413	,005
Referenzwertdifferenz der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,902	6,838	,002	,048
Geschlecht	1	0,620	,432	,005
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	1,902	1,509	,224	,011
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,718	6,441	,003	,038
Geschlecht	1	7,581	,007	,045
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	1,718	,334	,683	,002
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,714	2,323	,100	,014
Geschlecht	1	2,512	,115	,015
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	1,714	,081	,896	,001
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1,787	7,137	,001	,042
Geschlecht	1	8,864	,003	,052
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	1,787	,476	,600	,003

Tabelle 150: Mittelwerte Gesundheitskennwerte nach Geschlecht (Längsschnitt)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	männl.	91	53,03	61,08	61,92
	weibl.	72	49,20	56,97	53,39
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität	männl.	82	-21,68	-12,50	-12,82
	weibl.	57	-20,38	-13,26	-19,01
Gesundheitliche Belastung	männl.	91	29,96	26,13	25,38
	weibl.	72	36,74	32,62	29,68
Körperliche Belastung	männl.	91	17,98	15,60	15,46
	weibl.	72	21,80	18,59	18,01
Psychische Belastung	männl.	91	38,39	33,66	32,54
	weibl.	72	47,35	42,52	38,01

Tabelle 151: Risikoverhalten nach Geschlecht (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1,751	2,921	,066	,055
Geschlecht	1	4,778	,034	,087
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	1,751	0,257	,744	,005
Alkohol				
Messzeitpunkt	1,316	8,694	,002	,153
Geschlecht	1	0,181	,672	,004
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	1,316	0,040	,900	,001
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	0,460	,661	,187
Geschlecht	1	0,348	,615	,148
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	0,469	,656	,190
Medien				
Messzeitpunkt	2	0,114	,893	,006
Geschlecht	1	0,190	,668	,010
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	0,048	,953	,003

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Essen				
Messzeitpunkt	2	2,603	,115	,303
Geschlecht	1	0,006	,943	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Geschlecht	2	3,407	,067	,362

Tabelle 152: Mittelwerte Risikoverhalten nach Geschlecht (Längsschnitt)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Tabak – Anzahl/ Tag	männl.	37	17,65	16,68	14,60
	weibl.	15	14,26	11,06	9,61
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	männl.	38	,067	,026	,031
	weibl.	12	,076	,028	,038
Cannabis – Gramm/ Tag	männl.	3	1,35	6,21	0,67
	weibl.	1	0,33	0,57	0,77
Medien – Stunden/ Tag	männl.	8	5,21	4,53	4,05
	weibl.	13	4,19	4,20	3,92
Essen – Essanfälle/ Tag	männl.	1	10,00	2,00	5,00
	weibl.	7	5,62	6,54	4,14

16.2.3 Der Einfluss der Schulbildung

Die Schulbildung hatte keinen Einfluss auf den durch SKOLL erzielten Gesundheitsgewinn (s. Tabelle 153). Lediglich die Psychischen Belastungen wiesen signifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke auf, dahingehend, dass Teilnehmer/-innen mit Abitur oder höher sich deutlich belasteter zur Eingangsbefragung und im Verlauf einschätzen (s. Tabelle 158). Im Verlauf des Suchtkontrolltrainings schaffte diese Zielgruppe jedoch die drastischste Reduktion Psychischer Belastungen zu erzielen.

Tabelle 153: Gesundheitskennwerte nach Schulbildung (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,918	5,272	,006	,036
Schulbildung	4	1,126	,347	,031
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	7,673	0,929	,490	,026
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,903	4,713	,011	,038
Schulbildung	4	1,065	,377	,035
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	7,610	1,228	,285	,040
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,749	4,604	,014	,032
Schulbildung	4	2,127	,081	,057
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	6,996	0,737	,641	,020
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,742	1,287	,276	,009
Schulbildung	4	1,024	,397	,028
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	6,968	0,884	,519	,024
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1,823	5,455	,006	,037
Schulbildung	4	2,709	,033	,071
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	7,294	1,047	,400	,029

Tabelle 154: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	16	63,06	59,75	59,75
Hauptschule	49	48,71	58,73	58,42
Realschule	53	53,47	59,28	58,94
Abitur	16	47,44	65,00	56,75
Fachhochschule, Uni	12	44,33	53,33	53,67

Tabelle 155: Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogener Lebensqualität nach Bildung, Längsschnitt

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	14	-8,43	-13,05	-16,42
Hauptschule	41	-24,91	-15,13	-14,51
Realschule	45	-17,82	-12,52	-13,60
Abitur	15	-24,67	-7,14	-16,46
Fachhochschule, Uni	9	-29,63	-14,16	-24,38

Tabelle 156: Gesundheitliche Belastungen nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	16	31,70	33,16	31,07
Hauptschule	49	33,61	26,85	26,35
Realschule	53	28,84	27,20	24,01
Abitur	16	39,23	28,55	33,77
Fachhochschule, Uni	12	43,51	36,34	32,64

Tabelle 157: Körperliche Belastungen nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	16	22,91	20,83	17,50
Hauptschule	49	21,49	15,78	16,67
Realschule	53	15,34	15,60	14,72
Abitur	16	15,42	14,48	20,83
Fachhochschule, Uni	12	26,66	22,22	17,22

Für den Risikoverhalten fanden sich keine Unterschiede zwischen den Teilnehmer/-innen unterschiedlicher Schulbildung (s. Tabelle 159). Entsprechend war das Training für alle Teilnehmer/-innen gleichermaßen wirksam.

Tabelle 158: Psychische Belastungen nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	16	37,97	41,96	40,77
Hauptschule	49	42,17	34,80	33,29
Realschule	53	38,39	35,49	30,69
Abitur	16	55,95	38,39	43,10
Fachhochschule, Uni	12	55,55	46,42	43,65

Tabelle 159: Risikoverhalten nach Schulbildung (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1,714	1,768	,182	,041
Schulbildung	4	0,274	,893	,026
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	6,858	1,361	,237	1,361
Alkohol				
Messzeitpunkt	1,316	1,721	,196	,041
Schulbildung	4	0,689	,604	,064
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	5,266	1,352	,256	,119
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	0,503	,665	,335
Schulbildung	1	0,372	,651	,271
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	2	0,503	,665	,335
Medien				
Messzeitpunkt	1,279	2,216	,156	,168
Schulbildung	4	0,845	,525	,235
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	5,116	1,618	,218	,370
Essen				
Messzeitpunkt	2	0,778	,491	,163
Schulbildung	2	1,667	,297	,455
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Schulbildung	4	0,877	,519	,305

Tabelle 160: Tabakkonsum nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	3	21,11	15,33	10,00
Hauptschule	18	17,71	13,79	14,34
Realschule	18	17,47	17,80	12,24
Abitur	5	8,09	15,20	14,20
Fachhochschule, Uni	2	17,50	9,17	10,00

Tabelle 161: Alkoholkonsum nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	2	,013	,040	,002
Hauptschule	18	,093	,019	,026
Realschule	17	,069	,036	,055
Abitur	6	,035	,024	,028
Fachhochschule, Uni	2	,032	,007	,003

Tabelle 162: Cannabiskonsum nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Hauptschule	2	1,52	8,32	0,90
Abitur	1	0,33	0,57	0,77

Tabelle 163: Medienkonsum nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Keinen	2	2,68	3,00	3,10
Hauptschule	4	4,00	5,57	2,60
Realschule	7	3,00	5,50	3,37
Abitur	1	18,00	2,00	3,00
Fachhochschule, Uni	2	3,37	2,67	2,33

Tabelle 164: Essanfälle nach Schulbildung (Längsschnitt)

Schulabschluss	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Hauptschule	1	5,50	0,10	3,33
Realschule	2	8,02	8,02	7,50
Fachhochschule, Uni	4	6,83	7,17	3,42

16.2.4 Der Einfluss der Motivation

Signifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke fanden sich für die Einschätzung der Psychischen Belastungen (s. Tabelle 165), dahingehend, dass Teilnehmer/-innen die selbstmotiviert SKOLL aufsuchten sich belasteter einschätzten (s. Tabelle 166). Unabhängig von der Motivation konnten sowohl die selbst- als auch die fremdmotivierten Teilnehmer/-innen ihre Psychischen Belastungen im Trainingsverlauf reduzieren.

Darüber hinaus war der Risikoverhalten unabhängig von der Motivation der Teilnehmer/-innen (s. Tabelle 167). Für den Konsum von Tabak, Alkohol und Essen konnten zudem signifikante Reduktionen über den Zeitverlauf aufgezeigt werden.

Tabelle 165: Gesundheitskennwerte nach Motivation (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,887	8,816	,000	,056
Motivation	1	0,058	,810	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	1,887	0,887	,408	,006
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,882	6,488	,002	,048
Motivation	1	0,006	,938	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	1,882	0,958	,381	,007

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,747	5,950	,004	,038
Motivation	1	8,748	,004	,055
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	1,747	0,578	,539	,004
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,766	1,232	,290	,008
Motivation	1	3,722	,056	,024
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	1,766	1,788	,174	,012
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1,801	7,447	,001	,047
Motivation	1	9,721	,002	,061
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	1,801	0,463	,610	,003

Tabelle 166: Mittelwerte Gesundheitskennwerte nach Motivation (Längsschnitt)

Motivation	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Eigenmotivation	81	50,95	60,17	57,58
Fremdmotivation	71	52,03	57,72	60,54
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Eigenmotivation	70	-20,76	-11,42	-16,35
Fremdmotivation	60	-21,17	-14,69	-13,23
Gesundheitliche Belastungen				
Eigenmotivation	81	36,20	30,69	29,96
Fremdmotivation	71	28,30	26,31	22,90
Körperliche Belastungen				
Eigenmotivation	81	22,43	17,67	17,61
Fremdmotivation	71	15,07	16,05	15,02
Psychische Belastungen				
Eigenmotivation	81	46,04	39,86	38,83
Fremdmotivation	71	37,53	33,68	28,59

Tabelle 167: Risikoverhalten nach Motivation (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1,761	3,182	,053	,065
Motivation	1	0,694	,409	,015
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	1,761	5,403	,008	,105
Alkohol				
Messzeitpunkt	1,426	12,335	,000	,223
Motivation	1	0,372	,545	,009
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	1,426	3,075	,070	,067
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	2,410	,293	,707
Motivation	1	1,218	,469	,549
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	2	2,594	,278	,722
Medien				
Messzeitpunkt	2	0,269	,766	,016
Motivation	1	0,170	,686	,010
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	2	0,212	,810	,012
Essen				
Messzeitpunkt	2	5,083	,030	,504
Motivation	1	0,091	,775	,018
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Motivation	2	6,252	,017	,556

Tabelle 168: Mittelwerte Risikoverhalten nach Motivation (Längsschnitt)

Motivation	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Tabak				
Eigenmotivation	27	15,11	18,06	14,42
Fremdmotivation	21	18,53	11,87	11,77
Alkohol				
Eigenmotivation	28	0,056	,031	,041
Fremdmotivation	17	0,071	,020	,014

Motivation	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Cannabis				
Eigenmotivation	1	,33	,57	,77
Fremdmotivation	2	,52	1,82	,33
Medien				
Eigenmotivation	8	5,14	3,25	4,66
Fremdmotivation	11	4,19	3,89	3,55
Essen				
Eigenmotivation	3	5,78	8,89	2,89
Fremdmotivation	4	5,51	4,78	5,08

16.2.5 Der Einfluss der Inanspruchnahme weiterer Angebote

Ob neben dem Suchtkontrolltraining noch weitere Angebote in Form von Beratung, Therapie etc. in Anspruch genommen wurden hatte keinen Einfluss auf die Verbesserung der Gesundheitskennwerte (s. Tabelle 169).

Die für den Cannabiskonsum gefundenen signifikanten Unterschiede großer Effektstärke (s. Tabelle 171) sind auf Grund der geringen Stichprobengröße nicht aussagekräftig (s. Tabelle 172). Ansonsten unterschieden sich die selbst- und fremdmotivierten Teilnehmer/-innen nicht hinsichtlich ihres Risikoverhaltens.

Tabelle 169: Gesundheitskennwerte nach Inanspruchnahme weiterer Angebote (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,915	3,904	,023	,024
Weitere Angebote	1	0,070	,792	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	1,915	0,207	,804	,001
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,901	2,696	,072	,019
Weitere Angebote	1	0,115	,735	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	1,901	0,510	,592	,004

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,720	3,575	,036	,022
Weitere Angebote	1	0,199	,656	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	1,720	0,020	,968	,000
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,714	1,746	,181	,011
Weitere Angebote	1	0,103	,748	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	1,714	0,102	,875	,001
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1,789	3,609	,033	,022
Weitere Angebote	1	0,198	,657	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	1,789	0,029	,961	,000

Tabelle 170: Gesundheitskennwerte nach Inanspruchnahme weiterer Angebote (Längsschnitt)

Inanspruchnahme weiterer Angebote	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Keine weiteren Angebote	27	53,63	59,11	57,93
Weitere Angebote	136	50,89	59,29	58,20
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Keine weiteren Angebote	23	-18,27	-14,72	-13,63
Weitere Angebote	116	-21,72	-12,43	-15,70
Gesundheitliche Belastungen				
Keine weiteren Angebote	27	34,05	30,44	27,98
Weitere Angebote	136	32,74	28,71	27,14
Körperliche Belastungen				
Keine weiteren Angebote	27	21,23	17,53	16,54
Weitere Angebote	136	19,36	16,80	16,59
Psychische Belastungen				
Keine weiteren Angebote	27	43,21	39,50	36,15
Weitere Angebote	136	42,18	37,19	34,72

Tabelle 171: Risikoverhalten nach Inanspruchnahme weiterer Angebote (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1,762	4,851	,013	,088
Weitere Angebote	1	0,009	,927	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	1,762	4,851	,013	,088
Alkohol				
Messzeitpunkt	1,321	13,416	,000	,218
Weitere Angebote	1	1,562	,217	,032
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	1,321	2,504	,109	,050
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	143,123	,000	,986
Weitere Angebote	1	352,157	,003	,994
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	2	107,467	,000	,982
Medien				
Messzeitpunkt	2	0,206	,815	,011
Weitere Angebote	1	0,021	,887	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	2	1,038	,364	,052
Essen				
Messzeitpunkt	2	0,817	,465	,120
Weitere Angebote	1	0,867	,388	,126
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Weitere Angebote	2	0,089	,916	,015

Tabelle 172: Mittelwerte Risikoverhalten nach Inanspruchnahme weiterer Angebote (Längsschnitt)

Inanspruchnahme weiterer Angebote	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Tabak				
Keine weiteren Angebote	10	20,70	11,98	12,79
Weitere Angebote	42	15,72	15,79	13,25
Alkohol				
Keine weiteren Angebote	10	0,106	,021	,048
Weitere Angebote	40	0,060	,028	,029
Cannabis				
Keine weiteren Angebote	1	3,00	15,00	1,33
Weitere Angebote	3	0,46	1,40	,48
Medien				
Keine weiteren Angebote	4	3,90	2,93	6,54
Weitere Angebote	17	4,74	4,65	3,36
Essen				
Keine weiteren Angebote	2	7,18	8,02	5,83
Weitere Angebote	6	5,83	5,29	3,72

16.3 Der Einfluss der Dosis (ausgefallene Sitzungen)

Für den Einfluss der Fehlzeiten wurden lediglich die Gesundheitskennwerte und der Risikoverhalten der Eingangs- und Abschlussbefragung miteinander verglichen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da einerseits die bisher beschriebenen Befunde in der Regel keinen Unterschied zwischen Abschluss- und Nachbefragung aufwiesen und andererseits die Angabe der Fehlzeiten fast 40% fehlende Werte aufwiesen. Entsprechend wurde ein Längsschnittdatensatz für die ersten beiden Erhebungszeitpunkte mit einer Gesamtstichgröße von 408 im Vergleich zu 163 Teilnehmer/-innen herangezogen, um auf Basis der größeren Stichprobe eine bessere Aussagekraft der Ergebnisse zu erreichen.

Wie aus Tabelle 173 ersichtlich wird, ergab sich ein signifikanter Unterschied kleiner Effektstärke für die Körperlichen Belastungen. Mit abnehmender Teilnahmehäufigkeit schätzten sich die Teilnehmer/-innen auch belasteter ein (s. Tabelle 174). Unabhängig davon konnten aber alle Teilnehmer/-innen über den Trainingsverlauf ihre Gesundheitskennwerte verbessern.

Tabelle 173: Gesundheitskennwerte nach Fehlzeiten (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	27,783	,000	,099
Fehlzeiten	3	1,479	,221	,017
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	2,056	,106	,024
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	27,065	,000	,100
Fehlzeiten	3	2,196	,089	,026
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	1,546	,203	,019
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	12,899	,000	,049
Fehlzeiten	3	2,734	,044	,031
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	0,657	,579	,008
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	5,691	,018	,022
Fehlzeiten	3	3,783	,011	,043
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	0,890	,447	,010
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1	14,813	,000	,055
Fehlzeiten	3	1,699	,168	,020
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	0,970	,408	,011

Tabelle 174: Mittelwerte Gesundheitskennwerte nach Fehlzeiten (Längsschnitt)

Fehlzeiten	Messzeitpunkte		
	n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität			
Keine Fehlzeiten	38	53,82	60,95
1 Sitzung	99	51,93	59,03
2 Sitzungen	78	45,50	61,13
3 oder mehr Sitzungen	42	48,07	54,71

Fehlzeiten	Messzeitpunkte		
	n	M (T1)	M (T2)
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität			
Keine Fehlzeiten	38	-18,88	-11,41
1 Sitzung	96	-21,20	-14,06
2 Sitzungen	73	-27,39	-12,50
3 oder mehr Sitzungen	40	-26,10	-18,99
Gesundheitliche Belastungen			
Keine Fehlzeiten	38	29,60	25,11
1 Sitzung	99	31,61	28,26
2 Sitzungen	78	35,27	29,32
3 oder mehr Sitzungen	42	40,63	31,28
Körperliche Belastungen			
Keine Fehlzeiten	38	15,26	11,71
1 Sitzung	99	18,37	15,55
2 Sitzungen	78	19,38	18,80
3 oder mehr Sitzungen	42	26,82	19,24
Psychische Belastungen			
Keine Fehlzeiten	38	39,85	34,46
1 Sitzung	99	41,01	37,33
2 Sitzungen	78	46,57	36,84
3 oder mehr Sitzungen	42	50,58	39,92

Hinsichtlich des Risikoverhaltens ergaben sich keine signifikanten Unterschiede nach Fehlzeiten (s. Tabelle 175). Lediglich der Alkoholkonsum verfehlte knapp die Signifikanz. Teilnehmer/-innen, die drei oder mehr Sitzungen fehlten konnten Ihren Alkoholkonsum nur geringfügig reduzieren, im Vergleich zu Teilnehmer/-innen mit weniger Fehlzeiten (s. Tabelle 176).

Tabelle 175: Risikoverhalten nach Fehlzeiten (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1	3,338	,070	,029
Fehlzeiten	3	0,548	,651	,014
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	0,438	,726	,011

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Alkohol				
Messzeitpunkt	1	11,299	,001	,094
Fehlzeiten	3	2,392	,072	,062
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	1,081	,361	,029
Cannabis				
Messzeitpunkt	1	1,526	,232	,074
Fehlzeiten	3	0,156	,925	,024
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	3,707	,030	,369
Medien				
Messzeitpunkt	1	2,771	,101	,043
Fehlzeiten	3	1,073	,367	,050
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	1,581	,203	,072
Essen				
Messzeitpunkt	1	,406	,537	,036
Fehlzeiten	3	0,152	,926	,040
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	3	1,598	,246	,304

Tabelle 176: Mittelwerte Risikoverhalten nach Fehlzeiten (Längsschnitt)

Fehlzeiten	Messzeitpunkte		
	n	M (T1)	M (T2)
Tabak			
Keine Fehlzeiten	11	16,14	13,64
1 Sitzung	46	14,37	12,45
2 Sitzungen	41	17,48	13,82
3 oder mehr Sitzungen	19	15,02	14,61
Alkohol			
Keine Fehlzeiten	20	,061	,022
1 Sitzung	41	,109	,038
2 Sitzungen	35	,090	,037
3 oder mehr Sitzungen	17	,105	,097

Fehlzeiten	Messzeitpunkte		
	n	M (T1)	M (T2)
Cannabis			
Keine Fehlzeiten	2	7,55	0,98
1 Sitzung	8	1,55	5,33
2 Sitzungen	9	6,42	2,22
3 oder mehr Sitzungen	4	2,74	2,92
Medien			
Keine Fehlzeiten	12	5,77	6,50
1 Sitzung	24	6,40	4,48
2 Sitzungen	16	8,16	8,10
3 oder mehr Sitzungen	13	8,36	4,41
Essen			
Keine Fehlzeiten	5	3,88	6,65
1 Sitzung	2	5,08	1,10
2 Sitzungen	6	6,32	4,35
3 oder mehr Sitzungen	2	5,15	5,08

16.4 Der Einfluss des Standortes

16.4.1 Der Einfluss der Ortsgröße

Bei der Betrachtung von Unterschieden hinsichtlich der Ortsgröße der Standorte zeigte sich ein signifikanter Unterschied mittlerer Effektstärke (s. Tabelle 177). Teilnehmer/-innen aus Mittelstädten waren deutlich weniger körperlich belastet (s. Tabelle 178). Allerdings nahmen die körperlichen Beschwerden im Kursverlauf zu, während Teilnehmer/-innen von Standorten anderer Ortsgröße diese reduzieren konnten.

Hinsichtlich des Risikoverhaltens fanden sich keine signifikanten Unterschiede (s. Tabelle 179). Die signifikanten Unterschiede des Cannabiskonsums, sind auf Grund der geringen Stichprobengröße nicht interpretierbar (s. Tabelle 180).

Tabelle 177: Gesundheitskennwerte nach Ortsgröße (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,908	5,361	,006	,033
Ortsgröße	3	0,265	,851	,005
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	5,723	1,084	,372	,020
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,897	3,545	,033	,026
Ortsgröße	3	0,188	,904	,004
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	5,690	0,687	,653	,015
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,715	3,445	,040	,021
Ortsgröße	3	3,285	,022	,058
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	5,144	0,589	,713	,011
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,717	2,178	,123	,014
Ortsgröße	3	4,519	,005	,079
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	5,152	1,386	,228	,025
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1,780	3,178	,049	,020
Ortsgröße	3	2,131	,098	,039
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	5,339	0,987	,429	,018

Tabelle 178: Mittelwerte Gesundheitskennwerte nach Ortsgröße (Längsschnitt)

Ortsgröße	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
keine Angabe	16	52,83	56,38	51,50
Großstadt	57	49,37	60,46	59,20
Mittelstadt	44	52,33	55,82	60,45
Kleinstadt	46	52,32	62,09	56,96

Ortsgröße	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
keine Angabe	10	-19,41	-15,41	-18,90
Großstadt	50	-22,82	-11,24	-14,78
Mittelstadt	34	-20,13	-17,79	-14,75
Kleinstadt	45	-20,45	-10,22	-15,66
Gesundheitliche Belastungen				
keine Angabe	16	35,76	33,66	35,41
Großstadt	57	34,66	30,20	26,56
Mittelstadt	44	26,56	25,30	22,23
Kleinstadt	46	35,99	29,41	30,18
Körperliche Belastungen				
keine Angabe	16	26,66	20,41	22,08
Großstadt	57	19,82	17,40	14,97
Mittelstadt	44	11,06	12,57	14,85
Kleinstadt	46	25,29	19,27	18,33
Psychische Belastungen				
keine Angabe	16	42,26	42,85	44,94
Großstadt	57	45,19	39,29	34,88
Mittelstadt	44	37,42	34,41	27,54
Kleinstadt	46	43,57	36,64	38,68

Tabelle 179: Risikoverhalten nach Ortsgröße (Längsschnitt)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1,718	2,061	,141	,041
Ortsgröße	3	0,925	,436	,055
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	5,155	1,049	,395	,062
Alkohol				
Messzeitpunkt	1,297	10,931	,001	,192
Ortsgröße	3	1,962	,133	,113
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	3,891	0,590	,667	,037

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	97,755	,010	,990
Ortsgröße	2	945,103	,023	,999
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	4	58,887	,017	,992
Medien				
Messzeitpunkt	2	0,186	,831	,011
Ortsgröße	3	0,614	,615	,098
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	6	1,543	,194	,214
Essen				
Messzeitpunkt	2	0,402	,679	,074
Ortsgröße	2	1,656	,281	,398
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Ortsgröße	4	0,207	,929	,076

Tabelle 180: Mittelwerte Risikoverhalten nach Ortsgröße (Längsschnitt)

Ortsgröße	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Tabak				
keine Angabe	1	20,00	3,00	10,00
Großstadt	26	16,00	13,17	13,19
Mittelstadt	13	16,97	15,11	10,62
Kleinstadt	12	17,54	20,08	16,13
Alkohol				
keine Angabe	4	,112	,025	,046
Großstadt	23	,059	,019	,026
Mittelstadt	15	,056	,028	,019
Kleinstadt	8	,102	,044	,071
Cannabis				
keine Angabe	1	3,00	15,00	1,33
Großstadt	2	,19	1,10	,62
Mittelstadt	1	1,00	2,00	,20

Ortsgröße	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Medien				
keine Angabe	3	4,20	2,90	7,56
Großstadt	5	5,95	2,00	2,90
Mittelstadt	5	2,54	2,62	5,01
Kleinstadt	8	5,15	7,38	2,64
Essen				
Großstadt	4	6,22	5,70	3,83
Mittelstadt	1	,50	3,00	2,00
Kleinstadt	3	8,00	7,33	5,56

16.4.2 Der Einfluss der Region

Bei der Untersuchung des Einflusses der Standort-Region (nach Nord, Süd, West, Ost) finden sich keine signifikanten Ergebnisse für die Gesundheitskennwerte (s. Tabelle 181) und den Risikoverhalten (s. Tabelle 183). Somit arbeite das Programm in allen Regionen gleichermaßen wirksam.

Tabelle 181: Unterschiede der Gesundheitskennwerte nach Region (Längsschnitt, VA)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,916	7,054	,001	,043
Region	4	0,955	,434	,024
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	7,665	1,084	,374	,027
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1,905	4,828	,010	,035
Region	4	0,855	,493	,025
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	7,620	0,601	,769	,018
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,721	4,440	,017	,027
Region	4	0,836	,504	,021
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	6,884	0,342	,932	,009

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Körperliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1,713	2,305	,110	,014
Region	4	1,055	,381	,026
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	6,851	0,700	,669	,017
Psychische Belastungen				
Messzeitpunkt	1,793	4,374	,017	,027
Region	4	0,615	,653	,015
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	7,173	0,429	,887	,011

Tabelle 182: Gesundheitskennwerte nach Regionen (Längsschnitt)

Region	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
keine Angabe	16	52,83	56,38	51,50
Nord	37	52,08	56,49	52,83
Süd	35	50,86	58,51	64,57
West	38	48,42	60,21	58,21
Ost	37	53,41	63,03	60,22
Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
keine Angabe	10	-19,41	-15,41	-18,90
Nord	29	-18,09	-12,96	-19,78
Süd	29	-20,86	-13,34	-11,32
West	35	-26,42	-14,90	-17,00
Ost	36	-19,20	-9,51	-12,45
Gesundheitliche Belastungen				
keine Angabe	16	35,76	33,66	35,41
Nord	37	33,76	28,87	26,72
Süd	35	31,87	30,31	28,49
West	38	32,44	25,66	24,49
Ost	37	32,49	29,28	26,06

Region	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Weitere Angebote				
keine Angabe	16	26,66	20,41	22,08
Nord	37	18,92	16,89	15,67
Süd	35	16,19	17,33	18,86
West	38	19,30	13,16	14,30
Ost	37	21,08	18,92	15,31
Psychische Belastungen				
keine Angabe	16	42,26	42,85	44,94
Nord	37	44,22	37,32	34,69
Süd	35	42,99	39,63	35,37
West	38	41,73	34,58	31,76
Ost	37	40,55	36,68	33,80

Tabelle 183: Unterschiede im Risikoverhalten nach Regionen (Längsschnitt, VA)

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Tabak				
Messzeitpunkt	1,725	2,186	,126	,044
Region	4	1,634	,182	,122
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	6,902	0,502	,828	,041
Alkohol				
Messzeitpunkt	1,308	11,259	,001	,200
Region	4	1,032	,401	,084
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	5,232	0,520	,768	,044
Cannabis				
Messzeitpunkt	2	58,692	,017	,983
Region	2	92,166	,073	,995
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	4	35,464	,028	,986
Medien				
Messzeitpunkt	2	0,159	,854	,010
Region	4	1,002	,435	,200
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	8	1,148	,360	,223

Abhängige Variable	df	F	p	Eta ²
Essverhalten				
Messzeitpunkt	2	2,026	,194	,336
Region	3	0,485	,710	,267
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Region	6	2,102	,163	,612

Tabelle 184: Risikoverhalten nach Regionen (Längsschnitt)

Inanspruchnahme weiterer Angebote	Messzeitpunkte			
	n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Tabak				
keine Angabe	1	20,00	3,00	10,00
Nord	5	12,21	9,29	9,40
Süd	19	16,89	14,43	12,45
West	15	15,45	13,82	13,02
Ost	12	19,44	21,00	16,29
Alkohol				
keine Angabe	4	,112	,025	,046
Nord	7	,059	,018	,041
Süd	15	,053	,031	,025
West	17	,062	,018	,023
Ost	7	,105	,046	,057
Cannabis				
keine Angabe	1	3,00	15,00	1,33
Süd	1	,05	1,63	,47
West	2	,67	1,28	,48
Medien				
keine Angabe	3	4,20	2,90	7,56
Nord	6	1,77	2,98	4,61
Süd	3	8,00	2,22	2,61
West	6	6,67	7,43	3,01
Ost	3	3,00	4,33	2,37
Essen				
Nord	3	4,61	6,56	3,00
Süd	2	5,77	3,07	4,17
West	1	10,00	2,00	5,00
Ost	2	7,00	10,00	5,83

16.5 Teilnehmerziele

Wie beschrieben, wurden die Teilnehmer/-innen in der Eingangsbefragung befragt, wie wichtig ihnen persönlich 11 zentrale Ziele des Programms waren, und zur Abschlussbefragung, inwieweit sie diese Ziele erreicht hatten. In Tabelle 185 sind die Teilnehmerzielmittelwerte für den Längsschnitt aufgeführt. Alle Ziele wurden als wichtig eingeschätzt. Die wichtigsten Ziele bezogen sich, wie im Querschnitt, auf Suchtbezogenes Selbstmanagement: Risikoverhalten kontrollieren (M=3,19) oder zu vermindern (M=2,99) und alternative Verhaltensweisen dazu erlernen (M=2,87). Die geringste Bedeutung hatte eine schulische oder berufliche Wiedereingliederung (M=1,71). Durch diesen niedrigen Wert differierte die Spanne der Teilnehmerziele im Längsschnitt deutlich weiter als im Querschnitt.

Fast alle Ziele im Durchschnitt wurden in erheblichem Umfang erreicht (Mittelwerte um 3,0 oder höher auf einer Skala von 0 bis 4). Etwas niedrigere Werte (nicht im obersten Viertel der Skala) erreichten Stressbewältigung (M=2,67), Aufbau von Sozialkontakten (M=2,51) und Abbau gesundheitlicher Belastungen (M=2,38). Die – vergleichsweise weniger wichtige – schulische Wiedereingliederung erreichte einen Wert knapp in der oberen Hälfte der Skala (M=2,22). Da die Befragten zum Eindruck kamen, ihre Gesundheitsbelastungen nicht in vollem Umfang abgebaut zu haben, während die Verbesserung der Gesundheitskennziffern dafür deutliche Effekte zeigte, belegt die stark subjektive Verzerrung von Teilnehmerzielen durch Rückblick und im Wunschenken.

Tabelle 185: Teilnehmerziele

Ziele	T1				T2			
	n	M	SD	m.v.	n	M	SD	m.v.
Risikoverhalten kontrollieren	155	3,19	1,28	4,9	157	2,93	1,13	3,7
Mehr Risikobewusstsein entwickeln	156	2,67	1,33	4,3	157	3,03	,97	3,7
Selbstvertrauen stärken	161	2,76	1,44	1,2	162	2,85	1,06	0,6
Informieren über Suchtstoffe und -verhalten	158	2,68	1,42	3,1	160	3,10	1,02	1,8
Besser mit Druck und Stress umgehen können	158	2,84	1,33	3,1	162	2,67	1,06	0,6
Soziale Kontakte erhalten/ aufbauen	159	2,37	1,41	2,5	161	2,51	1,19	1,2
Schulische und berufliche Wiedereingliederung	150	1,71	1,71	8,0	132	2,22	1,42	19,0
Gesundheitliche Belastungen abbauen	156	2,18	1,50	4,3	148	2,38	1,25	9,2
Alternative Verhalten zum Risikoverhalten erlernen	156	2,87	1,32	4,3	161	3,01	1,01	1,2
Risikoverhalten vermindern	150	2,99	1,38	8,0	156	3,12	1,13	4,3
Gelassener mit Streit umgehen	156	2,58	1,40	4,3	158	2,74	1,12	3,1
Übergreifende Aspekte der Teilnehmerziele								
Teilnehmerziele Gesamtmittelwert	162	52,89	19,18	0,6	163	55,92	16,39	-
Suchtbezogenes Selbstmanagement	160	57,91	19,89	1,8	163	61,02	16,57	-
Allgemeines Selbstmanagement	162	48,60	22,38	0,6	163	51,64	18,42	-

Skalierung der Items 0 = unwichtig – 4 = sehr wichtig; Skalierung der Skalen 0% – 100% (je wichtiger, desto höher)

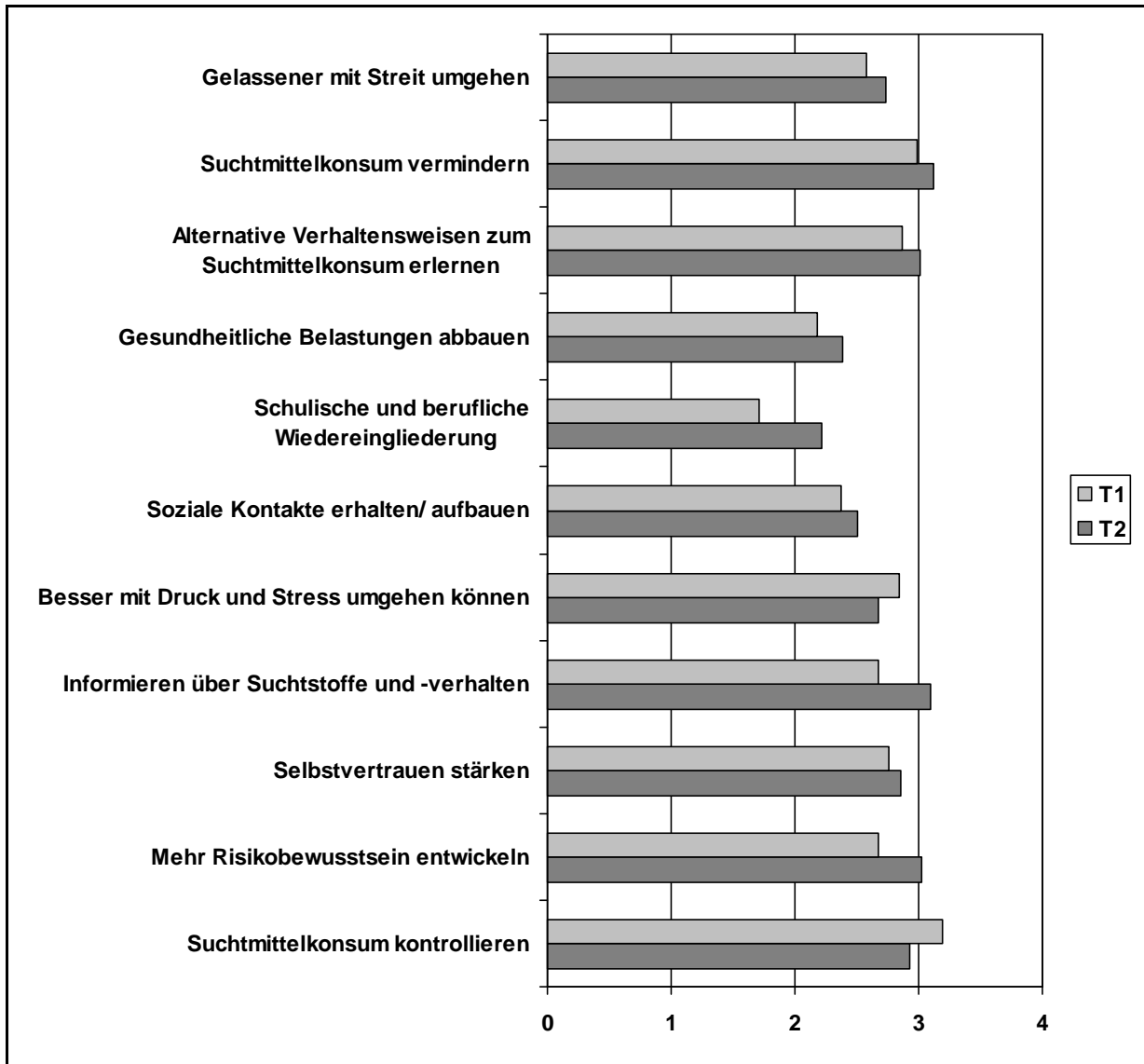


Abbildung 30: Wichtigkeit (T1) und Zielerreichung (T2) der Teilnehmerziele (Längsschnitt)

16.6 Teilnehmerzufriedenheit

Die Teilnehmer/-innen wurden zu Kursabschluss über ihre Zufriedenheit befragt (Tabelle 186). Insgesamt schätzten sie mit 80% erreichter Zufriedenheit die Kursdurchführung als ansprechend ein. Am zufriedensten waren sie mit der einführenden und motivierenden Haltung der Kursleitung ($M=3,48$) und dem Eingehen auf Fragen und Wünsche aus der Gruppe ($M=3,41$). Wie im Querschnitt, war die Zufriedenheit mit den weiterführende Hilfen geringer ($M=2,59$).

Bei der Beurteilung der Nützlichkeit der einzelnen Module (s. Tabelle 187) werden alle als hilfreich beurteilt. Die besten Einschätzungen erreichten der Umgang mit Konflikten ($M=3,25$), die Auslöser für Rückfälle und Krisen ($M=3,24$) und der Umgang mit Risikosituationen ($M=3,25$). Am wenigsten hilfreich fanden die Befragten das Kennenlernen ($M=2,92$) und das Modul über Ambivalente Gefühle ($M=2,99$).

Tabelle 186: Kursbeurteilung, Längsschnitt (T2, N = 163)

Item	n	M	SD	Range
Ankündigung und Informationen vor dem Training	159	3,18	0,83	0 – 4 0 = sehr schlecht 4 = sehr gut
Unterlagen und Materialien	158	3,24	0,86	
Zusammensetzung der Gruppe	162	3,36	0,78	
Eingehen auf Fragen und Wünsche aus der Gruppe	160	3,41	0,76	
Unterstützung zur Umsetzung im Alltag	160	3,03	0,88	
weiterführende Hilfen	155	2,59	0,95	
Einfühlungsvermögen und motivierende Haltung der Kursleitung	160	3,48	0,85	0 – 100 je höher desto zufriedener
Kursdurchführung insgesamt	163	79,68	14,68	

Tabelle 187: Beurteilung der Nützlichkeit der Module, Längsschnitt (T2, N = 163)

Item	n	M	SD	Range
Stressmanagement	158	3,15	0,87	
Soziales Netzwerk	158	3,08	0,83	
Umgang mit irrationalen Gedanken	157	3,10	0,93	
Kennenlernen	155	2,92	0,93	0 – 4 0 = gar nicht hilfreich 4 = sehr hilfreich
Ambivalente Gefühle	157	2,99	0,80	
Risikosituationen	160	3,23	0,77	
Auslöser für Krisen / Rückfall	148	3,24	0,89	
Umgang mit Konflikten	154	3,25	0,89	
Freizeitgestaltung	154	3,19	0,80	
Rituale	143	3,01	0,87	
Nützlichkeit der Module insgesamt	161	77,55	15,24	0 – 100 je höher desto nützlicher

16.6.1 Der Einfluss des Alters auf die Kurszufriedenheit

Nach dem Alter betrachtet unterschied sich die Kurszufriedenheit der Teilnehmer/-innen nicht (s. Tabelle 188).

Tabelle 188: Kurszufriedenheit nach Altersgruppen (VA Längsschnitt, N = 163)

Abhängige Variable	n	M	df	F	p	Eta ²
Kursdurchführung						
< 20	28	81,28	5	0,483	,788	,016
20 – 29	62	78,72				
30 – 39	14	83,04				
40 – 49	21	83,16				
50 – 59	25	79,64				
≥ 60	7	78,83				
Nützlichkeit der Module						
< 20	28	77,17	5	0,912	,475	,030
20 – 29	60	76,67				
30 – 39	14	84,54				
40 – 49	21	80,61				
50 – 59	25	78,89				
≥ 60	7	73,57				

16.6.2 Der Einfluss des Geschlechts

Nach Geschlechtern untersucht, zeigte sich ebenfalls kein Unterschied in der Beurteilung der Kurszufriedenheit (s. Tabelle 189).

Tabelle 189: Kurszufriedenheit nach Geschlecht (VA Längsschnitt, N = 163)

Geschlecht	n	M	df	F	p	Eta ²
Kursdurchführung						
männlich	91	81,04	1	1,773	,185	,011
weiblich	72	77,96				
Nützlichkeit der Module						
männlich	89	78,55	1	0,853	,357	,005
weiblich	72	76,32				

16.6.3 Der Einfluss der Schulbildung

Auch bei der Betrachtung des Einflusses der Schulbildung konnte kein statistischer Unterschied ermittelt werden (s. Tabelle 190).

Tabelle 190: Kurszufriedenheit nach Schulabschluss (VA Längsschnitt, N = 163)

Schulabschluss	n	M	df	F	p	Eta ²
Kursdurchführung						
Keinen Abschluss	16	79,02	4	1,100	,359	,030
Hauptschule	49	82,67				
Realschule	53	76,81				
Abitur	16	77,01				
Fachhochschule, Uni	12	78,97				
Nützlichkeit der Module						
Keinen Abschluss	16	79,83	4	0,938	,444	,026
Hauptschule	48	80,03				
Realschule	53	74,50				
Abitur	15	76,54				
Fachhochschule, Uni	12	77,09				

16.6.4 Der Einfluss der Motivation

Die Motivation der Teilnehmer/-innen hatte hingegen einen signifikanten Einfluss mittlerer Effektstärke auf die Zufriedenheit mit der Kursdurchführung und einen signifikanten Unterschied kleiner Effektstärke für die Beurteilung der Nützlichkeit der Module (s. Tabelle 191). Bei der Betrachtung der Mittelwerte wurde deutlich, dass selbstmotivierte Teilnehmer/-innen zufriedener waren, mit einem Unterschied von etwas 7% des Skalenumfangs.

Bei der Betrachtung von Unterschieden auf Itemebene, fanden sich vier Aspekte, in denen sich die Teilnehmer/-innen in der Einschätzung der Kursdurchführung deutlich unterschieden (s. Tabelle 192), sowie bei immerhin sieben Modulen hinsichtlich deren Nützlichkeit (s. Tabelle 193).

Tabelle 191: Kurszufriedenheit nach Motivation (VA Längsschnitt, N = 163)

Motivation	n	M	df	F	p	Eta ²
Kursdurchführung						
Eigenmotivation	81	82,82	1	11,160	,001	,069
Fremdmotivation	71	75,11				
Nützlichkeit der Module						
Eigenmotivation	81	80,50	1	8,724	,004	,055
Fremdmotivation	70	73,35				

Tabelle 192: Kursdurchführung (4 Items) nach Motivation (VA Längsschnitt, N = 163)

Motivation	n	M	df	F	p	Eta ²
Ankündigung und Informationen vor dem Training						
Eigenmotivation	78	3,37	1	11,780	,001	,075
Fremdmotivation	70	2,91				
Unterlagen und Materialien						
Eigenmotivation	78	3,42	1	9,595	,002	,062
Fremdmotivation	69	3,00				
Unterstützung und Umsetzung im Alltag						
Eigenmotivation	78	3,23	1	13,509	,000	,084
Fremdmotivation	71	2,72				
Einfühlungsvermögen und motivierende Haltung der Kursleitung						
Eigenmotivation	79	3,61	1	5,377	,022	,035
Fremdmotivation	70	3,29				

Tabelle 193: Nützlichkeit der Module (7 Items) nach Motivation (VA Längsschnitt, N = 163)

Motivation	n	M	df	F	p	Eta ²
Ambivalente Gefühle						
Eigenmotivation	81	3,10	1	4,770	,031	,032
Fremdmotivation	66	2,82				
Risikosituationen						
Eigenmotivation	80	3,40	1	10,376	,002	,066
Fremdmotivation	70	3,00				
Stressmanagement						
Eigenmotivation	79	3,27	1	4,751	,031	,032
Fremdmotivation	69	2,96				
Auslöser für Krisen/ Rückfälle						
Eigenmotivation	74	3,50	1	17,917	,000	,116
Fremdmotivation	64	2,89				
Umgang mit Konflikten						
Eigenmotivation	77	3,38	1	4,960	,028	,034
Fremdmotivation	67	3,04				
Freizeitgestaltung						
Eigenmotivation	79	3,30	1	4,164	,043	,028
Fremdmotivation	65	3,03				
Rituale						
Eigenmotivation	74	3,14	1	4,365	,039	,032
Fremdmotivation	60	2,82				

16.6.5 Der Einfluss der Inanspruchnahme weiterer Angebote

Die Inanspruchnahme weiterer Angebote außer SKOLL hatte keinen Einfluss auf die Beurteilung der Kurszufriedenheit und Nützlichkeit der Module (s. Tabelle 194).

Tabelle 194: Kurszufriedenheit nach Inanspruchnahme weiterer Angebote (VA Längsschnitt, N = 163)

Geschlecht	n	M	df	F	p	Eta ²
Kursdurchführung						
Keine weiteren Angebote	27	81,48	1	0,486	,487	,003
Weitere Angebote	136	79,32				
Nützlichkeit der Module						
Keine weiteren Angebote	26	80,45	1	1,122	,291	,007
Weitere Angebote	135	76,99				

16.7 Fazit: Nachhaltige Gesundheitsgewinne und ihre Determinanten

Die Längsschnittauswertung gestattete einen Blick auf persönlich zuweisbare Veränderungen, weil drei Mal die gleichen Personen einbezogen waren und im Verlauf verglichen werden konnten. Dabei war das Gesamtbild der Veränderungen und Effektgrößen sehr ähnlich wie im Querschnitt. Daraus ist zu schließen, dass die an der breiteren Querschnittsstichprobe beobachteten Wirkungen auch dann auftreten würden, wenn man die einzelnen Teilnehmer/-innen der Querschnitte individuell zuordnen und vergleichen könnte.

Die Teilnehmer/-innen lagen zu Kursbeginn signifikant und in bedeutsamem Umfang unter dem mittleren Gesundheitszustand ihren Alters- und Geschlechtsgruppen, und zwar um 21,2%.

Ihr Gesundheitsstatus verbesserte sich im Kursverlauf auf einen Wert von 12,8% unter dem jeweiligen Referenzwert und sank im Katamnesezeitraum wieder auf 15,4% unter der jeweiligen Vergleichsgruppe ab. Alle Gesundheitskennwerte, also körperliche und psychische Belastungen, verbesserten sich signifikant und mit praktisch bedeutsamen oder sehr bedeutsamen Größenordnungen und erreichten – bei leichtem Absinken der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität und weiteren Verbesserungen des Beschwerdenstands im Nachbefragungszeitraum – stabile Gesundheitsgewinne im Umfang von etwa 15 – 20% Steigerung der Ausgangswerte. Die wichtigsten Risikoverhaltensweisen – Tabak-, Alkohol- und Medienkonsum – wiesen eine kontinuierliche Verbesserung über die drei Messpunkte auf, und zwar um etwa 10% (Nikotin, Medien) bis 50% (Alkohol). Stichproben mit weniger als 20 Teilnehmer/-innen für andere Risikoverhalten wurden nicht weiter betrachtet. Wegen hoher Streuung aller Werte erreichte nur die Alkoholreduktion mit statistischer Signifikanz.

Gender und Schulbildung blieben ohne signifikanten Einfluss auf die Gesundheitsgewinne und die Verminderung von Risikoverhalten. Auch alle Altersgruppen profitierten hinsichtlich aller Gesundheitskennwerte ungefähr gleich gut, es gab keine signifikanten Unterscheidungen. Auch reduzierten sie ihr Risikoverhalten in ähnlichem Umfang, einzig beim Medienkonsum ergaben sich signifikante Unterschiede, jedoch keine klaren Muster (teilweise Zunahme, teilweise Abnahme von Medienkonsum). Die Daten in dieser Dimension sind somit kaum interpretierbar, was auf Sensibilisierungseff-

fekte oder Messfehler hinweist. Die Daten belegen somit insgesamt den Erfolg des generischen Vorgehens, da alle Teilgruppen vom Programm profitierten.

Ebenso wie die Region (Bundesland) blieb der Urbanisierungsgrad (großstädtische und kleinstädtisch-ländliche Versorgungsfelder im Vergleich) ohne Bedeutung für die Effekte. Die Inanspruchnahme weiterer Angebote – Beratung oder Therapie – beeinflussten weder den Programmerfolg noch die Programmzufriedenheit signifikant. Doch zeigten die Daten, dass zusätzliche Maßnahmen mit größeren Verbesserungen der Gesundheitskennziffern einhergingen. Hierzu können verschiedene Ursachen angenommen werden, u. a. geringe Dosis von zusätzlicher Beratung, heterogene Qualität der zusätzlichen Maßnahmen und schwere Erreichbarkeit zusätzlicher Angebote, Einsetzen der Therapiewirkungen erst nach längerer Zeit. Deskriptiv fällt auf, dass die Teilnehmer/-innen, die zusätzliche Angebote nutzten, bereits in der Eingangsbefragung etwas bessere Gesundheitswerte aufwiesen; damit ist auch die Annahme plausibel, dass sie schon länger Maßnahmen außerhalb von SKOLL nutzten und bereits davon profitiert hatten. Ausnahmen bildeten Tabak- und Cannabiskonsum, wo zusätzliche Maßnahmen signifikante, geringe bzw. sehr hohe Effekte brachten. Diese widersprüchlichen Befunde könnten nur mit genauer Erhebung von Art und Dosis ergänzender Interventionen erhellt werden, was für die Breitenwirksamkeit von SKOLL indes unwichtig ist:

Die Befunde zeigen, dass SKOLL ein über individuelle Inanspruchnahmestrukturen und äußere Rahmenbedingungen stabiles Programm ist und somit unter sehr unterschiedlichen Bedingungen Gesundheitsprofit bringt.

Auch die intrinsische oder extrinsische Motivation (Fremdmotivation durch Schule, Familie, Arbeitgeber, Justiz) hatte keinen signifikanten Einfluss auf Gesundheitseffekte und Risikoverminderung. Dieser Befund zeigt, dass das Programm sehr robust hinsichtlich der Durchführungsbedingungen ist und auch mit forcierter Motivation Wirksamkeit erreicht.

Der Zusammenhang von Dosis (Zahl ausgefallener Sitzungen) und Gesundheitseffekten erwies sich als komplex. Einerseits wiesen Teilnehmer/-innen mit weniger Fehlzeiten (1 – 2 ausgefallenen Treffen) bessere Gesundheitsgewinne auf. Doch andererseits wurde dieser Zusammenhang im Längsschnitt für fast keinen Outcome-Indikator signifikant (nur für Cannabis-Konsum, beinahe für gesundheitsbezogene Lebensqualität). Zudem wiesen Personen mit höheren Fehlzeiten schon zu Kursbeginn einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf, insbesondere körperliche und psychische Belastungen. Gesundheitsstatus und Teilnahme bedingten sich also gegenseitig – schlechte Gesundheit verminderte die Fähigkeit zu regelmäßiger Teilnahme, aber seltenere Teilnahme verringerte auch die Wirksamkeit. Aus den Verlaufsdaten ist – ebenso wie aus den Querschnittsdaten – ersichtlich, dass mehr als zwei ausgefallene Sitzungen die Wirksamkeit deutlich einschränken. Die Entscheidung, nicht zu bestimmten Treffen zu gehen, kann andererseits die Akzeptanz des Programms erhöhen und das Gefühl von Selbstwirksamkeit verstärken. Da alle Module ungefähr gleich häufig ausfielen, ist zur Sicherung der Durchführungsqualität nach Datenlage nicht die Bestimmung von Kernmodulen sinnvoll, sondern eine Obergrenze ausgefallener Sitzungen, und zwar maximal zwei.

Aus den gesamten Befunden kann die Folgerung abgeleitet werden, dass die Wirksamkeit von SKOLL künftigen Teilnehmer/-innen offensiv mitgeteilt werden sollte, weil die subjektive Einschätzung der Intervention schlechter ist, als ihre Effekte rechtfertigen. Die Teilnehmerzufriedenheit differierte z. B. leicht zwischen Geschlechtern, Bildungs- und Altersgruppen (alles nicht signi-

fikant), nicht jedoch die Wirksamkeit. Die subjektiv wahrgenommene Nützlichkeit des Kurses sagt also eher etwas über Erwartungen mancher Teilnehmergruppen als über die Effekte des Programms. Bei einer höheren Wirkungserwartung entsteht auch mehr Commitment und größere Bereitschaft zur Erprobung der vermittelten Kompetenzen im Selbstmanagement.

Alle Ergebnisse stützen sich bereits auf eine Studie der Breitenwirksamkeit unter Realbedingungen. Durch Qualitätssicherung (Obergrenze ausgefallener Sitzungen) und Kommunikation der Wirksamkeit sowie wachsende Erfahrung der durchführenden Gruppenleitungen sind künftig höhere Effekte zu erwarten als die hier berichteten.

17 Unspezifische Wirksamkeit und Teilnehmermischung

17.1 Unspezifische Effekte bei verschiedenen Risikogruppen

Um die unspezifische Wirksamkeit für Teilnehmer/-innen über den Trainingsverlauf für die Gesundheitskennwerte und das Risikoverhalten abbilden zu können, wurde der Längsschnittdatensatz herangezogen. Da sich in vorangegangenen Berechnungen vorrangig signifikante Unterschiede der Eingangsbefragung zur Abschluss- und Nachbefragung fanden nicht aber zwischen Abschluss- und Nachbefragung, wird an dieser Stelle auf den Längsschnittdatensatz für die Eingangs- und Abschlussbefragung zurückgegriffen. Dies bringt den Vorteil einer größeren Stichprobe und damit einer höheren statistischen Aussagekraft. Da die Teilgruppenbesetzungen schon zu Studienbeginn (T1) teilweise nur zwischen 30 und 40 Pb ausmachten, blieben im Längsschnitt in diesen Teilgruppen nur mehr 5 – 15 Befragte übrig, so dass klare Effekte kaum auszumachen waren, während sie sich im Querschnitt (Kursverlauf) sehr deutlich abzeichneten. Hinzu tritt eine den übrigen Analysen analoge Entwicklung nach Kursende. Aus diesen Gründen konnte die gesonderte längsschnittliche Analyse der Risikogruppen durch die querschnittliche Betrachtung ersetzt werden.

Es fanden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für alle drei Gesundheitskennwerte (s. Tabelle 195). Signifikante Unterschiede fanden sich zwischen der Gruppe der Gering Riskanten und Hoch Riskanten für alle drei Gesundheitskennwerte, sowie zusätzlich zwischen der Gruppe der Gering Riskanten und der Poliriskanten für die Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (s. Tabelle 196, Abbildung 31, Abbildung 32 und Abbildung 33).

Hinsichtlich des Risikoverhaltens fanden sich signifikante Unterschiede großer Effektstärke für den Tabak-, Alkohol- und Medienkonsum. Gering Riskante Tabakkonsumenten rauchten signifikant weniger als die Gruppe der Poliriskanten, Hochriskanten und Spezifisch Riskanten. Ebenso rauchten die Hochriskanten signifikant mehr Zigaretten am Tag als Unklar- und Poliriskante (s. Tabelle 196 und Abbildung 34). Hochriskante Alkoholkonsumenten tranken signifikant mehr Alkohol pro Tag, als alle übrigen Risikogruppen, ebenso tranken Spezifisch Riskante Konsumenten mehr als Unklar Riskante Konsumenten (s. Tabelle 196 und Abbildung 35). In Bezug auf den Medienkonsum wurde deutlich, dass Hochriskante und Spezifisch Riskante Konsumenten deutlich mehr Stunden mit den Medien verbrachten als Gering-, Unklar- oder Poliriskante Konsumenten (s. Tabelle 196 und Abbildung 37).

Tabelle 195: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messpunkten und Risikogruppen (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	43,883	,000	,099
Risikogruppe	4	3,003	,018	,029
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	2,175	,071	,021
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	42,768	,000	,100
Risikogruppe	4	4,262	,002	,043
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	1,734	,142	,018
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	14,950	,000	,036
Risikogruppe	4	2,935	,021	,028
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	3,488	,008	,034
Menge des Tabakkonsums				
Messzeitpunkt	1	8,733	,004	,049
Risikogruppe	4	16,314	,000	,279
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	2,769	,029	,061
Menge des Alkoholkonsums				
Messzeitpunkt	1	40,178	,000	,198
Risikogruppe	4	15,882	,000	,280
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	6,125	,000	,131
Menge des Cannabiskonsums				
Messzeitpunkt	1	0,726	,402	,026
Risikogruppe	4	1,759	,166	,207
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	1,925	,135	,222
Menge des Medienkonsums				
Messzeitpunkt	1	1,306	,256	,013
Risikogruppe	4	10,866	,000	,297
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	3,458	,011	,118
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	1	0,408	,530	,019
Risikogruppe	4	1,520	,233	,225
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	4	2,809	,052	,349

Tabelle 196: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messpunkten und Risikogruppen (M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Gering Riskant	38	59,76	63,33
	Poliriskant	90	48,99	57,38
	Spezifisch Riskant	90	49,91	57,94
	Hochriskant	69	44,07	60,43
	Unklar Riskant	119	50,88	58,24
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	Gering Riskant	34	-12,49	-8,37
	Poliriskant	90	-25,20	-16,86
	Spezifisch Riskant	88	-23,12	-14,98
	Hochriskant	65	-28,99	-12,95
	Unklar Riskant	112	-21,68	-13,68
Gesundheitliche Belastung	Gering Riskant	38	27,36	23,30
	Poliriskant	90	30,98	29,00
	Spezifisch Riskant	90	32,25	31,70
	Hochriskant	69	41,51	28,43
	Unklar Riskant	120	31,90	28,24
Tabak – Anzahl/ Tag	Gering Riskant	12	2,28	5,06
	Poliriskant	55	14,19	13,13
	Spezifisch Riskant	46	18,33	14,05
	Hochriskant	44	21,72	17,08
	Unklar Riskant	17	9,52	11,47
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	Gering Riskant	8	0,007	0,017
	Poliriskant	43	0,061	0,036
	Spezifisch Riskant	41	0,116	0,031
	Hochriskant	44	0,171	0,070
	Unklar Riskant	32	0,028	0,026
Cannabis – Gramm/ Tag	Gering Riskant	2	0,19	1,10
	Poliriskant	9	1,65	5,17
	Spezifisch Riskant	9	5,31	2,13
	Hochriskant	10	7,84	4,74
	Unklar Riskant	2	2,55	1,12
Medien – Stunden/ Tag	Gering Riskant	9	0,78	1,20
	Poliriskant	30	3,67	4,72
	Spezifisch Riskant	21	9,23	8,33
	Hochriskant	28	9,44	5,49
	Unklar Riskant	20	3,21	4,45
Essen – Essanfälle/ Tag	Gering Riskant	1	0,30	0,17
	Poliriskant	3	3,57	2,43
	Spezifisch Riskant	5	4,31	3,04
	Hochriskant	8	7,48	5,76
	Unklar Riskant	9	2,90	6,96

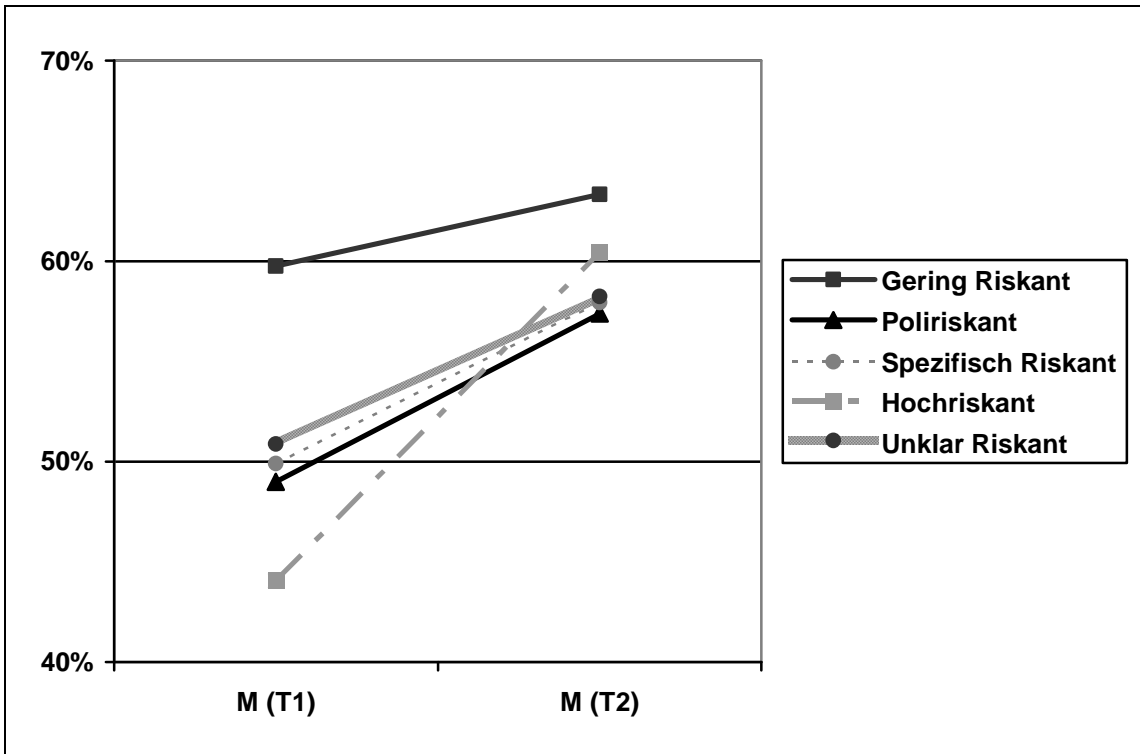


Abbildung 31: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

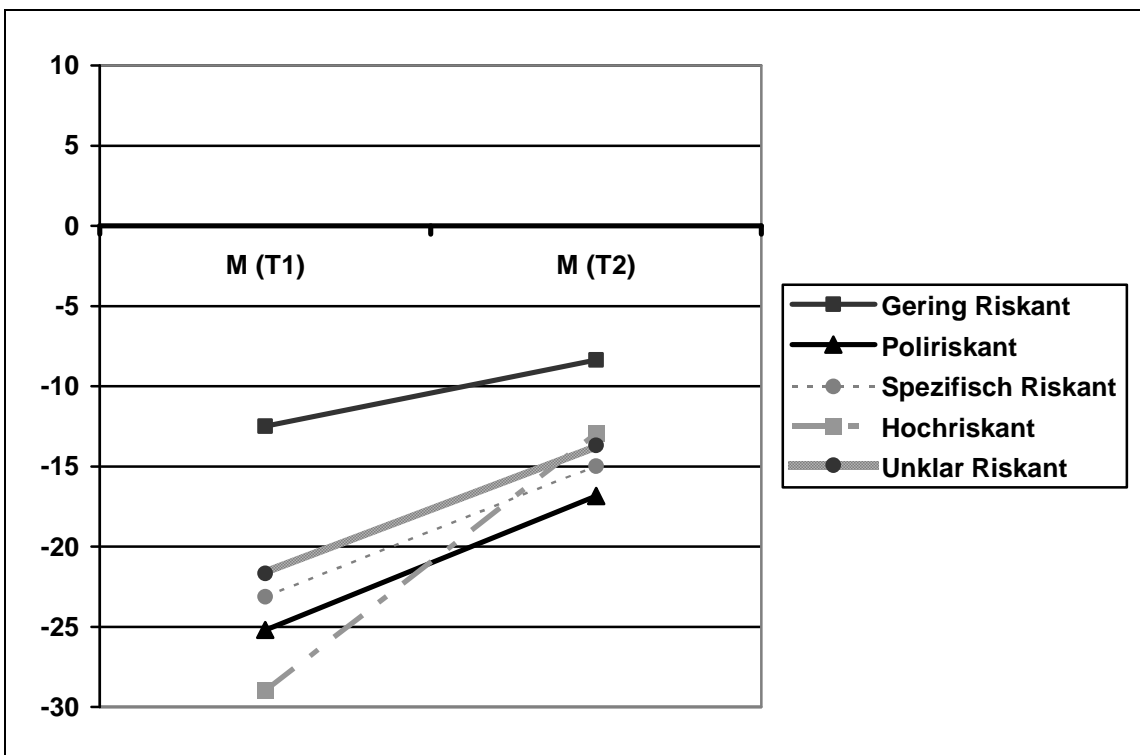


Abbildung 32: Referenzwertdifferenz der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

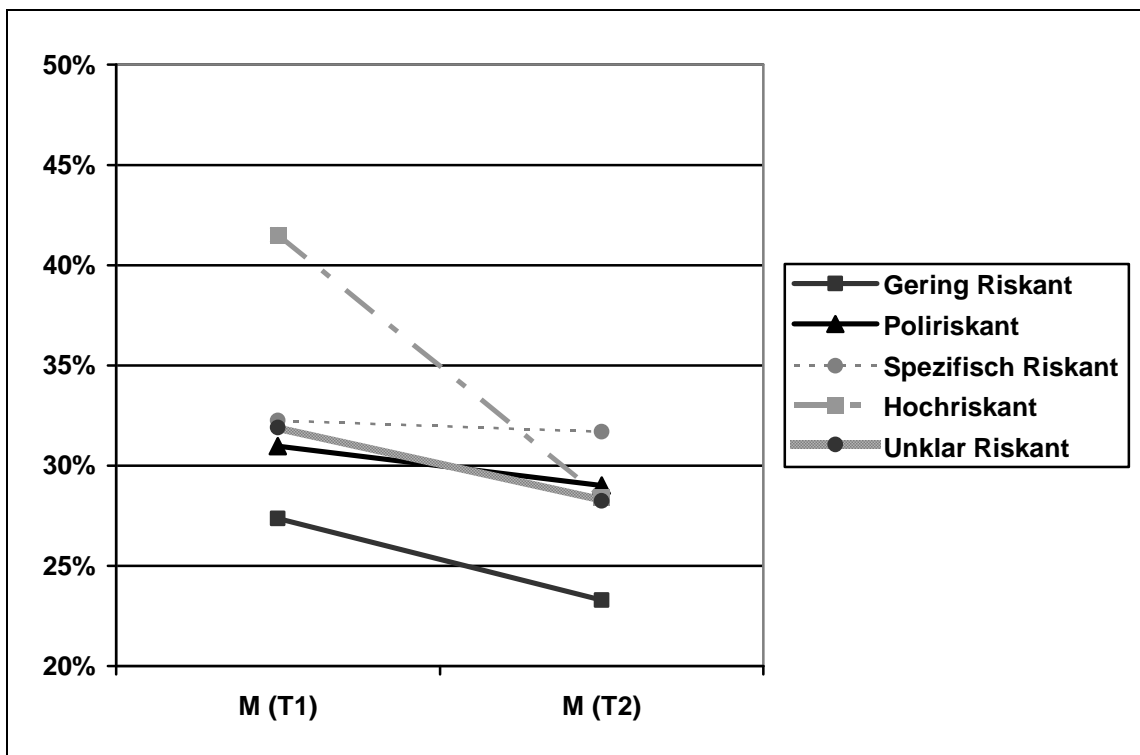


Abbildung 33: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

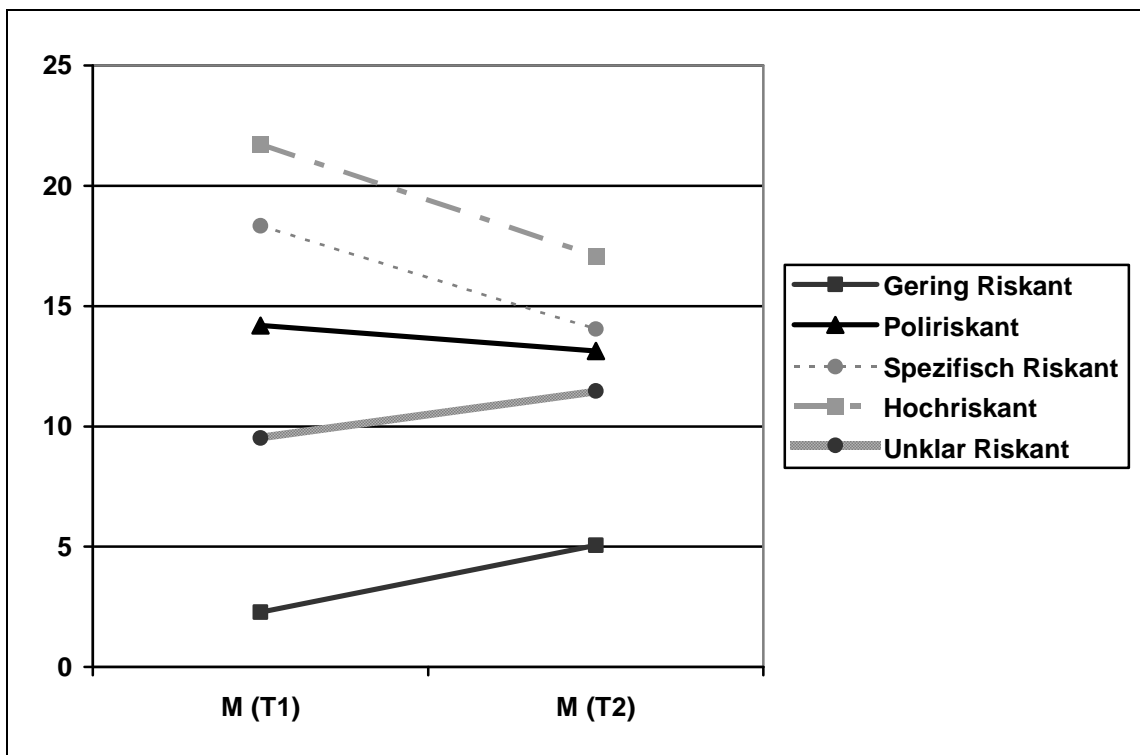


Abbildung 34: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

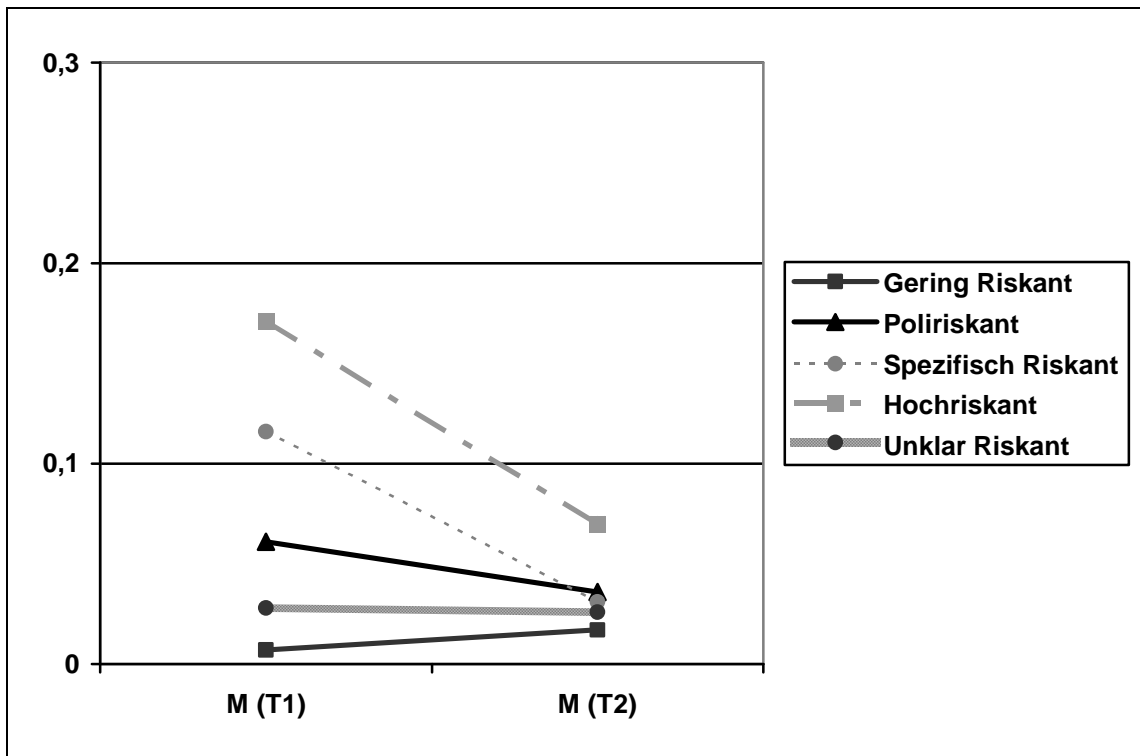


Abbildung 35: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

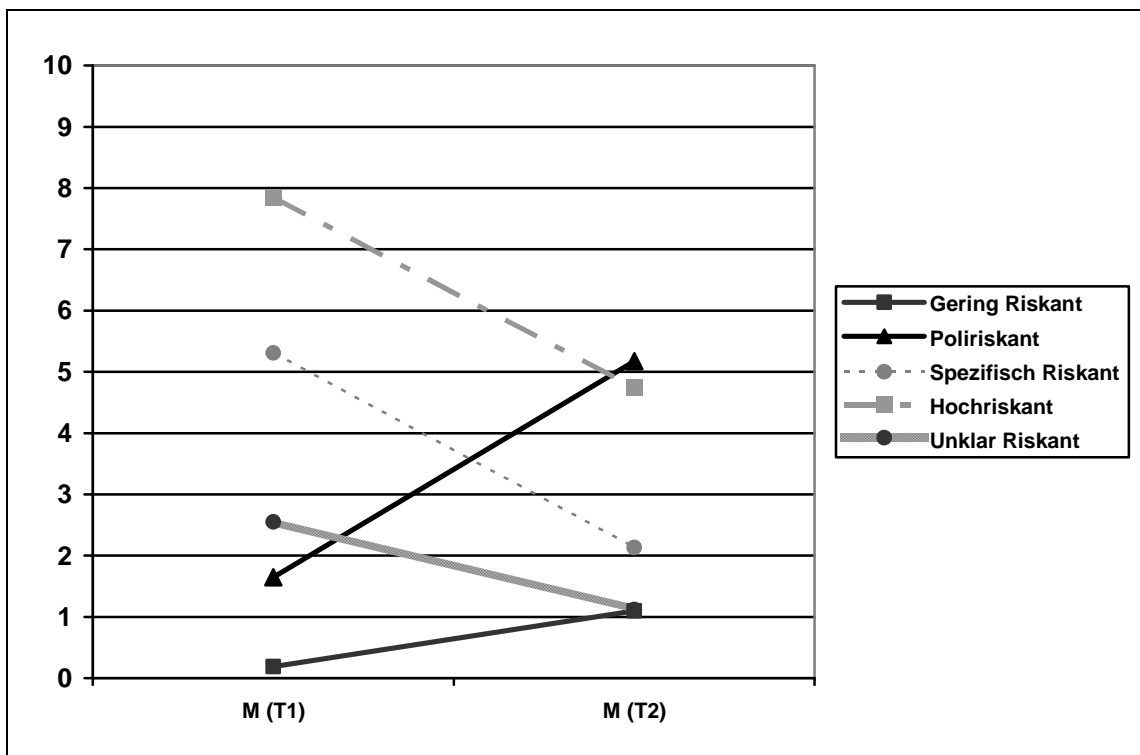


Abbildung 36: Cannabiskonsum (Gramm pro Tag) nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

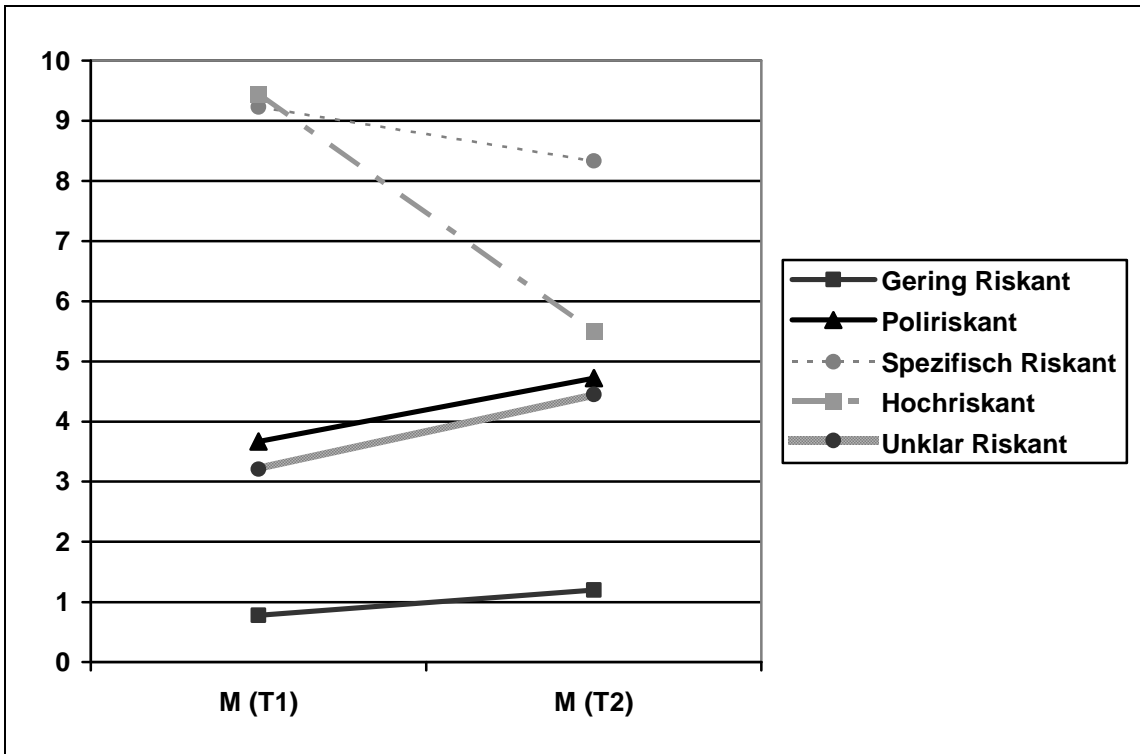


Abbildung 37: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

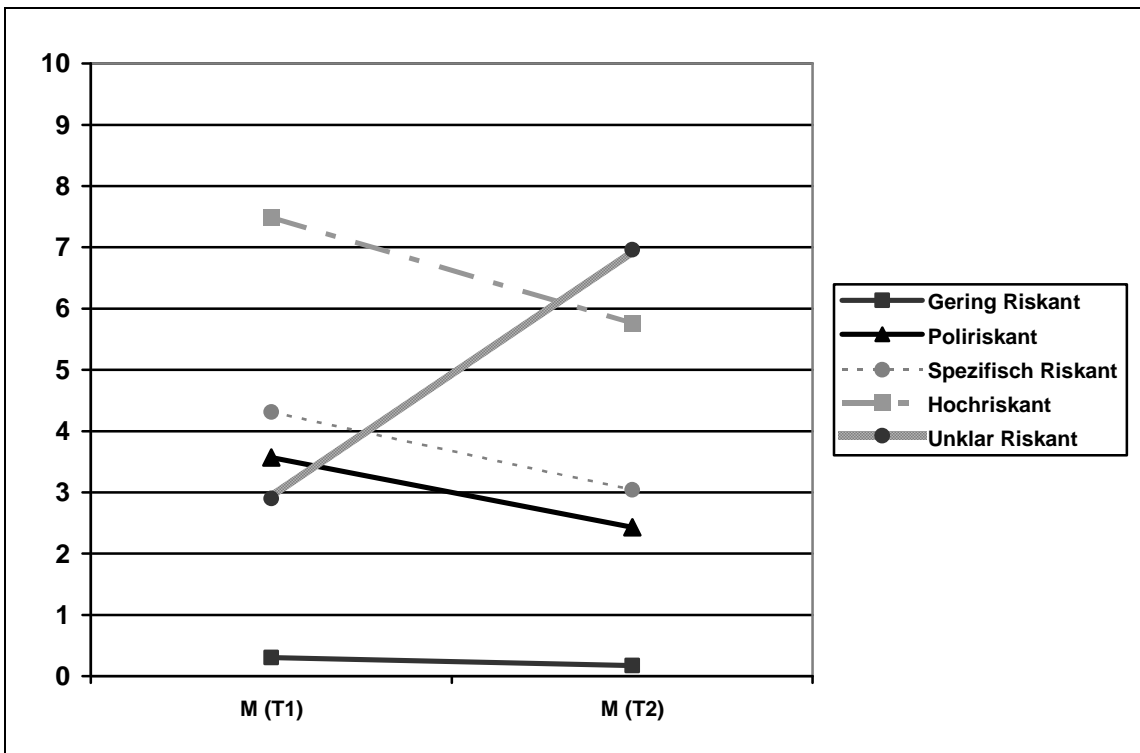


Abbildung 38: Anzahl von Essanfällen nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

Betrachtete man die Gesundheitskennwerte nach 3 Messzeitpunkten, so waren die zuvor gefundenen signifikanten Unterschiede nun nicht mehr signifikant (s. Tabelle 197). Insgesamt zeigte sich ein sehr heterogenes Bild der einzelnen Risikogruppen (s. Abbildung 39, Abbildung 40 und Abbildung 41).

Tabelle 197: Gesundheitskennwerte nach 3 Messpunkten und Risikogruppen (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	9,327	,000	,056
Risikogruppe	4	0,708	,588	,018
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	8	1,698	,098	,041
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	6,981	,001	,050
Risikogruppe	4	0,921	,454	,027
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	8	1,682	,103	,048
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	7,134	,001	,043
Risikogruppe	4	1,873	,118	,045
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Risikogruppe	8	2,755	,006	,065

Tabelle 198: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 3 Messpunkten und Risikogruppen (M)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Gering Riskant	20	58,75	65,20	54,00
	Poliriskant	34	51,56	54,24	61,29
	Spezifisch Riskant	34	50,82	60,47	62,00
	Hochriskant	17	42,59	61,76	53,10
	Unklar Riskant	58	51,53	58,72	56,97
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	Gering Riskant	17	-11,63	-5,50	-20,86
	Poliriskant	30	-21,31	-19,10	-12,49
	Spezifisch Riskant	30	-22,52	-10,11	-11,41
	Hochriskant	13	-29,67	-13,55	-21,03

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitliche Belastung	Unklar Riskant	49	-21,25	-12,95	-16,11
	Gering Riskant	20	28,66	21,35	28,47
	Poliriskant	34	25,65	29,82	21,14
	Spezifisch Riskant	34	34,21	35,72	29,33
	Hochriskant	17	42,76	26,63	26,26
	Unklar Riskant	58	35,11	27,90	29,57

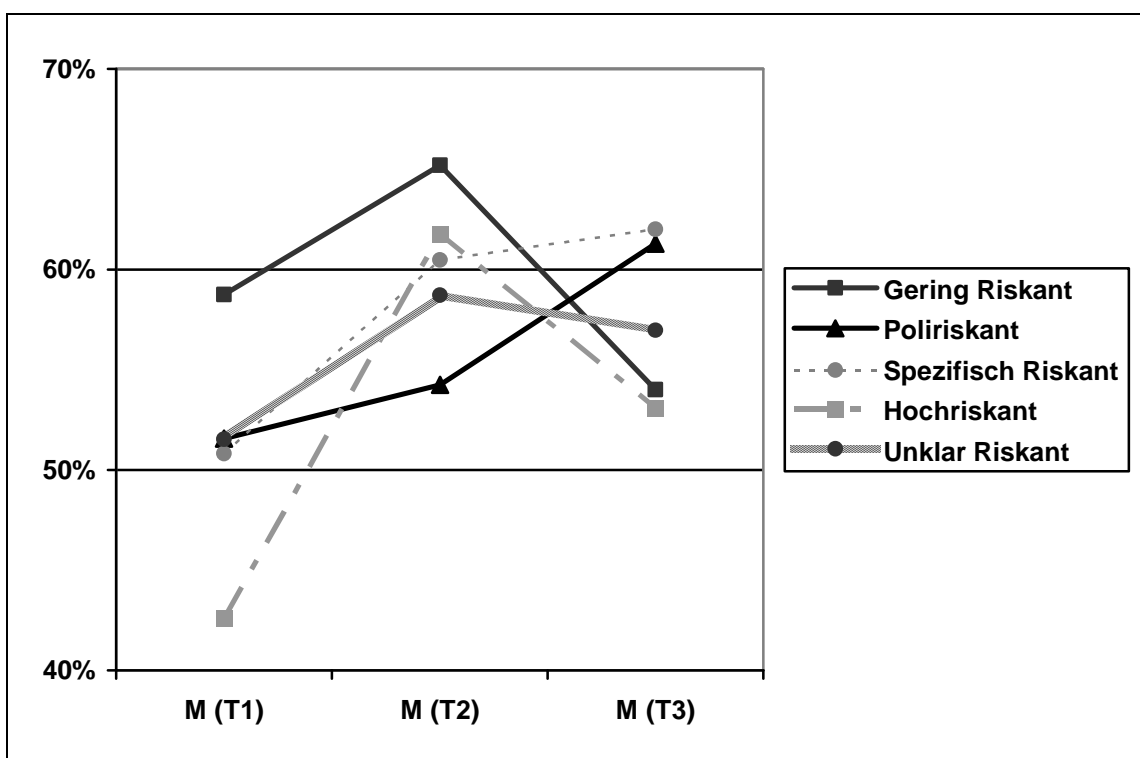


Abbildung 39: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

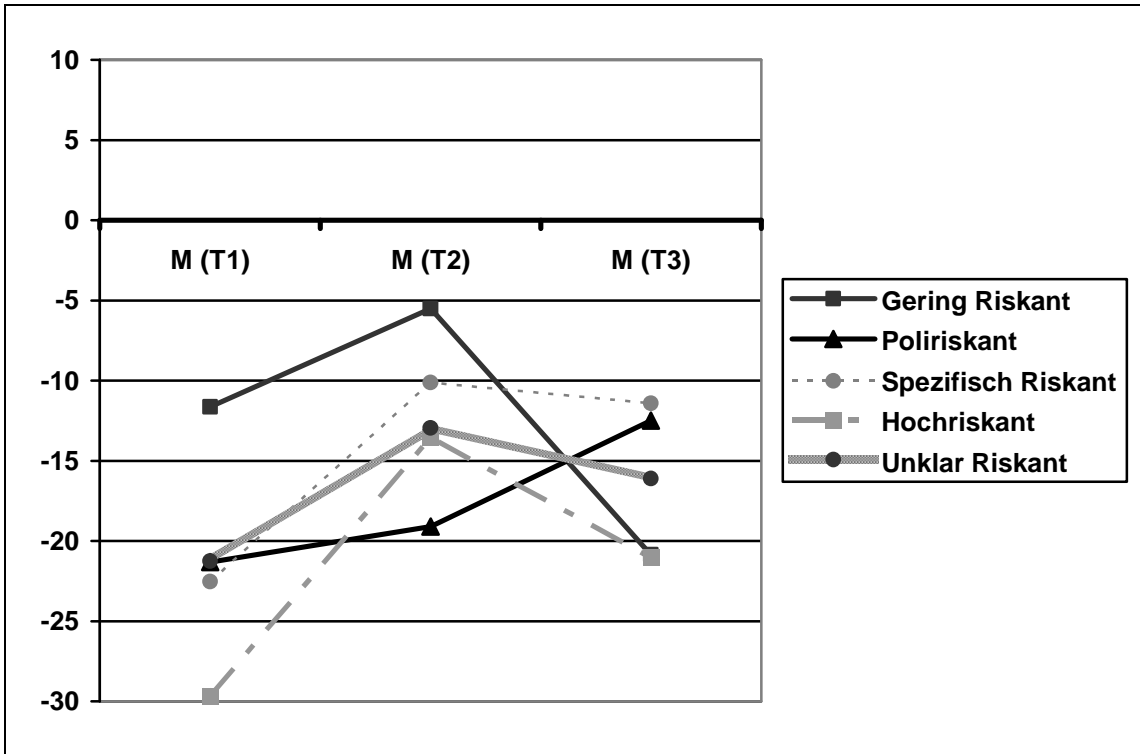


Abbildung 40: Referenzwertdifferenz Gsd. Lebensqualität nach Messpunkt und Risikogruppe

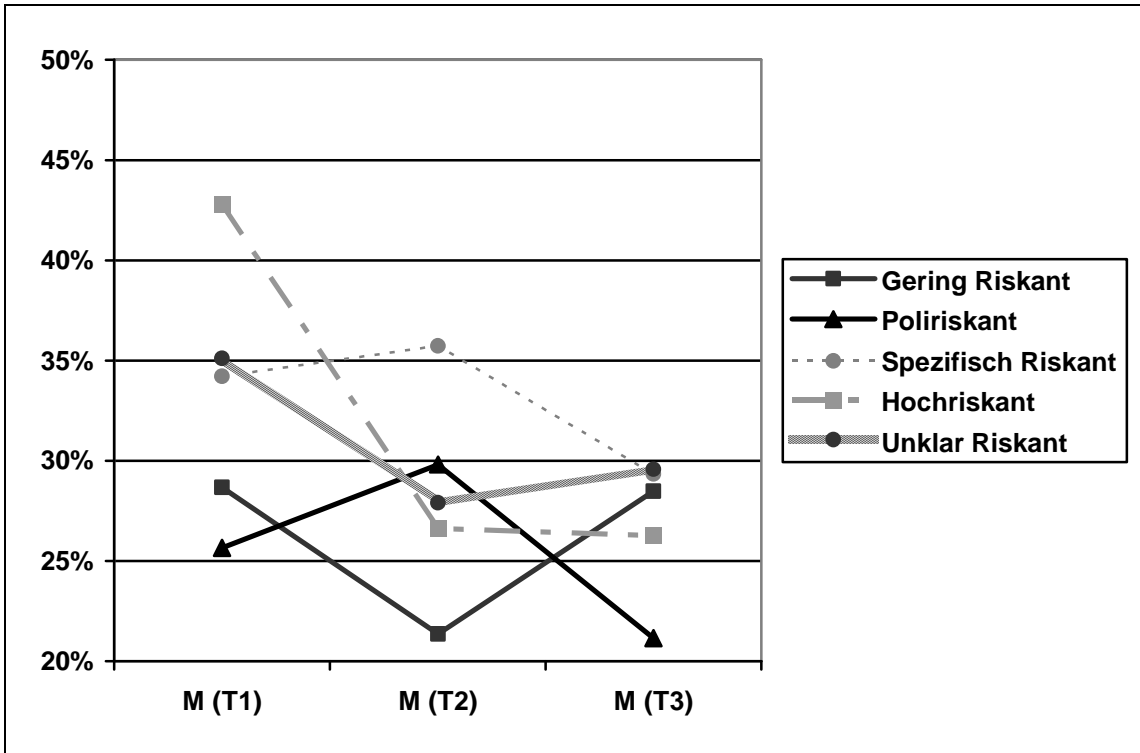


Abbildung 41: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Risikogruppen

17.2 Effekte in sozial unterschiedlich gemischten Gruppen (Querschnitt)

Betrachtete man die Gesundheitskennwerte und das Risikoverhalten der Teilnehmer/-innen nach dem Mischungsverhältnis der Gruppen im Querschnitt, so fanden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für die Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (s. Tabelle 199). Nach einem Posthoc Test nach Bonferroni unterschieden sich jedoch keine der Gruppen hinsichtlich ihres Mischungsverhältnisses signifikant (s. Tabelle 200). Weiterhin fanden sich signifikante Unterschiede mittlerer Effektstärke für Essanfälle, dahingehend dass Gruppen mit einem heterogenen oder homogenem Mischungsverhältnis der Gruppe signifikant mehr Essanfälle aufwiesen, als Gruppen mit einem teilhomogenen Mischungsverhältnis (s. Tabelle 200 und Abbildung 49).

Tabelle 199: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messpunkt und Gruppenmischung (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	20,301	,000	,031
Gruppenmischung	2	2,433	,088	,004
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	4	1,969	,097	,006
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	21,408	,000	,036
Gruppenmischung	2	5,908	,003	,010
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	4	2,995	,018	,010
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	9,913	,000	,015
Gruppenmischung	2	0,826	,438	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	4	0,465	,762	,001
Menge des Tabakkonsums				
Messzeitpunkt	2	0,263	,769	,001
Gruppenmischung	2	0,752	,472	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	4	0,609	,656	,003
Menge des Alkoholkonsums				
Messzeitpunkt	2	11,508	,000	,032
Gruppenmischung	2	0,698	,498	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	4	0,869	,482	,005
Menge des Cannabiskonsums				
Messzeitpunkt	2	0,877	,417	,008
Gruppenmischung	2	0,046	,955	,000

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	3	1,003	,392	,014
Menge des Medienkonsums				
Messzeitpunkt	2	1,100	,333	,004
Gruppenmischung	2	0,462	,630	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	4	1,165	,325	,008
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	2	0,526	,592	,004
Gruppenmischung	2	10,591	,000	,083
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	4	2,715	,031	,044

Tabelle 200: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messpunkt und Gruppenmischung (M)

		Messzeitpunkte					
		n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	heterogen	186	50,47	97	60,24	35	62,80
	teihomogen	385	46,93	241	58,80	130	57,48
	homogen	100	53,16	81	56,07	7	58,29
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	heterogen	170	-22,75	88	-13,28	20	-3,44
	teihomogen	357	-26,74	227	-14,70	117	-16,58
	homogen	94	-19,32	78	-16,24	7	-14,80
Gesundheitliche Belastung	heterogen	188	35,80	98	28,08	35	28,47
	teihomogen	388	35,79	241	29,37	131	28,04
	homogen	101	29,30	81	26,07	7	27,38
Tabak – Anzahl/ Tag	heterogen	116	15,26	59	12,99	23	14,61
	teihomogen	259	16,40	142	15,23	78	14,15
	homogen	39	11,55	28	12,82	2	15,00
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	heterogen	107	0,084	50	0,040	15	0,057
	teihomogen	243	0,086	128	0,040	76	0,035
	homogen	58	0,052	36	0,035	1	0,002
Cannabis – Gramm/ Tag	heterogen	32	4,64	17	2,62	2	1,17
	teihomogen	104	3,71	41	3,23	15	1,58
	homogen	5	1,25	3	4,86	-	-
Medien – Stunden/ Tag	heterogen	98	5,27	42	4,34	16	4,58
	teihomogen	163	5,91	101	4,41	50	3,77

		Messzeitpunkte					
		n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Essen – Essanfälle/ Tag	homogen	66	5,66	44	6,54	4	4,67
	heterogen	51	6,14	14	5,28	9	7,02
	teihomogen	67	4,77	34	3,52	18	2,69
	homogen	31	5,42	17	7,55	2	10,00

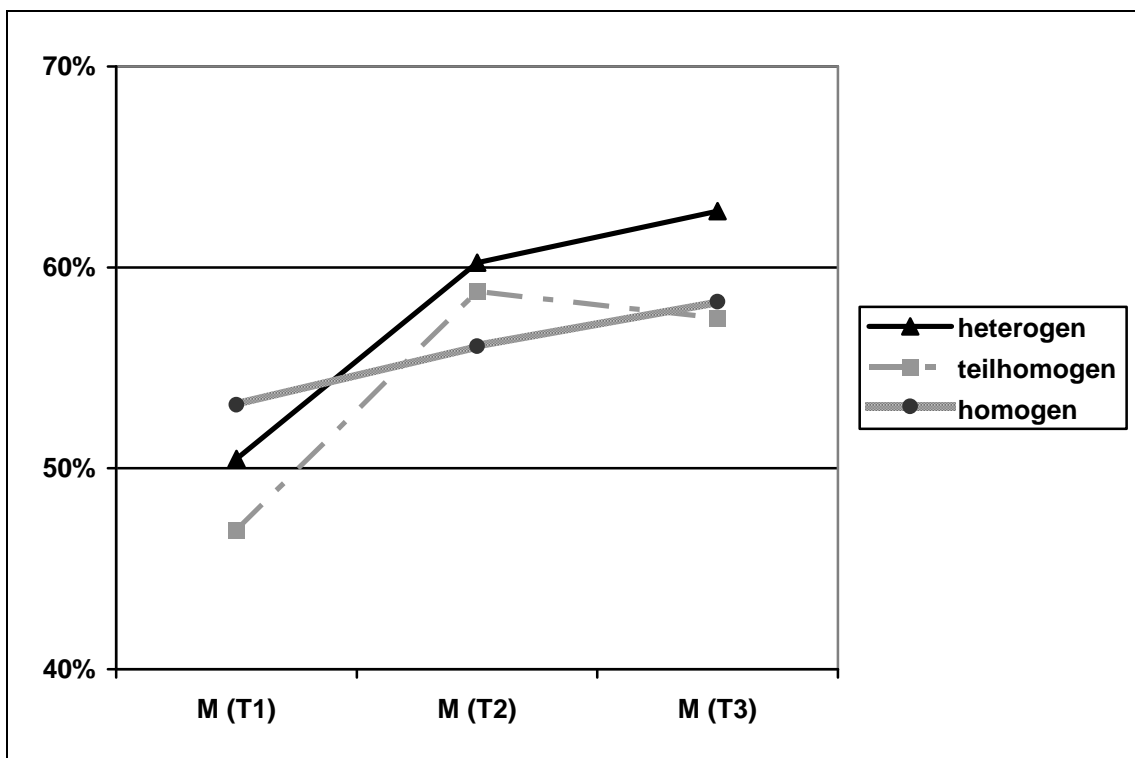


Abbildung 42: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

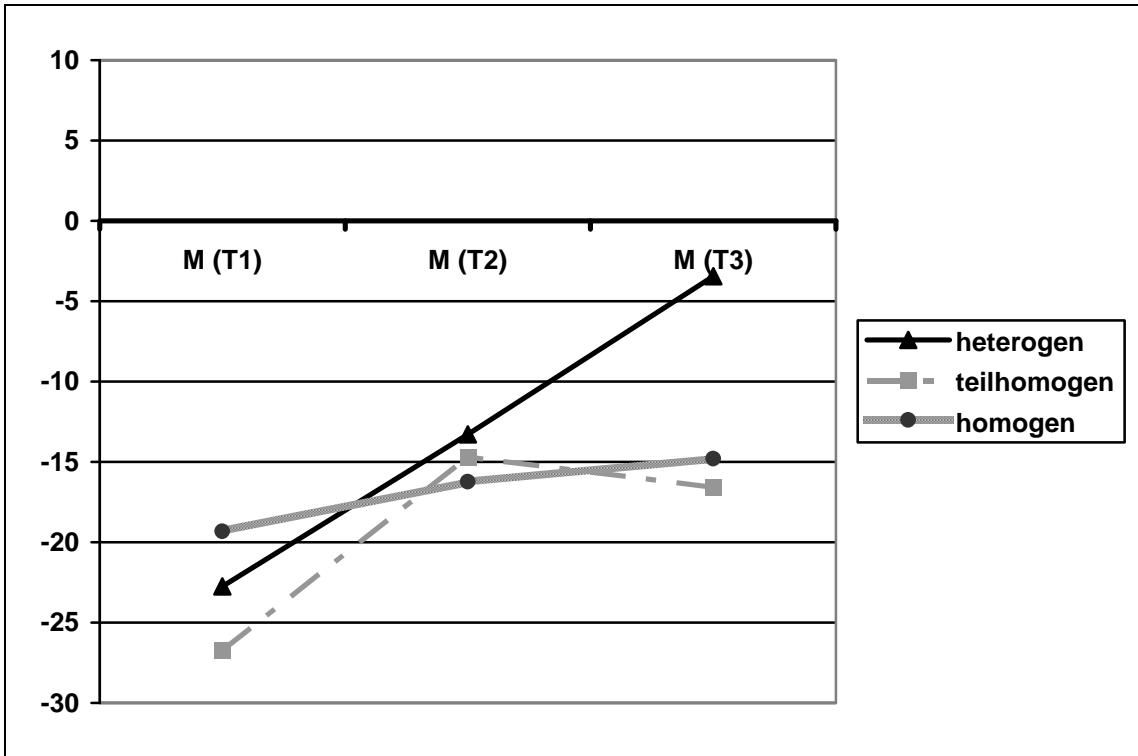


Abbildung 43: Referenzwertdifferenz Gsd. Lebensqualität nach Messpunkt und Gruppenmischung

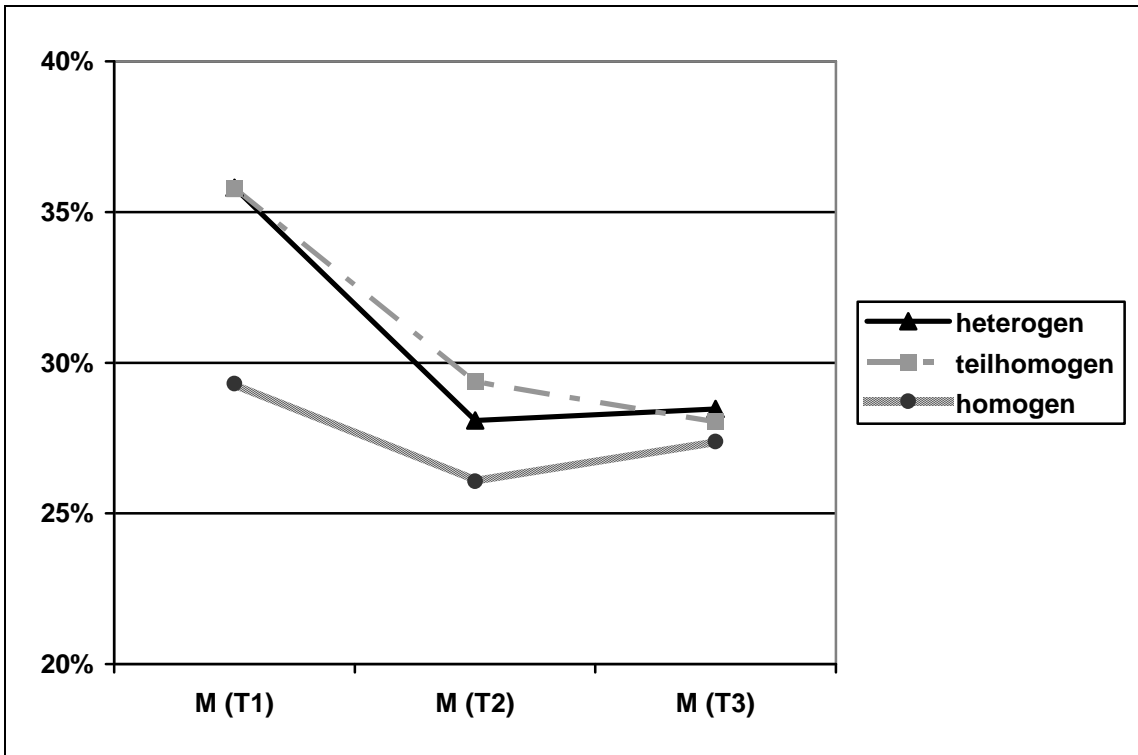


Abbildung 44: Gesundheitliche Belastungen nach Messpunkt und Gruppenmischung

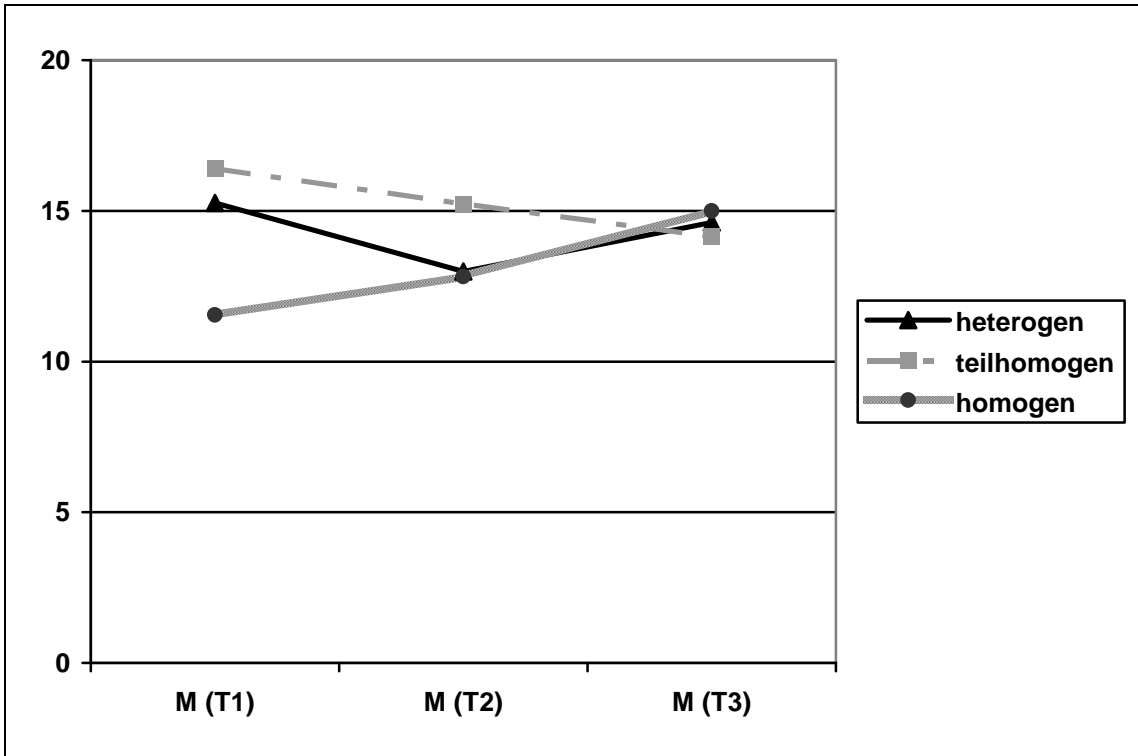


Abbildung 45: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

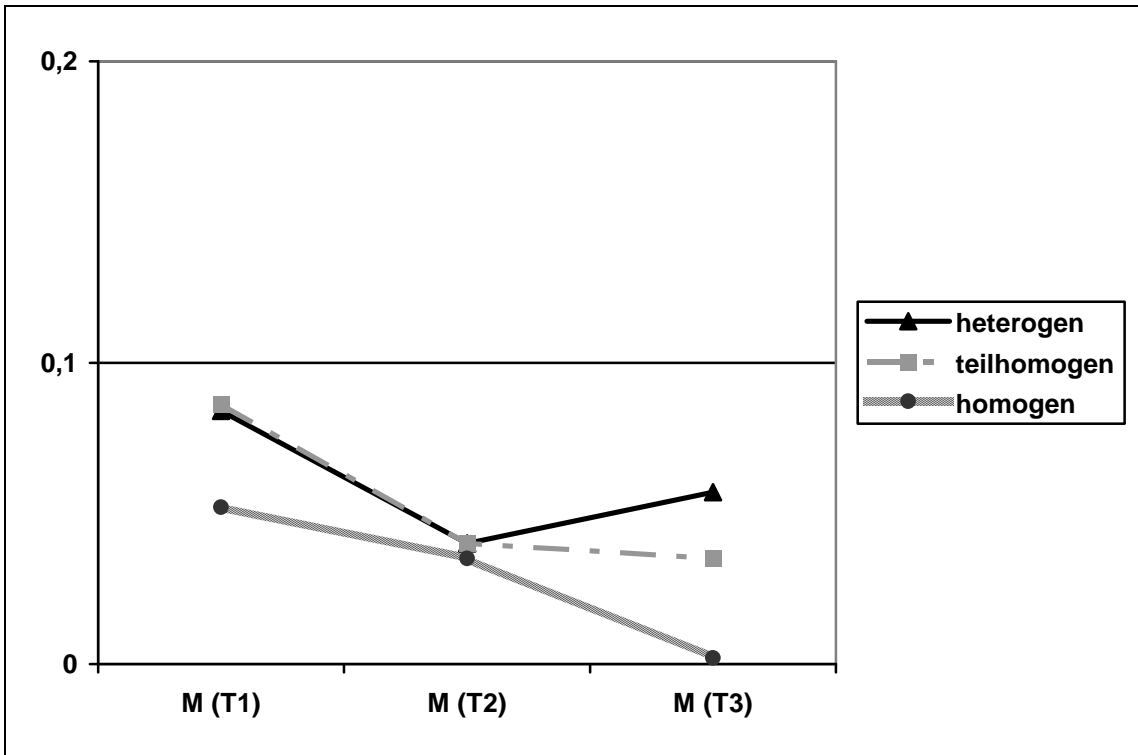


Abbildung 46: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

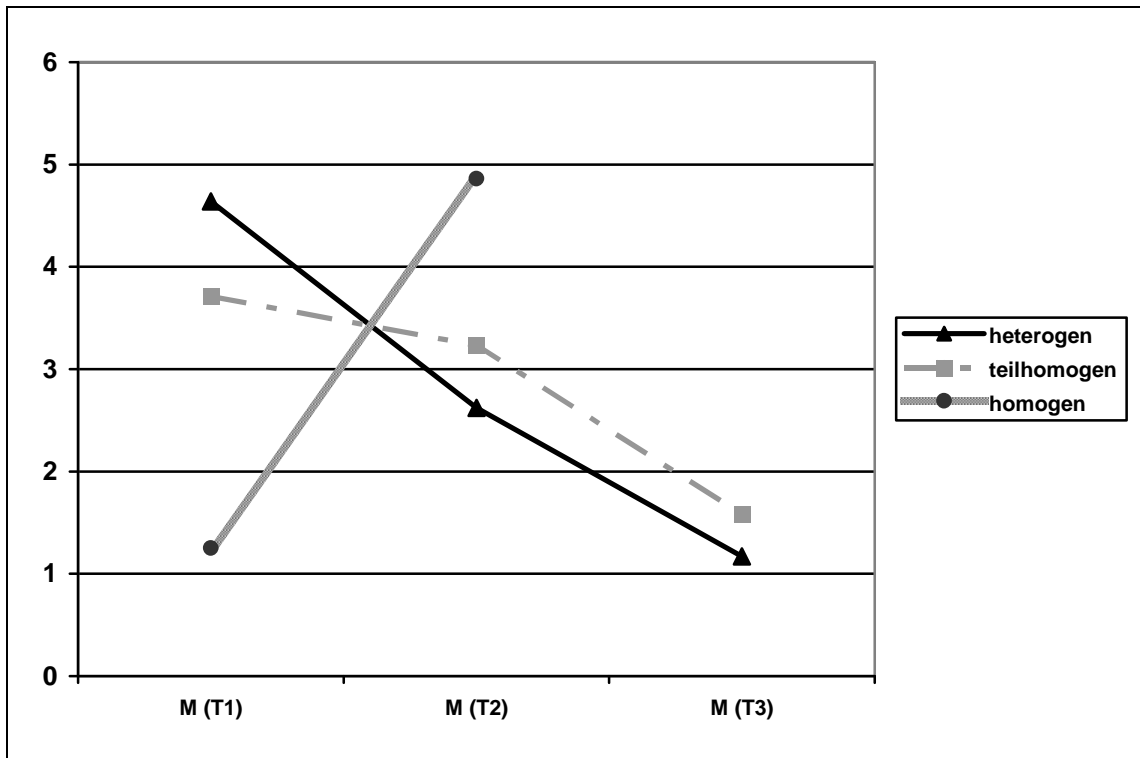


Abbildung 47: Cannabiskonsum (Gramm pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

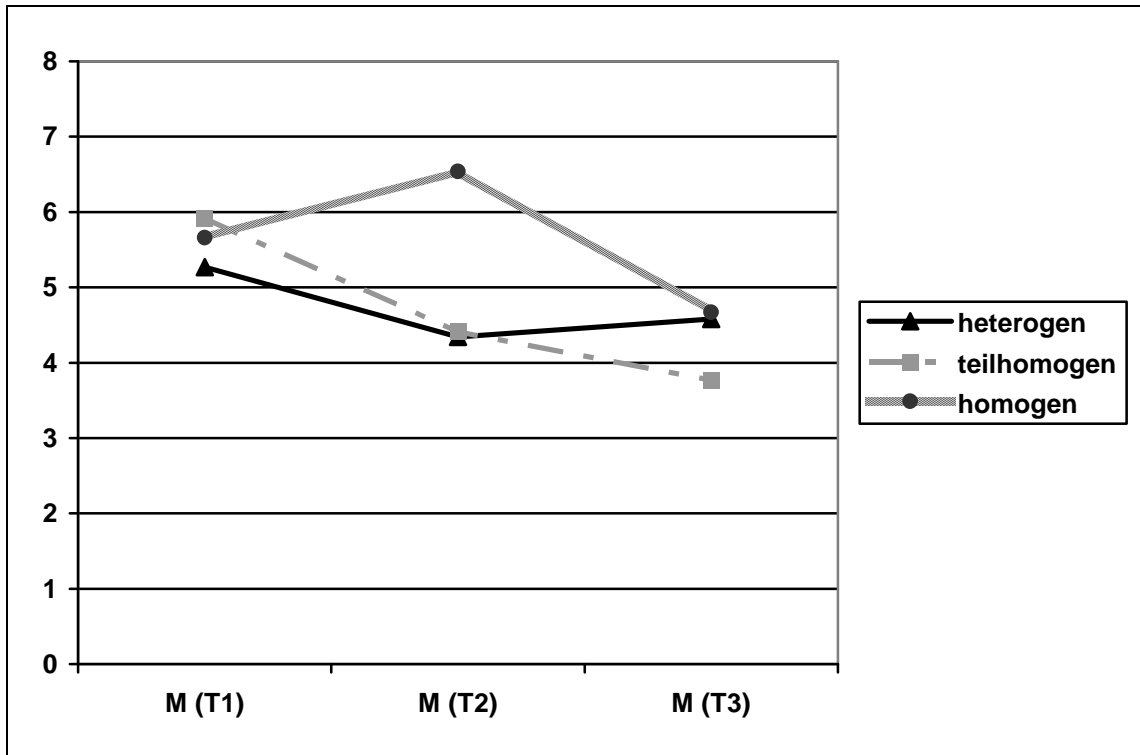


Abbildung 48: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

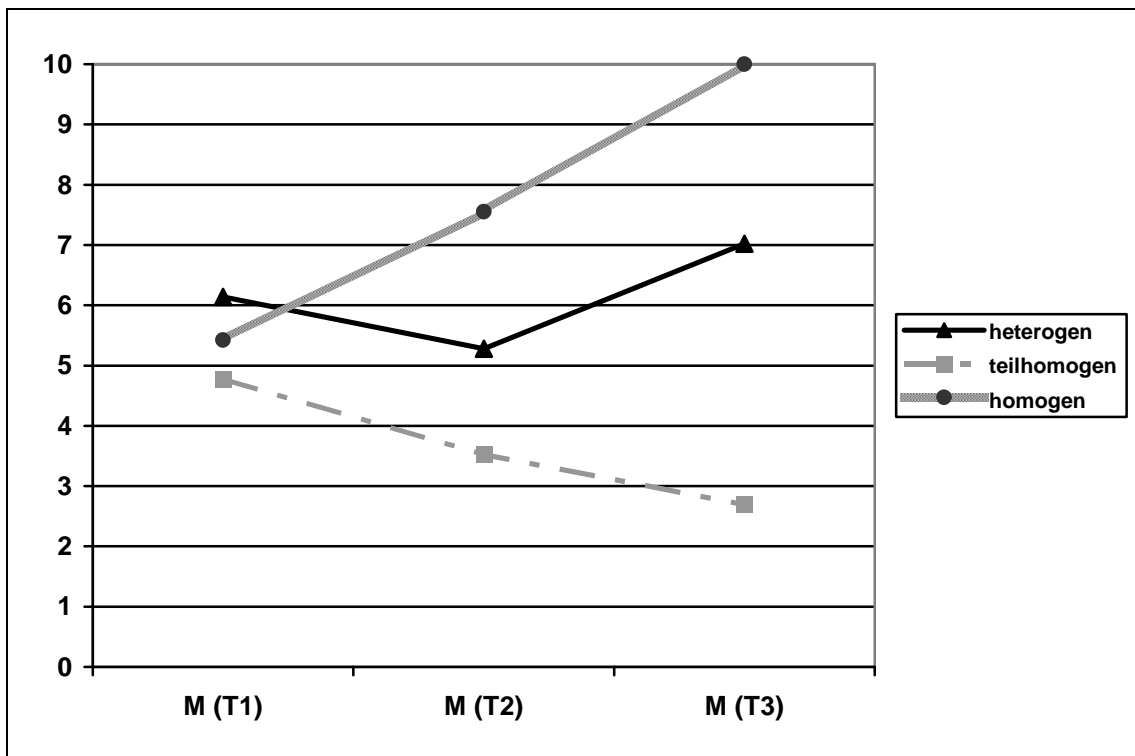


Abbildung 49: Anzahl von Essanfällen nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

17.3 Effekte in sozial unterschiedlich gemischten Gruppen (Längsschnitt)

Betrachtete man das die Gesundheitskennwerte und das Risikoverhalten der Teilnehmer/-innen nach dem Mischungsverhältnis der Gruppen im Längsschnitt über zwei Messzeitpunkte (N = 408), so konnten lediglich die signifikanten Unterschiede für die Referenzwertdifferenzen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit kleiner Effektstärke (s. Tabelle 201) repliziert werden (vgl. Kapitel 17.2). Gruppen mit einem heterogenen Mischungsverhältnis hatten signifikant mehr Essanfälle als teilhomogene Gruppen (s. Tabelle 202 und Abbildung 57).

Tabelle 201: Gesundheit und Risikoverhalten nach 2 Messpunkten und Gruppenmischung (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	26,810	,000	,064
Gruppenmischung	2	2,014	,135	,010
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	2,233	,109	,011
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Messzeitpunkt	1	26,826	,000	,067
Gruppenmischung	2	3,606	,028	,019
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	2,675	,070	,014
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	7,798	,005	,019
Gruppenmischung	2	2,844	,059	,014
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	0,145	,865	,001
Menge des Tabakkonsums				
Messzeitpunkt	1	8,316	,004	,046
Gruppenmischung	2	2,225	,111	,025
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	0,240	,787	,003
Menge des Alkoholkonsums				
Messzeitpunkt	1	33,205	,000	,171
Gruppenmischung	2	2,767	,066	,033
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	1,325	,269	,016
Menge des Cannabiskonsums				
Messzeitpunkt	1	0,723	,402	,024
Gruppenmischung	2	1,162	,327	,074
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	2,786	,078	,161
Menge des Medienkonsums				
Messzeitpunkt	1	1,229	,270	,012
Gruppenmischung	2	1,747	,179	,033
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	0,695	,501	,013
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	1	0,320	,577	,014
Gruppenmischung	2	1,269	,300	,099
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung	2	1,143	,336	,090

Tabelle 202: Gesundheit und Risikoverhalten nach 2 Messpunkten und Gruppenmischung (M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	heterogen	97	52,81	60,65
	teihomogen	231	47,91	58,63
	homogen	67	52,48	56,06

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	heterogen	94	-19,34	-12,25
	teihomogen	217	-26,00	-14,64
	homogen	67	-19,85	-15,96
Gesundheitliche Belastung	heterogen	98	32,93	28,53
	teihomogen	231	33,96	30,01
	homogen	67	28,28	25,76
Tabak – Anzahl/ Tag	heterogen	40	17,22	14,06
	teihomogen	118	16,04	13,96
	homogen	16	11,66	10,35
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	heterogen	37	,104	,037
	teihomogen	101	,100	,047
	homogen	26	,049	,028
Cannabis – Gramm/ Tag	heterogen	4	3,18	8,88
	teihomogen	27	4,95	3,04
	homogen	1	0,10	0,02
Medien – Stunden/ Tag	heterogen	28	5,56	5,29
	teihomogen	52	5,79	4,43
	homogen	25	6,94	7,26
Essen – Essanfälle/ Tag	heterogen	7	5,24	5,23
	teihomogen	12	3,98	3,51
	homogen	7	4,85	7,52

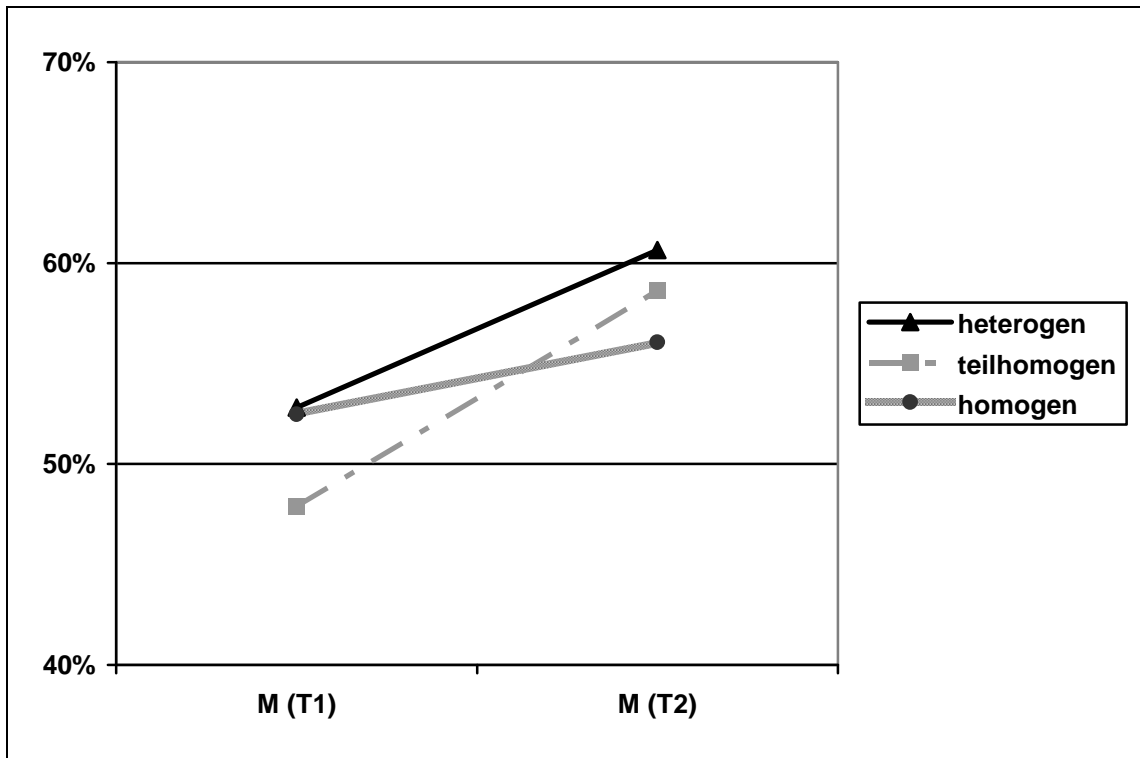


Abbildung 50: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

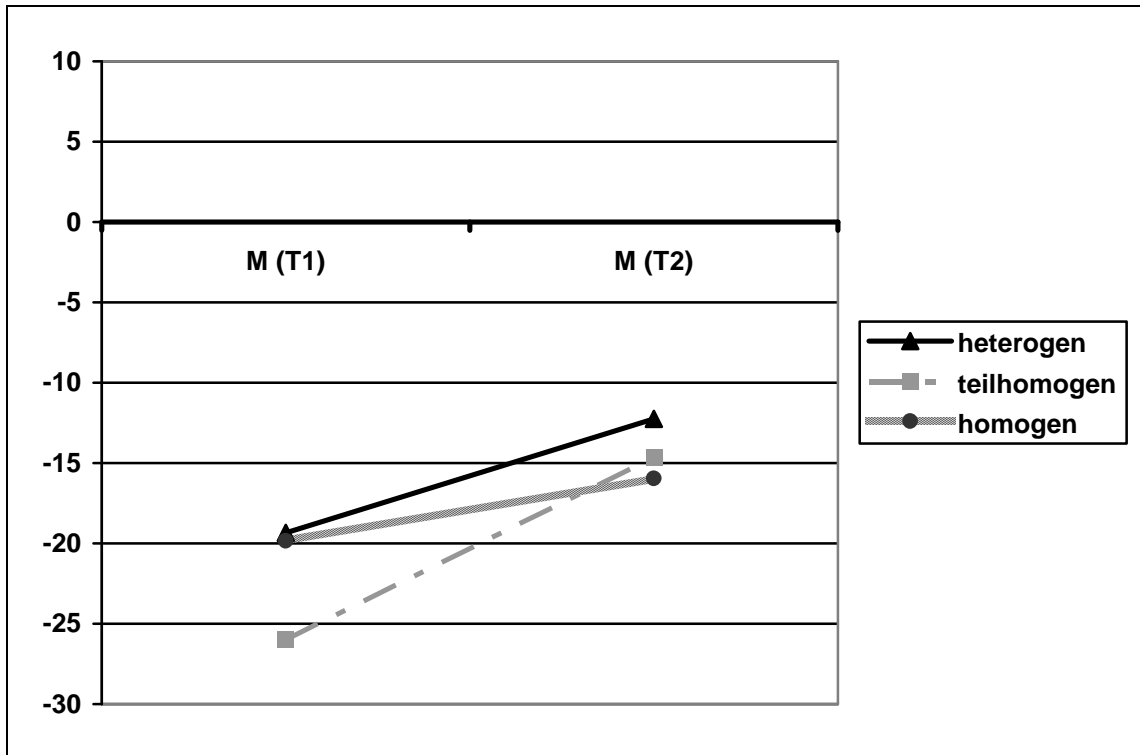


Abbildung 51: Referenzwertdifferenz Gsd. Lebensqualität nach Messpunkt und Gruppenmischung

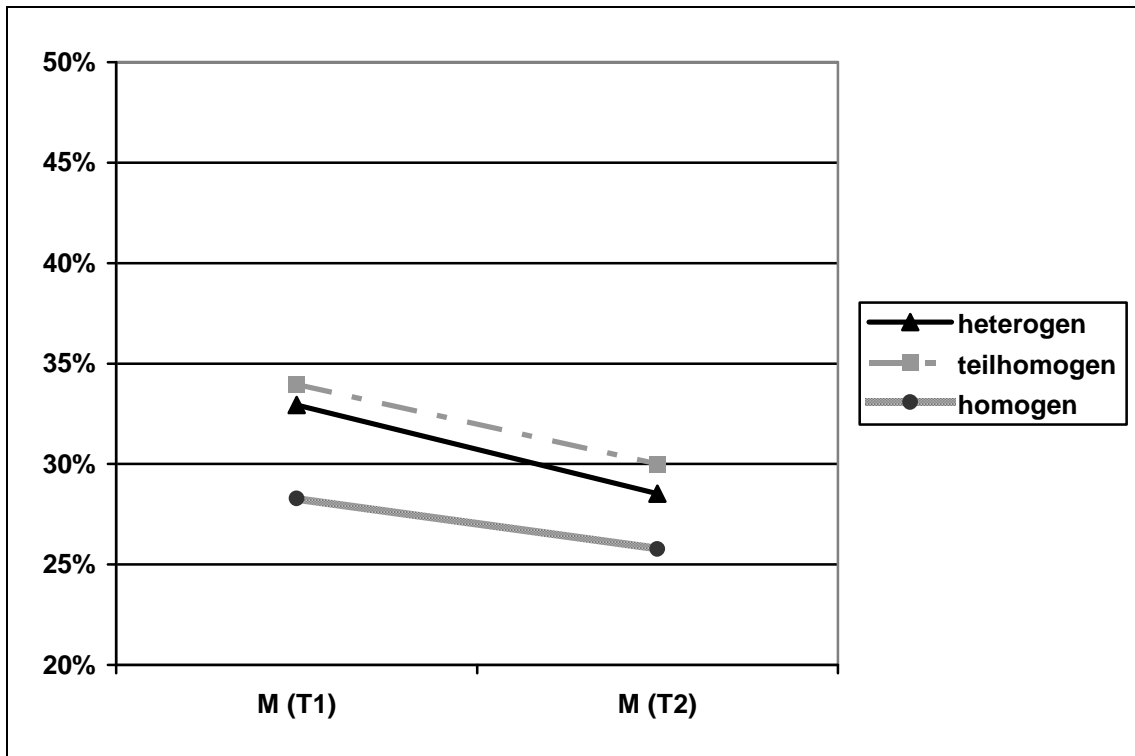


Abbildung 52: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

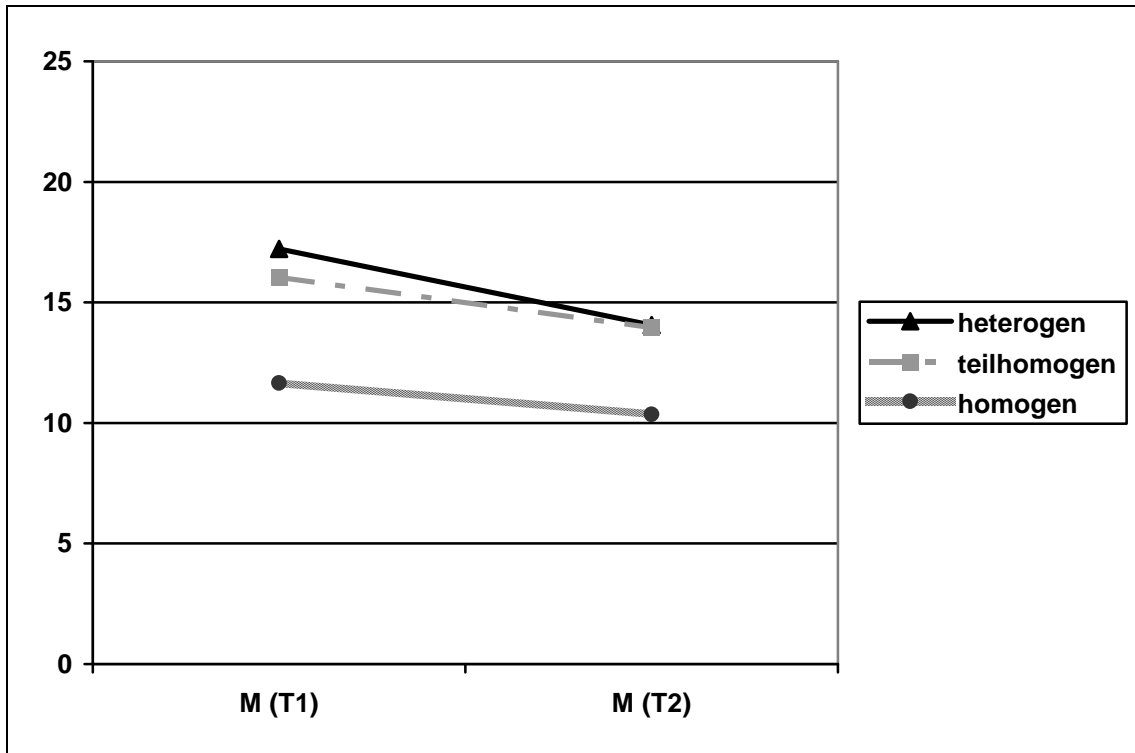


Abbildung 53: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

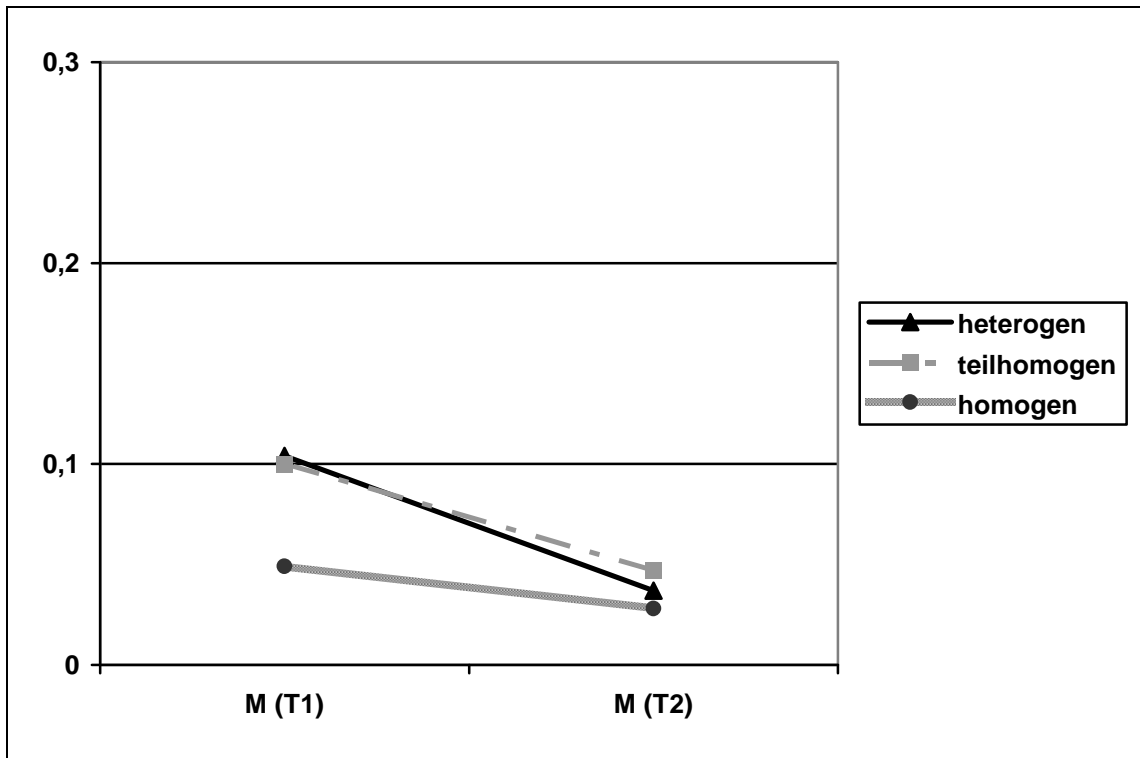


Abbildung 54: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

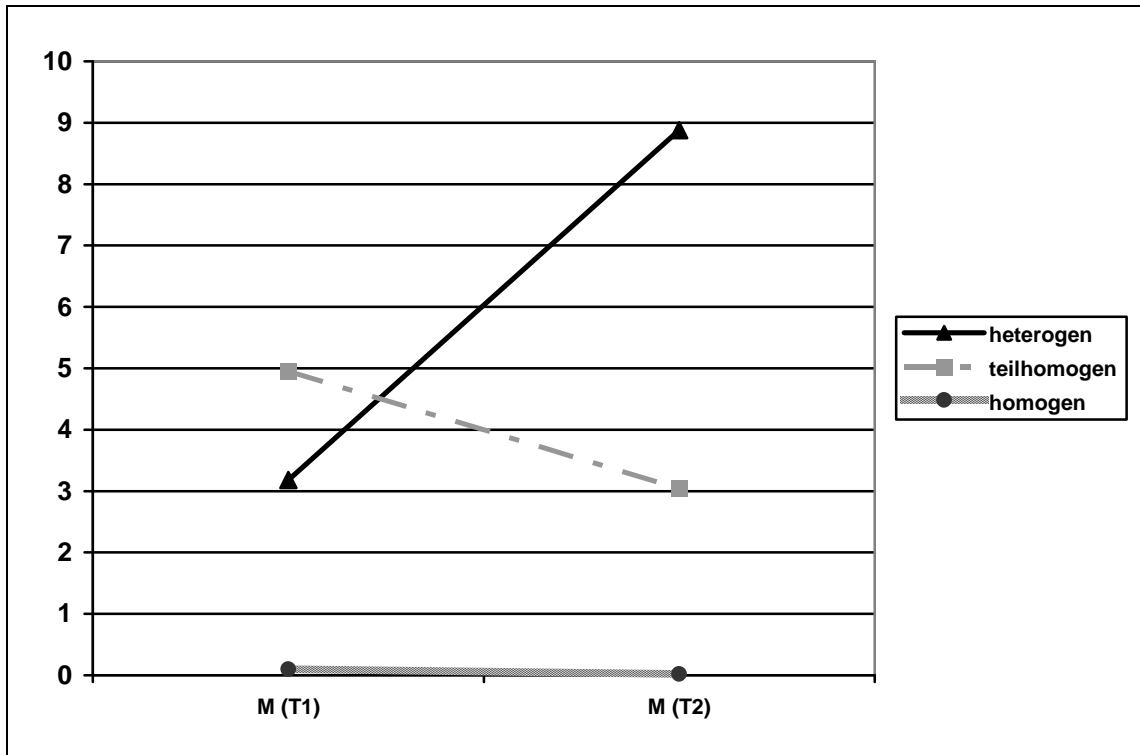


Abbildung 55: Cannabiskonsum (Gramm pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

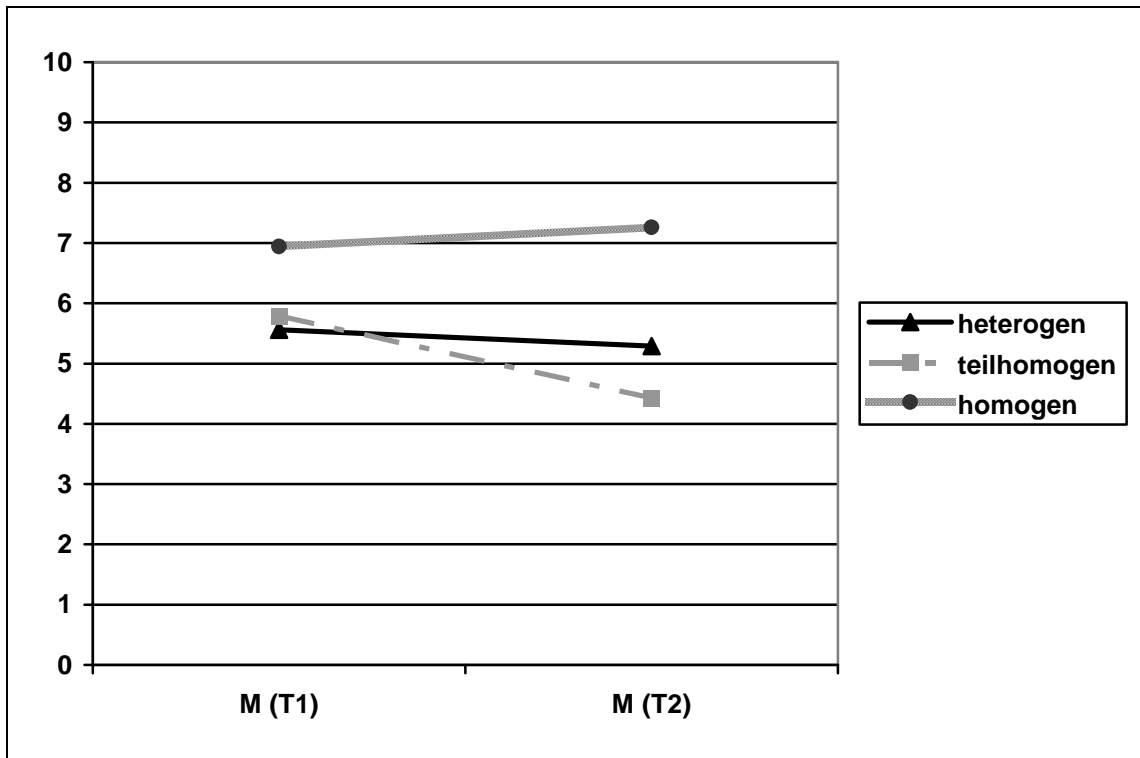


Abbildung 56: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

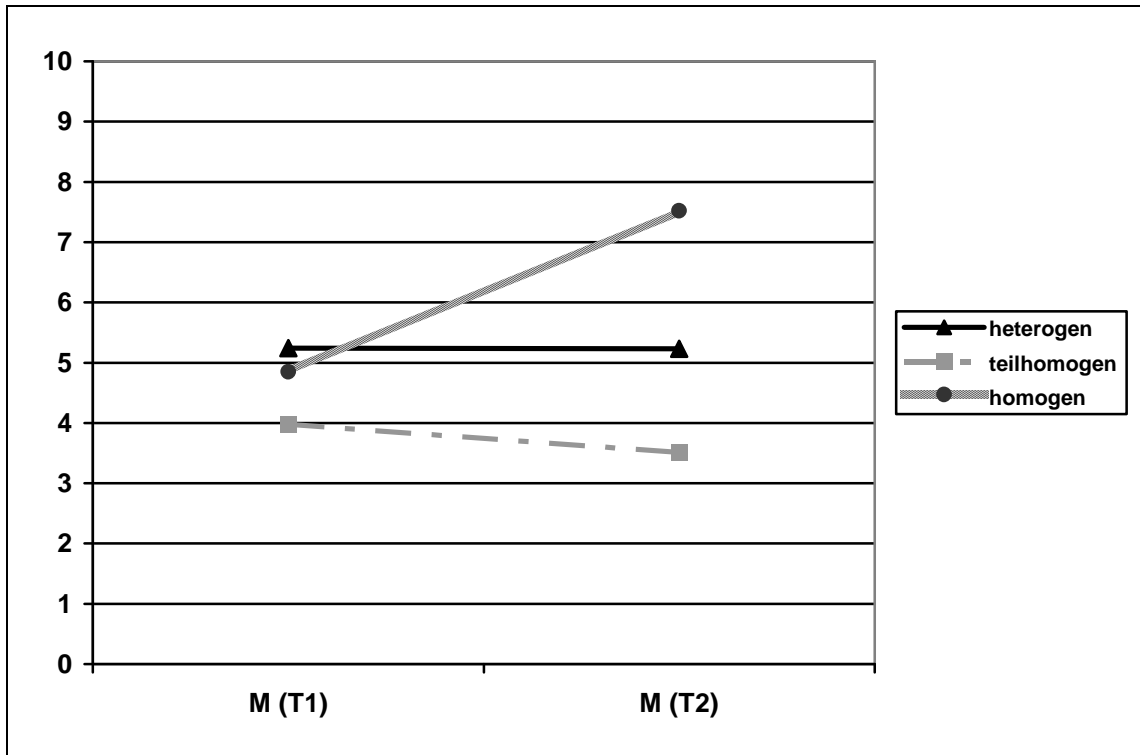


Abbildung 57: Anzahl von Essanfällen nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

18 Spezifische Wirksamkeit (Hauptrisiko) und Teilnehmermischung

18.1 Effekte auf einzelne Risiken bei verschiedenen Risikogruppen

Um die spezifische Wirksamkeit der Teilnehmer/-innen über den Trainingsverlauf für das Spezifisch Riskante Konsumverhalten abbilden zu können, wurde der Längsschnittdatensatz herangezogen. Da sich in vorangegangenen Berechnungen vorrangig signifikante Unterschiede der Eingangsbefragung zur Abschluss- und Nachbefragung fanden nicht aber zwischen Abschluss- und Nachbefragung, wird an dieser Stelle auf den Längsschnittdatensatz für die Eingangs- und Abschlussbefragung zurückgegriffen. Dies birgt den Vorteil einer größeren Stichprobe und damit einer besseren Aussagekraft.

18.1.1 Tabakkonsum

Betrachtete man die Gesundheitskennwerte und den Tabakkonsum der Teilnehmer/-innen nachdem diese entweder der Gruppe der Spezifisch Riskanten Tabakkonsumenten zugeordnet werden konnten oder nicht (vgl. Kapitel 3), so ergaben sich für die Gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die Referenzwertdifferenzen dieser signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke in der Wechselwirkung des Spezifisch Riskanten Tabakkonsums über den Zeitverlauf von SKOLL (s. Tabelle 203). Betrachtet man die Mittelwerte, so fällt auf, dass die Spezifisch Riskante Tabakkonsumenten zur Eingangsbefragung von SKOLL eine geringe Lebensqualität angaben, diese jedoch über den Kursverlauf deutlicher steigern konnten als die nicht Spezifisch Riskanten Tabakkonsumenten (s. Tabelle 204 und Abbildung 58). Ein ähnliches Bild zeigte sich für die Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (s. Tabelle 204 und Abbildung 59). Hinsichtlich der gesundheitlichen Belastungen fanden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke nach Spezifisch Riskantem Tabakkonsum (s. Tabelle 203), dahingehend, dass Spezifische Tabakkonsumenten signifikant belasteter waren (s. Tabelle 204 und Abbildung 60).

Auch für die Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag fanden sich signifikante Unterschiede großer Effektstärke, sowohl hinsichtlich des Spezifisch Riskanten Konsums, dahingehend, dass Spezifisch Riskante Tabakkonsumenten – wie zu erwarten war – deutlich mehr Zigaretten rauchten als Nicht Spezifisch Riskante. Interessant hingegen ist die signifikante Wechselwirkung großer Effektstärke, die zeigt, dass Spezifisch Riskante Tabakkonsumenten über den Kursverlauf von SKOLL die Anzahl gerauchter Zigaretten deutlich verringerte, während Nicht Spezifisch Riskante Tabakkonsumenten sogar etwas mehr Zigaretten rauchten (s. Tabelle 204 und Abbildung 61).

Tabelle 203: Gesundheit und Risikoverhalten, 2 Messpunkte, bei Tabakkonsum (spezifisch riskant; VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
--------------------	----	---	---	------------------

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	60,278	,000	,130
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,193	,661	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	8,531	,004	,021
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	58,855	,000	,132
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,740	,390	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	7,453	,007	,019
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	14,024	,000	,033
Spezifisch Riskanter Konsum	1	7,211	,008	,017
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	1,099	,295	,003
Menge des Tabakkonsums				
Messzeitpunkt	1	17,949	,000	,094
Spezifisch Riskanter Konsum	1	126,147	,000	,423
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	33,891	,000	,165

Tabelle 204: Gesundheit und Risikoverhalten, 2 Messpunkte, und Tabakkonsum (spezifisch riskant, M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	307	51,11	58,00
	spezifisch	99	46,23	61,42
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	294	-21,92	-14,74
	spezifisch	95	-27,31	-12,21
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	308	31,52	27,96
	spezifisch	99	37,51	31,18
Tabak – Anzahl/ Tag	nicht spezifisch	104	10,08	11,24
	spezifisch	70	24,57	17,25

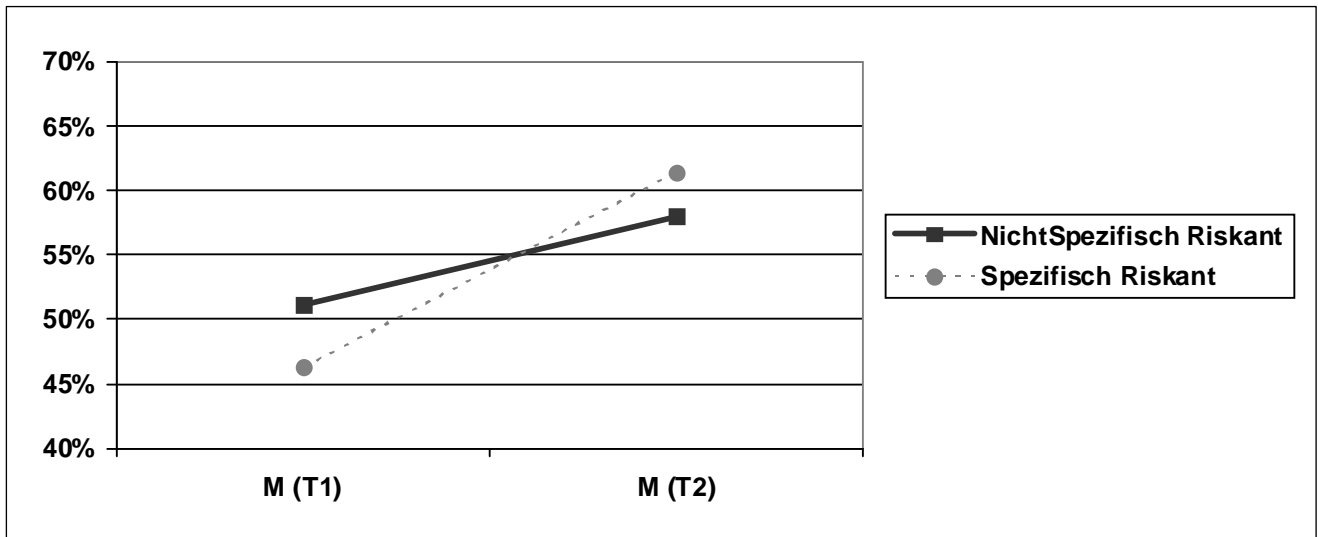


Abbildung 58: Gesd. Lebensqualität nach Messpunkt und Tabakkonsum (spezifisch riskant)

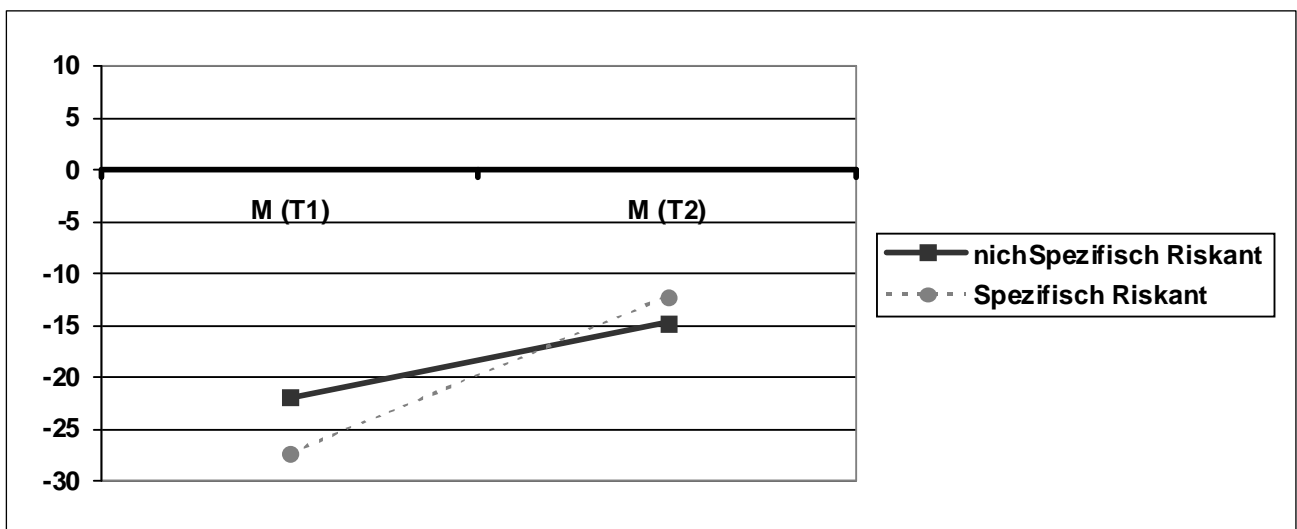


Abbildung 59: Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogener Lebensqualität nach Messpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum

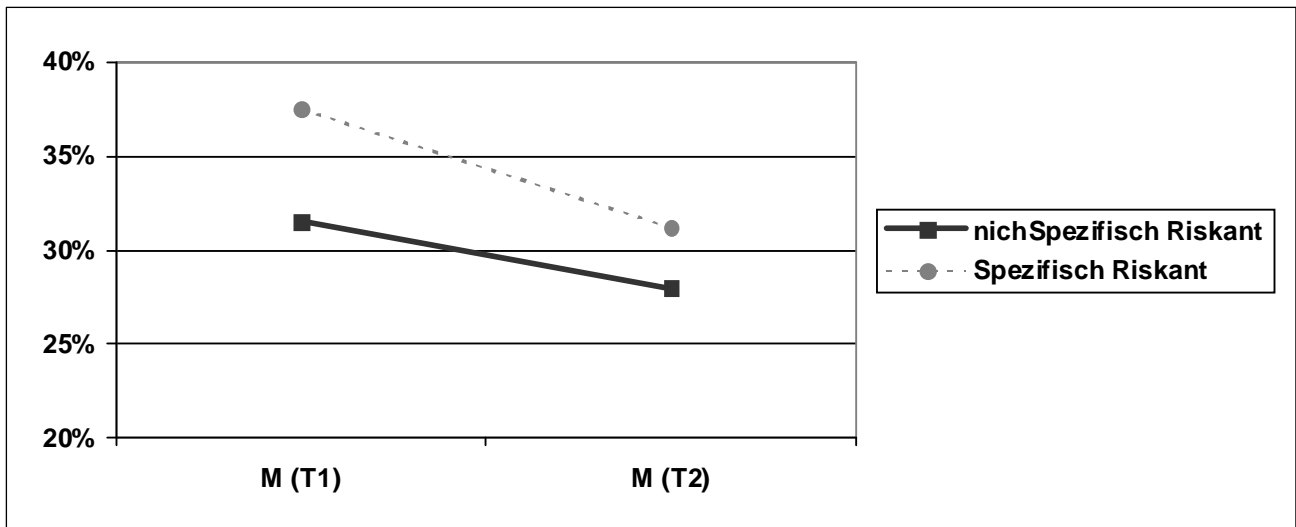


Abbildung 60: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum

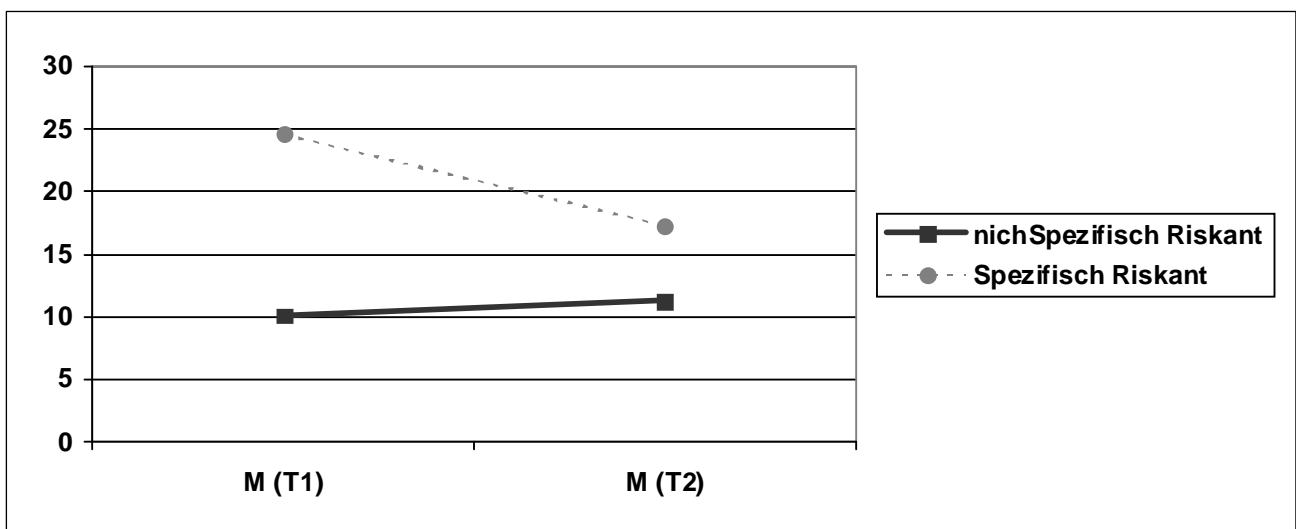


Abbildung 61: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum

Die über die 2 Messzeitpunkte gefundenen Effekte (s.o.) konnten sich nicht im kleineren Längsschnittdatensatz über 3 Messzeitpunkte (N = 163) replizieren lassen. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Nicht Spezifisch und Spezifisch Riskante Tabakkonsumenten. Ebenso fanden sich auch keine signifikanten Wechselwirkungen (s. Tabelle 205).

Tabelle 205: Gesundheitskennwerte nach 3 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	9,092	,000	,053
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,083	,773	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,651	,522	,004
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	6,784	,001	,047
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,079	,779	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,792	,454	,006
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	5,002	,007	,030
Spezifisch Riskanter Konsum	1	2,024	,157	,012
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,345	,709	,002
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	5,002	,007	,030
Spezifisch Riskanter Konsum	1	2,024	,157	,012
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,345	,709	,002

Tabelle 206: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum (M)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	125	52,23	59,12	57,92
	spezifisch	38	48,42	59,74	58,91
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	107	-20,30	-12,47	-16,00
	spezifisch	32	-23,98	-13,94	-13,21
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	125	32,10	27,78	26,82
	spezifisch	38	35,77	32,98	28,79
Tabakkonsum – Anzahl/ Tag	nicht spezifisch	31	10,87	13,11	12,56
	spezifisch	21	25,24	17,93	14,05

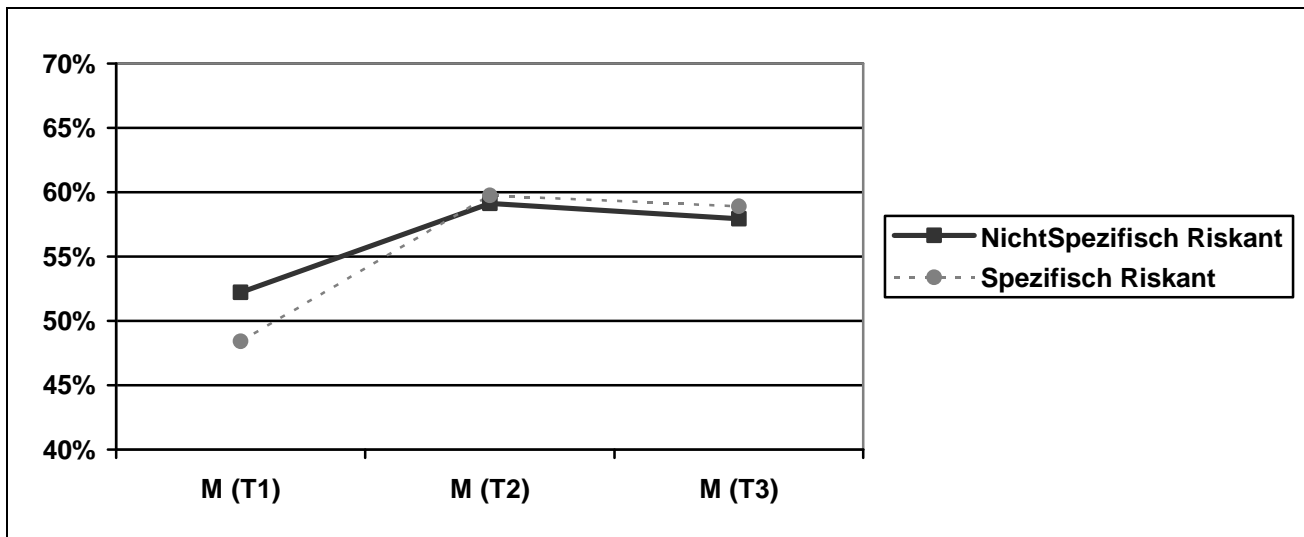


Abbildung 62: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum

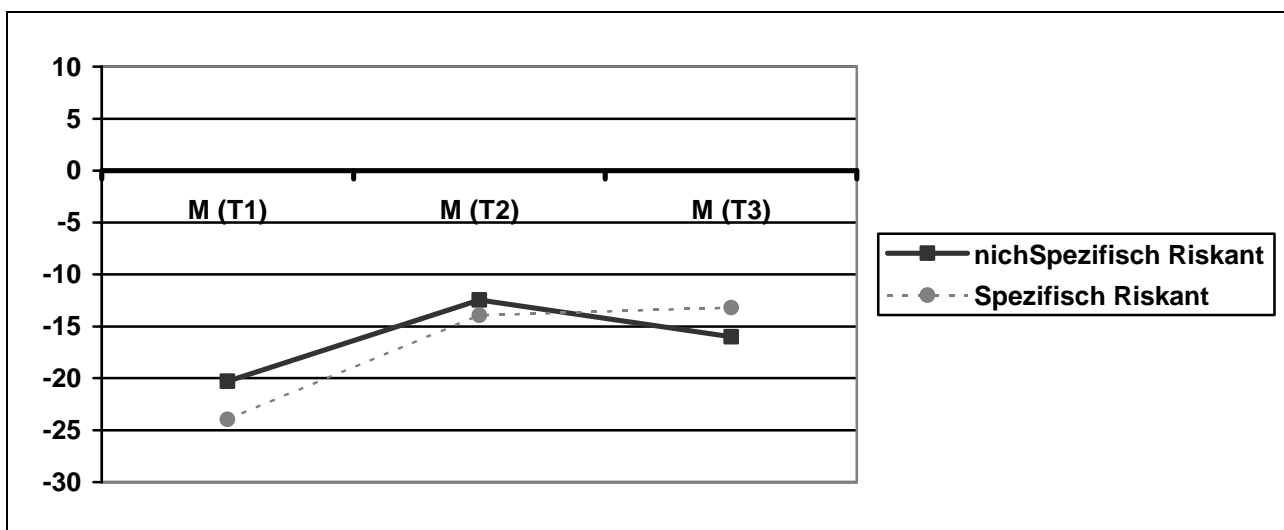


Abbildung 63: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum

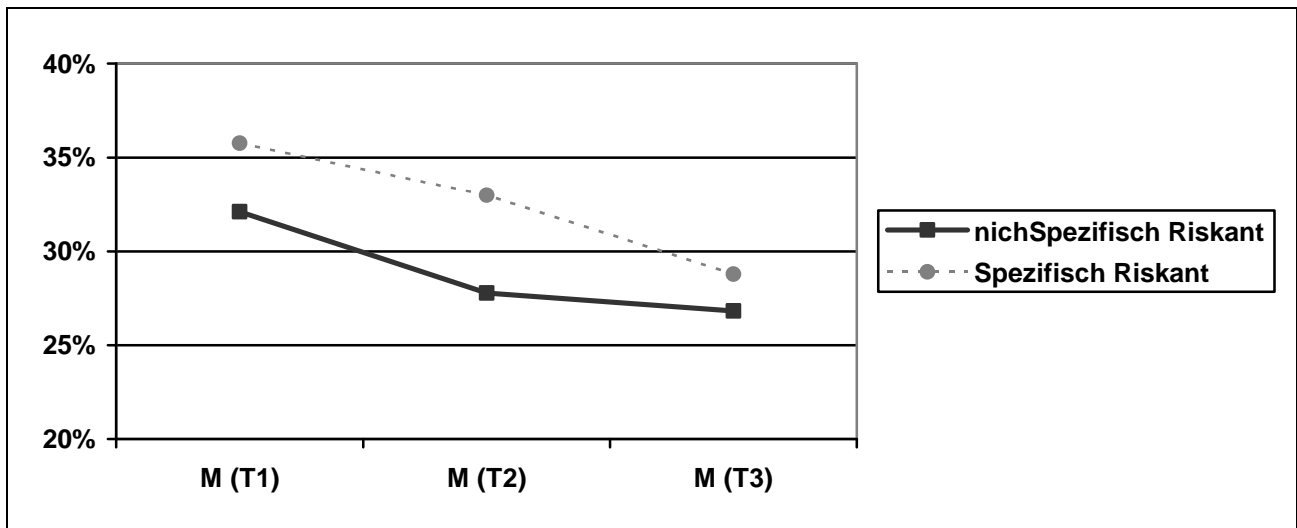


Abbildung 64: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum

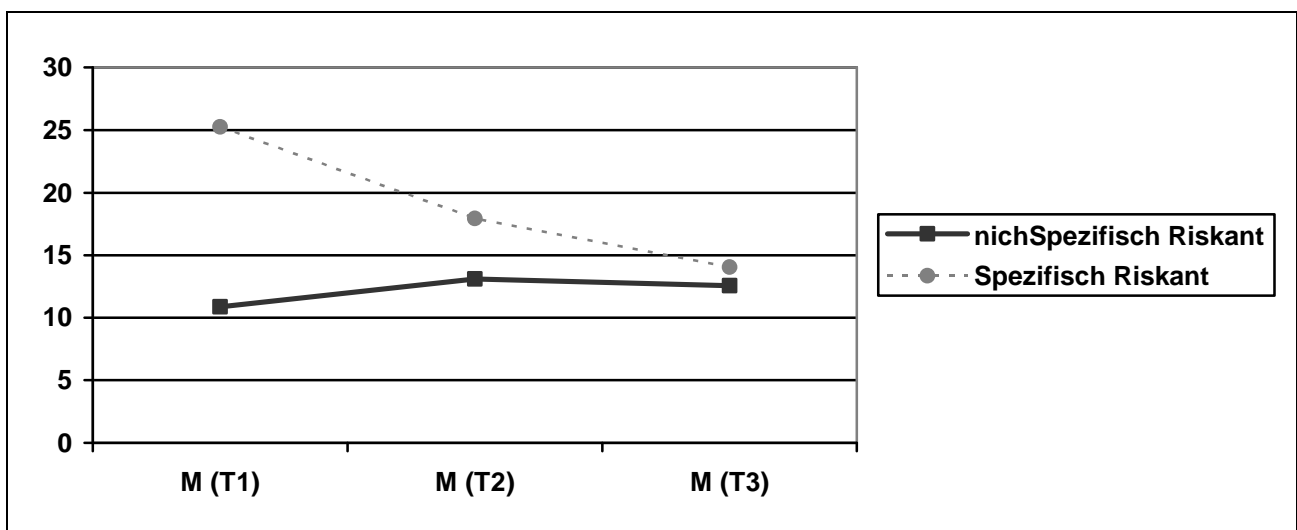


Abbildung 65: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Tabakkonsum

18.1.2 Alkoholkonsum

Hinsichtlich eines Spezifischen Alkoholkonsums fanden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für die Wechselwirkung von Messzeitpunkt und Gesundheitlichen Belastungen (s. Tabelle 207). Spezifisch Riskante Alkoholkonsumenten waren zur Eingangsbefragung belasteter, reduzierten ihre Gesundheitlichen Beschwerden über den Kursverlauf von SKOLL jedoch deutlich im Vergleich zu Nicht Spezifisch Riskanten Alkoholkonsumenten (s. Tabelle 208 und Abbildung 68). Ferner fand sich signifikante Unterschiede großer Effektstärke für die Menge des (reinen) Alkoholkonsums sowohl zwischen der Gruppe der Spezifisch und Nicht Spezifisch Riskanten Alko-

holkonsumenten als auch in der Wechselwirkung mit dem Messzeitpunkt (s. Tabelle 207). Wie angenommen tranken die Spezifisch Riskanten Teilnehmer/-innen signifikant mehr Alkohol. Während der Alkoholkonsum in der Gruppe der Nicht Spezifisch Riskanten jedoch etwa gleich blieb, reduzierten die Spezifisch Riskanten Alkoholkonsumenten die Menge des reinen Alkohols deutlich (s. Tabelle 208 und Abbildung 69).

Tabelle 207: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	37,553	,000	,085
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,336	,562	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	1,193	,275	,003
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	35,006	,000	,083
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,415	,520	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,599	,440	,002
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	20,551	,000	,048
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,593	,442	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	6,720	,010	,016
Menge des Alkoholkonsums				
Messzeitpunkt	1	105,108	,000	,388
Spezifisch Riskanter Konsum	1	209,950	,000	,558
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	88,334	,000	,347

Tabelle 208: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum (M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	338	50,41	58,71
	spezifisch	68	47,50	59,41
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	324	-22,81	-14,13
	spezifisch	65	-25,35	-14,06

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	339	32,07	29,14
	spezifisch	68	37,51	26,76
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	nicht spezifisch	114	,036	,029
	spezifisch	54	,218	,066

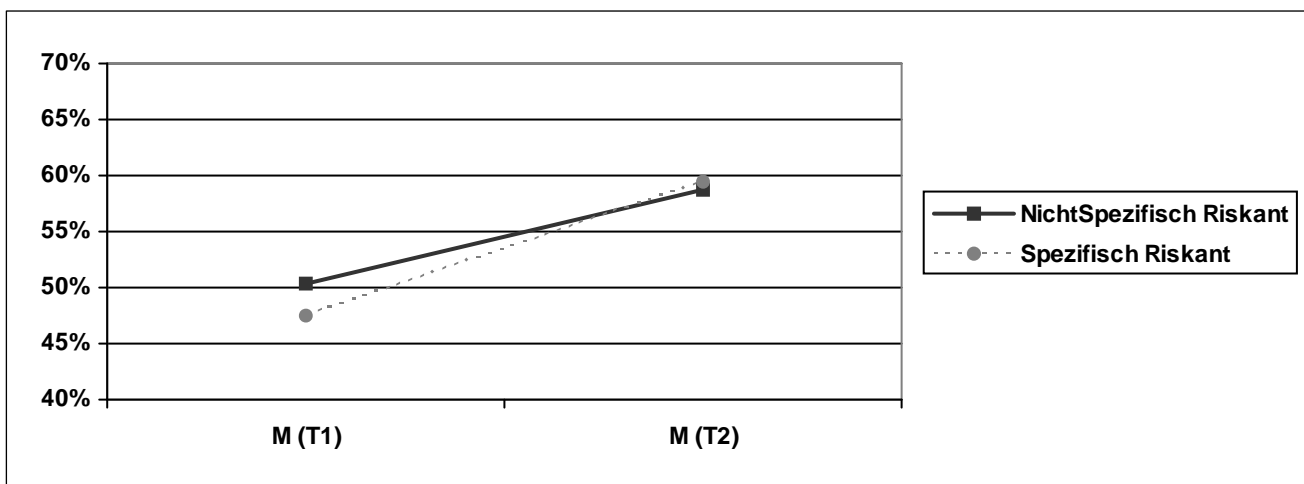


Abbildung 66: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

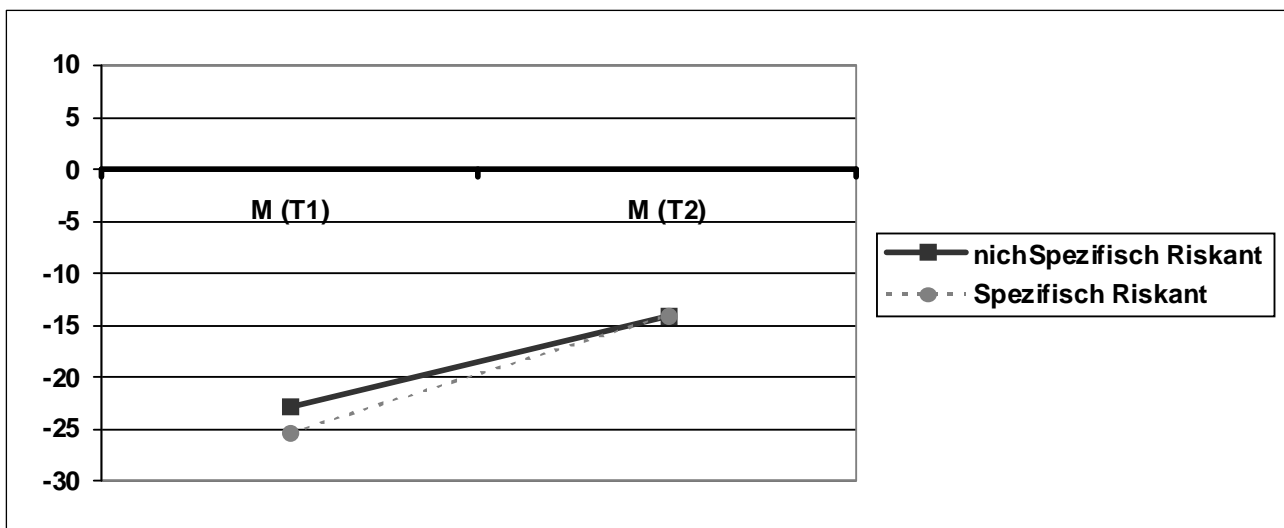


Abbildung 67: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

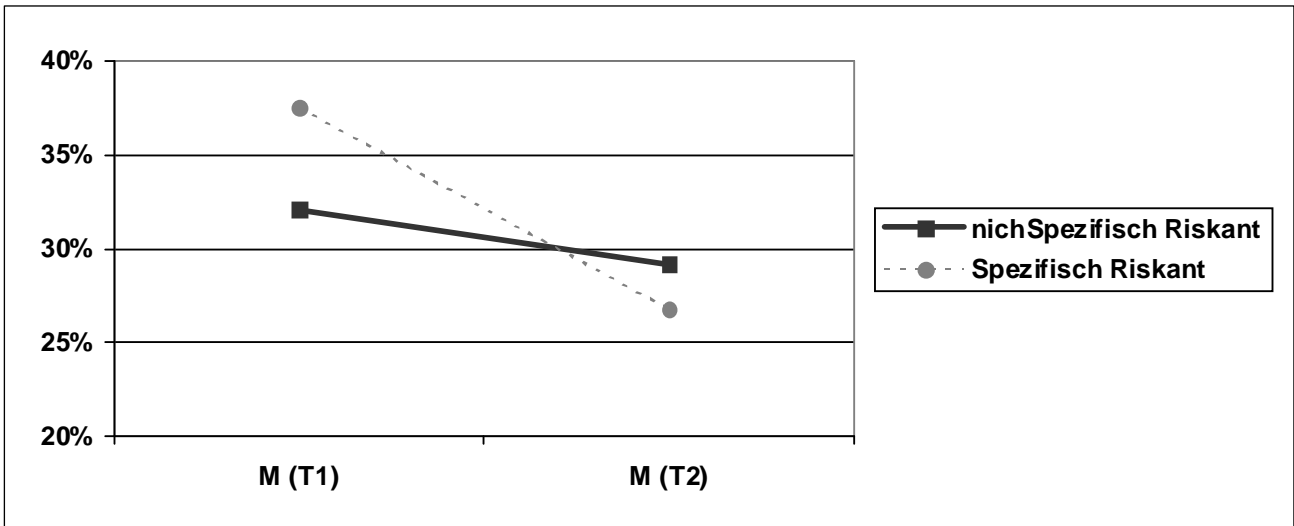


Abbildung 68: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

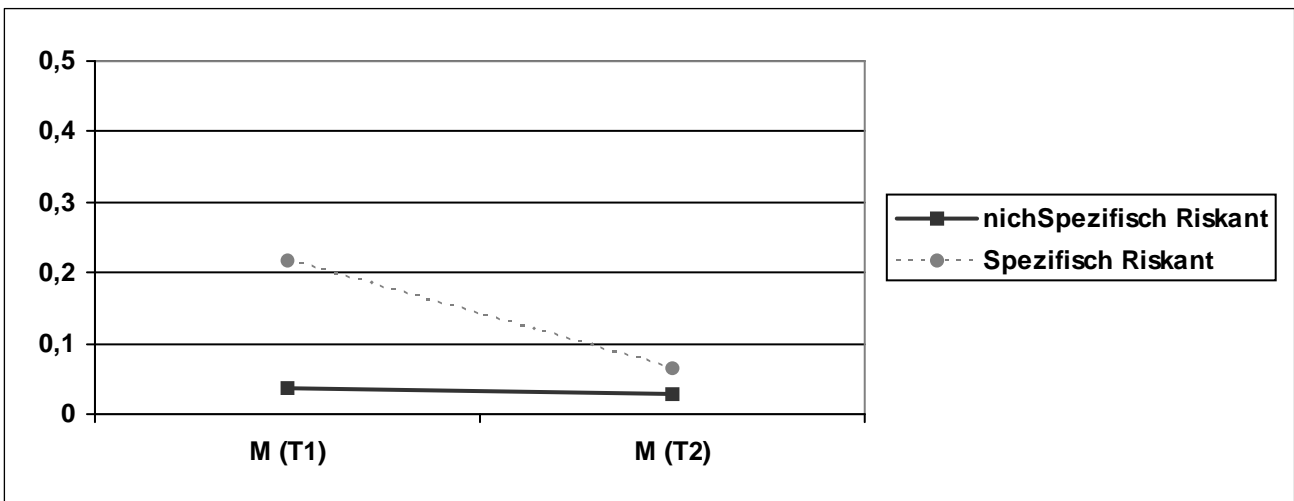


Abbildung 69: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

Die über die 2 Messzeitpunkte gefundenen Effekte (s.o.) konnten sich im kleineren Längsschnittdatensatz über 3 Messzeitpunkte (N = 163) lediglich für den Alkoholkonsum, nicht aber für die Gesundheitlichen Belastungen repliziert werden. Die gefundenen signifikanten Unterschiede waren von großer Effektstärke (s. Tabelle 209).

Tabelle 209: Gesundheitskennwerte nach 3 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
--------------------	----	---	---	------------------

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	7,203	,001	,043
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,456	,501	,003
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,873	,419	,005
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	5,265	,006	,037
Spezifisch Riskanter Konsum	1	1,070	,303	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,728	,484	,005
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	5,985	,003	,036
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,201	,654	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	1,526	,219	,009
Alkoholkonsum				
Messzeitpunkt	2	76,492	,000	,614
Spezifisch Riskanter Konsum	1	109,351	,000	,695
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	58,669	,000	,550

Tabelle 210: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum (M)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	144	51,62	58,64	57,71
	spezifisch	19	49,26	64,00	61,47
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	126	-21,07	-13,57	-15,84
	spezifisch	13	-21,89	-5,46	-10,63
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	144	32,56	29,62	27,58
	spezifisch	19	35,95	24,27	25,01
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	nicht spezifisch	41	0,033	0,022	0,021
	spezifisch	9	0,232	0,046	0,085

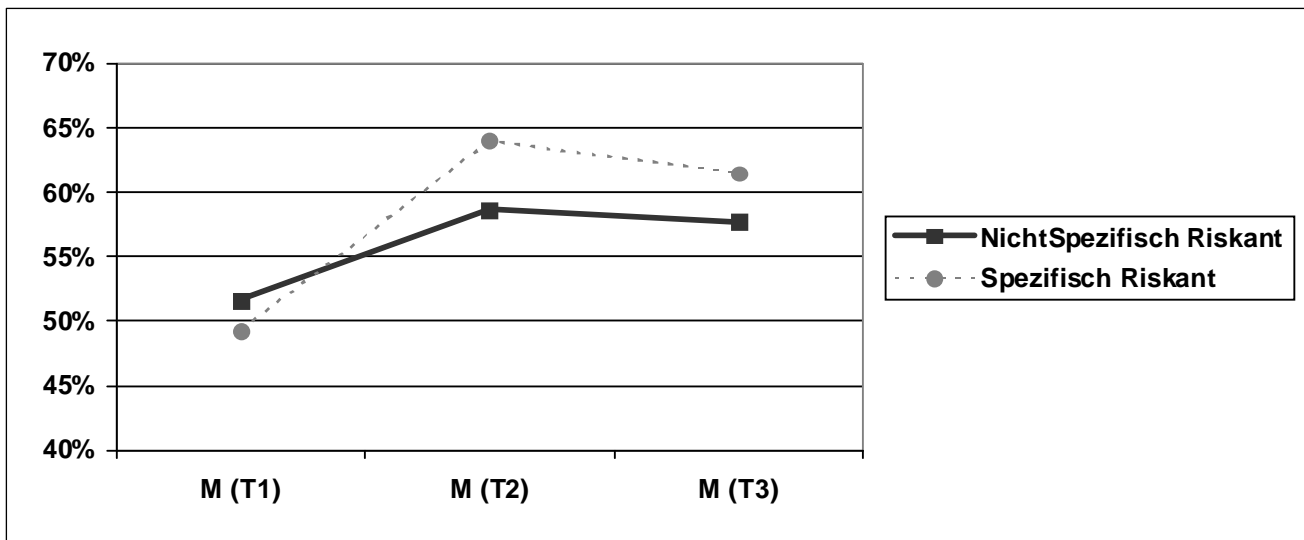


Abbildung 70: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

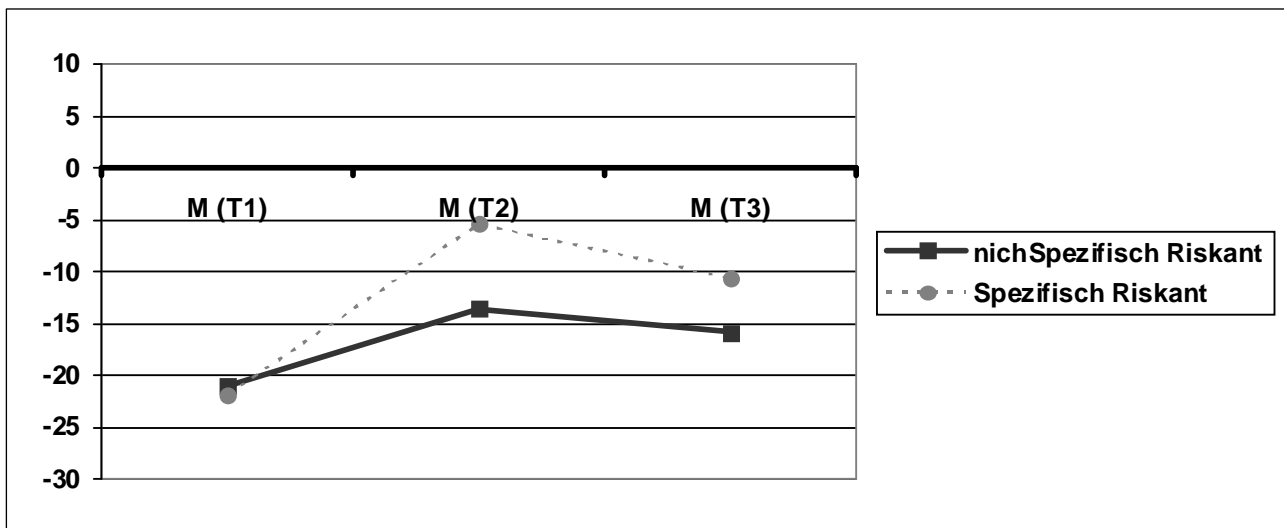


Abbildung 71: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

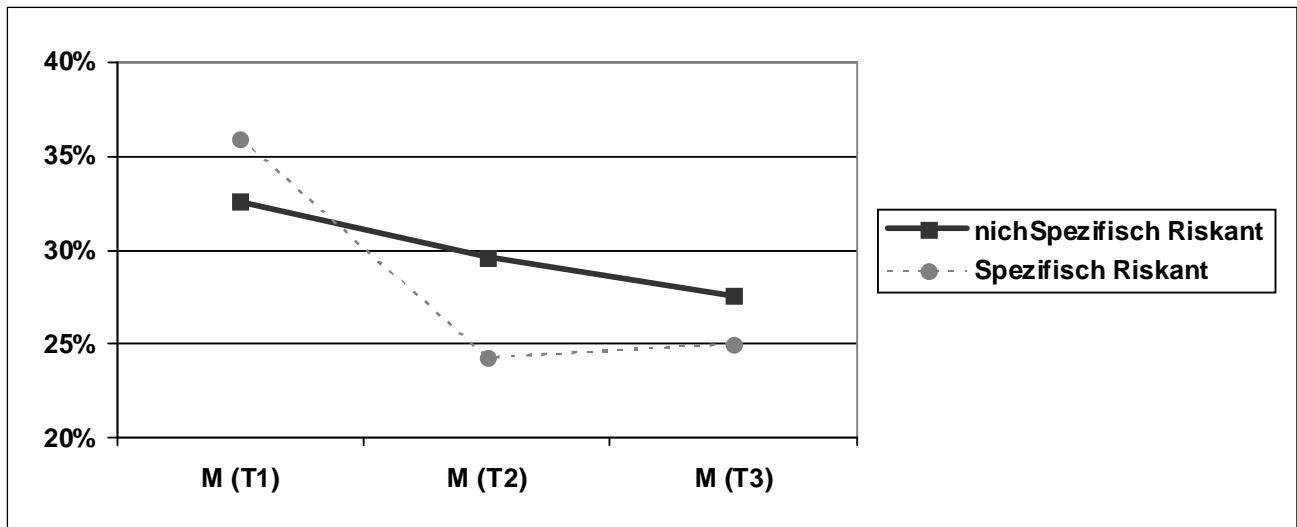


Abbildung 72: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

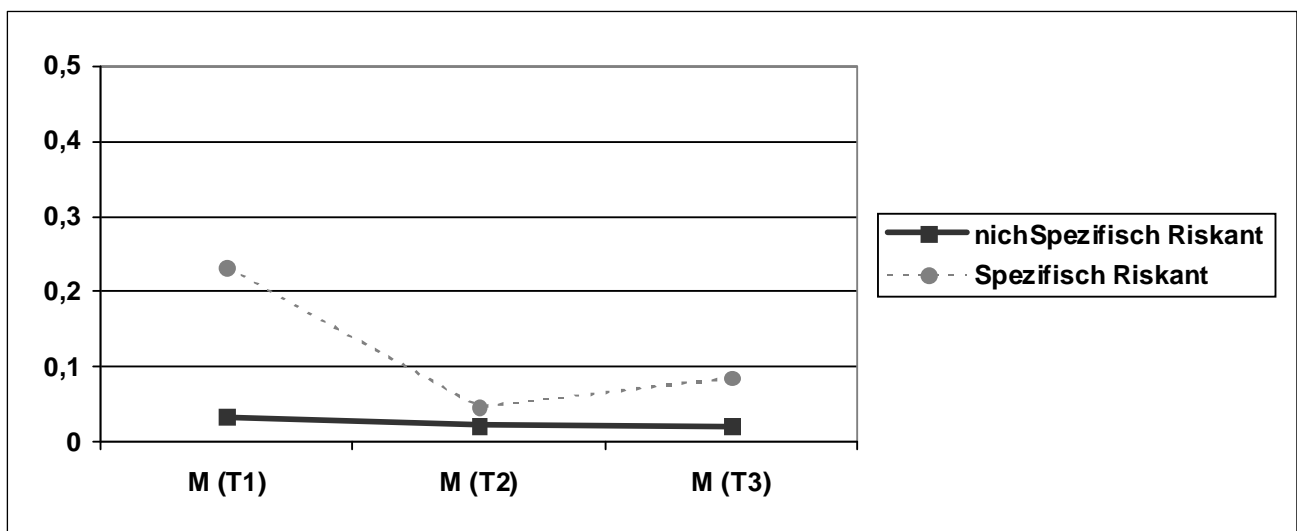


Abbildung 73: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Alkoholkonsum

18.1.3 Cannabiskonsum

Bei der Betrachtung des Spezifischen Cannabiskonsums fanden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für die Wechselwirkung von Messzeitpunkt und Gesundheitlichen Belastungen (s. Tabelle 211). Spezifisch Riskante Cannabiskonsumenten waren zur Eingangsbefragung belasteter, reduzierten ihre Gesundheitlichen Beschwerden über den Kursverlauf von SKOLL jedoch deutlich im Vergleich zu Nicht Spezifisch Riskanten Cannabiskonsumenten (s. Tabelle 212 und Abbildung 76). Ferner fand sich signifikante Unterschiede großer Effektstärke für die Grammmenge an konsumierten Cannabis sowohl zwischen der Gruppe der Spezifisch und Nicht Spezifisch Riskanten

Cannabiskonsumenten als auch in der Wechselwirkung mit dem Messzeitpunkt (s. Tabelle 211). Wie angenommen rauchten die Spezifisch Riskanten Teilnehmer/-innen signifikant mehr Cannabis. Während der Cannabiskonsum in der Gruppe der Nicht Spezifisch Riskanten Konsumenten sich leicht erhöhte, reduzierten die Spezifisch Riskanten Cannabiskonsumenten die Menge an Cannabis hingegen deutlich (s. Tabelle 212 und Abbildung 77).

Tabelle 211: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	18,061	,000	,043
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,045	,832	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	,465	,496	,001
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	19,374	,000	,048
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,638	,425	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,702	,403	,002
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	13,644	,000	,033
Spezifisch Riskanter Konsum	1	1,089	,297	,003
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	4,330	,038	,011
Menge des Cannabiskonsum				
Messzeitpunkt	1	3,427	,074	,103
Spezifisch Riskanter Konsum	1	27,181	,000	,475
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	13,699	,001	,313

Tabelle 212: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum (M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	378	49,99	58,68
	spezifisch	28	48,93	60,93
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	362	-22,94	-14,11
	spezifisch	27	-27,26	-14,28

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	379	32,45	28,85
	spezifisch	28	40,15	27,27
Cannabis – Gramm/ Tag	nicht spezifisch	20	1,27	3,08
	spezifisch	12	10,08	4,65

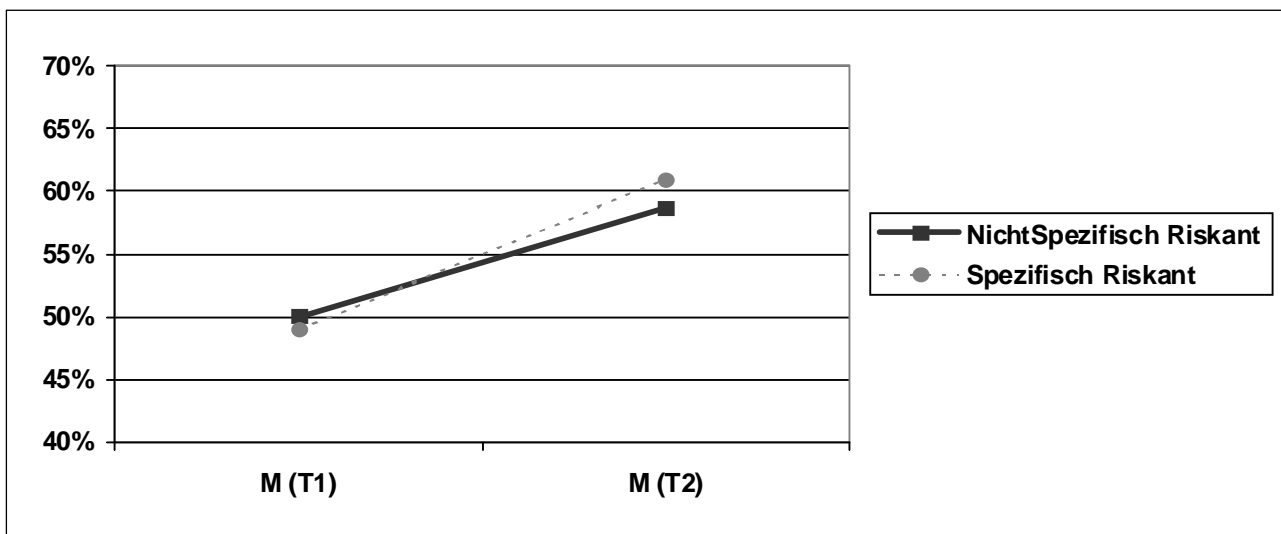


Abbildung 74: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum

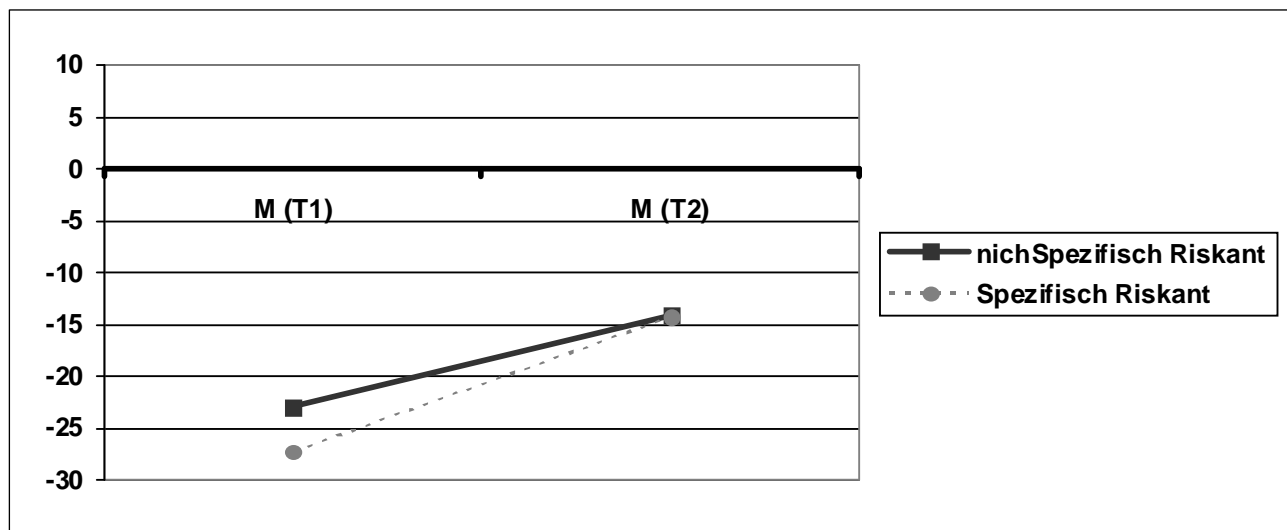


Abbildung 75: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum

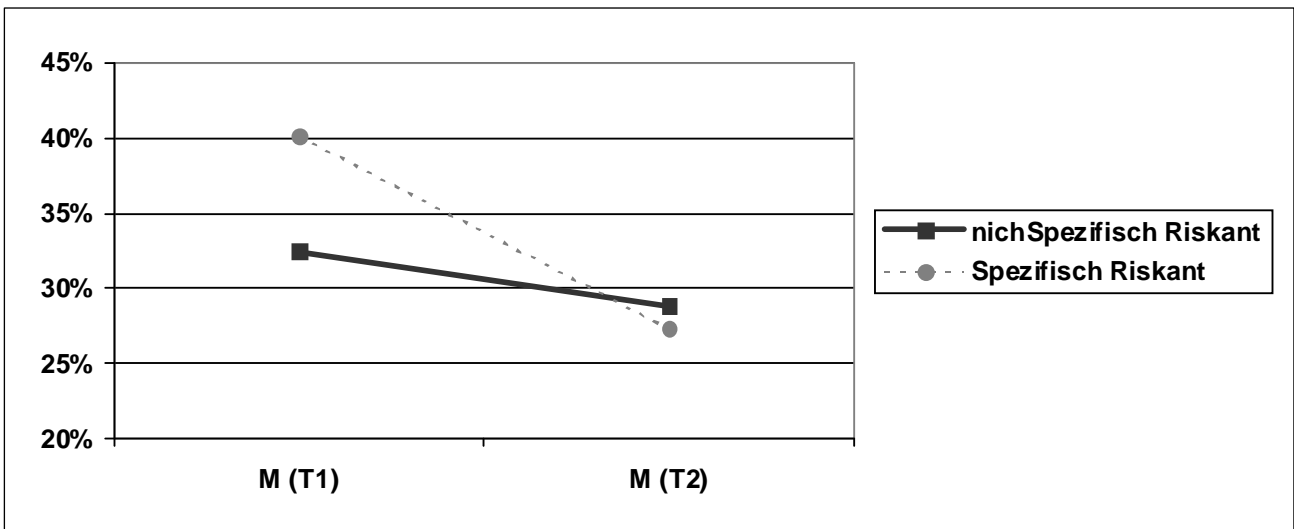


Abbildung 76: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum

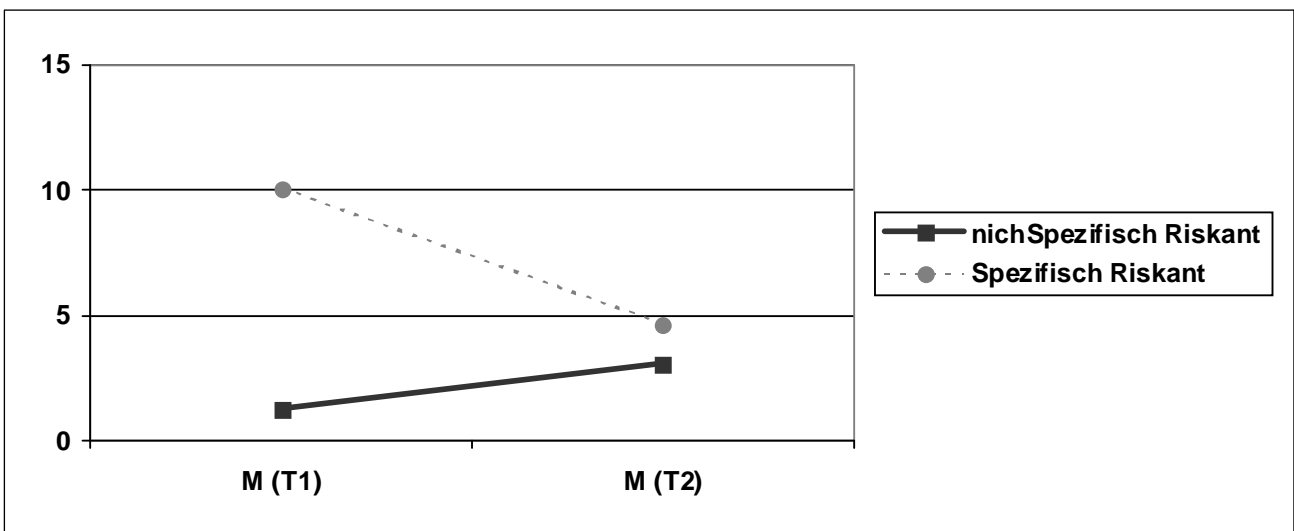


Abbildung 77: Cannabiskonsum (Gramm pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum

Der über die 2 Messzeitpunkte gefundene Effekt zu den Gesundheitlichen Belastungen (s.o.) konnte sich nicht im kleineren Längsschnittdatensatz über 3 Messzeitpunkte (N = 163) repliziert werden. Es fanden sich keine signifikanten Wechselwirkungen (s. Tabelle 213).

Tabelle 213: Gesundheitskennwerte nach 3 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
--------------------	----	---	---	------------------

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	02	0,731	,482	,005
Spezifisch Riskanter Konsum	1	1,360	,245	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,206	,814	,001
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	0,888	,413	,006
Spezifisch Riskanter Konsum	1	2,144	,145	,015
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,012	,988	,000
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	3,963	,020	,024
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,046	,834	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	1,646	,195	,010

Tabelle 214: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum (M)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	159	51,48	59,41	58,47
	spezifisch	4	46,00	53,50	45,67
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	135	-20,86	-12,54	-15,03
	spezifisch	4	-30,95	-21,81	-26,36
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	159	32,65	29,06	27,41
	spezifisch	4	45,13	26,39	22,08

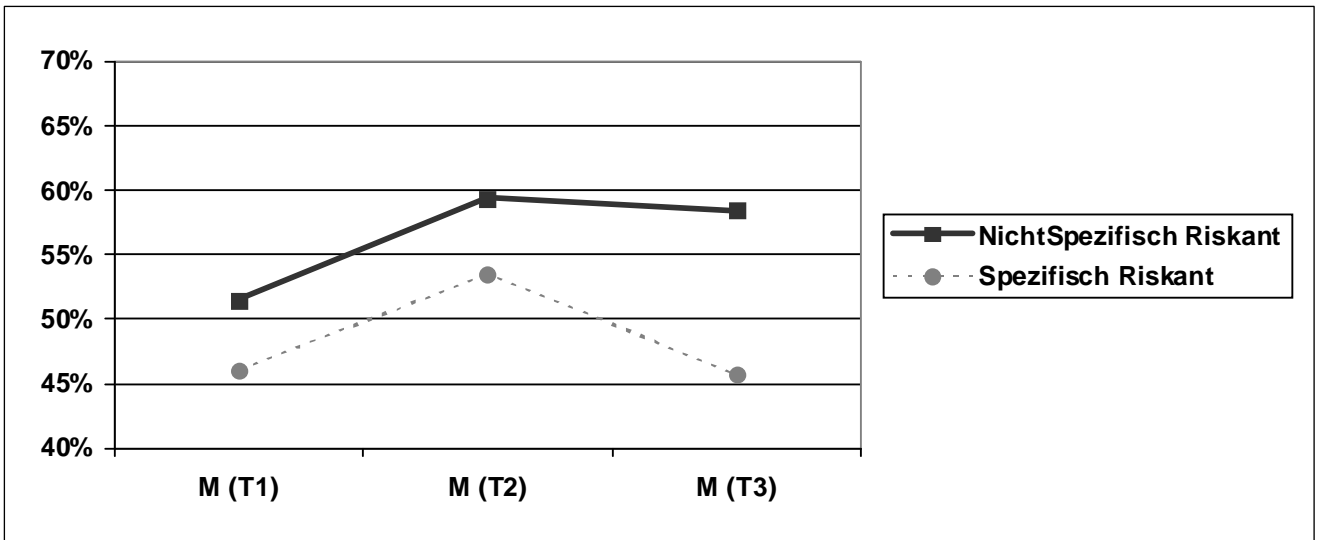


Abbildung 78: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum

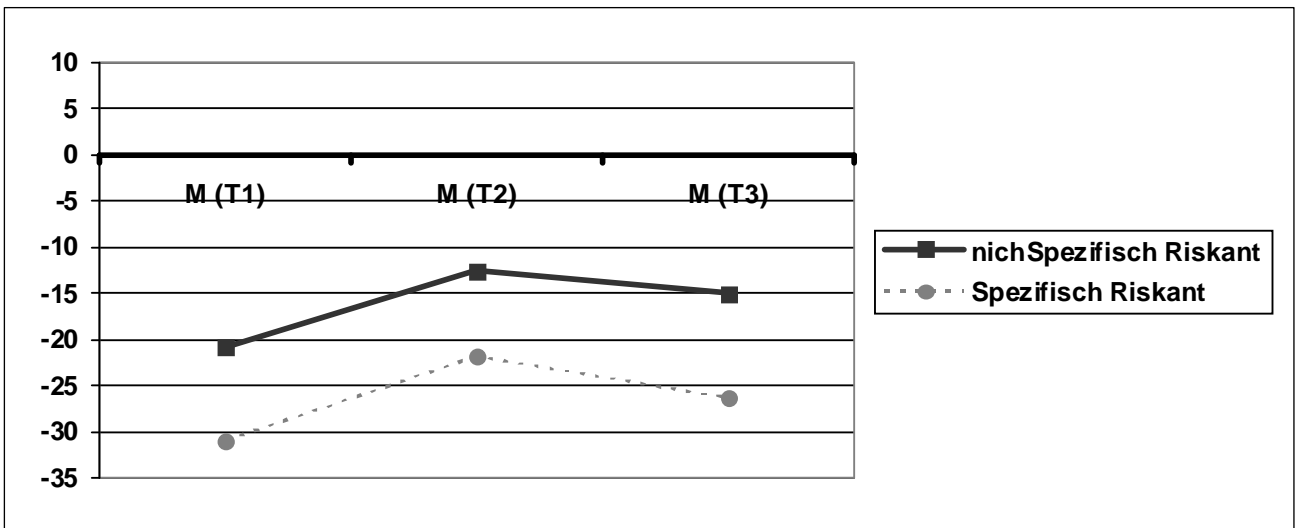


Abbildung 79: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum

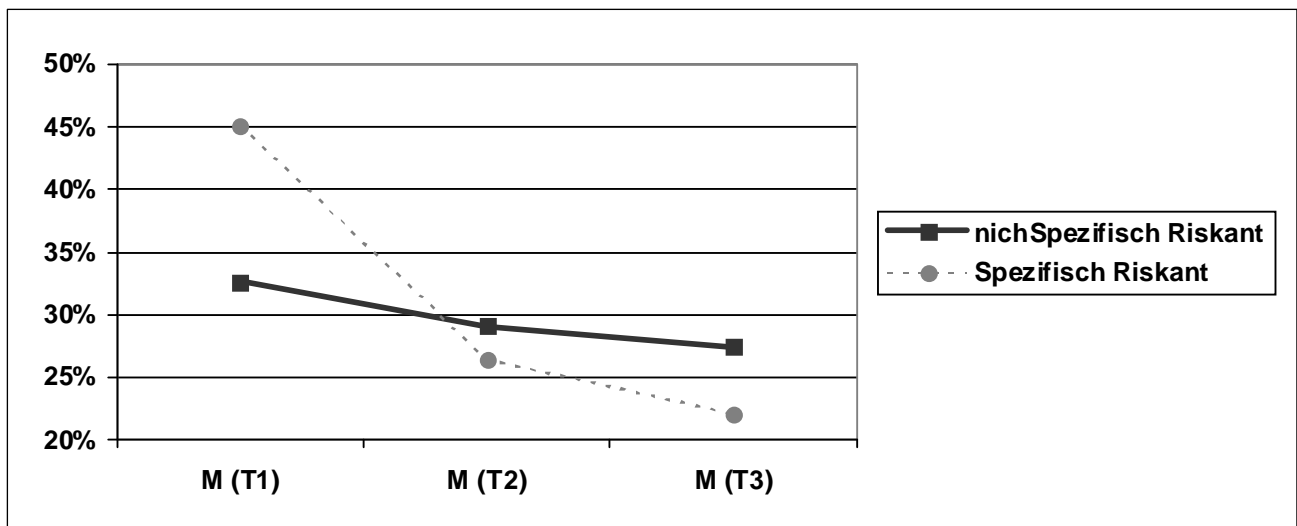


Abbildung 80: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Cannabiskonsum

18.1.4 Medien

Für den Spezifischen Medienkonsum fanden sich signifikante Unterschiede kleiner Effektstärke für die Gesundheitlichen Belastungen (s.

Tabelle 215), dahingehend, dass Spezifisch Riskante Medienkonsumenten sich konstant belasteter einstufen als Nicht Spezifisch Riskante Medienkonsumenten (s. Tabelle 216 und Abbildung 83).

Des Weiteren fanden sich signifikante Unterschiede großer Effektstärke für die Stundenanzahl, die mit den Medien verbracht wurde sowohl zwischen der Gruppe der Spezifisch und Nicht Spezifisch Riskanten Medienkonsumenten als auch in der Wechselwirkung mit dem Messzeitpunkt (s.

Tabelle 215). Wie angenommen verbrachten die Spezifisch Riskanten Teilnehmer/-innen signifikant mehr Zeit mit dem Medienkonsum. Während die verbrachte Zeit mit den Medien in der Gruppe der Nicht Spezifisch Riskanten leicht zunahm, reduzierten die Spezifisch Riskanten Medienkonsumenten ihre Zeit damit deutlich (s. Tabelle 216 und Abbildung 84).

Tabelle 215: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Medienkonsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	32,002	,000	,073

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Spezifisch Riskanter Konsum	1	3,557	,060	,009
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	1,326	,250	,003
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	29,545	,000	,071
Spezifisch Riskanter Konsum	1	2,936	,087	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,711	,400	,002
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	6,053	,014	,015
Spezifisch Riskanter Konsum	1	6,154	,014	,015
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,000	,989	,000
Menge des Medienkonsums				
Messzeitpunkt	1	13,863	,000	,116
Spezifisch Riskanter Konsum	1	86,542	,000	,449
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	39,451	,000	,271

Tabelle 216: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum (M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	355	50,69	59,07
	spezifisch	51	44,52	57,18
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	340	-22,57	-13,86
	spezifisch	49	-27,85	-15,94
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	356	32,29	28,05
	spezifisch	51	37,79	33,60
Medien – Stunden/ Tag	nicht spezifisch	76	2,97	4,39
	spezifisch	32	12,92	7,39

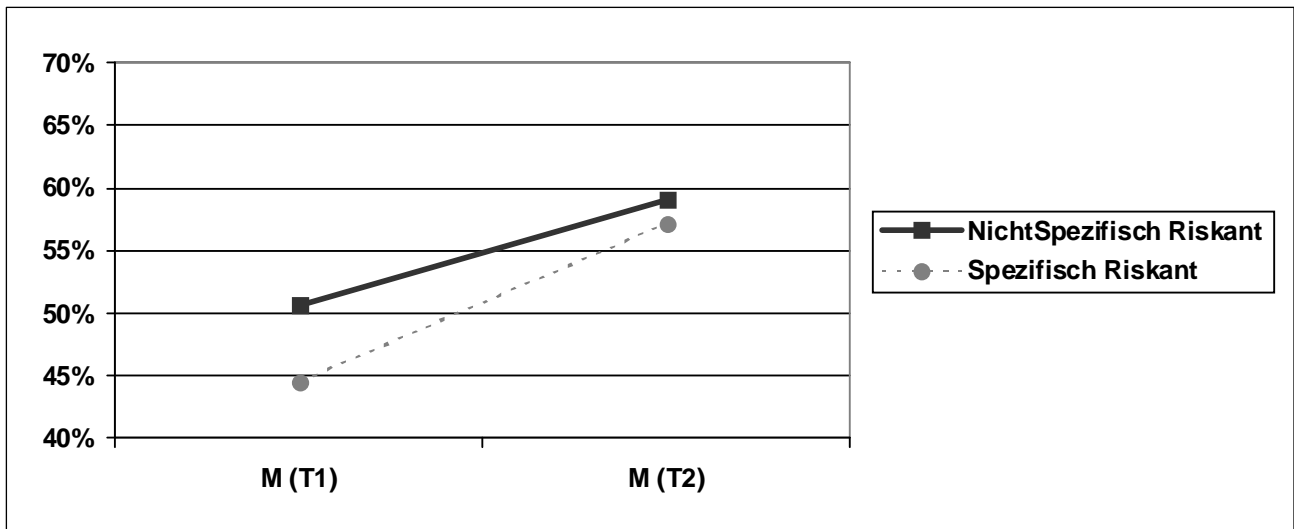


Abbildung 81: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

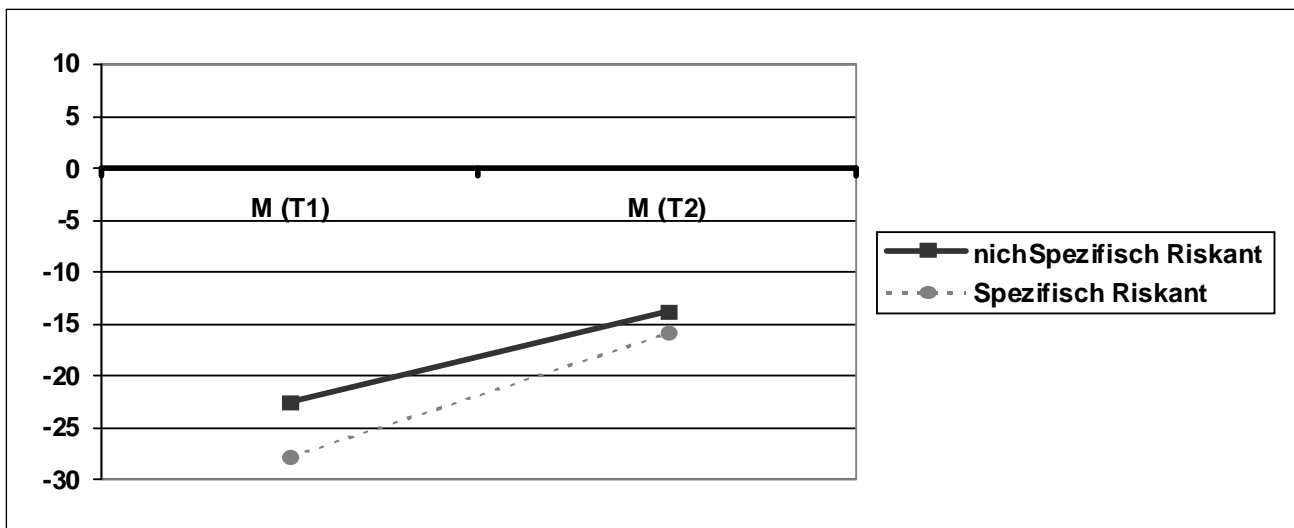


Abbildung 82: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

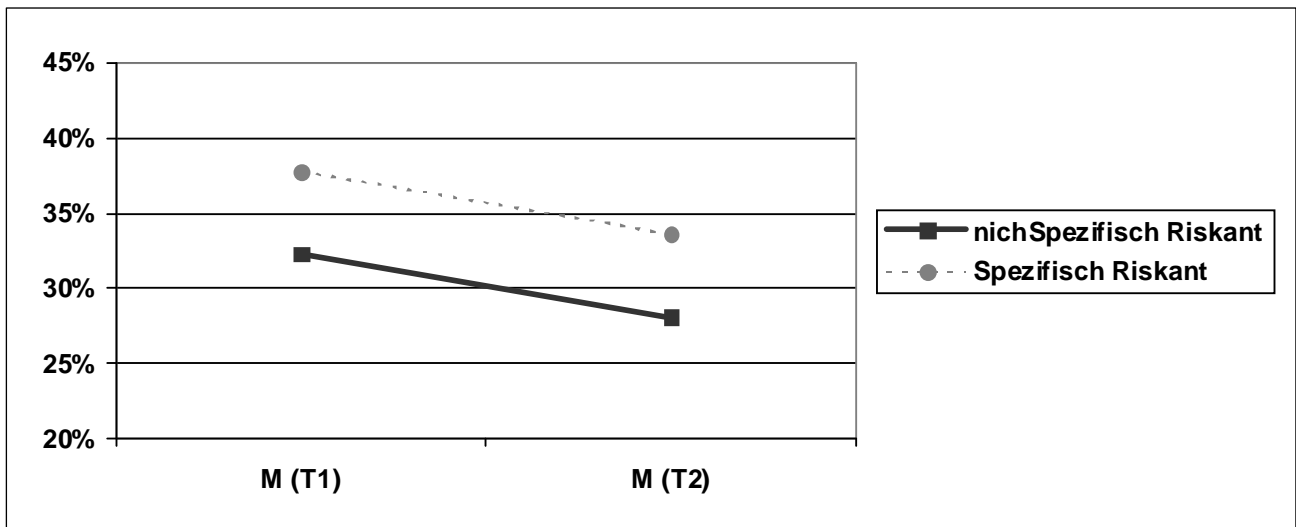


Abbildung 83: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

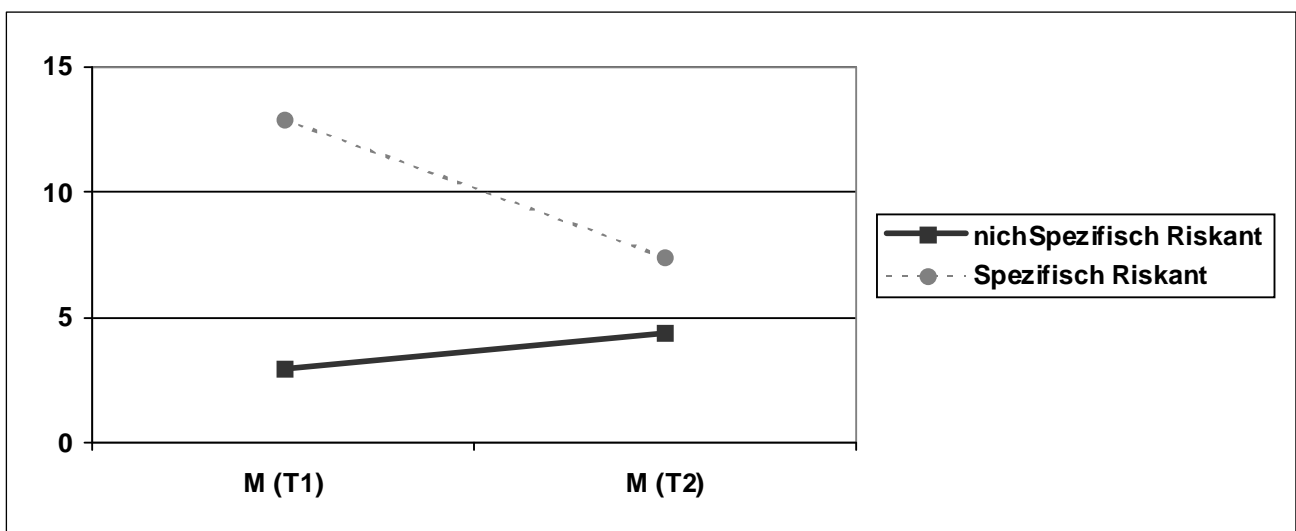


Abbildung 84: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

Die gefundenen Effekte (s.o.) konnten lediglich für die Anzahl verbrachter Stunden mit den Medien nicht aber für die Gesundheitlichen Belastungen in dem kleineren Längsschnittdatensatz über alle 3 Messzeitpunkte repliziert werden (s. Tabelle 217). Bei der Betrachtung der Mittelwerte wird deutlich, dass die Spezifisch Riskanten Medienkonsumenten zur Eingangsbefragung zwar deutlich mehr Stunden mit den Medien verbrachten als die Gruppe der Nicht Spezifisch Riskanten. Bei der Abschlussbefragung verbrachten die Spezifisch Riskanten jedoch schon weniger Zeit mit Medien als Nicht Spezifisch Riskante. Dieser Trend zeigte sich auch weiterhin in der Nachbefragung (s. Tabelle 218 und Abbildung 88).

Tabelle 217: Gesundheitskennwerte nach 3 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Medienkonsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	3,314	,038	,020
Spezifisch Riskanter Konsum	1	3,149	,078	,019
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,318	,728	,002
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	2,850	,060	,020
Spezifisch Riskanter Konsum	1	3,398	,067	,024
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,260	,771	,002
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	3,698	,026	,022
Spezifisch Riskanter Konsum	1	3,683	,057	,022
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	1,301	,274	,008
Medienkonsum				
Messzeitpunkt	1,705	9,563	,001	,335
Spezifisch Riskanter Konsum	1	4,312	,052	,185
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1,705	12,935	,000	,405

Tabelle 218: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum (M)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	154	51,95	59,51	58,67
	spezifisch	9	40,89	55,11	49,33
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	131	-20,40	-12,35	-14,97
	spezifisch	8	-33,46	-20,30	-21,57
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	154	32,34	28,25	27,15
	spezifisch	9	43,45	41,66	29,57
Medien – Stunden/ Tag	nicht spezifisch	19	3,17	4,57	4,12
	spezifisch	2	18,00	2,00	2,50

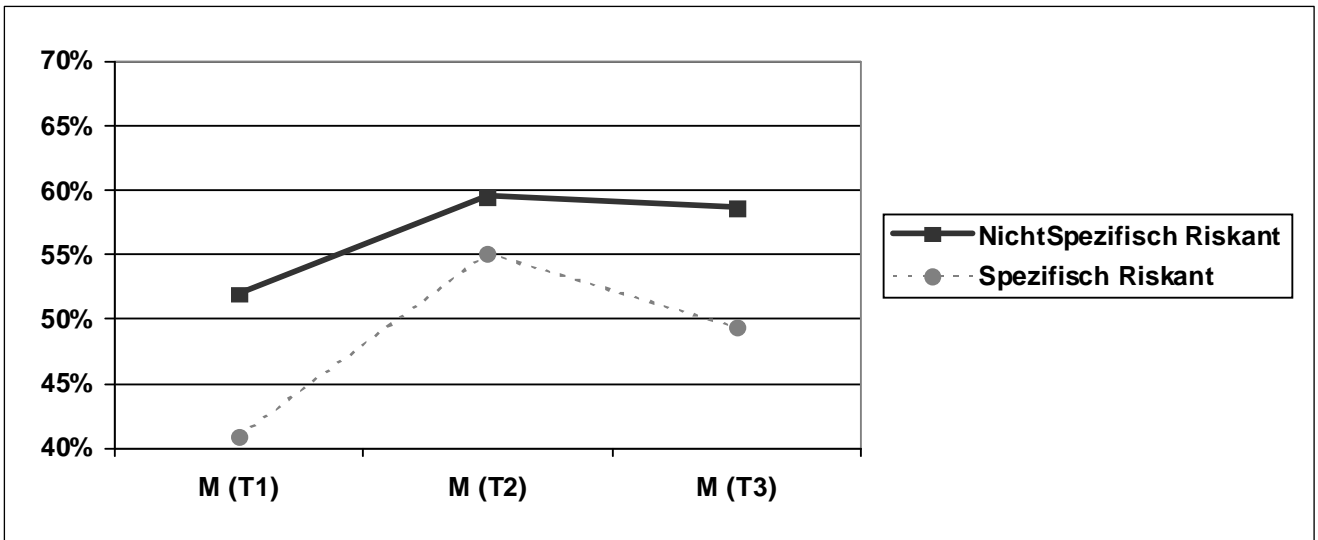


Abbildung 85: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

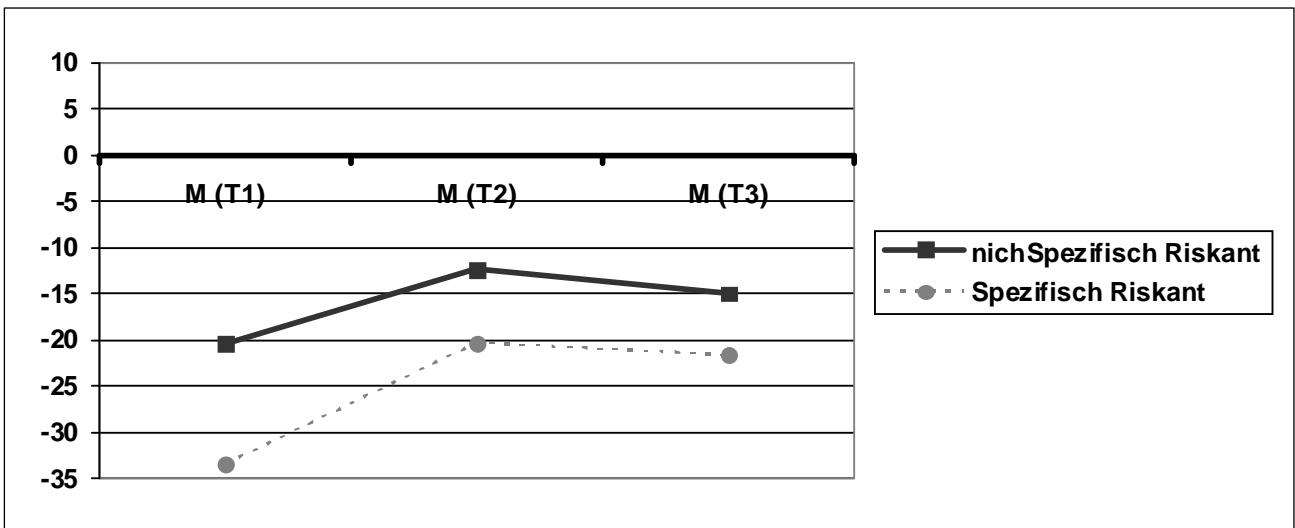


Abbildung 86: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

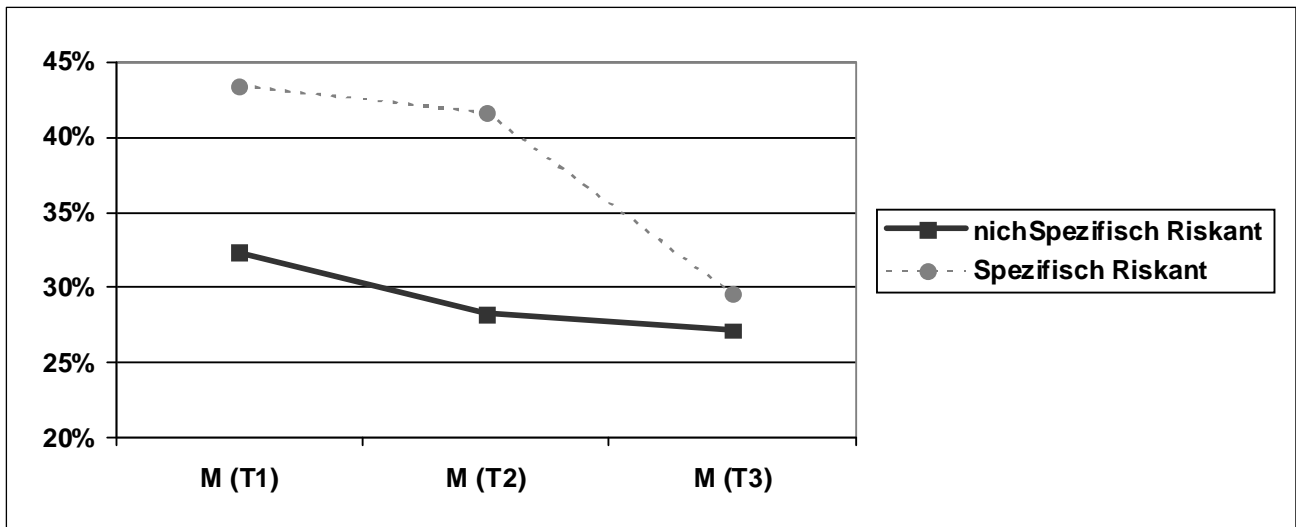


Abbildung 87: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

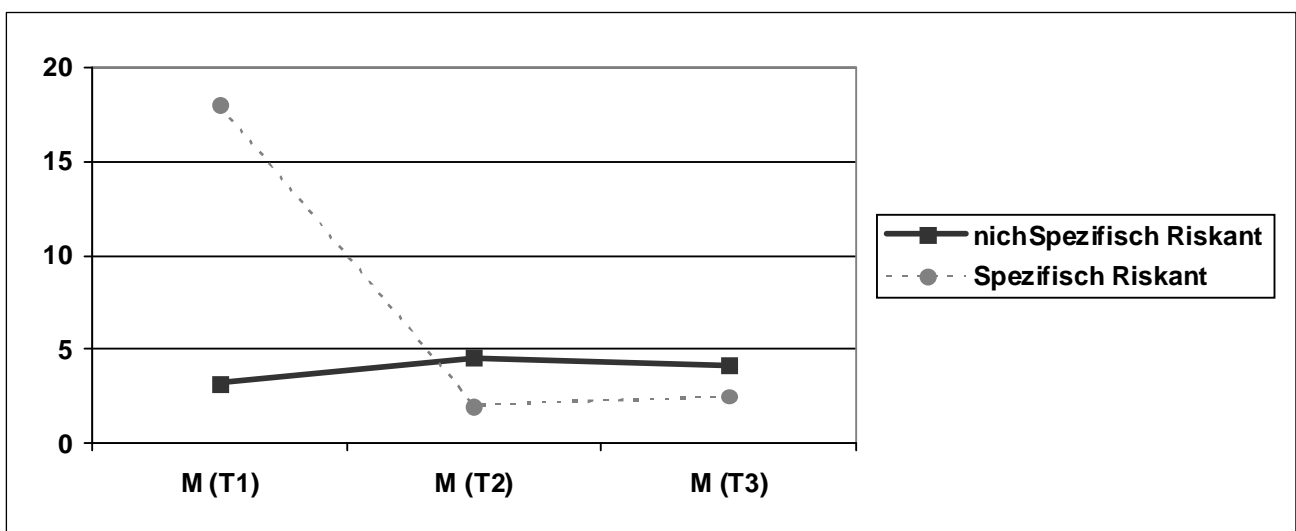


Abbildung 88: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Medienkonsum

18.1.5 Essanfälle

Bei der Betrachtung der Anzahl an Essanfällen zwischen der Gruppe, die Spezifisch Riskant war im Vergleich zu den anderen Teilnehmer/-innen, zeigten sich signifikante Unterschiede großer Effektstärke (s. Tabelle 219). Bei der Betrachtung der Mittelwerte wurde deutlich, dass Teilnehmer/-innen, die ein Spezifisch Riskantes Verhalten für Essanfällen aufwiesen, die Anzahl an Essanfällen bis zur Abschlussbefragung deutlich reduzieren konnten, während nicht Spezifisch Riskante Teilnehmer/-innen zwar mehr Essanfälle zur Abschlussbefragung angaben, jedoch immer noch weniger Essanfälle hatten als die Spezifisch Riskanten Teilnehmer/-innen (s. Tabelle 220 und Abbildung 92).

Tabelle 219: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Essen (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	18,642	,000	,044
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,153	,696	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,483	,488	,001
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	17,075	,000	,042
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,366	,546	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,210	,647	,001
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	6,105	,014	,015
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,229	,633	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,411	,522	,001
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	1	0,543	,468	,022
Spezifisch Riskanter Konsum	1	20,106	,000	,456
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1	7,951	,009	,249

Tabelle 220: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essen (M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	377	49,96	58,63
	spezifisch	29	49,38	61,38
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	361	-23,28	-14,32
	spezifisch	28	-22,72	-11,53
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	378	32,98	28,94
	spezifisch	29	33,01	26,15
Essen – Essanfälle/ Tag	nicht spezifisch	19	2,53	4,37
	spezifisch	7	10,05	6,90

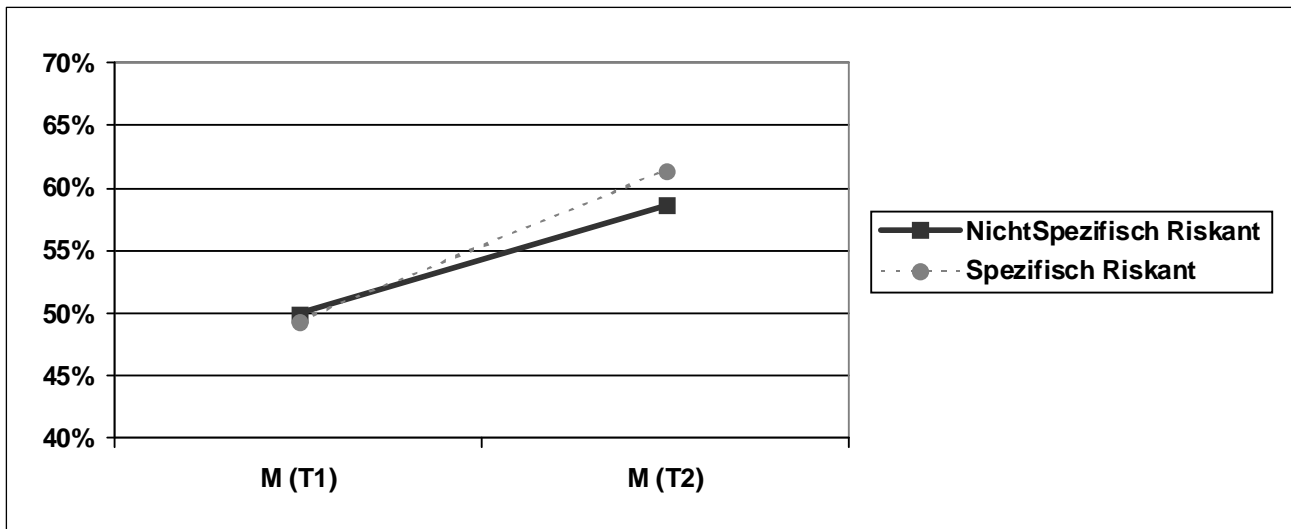


Abbildung 89: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essverhalten

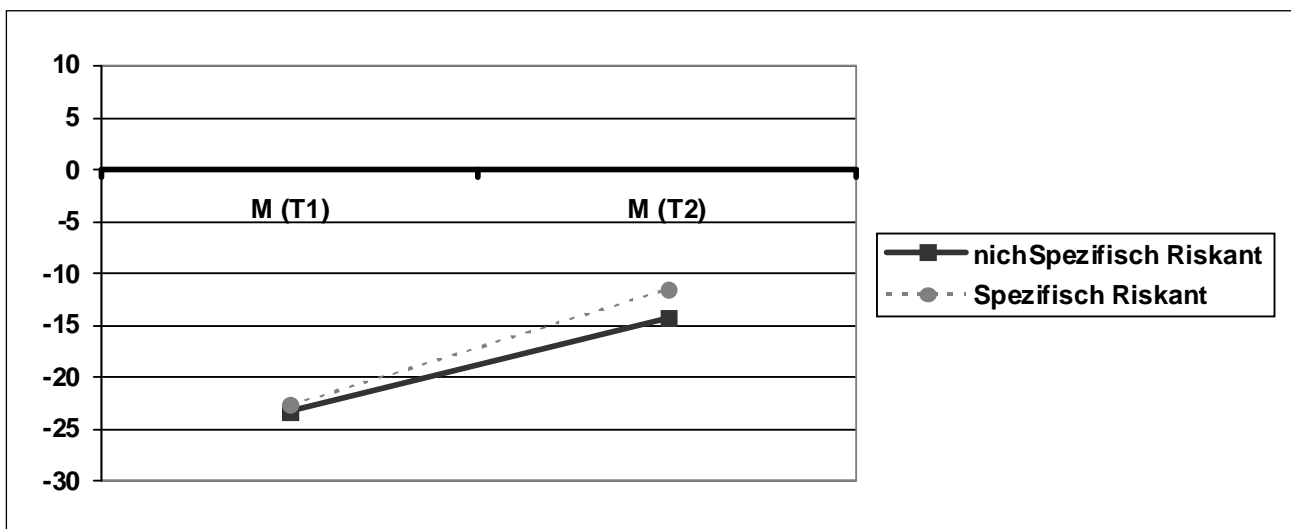


Abbildung 90: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essverhalten

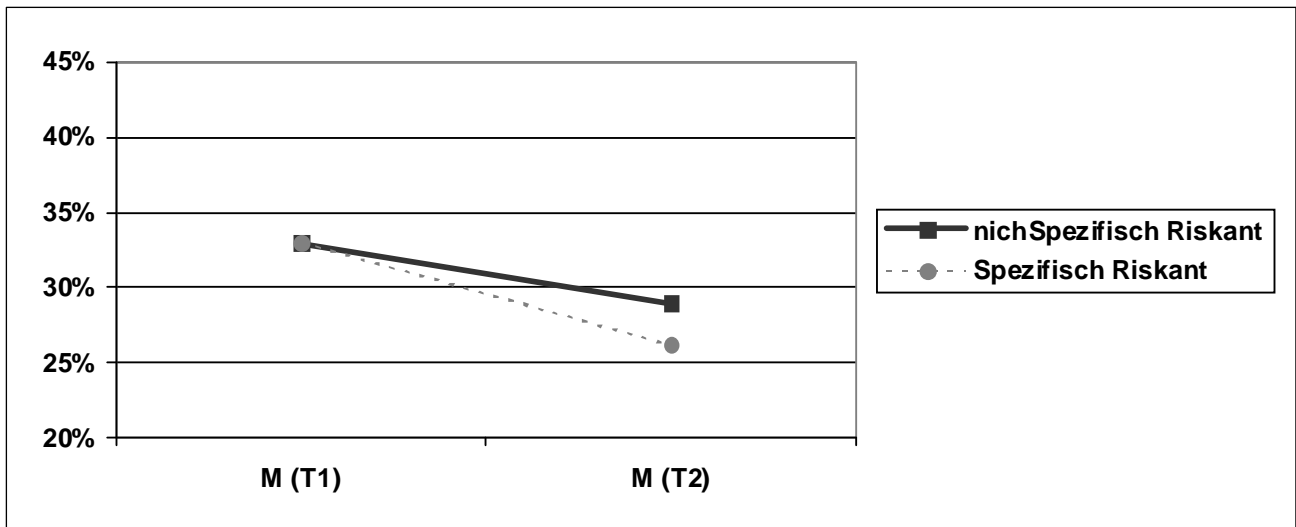


Abbildung 91: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essverhalten

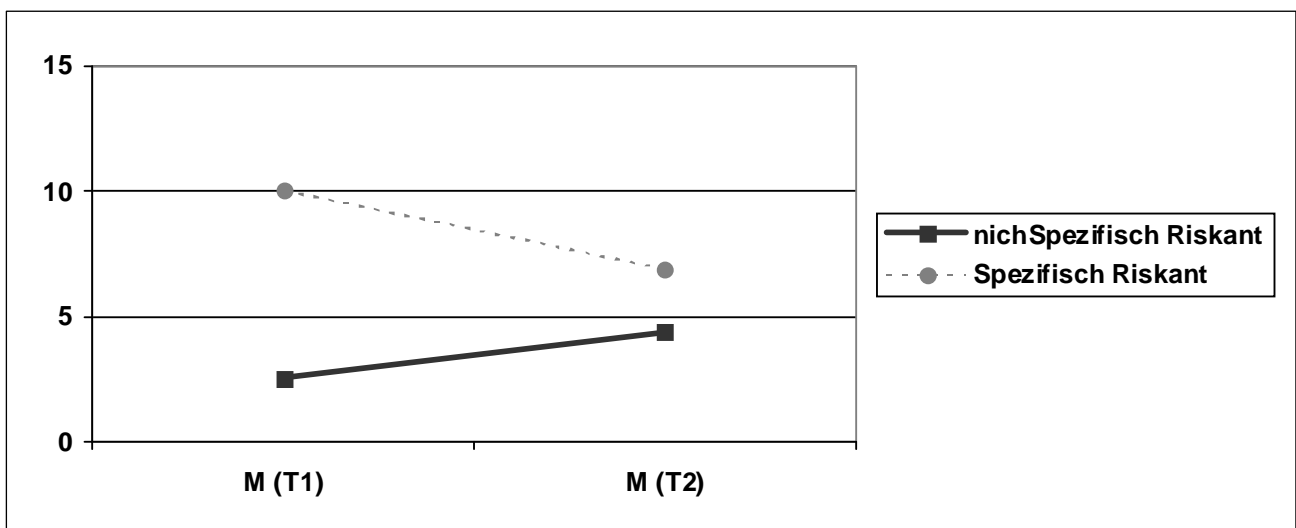


Abbildung 92: Essanfälle (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essverhalten

Der oben gefundene Effekt konnte jedoch nicht im kleineren Längsschnittdatensatz über alle 3 Messzeitpunkte repliziert werden. Demnach fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Spezifisch Riskanten Essverhaltens (s. Tabelle 221).

Tabelle 221: Gesundheitskennwerte nach 3 Messzeitpunkten und Spezifisch Riskantem Essen (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	4,975	,007	,030
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,105	,747	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	1,287	,278	,008
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	2	4,421	,013	,031
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,334	,564	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	1,189	,306	,009
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	2	3,137	,045	,019
Spezifisch Riskanter Konsum	1	0,378	,540	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,553	,576	,003
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	1,506	1,124	,348	,158
Spezifisch Riskanter Konsum	1	2,527	,163	,296
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Spezifisch Riskanter Konsum	1,506	1,790	,220	,230

Tabelle 222: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essen (M)

		Messzeitpunkte			
		n	M (T1)	M (T2)	M (T3)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	nicht spezifisch	154	51,69	58,91	58,41
	spezifisch	9	45,33	65,33	53,78
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	nicht spezifisch	131	-20,73	-13,13	-14,95
	spezifisch	8	-27,95	-7,65	-21,95
Gesundheitliche Belastung	nicht spezifisch	154	32,55	28,97	27,22
	spezifisch	9	39,81	29,32	28,34
Essanfälle – Anzahl/ Tag	nicht spezifisch	6	4,89	5,97	3,17
	spezifisch	2	10,00	6,00	7,50

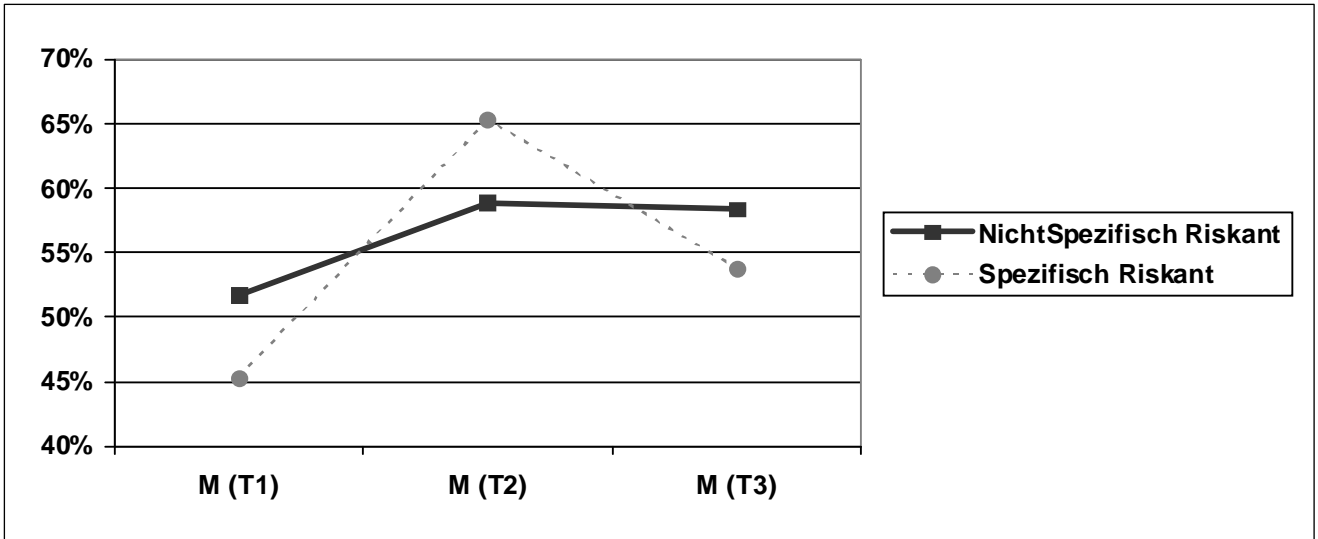


Abbildung 93: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essen

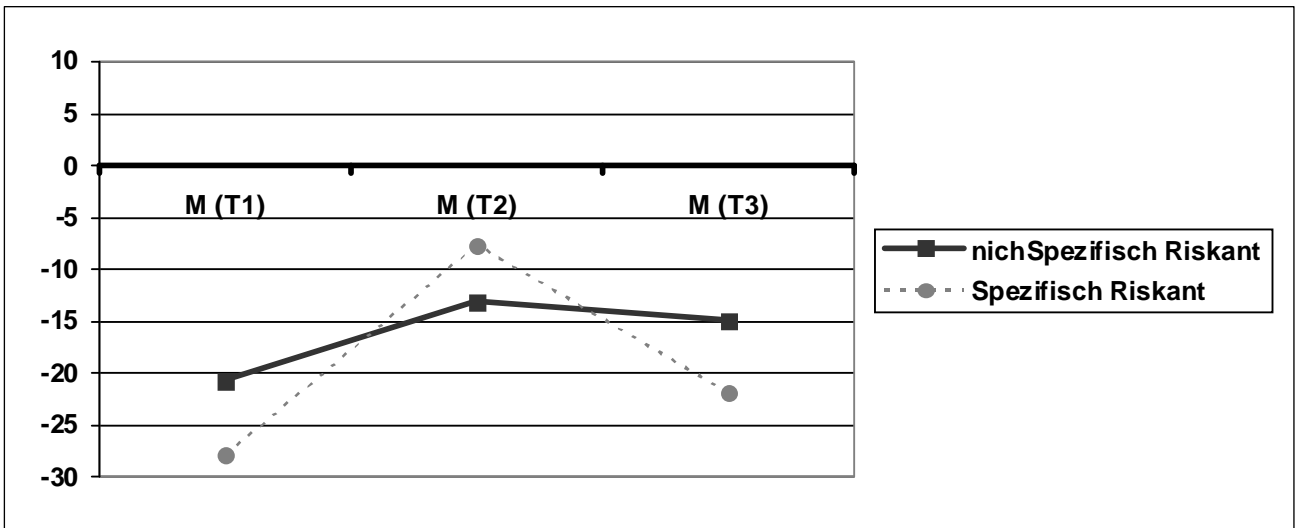


Abbildung 94: Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essen

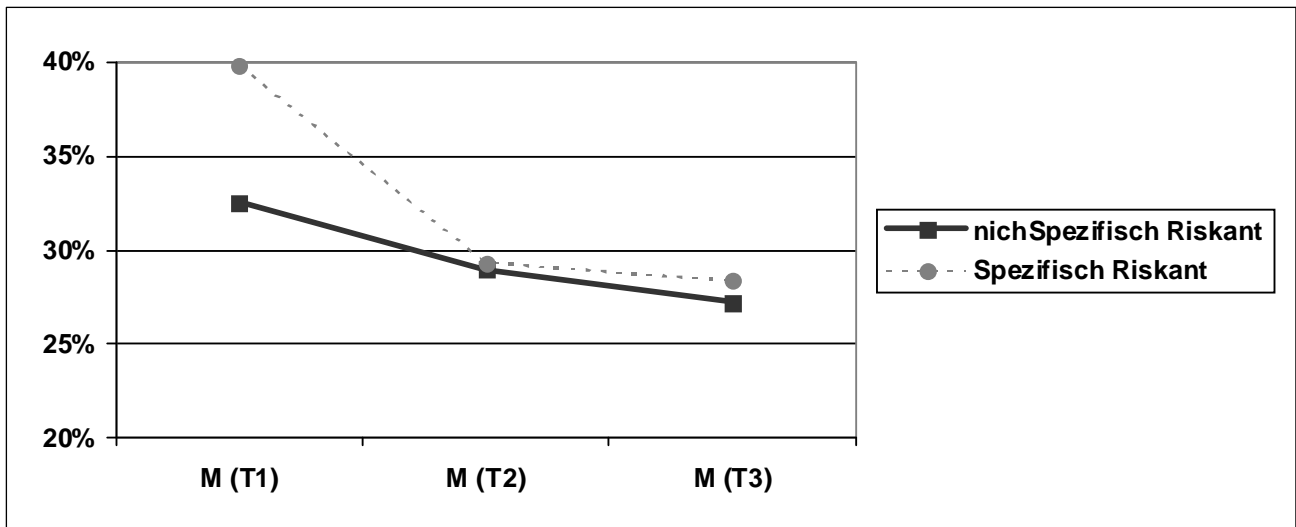


Abbildung 95: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Spezifisch Riskantem Essen

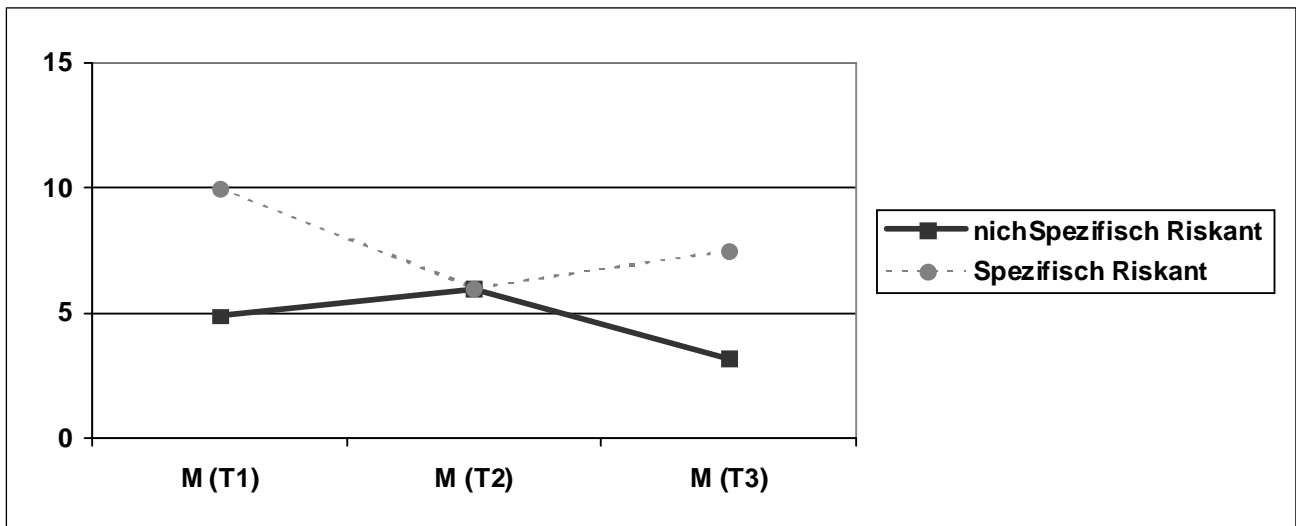


Abbildung 96: Essanfälle (Anzahl / Tag) nach Messpunkt und Spezifisch Riskantem Essverhalten

18.2 Effekte auf Einzelrisiken in sozial gemischten Gruppen (Querschnitt)

In einer zweifaktoriellen Varianzanalyse wurde eine mögliche Wechselwirkung zwischen den Faktoren des Mischungsverhältnisses der Gruppe und dem Spezifisch Riskantem Konsumverhalten im Querschnitt untersucht. Diese erwies sich sowohl für den Cannabis- als auch den Medienkonsum als signifikant mit kleiner Effektstärke (s. Tabelle 223). Allerdings war die Aussagekraft der Befunde für den Konsum von Cannabis wegen z. T. sehr kleiner oder fehlender Zellenbelegungen (s. Tabelle 224) eingeschränkt. Sowohl für den Cannabis- als auch den Medienkonsum ist ersichtlich, dass Spezifisch Riskante Teilnehmer/-innen ein ausgeprägteres Risikoverhalten hatten, im Vergleich zu den Nicht Spezifisch Riskanten. Das Mischungsverhältnis der Gruppen hingegen spielte nur eine untergeordnete Rolle (s. Tabelle 224, Abbildung 99 und Abbildung 100).

Tabelle 223: Risikoverhalten nach Messzeitpunkten, Gruppenmischung und Spezifisch Riskanten Konsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Menge des Tabakkonsums				
Messzeitpunkt	2	1,439	,238	,004
Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	2,912	,055	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	3	2,574	,053	,010
Menge des Alkoholkonsums				
Messzeitpunkt	2	5,625	,004	,016
Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,302	,739	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	3	1,252	,290	,005
Menge des Cannabiskonsums				
Messzeitpunkt	2	0,095	,909	,001
Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	4,741	,010	,045
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	1	1,465	,228	,007
Menge des Medienkonsums				
Messzeitpunkt	2	0,510	,601	,002
Gruppenmischung* Spezifisch Riskanter Konsum	2	3,262	,039	,011
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	4	3,746	,005	,026
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	2	0,087	,917	,001
Gruppenmischung* Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,950	,388	,008
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	3	0,465	,707	,006

Tabelle 224: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messzeitpunkten und Gruppenmischung (M)

			Messzeitpunkte					
			n	M (T1)	n	M (T2)	n	M (T3)
Tabak – Anzahl/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	76	10,02	45	9,83	15	10,41
		spezifisch	40	25,23	14	23,14	8	22,50
	teihomogen	nicht spezifisch	150	9,91	90	9,41	49	8,42
		spezifisch	109	25,33	52	25,31	29	23,83
	homogen	nicht spezifisch	33	9,41	24	9,08	2	15,00
		spezifisch	6	23,33	4	35,25	-	-
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	79	,038	45	,028	11	,020
		spezifisch	26	,228	4	,176	4	,158
	teihomogen	nicht spezifisch	174	,038	117	,027	68	,020
		spezifisch	68	,208	10	,195	7	,185
	homogen	nicht spezifisch	50	,029	33	,022	1	,002
		spezifisch	8	,198	3	,179	-	-
Cannabis – Gramm/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	19	1,33	13	,68	2	1,17
		spezifisch	12	10,21	3	11,67	-	-
	teihomogen	nicht spezifisch	68	1,30	30	1,14	14	,98
		spezifisch	32	9,22	11	8,91	1	10,00
	homogen	nicht spezifisch	5	1,25	2	,04	-	-
		spezifisch	-	-	-	-	-	-
Medien – Stunden/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	75	3,01	35	2,67	14	2,73
		spezifisch	23	12,67	7	12,66	2	17,50
	teihomogen	nicht spezifisch	119	2,99	86	2,67	42	2,27
		spezifisch	44	13,79	15	14,40	8	11,63
	homogen	nicht spezifisch	48	2,72	29	2,86	3	3,89
		spezifisch	18	13,48	15	13,67	1	7,00
Essen – Essanfälle/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	28	2,97	9	2,66	4	3,29
		spezifisch	23	10,00	5	10,00	5	10,00
	teihomogen	nicht spezifisch	46	2,34	28	2,14	16	1,78
		spezifisch	21	10,09	6	10,00	2	10,00
	homogen	nicht spezifisch	17	1,62	6	2,83	-	-
		spezifisch	14	10,02	11	10,12	2	10,00

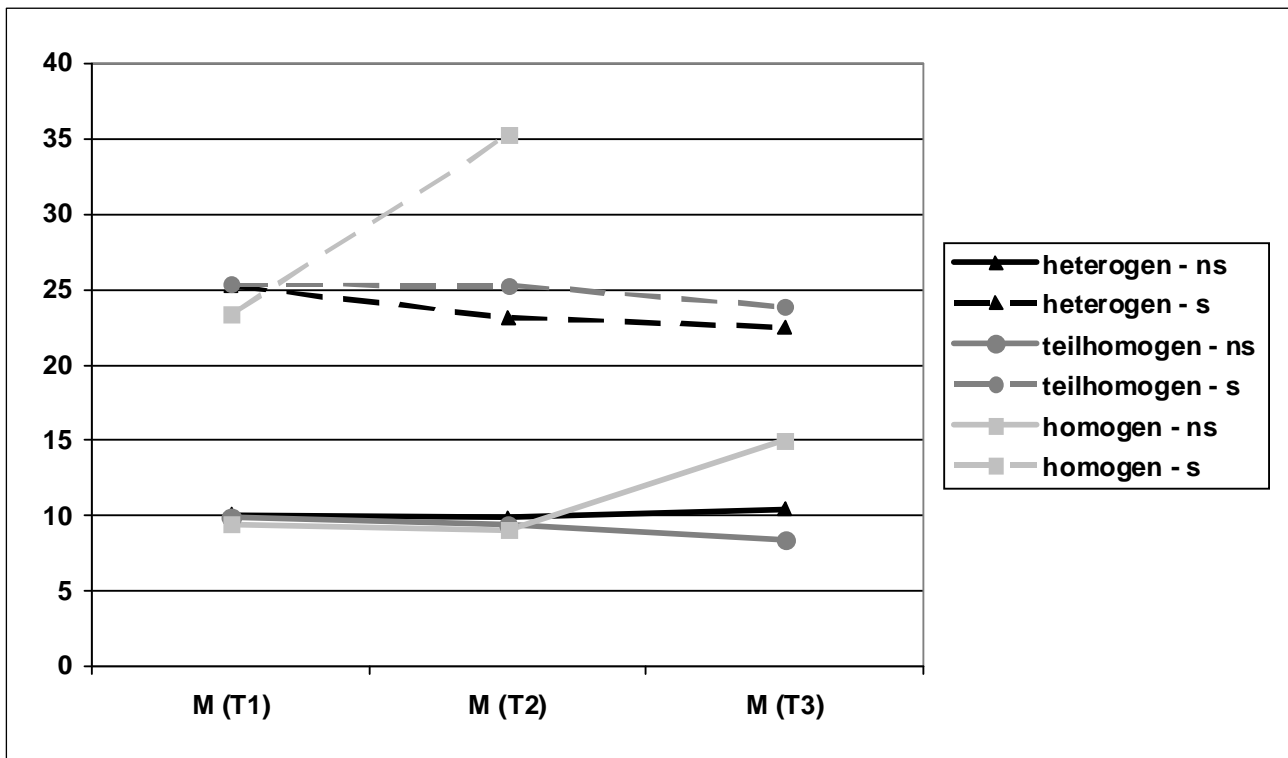


Abbildung 97: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

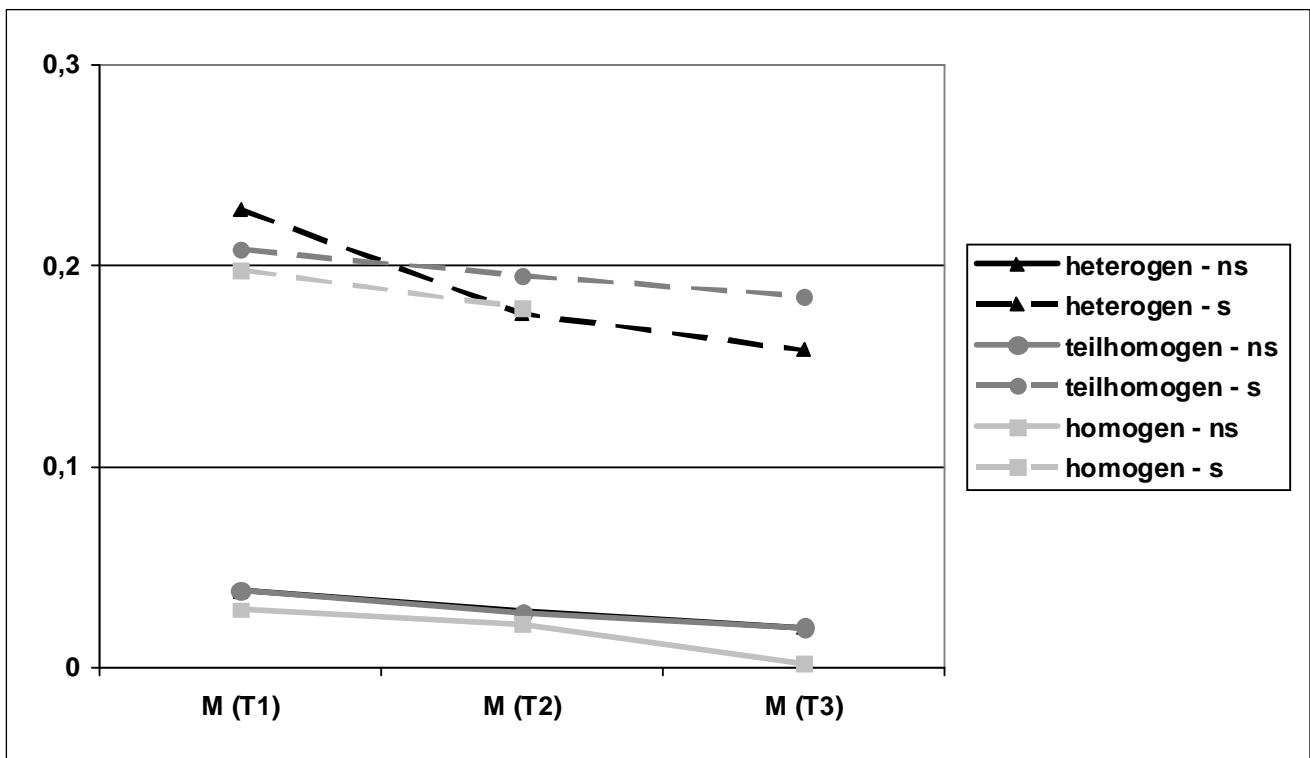


Abbildung 98: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

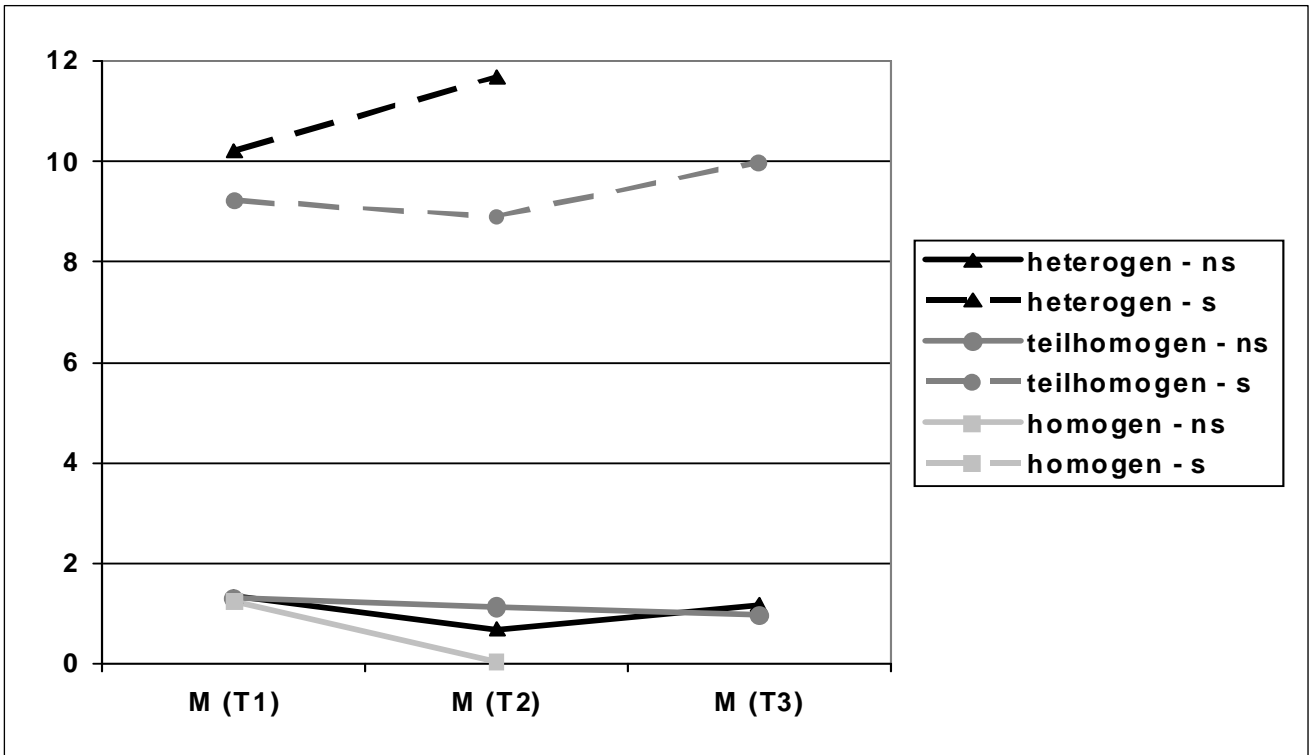


Abbildung 99: Cannabiskonsum (Gramm pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

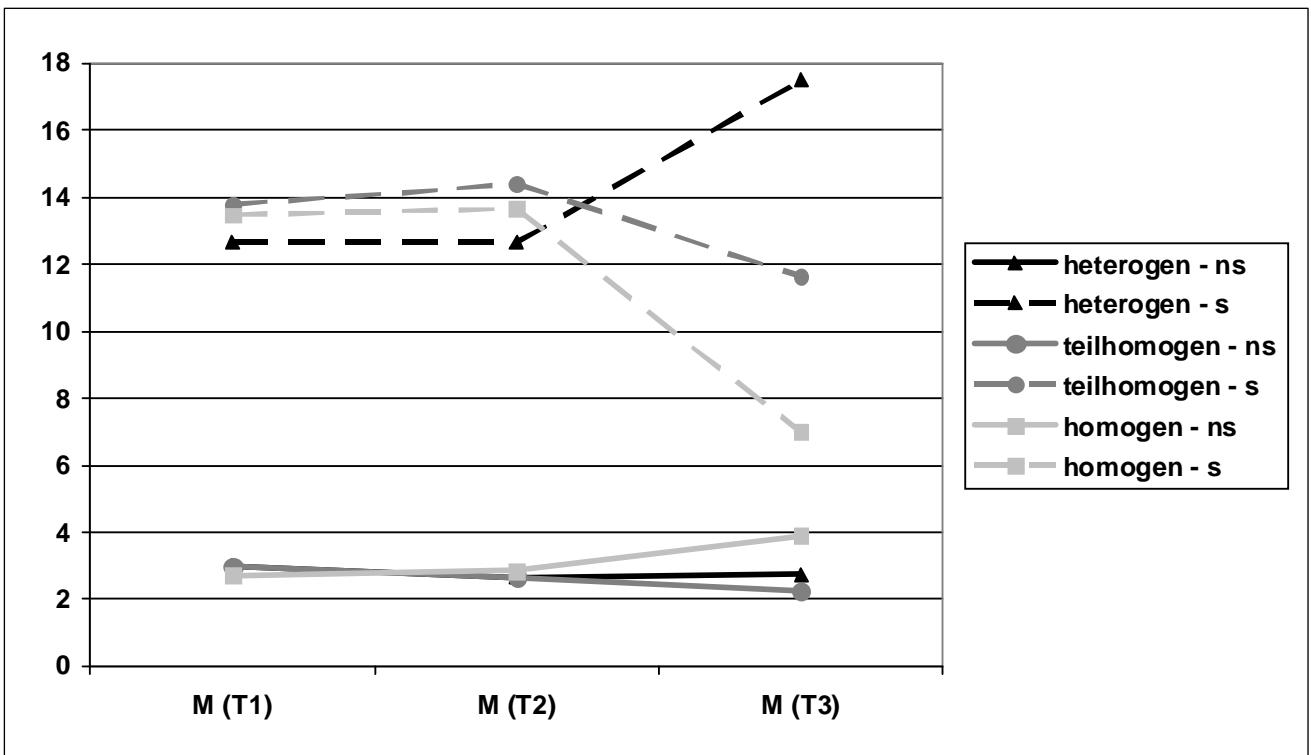


Abbildung 100: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

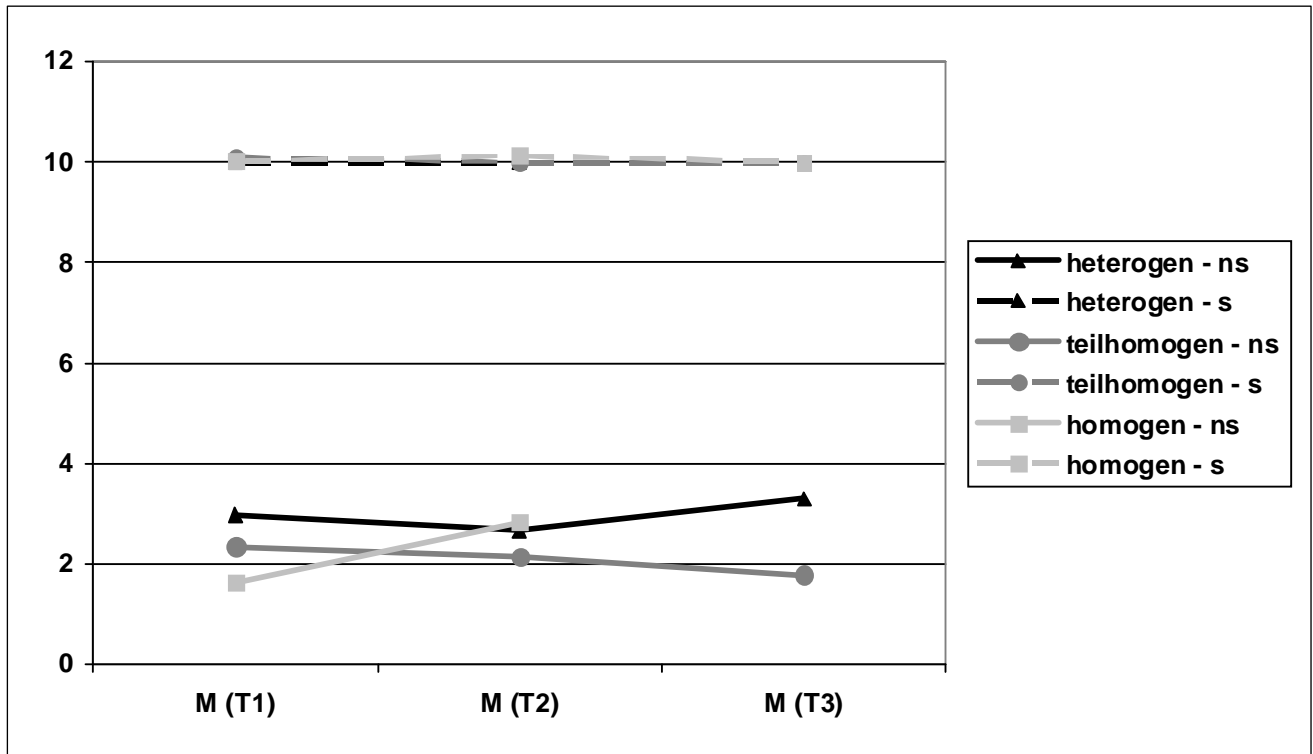


Abbildung 101: Anzahl von Essanfällen nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

18.3 Effekte auf Einzelrisiken in sozial gemischten Gruppen (Längsschnitt)

In einer zweifaktoriellen Varianzanalyse im Längsschnitt konnte eine mögliche Wechselwirkung zwischen den Faktoren des Mischungsverhältnisses der Gruppe und dem Spezifisch Riskantem Konsumverhalten lediglich für den Cannabiskonsum aufgezeigt werden (s. Tabelle 225). Allerdings war auch hier die Aussagekraft der Befunde wegen z. T. sehr kleiner oder fehlender Zellenbelegungen (s. Tabelle 226) eingeschränkt. Abbildung 104 veranschaulicht, dass Spezifisch Riskante Cannabiskonsumern mehr Gramm konsumierten, als Nicht Spezifisch Riskante. Das Mischungsverhältnis der Gruppen spielte auch hier nur eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 225: Risikoverhalten nach 2 Messzeitpunkten, Gruppenmischung und Spezifisch Riskanten Konsum (VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Menge des Tabakkonsums				
Messzeitpunkt	1	2,997	,085	,018
Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,150	,861	,002
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	2,997	,085	,018
Menge des Alkoholkonsums				
Messzeitpunkt	1	0,032	,034	,032
Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,460	,632	,006
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	6,021	,003	,071
Menge des Cannabiskonsums				
Messzeitpunkt	1	0,603	,444	,022
Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	1	10,595	,003	,282
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	1	3,654	,067	,119
Menge des Medienkonsums				
Messzeitpunkt	1	11,362	,001	,103
Gruppenmischung* Spezifisch Riskanter Konsum	2	2,296	,106	,044
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	1,603	,206	,031
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	1	0,695	,414	,034
Gruppenmischung* Spezifisch Riskanter Konsum	2	1,234	,312	,110
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Gruppenmischung * Spezifisch Riskanter Konsum	2	0,600	,558	,057

Tabelle 226: Gesundheit und Risikoverhalten nach 2 Messpunkten und Gruppenmischung (M)

			Messzeitpunkte		
			n	M (T1)	M (T2)
Tabak – Anzahl/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	19	9,73	10,09
		spezifisch	21	24,00	17,65
	teihomogen	nicht spezifisch	70	10,03	11,87
		spezifisch	48	24,81	17,01
	homogen	nicht spezifisch	15	10,77	9,71
		spezifisch	1	25,00	20,00
Alkohol – reiner Alko- hol/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	24	0,032	0,034
		spezifisch	13	0,238	0,043
	teihomogen	nicht spezifisch	63	0,039	0,028
		spezifisch	38	0,200	0,078
	homogen	nicht spezifisch	24	0,027	0,029
		spezifisch	2	0,319	0,015
Cannabis – Gramm/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	3	1,74	11,67
		spezifisch	1	7,50	0,50
	teihomogen	nicht spezifisch	16	1,26	1,67
		spezifisch	11	10,32	5,03
	homogen	nicht spezifisch	1	0,10	0,02
		spezifisch	-	-	-
Medien – Stunden/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	21	3,32	5,57
		spezifisch	7	12,29	4,44
	teihomogen	nicht spezifisch	38	3,01	3,70
		spezifisch	14	13,36	6,41
	homogen	nicht spezifisch	14	2,36	4,70
		spezifisch	11	12,77	10,51
Essen – Essan- fälle/ Tag	heterogen	nicht spezifisch	5	3,34	4,93
		spezifisch	2	10,00	6,00
	teihomogen	nicht spezifisch	10	2,78	3,71
		spezifisch	2	10,00	2,50
	homogen	nicht spezifisch	4	0,91	5,33
		spezifisch	3	10,11	10,44

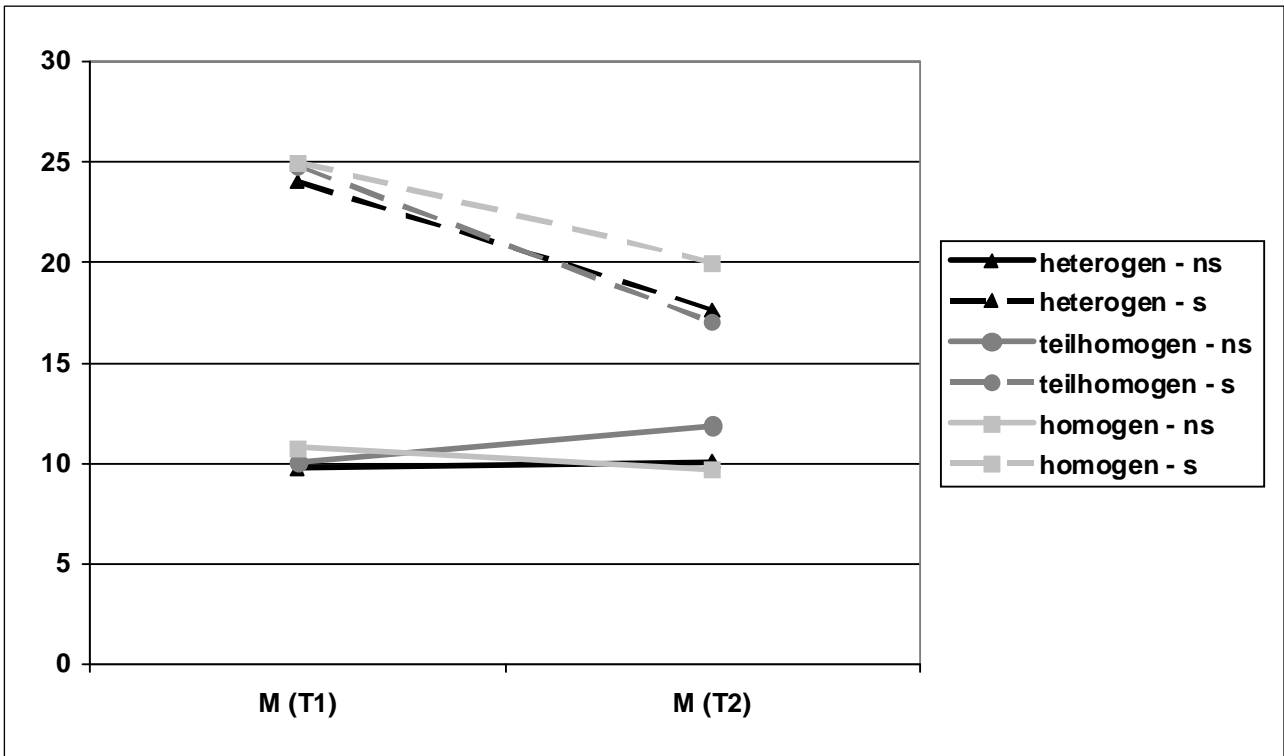


Abbildung 102: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

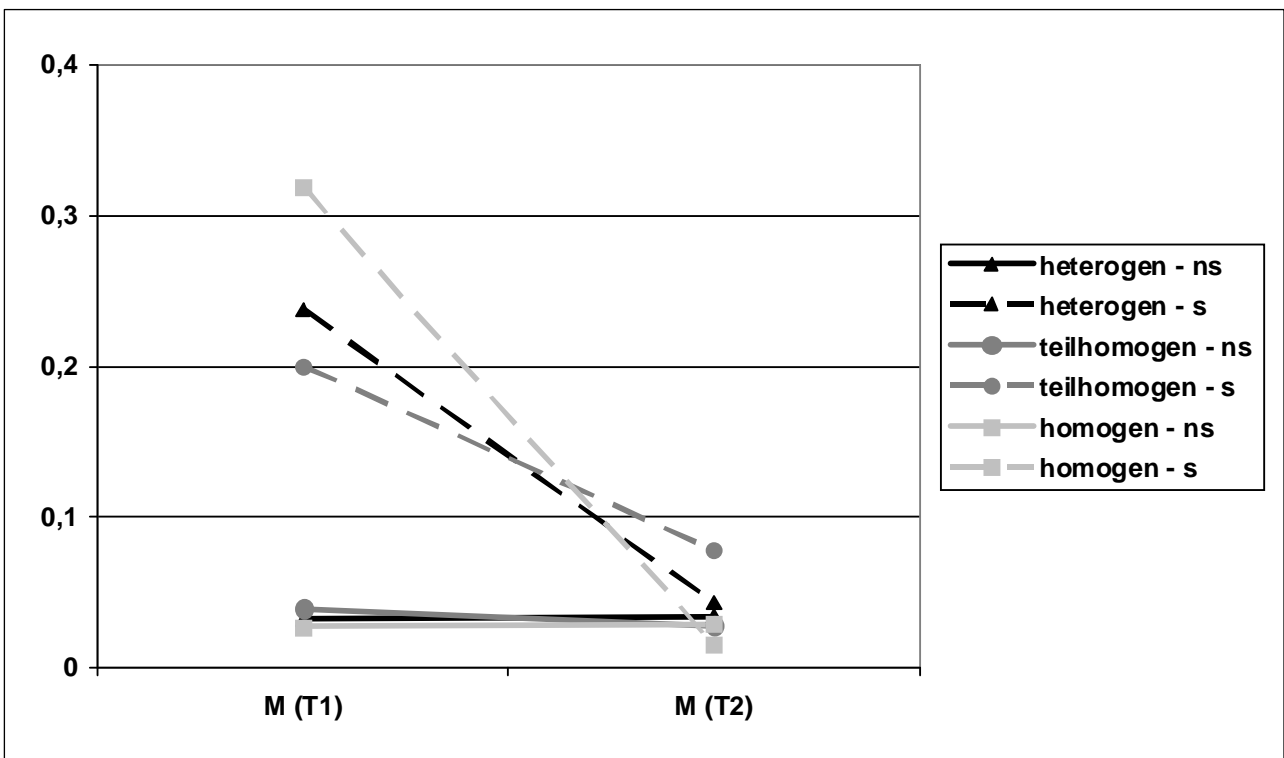


Abbildung 103: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

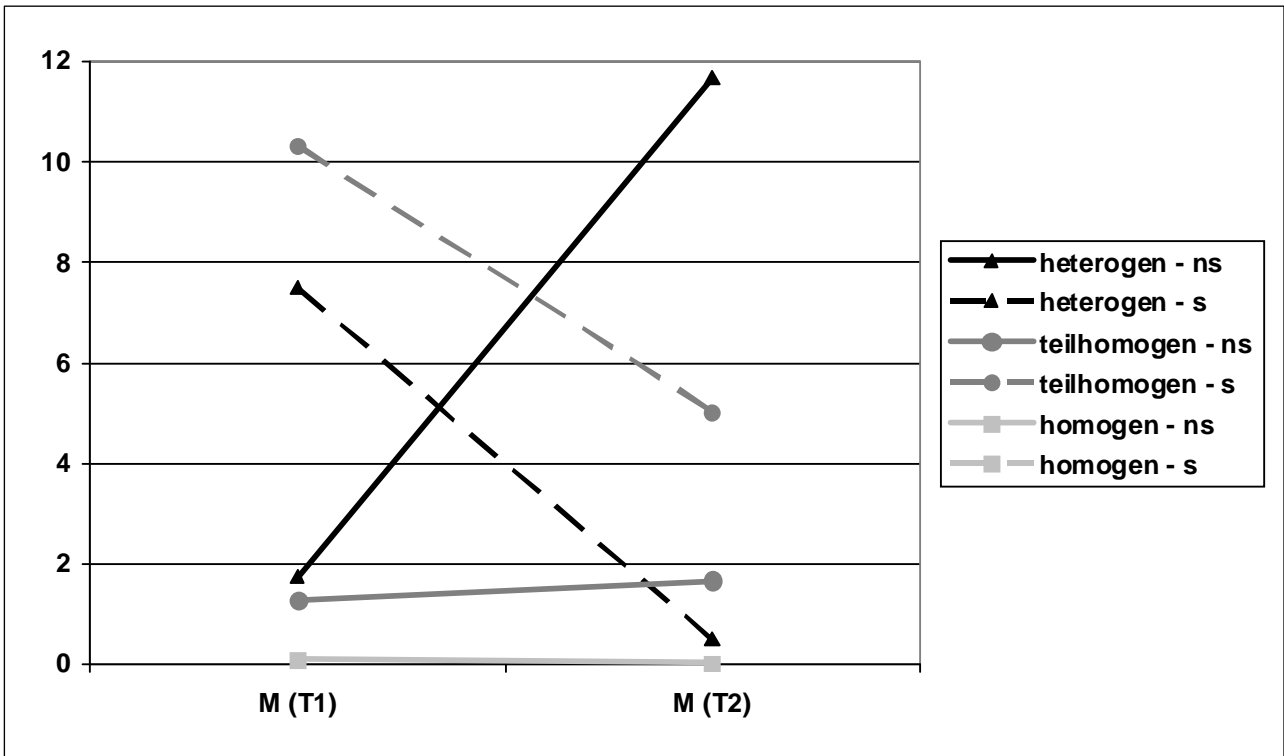


Abbildung 104: Cannabiskonsum (Gramm pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

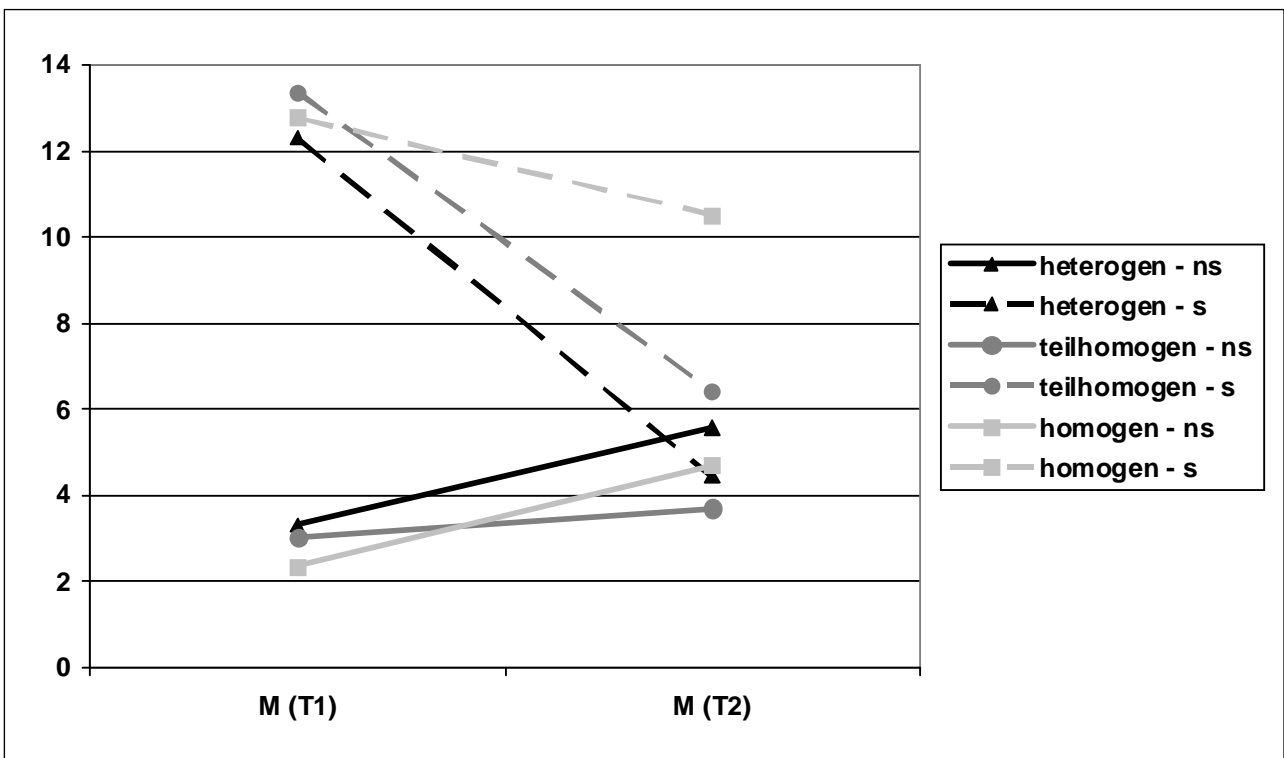


Abbildung 105: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

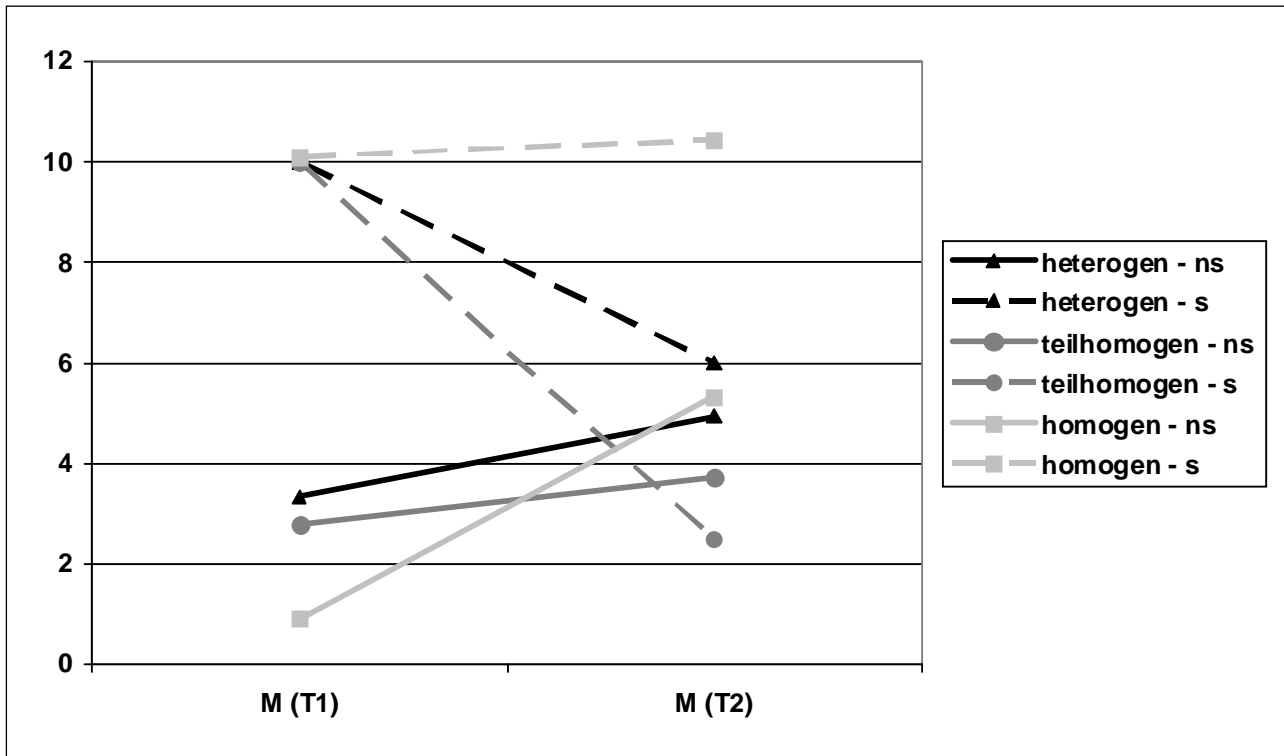


Abbildung 106: Anzahl von Essanfällen nach Messzeitpunkt und Gruppenmischung

19 Dosis-Effekte (Teilnehmerbefragung)

19.1 Merkmale von Teilnehmer/-innen mit häufigen Fehlzeiten

Betrachtet man jene Teilnehmer/-innen, die 3 oder mehr Sitzungen verpasst hatten, hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale, so waren sie überwiegend Männer (61%; s. Tabelle 227). Das Durchschnittsalter lag bei 28 Jahren ($SD = 12,77$), wobei die Altersgruppe der unter 30-jährigen 72,7% ausmachte (s. Tabelle 228). Es fanden sich keinerlei Angaben zur Schulbildung dieser Teilstichprobe. Zudem nutzte keiner dieser 46 Teilnehmer/-innen weitere Versorgungsangebote neben SKOLL. Fast zur Hälfte kamen diese Teilnehmer/-innen aus Großstädten (47,8%), daneben Kleinstädten (30,4%; s. Tabelle 229), welche vorrangig in Süd- (28,3%) oder Ostdeutschland (32,6%) angesiedelt waren (s. Tabelle 230). Da die Teilgruppen (Zellenbesetzungen) sehr klein ausfielen, erübrigte sich eine multivariate Prüfung der Signifikanz und Überlagerung dieser Determinanten. Deskriptiv ist allerdings deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit von Fehlzeiten bei weiblichen Teilnehmer/-innen höher lag.

Tabelle 227: Geschlecht der Teilnehmer/-innen mit 3 oder mehr Fehlzeiten (T2)

Geschlecht	n	%
Männlich	28	60,9
Weiblich	18	39,1

Tabelle 228: Alterskategorien der Teilnehmer/-innen mit 3 oder mehr Fehlzeiten (T2)

Alter	n	%
unter 19	13	29,5
20-29 Jahre	19	43,2
30-39 Jahre	2	4,5
40-49 Jahre	5	11,4
50-59 Jahre	5	11,4
Über 60 Jahre	13	29,5

Tabelle 229: Stadtgröße der Teilnehmer/-innen mit 3 oder mehr Fehlzeiten (T2)

Alter	n	%
Nicht zuzuordnen	4	8,7
Großstadt	22	47,8
Mittelstadt	6	13,0
Kleinstadt	14	30,4

Tabelle 230: Herkunftsregion der Teilnehmer/-innen mit 3 oder mehr Fehlzeiten (T2)

Alter	n	%
Nicht zuzuordnen	4	8,7
Norden	6	13,0
Süden	13	28,3
Westen	8	17,4
Osten	15	32,6

19.2 Effekte höherer Fehlzeiten

Betrachtet man die Teilnehmer/-innen, die 3 oder mehr Fehlzeiten aufwiesen, im Vergleich zu regulär mitwirkenden Teilnehmer/-innen mit bis zu 2 Fehlsitzungen, so zeigten sich im Längsschnitt (N = 408) signifikante Unterschiede nur für Gesundheitliche Belastungen, und zwar waren – mit kleiner Effektstärke – Personen mit höheren Fehlzeiten eingangs stärker belastet. Eine Wechselwirkung zwischen Messzeitpunkt und Ausmaß der Fehlzeiten lag in keiner Dimension vor. Deutlich wurde, dass Teilnehmer/-innen mit 3 oder mehr Fehlzeiten mehr gesundheitliche Belastungen aufwiesen und mehr Alkohol konsumierten im Vergleich zur anderen Teilstichprobe (s. Tabelle 231 und Tabelle 232).

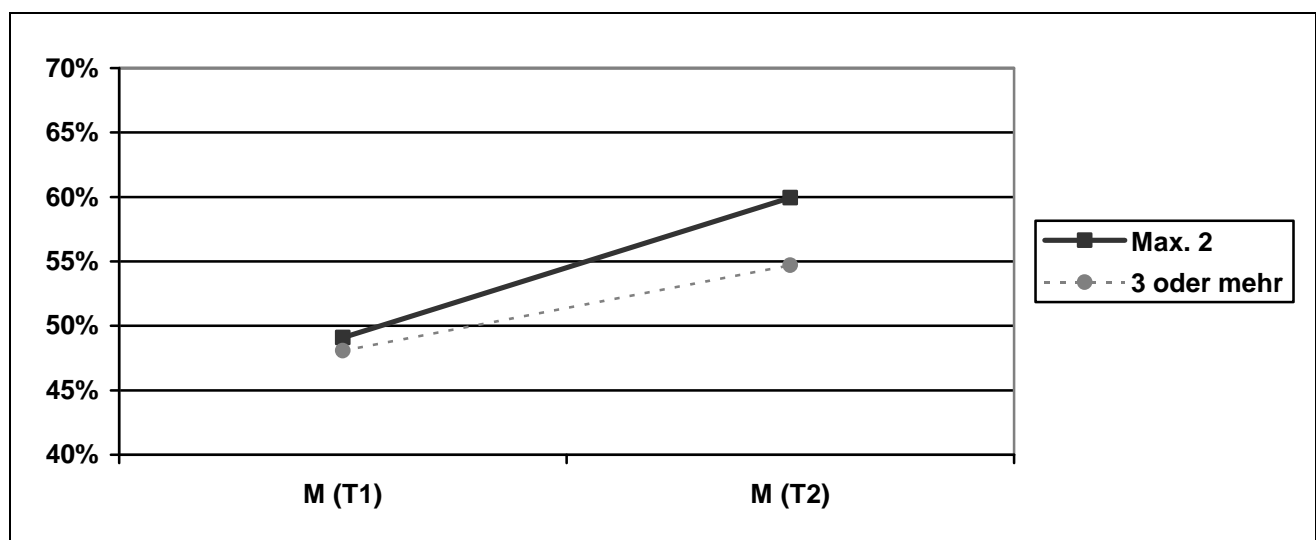
Da die Teilgruppen in diesen Vergleichsrechnungen sehr klein ausfielen (z. T. unter 5 Personen) und signifikante Effekte daher nicht zu erwarten waren, wurden die Werte deskriptiv inspiziert (vgl. die folgenden Abbildungen). Dabei zeigten sich ein überwiegend etwas günstigerer Verlauf bei bis zu 2 Fehlsitzungen und etwas geringere Effekte bei höheren Ausfallzeiten, also niedrigerer Dosis. Dies betraf auch die wichtigsten Risikoverhalten mit Ausnahme des Medienkonsums.

Tabelle 231: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach 2 Messzeitpunkten und Fehlzeiten (1-2 vs. 3 und mehr; VA)

Abhängige Variable	df	F	p	eta ²
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	14,962	,000	,065
Fehlzeiten	1	1,581	,210	,007
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	0,867	,353	,004
Referenzwertdifferenzen Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Messzeitpunkt	1	14,441	,000	,065
Fehlzeiten	1	2,518	,114	,012
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	0,534	,466	,003
Gesundheitliche Belastungen				
Messzeitpunkt	1	10,466	,001	,046
Fehlzeiten	1	3,917	,049	,018
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	1,287	,258	,006
Menge des Tabakkonsums				
Messzeitpunkt	1	1,288	,259	,012
Fehlzeiten	1	0,031	,861	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	0,694	,407	,007
Menge des Alkoholkonsums				
Messzeitpunkt	1	3,995	,049	,042
Fehlzeiten	1	2,659	,106	,028
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	2,382	,126	,026
Menge des Cannabiskonsums				
Messzeitpunkt	1	0,005	,942	,000
Fehlzeiten	1	0,257	,618	,013
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	0,031	,863	,002
Menge des Medienkonsums				
Messzeitpunkt	1	5,936	,018	,104
Fehlzeiten	1	0,008	,927	,000
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	1,746	,192	,033
Anzahl der Essanfälle				
Messzeitpunkt	1	0,751	,411	,086
Fehlzeiten	1	0,010	,923	,001
Wechselwirkung Messzeitpunkt und Fehlzeiten	1	0,674	,435	,078

Tabelle 232: Gesundheitskennwerte und Risikoverhalten nach Messpunkt / Fehlzeiten (1-2 vs. > 2; M)

		Messzeitpunkte		
		n	M (T1)	M (T2)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	max. 2	177	49,10	59,95
	3 oder mehr	42	48,07	54,71
Referenzwertdifferenzen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität	max. 2	169	-23,87	-13,39
	3 oder mehr	40	-26,10	-18,99
Gesundheitliche Belastung	max. 2	177	33,23	28,73
	3 oder mehr	42	40,63	31,28
Tabak – Anzahl/ Tag	max. 2	87	15,83	13,10
	3 oder mehr	19	15,02	14,61
Alkohol – reiner Alkohol/ Tag	max. 2	76	0,100	0,037
	3 oder mehr	17	0,105	0,097
Cannabis – Gramm/ Tag	max. 2	17	4,13	3,69
	3 oder mehr	4	2,74	2,92
Medien – Stunden/ Tag	max. 2	40	7,10	5,93
	3 oder mehr	13	8,36	4,41
Essanfälle – Anzahl/ Tag	max. 2	8	6,01	3,54
	3 oder mehr	2	5,15	5,08

**Abbildung 107: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Messzeitpunkt und Fehlzeiten**

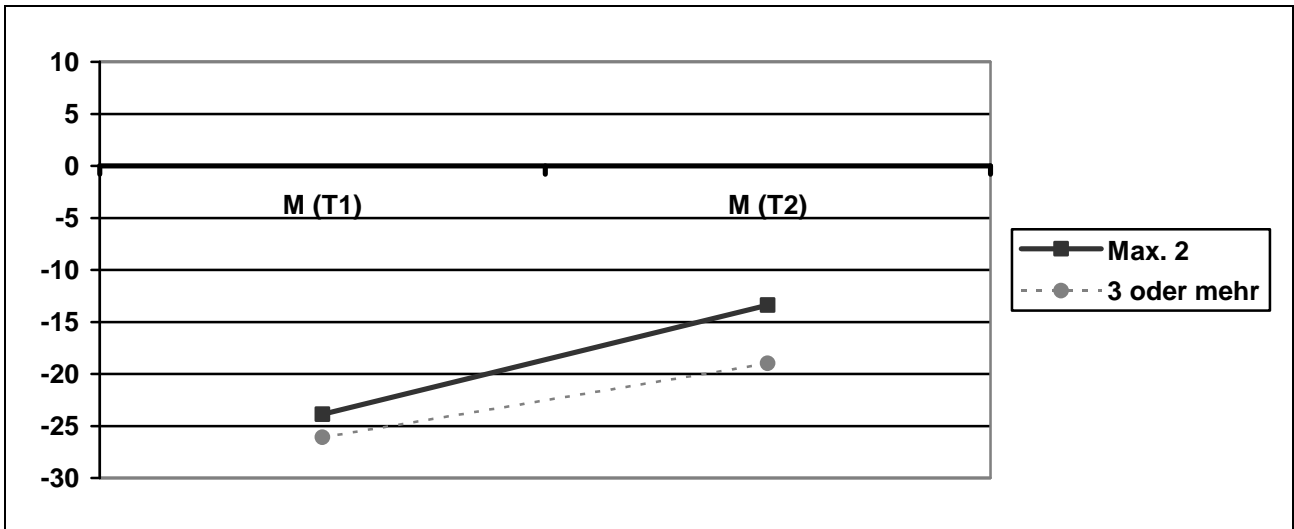


Abbildung 108: Referenzwertdifferenz Gesundheitsbezogener Lebensqualität nach Messpunkt und Fehlzeiten

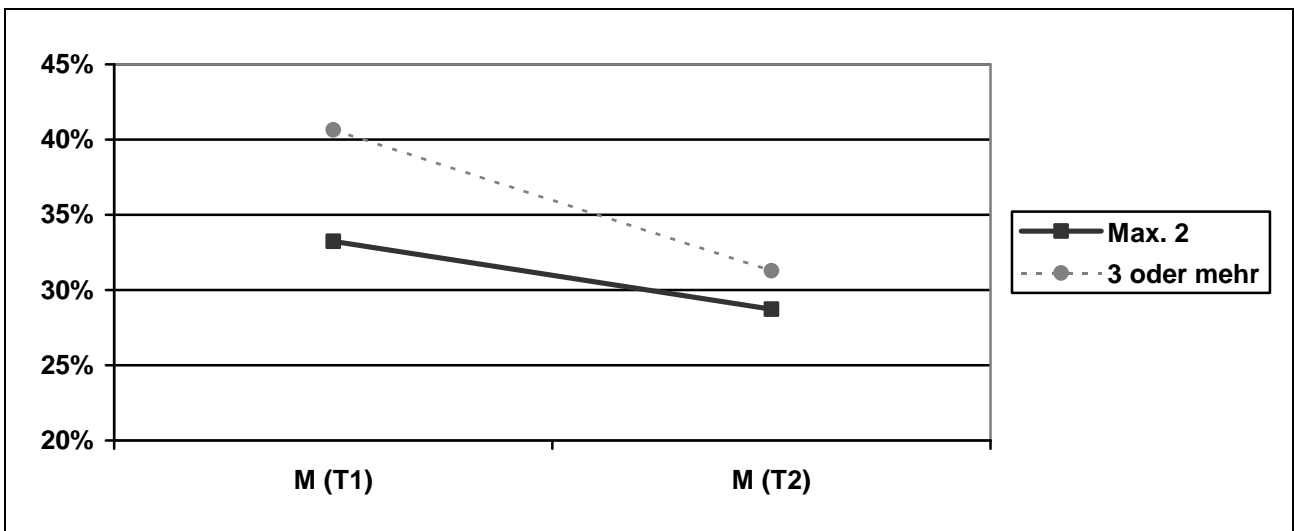


Abbildung 109: Gesundheitliche Belastungen nach Messzeitpunkt und Fehlzeiten

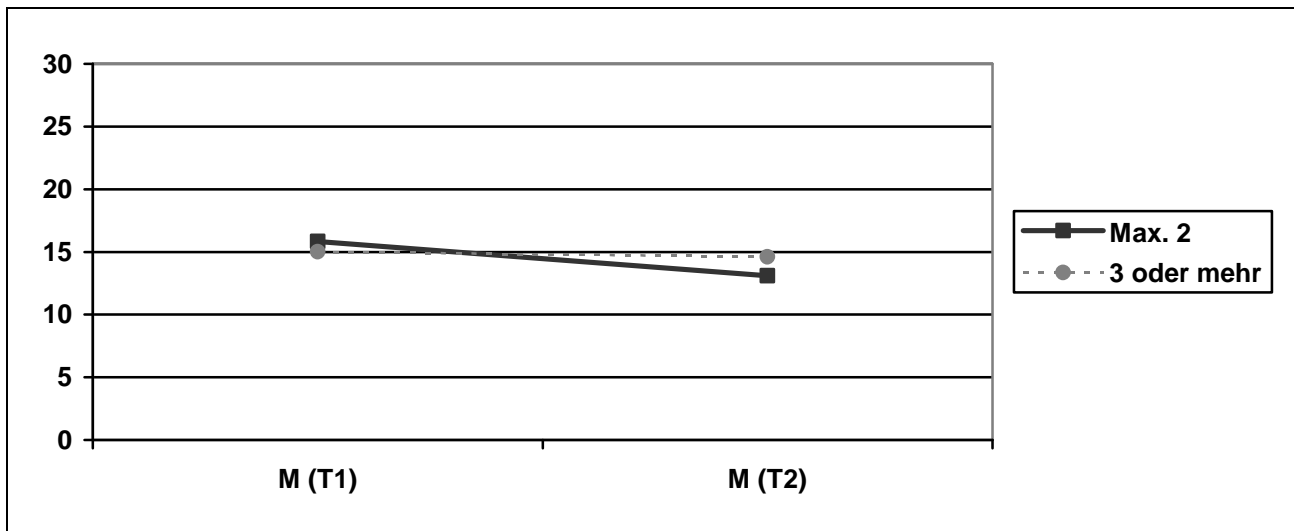


Abbildung 110: Tabakkonsum (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Fehlzeiten

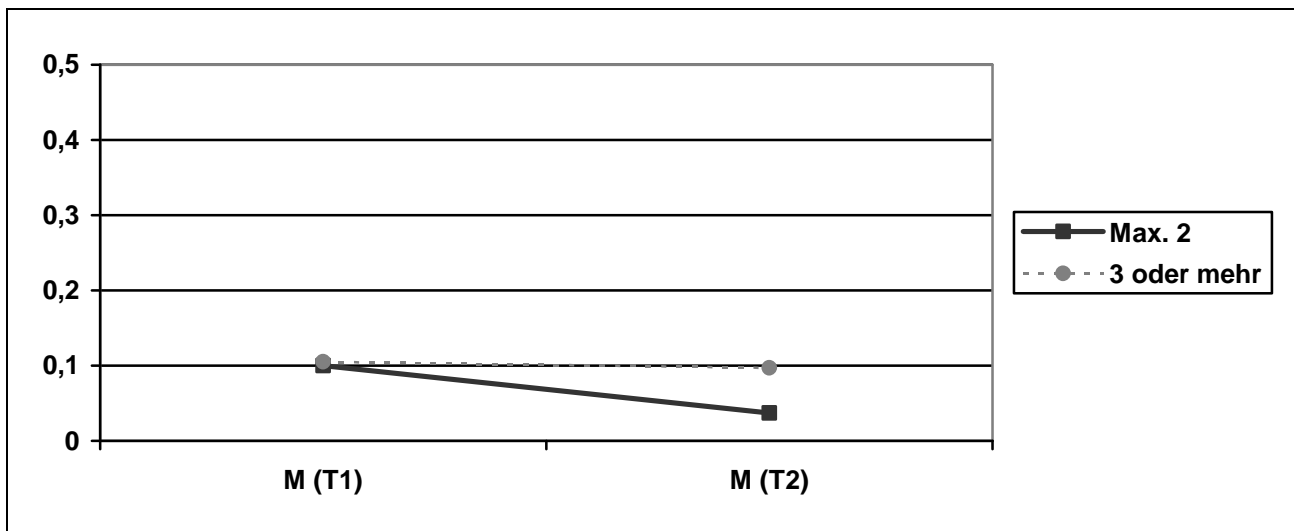


Abbildung 111: Alkoholkonsum (reiner Alkohol pro Tag) nach Messzeitpunkt und Fehlzeiten

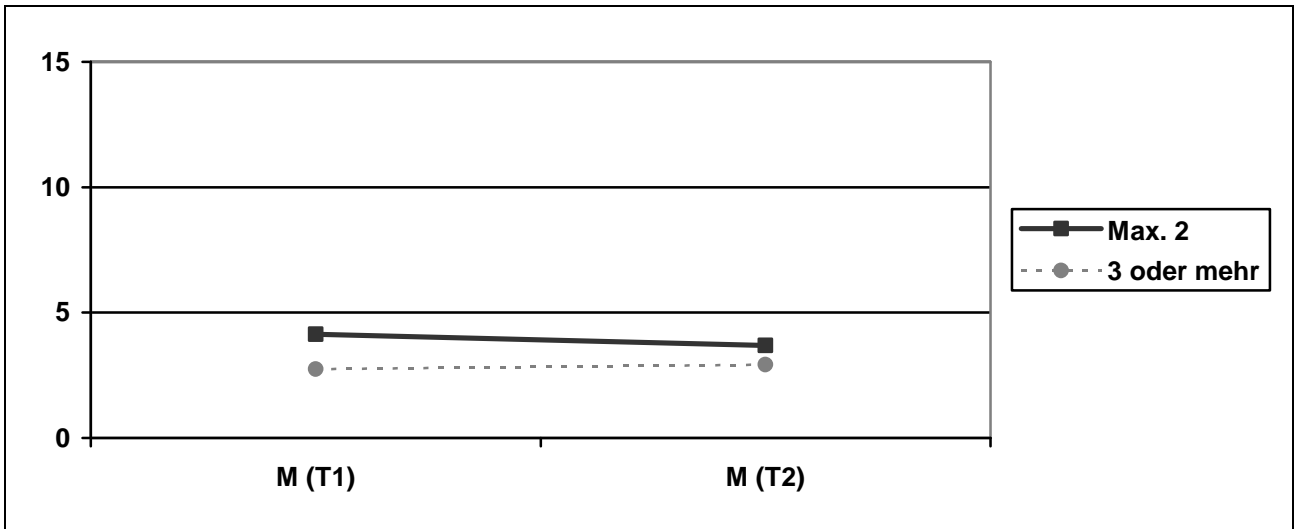


Abbildung 112: Cannabiskonsum (Gramm pro Tag) nach Messzeitpunkt und Fehlzeiten

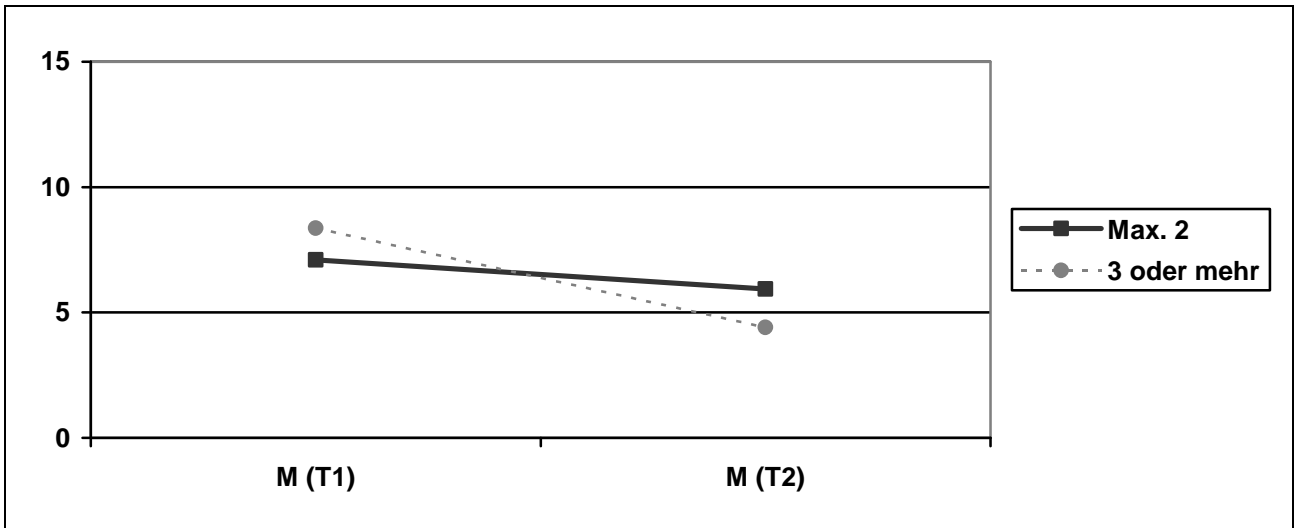


Abbildung 113: Medienkonsum (Stunden pro Tag) nach Messzeitpunkt und Fehlzeiten

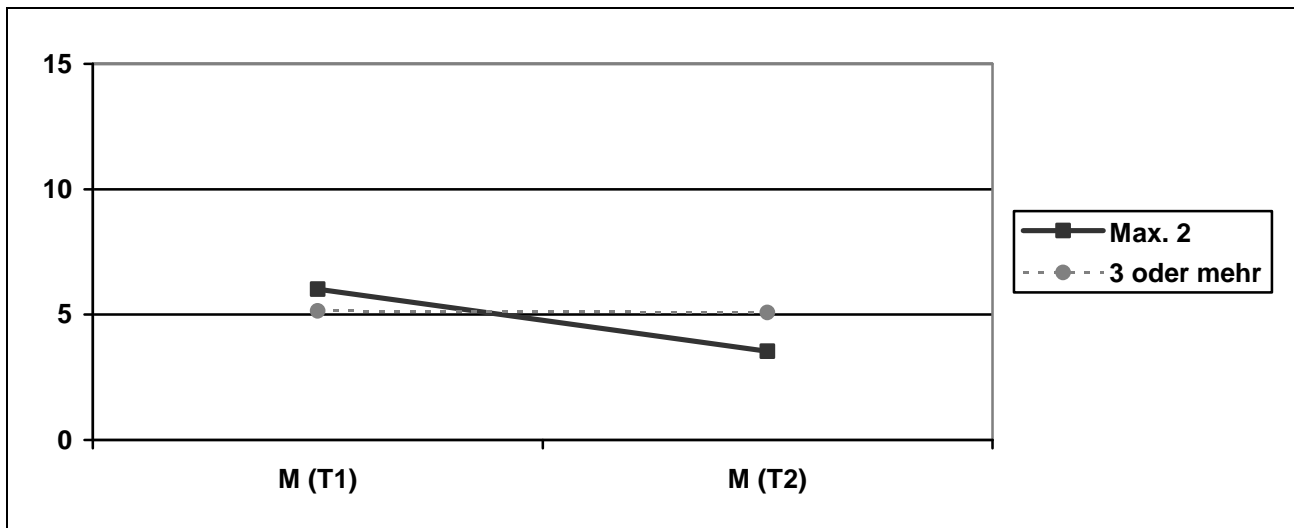


Abbildung 114: Essanfälle (Anzahl pro Tag) nach Messzeitpunkt und Fehlzeiten

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Fehlzeiten mit dem Gesundheitsstatus der Teilnehmer/-innen in unklarer Weise zusammenhängen. Die Interpretation der Längsschnittdaten erweist sich als schwierig, weil einige Teilvergleichsgruppen nur aus wenigen Personen bestanden. Wechselwirkungen zwischen Fehlzeiten und Programmeffekten wurden dadurch nicht signifikant. Deskriptiv betrachtet, ergaben sich günstigere Verläufe bei Personen mit bis zu 2 ausgefallenen Sitzungen hinsichtlich der meisten Risikoverhalten (Nikotin, Alkohol, Cannabis) sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität, allerdings mit geringen Differenzen.

Daraus folgt, dass eine Mindestteilnahme (Dosis) von 8 Treffen zu empfehlen ist. Zugleich sollte das Programm aber nicht abgebrochen werden, wenn ein/e Teilnehmer/-in mehr als 2 Sitzungen ausfallen lässt, weil dennoch positive Effekte eintreten, wenn auch in vermindertem Umfang.

20 Lokale Versorgungseffekte (Expertenbefragung)

20.1 Verbesserung der Versorgungslage

SKOLL hat die Landschaft bereichert. Die Einrichtungen können mit SKOLL in ihrem Angebot mehr in die Breite gehen. SKOLL hat das Angebot in den Einrichtungen erweitert, stabilisiert und differenziert. Durch SKOLL wird auch präventiv gearbeitet und unterschiedliche Zielgruppen werden erreicht. Zu diesen zählen Jugendliche, Schulen, Berufsschulen als auch Betriebe. SKOLL hat unter anderem auch zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Glücksspielsucht geführt.

„Ja, wie oben schon gesagt, durch SKOLL arbeiten wir auch präventiv, was wir streng genommen nicht dürften! Jugendliche, die auffällig geworden sind, kommen normalerweise in die Klinik und machen dort HALT! Ich gehe vorwiegend in die BBS, werde auch von denen angefragt, auch von einem Betrieb, in dem ich schon einmal gewesen bin. Ich habe mir einfach Kooperationspartner gesucht, habe Schulen, Berufsschulen, einen Betrieb (Möbelhof). Wir haben auch der Stadtverwaltung eine SKOLL-Gruppe angeboten. Mit Kooperationspartnern funktioniert das einfach prima! Veränderungen gibt es außer diesen aber regelmäßig in unserem Feld!

Ich sehe den Präventionsbedarf als extrem hoch an, wir gehen mehr raus, machen dafür auch reichlich Öffentlichkeitsarbeit, z. B. habe ich am nächsten Montag eine Pressekonferenz.“ (24/37)

„Vor 2 Jahren haben wir nur die Spitze bedient das schon einmal nur bei Heroin, und jetzt gehen wir in die Breite.“ (23/38)

„SKOLL hat die Landschaft bereichert!“ (22/36)

„SKOLL hat schon in den letzten zwei Jahren etwas verändert, die Richter waren auch sehr angetan, weisen gerne zu, das geht aber doch nicht zu Null-Tarif.“ (29/33)

„In der Sucht ändert sich ständig etwas, das ist nicht beschränkt auf die letzten zwei Jahre. Wir müssen jetzt mehr Eigenmittel erwirtschaften und haben unser Angebot erweitert.“ (Int. 7/28)

„Durch Etablierung der Landesstelle Glücksspielsucht in XY, in deren Koordinierungsgremium ich tätig bin, wurde die Versorgung für Menschen mit Glücksspielproblemen in Bayern, und auch in R., erheblich verbessert. Auch hierfür wurden Spezialangebote [landesweit] und in R. etabliert, verbunden mit einer Stellenmehrung.“ (E 14/19)

„Es ist besser geworden, wir machen wesentlich differenziertere Angebote.“ (E 11/18)

„In der Suchthilfe und in der Suchtprävention ändert sich ständig etwas. Es sind die Drogen, dafür gibt es auch eine Art Mode, unterschiedliche Schwerpunkte, aber seit Jahren ist der Alkohol die Nummer Eins, natürlich neben Tabak, also

dem Rauchen. Seit ca. 3 Jahren haben wir HALT, da wir festgestellt haben, dass zu uns vorwiegend die Jüngerer kommen, das ist vor allem unsere Zielgruppe.“ (E 7/22)

„Personell sind wir noch gut ausgestattet.

Ab 1.1.2012 haben wir hier eine große Kreisgebietsreform, jetzt läuft hier schon die Landkreiszusammenlegung, und wir hoffen, dass es dann für uns auch weiter gut läuft.

Zurzeit können wir nicht klagen: Es hat sich hier stabilisiert. Wir haben SKOLL und unsere Arbeit in einem Bundeswettbewerb vorgestellt und den 2. Preis bekommen.“ (32/23)

„In den letzten beiden Jahren erfolgte hingegen im Hinblick auf die Zielgruppe Jugendliche eine enorme Ausweitung der Präventionsarbeit im Rahmen des Frühinterventionsprojekts HALT, das im Jahr 2009 begonnen wurde. Dieses Projekt konnte 2010 mit dem Projekt HALT/AIDA erweitert werden und richtet sich nun nicht nur an Jugendliche, die aufgrund ihres exzessiven Konsums in Kliniken behandelt wurden, sondern generell an suchtgefährdete Jugendliche. Im Rahmen der selektiven Prävention konnte auch eine Projektgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien entwickelt werden.“ (E 16/21)

20.2 Optimierung der Arbeitsweise

SKOLL hat die Arbeitsweise verbessert. Durch SKOLL ist die Arbeit transparenter geworden. Man weiß jetzt, was wo läuft. Dass es SKOLL gibt, sieht man an den Zuweisungen.

Das Konzept von SKOLL ist gut strukturiert. Die Träger müssen jetzt mitarbeiten, wenn sie eine Förderung erhalten wollen. Dadurch haben sich einige Aspekte der Prozessqualität optimiert. SKOLL ist ein Gewinn. Es gibt einen regelmäßigen und verbindlichen Informationsaustausch. Außerdem wurden bisher meist nur Einzelgespräche geführt, durch SKOLL aber können Gruppen angeboten werden, das erleichtert die Arbeit für die Einrichtungen sehr, denn der Aufwand ist geringer. Auf der anderen Seite ist es auch für die Klienten effektiver, da sie sich in den Gruppen gegenseitig unterstützen.

„Durch SKOLL bei uns eine Menge. Jugendgerichtshilfe, Haus des Rechts haben festgestellt, dass es passt, es entlastet die Zuweisenden, dass es SKOLL gibt, es ist transparenter geworden, man weiß, was läuft, wo etwas läuft.“ (17/36)

„Wir haben mehr und mehr zu tun, der Druck wird immer größer, der zeitliche Druck, wohl gemerkt, und der Bedarf steigt und steigt und steigt und steigt! Wir könnten z. B. gut am Vormittag etwas anbieten, das zeigt z. B. auch, wo die Bedarfe sind. So kamen wir auf die Idee, Hausfrauen in Erwägung zu ziehen - da ist bestimmt ein Bedarf, und darin ist z. B. auch der Wandel abzulesen.“ (13/28)

„Es sind mehr Projekte dazugekommen, aber leider war alles sehr kurzlebig, da die Weiterfinanzierung nicht geregelt war. Ansonsten läuft es bei uns weiter wie bisher. Bei uns ist es überwiegend Alkohol, es gibt aber mittlerweile sehr viele

Doppeldiagnosen, wir machen vorwiegend Beratung, da hat sich grundsätzlich nicht so viel geändert.“ (12/34)

„Es gibt doch immer Veränderungen, Neues, Umstrukturierungen, sonst hätten wir vielleicht auch nicht SKOLL bekommen, und SKOLL war absolut hilfreich und hat vielleicht auch etwas verändert. SKOLL ist dabei nicht einfach so eine Art Beschäftigungstherapie für Lehrer in ihrer Freizeit, sondern ein gut strukturiertes Konzept, das die Verhaltensprävention im Blick hat, dafür braucht man ein Konzept, ein gut strukturiertes außerdem, und das hat SKOLL geboten.“ (6/33)

„Dahingehend, dass es das Kommunale Suchthilfenetzwerk schon über einige Jahre hier gibt, nur mit dem Unterschied, dass die Träger jetzt mitarbeiten müssen, wenn sie Förderung erhalten wollen. Einig Dinge haben sich dadurch optimiert, es ist ein Gewinn, der Informationsaustausch ist jetzt regelmäßiger und verbindlicher.“ (E 9/19)

„Wir hatten und haben diverse Pläne und uns bestimmte Aufgaben gestellt; wir versuchen, Vieles davon umzusetzen und es insgesamt „alltagstauglich“ zu machen sowie für die einzelnen Jahrgangsstufen anzupassen. Dann versuchen wir auch, eine Team-Evaluation durchzuführen. Unser „Problem“, aber wohl nicht nur unser „Problem“ ist es - oder auch nicht - dass wir die Ziele sehr hoch gesteckt haben. Einerseits ist es gut, hochgesteckte Ziele zu haben, und aber andererseits muss man dann doch realistischerweise geduldiger sein, alles, also z. B. diese hochgesteckten Ziele mehr und mehr nach hinten zu verschieben, sie aber dabei nicht aus den Augen zu verlieren, immer wieder Ziele und Stand zu reflektieren. Wir haben auch bei unseren Zielen und Angeboten, Vorhaben lernen müssen, dass es auch hier zum Einen keine schnellen Erfolge gibt und dass es sich dabei um einen kontinuierlichen Prozess handelt. Aber das ist ohnehin unser Alltag. Insgesamt gesehen kann man aber sagen, dass es intensiv und auch ziemlich gut läuft.“ (E 6/18)

„Es hat sich eigentlich in den letzten beiden Jahren nicht viel hier bei uns verändert, außer, dass wir bisher vorwiegend Einzelgespräche geführt haben, weil wir eigentlich nie eine Gruppe zusammen bekamen. Das ist jetzt anders, denn durch SKOLL können wir endlich eine Gruppe anbieten, und das hat zum einen die Arbeit für uns ungemein erleichtert, denn Einzelgespräche sind deutlich aufwendiger. Zum anderen ist es auch für unsere Leute effektiver, weil sie sich gegenüber früher gegenseitig unterstützen können: für die jungen Leute ist das in jedem Falle wesentlich angenehmer. Und für uns war es darüber hinaus auch spannend zu beobachten, wie das mit den gemischten Gruppen gehen soll - nach unseren Erfahrungen ging es gut! Wir hatten bei uns schon einmal mit „can stop“ gearbeitet, ein altersübergreifendes, SKOLL hingegen ist ein suchtmittelübergreifendes Programm.“ (E 4/17)

20.3 Bessere Kooperation zwischen Einrichtungen

Durch SKOLL haben die Einrichtungen Kooperationspartner gesucht und gefunden. Zu diesen zählen unter anderem Schulen, Berufsschulen, Betriebe, Stadtverwaltungen, Bildungsträger und Jobcenter. Die Vernetzung hat sich verbessert. Durch das Vorgehen Kooperationen einzugehen, hat sich die Suchthilfe verändert. Es funktioniert prima mit den Kooperationspartnern. SKOLL hat die Kooperationen mit anderen Einrichtungen intensiviert und verbessert und das soll in Zukunft fortgesetzt werden.

„Ich habe mir einfach Kooperationspartner gesucht, habe Schulen, Berufsschulen, einen Betrieb (Möbelhof). Wir haben auch der Stadtverwaltung eine SKOLL-Gruppe angeboten. Mit Kooperationspartnern funktioniert das einfach prima! .“ (24/37)

„Durch unser Vorgehen, Kooperationen einzugehen, das wollen wir fortsetzen und intensivieren.“ (15/33)

„Wir haben Kooperationspartner gefunden wie Bildungsträger und job-center, das aber erst seit SKOLL und wegen SKOLL. Die wussten, dass wir das machen und sind auf uns zugekommen, jedenfalls zum Teil. Wir hatten das auch speziell im Arbeitsamt angeboten, die Mitarbeiter kennen uns, wissen auch über SKOLL bescheid, schicken aber leider nicht so viele. Ab und zu kommen Jugendliche, die Auflagen bekommen haben, da fehlt die Motivation.“ (Int. 8/32)

„und die Kooperation mit anderen Einrichtungen haben wir verbessert.“ (2/41)

„Die Vernetzung hat sich verbessert, z. B. mit Gerichten, mit Substitutionsärzten, die den Jugendlichen SKOLL empfehlen. Bayern kürzt im sozialen Bereich, die Substitutions-Situation ist hier desolat, es ist ein Auf und Ab, ein stetiger Prozess, man kann es nicht so genau an zwei Jahren festmachen.“ (37/48)

20.4 Verbesserte Inanspruchnahme durch andere Einrichtungen

Zum einen ist die Vernetzung als positive Auswirkung von SKOLL auf andere Einrichtungen zu nennen. Es wird geschildert, dass Kooperationspartner gefunden werden, mit denen man vorher nicht zusammengearbeitet hat, wie zum Beispiel das Gericht oder Jobcenter. SKOLL hat einen direkten Einfluss auf die Kooperationspartner. So suchen beispielweise auch die Jugendgerichtshilfe, Polizei und Kriminalpolizei verstärkt den Kontakt zu den Beratungseinrichtungen, weil SKOLL für sie ein Angebot darstellt, dass sie selber nicht leisten können.

Zum anderen ist der Austausch mit anderen Beratungsstellen in der Region eine positive Auswirkung von SKOLL. Die Einrichtungen tauschen sich untereinander aus und lernen voneinander. Weitere positive Auswirkungen von SKOLL auf die Arbeit anderer Einrichtungen sind, dass SKOLL unter anderem eine Bereicherung und Ergänzung zum bisherigem Angebot darstellt, das SKOLL nicht konkurrenzfördernd ist und die Abläufe und Wege durch SKOLL kürzer geworden sind.

„Die Vernetzung bei SKOLL, der Austausch zu diesem Programm war gut, auch der mit anderen Beratungsstellen hier in der Region, aber die machen so weiter

wie bisher. Direkten Einfluss hat es allerhöchstens auf unsere Kooperationspartner gehabt.“ (24/40)

„Es war eine Bereicherung, offiziell dürfen wir, also darf unsere Einrichtung nur ein bestimmtes Spektrum abdecken, weil es hier bei uns eine Aufteilung gibt zwischen den legalen und den illegalen Drogen. Das geht aber nicht so streng, das kann man doch so streng nicht trennen, denn wir haben z. B. ein zusätzliches Angebot für einen Bildungsträger.“ (23/39)

„Dazu kann ich nichts sagen außer, dass es durch den absolut andersartigen, suchtübergreifenden Ansatz absolut nicht konkurrenzfördernd gewesen ist - das ist nicht immer so!“ (22/38)

„Die Jugendgerichtshilfe z. B. hat es als ein Angebot gesehen, das sie selber nicht leisten können. Gerade in diesem Bereich sind wir eher mit SKOLL eine Bereicherung, es gibt da noch ein paar andere Einrichtungen wie die Jugendgerichtshilfe, die von SKOLL profitieren, für die ist es also von Vorteil. Ob es Auswirkungen auf andere Einrichtungen in der Suchthilfe gehabt hat, kann ich nicht sagen, eher nicht.“ (18/36)

„Es ändert sich ständig, alles ist im Fluss, aber die Auswirkungen durch SKOLL liegen auch auf der Hand. Die Polizei und auch die Kripo suchen verstärkt den Kontakt zu uns und umgekehrt auch wir. Wenn wir erst einmal mit einem Präventionsprogramm angefangen sind, dann wird das gesehen, als Innovation wahrgenommen.“ (15/35)

„Kann ich nicht sagen. Es ist registriert worden, es kam z. T. auch bei den Gerichten an, und ich habe Kooperationspartner gefunden, mit denen ich früher nichts oder viel weniger zu tun hatte (Gericht etc.).“ (14/41)

„Veränderungen im eigentlichen Sinne gab es da nicht, eher einen Austausch, ein sehr guter Austausch untereinander; wir lernen eher voneinander, und insofern kam es schon zu Auswirkungen, wenn man das so bezeichnen möchte.“ (12/38)

„Die Struktur wird von allen Einrichtungen, die in irgendeiner Form beteiligt, „betroffen“ sind, sich damit beschäftigen, als positiv wahrgenommen

- Die Abläufe, die Wege sind jetzt kürzer
- ein gutes Beispiel für positive Auswirkungen ist das „job-center“: Wir setzen SKOLL auch bei den Arbeitsagenturen ein für Personen, die schwer vermittelbar sind, denn die, die z. B. arbeitslos sind und ein Problem z. B. mit Alkohol oder in einem anderen Feld der Sucht haben, müssen sich nicht mehr outen, weil sie nicht mehr in eine Beratungsstelle müssen, sondern das im center regeln können - und vor allen Dingen erreichen wir sie auch früher.

Es ist ja so, dass Lörrach einen großen Nutzen hat mit SKOLL, das gesamte Programm ist gut, aber auch das Training, das ist sehr wertvoll für die Arbeit auch über SKOLL hinaus.“ (E 9/22)

„Wenn ich bei Großveranstaltungen, Straßentreffs, Straßenfesten z. B. Jugendliche treffe, die auffällig sind, dann wende ich mich an sie und auch an die Eltern, verweise ich grundsätzlich an unsere beiden Träger hier, das sind CV und DW; ich kenne die ganze Szene, auch alle Anbieter und weiß sehr genau, was hier läuft. Im gemeinsamen AK, an dem ich eigentlich auch immer regelmäßig teilnehme, erfahren wir eher keine Einzelheiten, mehr das Allgemeine und das, was es an Neuem gibt. So habe ich auch vor 2 Jahren von SKOLL erfahren, bin jetzt aber nicht mehr so im Einzelnen informiert, was da so läuft, habe mitbekommen, dass SKOLL eigentlich eine Ergänzung zu den bestehenden Angeboten ist.“ (E 8/20)

„Ich war in vielen unterschiedlichen Teams in Köln und habe SKOLL vorgestellt. Es gibt viele, die die Klienten uns zuweisen, wie die Bewährungshilfe und die Jugendgerichtshilfe, da Sie sehen, dass SKOLL intensiver ist als FRED. Somit wurde der Blick schon mehr auf uns geworfen. Na ja, und wie bereits erwähnt gibt es innerhalb des SKMs eine bessere Vernetzung und allgemein hat sich die Vernetzung zur Jugendhilfe verstärkt.“ (27/36)

„Für SKOLL hatten wir hier das Monopol - eine Aufwertung.

Wir haben im ganzen Stadtgebiet Kontakt aufgenommen zu Schulen, zu Kinder-, Jugend- und Familienhilfe-Einrichtungen, sind durch SKOLL sehr flexibel, das hatte einen positiven Effekt. In SKOLL finden sich Menschen wieder, bei denen es nicht vordergründig um Lösungen gehen muss.

Es gibt Einrichtungen, bei denen das aus rechtlichen Gründen, die lösungsorientiert arbeiten, das also im Vordergrund steht.

Wenn wir dabei sind, Angebote machen /tragen, geht es einfacher, das relativ entspannt anzugehen. Wir haben hier z. B. ein Jugendwohnheim, das die Jugendlichen jetzt nicht mehr so schnell rausschmeißt, mehr Verständnis entwickelt, Geduld aufbringt für die Veränderungsprozesse, ihnen Zeit lässt dafür.

Insofern hatte SKOLL Einfluss auf andere Einrichtungen - absoluten positiven Einfluss!“ (38/35)

„Wir wollen uns hier im süddeutschen Bereich noch besser vernetzen, das heißt, Bayern, Franken, Baden-Württemberg - ich mache jetzt z. B. in Nürnberg für die Leute da eine SKOLL-Schulung.

Wie ich bereits erwähnt habe, schicken uns die Gerichte und auch die Substitutionsärzte Jugendliche, und wir kompensieren damit die Kürzungen - SKOLL hat andere Einrichtungen befruchtet.“ (37/52)

„Das kann ich nicht in Gänze beurteilen, aber insofern als dass wir mit einer eigenen Konzeption und eigen von uns ausgebildeten Trainern auch auf der Grundlage von SKOLL unsere Ideen bei IKUBIS und bei BIOTOPIA hineingetragen haben. Wir sind jetzt besser vernetzt, arbeiten mit im Netzwerk, mit der Schulsozialarbeit, wir machen neben SKOLL hier auch noch FRED und haben für uns hier den erlebnispädagogischen Ansatz weiter ausgebaut.“ (36/27)

„Wir arbeiten zusammen mit den Schulen im Landkreis, haben eine Multiplikatoren-schulung durchgeführt an 11 Schulen im „Groß“- Landkreis mit LWL, Parchim, machen Schulsozialarbeit. Wir hatten immer eine gute Unterstützung durch Frau XYZ.“ (32/26)

„Ich kann das nur für die Schulen hier sagen. Für die scheint sich etwas im Bewusstsein geändert zu haben. Wir haben jetzt häufiger Anfragen durch Schulen, bieten zweimal jährlich etwas in Schulklassen an.“ (31/35)

20.5 Keine Einschränkung anderer Hilfsangebote

Ein großer Teil der befragten Expert/-innen sah infolge der Einführung von SKOLL keine Auswirkungen auf die Arbeit anderer Einrichtungen, weder günstige noch belastende. Insbesondere wurden keine Veränderungen der Angebote vor Ort beobachtet, also auch keine Maßnahmen infolge der Einführung von SKOLL gekürzt oder eingestellt. Die wichtigste Veränderung bestehe in der Arbeit mit dem Programm, und wo dieses nicht eingesetzt werde, ändere sich an einem Haus und dessen Angebot wenig. Vereinzelt wurde dabei ein geringes Interesse des Feldes an Innovationen und insbesondere SKOLL beklagt.

„Nein, das ist mir nicht bekannt. Eher nein. Das könnten Leute, die in Gremien und Fachausschüssen arbeiten, so wie einige meiner Kollegen, eher beurteilen.“ (30/39)

„Nein, nicht das ich wüsste.“ (29/33)

„Also es wird schon im Einzelfall mal nachgefragt bezüglich des Programms. Aber andere wollen es nicht anbieten. Ich habe so den Eindruck, als wenn es keinen so wirklich interessiert.“ (28/36)

„Da war nichts erkennbar. Wir sind ja auch in Gremien und Präventionsräten aktiv, aber da hat man gar nichts wahrgenommen, obwohl wir SKOLL immer angenommen haben.“ (25/45)

„Ich glaube nicht.“ (21/36)

„Nein, denn die langen, sehr langen Motivationsgespräche, der Aufbau der Motivation kann sich doch keiner mehr leisten, keine Beratungsstelle. Insofern gab es keine Auswirkungen durch uns auf die anderen Einrichtungen, die zumal noch sehr weit von hier entfernt angesiedelt sind.“ (20/35)

„Bei anderen Einrichtungen? Das glaube ich nicht.“ (6/35)

„Nein, bei uns ist in dieser Hinsicht nichts angekommen, und wir hätten davon bestimmt gehört.“ (2/43)

„Kaum. Das Angebot wird zwar in X vorgehalten und auch angenommen, aber ohne relevante Auswirkungen auf die übrigen Einrichtungen.“ (E 14/20)

„Meines Wissens nach nicht, ich hatte mich auch als Vorbereitung auf unser Gespräch bei den Koll. erkundigt, und auch denen ist nichts bekannt, was Ihre Frage betrifft.“ (E 13/20)

„Bei uns? Auf gar keinen Fall! Das kann ich nur sehr eingeschränkt beantworten, denn bei uns alleine haben wir gut zu tun, 1.400 Aufnahmen, die Hälfte etwa mit einer Suchtproblematik.“ (E 10/21)

„Mir ist SKOLL zwar bekannt, es ist ein Suchthilfe-Programm. Wir machen hier ja aber nicht SKOLL, wir haben unsere Arbeit immer nach unseren Vorstellungen machen können, auf unsere Arbeit hatte SKOLL keinen Einfluss, weder einen positiven noch einen negativen. Das kann ich für uns sagen, von anderen Einrichtungen weiß ich es nicht.“ (E 6/19)

„Nein. SKOLL war auf alle Fälle ein sinnvolles Programm, eine gute Sache, die hier auch gut gelaufen ist.“ (E 1/32)

„Nein.“ (45/47)

„Auf andere Einrichtungen hat es nach meiner Kenntnis keinen Einfluss gehabt, bei uns hat es zu einer Bereicherung geführt.“ (44/43)

„Nein!“ (43/40)

„Nein, nichts erkennbares.“ (35/31)

Etwa ein Drittel der Befragten (N = 19) verweist ergänzend ausdrücklich darauf, dass sie möglicherweise einfach nicht alle Veränderungen kennen, die das Programm ausgelöst hat, und daher auch weitere Expert/-innen befragt werden sollten.

20.6 Fazit: Auswirkungen von SKOLL auf Suchtprävention und -hilfe

Innerhalb der lokalen und regionalen Versorgungsnetze hat die Einführung von SKOLL eine Reihe günstiger Folgewirkungen, die als externer Professionalisierungsschub zusammengefasst werden können. Der Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen gelingt besser, die Angebotspalette ist auch für sonst kaum zu versorgende kleine Bedarfsgruppen ergänzt, die Einrichtungen gehen zu einer proaktiven Zielgruppenarbeit über. Die Kooperation mit anderen Instanzen wird durch den Bedarf an Gruppeninteressent/-innen stark angeregt, woraus feste institutionelle Zusammenarbeit insbesondere mit Rechts- und Bildungseinrichtungen erwächst. Die präventiven Ansätze der Suchthilfe werden durch die Kompetenz zur Frühintervention gestärkt und ins Bewußtsein gerückt. Die Gruppenform der Interventionen ermöglicht eine intensivere Vorgehensweise und ist zugleich wirtschaftlich. Neben diesen verbreiteten positiven Veränderungen wurden von keinem Standort irgendwelche Hinweise auf eine mögliche Verschlechterung der lokalen oder regionalen Leistungen der Suchtprävention und -hilfe berichtet. Das neue Programm verdrängte somit keine bestehenden Angebote, die Einführung von SKOLL erfolgte als reines Zusatzangebot, Ergänzung und Bereicherung der bestehenden Hilfsangebote.

21 Nutzen von SKOLL für Träger (Expertenbefragung)

Die befragten Expert/-innen schätzen den Nutzen von SKOLL für die Träger als sehr groß ein. Das Programm sei auf mehreren Ebenen nützlich und hilfreich. Überwiegend wurde als spontane Begründung angeführt, SKOLL erweitere die Leistungen durch die Möglichkeiten zu sozialem Lernen, durch die Angebotsform der Gruppenarbeit und durch den sehr flexiblen generischen Interventionsansatz. Außerdem erhöhe SKOLL durch gute Wirksamkeit die Leistungsfähigkeit der Suchthilfe und -prävention.

„Generell? Ist es ein tolles Projekt. Ich selber bin erst seit Februar bei der Schulung zur Trainerin gewesen, habe es selber noch nicht durchgeführt, aber von anderen Kollegen nur Positives gehört.“ (19/15)

„Hoch und sehr hilfreich.“ (13/16)

„Sehr nützlich, sehr gut.“ (11/16)

„Als sehr sinnvoll, da es ein Gruppenprogramm ist, für Gruppen angeboten wird, ist dann auch noch gemischt, also suchtmittelübergreifend-, sowie alters- und auch noch geschlechtsübergreifend.“ (43/16)

„So weit ich das beurteilen kann, ist SKOLL für die Jugendlichen nützlich.“ (41/16)

„Jede Aktivität bringt für unsere Leute einen Nutzen.“ (40/16)

„TN lernen viel, erfahren viel, das Programm unterstützt gut.“ (40/18)

„Gut, sehr gut; ein sehr effektives Gruppenprojekt.“ (36/11)

„Nützlich, grundsätzlich war es nützlich.“ (34/17)

„Wir sind mit SKOLL gut abgepolstert und haben weniger Angst vor Sparmaßnahmen.“ (1/22)

„SKOLL ist sehr gut einzuordnen in unsere Arbeit und Einrichtung.“ (32/10)

Nur 2 Befragte gaben geringen Nutzen des Programms an; einer davon sah zwar keinen persönlichen Gewinn, da er selbst nicht mit dem Programm arbeite, berichtete aber die Möglichkeit positiver Außendarstellung. Im anderen Fall war keine Gruppe zustande gekommen.

„Da ich selber nicht mit SKOLL arbeite, hat es mir für meine Arbeit unmittelbar nichts gebracht, allenfalls mittelbar, dass ich gut verweisen kann an ein überzeugendes Programm.“ (38/18)

„Der Nutzen für die Einrichtung war eher gering, da ich SKOLL nie als Gruppe angeboten habe.“ (45/5)

21.1 Ergänzung zum bisherigen Angebot

SKOLL war nach Angaben der Befragten eine gute und sehr hilfreiche und sinnvolle Ergänzung zum bisherigen Angebot der Einrichtungen. SKOLL ermögliche die Vorhaltung einer komplexen Angebotspalette. Mit SKOLL biete Interventionen für eine breitere und differenziertere Menge von

Indikationen. Mit SKOLL habe sich das Portfolio der Beratungsstellen generell erweitert. SKOLL sei ein großer Gewinn und habe sich daher als festes Angebot in der Einrichtung etabliert. Für Personen, die eigentlich auf ein anderes Angebot warten, kann SKOLL als eine Art Vorschaltprogramm z. B. im Bereich der ambulanten Rehabilitation von großem Nutzen sein.

Die Zielvielfalt des Programms, die bisher in einer von Abstinenzzielen und Einzelabhängigkeiten geprägten Versorgungslandschaft gefehlt habe, ist neu und hilfreich. SKOLL bereichere auch als Möglichkeit strukturierter Gruppenarbeit die Palette verfügbarer Interventionen.

„Ich sehe SKOLL als Bestandteil der Gruppenarbeit. Vorzugsweise richtet es sich bei uns an Missbräuchler. Bei uns funktioniert das so: Die Kollegen gucken sich den Fall in einem Einzelgespräch an und entscheiden dann, ob es sich um Abhängigkeit oder Missbrauch handelt. Wenn bei dem Profil herauskommt, dass keine stationäre oder ambulante Reha erforderlich oder gewünscht ist und keine Abhängigkeit vorliegt, dann wird die Empfehlung für SKOLL ausgesprochen.“ (30/12)

„Ich habe das im Vorfeld mit meinem Kollegen besprochen und wir waren uns schon einig, dass man den Nutzen von SKOLL schon sehen kann. Wir haben noch andere Programme, wie zum Beispiel FRED, aber das ist ja nur für eingeschränkte Gruppen angelegt. Daher ist SKOLL eine Ergänzung zu FRED. Wir sehen SKOLL als Bereicherung. Und das nicht nur für uns, sondern auch für die Leute, die zu uns kommen.“ (29/11)

„Ich würde SKOLL als sehr positiv beurteilen. Es stellt eine sinnvolle Ergänzung zu unserer bisherigen Arbeit dar. Und es ist gut strukturiert, so dass es einen festen Rahmen für die Jugendlichen bietet. Außerdem erreichen wir mit SKOLL eine Personengruppe, die noch nicht abhängig ist.“ (28/11)

„Als sehr positiv. Es ist eine gute Ergänzung in unserer Einrichtung. Wir können eine größere Menge an Angebot gewährleisten in dem Sinne, dass wenn Anfragen bezüglich des sekundärpräventiven Bereiches kommen wir eine gute Versorgung leisten können.“ (27/11)

„Ich möchte es mal so formulieren: Es ist ein notwendiges Angebot zur komplexen Umsetzung einer Angebotspalette, die man heute braucht.“ (26/11)

„Ja, also inhaltlich - na ja - ich habe vorher schon Rückfallprävention gemacht, daher war es für mich inhaltlich nichts Neues. Aber es gab eine Facette mehr, nämlich die Gruppe. Ich finde es sehr schön, wenn Gruppenarbeit vorhanden ist.“ (26/13)

„Sehr gute Erfahrungen, der Präventionsbereich wird dadurch sehr gut abgedeckt.“ (24/16)

„Ein sehr großer Gewinn, weil es ein sehr niedrighwelliges Angebot ist und nicht die Abstinenz das Ziel ist; das ist sehr realistische.“ (23/15)

„Mit SKOLL haben wir eine Erweiterung erfahren, es ist eine Art Weiterführung von FRED.“ (22/16)

„Das Portofolio der Beratungsstelle hat sich erweitert, die Risikokompetenz z. B. kann überprüft werden.“ (22/18)

„Wir haben nach wie vor ein positives Bild von SKOLL, und wir haben es auch nach wie vor hier implementiert als ein festes Angebot.“ (20/16)

„Wir arbeiten im Jugend-Drogenbereich und da ist es eine hervorragende Ergänzung!“ (17/15)

„Ein hoher Nutzen. Für die Nutzer von SKOLL kann man immer nur wieder den hohen Nutzen betonen, jedenfalls hier in diesem Segment. Auch für den nicht zu unterschätzenden Personenkreis, der eigentlich auf ein anderes Angebot wartet, es kann als eine Art Vorschaltprogramm z. B. im Bereich der ambulanten REHA von großem Nutzen sein. Wir hatten im Vorfeld dafür Werbung gemacht.“ (15/16)

„Es ist neu, neu ist vor allen anderen aus meiner Sicht, dass der Schwerpunkt auf der Arbeit in der Gruppe liegt. Man muss die Koll. aber schon dafür auch motivieren, denn das Programm ist ja eher verhaltenstherapeutisch angelegt, dafür muss man die Koll. bzw. den einen oder anderen erst einmal gewinnen.“ (15/18)

„Es war noch einmal eine Intensivierung, was die Gruppenarbeit anbetrifft, auch die Bausteine/Module waren gut.“ (13/17)

„Es ist für uns ein ergänzendes Programm.“ (Int.GL 12/15)

„Es war gut für uns insofern, als dass wir wieder einmal in der Gruppe arbeiten mussten, war anregend, wir haben früher schon Gruppenarbeit gemacht, konnten unsere Kenntnisse wieder auffrischen, hat uns Sicherheit vermittelt.“ (11/17)

„Für meine Arbeit hat es persönlich eine ganze Menge gebracht, für meine suchttherapeutische Arbeit insbesondere; es ist eine gute Ergänzung.“ (10/16)

„Hat sich positiv, gut in unser Angebot eingefügt. Leute verschiedenen Alters, mit verschiedenen Problemen.“ (8/15)

„SKOLL hat bei uns in allen Bereichen unserer Arbeit Eingang gefunden.“ (5/15)

„Zielvielfalt, die bisher gefehlt hat, neu und hilfreich.“ (2/18)

„Eine gute und sehr hilfreiche Ergänzung.“ (2/19)

„SKOLL ist ein wunderbares Programm. Es war zum einen eine gute Ergänzung zu den bereits vorhandenen Programmen und vermittelte zum anderen gute Anregungen.“ (1/19)

„Es war persönlich Anstoß für uns, mehr in Richtung Prävention zu arbeiten

- Die Strukturiertheit des Programmes hat:
- die eigene Arbeit und
- die offensive Kommunikation nach außen und
- den Kontakt zu anderen Suchthilfe-Einrichtungen und zu Schulen

vereinfacht, es war ein großes Stück Arbeitserleichterung.“ (42/23)

„SKOLL bietet die Möglichkeit der Frühintervention für Menschen, die sich noch nicht als abhängig sehen. Es erweitert das Angebot für die Einrichtungen.“ (39/15)

„Ich mache hier die Sprechstunde für junge Konsumierende, und finde gut an SKOLL, dass es hinsichtlich des Konsums zieloffen ist, und dass so schrittweise das Problem bearbeitet wird, während andere Programme abstinenzenorientiert sind. Deshalb verweisen wir gerne auf SKOLL.“ (38/16)

21.2 Verbesserte Zielgruppenerreichung

Den Befragten wurde die Frage gestellt, ob durch SKOLL anderen Personen oder Gruppen erreicht werden als früher. Dabei haben sich drei unterschiedliche Einschätzungen herauskristallisiert. Die Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass durch SKOLL andere Personen oder Gruppen erreicht werden. Jeweils ein kleiner Teil der Befragten ist zum einen der Meinung, dass mehr Leute erreicht werden und zum anderen der Meinung dass keine anderen Personen oder Gruppen erreicht werden.

Bei der letztgenannten Gruppe (N = 5) herrschte der Eindruck vor, SKOLL biete zwar eine intensivere und effizientere Arbeitsform sowie flexibilisierte Ziele (durch Abkehr vom Abstinenzideal), erreiche aber weder andere noch neue Personen als bislang angesprochen wurden. Zwei der Befragten konnten allerdings bislang nur auf ein halbes Jahr Einsatz von SKOLL zurückblicken, so dass ihr Urteil wenig Gültigkeit hat (30/27; 31/26).

„Eigentlich nicht. Die Leute wären sonst in den Einzelgesprächen und jetzt sind sie halt in einer Gruppe. Ich hatte aber zu den Konsummittelabhängigen noch 2 Spieler dabei, aber die hätte ich eben auch in der Einzelberatung gehabt.“ (29/23)

„Nein. Wir sind ja eine Beratungsstelle für junge Erwachsene und Jugendliche. Neu ist nur, dass wir nun ein Gruppenangebot haben und dass der Abstinenzgedanke nicht mehr so präsent ist, aber Frühintervention haben wir schon immer gemacht.“ (28/24)

„Nein, aber ich kann die Personen länger im Prozess behalten. Ich habe als Untergrenze 16 J. gesetzt, zu uns kommen Leute die 18/19 Jahre alt sind, so um 30/40, vereinzelt auch Ältere, also über 65-Jährige, der Altersschwerpunkt liegt bei uns bei den 30 -45-Jährigen, in SKOLL allerdings zwischen 30 und 40 Jahren.“ (14/27)

21.2.1 Motivation und Gewinnung neuer Teilzielgruppen

Ein Großteil der Befragten berichtet, wie SKOLL andere und neue Teilgruppen erreicht. Einige Einrichtungen spitzen klar zu, dass sie der Durchführung von SKOLL die Zusammenarbeit mit wichtigen Zielgruppen verdanken, die sie bislang nur sehr unsystematisch und mit großem Aufwand in ihre Arbeit einbeziehen konnten, weil die Schaffung geeigneter Zugangswege viel Zeit und

Überwindung von Schwierigkeiten gekostet hätte, die von der laufenden Arbeit in bestehenden Hilfsangeboten abgehalten hätten. Zu den neuen Teilgruppen gehören namentlich folgende:

1. Die Klientel wird mit SKOLL zu einem früheren Zeitpunkt der Abhängigkeitsentwicklung angesprochen und in Unterstützungsangebote einbezogen als mit konventionellen Angeboten. Aufgrund von Kooperationen mit Job-Offensive, ARGE, Schulen, Bildungsträgern, Jugendgerichtshilfe, Bewährungshilfe, Jugendamt, Freie Träger sowie mit Betrieben, können mit einem Programm wie SKOLL andere Personen und Gruppen erreicht werden.
2. Die Einrichtungen erreichen mit SKOLL neue soziodemographische Teilzielgruppen. Dazu zählen Jüngere, Lehrlinge, verhaltensauffällige Jugendliche, von Bildungseinrichtungen als abhängigkeitsgefährdet erkannte Jugendliche, Berufsschüler/-innen, ältere Frauen, Erwachsene, Obdachlose, Alkoholiker, Spielsüchtige, versteckt Trinkende, Menschen mit einem Amphetamin und Kokainmissbrauch.
3. SKOLL kann außerdem Personen mit mehrfach fehlgeschlagenen Veränderungsversuchen und Behandlungen angeboten werden. Der offene, neuartige Interventionsansatz bietet also entmutigten Therapieerfahrenen einen neuen Ansatz mit begründeter Erfolgszuversicht.
4. Weiter spricht SKOLL Personen mit einem grenzwertigen Umgang mit Suchtmitteln an, die sonst nicht in die Beratung gekommen wären, da sie sich nicht als süchtig etikettieren wollen, die aber neugierig sind und aufgrund einer ersten Einsicht in ihr Risikoverhaltens ihre Gesundheit verbessern wollen. Hierzu gehören auch auch konsumstabile Personen, die zieloffen über eine Minderung ihres Risikokonsums nachdenken.
5. SKOLL erreicht schließlich als generisches Präventionsangebot Personen, die sich informieren wollen und ihr Leben selbst reflektieren. Es werden Menschen erreicht, die die Abstinenz nicht zum Ziel haben müssen. Aufgrund von SKOLL werden jetzt mehr Klienten vom Gericht oder der Jugendhilfe geschickt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass SKOLL erstens neue Teilzielgruppen dank Gruppenmethodik, offener Zielsetzung und generischem Ansatz erreicht. Dabei wird zweitens deutlich, dass die von den einzelnen Einrichtungen dank SKOLL besser einbezogenen Zielgruppen stark variieren; das Programm erfüllt also seine im vorigen Abschnitt angesprochene Funktion, die jeweiligen Schwerpunkte durch ein „Breitbandangebot“ abzurunden und auch kleinere Zielgruppen weiter einzubeziehen. Dabei zeichnete sich nur ein sehr vager Schwerpunkt ab: Die meisten Einrichtungen, die von neuer Klientel dank SKOLL berichteten, konnten mehr junge Menschen zwischen 16 und 27 Jahren erreichen, also vor allem junge Erwachsene. Drittens bietet SKOLL nicht nur eine attraktive und flexible Didaktik, sondern unterstützt auch – durch den Aufbau von Kooperationen – die Errichtung neuer Zugangswege zu den Einrichtungen und Hilfen.

*„man kann andere Gruppen erreichen, wenn man mit Betrieben, Ausbildungsstätten usw., kooperiert, bzw. man muss dafür eine gute Öffentlichkeitsarbeit leisten.“
(45/25)*

„Wir erreichen in der Beratungsstelle sonst eigentlich immer dieselben. Schwierig und sehr mühsam zu erreichen sind HARTZ-IV-Empfänger/-innen und Menschen, die nicht schreiben können. Das Programm stellt bestimmte Ansprüche, aber seit wir die Gruppen mischen. Selbst Klienten mit mehrfach fehlgeschlagenen Thera-

pieerfahrungen versuchen, einen neuen Anfang auf dem Weg zur Besserung zu machen. Z. B. eine Klientin, die seit zwei Jahren immer wieder bei mir war und bislang keinen Erfolg hatte, hat durch ihre Teilnahme an SKOLL einen Schub bekommen, es hat bei ihr „klick“ gemacht, und sie macht jetzt eine Therapie - endlich!“ (44/30)

„Ja, zum einen sind es Gruppen, die wir jetzt anbieten einmal für Leute, die den Weg in die Therapie suchen, es sind Leute, die über die Job-Offensive kommen, einen Job suchen und ein „kleines Problem haben“. (43/26)

„Ja, das ist eine großartige Erfahrung!

- Hauptsächlich Menschen, denen ihr grenzwertiger Umgang mit Suchtmitteln (noch) nicht bewusst ist

- Förderschulen, und hier vor allen Dingen die Jüngeren (12- 13-Jährige)

- Bildungsträger.“ (42/37)

„Ja, auf jeden Fall! Jüngere! Das liegt daran, dass es nicht die Abstinenz zum Ziel hat, die Hemmschwelle ist dadurch weg, also es gibt sie gar nicht. Gerade junge Leute machen meist sofort dicht bei Druck. Ja, auf jeden Fall!“ (41/23)

„Wir haben immer natürlich neue Leute, es wechselt ständig, ist aber immer derselbe Personenkreis, eben Lehrlinge.“ (40/25)

„Auf jeden Fall! Es sind die „Neugierigen“, die sonst nie in eine Einrichtung dieser Art gehen würden und die sich so ganz „nebenbei“ mit ihrem eigenen Suchtmittelkonsum befassen, diesen zu Recht oder auch nicht zu Recht als missbräuchlich betrachten und sich so erst für die die Möglichkeit eröffnet, über ihren Konsum nachzudenken und ihn einzuordnen. Ohne SKOLL wären sie bei uns nie angedockt!“ (39/27)

„Ja, es ist eben schon einmal die Tatsache, dass es Gruppen sind, macht es manchem Jugendlichen vielleicht leichter, teilzunehmen, und die weitere Tatsache, dass es auch über das Einzelfallbezogene hinausgeht, kann dazu führen, dass einige der TN weitermachen, also vermutlich werden junge Leute erreicht, die sonst nicht gekommen wären.“ (38/26)

„Einen ganzen Haufen von gefährdeten Jugendlichen. Sie kommen freiwillig, es steht kein Muss dahinter, es ist ihre Entscheidung, ein Stück Freiheit, sich mit sich zu beschäftigen und sich auseinandersetzen mit sich, wenn sie es wollen: Wir holen sie da ab, wo sie stehen, sie erzählen das, was sie wollen, formulieren ihre Ziele selber, verändern ihre Ziel, erreichen sie auch mal nicht, das wird aber von uns nicht gewertet, denn jeder Schritt, den sie gehen, ist gut, und das signalisieren wir auch.“ (37/40)

„Zum Teil erreichen wir insofern andere Menschen, dass die Jugendgerichtshilfe uns junge Leute schickt, das ist neu, hatten wir früher nicht.“ (36/21)

„Dies ist nicht direkt so zu beantworten: Eher so: für Betroffene/Interessierte gibt es jetzt eher die Möglichkeit bei uns anzudocken. Wo früher es hieß: Therapie ja

oder nein? mussten wir bei „nein“ die Leute woanders hinschicken oder konnten ihnen gar nichts anbieten.

Als „neu“: in unseren Selbsthilfegruppen, wo das Problem versteckt trinkender Teilnehmer aufgetaucht ist, werden Elemente von SKOLL verwendet um gezielt diese Leute anzusprechen, die im Rahmen der Gruppe stabil bleiben, die Gruppe dies aber so nicht hinnehmen will. Also wird mit diesen „versteckt trinkenden“ Teilnehmern konkret gearbeitet.“ (35/18)

„Erstmalig Alkis und Spielsüchtige in einer Gruppe.“ (34/24)

„Na, ja, wir bekommen jetzt welche geschickt, vom Kreis, von der ARGE, so etwa 20 – 30%, die hatten wir vorher gar nicht, die 1-Ero-Jobber.“ (33/32)

„Wir haben das erste Mal eine Jugendgruppe zustande gekommen.“ (32/17)

„Auf jeden Fall! SKOLL setzt ja früher an und ist im sekundär-präventiven Bereich zu verorten. Es ist nicht so angstbesetzt oder bedrohlich, sondern eher in dem Sinne „ich versuch es mal“. Wir haben es auch ab und an mal in die Zeitung gesetzt und dann sind normale Leute gekommen. Die haben beispielsweise bei der Feuerwehr oder beim Arbeitsamt gearbeitet. Das war schon ein anderes Klientel als zuvor.“ (27/24)

„Eher Nein (überlegt). Obwohl das stimmt so nicht ganz. Wir hatten schon Anfragen aus Ecken, wo wir uns selbst dachten Aha, aber die Leute sind dann letztendlich nicht zu den Treffen gekommen. Also wenn man das jetzt mal ganz eng nimmt, dass kann man die Frage schon bejahen. Es gibt ja schon mehr Leute, die sich eher trauen das Angebot anzunehmen, da es so offen gestaltet ist.“ (26/22)

„Ja, wie vorhin schon gesagt, haben wir Menschen erreicht, die wir sonst nie angesprochen hätten, da wir ja sonst nur Suchtberatung machen. Die haben wir nun durch SKOLL erreicht. (s.h. Frage 3)“ (25/25)

„Wir erreichen deutlich mehr, denn die Hürde ist niedriger. Die SKOLL-Gruppe hat mehr Freiheiten als die anderen Gruppen. Sie müssen sich selber prüfen, werden nicht von außen geprüft. Wir hatten hier z. B. eine Berufschulgruppe, mit der wir Arbeitsprojekte gemacht haben; ohne diese Freiwilligkeit, ohne diese Offenheit hätten wir die nie erreicht!“ (24/31)

„Deutlich mehr und deutlich auch andere, zu einem früheren Zeitraum. Es spricht sich schnell in der Szene rum; wir haben die mit den Amphetaminen und mit Kokain und die, die auffällig geworden sind durch Alkohol.“ (23/28)

„Ja! Allein durch die Offenheit, durch den suchtmittel-, alters- und geschlechtsübergreifenden Ansatz. Es geht um die Risikoreflexion, das eigene Vordergrund und nicht Abstinenz ist das Ziel! Hier dürfen Menschen auch scheitern, und es werden auch welche scheitern. Es wird aber auch wirken durch die Art der Anlage, 20% Methode und 80% Beziehungsarbeit! Es ist die Haltung, es sind gut ausgearbeitete Module, SKOLL bietet „Stützstrümpfe“ und darum wird das Klientenspektrum sich erweitern. Es geht um aktive Konfliktlösung.“ (22/30)

„Ja, es ist alles viel bunter. Am Anfang hatten wir so eine Art „Kennenlern-Spiel“. Es ist da z. B. eine ältere Frau - so um die 59 Jahre alt und jede Menge Jüngerer, die ihr erst einmal erklären mussten, was ein „Junkie“ ist, was „Kiffen“ ist, es war von beiden Seiten ein Hin und Her - ein Nachfragen. Das gab es in der Form noch nie bei uns. Und dann die Erkenntnis, dass es die Missstimmungen sind, die man wegdrücken will - und das war gleich, ob alt oder jung. Das ist nur ein Beispiel, um das anschaulicher zu machen.“ (21/28)

„Ja, viel früher als in der Vergangenheit; wir machen es mit gutem Erfolg auch im Erwachsenenbereich.“ (19/24)

„Ja, in kleinen Ausschnitten, vor allen bei denen, die denken, sie seien nicht süchtig, die sonst schwer zu erreichen sind.“ (18/30)

„Ja, durch die enge Kooperation mit der Jugendgerichtshilfe - wir beide haben gute Erfahrungen mit SKOLL.“ (17/23)

„Ja, sehr viele, die noch nicht weit unten sind und andere, die einsichtig werden hinsichtlich der Bewältigung, das sie es vielleicht doch nicht allein schaffen. Sie werden freier, der Druck fällt weg. So viel Ehrlichkeit wie in den SKOLL-Kursen habe ich bisher nicht erlebt!“ (16/25)

„Ja, allerdings nicht so viele, wie wir es erhofft hatten. Wir erreichen solche, die beim Jugendamt „auftauchen“, die „auffällig“ geworden sind, aber auch solche, denen eine Arbeitsgelegenheit angeboten worden ist, und die dort ebenfalls ein wenig auffällig geworden sind und denen man geraten hat, sich an uns doch mal zu wenden. Wir arbeiten jetzt verstärkt mit dem Job-center und Freien Trägern zusammen, haben da eine verbesserte Kooperation verabredet.“ (15/28)

„Ja! Vielleicht überlegen wir, es für Hausfrauen, Raucher, Menschen mit Depressionen anzubieten - vielleicht, denn eigentlich haben wir genug zu tun. Wir hatten hier Gruppen mit Jugendlichen, die uns geschickt worden sind von der Jugendhilfe und von der Bewährungshilfe.“ (13/23)

„Ja, auf jeden Fall, es sind vor allem die Jüngerer so um 16, die kommen und bleiben!“ (12/27)

„Auf jeden Fall! Dadurch, dass es so bunt gemischt ist, so offen ist. Allein dadurch erreichen wir es, dass eine Gruppe überhaupt zustande kommt. Wir sind hier ein ländlicher Raum, und haben es besonders schwer dadurch. Mit andern Programmen kriegen wir keine Gruppe zusammen.“ (11/28)

„Es sind deutlich mehr geworden. Und es ist die gesamte Bandbreite, wie geschildert. Wir haben die erreicht, die sich von sich aus nicht an uns wenden würden, weil sie noch nicht an dem Punkt angelangt sind, an dem sie zugeben, dass sie abhängig sind.“ (9/30)

„Eigentlich ja, vor allem auch Betriebe. Dadurch, dass wir strukturierter helfen können, keinen Druck aufbauen, kommen manche früher, rechtzeitig.“ (8/26)

„Gerade durch die Kooperation mit Schulen erreichen wir andere Personen und Gruppen als früher, arbeiten psychoaktiv, machen Raucherentwöhnung, arbeiten auch noch mit FRED, wir arbeiten hier viel mit Gruppen, haben durch SKOLL unser Angebot erweitern können, auch in Richtung Prävention. Wir sehen uns an, was uns Energie entzieht, achten auf das Soziale Umfeld, arbeiten mit dem „Tongefäßmodell“.“ (7/23)

„Wir haben jetzt z. B. sogar eine Obdachlosen-Gruppe.“ (6/27)

„Ja, auf jeden Fall! Zu uns kommen jetzt auch „ganz Normale“, die nicht in eine Suchtberatung gehen würden, aber die neugierig sind und etwas für sich tun möchten: SKOLL ist so flexibel, dass wir es auch schon bei Essstörungen eingesetzt haben. SKOLL ist eine Methode, in im ganze normalen Alltag und bei beliebig vielen Situationen eingesetzt werden kann. Zuerst muss man gut beobachten, dann die Situation einschätzen und danach vielleicht auch nur einzelne Schritte mit SKOLL gehen.“ (5/22)

„Ja, absolut, SKOLL hat da wirklich etwas ausgelöst und uns eigentlich darin bestätigt, Akquise zu betreiben, über den Tellerrand hinaus zu sehen. Wir sind in einer höchst komfortablen Lage; sind hier in der Stadt die einzige Suchtberatungsstelle; bekommen eine Pauschalsumme pro Jahr, und das ist gut angesichts knapper werdender Kassen, das Geld wird immer knapper. Wir sitzen hier im Gewerbepark mit vielen Betrieben. Da ist einmal die Firma ATU - Autoteile Unger, eine Firma mit, so wir gehört haben, hohem Krankenstand, bei anderen Betrieben wird es nicht anders sein. Hier ist z. B. ein Callcenter mit vorwiegend Frauenarbeitsplätzen und einem hohen Leistungsdruck, der kaum auszuhalten ist. Oder nehmen Sie den Altenpflegebereich: da klaffen Anspruch und Wirklichkeit enorm auseinander, das macht Stress, das belastet. Wenn wir hören, dass es in einem Betrieb, z. B. Suchtproblem gibt, schicken wir Material hin.

Wir haben einen Tag der Offenen Tür angeboten, dafür einen flyer entwickelt und unter die Leute verteilt; wir haben angefangen, auch SKOLL anzubieten. Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsfürsorge passt alles gut hinein.

Wir machen ambulante REHA.

Wir schicken dreimal im Jahr unser Material an die Hausärzte, eine Art Kurz-Konzept, in dem der Begriff „Sucht“ nicht vorkommt. Die schicken dann auch Leute zu uns. So fällt es leichter, die „Schwelle zu übertreten“.

Insgesamt haben wir 1.000 Briefe verschickt, und zwar an alle möglichen Institutionen, Einrichtungen, Träger, Behörden, darunter auch an die Krankenkassen und an die Gerichte.

Das Alles machen wir so nebenbei, sozusagen „zwischen Tür und Angel!“.“ (4/27)

„Aber ja, das ist der große Gewinn, dass wir doch vielfach die Jugendlichen viel früher erreichen als bisher.“ (3/33)

„Ja, absolut, es sind Jugendliche in einem sehr frühen Stadium, die noch nicht in der Abhängigkeit gelandet sind, aber auch solche, die sich ihre Abhängigkeit bisher nicht eingestehen wollten und deshalb bisher bei uns noch nicht aufgetaucht sind.“ (2/31)

„Ja, auf jeden Fall: Leute, die früher partout nicht erreicht worden sind. Das war nicht nur richtig nötig und beinahe überlebensnotwendig, sondern auch interessant.“ (1/21)

„Neben der Abstinenz in der Reha bietet es eine weitere Lösungsidee. Wir sehen SKOLL als gleichberechtigt an in Hinblick auf die Abstinenzprogramme. Wir können dadurch stabile Personen erreichen, die über das Reduzieren nachdenken. Für diese Personen haben wir nun ein eigenes Angebot.“ (28/13)

„Eigentlich sehe ich das zweigeteilt. Einerseits als positiv, da wir es für unsere Idee zum Thema Suchthilfe als strukturiertes Programm nehmen. Vorher haben wir das ausm Bauchgefühl gemacht. Es ist gut für Personen, die sich informieren wollen und ihr Leben selbstreflektieren. Das werden dann nicht gleich unsere Klienten. Es dient der Motivation und Vorbereitung und es ist eben auch für Menschen, die nicht motiviert sind und nicht wissen was sie machen sollen.“ (25/11)

„Nicht das Suchtmittel steht hier im Vordergrund, sondern ihre persönliche Situation. Bisher hatten wir junge Leute zwischen 16 und 27 Jahren, jetzt auch etwas ältere, aber immer noch junge Erwachsene. Die geschlechtsübergreifenden Gruppen funktionieren besser: Die Mädels haben den Jungen gut getan! Es ist da weniger Konkurrenzkampf.“ (24/18)

„Wir bekommen jetzt mehr vom Gericht geschickt, auch von der Jugendeinrichtung kommen jetzt mehr.“ (21/16)

„SKOLL ist gut für Leute, die noch zieloffen sind.“ (14/16)

„Wir profitieren davon dadurch, dass es bisher immer abstinenzorientiert war, und das ist neu bei SKOLL, wir erreichen Menschen, die Abstinenz nicht zum Ziel haben müssen, und das ist wirklich, wirklich neu! Wir erreichen Menschen, die das ursprünglich nicht zum Ziel hatten, aber mit SKOLL war bei einigen der Einstieg gelungen und hat das Ziel jetzt z. T. dahingehend verändert, dass sie sich jetzt doch in Richtung Abstinenz hin bewegen.“ (7/15)

„Sehr nützlich, und als Modul auch sehr gut im Gesamtkonzept. Dank SKOLL können wir jetzt ein Klientel bedienen, das wir bisher nur sehr unsystematisch betreut haben. Und auch die Tatsache, dass wir die Arbeit in Gruppen bewältigen, spart Zeit und Ressourcen.“ (6/16)

„Ziemlich positiv; wir haben einen Klientelbereich erreicht, zu dem wir nicht einmal ansatzweise einen Zugang gehabt haben.“ (4/16)

„Ja, das, was ich eben schon angesprochen habe und dann haben wir natürlich auch ganz neue Leute aufgrund des Netzwerkes bekommen.“ (3/17)

„Unsere Klientel war begrenzt. Wir suchten eine neue Klientel für unsere Einrichtung, wollten neue Klientengruppen für uns erschließen und neue Zugangswege, und da kam SKOLL für uns wie gerufen. Und es passte zu unserem Profil!“ (1/21)

„Gut, sinnvoll. Es erreicht Personengruppen, die sich sonst nicht ansprechen lassen und durch unsere Angebote nicht erreicht werden.“ (44/18)

„Eine ganze Menge! SKOLL geht in Richtung Psychoedukation. Für uns als Trainer: ein neues Überdenken der eigenen Rolle. Für die Leute ist es eine große Hilfe, denn sie erzählen es weiter, und es spricht sich rum.“ (37/13)

„Andere Zugangswege, sehr gute Zugangswege, gutes Angebot für die Region.“ (34/18)

„Stabilität, Festigung, dass wir für Jugendliche ein gutes Angebot machen können, das genau für sie zugeschnitten ist.“ (32/11)

21.2.2 Einbezug größerer Anteile der Zielgruppen

Ein kleiner Teil der Befragten ist der Meinung, dass durch ein Programm wie SKOLL deutlich mehr Menschen erreicht werden. Aufgrund des Ansatzes von SKOLL sind die Hürden niedriger. Eine große Rolle spielt dabei die Freiwilligkeit und Offenheit wobei die Teilnehmer/-innen sich selber prüfen müssen und nicht von außen geprüft werden.

„Einen ganzen Haufen von gefährdeten Jugendlichen. Sie kommen freiwillig, es steht kein Muss dahinter, es ist ihre Entscheidung, ein Stück Freiheit, sich mit sich zu beschäftigen und sich auseinandersetzen mit sich, wenn sie es wollen.“ (6/40)

„Wir erreichen deutlich mehr, denn die Hürde ist niedriger. Die SKOLL-Gruppe hat mehr Freiheiten als die anderen Gruppen. Sie müssen sich selber prüfen, werden nicht von außen geprüft. Wir hatten hier z. B. eine Berufsschulgruppe, mit der wir Arbeitsprojekte gemacht haben; ohne diese Freiwilligkeit, ohne diese Offenheit hätten wir die nie erreicht!“ (24/31)

„Deutlich mehr und deutlich auch andere, zu einem früheren Zeitraum.“ (23/28)

„Es sind deutlich mehr geworden. Und es ist die gesamte Bandbreite, wie geschildert. [...] Wir haben im Radio ein Interview von einer Frau gehört, die gesagt hat, dass ihr diese Form gefallen habe, weil es eine Art Kurs gewesen ist, an dem sie freiwillig teilgenommen habe, sie hat Geld bezahlt, und es hatte einen ähnlichen Charakter wie ein VHS-Kurs.“ (9/30)

21.3 Materialien

Das Material, das die Einrichtungen dazu erhalten haben, wird durchgehend als hochwertig und nützlich beurteilt. Inhalt wie Aufbau sind aus Sicht der Expert/-innen sehr hilfreich. Theorie und Praxis sind gut verknüpft. SKOLL gibt erprobte praktische Hilfen und realistische Handlungsan-

weisungen an die Hand, durch gute Strukturierung der Lernschritte und Aufgliederung in Module zudem rasch überschaubar. Einzelne Elemente von SKOLL lassen sich in anderen Maßnahmen verwenden oder übertragen. Das Arbeitsmaterial ist flexibel einsetzbar und lässt sich gut für die Einzelarbeit verwenden, auch für die übrigen Angebote in den Einrichtungen sowie im Erwachsenenbereich, so dass SKOLL die Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen bereichert. Die Arbeitsblätter sind konkret und nützlich für die persönliche Arbeit.

Die Methode von SKOLL ist zielgruppengerecht und in ihrer Wirksamkeit plausibel und rasche erfahrbare. Dadurch hat sich auch das Methodenwissen der Mitarbeiter/-innen erweitert.

„Ich habe mein suchtspezifisches Wissen in die Module übernehmen können und es vermitteln können. Ich bin Suchtberater und Suchttherapeut und somit kann ich das Wissen gut übermitteln. Aber ich bin durch SKOLL auch automatisch gezwungen mich mit den wichtigen Aspekten der Sucht zu beschäftigen. Ich sehe mir immer eine Stunde vorher die Module an und reflektiere das Wissen nochmal, zum Beispiel zum Thema Stressbewältigung. Was ist da alles wichtig und so weiter. Also kann ich mein Wissen nochmal auffrischen.“

Ich selbst erkenne- ich habe nämlich eine Verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung - die verhaltenstherapeutischen Aspekte, wie zum Beispiel das Sorgschema. Man merkt die verhaltenstherapeutische Handschrift des Programms.“ (30/15)

„Für mich persönlich und meinen Kollegen, der auch in der Suchtprävention arbeitet, waren die Arbeitsmaterialien schön (lacht). Man kann die sehr gut verwenden für die Einzelarbeit. Die Methoden und die Ideen finde ich gut.“ (25/13)

„Meine Methoden haben sich erhöht, mein sozialpädagogischer Ansatz, der sozialtherapeutisch geprägt ist, hat sich intensiviert.“ (23/16)

„Dadurch, dass es ein gutes, strukturiertes Programm ist, das die neuesten Forschungsergebnisse eingearbeitet hat und beinhaltet und darüber hinaus auch noch evaluiert wird, haben wir uns entschlossen, es für unsere Klientel hier anzubieten und es auch nicht bereut, denn uns hat die gute Struktur aufgezeigt, wie man vorgehen kann, die Module haben uns wichtige praktische Hilfen gegeben, nicht zu vergessen sollte man die Schulung. Alles zusammen hat uns sehr praktisch geholfen, aber auch den Blick geöffnet für einen neuen Ansatz.“ (20/19)

„Während der Schulung und von den Koll. die Erfahrungen selber gemacht oder aber profitiert, dass allein schon die Schulung sehr, sehr gut ist und auch das Material sowie sehr flexibel einsetzbar, z. B. auch für die übrigen Angebote in den Einrichtungen, und auch im Erwachsenenbereich anwendbar.“ (19/16)

„Die Methodik: Das Schritt-für-Schritt-Vorgehen, Gruppe, Ambivalenz in der Vor- und Umgehensweise.“ (17/17)

„Großer Nutzen für die Einrichtung, weil das Programm uns überzeugt hat von Anfang bis zum Ende. Und was hat SKOLL für Ihre eigene Arbeit gebracht? Neues gelernt, ein großes Programm mit einer guten Struktur an die Hand bekommen, die Theorie, aber auch viele praktischen Hilfestellungen. Wir können die Leute bündeln.“ (16/17)

„Es war gut, wieder einmal mit einem Programm zu tun zu bekommen, dass die Leute so annimmt, wie sie sind; diese positive Grundhaltung entspricht mir sehr. Die Arbeitsblätter waren sehr konkret und sehr nützlich für meine eigene Arbeit.“ (14/17)

„Für uns, also für die Einrichtung hat es sehr konkret etwas dahingehend verändert, dass wir jetzt mit SKOLL einen Zuwachs an Methoden zu verzeichnen haben und dass wir einzelne Bausteine auch woanders verwenden können.“ (7/17)

„Ja, das, was ich eben schon angesprochen habe und dann haben wir natürlich auch ganz neue Leute aufgrund des Netzwerkes bekommen. Das Material, das wir dazu erhalten haben, ist richtig, richtig gut. Allein schon die Struktur ist sehr hilfreich und dazu noch die Inhalte. Ich selber habe für mich daraus Vieles für meine sonstige Arbeit gebrauchen können - gutes, nützliches Material, das Theorie und Praxis sehr gut miteinander verknüpft.“ (3/17)

„Wir haben durch SKOLL mehr Methoden an die Hand bekommen, die wir auch nutzbringend nicht nur konkret bei diesem Projekt, sondern in unserem gesamten Arbeitsfeld einsetzen können, es ist eine Bereicherung für uns und unsere Arbeit und die Einrichtung. Kurz zusammengefasst heißt das bei uns: Durch den Ordner haben wir mehr Methoden an die Hand bekommen.“ (2/16)

„Einzelne Elemente von SKOLL kann man sicher bei anderen Präventionsprojekten oder anderen Angeboten verwenden.“ (45/9)

„Ich finde das Material sehr gut, brauchbar, aber man muss sich die Arbeiten noch selber aufbereiten. Ich habe noch vor kurzem an einer Schulung teilgenommen, und leider haben hier Teile gefehlt wie z. B. die Einführung, alle Elemente der Einführung fehlten, der ganze Block, alle Inhalte. Ich habe SKOLL nicht alleine, sondern zusammen mit meiner Kollegin durchgeführt, wir machen den Kurs zu zweit, abwechselnd und können uns so gut vertreten.“ (44/20)

„SKOLL

- hat uns eine gute Handlungsanweisung an die Hand gegeben*
- ist gut strukturiert*
- hat gute Einzelmodule*
- ist ein substanzübergreifendes Programm und*
- hat dadurch unseren Blick geöffnet, es auch bei stoffungebundenen Stoffen einzusetzen*
- macht tatsächlich nachdenklich hinsichtlich der eigenen Verhaltensweisen*
- ist ein Programm, das wir auch bei Beratungsgesprächen mit bereits auffälligen Jugendlichen einsetzen*
- ermöglicht mir eine individuelle Herangehensweise durch die Zusammenstellung der vielen Elementen je nach Bedarf*

- passt auch gut zu anderen Problemen, auffälligen Verhaltensweisen; ich habe es z. B. bei einer „Gewaltgeschichte“ mit gutem Erfolg eingesetzt - man muss nur die Begrifflichkeiten austauschen.“ (42/12)

„Eigentlich ist es ein Programm wie jedes andere. Es unterscheidet sich von anderen in der Form, nicht im Inhalt, jedenfalls im Großen und Ganzen nicht, also prinzipiell. Es ist inhaltlich und auch in der Vorgehensweise fest gelegt und gut durchstrukturiert, dadurch auch sehr klar.

Diese Klarheit durch die gute Strukturiertheit haben mir sehr viel für meine Arbeit gebracht, nicht nur für meine Arbeit mit SKOLL.“ (36/13)

„Als hilfreiches Instrument, welches im Vorfeld einer Therapie in Sachen Prävention wie aber auch als Behandlungsmöglichkeit im Bereich unserer ehrenamtlichen Selbsthilfegruppen einsetzbar ist. Elemente von SKOLL - dies bietet sich durch den modularen Aufbau von SKOLL grundsätzlich an - wurden auch in anderen Gruppenangeboten (zur Psychoedukation etc.) eingesetzt.

Generell bietet das SKOLL - Manual eine gute Handreichung für die Arbeit orientiert an bestimmten Themen ausgerichtet an. SKOLL ist auf jeden Fall eine Bereicherung, schon allein durch den Ansatz im riskanten Konsumbereich bzw. -verhalten.“ (35/6)

„Als gute Handreichung (siehe oben). Als schnell umzusetzendes Programm in einem thematisch und zeitlich klar umrissenen Rahmen (Lob für das Manual), welches ganz konkret die Mitarbeit der Teilnehmer einfordert (und nicht nur eine reine Wissensvermittlung darstellt).“ (35/9)

„Einzelne Sequenzen habe ich mir herausgesucht, Kleinigkeiten, die ich rausgreife. Ich mache auch noch FRED, mixe mir aus beiden etwas zusammen, übernehme die Struktur, die Rituale, passiert aber eher spontan, in der konkreten Arbeit.“ (34/18)

„Sehr gut, schönes Instrument, um die Wahrnehmung zu schulen; ist gut einsetzbar als Instrument zur Vorschaltung vor anderen Angeboten.“ (33/16)

„Wir sind hier ein Beratungsstelle für legale und für illegale Drogen, und ich war Teilnehmerin an dem Seminar. Gruppenangebote haben wir nicht durchgeführt, da wir dafür zu wenig Personal haben. Der Nutzen ist schwer zu beschreiben. Wir haben den praktischen Teil angewendet für die meist jungen Leute, die uns von den Gerichten und der Bewährungshilfe geschickt worden sind.“ (Int. 31/16)

21.4 Neue Kontakte

Mit SKOLL hat sich die Kooperation durch den gemeinsamen Arbeitskreis verbessert. Durch SKOLL gibt es eine bessere Vernetzung. Es wird beispielsweise mit Berufsschulen, dem Jugendamt, der Bewährungshilfe, Gerichtshilfe, dem Jobcenter kooperiert.

Durch SKOLL werden neue Netzwerkpartner gefunden bzw. bestehende Kontakte intensiviert oder auch neu belebt.

„Die Kooperation hat sich durch den gemeinsamen Arbeitskreis verbessert.

Seit SKOLL gibt es hier eine bessere Vernetzung; wir kooperieren z. B. mit der BBS, um SKOLL dort anzubieten und auch mit der Gerichtshilfe, mit dem Fallmanagement, dem Jugendamt und der Bewährungshilfe.“ (12/19)

„Wir haben durch SKOLL neue Netzwerkpartner gefunden bzw. bestehende Kontakte intensiviert oder auch neu belebt.“ (3/16)

„Förderung der Kooperation mit anderen Einrichtungen statt Konkurrenz.“ (2/20)

„Wir machen das ja gemeinsam mit dem CV, machen die Gruppe auch gemeinsam mit dem CV, haben SKOLL auch gemeinsam beworben.

Das hat zum einen die Kooperation unter uns gestärkt, und das ist in Zeiten leerer Kassen ein nicht zu unterschätzender Wert. Zum anderen hat die Zusammenarbeit auch den Vorteil, dass man Anregungen durch Koll. bekommt, natürlich umgekehrt profitieren auch die anderen durch unsere Anregungen. Insgesamt reflektiert man das eigene Handeln dadurch relativ schnell und spontan. Das kann man nicht genug positiv herausstellen, dass es unter uns allen Beteiligten eine sehr enge Kooperation gibt; kann man nicht genug betonen, denn früher war das Konkurrenz, und jetzt verhandeln wir mit dem Landkreis immer gemeinsam.[...] .“ (2/22)

„Dadurch, dass wir SKOLL „haben“, kamen von anderen Einrichtungen Fragen, und es ist auch von anderen Einrichtungen positiv aufgenommen worden.“ (1/21)

„[Es hat] den Kontakt zu anderen Suchthilfe-Einrichtungen und zu Schulen vereinfacht, es war ein großes Stück Arbeitserleichterung.“ (42/23)

21.5 Arbeitserleichterungen durch effiziente Gruppenintervention

SKOLL stellt eine Arbeitserleichterung dar, da viele Klienten in Gruppen untergebracht sind. Da die Arbeit in Gruppen bewältigt wird, werden Zeit, personelle Kapazitäten und Ressourcen gespart. Die persönliche Arbeit der Mitarbeiter/-innen wird durch SKOLL und seine Methoden erleichtert. SKOLL ist ausgesprochen anspruchsvoll erstellt, kann aber „anspruchlos“ eingesetzt werden, d. h., sehr niedrigschwellig.

„Es ist eine Arbeitsentlastung, da ja nun viele Klienten in den Gruppen untergebracht werden können, die vorher immer bei mir in der Einzelberatung waren. Und ich habe auch Elemente von SKOLL in die Einzelarbeit mitgenommen. Es hat mir die persönliche Arbeit erleichtert durch die Methoden.“ (29/13)

„Sehr nützlich, und als Modul auch sehr gut im Gesamtkonzept. Dank SKOLL können wir jetzt ein Klientel bedienen, das wir bisher nur sehr unsystematisch betreut haben. Und auch die Tatsache, dass wir die Arbeit in Gruppen bewältigen, spart Zeit und Ressourcen.“ (6/16)

„Als sehr hoch. Wir haben 11 Kurse durchgeführt und damit 100 Leute erreicht, also weit mehr als in Einzelgesprächen. Es wird bei uns zu einem festen Angebot!“ (37/11)

„Einiges habe ich dazu bereits gesagt. Es ist ein gut strukturiertes Programm, mit verhaltensstrukturierenden Bestandteilen und eine verhaltenstherapeutisch angelegte Vorgehensweise. Es ist ausgesprochen anspruchsvoll erstellt und kann aber anspruchslos eingesetzt werden, d. h. sehr niedrigschwellig.“ (5/16)

„Dadurch, dass wir die Arbeit jetzt in und mit Gruppen durchführen, sparen wir personelle Kapazitäten. Früher haben wir immer nach Gerichtsverfahren Einzelgespräche angeboten und gemacht, das ist, wie man weiß, sehr personalintensiv.

Hinzu kommt, dass man in der Gruppe einfacher und vor allem effektiver Konflikte, Konfliktherde, Konfliktraining und neue Wege daraus aufzeigen kann.“ (4/17)

21.6 Unerwartete Auswirkungen

Auf der anderen Seite hatte SKOLL in vier Einrichtungen auch vereinzelt negative Auswirkungen. Für diese Stellen gab es keine Arbeitserleichterung, wie erhofft, statt dessen zusätzliche Termine sowie Mehraufgaben, etwa Öffentlichkeitsarbeit. Effizienzprobleme bereitete zudem der Schwund von Teilnehmer/-innen in kleinen SKOLL-Gruppen, die dann eine sehr hohe Trainer-Teilnehmer-Relation aufwiesen. (Die Trainer reagierten wahrscheinlich nicht mit einer Einfachbesetzung, wie vom Programm vorgesehen, weil ihre Dienstpläne schon länger feststanden.)

„negativ ist, dass wir uns eine Arbeitserleichterung erhofft haben. Wir dachten, dass wir eine zeitliche Entlastung dadurch bekommen, da die Klienten nach der Beratung zu uns kommen und dann erstmal in die Gruppe gehen und nicht gleich Einzelpatienten werden. Aber wir hatten durch SKOLL zusätzliche Termine. Ich habe aber beim Netzwerktreffen mitbekommen, dass es bei anderen anders war. Ich weiß auch nicht so recht wo da der Fehler bei uns lag.“ (25/11)

„Mehr Arbeit.“ (21/18)

„Es war sehr personalintensiv. Wir hatten gedacht, dass, wenn wir Klienten zusammenfassen, es die Arbeit erleichtert, stimmte nicht. Wir hatten ein reguläres Arbeitsprojekt mit Konsumierenden von legalen und von illegalen Drogen, aber ansonsten von uns ganz offen angeworbene Klienten. Wir sprechen die Klienten in unserer Offenen Sprechstunde an, und daraus setzen sich dann die Gruppen zusammen: Es sind in der Regel anfangs 8, es bleiben 4, und das jeweils mit 2 Therapeuten, das ist ineffektiv. Anders ist es, wenn wir z. B. ein auf 3 Jahre angelegtes, terminiertes Projekt haben mit Arbeitssuchenden und mit 1-Euro-Jobbern. Das ist eine feste TN-Zahl, die gehen arbeiten, sind aber verpflichtet, zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem bestimmten Volumen an SKOLL teilzunehmen. Das machen die zwar nicht richtig freiwillig, aber die TN treffen sich jeden Tag bei der Arbeit, tauschen sich schon da untereinander aus. Die Kolleginnen, die

das machen, sind davon angetan, da stimmt die Vorgehensweise, die Struktur. Dann haben wir hier noch Jugendliche von der Jugendgerichtshilfe, die kommen ja eigentlich auch nicht freiwillig. Das aber soll ja bei SKOLL so sein, absolute Freiwilligkeit - oder? Da bleibt bei uns nur eine Handvoll, die tatsächlich freiwillig hier sind - und die sind auch am Motiviertesten, das nenne ich Eigenmotivation.“ (18/16)

„Es war schwierig, Gruppen zu akquirieren, es war richtig schwer und ist uns auch nur begrenzt gelungen, das hin zu kriegen; unsere Ansprechpartner sahen zunächst keinen Nutzen, die Öffentlichkeitsarbeit musste und sollte von unserer Seite auch intensiviert werden, weil wir von dem Nutzen von SKOLL recht überzeugt waren. Wir haben mit einer Jugendwohnung kooperiert, die mit uns gemeinsam den Ansatz der Freiwilligkeit von SKOLL überzeugend gefunden hat, aber genau das war dann auch letztlich der Konflikt zwischen uns, denn unter Freiwilligkeit haben sie verstanden, dass es nur um Spaß gehen sollte, das ging natürlich nicht.“ (10/15)

21.7 Fazit: Nutzen von SKOLL für Einrichtungen und Träger

Für die Einführung kann den Trägern ein vielfältiger Nutzen dieses neuen Programms dargestellt werden: Das Programm ergänzt bestehende Angebote durch eine neue Zielsetzung (Öffnung des Abstinenzideals, präventive Perspektive, Vermittlung von life skills), eignet sich für neue Zielgruppen, verspricht eine wirtschaftlichere und wirkungsvollere, zielgruppengerechtere Versorgung der bisherigen Klientel, schafft neue Zugangswege, unterstützt die Professionalität und fachliche Selbstentwicklung der Teams durch Materialien, Fortbildung und Erfahrungsaustausch, intensiviert die Vernetzung und Kooperation mit fachlich wichtigen Partnern im Bildungs- und Rechtswesen.

Klar verbessert das Programm die Zielgruppenenerreichung. 80% der Befragten und fast 90% der Standorte berichten von einer verbesserten Ansprache und Einbindung der Zielgruppen mit der Einführung von SKOLL. Die Verbesserungen waren teilweise auf eine Erweiterung der Arbeit zurückzuführen, wo bislang nicht oder nur mit großem Aufwand in die Arbeit einbeziehbare Teilgruppen zur Teilnahme motiviert wurden. Oder die Verbesserungen waren auf eine Verbreiterung der Zielgruppenenerreichung durch die Gruppenform des Programms zurückzuführen. Der Schwerpunkt der neu erreichten Gruppen lag bei jungen Erwachsenen (bis etwa 27 Jahren), doch bietet SKOLL als „Breitbandangebot“ vielen Teilgruppen einen Zugang: Menschen in einem früheren Stadium der Abhängigkeitsbiographie, Personen mit Kontakten zu verschiedenen Bildungseinrichtungen (z. B. Lehrlinge und Berufsschüler/-innen, verhaltensauffällige Jugendliche), Personen mit fehlgeschlagenen früheren Therapien, Risikokonsument/-innen mit Risikoeinsicht und Veränderungsmotivation aber Angst vor dem Stigma der Abhängigkeit sowie Personen mit gesundheitlicher Veränderungsmotivation, die ein Abstinenzziel ablehnen.

SKOLL ist daher zur Abrundung des Versorgungsangebots der Einrichtungen gut geeignet. Außerdem unterstützt SKOLL durch den Aufbau von Kooperationen die Einrichtung neuer Zugangswege zu den Einrichtungen und Hilfen.

Diesen Nutzeffekten stehen vereinzelt unerwartete Negativeffekte gegenüber, vor allem ein in einigen Einrichtungen (ca. 10%) aufgetretene Mehrarbeit durch den Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit und Anschub für den Aufbau fester Arbeitskontakte und die Gründung der ersten Gruppen sowie durch Schrumpfung einiger Gruppen gegenüber. Für diese Probleme sieht das Manual in aktueller Fassung aufgrund dieser Erfahrungen bereits Lösungen vor.

22 Impulse für das Arbeitsfeld (Expertenbefragung)

Auf die Frage hin, ob SKOLL gut zu den übrigen Angeboten vor Ort passt, kristallisierten sich drei Antworten heraus. Praktisch alle Befragte gaben die Einschätzung ab, SKOLL passe zum Arbeitsfeld. Die meisten Befragten teilten zudem das Gesamturteil, dass SKOLL eine gute Ergänzung zu bestehenden Angeboten darstellt. Eine kleinere Zahl von Befragten und Standorten berichtete darüber hinaus, dass SKOLL eine Lücke im bestehenden Repertoire der Abhängigkeitsprävention und Suchtversorgung schließe.

22.1 SKOLL kann das Arbeitsfeld innovativ in Bewegung setzen

SKOLL hat für frischen Wind gesorgt. Das Programm passt sowohl gut zu den Einrichtungen als auch gut zu den übrigen Angeboten vor Ort im Arbeitsfeld. Grund dafür sind der Ansatz und die Programmeigenschaften von SKOLL. Das Programm ist gut für die Prävention, Information und für Behandlungszugänge. SKOLL ist ein niedrighwelliges Angebot, das eine Verknüpfung zwischen den Jugendlichen und der Beratungsstelle hergestellt hat und früher interveniert. Es ist offen, weil es nicht vordergründig abstinenzorientiert ist und es eine offene Klärung der Thematik beinhaltet. Wenn SKOLL als ein Training oder Kurs angeboten wird, treten die Teilnehmer/-innen unbefangener an das Thema Sucht heran.

Aufgrund der Praxisnähe und der Arbeit mit den Modulen ist SKOLL ein hilfreiches und vielschichtiges Angebot. Der suchtmittelübergreifende Ansatz fügt sich gut in das Arbeitsfeld ein. SKOLL befindet sich mit seinem Ansatz zwischen Information und Beratung sowie zwischen Beratungsangeboten und Therapieangeboten. Weil der Ansatz gruppenorientiert ist, kann mit SKOLL Menschen geholfen werden, die schon sehr lange auf einen Termin warten. SKOLL ist zudem universell einsetzbar, da es sowohl in der Beratung als auch in der Selbsthilfe durchgeführt werden kann.

„Ja! Es ist

- *Praxisnah*
- *nicht hochwissenschaftlich*
- *Neu durch die Anlage zwischen Information und Beratung*
- *niedrighwellig*
- *Offen, weil nicht auf Krampf abstinenzorientiert.“ (42/52)*

„Ja, auf jeden Fall! Ich kenne noch „Realize it“, halte aber sehr viel von „SKOLL“!“ (41/28)

„SKOLL ist für uns ein zusätzliches, ein weiteres Programm, das zu uns gut passt. Das habe ich schon beantwortet. Ich mache den Job jetzt seit 18 Jahren, und SKOLL hat für frischen Wind gesorgt – nicht nur bei uns! Ich möchte SKOLL nicht mehr missen!“ (37/44)

„Wir haben das hier vor Ort als so eine Art Pfeilspitze dessen, was wir hier als Aufgabe begreifen, angesehen: Bei den jungen Leuten, die zu uns gekommen sind, ist mithilfe von SKOLL eine Art Verknüpfung erzeugt worden zwischen den Ju-

gendlichen und uns, die dazu geführt hat, dass wir alle gewonnen haben, wir und auch die Jugendlichen, die mit unserer Hilfe und durch die Unterstützung von SKOLL einen Erkenntnisgewinn erlangten und z. T. andere Leistungen in Anspruch nehmen wollten.“ (36/24)

„Es ist für die Prävention gut, für die Information, Behandlungszugänge, und es passt hervorragend zu allen Angeboten.“ (34/26)

„Es ist so zwischen Info, Ideen kriegen, Neugier stillen und dann doch auch schon Betroffenheit erzeugen und vielleicht dann auch bis zum ersten Schritt zur Beratung.“ (33/34)

„Ein Programm, das zu allen anderen passt, passt im Grunde genommen zu allem, wenn es um Hilfe geht.“ (31/30)

„Wir sind die Einzigen im Umkreis und in unsere Einrichtung passt es wie gesagt perfekt. SKOLL fängt auch Ältere und Alkoholiker ab für die es vorher nicht direkt so ein Angebot gab. Und unsere Einrichtung legt ehe sehr viel Wert auf Gruppenangebote.“ (29/27)

„Ja. Es gibt zwar manchmal Überschneidungen. Aber dann schauen wir halt wie das Projekt zeitlich passt.“ (28/28)

„Keine Ahnung. M. ist eine kleine Stadt. Es gibt hier keine Konkurrenzangebote wie FRED, HALT oder so. Wir haben uns dafür entschieden, weil es eine offene Klärung der Thematik ist. Das hat uns gut gefallen.“ (26/26)

„Wenn man das jetzt mal suchtbezogen sieht, dann passt es zwar, aber es hat keine Lücke gefüllt. HALT und FRED wird von Jugendliche oder junge Erwachsenen mit erhöhtem Sichtverhalten gut aufgenommen. SKOLL wäre dann eher war für Erwachsene, so 25 plus. Das wäre dann eine Nische. Aber so ist der Bedarf nicht erkennbar geworden. Also theoretisch hätte es schon gepasst zu unseren Angeboten, aber das hat sich bei uns nicht gezeigt.“ (25/29)

„Ich kann sehr unbedarft, eher naiv - fast blauäugig - an die Klienten herangehen, und das mache ich auch. Ich sage ihnen nicht, dass es um Sucht oder Drogen geht. Wenn ich so auf einen Schulleiter zugehen würde, dann würde der abwimmeln und sagen, dass sie keine Probleme dieser Art an der Schule haben. Aber, wenn ich da ganz harmlos hingehere und SKOLL als eine Art „Training“ oder „Kurs“ anbiete, dann geht das.“ (24/33)

„Es dient schon der Reflektion, kann zumindest dazu dienen, das eigene Verhalten zu überprüfen bevor die Abhängigkeit eintritt. Wir machen hier keine Vorauswahl, SKOLL, das merken wir, ist ein gutes Konstrukt, gibt den Leuten einen gewissen Halt denen, die noch nicht tief in die Abhängigkeit geraten sind. Wir haben sonst keine festen Programme wie FRED oder so, sondern eine eher offene Herangehensweise.“ (20/28)

„Zu uns passt es.“ (16/29)

„Also, das, was ich so höre, also das „Gerede“ hier, das heißt, dass früher interveniert wird und das, so sagt man, ist SKOLL zuzuschreiben. Es passt also ganz gut. Wir konkurrieren hier nicht, wir ergänzen uns und es gibt so eine Art Kette hier: Auffällige - Polizei - FRED - die stellen dort fest, dass der Klient besser bei SKOLL aufgehoben ist - und umgekehrt. Insofern passt wirklich alles gut zusammen!“ (15/29)

„Ja, durch SKOLL, da wir dadurch z. B. Menschen helfen können, die schon sehr lange auf einen Termin warten und ohne uns noch viel länger warten müssten.“ (13/24)

„Neben SKOLL, was wir gemeinsam anbieten läuft noch FRED (bei uns) und HALT (bei den anderen), und durch seinen insbesondere suchtmittelübergreifenden Ansatz fügt es sich gut in unsere Arbeit ein.“ (12/31)

„Ja, weil ich es passend mache, denn ich setze SKOLL pur ein und Teile von SKOLL.“ (10/29)

„Ich glaube schon, bei uns jedenfalls passt das, darauf achten wir aber auch. Es steht auch immer etwas in der Zeitung.“ (9/32)

„Hier bei dem bisschen, was wir haben, passt alles.“ (8/28)

„Ja, unbedingt, ein neues Herangehen durch Sekundärprävention. Schulen rufen jetzt an, wenn z. B. jemand auffällig geworden ist, das ist SKOLL ein sehr gutes Angebot, und es erzeugt auch eine gewisse leichte Betroffenheit. Ich denke, SKOLL passt gut hierher, wir bekommen jetzt hier auch ein kommunales Suchtthilfenzentrum her, und das finden wir auch gut.“ (6/29)

„Ja, absolut, es ist so universell, dass man es sowohl in der Beratung als auch z. B. in der Selbsthilfe durchführen kann. Und auch für Einzelgespräche kann man es in dem einen oder anderen Fall einsetzen, besonders gut natürlich in Gruppen, da hat es denn auch zusätzlich diesen gruppenspezifischen Effekt. Gut wäre es, wenn man es z. B. in Schulen, in BBS, Grund-, Hauptschulen, in Gymnasien und in den Gesamtschulen anbietet, aber auch in den KITAS bis hin zu betrieblichen Einrichtungen (hier z. B. in der Sparkasse im Rahmen der Gesundheitsförderung, im job-center).

Was ich mir dann aber noch wünschen würde: es sollte in der Erzieherausbildung thematisiert werden, und es müsste auch an Eltern herangetragen werden, ich weiß nicht, wie, aber Eltern und Erzieher sind für mich sehr wichtige Multiplikatoren.

Gute Multiplikatoren wären auch Hausärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Krankenhäuser, REHA-Einrichtungen.

SKOLL ist noch lange nicht an seine Grenzen gestoßen, sondern aufgrund seiner Anlage und Flexibilität gut ausbaufähig.“ (5/25)

„Es liegt zwischen Beratungsangeboten und Therapieangeboten, es ist dann auch noch in der Art, wie es angeboten wird, auch sehr hilfreich.“

Wir haben schon Vieles ausprobiert, sind da ganz offen, machen immer ein bis zwei Durchgänge, sehen, ob es passt. FRED z. B. ist uns zu stringent, wenn andere Einrichtungen das machen, die liegen weit weg, wir sind hier allein, darum ist die Frage für uns nicht ganz passend.“ (4/41)

„SKOLL ist ein vielschichtiges Angebot. Das Programm arbeitet mit Modulen, die aus einzelnen „Bausteinen“ bestehen wie z. B. in den Gruppen Einzel- und Gruppenarbeiten, stellt an die Teilnehmer/-innen hohe Erwartungen wie - ein einfaches Beispiel - Hausaufgaben (wie in der Schule). Es ist also ganz anders strukturiert als z. B. HALT. Wenn man bereit ist zur Reflektion (das muss man bei SKOLL), „flexibel im Kopf ist“, „auf jeder Hochzeit tanzt“, das Material als Bereicherung und hilfreich für den Einsatz auch bei anderen Projekten, nicht als lästig und störend annimmt und das Ganze als eine Art Fortbildung ansieht, dann passt es nicht nur gut zu anderen Programmen, es hilft dann auch dort richtig gut.“ (1/32)

22.2 SKOLL eignet sich als Ergänzung bestehender Angebote

SKOLL stellt eine gute sinnvolle Ergänzung des gesamten Beratungs- und Behandlungsangebotes von Einrichtungen dar. Das Programm ist für viele Einrichtungen eine Bereicherung, da es Ihr Angebot erweitert und gut integrierbar ist. Es gibt Einrichtungen, bei denen es so ein Programm wie SKOLL bisher noch nicht gegeben hat. Für die Einrichtungen ist SKOLL aufgrund seines Ansatzes eine Bereicherung. SKOLL ist ein Programm im Rahmen der Sekundärprävention und ist eine Schnittstelle zwischen Prävention und Behandlung. Der Ansatz von SKOLL ist neu und erzeugt keinen Druck bei den Teilnehmer/-innen sondern bietet die Überprüfung der Motivation. Das Programm ist kleinschrittig und bietet aktuell eine Antwort auf die Bedürfnisse und Fragestellungen der Menschen. Außerdem ist SKOLL eine gute Ergänzung zu bereits bestehenden Angeboten, weil es in Gruppen stattfindet und Gruppen auch zustande kommen. Daher eignet es sich besonders gut im ländlichen Raum.

„Es ist sicher eine gute Ergänzung.“ (45/34)

„Sehr gut! Es findet in Gruppen statt und ist somit eine gute Ergänzung.“ (43/30)

„Klar, gut! Neuer Ansatz dadurch, dass überhaupt kein Druck erzeugt wird, es geht immer nur um kleine Schritte, das habe ich erstmals gelernt und als neu in meine Konzeptionen auch mit aufgenommen - und das ist eigentlich eine Bereicherung für alle.“ (40/29)

„Wie sinnvoll SKOLL ist geht aus den obigen Antworten bereits hervor. Es ist bei uns eine sinnvolle Ergänzung unseres gesamten Beratungs- und Behandlungsangebots. [...]. Von Seiten der Betroffenen/Interessierten her passt SKOLL natürlich, da es aktuell eine Antwort auf Bedürfnisse und Fragestellungen dieser Menschen ist.“ (35/23)

„Ja, gut einbaubar und eine gute Ergänzung.“ (32/19)

„SKOLL ist ein ergänzendes Angebot und es bietet die Überprüfung der Motivation.“ (27/28)

„Ja, aufgrund all dessen, was ich ausgeführt habe; der Ansatz ist ein anderer, so dass keine Konkurrenz entsteht, es ist eher eine Bereicherung.“ (22/31)

„Ja, es ist eine Bereicherung hier für alle und durch SKOLL bekommen wir endlich einmal eine Gruppe zusammen, das ist uns bisher mit HALT und FRED nicht gelungen. SKOLL eignet sich besonders gut im ländlichen Raum und ist positiv und von Vorteil zum einen aufgrund des gruppenspezifischen Prozesses und es ist zum anderen auch ökonomischer.“ (21/31)

„Sehr gut, es ist so zwischen Prävention, also eigentlich der Sekundärprävention und der Behandlung angesiedelt. Für uns in der Einrichtung ist es eine gute Ergänzung.“ (19/26)

„Es passt als Schnittstelle sehr gut, es ist eine Super-Ergänzung! Es könnte eine wunderbare Schnittstelle werden zwischen Prävention und Behandlung. Wir haben hier eine Auseinandersetzung geführt zum Thema „Kontrolliertes Trinken“ - geht das? Doch, es geht, jedenfalls im Anfangsstadium im Rahmen der Bewusstseinsbildung!“ (18/32)

„Schlicht und einfach gesagt, handelt es sich bei SKOLL um ein Programm im Rahmen der Sekundär-Prävention. Ob es zu anderen Angeboten im Ort passt, kann ich nicht sagen. Ich kann nur für uns sprechen: So etwas wie SKOLL gab es bei uns bisher noch nicht, war neu, und es ist für uns eine Ergänzung. Und es passt zu unserem Leistungsspektrum und in unser Leistungsprofil! Menschen, die zu mir kommen, sind vermehrt aufgefallen, Viele von ihnen haben schon mehrere Versuche unternommen.

- Wir haben ein Klientel, bei dem es nicht vorwiegend um Abstinenz geht, sondern um Verhaltensänderungen und
- sind von der Tradition her eine Einrichtung, die nicht abstinentenorientiert ist
- Kontrolliertes Trinken nach Prof. Körkel
- Selbsttraining (bisher im Einzelgespräch) und neu für uns
 - Informationsgruppe für alkoholabhängige Menschen

Und vor diesem Hintergrund passt SKOLL gut zu uns.“ (14/29)

„Hervorragend, es wirkt angebotserweiternd und fügt sich glänzend ein. Man kennt uns, empfiehlt uns, das ist doch ein Indiz.“ (7/24)

„SKOLL ist doch ganz anders gestrickt und ist somit ein zusätzliches Angebot.“ (3/37)

„Ja, habe ich auch bereits schon zu Anfang gesagt, ist hier eine Wiederholung:

1. Wir erreichen die Jugendlichen früher
2. Eine gute und sehr hilfreiche Ergänzung
3. Fördert Kooperation mit anderen Einrichtungen statt Konkurrenz.“ (2/35)

22.3 SKOLL schließt die Lücken im Arbeitsspektrum der Suchthilfe

In einigen Einrichtungen schließt SKOLL als Bereicherung und neuer Baustein eine Lücke, da das Programm nicht dogmatisch und vordergründig abstinenzorientiert ist und nicht in Konkurrenz zu anderen Angeboten steht. Die Einrichtungen geben kein einhelliges Bild, wo jeweils Lücken bestanden, vielmehr divergierten diese von Ort zu Ort. Infolge seines vielseitigen generischen Ansatzes und der Gruppenarbeit bietet sich SKOLL an, bislang nicht systematisch mit spezifischen Angeboten versorgte kleinere Teilgruppen eine Art ‚Regenschirm-Angebot‘ zu eröffnen, etwa für Personen mit verschiedenartigen Risikoverhalten aber insgesamt gelungener und angepasster Lebensführung oder für Personen, die ein Abstinenzziel ablehnen würden.

„SKOLL schließt hier sogar eine Lücke, ist somit sogar eine Bereicherung, ein neuer Baustein.“ (39/32)

„Ja, es ist ein guter Baustein z. B. für Leute, bei denen Abstinenz vordergründig nicht ansteht bzw. geplant ist, ich betone „vordergründig“. Und das steht nicht in Konkurrenz zu anderen Angeboten, schließt eher eine Lücke.“ (38/29)

„Es passt gut, weil es sozusagen die bestehende Lücke durch die Gruppenarbeit mit Missbräuchlern geschlossen hat. Wir haben als Alternative noch ein Angebot, aber das ist eher im Bereich der Arbeit mit Abhängigen.“ (30/32)

„Es passt sehr gut, weil es eine Lücke bei uns schließt und gut zu uns passt als ein ergänzendes Angebot. Es ist z. B. sehr gut geeignet für Leute, die nicht clean werden wollen, die weiter konsumieren wollen, bei denen das Verhalten aber eher unauffällig ist. Das hier in Bayern in die Köpfe zu bekommen, dass das auch gut sein kann, ist schwierig, denn bei uns gibt es nur schwarz oder weiß.“ (23/32)

„es schließt eine Lücke, ist eine Fortsetzung von MOVE, gute Sekundär-Prävention, ist an der Schwelle bzw. angesiedelt zwischen Missbrauch und Gefährdung.“ (17/24)

22.4 Fazit: Impulse des Programms für Suchthilfe und –prävention

Die Befragten erwarten von SKOLL auf drei Ebenen Entwicklungsanstöße für ihr gesamtes Arbeitsgebiet: Erstens könnte SKOLL mit seinem neuartigen Interventionsansatz und seiner hohen Gruppenform Wirksamkeit und Effizienz der Suchthilfe erhöhen und den Beginn ganz neuer Vorgehensweisen, einer neuen Familie von Interventionen, markieren. Zweitens bildet SKOLL eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Beratungs- und Behandlungsangebotes praktisch aller Einrichtungen dar, weil es die Kapazität und Kompetenzen der Einrichtungen sowohl zur Frühintervention als auch die Übergangszone zwischen Prävention und Behandlung stärkt, und zwar generisch und zieloffen, also breit akzeptabel. Drittens kann SKOLL mit seiner substanz- und teilgruppenübergreifenden Vorgehensweise die jeweils noch bestehenden Lücken praktisch jeder Einrichtung schließen.

23 Leistungen von SKOLL für die Prävention (Expertenbefragung)

23.1 Bereicherung der Prävention und Ergänzung laufender Programme

SKOLL intensiviert den präventiven Interventionsarm der Suchtprävention und –hilfe, und zwar aus Sicht praktisch aller Befragter. Nur ein Experte wollte sich dieser Einschätzung nicht anschließen, weil seine Einrichtung nicht präventiv arbeite (31/28).

SKOLL ist aus Sicht der Befragten ein nützliches Programm, das die präventiven Kapazitäten sowohl der Einrichtungen und durch Lebenskompetenzen die Resilienz und das Selbstmanagement der Teilnehmer/-innen verstärkt. SKOLL wirkt dadurch sekundärpräventiv und bildet eine Art Scharnierintervention an der Schnittstelle zwischen Prävention und Beratung. Dank Frühintervention, risikoübergreifender Offenheit und Gruppenarbeit ist SKOLL eine Bereicherung für die Prävention und stellt eine gute Ergänzung zu bereits bestehenden Präventionsprogrammen dar. Beispielsweise ergänzen sich SKOLL und FRED sehr gut, auch wenn sie unterschiedliche Zugangswege haben. Mit SKOLL kann man bei unterschiedlichen Ansätzen arbeiten, wie zum Beispiel in der offenen Sprechstunde oder auch in der Einzelberatung. SKOLL kann ein erster Schritt zum Einstieg in eine Behandlung sein.

„Ein Präventionsprogramm ist SKOLL m. E. eher nicht, allerhöchstens könnte man es als eine Art Zwischenprogramm bezeichnen, es ist aber höchst hilfreich und nützlich.“ (44/32)

„Es ist und wirkt sekundärpräventiv.“ (43/28)

„Nützlich, verstärkt und bestärkt.“ (40/27)

„SKOLL ist eine Art Schnittstelle zwischen Prävention und Beratung, es schließt diese Schnittstelle, eine Art Frühintervention, man kann mit SKOLL bei ganz unterschiedlichen Ansätzen arbeiten z. B. sowohl bei der „offenen“ Sprechstunde als auch bei der Beratung.“ (39/30)

„Für mich geht es in unserem Arbeitsalltag mit Prävention auch häufig immer noch ein Stück weiter, es ist manches Mal ein erster Schritt hin zum Beginn einer Behandlung. Insofern ist es eine Bereicherung auch für die Prävention. Bisher gab es nichts zwischen Information/Beratung/Therapie, und diese Lücke schließt SKOLL jetzt.“

Und wenn die Jungens 3 Monate bei der Stange bleiben bei SKOLL und dann einen Antrag beim Rentenversicherungsträger stellen, ist es für sie einfacher, einen Platz zu bekommen.“ (37/43)

„Ja, es ist nützlich. SKOLL ist eine sehr gute Ergänzung zu bestehenden Präventionsprogrammen.“ (35/21)

„Ich mache ja SKOLL und FRED, beide ergänzen sich sehr gut, sind eine wirklich gute Ergänzung, aber mit unterschiedlichen Zugangswegen. SKOLL ist hier nochmals anders, so meinen es die TN, man muss wirklich keine Angst haben, und das ist schon die halbe Miete, sie kommen.“ (34/25)

„SKOLL ist sehr nützlich. Wir machen ja schon Realized, FRED und HALT. Aber SKOLL ist sehr nützlich, da alle Suchtmittel einbezogen werden. Es bietet den breiteren Rahmen. Und der Gruppenansatz ist gut. Die Themen sind sehr praktisch. Und was ich so mitbekommen habe, ist, dass wenn SKOLL von Anfang an gut läuft und man es gut einführt, dann wird es so ein Selbstläufer. Den Teilnehmern macht es sogar Spaß zu kommen und Sie freuen sich auf die nächste Sitzung. Sie können etwas lernen.“ (28/26)

„Es ist eine hervorragende Ergänzung! Wir werden das deshalb auf jeden Fall weiterhin im Verbund anbieten.“ (12/29)

„Das greift - es passt, man erreicht die Leute früher, aber man muss sie auch informieren, man muss sich rühren, dann ist SKOLL äußerst nützlich für die Prävention.“ (4/39)

23.2 Neuer Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen

SKOLL hat einen neuen Zugang geschaffen und setzt woanders an. Die offene Angebotserklärung ist gut. Es kommen Leute in die Gruppen, die einen problematischen Konsum haben und nicht schon abhängig sind. Die Leute werden dadurch früher erreicht und das ist Prävention.

SKOLL hat aufgrund seiner Programmeigenschaften einen neuen Ansatz geschaffen. Es ist gut, dass das Programm einen suchtmittel- und altersübergreifenden Ansatz hat und nicht auf Abstinenz ausgerichtet ist. Auch die Gruppenarbeit ist ein wichtiger Bestandteil.

Der Ansatz von SKOLL zielt bei den Teilnehmer/-innen auf eine Überprüfung ab und liefert wichtige Impulse für eine Abstinenz und den kontrollierten Konsum. Aufgrund dieses Ansatzes von SKOLL erreicht man die Leute, sonst würden sie nicht kommen.

„Hinsichtlich der Primärprävention leistet es eigentlich nichts (lacht). SKOLL setzt ja wo anders an. Obwohl ich dazu sagen muss, dass ich in den Kursen nur Leute hatte, die schon eine Abhängigkeit im Konsum hatten. Also wenn man das jetzt mal aus der anderen Perspektive betrachtet, dann kommen durch SKOLL auch welche in die Gruppen rein, die einen problematischen Konsum haben und nicht schon abhängig sind.“ (29/25)

„Die offene Angebotserklärung ist gut. Es geht nicht um Abstinenz oder so. Du kannst klären wo du stehst und was du jetzt damit machst. Es macht die Leute schon neugierig. Und da es niedrighellig ist, trauen sich mehr Leute es wahrzunehmen. Aber ich muss dazu sagen, dass ich aus der Behandlung komme und SKOLL eher als behandlerisches Element sehe.“ (26/24)

„Das greift - es passt, man erreicht die Leute früher, aber man muss sie auch informieren, man muss sich rühren, dann ist SKOLL äußerst nützlich für die Prävention.“ (4/39)

„Man muss da zwar eigentlich noch abwarten und nicht zu früh so euphorisch sein, abwarten heißt aber nicht, keine Hoffnung zu haben. Wir erreichen die jun-

gen Leute einfach früher und hoffen, das ist Prävention, dieses Rechtzeitige.“ (3/35)

„Ist bereits ausgeführt worden, ist eine Wiederholung, es kommen neuerdings die zu uns, die bisher wenig und mehr aus Neugier konsumiert haben.“ (2/33)

„Das ist heute schwer einzuschätzen. Vielleicht durch die Tatsache, dass jetzt Leute kommen, die noch nicht ganz unten sind und wo sich die Sucht noch nicht so verfestigt hat und zu einer Art Dauerproblem geworden ist. Muss man abwarten.“ (1/31)

„Der suchtmittel- und altersübergreifende, nicht auf Abstinenz ausgerichtete Ansatz bringt und führt verschiedene Leute sehr früh und unkompliziert zusammen, die sich austauschen und z. T. erkennen, dass sie auf dem Wege missbräuchlichen Konsums sind, z. T. ihr Konsumverhalten ändern.“ (42/42)

„Es ist suchtmittelübergreifend, findet in Gruppen statt, Abstinenz ist nicht Thema, und deshalb erreicht man erst einmal überhaupt die jungen Leute; sonst würden sie nicht kommen. Und dann tauschen sie sich in er Gruppe aus, lernen voneinander, weil sei aufeinander eher hören als auf Erwachsene.“ (41/25)

„Für mich als Präventionskraft ist SKOLL ein sehr guter Baustein in meiner Arbeit. Es basiert auf Selbsterkenntnis, nicht auf absoluter Abstinenz; sie sollen ihren eigenen Weg gehen.“ (32/18)

„Ja, es ist nützlich. SKOLL ist eine sehr gute Ergänzung zu bestehenden Präventionsprogrammen. Der Grund ist ganz einfach: weil der Ansatz von SKOLL auf eine Überprüfung hin abzielt, und dabei muss als primäres Thema nicht einmal ein riskantes Suchtverhalten im Vordergrund stehen. Man kann sich auch über Alltagsprobleme, die mit einem Suchtverhalten in Verbindung stehen dem Thema „Konsum & Co.“ nähern. Die Wahrnehmung der Teilnehmer ist aber eine andere, weil da nicht ein Eingeständnis über irgendein Suchtverhalten passieren muss sondern viel freier darüber geredet wird.“ (35/21)

„Für mich als Präventionskraft ist SKOLL ein sehr guter Baustein in meiner Arbeit. Es basiert auf Selbsterkenntnis, nicht auf absoluter Abstinenz; sie sollen ihren eigenen Weg gehen.“ (32/18)

„SKOLL ist sehr nützlich. Wir machen ja schon Realized, FRED und HALT. Aber SKOLL ist sehr nützlich, da alle Suchtmittel einbezogen werden. Es bietet den breiteren Rahmen. Und der Gruppenansatz ist gut. Die Themen sind sehr praktisch. Und was ich so mitbekommen habe, ist, dass wenn SKOLL von Anfang an gut läuft und man es gut einführt, dann wird es so ein Selbstläufer. Den Teilnehmern macht es sogar Spaß zu kommen und Sie freuen sich auf die nächste Sitzung. Sie können etwas lernen.“ (28/26)

„Im sekundär-präventiven Sinne ist es ein früherer Ansatz. Es liefert wichtige Impulse für Abstinenz und den kontrollierten Konsum. Man setzt den Hebel etwas eher an und wartet nicht so lange. Es motiviert auch anders mit einer wohlwollenden Haltung als mit einer angstbesetzten Abstinenzhaltung. Man schreibt den

Leuten nichts vor, sondern man signalisiert Ihnen: „so lange du damit in deinem Leben klarkommst“. Es geht also eher um ein gesundes Bewusstsein für den eigenen Körper und dessen Gesundheit.“ (27/26)

23.3 Erweiterbare Einsatzmöglichkeiten

Der Programmeinsatz von SKOLL ist für einige Gruppenleiter/-innen auch gut außerhalb der Beratungsstellen vorstellbar. Zum Beispiel bei Bildungsträgern oder in der betrieblichen Suchtprävention. Dort könnten beispielsweise zertifizierte SKOLL Trainer effektive Präventionsarbeit mit Hilfe von Krankenkassen und den Betrieben leisten.

Außerdem gibt es die Meinung, dass eigentlich die ganze Gesellschaft SKOLL machen müsste. SKOLL wäre gut zu Silvester einsetzbar, da die Menschen dort lernen, wie man mit den guten Vorsätzen positiv umgeht und man sie umsetzt.

„Ich kann mir SKOLL auch sehr gut außerhalb der Beratungsstellen vorstellen. Zum Beispiel in der betrieblichen Suchtprävention. Dort könnten zertifizierte SKOLL Trainer effektive Präventionsarbeit mit Hilfe von Krankenkassen und den Betrieben leisten.“

Ich selbst habe ja die Hoffnung, da ich hier nur eine halbe Stelle habe und den Rest schon als Freiberufler abdecke, dass ich zukünftig selbst als SKOLL Trainer freiberuflich in Betrieben tätig sein kann.“ (30/29)

„Wenn ich jetzt aber das aus einer anderen Perspektive betrachte, dann muss ich sagen, dass eigentlich die ganze Gesellschaft SKOLL machen müsste!“ (23/30)

„Das müssen wir noch abwarten. Man könnte SKOLL aber gut zu Silvester einsetzen: Statt der ewigen guten Vorsätze sollten alle einmal zu uns in den Kurs kommen, da würden sie lernen, wie man mit den guten Vorsätzen positiv umgeht, wie man sie umsetzt.“ (16/27)

„Wenn man es anders anwenden würde, es in die Gesellschaft mehr bringen könnte, ist es gut. Man könnte es evtl. bei Bildungsträgern einsetzen, wir haben da auch schon den einen oder anderen Kontakt aufgenommen. Dort machen wir Kurse, ansonsten besteht unser Alltag ja eher aus Einzelgesprächen.“ (10/27)

23.4 Entstigmatisierung und angstfreier Umgang mit Sucht

Die akzeptierende Grundhaltung des Programms unterstützt einen reflexiven, ehrlichen und selbstkritischen Umgang mit Abhängigkeit. Statt Bußritualen bietet SKOLL eine vergleichsweise offene und unkomplizierte Möglichkeit, Sucht in Gruppen zu besprechen. SKOLL verhindert, dass so manch einer in die Falle tappt, missbräuchlich zu konsumieren. Das Programm bietet Möglichkeiten, sich auch über Alltagsprobleme, die mit dem Suchtverhalten in Verbindung stehen, dem Thema Konsum und der Neubestimmung von Konsumkontrollzielen zu nähern.

„Was ich eben schon gesagt habe, daraus die Schlussfolgerung ist, dass so Manche/r nicht in die Falle tappt, missbräuchlich zu konsumieren, sondern vorher schon gestoppt wird, das ist die Rückmeldung, die ich bekomme.“ (38/27)

„Und „Sucht“ wird erstens wahrgenommen und wird durch SKOLL zweitens beim Klientel eher positiv besetzt.“ (36/23)

„und dabei muss als primäres Thema nicht einmal ein riskantes Suchtverhalten im Vordergrund stehen. Man kann sich auch über Alltagsprobleme, die mit einem Suchtverhalten in Verbindung stehen dem Thema „Konsum & Co.“ nähern. Die Wahrnehmung der Teilnehmer ist aber eine andere, weil da nicht ein Eingeständnis über irgendein Suchtverhalten passieren muss sondern viel freier darüber geredet wird.“ (35/21)

„SKOLL ist hier nochmals anders, so meinen es die TN, man muss wirklich keine Angst haben, und das ist schon die halbe Miete, sie kommen.“ (34/25)

23.5 Fazit: Präventive Leistungen von SKOLL im Rahmen der Suchthilfe

Die Befragten beschreiben SKOLL – neben seinen Kernaufgaben und Hauptleistungen – als eine Art Scharnierintervention, das die Prävention an andere Leistungen der Suchthilfe ankoppelt. Damit wird SKOLL einer in vielen Arbeitsfeldern der Prävention zu findenden Ausgangslage gerecht, nämlich stark unterschiedlich ausgeprägte Belastungs-, Erkrankungs- und Chronifizierungsgrade innerhalb der Klientel bzw. Patient/-innen. SKOLL kann mit dieser Schwierigkeit flexibel umgehen, weil es dank ergebnisoffener und auf Selbstmanagement gerichteter Frühintervention für fast alle Ausgangslagen passend ist. SKOLL überwindet durch die Kooperationsstruktur, die entstigmatisierende, akzeptierende Haltung und die Öffnung des Abstinenzziels auch ein Grundproblem präventiver Maßnahmen, nämlich die vorrangige Erreichung der Motivierten statt der vordringlich Bedürftigen. Die Befragten sprechen SKOLL hier eine erweiterungsfähige Rolle zu, wollen mit dem Programm weiter experimentieren und sehen seine Einsatzmöglichkeiten in der Prävention und Gesundheitsförderung noch nicht ausgeschöpft.

24 Erfolgsfaktoren der Einführung (Expertenbefragung)

24.1 Bedarfsbezug, Anforderungen der Zielgruppen, erwartete Nachfrage

Im Folgenden werden die Anforderungen dargestellt, die Einrichtungen der Suchthilfe und Suchtprävention zur Auswahl und Nutzung von Programmen heranziehen. Sie sind nach ungefährem Rang geordnet (Zahl der Nennungen); eine quantitative Auswertung war jedoch auch hier nicht sinnvoll, weil die einzelnen Kriterien sich ergänzen und überlagern und keine einheitliche Bewertung der jeweiligen Bedeutung gegeben wurde: Manche Anforderungen genügen einzelnen Einrichtungen als Ausschlusskriterium, bei anderen häufen sich Anforderungen oder deren Verfehlung an oder werden – was überwiegend die Regel war – gegen Vorteile eines Programms abgewogen.

Erstens erwies sich Bedarf als ein wichtiges Kriterium für eine Programmeinführung. Hierbei spielt die Prüfung möglicher Versorgungslücken in Einrichtung und oder Region eine wichtige Rolle. Einrichtungen müssen zuverlässige und deutliche Nachfrage für das Programm erwarten. Daher hat ein neues Programm um so größere Chancen zur Platzierung in den Einrichtungen,

- je größer die Zielgruppe ist
- je höher der Bedarf (Prävalenz und Leidensdruck) ist
- je weniger der Bedarf durch alternative Angebote abgedeckt werden kann,
- je klarer das Programm Erwartungen und Bedürfnisse der Zielgruppen anspricht, so dass aus dem Bedarf Nachfrage entsteht.

Die Expert/-innen unterscheiden also zwischen Bedarf (ablesbar an Prävalenzraten oder der Beobachtung von Abhängigkeitsrisiken) und der Nachfrage, mit der potentielle, bedürftige Interessent/-innen zu tatsächlichen Klient/-innen werden. Diese Nachfrage ist bei Programmeinführung unsicher, kann aber aus dem Bedarf und dem Erfahrungswissen der Fachstellen über das Verhalten der jeweiligen Teilgruppen abgeleitet werden. In Betracht gezogen werden dafür die Besonderheiten und die Entwicklung der Risikogruppen und deren soziodemographischer Untergruppen (Gender, Bildung, Alter). Außerdem genügen Probeangebote, um die tatsächliche Nachfrage zu testen. Die gleichen Datengrundlagen dienen auch zur Beurteilung, ob ein Programm klientenorientiert ist.

„Man schaut meist wo der Bedarf ist.“ (E 15/17)

„Und ist es etwas wo wir den Bedarf sehen?“ (25/62)

„und den Bedarf sehen wir auch. Wir hätten es von uns aus nicht angeboten, da wir Alkoholprävention mit so einem ähnlichen Programm schon mal gemacht haben.“ (25/62)

„Der Bedarf ist aber da! Sowohl bei der BBS als auch beim Möbelhof könnte ich ohne Weiteres jeweils zwei Gruppen machen, aber ich mache bei jeder Einrichtung nur eine Gruppe. [...] die Nachfrage muss da sein.“ (24/42)

„Zu allererst nach den Zielgruppen: Wo ist der Bedarf, wo bestehen Lücken, wo gibt es die Nachfrage und wonach. SKOLL läuft bei uns durch, wir machen mehr Gruppenangebote.“ (23/42)

„Und natürlich auch, ob es eine Nachfrage gibt, also ob z. B. Gerichte Kenntnis von den neuen Angeboten einer Einrichtung haben und wie sie diese sehen, sehen sie diese positiv, dann ergibt sich daraus eine Nachfrage.“ (22/41)

„Nach Bedarf, ist die Zielgruppe da, auf die das Zielangebot ausgerichtet ist? .“ (21/39)

„und ob ein Bedarf da ist.“ (13/32)

„sehen, ob es überhaupt einen Bedarf gibt (bei uns in der Einrichtung oder in der Region); wir haben hier z. B. eine Entgiftungsstation, einen Beauftragten für Migranten (überwiegend Polnisch- und Russischstämmige mit überwiegend Alkoholproblemen, bei den Jüngeren auch hin und wieder Cannabis)..“ (12/42)

„Von gleicher Wichtigkeit ist aber auch, ob das hier Jemanden interessiert, von denen die zu uns kommen sollen und bei uns hier, ob es passt, für beide Seiten.“ (8/37)

„Ob sie einen Bedarf haben, nach Zielgruppen, ob sie eine Zielgruppe für das potentielle Programm haben, .“ (7/32)

„Wichtigstes Kriterium ist, ob es einen Bedarf gibt/Klientel dafür.“ (3/60)

„Das hängt vor allen anderen Dingen davon ab, wer was braucht, also von den Jugendlichen selber, ob HALT gemacht wird und als Übergangsprogramm, als eine Art Zwischenschritt auch SKOLL. Es muss passen, ist also orientiert an den Jugendlichen!“ (E 12/22)

„Was ist da, was gibt es bereits, was wird schon angeboten, was fehlt, wo fehlt etwas, auf jeden Fall aber, für wen fehlt etwas? .“ (E 11/22)

„aber ansonsten entscheiden wir uns in allererster Linie nach dem, was benötigt wird.“ (E 10/24)

„Nach Bedarf, nach den örtlichen Gegebenheiten und Notwendigkeiten, was benötigt wird und natürlich auch danach, was die Einrichtungen leisten können.“ (E 9/28)

„Das richtet sich grundsätzlich und in erster Linie nach dem Bedarf, darum, was z. B. auch anläuft. Ich erinnere mich z. B. an eine Phase, an die Zeit, wo „HALT“ eingeführt worden ist. Da haben einige der Jugendlichen Butangas inhaliert, da kann die Lunge kollabieren, es kann zu Lungenbluten kommen. Ein Junge kam sogar auf die Intensivstation, das wurde publiziert, es gab Diskussionen - danach haben sich die Jugendlichen das wohl gut überlegt, denn mir sind danach keine weiteren Fälle bekannt geworden.

Es kommt also nicht so sehr auf die Programme an und auf deren Inhalte, sondern mehr darauf, ob es einen Bedarf gibt. Je intensiver der Bedarf ist und je größer die Zielgruppe ist, für den der Bedarf noch nicht abgedeckt ist, desto eher die Chance für ein neues Programm oder Projekt mit neuem Inhalt.“ (E 8/24)

„Ja, das war bei uns eben HALT, als wir gemerkt haben, dass etwas für Jugendliche fehlt, der Bedarf also da ist. Das war für uns der Grund oder eines der Kriterien.“ (E 7/27)

„Nach Bedarf.“ (E 3/27)

„die Bedarfslage, die Menge der Anfragen, .“ (45/52)

„berichten natürlich der Geschäftsleitung von unseren Erfahrungen. Die Entscheidung, was gemacht wird, entscheidet sie. Aber eigentlich basierend auf dem Bedarf, [...]. Aber streng genommen entscheidet darüber, was gemacht wird, die Geschäftsleitung!“ (43/43)

„Kann ich so nicht direkt beantworten. Aber ich denke: 1. nach Bedarfslage .“ (35/33)

„der Bedarf muss da sein, also die entsprechenden Klienten .“ (Int. 34/33)

„Klienten.“ (33/42)

„ob es einen Bedarf gibt [...]. Entscheidend aber ist letztlich, ob es Klienten gibt.“ (31/38)

„Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit neuer Angebote richtet sich in erster Linie nach dem Bedarf, der im Beratungssetting aufgezeigt wird (Zielgruppen, Problemschwerpunkte, Konsumtrends, ...).“ (E 16/29)

Damit ein Programm eingeführt wird, weil sich aus dem Bedarf reale Nachfrage entwickeln kann, muss das Vorgehen klientenorientiert sein. Es muss ein Programm sein, mit dem man die Klienten erreicht. Das Programm muss zu denen passen, für die die Angebote gemacht werden, d.h. zu den Zielgruppen (beispielsweise Frauen oder Schüler). Sonst ist nicht mit dauerhaftem Interesse zu rechnen.

„Und dann schaut man natürlich noch: Was ist unsere Zielgruppe? Welche Programme gibt es? Und was könnte davon passen? Was ergänzt unsere Arbeit? Mann führt dann eine Art Analyse durch.“ (Int.GL 28/ 38)

„Es muss passen, zu uns und zu denen, für die wir die Arbeit machen und man muss überzeugt davon sein, dass ein Programm gut ist, man muss dahinter stehen, aber auch frei damit umgehen dürfen.“ (16/37)

„Ein bisschen danach, womit wir am ehesten unsere Klienten erreichen .“ (15/38)

„Es muss vorwiegend, das heißt primär, zu unseren Zielgruppen passen.“ (10/40)

„Es muss passen, zu uns, zu den Frauen, in die Region.“ (9/42)

„Wir entscheiden hier so etwas im Team. Voraussetzung ist, dass es zu unseren Schüler/-innen passt .“ (E 6/22)

„Das Programm muss klientenorientiert sein .“ (E 4/21)

„Das kann er nicht beurteilen, denn das entscheiden die Mitarbeiter/-innen vor Ort, es ist vermutlich abhängig vom Klientel .“ (E 2/24)

„Entscheidend ist für uns einzig und allein, ob die Jugendlichen ein Interesse haben!“ (40/39)

„Es muss auch zu den MAB, aber auch zum Klientel passen.“ (37/54)

24.2 Identifikation, Ansatz des Programms passt zur Einrichtung

Mit der Einschätzung der Klientenorientierung hängt ein weiterer Prüfungsschritt zusammen. Die durchführenden Einrichtungen müssen von dem Programm überzeugt sein, dahinterstehen und sich damit identifizieren. Außerdem muss das Programm zur Einrichtung, deren Umfeld und den Klienten passen. Das Programm muss hinsichtlich zur Herangehensweise, dem Gesamtkonzept als auch zur Zielsetzung der Einrichtung passen. Die Einrichtungen müssen schauen, ob sie das Programm leisten können und beispielweise die nötigen Räume zur Verfügung haben. Des Weiteren ist es wichtig, ob das Angebot einen Effekt hat, damit etwas erreicht wird und sich letztlich die Arbeit mit dem Programm als Hilfe herausstellt.

„Nach Bekanntheit und Identifikation. Also, man muss natürlich so ein Programm erst einmal kennen, davon wissen, sich damit identifizieren können. [...]“ (E 1/35)

„Es gibt hier in der Region nicht viel, und wir hatten bisher nur die Offene Sprechstunde, Menschen mit Bedarfen kommen zu uns, melden sich, wir gucken, was dann passt.“

Und SKOLL hat gepasst, das ist unser Kriterium. Wir machen dann einen Info-Abend, und die Entscheidung liegt dann bei den Leuten.“ (20/38)

„Ich persönlich würde danach gehen, ob es hier passt, also, damit meine ich, ob es eine Angebot für unsere Klientel ist. Dann könnte man auch überlegen, ob es ein Angebot sein könnte [...]. (19/35)

„dann gucken wir uns das Angebot an und schätzen ab, ob es zu unseren Klienten passt und ob wir das hinbekommen können.“ (18/38)

„Es muss passen, zu uns und zu denen, für die wir die Arbeit machen und man muss überzeugt davon sein, dass ein Programm gut ist, man muss dahinter stehen, aber auch frei damit umgehen dürfen.“ (16/37)

„sondern darum, ob unsere Arbeit einen Effekt hat, wir etwas erreichen, ob sich ein Programm, unsere Arbeit positiv, als Hilfe herausstellt.“ (15/38)

„Also, ob ein Programm interessant ist, zu uns und unserem Umfeld passt und ob ein Bedarf da ist.“ (13/32)

„Nach den Gegebenheiten, danach, was in einer Einrichtung möglich ist und nach dem Nutzen, den es für die hat, die Hilfe brauchen und nach dem Nutzen für uns.“

Was können wir leisten, passt es zu unserer Einrichtung, haben wir die Räume.“ (11/40)

„Es muss passen, zu uns, zu den Frauen, in die Region, dann machen wir auch gerne Akquise. [...] SKOLL passte zu unserer Herangehensweise, zu unserem „nicht-wertenden-Ansatz“, und es passte auch insgesamt zu uns: wir arbeiten ressourcenorientiert, das betrifft die Frauen, aber auch uns - und so werden wir uns jedes Mal entscheiden, das sind die Kriterien.“ (9/42)

„Wenn wir dann dran sind, dann schauen wir als erstes einmal, ob es passt, ob es in unser Gesamtkonzept passt, das war mit SKOLL z. B. gegeben, ein Programm unterhalb der Abstinenz, denn da gab es bisher nichts - und dann kam SKOLL! Außerdem ist es verhaltenstherapeutisch angelegt, und da passte auch.“ (6/38)

„Das habe ich ausführlich dargelegt: Man muss es kennen, es muss passen, am allerbesten ist es, wenn man dahintersteht.“ (5/48)

„Man muss sich offen halten, sich alles ansehen, auch mal ausprobieren, es muss passen, man muss dahinter stehen, die Kolleginnen müssen mitziehen.“ (4/50)

„Selbstverständlich muss es zur Einrichtung und zu den Nachfragenden passen, also, es muss einen Bedarf geben und es muss zu uns passen, wir müssen uns damit identifizieren können.“

Das war absolut topp bei SKOLL. Es ist bei allen hier bei uns gut angekommen, wirklich bei allen. [...] (2/46)

„Es muss passen, ist also orientiert an den Jugendlichen!“ (E 12/22)

„Es muss passen und zwar hinsichtlich der Zielsetzungen.“ (E 1/36)

„Also wir haben uns ja für SKOLL entschieden, weil es ein offenes Angebot ist, das zieloffen ist. Die Richtung des Ziels spielt eine große Rolle. Wir haben das dann mit dem Haus des Jugendrechts verhandelt und die waren auch der Meinung, dass wir das gut machen können. Es kommt also auf das Angebot und deren Inhalt an.“ (26/34)

„Was passt zu uns? Wie aufwendig ist es?“

- Es muss zu uns passen:

- inhaltlich: es darf nie aufgesetzt sein oder so wirken.“ (42/69)

„Der Klassiker ist doch: Man hört etwas Neues, informiert sich weitergehender, überlegt, ob es in die Einrichtung, das Angebot, das Spektrum passt.“ (38/41)

„Es muss auch zu den MAB, aber auch zum Klientel passen.“ (37/54)

„Es muss zu uns passen.“ (Int. 34/31)

„Wichtig wäre es m. E., ob es zur Einrichtung, zu dem Profil passt, in die Konzeption, ob es einen Bedarf gibt, dann aber auch, ob es zu den Mitarbeiter passt, ob sie damit klar kommen. Und natürlich ist auch die Frage interessant, ob sich so ein Programm schon einmal irgendwo bewährt hat. Entscheidend aber ist letztlich, ob es Klienten gibt, Räume, Geld und engagierte MAB!“ (31/38)

Schließlich gehört zur Identifikation auch, dass die Einrichtung selbst mindestens bei einem Teil des Personals hinreichende Offenheit für fachliche Innovationen erhalten oder unterstützen kann.

Indirekt ist daraus zu folgern, dass es nach Erfahrung einiger Expert/-innen Einrichtungen gibt, die – etwa infolge Überlastung oder Selbstverständnis der Fachkräfte – professionelle Weiterentwicklungen nicht aktiv aufgreifen können oder wollen.

„Dann könnte man auch überlegen, ob es ein Angebot sein könnte, wenn es z. B. neu ist, müsste man offen sein.“ (19/35)

„Man muss sich offen halten, sich alles ansehen, auch mal ausprobieren.“ (4/50)

24.3 Finanzierungsmöglichkeiten

Viele der Befragten Interviewpartner/-innen haben angegeben, dass ein Programm mit der Geldfrage steht und fällt. Der finanzielle Druck auf die Einrichtungen ist gestiegen. Man muss sich ein Programm leisten können. Es ist wichtig, ob es eine gesicherte und adäquate Finanzierung für das Programm gibt oder ob es refinanziert wird. Wenn die Finanzierung geklärt ist, kann ein Programm durchgeführt werden. Es gibt Einrichtungen, die sich für die Einführung von Programmen entscheiden, die Geld bringen. Außerdem muss ein Programm kostenlos oder gegen nur einen geringen Obolus erwerbbar sein. Des Weiteren wurde angegeben, dass Einrichtungen auf die eigenen finanziellen Kapazitäten achten. Wenn die Einrichtungen über ausreichend Geld verfügen, können sie ein Programm durchführen. Es gibt Einrichtungen, die eine Programmeinführung von der Möglichkeit Fördermittel zu beziehen, abhängig machen. Auch gibt es die Meinung das Geld wichtig ist, aber nicht entscheidend. Es wurde angegeben, dass sich die Finanzierung auf das Personal bezieht.

„und die finanziellen Kapazitäten. Also was überhaupt möglich ist.“ (E 15/ 17)

„Ganz klar eine adäquate Finanzierung. Ansonsten läuft es. Also die Finanzierung bezieht sich aufs Personal. Ob das nun in Form von bezahlten Stunden oder durch einen zusätzlichen Mitarbeiter passiert, ist erstmal egal. SKOLL ist ja ein ergänzendes Angebot, aber die Umsetzung der Inhalte braucht Zeit und für die Durchführung benötigt man Geld, ob das nun in Form einer Bezahlung pro Kurs oder pro Teilnehmer oder man bezahlt jemanden für 4 Stunden ist egal.“ (27/32)

„Wenn Sie jetzt eine Reporterin wären, würde ich Ihnen sagen, dass wir das immer nach dem vorhandenen Bedarf richten. Aber da Sie keine sind, sage ich Ihnen die Wahrheit. Das macht man nach dem, was Geld gibt. Das ist nun mal leider so. Die wirtschaftliche Notwendigkeit ergibt sich ja bei jedem. Also FRED bieten aber schon seit Jahren an ohne dass es da einen Cent mehr gibt. In anderen Ländern gibt es da ja Geld für.

Aber wir machen das, weil wir gerne mit der Zielgruppe arbeiten und wir sehen einen Sinn darin.“ (25/48)

„das Geld ist wichtig, aber nicht entscheidend.“ (21/39)

„Die erst Frage ist immer: Wird es finanziert? [...] Wenn die Finanzierung geklärt ist, dann gucken wir uns das Angebot an und schätzen ab, ob es zu unseren Klienten passt und ob wir das hinbekommen können. Aber als erstes fallen mir immer die Finanzen ein, wir können etwas nur machen, wenn es auch finanziert

wird. Wir sind eine große Fachstelle, haben sehr viel auch mit ambulanter REHA zu tun und überlegen, wie es mit den Krankenkassen ist, ob die sich auch beteiligen werden über das SGB und den dort verankerten Präventionsparagrafen.“ (18/38)

„Im Regelfall, ob Geld da ist. Wir leisten uns den Luxus einfach.“ (17/40)

„die finanzielle Grundlage. Der Träger muss über die Finanzierung entscheiden, z. B. über eine Leistungsvereinbarung oder über eine Extra-Finanzierung: wir brauchen die finanzielle Grundlage! Wir haben hier im Regierungsbezirk Gespräche mit dem kommunalen Träger und den Krankenkassen.“ (14/36)

„Zu allererst, ob es finanziert oder re-finanziert wird, denn der personelle Einsatz ist nicht unerheblich. Jede Gruppe ist anders, man muss sehr spontan umsteuern können, schnell muss das gehen. Es ist deutlich kräfteaufwendiger, und SKOLL ist deutlich anspruchsvoller als „Beratung pur. Das steht und fällt mit der Geldfrage; die Krankenkassen müssten sich hier engagieren etwa so wie bei den „Rauchfrei-Kursen“, die ja auch finanziert werden.“ (12/42)

„Alles kostet Geld, ich meine, dass das zuerst geklärt werden muss: Können wir es finanzieren.“ (8/37)

„Die erste Frage ist immer, wie wird es finanziert, wie kann es finanziert werden. Wenn das nicht klar ist, geht es nicht.“ (2/46)

„Das hängt im Wesentlichen von der ausreichenden Finanzierung ab, und die klappt manchmal ganz zufällig gut, wenn es gut beworben worden ist oder auf jeden Fall, wenn es gut bekannt ist und positiv eingeschätzt wird. Manchmal gab es bei Einführung neuer Programme Irritationen, dann gab es natürlich auch schon einmal Probleme.“ (E 13/23)

„die Finanzierung muss gesichert sein und es muss für die Einrichtung oder für die Region einen Nutzen haben, der kann materiell oder immateriell sein dadurch dass man bekannter wird, geschätzter.“ (E 9/28)

„und finanziell ausreichend ausgestattet sein.“ (E 4/21)

„vom finanziellen Aufwand und von dem, wieviel man an Mitteln, insbesondere an finanziellen Mitteln zur Verfügung hat.“ (E 2/24)

„und last but not least auch hinsichtlich der Mittel.“ (E 1/36)

„Man muss sich ein Programm leisten können, der finanzielle Druck auf die Einrichtungen ist äußerst groß geworden.“ (44/46)

„finanziell:

1. Wenn wir es evaluieren sollen, dafür 50 TN und weitere 50 für die Kontrollgruppe benötigen, ist das für uns zu viel, können wir nicht leisten; dieses wäre für uns eine Hürde, eine zu hohe Hürde.

2. Wir hatten bei der „circle“-Schulung mitgemacht - das Programm sollte regelrecht verkauft werden, aber das geht bei uns gar nicht; hier bei uns muss es entweder kostenlos oder gegen einen geringen Obolus erwerbbar sein.“ (42/69)

„Natürlich muss es auch irgendwie finanziert werden, aber wenn wir von einem Programm überzeugt und davon, dass wir das stemmen können, dann finden wir auch immer eine Lösung, es zu finanzieren. Wir wollen etwas bewirken, das steht im Vordergrund, für die Umsetzung, das Machen finden wir dann auch immer einen guten Weg.“ (38/41)

„Kann ich so nicht direkt beantworten. Aber ich denke: 1. nach Bedarfslage und 2. nach Umsetzbarkeit eines solchen Programms (damit ist auch die Finanzierung gemeint!).“ (Int. 35/33)

„und auch finanziell muss es stimmen.“ (Int. 34/31)

„Kohle.“ (Int. 33/42)

„Auch, wenn ich das schade finde: Die entscheidende Frage ist, ob es Kohle gibt. [...]. Entscheidend aber ist letztlich, ob es Klienten gibt, Räume, Geld und engagierte Mitarbeiter!“ (31/38)

„Die Möglichkeit der Einrichtung bzw. des Ausbaus von Programmen zur Suchtprävention und Suchthilfe ist dann sehr stark abhängig von den personellen und finanziellen Kapazitäten der Einrichtungen und der Möglichkeit, Fördermittel zu beziehen.“ (E 16/29)

24.4 Verfügbares Personal und Kompetenzprofile

Bei der Frage, ob eine Einrichtung ein Programm einführen kann, spielen Personalkapazitäten eine Rolle. Dabei ist es wichtig, ob die entsprechenden Mitarbeiter/-innen vorhanden sind. Die Mitarbeiter/-innen müssen geeignet sein und die Umsetzung des Programms können oder erlernen. Es geht auch danach was die Mitarbeiter/-innen in der Einrichtung gelernt haben. Der Qualitätsanteil für die Mitarbeiter/-innen ist sehr wichtig. Das heißt, die Weiterentwicklung durch Weiterbildung ist wichtig. In den Einrichtungen müssen die Mitarbeiter/-innen engagiert sein und alle Kollegen/-innen müssen mitziehen. Für die Einrichtungen ist es wichtig, ob sie über die nötigen Kompetenzen verfügen und es aus fachlicher Sicht Sinn macht ein Programm zu installieren. Dabei spielt die Profession als auch die inhaltliche Ausrichtung der Einrichtung eine Rolle.

„dann spielen natürlich auch die Personalkapazitäten.“ (E 15/17)

„ob es auch fachlicher Sicht Sinn macht etwas zu installieren.“ (27/38)

„Sind die Mitarbeiter geeignet, können die das, sind sie engagiert? SKOLL ist ja kein Einzelprogramm, eher eine Art Zyklus, man braucht da mindestens ausgesprochen engagierte Mitarbeiter.“ (21/39)

„Und natürlich muss eine Stelle wie wir hier auch die Kapazitäten haben, damit meine ich rein personell, also ob die vorhandenen Kollegen das können oder lernen können.“ (19/35)

„aber auch die entsprechenden MAB, wir haben hier fünf therapeutische MAB.“ (7/32)

„die Kolleginnen müssen mitziehen.“ (4/50)

„Im wesentlichen nach den vorhandenen personellen Ressourcen, in zweiter Linie nach der inhaltlichen Ausrichtung.“ (E 14/21)

„was wir anbieten können, also nach den personellen Kapazitäten, aber bei uns in erster Linie nach den inhaltlichen, das heißt, nach unserer Profession; wir müssen das leisten können.“ (E 10/24)

„Grundsätzlich muss eine Einrichtung auch noch über die nötigen personellen Ressourcen verfügen.“ (E 9/28)

„Ein anderes Kriterium ist die Frage nach den Kapazitäten, nach den Mitarbeiter/-innen und deren Profil und vor allen Dingen noch, ob Neues zu unseren bereits vorhandenen Programmen oder unserer Vorgehensweise passt.“ (E 7/27)

„Es muss passen und zwar hinsichtlich der Zielsetzungen, der örtlichen Gegebenheiten, des vorhandenen Personal.“ (E 1/36)

„Also ich kenne keinen anderen Programme. Aber ich würde sagen, dass es danach geht, was die Mitarbeiter in der Einrichtung gelernt haben.“ (30/41)

„Der Qualitätsanteil für die Mitarbeiter ist auch sehr wichtig. Es ist zwar letztendlich eine kostengünstige Weiterbildung, aber es ist auch sehr wichtig, dass man sich weiterentwickelt.“ (Int. 28/38)

„Dann müssen wir auch über die Kompetenz verfügen oder Ressourcen sie zu erwerben/uns anzueignen.“ (3/60)

„die Befähigung der BeraterInnen.“ (45/52)

„auf dem Mitarbeiter-Stamm, den Mitarbeiter-Kapazitäten und den Mitarbeiter-Qualifikationen.“ (43/43)

„Kollegen.“ (33/42)

„dann aber auch, ob es zu den Mitarbeiter passt, ob sie damit klar kommen. [...] und engagierte Mitarbeiter!“ (31/38)

„Die Möglichkeit der Einrichtung bzw. des Ausbaus von Programmen zur Suchtprävention und Suchthilfe ist dann sehr stark abhängig von den personellen und finanziellen Kapazitäten der Einrichtungen und der Möglichkeit, Fördermittel zu beziehen.“ (E 16/29)

24.5 Nutzen für die Einrichtung

Wichtig war weiter, welchen unmittelbar erkennbaren Nutzen ein Programm für die Einrichtung hat. Die Fachkräfte wägen ab, wie man das Programm für die eigene Stelle nutzen kann. Auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis spielt eine Rolle. Dabei kann der Nutzen für die Einrichtung materiell

oder immateriell sein. Beispielsweise hat ein Programm einen Nutzen für die Einrichtung, wenn die Arbeit damit einen Effekt hat, man damit etwas erreicht und es eine Hilfe darstellt oder für Bekanntheit sorgt. SKOLL hatte beispielsweise den Nutzen, für die Einrichtung bei den Einzelgesprächen.

„Und da schaut man auch auf die regionalen Strukturen und schaut wie man was für die eigene Stelle nutzen kann.“ (E 15/17)

„Ein bisschen danach, womit wir am ehesten unsere Klienten erreichen, aber auch nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis, wobei es dabei nicht unbedingt nur um den finanziellen Nutzen geht, sondern darum, ob unsere Arbeit einen Effekt hat, wir etwas erreichen, ob sich ein Programm, unsere Arbeit positiv, als Hilfe herausstellt.“ (15/38)

„und nach dem Nutzen, den es für die hat, die Hilfe brauchen und nach dem Nutzen für uns.“ (11/40)

„Es war wirklich gut bei den Gruppengesprächen, hat aber auch sein seinen Nutzen für uns bei den Einzelgesprächen gehabt.“ (2/46)

„und es muss für die Einrichtung oder für die Region einen Nutzen haben, der kann materiell oder immateriell sein dadurch dass man bekannter wird, geschätzter.“ (E 9/28)

24.6 Bekanntheit eines Programms, Unterstützung durch Werbung

Eine Reihe von Befragten verwies darauf, dass der Bekanntheitsgrad eines Programms wichtig sei für dessen Übernahme. Fachkräfte und Träger müssen das Programm kennen. Professionelle persönliche Empfehlungen („Mund-zu-Mund-Propaganda“) über die Erfahrungen anderer Einrichtungen gebe wichtige Hinweise auf Machbarkeit, bewährte Wirksamkeit und Attraktivität. Je mehr Anerkennung ein Programm erfährt, desto mehr wird es bei Trägern und Einrichtungen im Feld etabliert und respektiert.

„Und je mehr Anerkennung SKOLL erfährt, desto mehr wird es in Einrichtungen etabliert werden. Daher sollte SKOLL eine größere Popularität erlangen.“ (30/41)

„Ich vermute, dass es am Bekanntheitsgrad des Projektes liegt. So wie FRED zum Beispiel. Je bekannter das Projekt ist, desto mehr Einrichtungen machen das oder überlegen es einzuführen.“ (29/35)

„Sie entscheiden relativ eigenständig und autark, aber, wenn ein Programm woanders gemacht worden ist, guten Erfolg hatte, dann ziehen Einrichtungen oft nach, allein, um konkurrenzfähig zu bleiben; das ist unsere Beobachtung.“ (22/41)

„Nach Bekanntheit und Identifikation. Also, man muss natürlich so ein Programm erst einmal kennen, davon wissen, sich damit identifizieren können.“

Es muss passen und zwar hinsichtlich der Zielsetzungen, der örtlichen Gegebenheiten, des vorhandenen Personal und last but not least auch hinsichtlich der Mittel.“ (E 1/35)

„Davon abgesehen ist es vor allem die „Mund-zu-Mund-Propaganda“, sind es die Erfahrungen, die andere machen und weitergeben. So ging es uns ein wenig auch mit SKOLL, denn viele Elemente daraus wie die „Motivationsbehandlung“ und die „Motivationsbehandlung“, die ursprünglich nur für die präventive Arbeit vorgesehen waren, sind von uns als positive Elemente wahrgenommen worden.“ (44/46)

„Und natürlich ist auch die Frage interessant, ob sich so ein Programm schon einmal irgendwo bewährt hat.“ (31/38)

Nach diesen Erfahrung der Befragten ist es deshalb auch wichtig, dass ein Anbieter Werbung für SKOLL treibt und ein gutes Marketing entwickelt, um das neue Programm zu platzieren.

„wenn man etwas Neues ausprobiert, dann muss man nach unseren Erfahrungen viel Werbung machen oder bereits ein gutes Marketing haben.“ (E 11/22)

24.7 Wirksamkeitserweis (Evaluation)

Nur wenige Befragte stellten einen Wirksamkeitsnachweis ausdrücklich als Anforderung zur Programmeinführung dar. Manche Einrichtungen legen den Fokus ausdrücklich auf evaluierte Programme. Die Qualität einer Evaluation wurde dabei nicht diskutiert, einige Befragte benutzten den Ausdruck gleichbedeutend mit „Qualitätssicherung“, und auch eine reine Prozessevaluation wurde als hinreichende Programmevaluation akzeptiert. Wirkungsbefunde sind ohnehin weniger wichtig als die „Reife“ evaluierter Programme: Diese wurden über längere Zeit entwickelt, erprobt und nach ersten Erfahrungen mit Expertenempfehlungen verbessert, und die Evaluation .

„Wir haben den Fokus stärker auf evaluierte Projekte gelegt, da wir dann selbst dran teilnehmen können.“ (28/38)

„Und dann noch die evaluierten Programme, wo bereits Erfahrungen gesammelt wurden und Expertenempfehlungen, also ob es auch aus fachlicher Sicht Sinn macht etwas zu installieren.“ (27/38)

„Ein wichtiges Kriterium ist für uns aber auch, ob ein Projekt/Programm evaluiert wird, weil das die Akzeptanz z. B. bei den Kassen erhöht.“ (12/42)

24.8 Netzwerk und Kooperationen

Kooperationen, beispielsweise mit Gericht, Jugendamt oder Job Center, ermöglichen eine genauere Ausrichtung und Auswahl geeigneter Interventionen und unterstützen die Programmübernahme zudem durch die Erwartungen von Kooperationspartnern auf effektive Maßnahmen. Ein gut funkti-

onierendes Netzwerk unterstützt also eine Programmeinführung. Sie ermöglichen auch, sich gezielt an den Angeboten anderer Einrichtungen zu orientieren.

„Und dann noch nach den bestehenden Kooperationen. Wir haben zum Beispiel Kooperationen zum Gericht, Jugendamt und dem Job Center. Und wenn nun Leute vom Gericht verurteilt wurden oder erstaußällig waren, dann kommen sie in FRED. Und wenn man nun mit einem Gericht kooperiert, dass mehr Ältere zu einem schickt, dann schaut man schon was dazu passen könnte.“ (29/36)

„und ein gut funktionierendes Netzwerk.“ (3/60)

„Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Orientierung an bereits vorhandenen Angeboten anderer Einrichtungen der Sucht- Gesundheits- und Jugendhilfe, wozu eine gute Kooperation der verschiedenen Institutionen untereinander erforderlich ist.“ (E 16/30)

24.9 Handhabbarkeit

Damit ein Programm erfolgreich eingeführt werden kann, muss es handhabbar sein. Ein Programm muss demnach im Rahmen der Einrichtungsausstattung und für die Zielgruppen gut umsetzbar und als neues Programm auch übertragbar in andere Settings sein. Sowohl Programmansatz als auch Materialien sollten praxisnah gestaltet sein.

„Darüber hinaus wäre es m. E. noch wichtig, dass ein Programm gut umzusetzen ist; ein neues Programm muss darüber hinaus übertragbar auch auf andere settings sein.“

SKOLL ist ein Bundesmodellprojekt, und manche Einrichtung hat sich vielleicht deshalb beworben, weil es Eindruck macht, es macht sich einfach gut, wenn man bei so etwas mitmacht, man braucht dann evtl. keine Qualitätskriterien, mag vielleicht eine Überlegung sein.“ (39/45)

„Ein Programm muss praxisnah und praxisbezogen sein, auch die Materialien müssen diesen Anspruch erfüllen.“ (32/28)

Ein besonderer Aspekt der Handhabbarkeit ist die Übereinstimmung mit den „Interventionsrhythmen“ der Einrichtung – ein neues Programm muss „zeitlich passen“. Das bedeutet einerseits, dass der zeitliche Aufwand für die Programmumsetzung überschaubar und bemessen sein muss (also ein Effizienzkriterium) und dass andererseits die Programmdauer die Selbstdisziplin der Zielgruppen nicht überfordern darf (also ein Passungskriterium hinsichtlich des Klientels).

„es muss zeitlich passen [...]“ (24/44)

„Das kann er nicht beurteilen, denn das entscheiden die Mitarbeiter/-innen vor Ort, es ist vermutlich abhängig [...] vom zeitlichen Aufwand.“ (E 2/24)

24.10 Fazit: Bedingungen der Programmeinführung

Als Faktoren, die die Einführung des neuen Angebots unterstützen, bestimmten die Expert/-innen:

- (1) klar erkennbarer Bedarf an Interventionsansatz und Arbeitsweise
- (2) Passung des Vorgehens zu Nachfrage und Besonderheiten der Zielgruppen
- (3) Passung des Programms zu Angebotsstruktur, Arbeitsweise und Organisationskultur (Offenheit) der Einrichtung
- (4) Finanzierungsmöglichkeiten, sei es durch zentrale Förderung, Kostenübernahme durch Krankenversicherung oder gemeinnützige Organisationen oder Refinanzierung aus Teilnahmebeiträgen
- (5) hinreichende Personalausstattung mit geeigneten Kompetenzen in der Einrichtung
- (6) klar erkennbarer, unmittelbar eintretender Zusatznutzen des Angebots für die Einrichtung
- (7) Bekanntheit und werbliche Unterstützung des Ansehens eines Programms
- (8) Evaluation eines Programms, jedoch eher als Beleg seiner Reife als seiner Wirksamkeit
- (9) Einbettung der Einrichtung in ein Netzwerk von Kooperationspartnern, für die das neue Angebot attraktiv ist
- (10) Handhabbarkeit, also Praxisnähe, unmittelbare Verwendbarkeit und rasche Aneignung.

25 Anforderungen bei Verstetigung (Expertenbefragung)

25.1 Spezifische einzelne Hürden der Einführung von SKOLL

Die Befragten schilderten ein breites Spektrum unterschiedlicher Hürden und Probleme für die Arbeit mit dem Modellprojekt. Sie bestätigten mit diesen Auskünften die in anderen Fragen ermittelten Anforderungen an neue Programme und deren Verstetigung (s. voriges Kapitel). Zusätzlich zu allgemeinen Erwägungen wurden die Expert/-innen jedoch auch nach spezifischen Hürden bei der Einführung von SKOLL befragt, um zu prüfen, welche dieser Schwierigkeiten SKOLL in besonderer Weise betreffen könnten.

Auch in der Modellphase des Programms traten diese Hürden noch vereinzelt auf. Die berichteten konkreten Probleme der Standorte bildeten jedoch nur einen kleinen Ausschnitt aus der Vielzahl möglicher Schwierigkeiten (bemessen am Spektrum der generellen Anforderungen und Hürden). SKOLL scheint also insofern sehr robust gegenüber verbreiteten Implementationsproblemen in der Prävention und Gesundheitsförderung zu sein (vgl. dazu Kliche, Plaumann, Nöcker, Dubben & Walter, 2011; Kliche et al., 2012). Zweitens trat jede dieser Hürden allenfalls wenigen Standorten auf, überwiegend nur an einem. Es handelt sich also um eine Aufstellung möglicher, aber seltener Probleme. Drittens hat nur ein Standort aufgrund solcher spezifischen Schwierigkeiten die Beteiligung am Modellversuch abgebrochen; es war dort nicht gelungen, das Programm arbeitszeitneutral durchzuführen, es blieben Teilen des Teams also zusätzliche Arbeitsstunden zu leisten. Die Erfahrungen der Modellphase zeigen somit, dass die angeführten Schwierigkeiten und Anforderungen prinzipiell in wenigen Monaten unter verschiedenen Arbeits- und Rahmenbedingungen überwindbar sind, wenn eine hinreichend Zahl von Teammitgliedern qualifiziert und die SKOLL-Angebote auf die Arbeitszeit angerechnet werden (beides im Grunde Selbstverständlichkeiten).

Die von einzelnen Standorten als besondere Probleme angeführten, aber fast durchgehend in wenigen Monaten oder nach den ersten Durchgängen gelösten Schwierigkeiten waren folgende:

- Für einige Einrichtungen war es schwierig, Gruppen für die Kurse zu gewinnen.
- Vage Rentabilitätsersparungen waren eine verbreitete Rückfrage der Träger und Einrichtungen. In einigen Einrichtungen wurde gefordert, zunächst einen Kostenträger zu finden. In anderen Einrichtungen sollte nach den Erwartungen der Träger mit einer geringeren Besetzung an Fachkräften ein größeres Angebotsspektrum entwickelt und eine größere Klientel versorgt werden, aber dafür gebe es keine Mittel. SKOLL wurde von diesen Akteuren also als Effizienzreserve diskutiert, nicht als wirkungsvolles Hilfsprogramm.
- Regionale Gegebenheiten dünner bevölkerter Räume können eine weitere Hürde darstellen. Zum einen ist im ländlichen Raum der ÖPNV nicht gut ausgebaut. Zum anderen wandern dort die qualifizierten, jüngeren, ressourcenreichen Personen ab; bei den Verbleibenden potenzieren sich Belastungen und Probleme, und die positiven Beispiele zur Bewältigung und Lebensgestaltung sowie die Weitergabe von allgemeinen Lebenskompetenzen fehlen.
- Politische Entscheidungen können Hürden errichten, z. B. eine Kreisgebietsreform. So wurde berichtet, dass mit der Einrichtung eines Großkreises die Versorgung psychosozialer Probleme

sich verschlechtert habe, da die Reform keine Koordinationsstelle vorsieht, obwohl es sich um ein großes Gebiet handelt.

- Der Zugang zu bildungsfernen Jugendlichen und die dafür erforderlichen Kooperationen können ebenfalls Hürden darstellen. Zum einen ist es für ressourcenschwache und kognitiv wenig geübte Jugendliche schwierig und konfrontativ oder gar entmutigend, über sich nachzudenken. Zum anderen können bei Kooperationspartnern unrealistische Erwartungen geweckt werden. Eine Einrichtung hat mit einer Jugendwohnung kooperiert, da beide Seiten den Ansatz der Freiwilligkeit überzeugend fanden. Das brachte aber Konflikte auf, da die Vorstellung von Freiwilligkeit für die Jugendlichen selbst mit der Erwartung von Unterhaltung und Spaß einherging.
- Das Thema „Sucht“ kann nach wie vor an einigen Orten versteckt und tabuisiert werden, teils aus Hilflosigkeit, teils aus Angst vor einem negativen Image oder Folgen der Diagnose.
- Als Hürde muss auch überwunden werden, dass die Ansprechpartner kooperierender Einrichtungen den Nutzen des Programms erkennen.
- SKOLL stellt schließlich auch Anforderungen an die professionelle Selbstentwicklung des Fachpersonals. Die eigene Einstellung zur Arbeit stellte sich hier als problematisch dar. Einerseits ist es zielführend, wenn Einrichtungen ihre Ziele hoch stecken, aber andererseits müssen die Fachkräfte in ihrer Arbeit geduldig und realistisch vorgehen. SKOLL – wie alle Programme – bietet keine Universallösung, sondern müsse verstanden werden als Teil eines kontinuierlichen Prozesses, in dem es kaum je schnellen Erfolge gebe.

„Schwierig war für die Jugendlichen anfangs das Nachdenken über sich, hat aber was mit denen und nicht mit dem Programm zu tun.“ (31/24)

„Es war schwierig, Gruppen zu akquirieren, es war richtig schwer und ist uns auch nur begrenzt gelungen, das hin zu kriegen; unsere Ansprechpartner sahen zunächst keinen Nutzen, die Öffentlichkeitsarbeit musste und sollte von unserer Seite auch intensiviert werden, weil wir von dem Nutzen von SKOLL recht überzeugt waren. Wir haben mit einer Jugendwohnung kooperiert, die mit uns gemeinsam den Ansatz der Freiwilligkeit von SKOLL überzeugend gefunden hat, aber genau das war dann auch letztlich der Konflikt zwischen uns, denn unter Freiwilligkeit haben sie verstanden, dass es nur um Spaß gehen sollte, das ging natürlich nicht.“ (10/15)

„Wir haben von Anfang an zwei Kurse angeboten, ob wohl es nicht ganz einfach ist, genügend X zu finden, um eine Gruppe zu machen.“ (9/15)

„Ich könnte SKOLL in wirklich sehr vielen Feldern anbieten, ich muss NUR – und das ist eine Hürde – einen Kostenträger finden.“ (5/33)

„Wir sind ein Flächenland, ein ländlicher Raum mit schlechtem ÖPNV, nur 2-mal die Woche gibt es Angebote, das ist das Eine. Dann läuft es bei uns leider auch noch so, dass die „fitten“ Leute abwandern. Bei den Verbleibenden potenzieren sich die Probleme, weil auch z. B. allein nur durch die Abwanderung der „Fitten“ die positiven Beispiele fehlen, weil dann kaum jemand mehr da ist, der Positives

vorlebt; die genannte schlechte Versorgung vonseiten des ÖPNV tut ein Übriges.“ (1/14)

„Dann gab es hier eine große Kreisgebietsreform. Und mit dem Großkreis wird alles noch schlimmer, nicht einmal eine Koordinationsstelle ist dafür eingeplant, und das bei der Größe!“ (1/15)

„Und es gibt weitere Probleme. Wir sollen mit weniger Fachkräften mehr machen, aber für Mehr gibt es keine Mittel. Ein gutes Beispiel dafür ist die Prävention: Geredet wird viel über Prävention, aber es fängt schon bei den Richtlinien an. Danach „kann“ von den örtlichen Leuten Prävention gemacht werden, aber dafür gibt es nicht mehr Geld. Es gibt eigens dafür Richtlinien für die Gewährung von Zuwendungen an Träger, in denen das so festgelegt ist, als Kann-Bestimmung. Es gibt Angebote, und es gibt auch Fachkräfte, und es gibt auch Mittel, so ca. 10.000 Euro schätzungsweise, aber eigentlich gibt es das Thema „Sucht“ hier nicht, es wird versteckt! Es ist ein Teufelskreis! Wir haben dabei im Gegensatz zu anderen Einrichtungen sehr viel Glück, weil wir die Unterstützung von unserem Chef haben, woanders ist das nicht so.“ (1/15)

„Die wöchentlichen Treffen, das Arbeiten in der Gruppe, bei einigen auch die Reflexion - Selbstreflexion und die Struktur der Kurse sprechen die Leute an, die unsicher sind, sich nicht öffnen mögen. Gruppenarbeit - Einzelarbeit - Hausaufgaben sollen nach SKOLL eine Einheit bilden und in diesem Dreiklang die SKOLL entsprechende Arbeitsform sein. Dieses lief prinzipiell gut bei Leuten ab dem 35. Lebensjahr sowie bei bildungsnahen Jugendlichen - es lief nicht bzw. nicht gut, nicht zufriedenstellend bei den Jungen und bei Bildungsfernen.“ (1/26)

„Unser Problem, aber wohl nicht nur unser Problem ist es - oder auch nicht - dass wir die Ziele sehr hoch gesteckt haben. Einerseits ist es gut, hochgesteckte Ziele zu haben, und aber andererseits muss man dann doch realistischerweise geduldiger sein, alles, also z. B. diese hochgesteckten Ziele mehr und mehr nach hinten zu verschieben, sie aber dabei nicht aus den Augen zu verlieren, immer wieder Ziele und Stand zu reflektieren. Wir haben auch bei unseren Zielen und Angeboten, Vorhaben lernen müssen, dass es auch hier zum Einen keine schnellen Erfolge gibt und dass es sich dabei um einen kontinuierlichen Prozess handelt. Aber das ist ohnehin unser Alltag. Insgesamt gesehen kann man aber sagen, dass es intensiv und auch ziemlich gut läuft“ (E 6/18)

[Die Orte] „X und Y sind in der Arbeitslosenzahl-Statistik führend. Durch die neue Kreisgebietsreform ist ein Großkreis entstanden, der von der Fläche her vergleichbar ist mit dem Saarland, aber nicht mit der Anzahl der Menschen (250.000), die hier leben. Die Fluktuation ist nach wie vor hoch, es ist gegenüber dem letzten Interview leider nicht zu einer Stagnation gekommen, und die, die gehen, sind Aktive, und es sind die Jungen. Und der Öffentliche Personennahverkehr hier ist sehr eingeschränkt.“ (E 1/23)

25.2 Ausfinanzierung, Ressourcen und Räume

Um auch in den kommenden Jahren mit SKOLL fortzuführen, benötigen die Einrichtungen eine Finanzierung für das Programm. Dies ist aus Sicht der meisten Befragten von hoher Bedeutung. Die finanzielle Unterstützung wird beispielsweise dafür benötigt, um mehr Personal einzustellen und für die Fort- und Weiterbildung des Personals. Die Einrichtungen wünschen sich eine dauerhafte Finanzierung der SKOLL Kurse. Sie sei über das Land, die Kommunen, kommunale Träger oder Krankenkassen denkbar. Diese können die Kurse pauschal oder aber pro Person finanzieren. Denkbar wäre eine Bezuschussung durch die Krankenkassen oder aber eine Gebühr die erhoben wird, die sich die Leute aber wieder zurückholen können, da das Klientel nur einen kleinen Geldbeutel besitzt.

„Und dann wäre da noch der fachliche und finanzielle Support.“ (30/34)

„Aber wenn die normale Finanzierung unserer Einrichtung weiterläuft, brauchen wir nichts weiter.“ (29/29)

„Das werden Sie wahrscheinlich von jedem hören (lacht). Es sind natürlich die finanziellen Mittel. Wir bräuchten mehr Personal. Es wäre einfach mehr Unterstützung wünschenswert. Wir sind im Saarland die einzige Einrichtung, die so was anbietet und es wäre hilfreich, wenn das Finanzielle zum Beispiel über die Krankenkassen laufen würde. Das könnte ja entweder so aussehen, dass die Kurse pauschal finanziert werden oder dass man eben pro Person Geld bekommt. Die Finanzierung sollte über die Kurse stattfinden und nicht einzeln über mehr Personal. Für alles was wir zusätzlich anbieten, knapsen wir wo anders ab. Das kann auf Dauer nicht so weiter gehen.“ (28/30)

„Finanzierung der Kurse.“ (23/33)

„eine solide Finanzierung.“ (19/28)

„Ressourcen - personelle und finanzielle, Unterstützung von oben, eine gute Presse. Die Finanzierung wäre denkbar über die Kassen, wir haben Glück mit der AOK, nehmen sonst allerdings Gebühren in Höhe von 150 Euro.“ (18/33)

„Finanzielle Unterstützung und man muss sich etablieren.“ (17/33)

„Nichts weiter, was wir nicht schon haben, vielleicht noch die Anerkennung durch die Kassen, damit das mit der Finanzierung auch in Zukunft klappt.“ (16/31)

„Wir hier nehmen Geld, für die 10 Termine sind es 150 Euro. Das ist der Grundsatz, wir sind aber flexibel bei Schülern und HARTZ IV-Empfängern, das ist dann in der Regel der halbe Preis! Also, wir brauchen Geld, um gute Arbeit zu machen, aber wir brauchen auch die, die zu uns kommen.“ (15/31)

„Den festen Willen und die finanzielle Grundlage.

Der Träger muss über die Finanzierung entscheiden, z. B. über eine Leistungsvereinbarung oder über eine Extra-Finanzierung: wir brauchen die finanzielle Grundlage!

Wir haben hier im Regierungsbezirk Gespräche mit dem kommunalen Träger und den Krankenkassen.“ (14/36)

„Und es bringt kein Geld! Ganz im Gegensatz zu anderen Angeboten.

Also, wie kann man eine Lösung finden, damit zumindest die Strukturkosten abgedeckt sind - es steht und fällt viel mit der Finanzierung, und da wir eigentlich voll ausgelastet sind mit dem, was wir täglich haben, bräuchten wir uns darum nicht zu kümmern.“ (13/27)

„Eine hinreichende, auskömmliche Finanzierung, das ist ja bereits gesagt worden.“ (12/33)

„Aufmerksamkeit, die Finanzierung, ein passendes Angebot zu einem passenden Klientel.“ (9/34)

„finanzielle Ressourcen. Günstig wäre es, wenn wir die Krankenkassen mit ins Boot bekommen würden, die Kontakte laufen: Wir haben bei uns jetzt „Rot-Grün“, versprechen uns davon Positives und hoffentlich mehr Prävention.“ (7/26)

„Wenn wir etwas Neues anbieten, müssen wir uns aber auch immer fragen, wie das Ganze finanziert wird.“ (6/32)

„Ich könnte SKOLL in wirklich sehr vielen Feldern anbieten, ich muss „nur“ - und das ist eine Hürde - einen Kostenträger finden. Das könnten auch im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung auch die Kommunen sein im Rahmen einer solidarischen Regelversorgung.“ (5/33)

„Vieles, vor allem Geld, das wir hoffentlich von den Krankenkassen bekommen werden.“ (3/40)

„Eine auf Dauer angelegte Finanzierung durch die Krankenkassen. Bisher hat sich z. T. das Land beteiligt, das ist erstens nicht gesichert und schon gar nicht auf Dauer und kann zweitens jederzeit bei knappen Kassen wegfallen.“ (2/38)

„Eine solide Finanzierung! Die Menschen, die zu uns kommen, sind weder zahlungskräftig noch geben sie gerne Geld für das aus für das, was wir machen.

Das ist etwas für uns Grundsätzliches.“ (1/34)

„Es sind ja doch eher Klienten mit kleinem Geldbeutel. Deshalb wäre es gut, wenn es finanziert werden würde. Günstig wäre z. B., wenn die Kassen es bezuschussen würden. Man könnte auch eine Gebühr erheben, die sich die Leute zurückholen?

Vielleicht klappt es ja über den 20er-Paragrafen aus dem SGB V, auch wenn das ja hier um Prävention geht und SKOLL m. E. nur insofern wirkt, als dass es Schlimmeres bzw. ein Verfestigen verhindert durch die Stärkung der Selbsteinschätzungskompetenz bei den Klienten.

Bei uns besteht ein großes Interesse an der Weiterführung von SKOLL.“ (44/36)

„Das, was jede Einrichtung braucht: Klienten, motivierte MAB, Finanzierungssicherheit. Nehmen Sie einmal unsere Einrichtung: Wir haben eine Leistungsvereinbarung mit der Kommune. SKOLL ist da z. B. nicht aufgeführt. Wir machen es

hier trotzdem, weil wir von SKOLL überzeugt sind, müssen das aber irgendwie finanzieren.“ (38/31)

„Geld - Geld für Personalkosten, damit wir die Trainer für SKOLL selber ausbilden können, und Geld für die eigene Fort- und Weiterbildung auf diesem Gebiet.“ (36/25)

„Unterstützung, Unterstützung in jeder Form, auch finanzielle. Wir haben hier ein großes Team, die Bedarfe sind gestiegen, und wir bedienen auch nach Bedarf die rechtsrheinische aber auch die linksrheinische Seite.“ (34/27)

„Anerkennung durch die Krankenkassen.“ (33/35)

Eine Einrichtung benötigt daneben das Personal sowie die Räume für die Durchführung der SKOLL-Kurse. Außerdem sind die SKOLL-Materialien vorzuhalten. Einige Einrichtungen empfehlen weiter dringend ein Flip-Chart zur Gruppenarbeit.

„Ressourcen - personelle und finanzielle, Unterstützung von oben.“ (18/33)

„Mitarbeiter und ausreichend Arbeitszeit, also MAB, die ihre Arbeitszeit einsetzen.“ (7/26)

„MAB-Kapazitäten, da man die Gruppe zu zweit machen muss. Gründe? Fachlichkeit und Qualitätssicherheit.“ (43/32)

„Motivierte Leute, die von einem Programm - in diesem Falle „SKOLL“ - überzeugt sind.“ (42/60)

„Eine gute personelle Ausstattung.“ (32/21)

„Wir sind zur Zeit personell zu eng besetzt um solche Angebote konsequent durchzuführen.“

„Räume, Freiräume, MAB, die sich dafür engagieren, eine Flip-chart, gute Kontakte.“ (21/33)

„hervorragende Materialien, wie im vorliegenden Fall bei SKOLL erleichtern die ganz wesentlich [...]“ (17/34)

„ein Flip-Chart, nicht unbedingt, die Arbeit aber erleichtert [...]“ (7/26)

„Räume [...]“ (7/26)

Ist eine gesonderte Finanzierung nicht gegeben, so sind die Einrichtungen gezwungen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Abschätzung des Programms vorzunehmen. Diese erfolgt dann i.d.R. in der Umrechnungsgrundlage Arbeitszeit. Das Programm muss die Hoffnung auf Einsparung von Arbeitszeit erfüllen, sonst ist es aus Sicht der Einrichtung möglicherweise trotz seiner Vorteile nicht vertretbar.

„Wir werden SKOLL nicht fortsetzen. Aber es war gut machbar und hat funktioniert. Nur hat sich eben unsere Hoffnung auf Einsparung der Arbeitszeit nicht erfüllt. Wir hatten mehr Arbeitszeit und es war dadurch keine Erleichterung. Wenn es kanalisiert hätte, also uns durch SKOLL Arbeit abgenommen wäre, dann hätten wir auch mit dem Programm weitergemacht. Aber wir haben jetzt auch nicht massig Überstunden gemacht oder so, es hat gut funktioniert.“ (25/37)

25.3 Unterstützung des Teams: Qualifizierung, Motivation, Haltung

Ein weiterer wichtiger Rahmenfaktor für die Fortsetzung mit SKOLL bilden die Teams der Einrichtungen. Eine Einrichtung benötigt ausgebildete Mitarbeiter/-innen, die ihre Arbeitszeit einsetzen, motiviert sind und sich engagieren. Einrichtungen benötigen hinreichende Personalkapazitäten. Die Mitarbeiter/-innen müssen dabei von SKOLL überzeugt sein, es verinnerlichen und anwenden.

„Ja, da gibt es zwei Punkte. Zum einen ausgebildete Mitarbeiter. Es ist wichtig, dass das Programm und die praktische Erfahrung vorhanden sind, sonst wird das Wissen wieder verschüttet.“ (30/34)

„MAB, die sich dafür engagieren.“ (21/33)

„Engagierte Mitarbeiter.“ (19/28)

„Ressourcen - personelle und finanzielle, Unterstützung von oben.“ (18/33)

„Mitarbeiter und ausreichend Arbeitszeit, also MAB, die ihre Arbeitszeit einsetzen.“ (7/26)

„Engagement, einen festen Willen, gute MAB, Kolleginnen. Neue Ideen, neues Nachdenken, nicht stehen bleiben.“ (4/44)

„Klienten und MAB, die das verinnerlichen und anwenden.“ (31/31)

„Es muss immer wieder eine Auffrischung geben, die Mitarbeiter müssen immer wieder motiviert werden, die Evaluation wird dazu hoffentlich ihren Beitrag leisten und SKOLL darüber hinaus auch bekannter machen.“ (39/35)

Für eine Fortführung ist es notwendig, einen festen Willen zu haben, das Programm durchzuführen. Außerdem muss das Team vom Programm überzeugt sein.

„Es gibt im Umfeld nichts, nur uns, wir waren mit der offenen Herangehensweise nicht ganz so zufrieden, und dann kam SKOLL für uns wie gerufen mit seiner guten Struktur, und das ist das, was wir gebraucht haben.“ (20/30)

„Den festen Willen und die finanzielle Grundlage.“ (14/36)

„Grundvoraussetzung ist die Überzeugung. SKOLL ist unglaublich vielseitig anwendbar. Es geht um Selbstbestimmung, Kompetenzen für sich entdecken, Selbstbestimmung, Selbstreflektion, um das eigene Ich, kann „burn-out“-Gefährdeten helfen, schließt Psycho-Edukation mit ein. Hilft dabei, auf sein Verhalten mehr zu achten, sich damit auseinanderzusetzen, versärkt Gutes insbesondere auch durch den gruppenspezifischen Effekt. Wir haben Leute, die haben schon zum dritten Mal den SKOLL-Kurs gemacht - für ihre unterschiedlichen Probleme.

Wir sind z. B. von SKOLL absolut überzeugt und werden es - wie auch immer - in jedem Falle fortsetzen. Bisher sind bei uns die Kurse noch kostenfrei, aber nach Ablauf der Modellphase ist schon die Frage, wie es dann weitergeht.“ (5/29)

Für die Etablierung des Programms benötigen die Teams eine Trainerschulung. Eine permanente Qualifizierung ist wichtig. Es muss Fort- und Weiterbildungen geben.

„neue Schulungen für neue Kolleginnen, damit sie wiederum weiter ausbilden können. Wir hier sind noch relativ gut aufgestellt, 10 von 50 sind SKOLL-Trainer.“ (23/35)

„Engagierte MAB, eine gute Trainerschulung und permanente Qualifizierung, eine solide Finanzierung.“ (19/28)

„die Qualifizierung/Schulung [...]“ (17/34)

„Das Training, auf jeden Fall und dann hin und wieder eine Auffrischung, eine Art Fort- und Weiterbildung.“ (11/33)

„Man braucht auf jeden Fall diese Schulung, .“ (10/32)

Generell scheinen den meisten Befragten therapeutische Spezialkenntnisse zur Anwendung von SKOLL notwendig. Die Gruppenleitungen benötigen eine suchtspezifische Ausbildung.

„aber darüber hinaus weitere, tiefer gehende insbesondere therapeutische Spezialkenntnisse. Ich selber hatte anfangs Schwierigkeiten und mich deshalb gewundert, „dass alle Welt, Gott und die Welt“ das anbieten darf, wer kontrolliert das eigentlich?

Also, man braucht eine suchtspezifische Ausbildung als Voraussetzung, um SKOLL überhaupt anbieten zu dürfen, zumindest braucht man ein gewisses Grundverständnis.“ (10/32)

Wichtig ist die Unterstützung des Teams nicht allein, um die Dienstpläne konfliktfrei auszuhandeln, für die Gruppenarbeit Raum zu schaffen und die qualifizierten Kolleg/-innen als Gruppenleitungen zu gewinnen. Wichtig ist vielmehr auch die Unterstützung einer akzeptierenden Haltung im Team, die den Zielgruppen einen angstfreien Umgang mit dem Thema Sucht ermöglicht und den akzeptierenden, klientenzielorientierten Ansatz unterstützt. Die Klienten müssen ehrlich und angstfrei mit ihrem Problem umgehen können.

„Ein mehr an Fokussierung auf die Bedürfnisse der Menschen und nicht das kurzfristige Denken „Was kostet mich jetzt am wenigsten“ oder „Wo kann ich ganz Geld sparen“. Häufig stehen Überlegungen der jetzigen Kosten so sehr im Vordergrund, dass der Nutzen (die Einsparung von teuren Behandlungen im Nachhinein) außer acht gerät.

Mehr Bewusstsein, weniger Angst im Umgang mit dem Thema „Sucht“ und weniger bürokratische Hürden.“ (35/26)

„Einen ehrlichen und angstfreien Umgang, wenn wir wegkommen sollen von der Sucht, den Einstieg früher bekommen wollen.“ (24/34)

25.4 Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Um mit SKOLL in den kommenden Jahren fortzuführen benötigen die Einrichtungen eine gute Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel durch Artikel in der Zeitung. Eine gute Presse kann einiges bewir-

ken. Ein Programm und eine Einrichtung können sich nur durch Bekanntmachung etablieren und dafür muss viel Werbung gemacht werden.

„Definitiv Öffentlichkeitsarbeit. Wir haben uns sehr bemüht einen Artikel in der Zeitung zu bekommen, aber das hat nicht geklappt. Die Zeitung wollte das nicht. Wir haben zwar einen großen Verteiler, aber da kommt wenig zurück. Aus der Jugendeinrichtung kommt mal eine Anmeldung. Wir versprechen uns von SKOLL eine dauerhafte Etablierung, so dass wir dann circa 2 Gruppen pro Jahr haben. Aber dafür muss es stadtbekannt sein. Dafür müssen die Leute ab und zu wieder aufmerksam auf SKOLL gemacht werden, aber über die Zeitung hat das nicht geklappt.“ (26/28)

„Ressourcen - personelle und finanzielle, Unterstützung von oben, eine gute Presse.“ (18/33)

„Finanzielle Unterstützung und man muss sich etablieren.“ (17/33)

„Dafür machen wir Werbung, Werbung, Werbung! Und dafür brauchen wir Presse, Presse, Presse - und die hat Einiges bewirkt! Wir sind mit - sage und schreibe - 3 Leuten angefangen, haben deshalb das rollierende Verfahren eingefügt, dass man jederzeit einsteigen kann. Wir haben eine job-Offensive gestartet - so heißt das jedenfalls bei uns. Die geben ihre Empfehlung, schicken zu uns, es sind meistens HARTZ-IV-Empfänger, die dann den halb en Preis bei uns bezahlen, aber häufig übernimmt dann auch die ARGE diesen Anteil, wenn sie sich darum kümmern.“ (15/31)

„Aufmerksamkeit, die Finanzierung, ein passendes Angebot zu einem passenden Klientel.“ (9/34)

„Werbung! Sich anbieten! Sich immer wieder in Erinnerung bringen! Persönlich Gespräche, Zeitung!

Wenn Leute von den Angeboten nichts wissen, ist es kein Wunder, dass sie nicht kommen. Wir haben z. B. in Betrieben ganz gezielt „Raucherentwöhnungskurse“ angeboten und dafür auch erst einmal gute Vorgespräche geführt.

Wir sind hier im ländlichen Bereich, eine Kleinstadt, die TN rennen einem hier nicht gerade die Bude ein!“ (8/30)

25.5 Vernetzung und Ansprechpartner

Für eine Fortführung mit SKOLL benötigen die Einrichtungen weiterhin feste Ansprechpartner/-innen. Außerdem sind gute Kontakte wichtig sowie eine kollegiale Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. Ein funktionierendes Netzwerk mit regelmäßigen Praxistreffen bietet eine gute Möglichkeit für den gegenseitigen Austausch.

„weiterhin eine wirkliche Ansprechpartnerin, nicht nur Koordinatorin wie die Frau B.“ (23/34)

„gute Kontakte.“ (21/33)

„die Praxistreffen. Ich könnte mir vorstellen, dass wir sie hier in Rheinland-Pfalz fortsetzen, evtl. zwei Mal im Jahr in der Landeszentrale.“ (17/34)

„Das, was dann hilft, ist eine kollegiale Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen; wir machen das, haben hier eine „Plattform“.“ (6/32)

„Ein gut funktionierendes Netzwerk.“ (3/53)

„Was sehr hilfreich war, ist der Austausch im ganzen Nordbereich mit allen an SKOLL Beteiligten und die gute Unterstützung durch die Koordinatorin Frau B.. Eine Fortsetzung wäre sehr hilfreich und nützlich und für unsere Arbeit wünschenswert.“ (1/34)

25.6 Bedarf bei den Zielgruppen

Um mit einem Programm wie SKOLL auch in Zukunft fortzuführen, muss der Bedarf dafür vorhanden sein. Es muss ein passendes Angebot zu einem passenden Klientel bieten. Es müssen genügend Teilnehmer/-innen für einen Kurs zu finden sein.

„ein passendes Angebot zu einem passenden Klientel.“ (9/34)

„Dann muss natürlich auch der Bedarf da sein, derzeit sehen wir ihn hier noch, das muss aber so bleiben. Wir sehen aber neue Problematiken wie Videospiele, Spielsucht allgemein neben Alkohol und Drogen, die wohl immer das Problem Nr. 1 bleiben werden.“

Die Einrichtungen müssen die Augen offen halten, die Probleme, Bedarfe sind da, wo wir tätig werden können. Dann könne man Vieles auch über Projekte in den verschiedensten Bereichen finanzieren:

- *MPU als öffentliche Veranstaltungen „Wenn Sie Ihren Führerschein ...“*
- *Große Betriebe und Arbeitsbelastungen*
- *Betriebe, bei denen die Mitarbeiter/-innen auf Montage sind, ein 14-Stunden-Tag die Regelarbeitszeit ist mit allen Folgen, wie die das bewältigen und wie das sich auf die Familie auswirkt*
- *Im job-center. Aus dem dortigen Aktivierungscenter haben wir z. B. mit 1-Euro-Kräften, auch Erwachsene bekommen, die Sozialpädagogin hat geguckt, wie das geht, unter dem Motto „was tut gut“, hat mitgearbeitet, fand das gut, haben wir gemacht, nicht immer ausschließlich substanzbezogen*
- *Mit der BBS überbetrieblich mit Jugendlichen gearbeitet*
- *Man muss die Augen aufmachen, dann sieht man, dass es für Viele normal ist, z. B. viel Alkohol zu trinken.“ (3/41)*

„[...] Klientel.“ (3/50)

„Bedarf.“ (3/51)

„Genügend TN.“ (40/30)

„Das, was jede Einrichtung braucht: Klienten, motivierte MAB, Finanzierungssicherheit.“ (38/31)

25.7 Organisationskultur

Einrichtungen benötigen zunächst Unterstützung seitens des Trägers, um SKOLL auch zukünftig fortzuführen. Dies ist eine unmittelbare Folge des Ressourcenbedarfs (s.o.).

„Bei uns bekommen die Einrichtungen die Unterstützung, die sie benötigen, wir sind in diesem Punkte, was SKOLL betrifft, sehr offen.“ (22/34)

„Man braucht, wenn man gute Arbeit leisten will, eine gute Unterstützung. Wir haben die hier immer gehabt, wurden auch immer gut informiert.“ (6/31)

Um SKOLL auch in Zukunft fortzuführen, sind jedoch darüber hinaus organisationskulturelle Bedingungen förderlich: Eine scharfe Abgrenzung von Beratung und Behandlung sowie eine starre Trennung zwischen Primär- und Sekundärprävention im professionellen Selbstverständnis des Teams und in den Arbeitsprozeduren der Einrichtung seien nicht mehr sachgerecht, würden aber auch SKOLL zum Scheitern bringen. Wenn z. B. die übergeordnete Instanz Primärprävention untersagte, behindere das die Nutzung sinnvoller Programme.

„Die starre Trennung zwischen Primär- und Sekundär-Prävention und dann noch die Abgrenzung zu Beratung/Behandlung entspricht nicht mehr der Lebenswirklichkeit, aber es gibt sie immer noch: Bei uns z. B. macht offiziell das Gesundheitsamt die Prävention, aber die sind ohnehin mit all dem anderen, was sie zu machen haben, voll ausgelastet, wir sind also nicht einmal eine Konkurrenz für die!“ (24/34)

„Wir machen Training, Kurse, Pläne, und das alles mit dem Ziel, dass sie etwas lernen, etwas über sich lernen - es ist aber ein EXTRA! Und das genau ist das Problem hier! Der Bezirk sagt, wir dürfen keine Primär-, allerhöchstens Sekundär-Prävention machen. Mit SKOLL sind wir weg von der Sucht, von dem Begriff, der Einstieg für die Leute ist früher, wir erreichen sie früher - und ich bin froh darüber!“

Da wir vom Bezirk finanziert werden, aber Primär-Prävention eigentlich nicht machen dürfen, sage ich zur Schule einfach: „Wir machen Sekundär-Prävention“ oder ganz allgemein: „Wir machen Prävention“ oder erwähne den Begriff einfach gar nicht, sondern erzähle nur etwas von Kursen oder Trainings.“ (24/35)

25.8 Fazit: Anforderungen bei Verstetigung von SKOLL

Die von den Expert/-innen angeführten Anforderungen an eine dauerhafte Umsetzung des Programms in den Einrichtungen spiegeln die Befunde über Brauchbarkeitskriterien neuer Programme sowie hochwertige Durchführung.

In der Modellphase von SKOLL traten zahlreiche spezifische Hürden auf. Sie waren jedoch – bis auf die Finanzierung (s.u.) selten, betrafen also nur jeweils eine sehr kleine Zahl der durchführenden Einrichtungen, nämlich überwiegend nur an je einem oder zwei, und die Hürden konnten auch rasch – also im Zeitrahmen von Monaten oder wenigen SKOLL-Durchgängen – überwunden werden. Nur einer der betroffenen Standorte brach aufgrund eines unlösbaren Problems (Mehrarbeit für das Team) die Modellphase ab. Die Erfahrungen der Modellphase zeigen somit, dass die angeführten Schwierigkeiten und Anforderungen unter gängigen Arbeitsbedingungen in einer überschaubaren Einführungszeit überwindbar sind. SKOLL erwies sich also sehr robust gegenüber Implementationsproblemen.

Die Einführungsprobleme waren:

- Für einige Einrichtungen war es schwierig, Gruppen für die Kurse zu gewinnen.
- Regionale Gegebenheiten dünner bevölkerter Räume (ÖPNV, rascher demografischer Wandel) schränken die Interventionsmöglichkeiten ein.
- Administrative Entscheidungen können Hürden errichten, z. B. eine Kreisgebietsreform.
- Die gezielte Ansprache ressourcenschwacher Zielgruppen stellt besonders hohe Anforderungen an Zeithorizont, Ressourcen, Beziehungsaufbau und Konfliktbewältigung.
- Rahmenbedingungen der Suchthilfe wie etwa die Tabuisierung von Sucht und die Vermittlung des Nutzens lokaler und regionaler Kooperation sowie die Erfordernisse einer stetigen professionellen Selbstentwicklung des Fachpersonals müssen bearbeitet werden.

Ein Sonderproblem stellte die Finanzierung dar. Sie erwies sich als Dauerthema und Grundforderung für die Programmverstetigung. Sie wurde teilweise offen angesprochen, teilweise in den Erwartungen an den Träger einbezogen, der die erforderlichen Ressourcen sicherstellen, aber auch bei Einführungsschwierigkeiten Unterstützung leisten sollte. Die Fachebene in den Beratungsstellen hat aber offenbar aufgehört, auf fachliche Kompetenz und Unterstützung mancher Träger zu hoffen. Ebenso hat die Feldentwicklung der letzten Jahre eine generelle, chronifizierte Befürchtung hinterlassen, jede Innovation werde sofort zu Einsparungen führen. Neue Programme werden daher nicht unter Gesichtspunkten einer verbesserten Suchthilfe gesehen, sondern primär als Kostenfaktor.

Gerade in Anbetracht der Wichtigkeit von Refinanzierungsfragen fallen in den Auskünften der Expert/-innen Leerstellen auf. Die Programmeinführung stützte sich nicht auf transparente betriebswirtschaftliche Aufwand-Nutzen-Kalkulationen; behelfsweise wurde das Programm häufig in Arbeitszeit umgerechnet, diese aber nicht mit Wirksamkeit (Effektgrößen für Gesundheitsgewinne) oder Wirtschaftlichkeit (Umfang alternativer Beratungs- oder Behandlungsleistungen) abgeglichen. Offenbar spielen diese Aspekte bei Einführungs- und Verstetigungsentscheidungen in vielen Einrichtungen eine untergeordnete Rolle gegenüber fachlichen Einschätzungen (Eignung für den Bedarf der Zielgruppe) und Teilaspekten der Implementation (Passung zu Netzwerken, Organisationskultur und örtlichen Bedingungen). Ein Programm wird also von den Fachkräften als eine Art Zu-

satzauftrag erlebt, nicht als Möglichkeit, die Routineversorgung effizienter und wirksamer zu gestalten; als Kernintervention gilt generell weiterhin die Einzelberatung bzw. Fallarbeit.

Die Auskünfte machen also ein implizites Denkmuster des Arbeitsfeldes deutlich: Suchtprävention und -hilfe bieten bestimmte Grundleistungen, nämlich Individualberatung im Rahmen der Arbeitszeit, welche durch Objektfinanzierung der Einrichtungen gedeckt wird. Alle anderen Arbeitsformen bedeuten Mehrarbeit und müssen zusätzlich ausfinanziert werden. Für eine Abwägung, ob durch Innovationen die Grundleistungen effizienter und effektiver erledigt werden können, fehlen Daten, da Evaluationen nicht immer inhaltlich (auf Effektgrößen und Gruppenaufwand) rezipiert und mit der Wirksamkeit der Grundleistung einer Einrichtung verglichen werden. Kostenargumente werden dafür mitunter aus dem Vergleich mit klinischen Interventionen bezogen, wobei sich abstruse Größenordnungen finden, z. B. in einem Vergleich eines Präventionsprogramms mit den Kosten ambulanter Rehabilitation oder Suchtbehandlung (so als würde ein Kurs eine feste NNT garantiert von Abhängigkeit abhalten), oder in den Kostensätzen psychotherapeutischer Abrechnungen. Über die tatsächlichen Gestehungskosten für Interventionen hatten die befragten Expert/-innen teilweise keine Vorstellung, sondern verwiesen auf die (unstrittige, aber statistisch irrelevante) Unterschiedlichkeit der Einzelverläufe und unbekannter Wirksamkeit, etwa bei Kontaktabbruch. Auf dieser Grundlage sind keine rationalen Kosten-Nutzen-Abwägungen für bestimmte Interventionen möglich, auch nicht für Programme, selbst wenn gesundheitsökonomisch aussagefähige Effektindikatoren (wie in dieser Evaluation etwa die Gesundheitsbezogene Lebensqualität) verfügbar sind.

Angeführt wird also zusammengefasst ein breites Spektrum von Einzelbedingungen für eine Programmverstetigung, die im Kern drei Teilaspekte ansprechen:

1. Ausstattung mit hinreichenden Sach- und Personalmitteln: Arbeitszeit und Geld für Mitarbeiterqualifikation, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung, Material und Räume.
2. Unterstützung durch das Team, auf der Grundlage von Qualifikation und Überzeugungsarbeit.
3. Passung zum Bedarf der Einrichtung und der Zielgruppen. Diese bildet die Grundlage für die Überzeugung des Teams.

26 Verbesserungsvorschläge der Expert/-innen

Etwa ein Drittel der Befragten wollte gar keine oder nur marginale Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Aus ihrer Sicht war das Programm rundum gut, es passe zu Zielgruppe und Zielsetzungen. Wichtig sei dabei auch künftig der bestehende professionelle Freiraum, das Programm an die jeweilige Gruppenzusammensetzung anzupassen.

„Alles ist gut.“ (40/23)

„Vieles wiederholt sich zwar, ich würde aber es den Einrichtungen überlassen, flexibel damit umzugehen - ähnlich einem Schraubenschlüssel, den kann man ja variabel einsetzen.“ (21/25)

„Nein, es passt alles, es ist alles wichtig und nützlich, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten und mit unterschiedlicher Gewichtung.“ (13/22)

Die übrigen Befragten äußerten verschiedene Vorschläge und Überlegungen zur weiteren Optimierung des Programms. Kein einzelner Vorschlag wurde von einer breiten Mehrheit der Befragten getragen; die häufigsten Nennungen erreichten Hinweise zur Minderung von Zeitdruck durch geringere Stoffmengen, Ausgestaltung einzelner Themenblöcke auch für bildungsferne Teilnehmer/-innen sowie zielgruppengerechte Auswahl der Materialien und Module (zusammen etwa ein Drittel der Befragten).

Entsprechend sind einige Vorschläge von schwer vereinbaren Zielen bestimmt: einerseits Empfehlung eines strikter regulierten Einstiegs und Abfrage der Fortschritte, andererseits Wunsch nach größeren Spielräumen für die Kursleitungen bei Auswahl des Materials und Gestaltung der Sitzungen. Solche Spannungen zwischen einzelnen Vorschlägen bringen die beiden Programmseiten, zwischen Anforderungen strukturierten Vorgehens und lokaler Anpassung zum Ausdruck, die bei Innovationsprozessen in Prävention und Gesundheitsförderung die Regel sind (Kliche & Touil, 2011): Beide Sichtweisen sind berechtigt und müssen in Programmgestaltung und –umsetzung Berücksichtigung finden.

Die meisten Vorschläge wurden infolge der Nutzung der Daten zur formativen Prozessevaluation bereits in die letzte Fassung des Manuals in der Bundesmodellprojektphase aufgenommen. Einige waren schon vorher berücksichtigt, gingen aber seit den ersten Schulungen als aktives Wissen wieder verloren und sollten daher künftig auf Vertiefungsschulungen zur Sicherung der Programmqualität systematisch wiederholt werden.

26.1 Die Module stetig nachbessern und ergänzen

Die Gruppenleitungen führten eine Reihe von Verbesserungsmöglichkeiten am Programmkonzept an, die in der Schlussphase des Bundesmodellprojekts aber alle in Reaktion auf diese Vorschläge und die Prozessevaluation bereits von der Programmleitung umgesetzt wurden.

Einige Themenblöcke waren schwieriger umzusetzen, einige Gruppen konnten damit wenig anfangen. Zu den von einigen Kursleitungen als eher problematisch eingestuften Themenblöcken zählten namentlich: Soziale Netzwerke, Irrationale Gedanken, Rituale, Entspannungsübungen, Freizeittages-

taltung, Rückfallketten, Stressbewältigung, Scheinargumente sowie positive Gefühle. Die Hürden im Einzelfall waren aber auch deutlich von der Gruppenzusammensetzung abhängig, die berichteten Umsetzungsschwierigkeiten traten also nur in Einzelfällen auf, nicht generell.

Grundtenor war, dass die Themen alle sehr gut gewählt und dargestellt seien, aber didaktisch gefälliger gestaltet werden könnten. Gleichzeitig wurde betont, dass die Gruppenleiter/-innen selber aktiv und situationsabhängig das Programm für ihre Zwecke verändert haben. Es ist schwierig, die einzelnen Module alle unterzubringen. Manches ist schwer zu vermitteln, so dass die Gruppenleiter/-innen Themenblöcke weg gelassen oder verkürzt eingesetzt haben. Für manche Themenblöcke fehlt es an Zeit, weil beispielsweise andere Themenblöcke sehr viel mehr Raum eingenommen haben. So passiert es, dass Gruppenleiter/-innen den Kurs zeitlich anpassen. SKOLL sieht eine Zeit von 90 Minuten vor, die dann auf 120 Minuten erhöht wird.

Die Gruppenleiter/-innen wünschen sich eine Nachbesserung der Themenblöcke und schlagen vor, dass man bestimmte Themenblöcke zusammenfasst. Zudem ist eine Reduzierung der 1. Einheit wünschenswert. Außerdem finden die Gruppenleiter/-innen eine sprachliche Anpassung der Module notwendig. Es muss eine einfache Sprache genutzt werden, damit die Module für die Klientel verständlicher werden. Die Gruppenleiter/-innen wünschen sich Inspirationen für die Gruppenarbeit, besonders für den Einstieg und Methoden, wie man mit Gruppen besser in Kontakt kommt. Außerdem wird eine Anpassung der Gruppenregeln angemerkt, denn Störungen haben keinen Vorrang.

„Entspannung und Wohlbefinden“ und „Stressbewältigung“ sind zwar gute Themen, aber schwierig umzusetzen: zu „verkopft“, also Thema gut, Umsetzung schwach! Es müsste mehr über die Erfahrung gemacht werden, anwendungsfreundlicher sein. Da gibt es Besseres! Z.B. bei Jacobsen, eine sehr schöne Einleitung! Wir sind mit 12 TN gestartet, und jetzt sind es nur noch 10.“ (44/26)

„Es fehlt:

- *Was fühle ich wann?*
- *Positive Gefühle - muss nachgebessert werden, unbedingt! Ich male deshalb mit den meisten Jugendlichen.“ (33/27)*

„Die Module „Irrrationale Gedanken“, „Scheinargumente“, „Rückfallketten“ sind hier schwer zu vermitteln, und wir haben sie z. T. weggelassen oder in einer eher abgespeckten Form eingesetzt, aber das kann bei anderen Zusammensetzungen von Gruppen auch anders aussehen. Also: nicht von vornherein weglassen!“ (32/15)

„Ja, und negativ. Hmn. Ich würde sagen, dass bei der Einheit Rituale die Zeit fehlt. Es ist schwierig neben der Verabschiedung noch die Ziele festzulegen. Der Abschied und die Verfestigung der Ziele könnte man als eigenen Punkt nehmen.“ (28/16)

„Was bei uns so hinten runter gefallen ist, sind die Rituale. Das haben wir eigentlich gar nicht behandelt. Und die Einheiten „Soziale Netzwerke“ und „Freizeitgestaltung“ ist bei uns weniger behandelt worden, da das Erfassen der ambivalenten Gefühle und der Auslöser für den Konsum so viel Raum eingenommen ha-

ben. Man hätte „Soziale Netzwerke“ und „Freizeitgestaltung“ auch zusammen legen können.

Wir haben das Programm schon ein bisschen verändert. Am Anfang waren wir nicht so schnell wie SKOLL es vorgegeben hat und wir haben auch meist eine halbe Stunde dazugegeben, also haben wir 120 Minuten gemacht statt 90 Minuten.“ (26/19)

„Die Rituale hätten wir nicht gebraucht. Da war sehr zäh und unergiebig. Die Gruppen konnten nichts damit anfangen. Das hätten wir weglassen können.“ (25/22)

„Und die 1. Einheit könnte sehr reduziert werden. Wir haben in der ersten Gruppe fast 90. Minuten nur Papiere ausgefüllt. Das haben wir dann in den anderen Gruppen nicht mehr so gemacht. Da haben wir Papiere weggelassen und nur noch ganz ganz wenige genutzt, die wir brauchten, um einen Trainingsplan zu erstellen.“ (25/23)

„Das Soziale Netzwerk! Es war sehr problematisch. Defizite, massive, wurden gesehen, das kann man gar nicht verhindern, es ist ein schweres Feld. Man kann sie nicht leugnen, es war bedrückend, welche Lebensschicksale zutage gekommen sind! Die Themen sind ja nur Angebote, es gab nichts, was nicht hineinging, alles wurde gemacht, besprochen.“ (24/27)

„Es ist schwierig, bei den ersten beiden Einheiten durchzukommen. Wir haben das dann sehr individuell gehandhabt. Haben z. B. in der Abschlussrunde zwei Themen zusammengefasst. Das war zwar keine optimale Lösung, aber wir haben uns aus rein pragmatischen Gründen so gehandelt, es war nicht so gut, eine kleine Lösung, aber zeitlich nicht anders möglich.“ (20/25)

„Hausaufgaben sind generell schwierig, mit einigen hier war es auch schwierig, das Thema „Irrationale Gedanken“ zu bearbeiten. Die Bearbeitung der Themen „Risikosituation“, „Gefühle“, „Krisen“, „Rückfall“, „Umgang mit Konflikten“, „Rituale“ und „Freizeitgestaltung“ war je nach Zusammensetzung von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich - und das kann man vorher nicht sagen, es zeichnet sich nie rechtzeitig vorher ab. Meistens passiert es ganz spontan und trifft uns auch in Situationen, wo wir eigentlich gedacht haben, das flutscht.“ (19/21)

„SKOLL ist eine Art „Transtheoretisches Modell“, das kenne ich aus „MOVE“, da ordne ich z. B. den Teil mit den „Irrationalen Gedanken“ ein - und das war schwierig in der Vermittlung und Bearbeitung, dort stieß ich mit den TN an Grenzen, da wurde z. T. einfach geblockt:

Schwierig war auch der Teil mit den Ambivalenzen.“ (17/22)

„Meine Wünsche: Bisschen weniger ist mehr.

In der 1. Sitzung, vor den Zielen, bevor das mit den Ambivalenzen noch nicht klar ist, noch nicht anwendbar:

Aktivierungsmethode, Inspirationen für die Gruppenarbeit, besonders für den Einstieg; Methoden, wie man mit Gruppen besser in Kontakt kommt

Es geht hier bei diesen jungen Menschen doch in erster Linie um Selbstvertrauen, um ein Selbstwertgefühl: Hier würde ich mir noch viel mehr wünschen!“ (Int. 17/44)

„Es war schwierig, die einzelnen Module unterzubringen, denn die Themen waren alle sehr interessant und bearbeitungswürdig.“ (14/24)

„Bei den Inhalten - das sind die Rückmeldungen, die wir erhalten und auch beobachten, sind es die „irrationalen Gedanken“, das kommt nicht so gut.“ (12/25)

„Es wurden ja schon Veränderungen vorgenommen, aber es müsste ALLES überarbeitet werden, ALLES, auch die Module, vor allem sprachlich.“ (11/26)

„Die Module sind schon gut, aber wir mussten variieren. Dass wir uns streng an den Ablauf, an die Module ganz streng halten???“ (4/25)

„Das Soziale Netzwerk funktioniert bei manchen Gruppen zunächst nicht - vor allem ist es schwer, mühsam - bei Männergruppen – frustrierend..“ (3/27)

„In einem Punkte bin ich entschieden anderer Meinung, und das betrifft einen Punkt der Gruppenregeln: „Störungen haben Vorrang“ Nicht bei mir! Das habe ich rausgenommen. Das entspricht nicht meiner Grundhaltung; damit stehe ich sicherlich nicht alleine, aber hier scheint es mir eine Spaltung, verschiedene „Lager“ zu geben. Mir scheint diese Herangehensweise insofern nicht zeitgemäß als das sie nicht auf ALLE Gruppen/Klienten passt, nur hin und wieder vielleicht. Jedenfalls habe ich die Gruppenregeln mit meinen Erfahrungen und mit meiner Art, an die Dinge heranzugehen, „gemixt“ und bin damit flexibel umgegangen.“ (E 4/24)

26.2 Materialien zielgruppengerecht auswählen

Die Arbeitsblätter und Materialien wurden von den Gruppenleiter/-innen als hilfreich bewertet, dennoch hat ein erheblicher Teil der Befragten deren Vielzahl bemängelt.

In einigen Modulen sind die Arbeitsblätter zu zahlreich, dass nicht alle bearbeitet werden können. Es kann beispielsweise vorkommen, dass ein Arbeitsblatt eine ganze Gruppe sehr ausfüllend beschäftigt. Einerseits möchten die Gruppenleiter/-innen den Kursteilnehmer/-innen die Zeit geben, um sich mit ihren Belangen auseinanderzusetzen um sie ernst zu nehmen. Andererseits gibt es einzelne Arbeitsblätter, die dazuführen, dass die Teilnehmer/-innen zu sehr bei sich sind und somit die wichtige Interaktion in der Gruppe verhindert wird.

Es gibt zum einen die Meinung, dass die Arbeitsblätter einfach gestaltet und die Bilder ansprechend sind, was auch bei den Teilnehmer/-innen gut an kommt. Aber es gibt auch Teilnehmer/-innen die nicht so gut mit den Arbeitsblättern zurecht kommen. Personen mit einer Lese-Schreib-Schwäche haben beispielsweise Angst, dass es bemerkt werden kann und darauf müssen die Gruppenleiter/-innen dann sensibel reagieren. Viel lesen und schreiben funktioniert generell nicht, aber das ist auch

vom Bildungsstand abhängig, wie die Gruppenleiter/-innen berichteten. Zum anderen gibt es die Meinung, dass die Arbeitsblätter zu umständlich sind und einfacher gestaltet sein könnten. Anderen Teilnehmer/-innen wiederum sind die Sitzungen teilweise zu verschult.

Einige Gruppenleiter/-innen haben den Umgang mit den Arbeitsblättern im Verlauf der Kurse angepasst. Die Arbeitsblätter werden als Anregung verstanden und es wird das herausgegriffen was gebraucht wird. Beispielsweise hat ein Kurs mit der ersten Gruppe fast 90 Minuten nur Papiere ausgefüllt. Dieses wurde in den nächsten Gruppen dann nicht mehr so gemacht, da nur noch wenige Papiere genutzt wurden oder auf die Flip Chart umgesteuert wurde. Die Gruppenleiter/-innen geben die Anregung, weniger sei mehr.

„Die Arbeitsblätter waren in einigen Modulen zu zahlreich als das man sie hätte alle bearbeiten können. Hier wäre generell weniger ist mehr, da die Erfahrung gezeigt hat, dass allein schon 1 Arbeitsblatt (Bsp.: Tongefäßmodell Modul 9) eine ganze Gruppe sehr ausfüllend beschäftigen kann, man schön darüber sich austauscht und tiefer in das Thema einsteigen kann.“ (35/16)

„Zu viel, viel zu viel Material. Man muss aufpassen, damit nicht ein Anspruch daraus entsteht. Das hatten wir auch bei Frau XY angesprochen, die gemeint hat, dass wir das, was wir brauchen, rausgreifen sollen.“ (34/22)

„Ich weiß jetzt gar nicht so genau welche das waren, aber es gab einzelne Arbeitsblätter, so pro Modul bestimmt 1-2 Blätter, die dazu führen, dass die Teilnehmer zu sehr bei sich sind und die wichtige Interaktion mit den anderen Teilnehmern verhindert wird. Es war eben zu überfrachtet mit Eigenarbeit. Deswegen haben wir auch nicht alle genutzt. Ich habe darüber auch mit einer Kollegin gesprochen und die meinte, dass die Arbeitsblätter als Anregung dienen sollen.“ (30/24)

„Die Arbeitsblätter fand ich hilfreich. Ich habe zwar nicht alle genommen, da die Gruppen teilweise so unterschiedlich waren. Da habe ich bei der Auswahl der Arbeitsblätter auf die Zusammensetzung der Gruppe geschaut. Aber generell waren die Blätter einfach gestaltet und die Bilder waren ansprechend gestaltet. Das kam auch ganz gut bei den Teilnehmern an.“ (29/21)

„Allgemein waren die Sitzungen immer viel zu voll mit Stoff und Arbeitsblättern. Schon alleine dadurch, dass wir immer die Eingangsrunde gemacht haben. Aber wir dennoch die Doku gemacht und die Wissensinhalte durchgesprochen. Es gab immer Arbeitsblätter, die wir nicht bearbeitet haben, aber die wir nicht geschafft haben, konnten die Leute mit nach Hause nehmen und dort für sich bearbeiten. Aber das waren jetzt keine Hausaufgaben, in dem Sinne, dass wir es geprüft haben in der nächsten Sitzung. Das war immer freiwillig und es hat gut funktioniert. Manche haben es gerne mit nach Hause genommen, da es Ihnen teilweise zu verschult war in den Sitzungen.“ (27/22)

„Wir haben in der ersten Gruppe fast 90. Minuten nur Papiere ausgefüllt. Das haben wir dann in den anderen Gruppen nicht mehr so gemacht. Da haben wir

Papiere weggelassen und nur noch ganz ganz wenige genutzt, die wir brauchten, um einen Trainingsplan zu erstellen.“ (25/23)

„Anfangs war es nicht so gut mit den Arbeitsblättern, sich damit zurecht zu finden, hat sich aber verbessert.“ (18/29)

„Es gab mehrere TN, die mit den Arbeitsblättern nicht so gut zu recht gekommen sind, ein wenig besser mit den Moderationskarten, aber auch nicht richtig gut. Wir haben das so gelöst, dass wir die Arbeitsblätter mitgegeben haben als eine Art Impuls, wir nutzen sie also dafür. Wir bearbeiten es dann zusammen, also in der Gruppe gemeinsam im Gespräch, haben eine Flip-Chart zur Visualisierung. Die Frauen mit einer Lese-Schreib-Schwäche hatten Angst, dass die anderen das merken, da muss man sensibel reagieren. Das ist aber eine Schwierigkeit, die aber nicht durch SKOLL begründet ist.“ (17/22)

„Meine Wünsche: Bisschen „weniger“ ist „mehr“.“ (17/44)

„Zu viele Arbeitsblätter, manche habe ich weggelassen („Bildchen“)..“ (14/24)

„Das habe ich ja z. T. schon beantwortet. Aber die Arbeitsblätter waren sehr umständlich, die könnten viel einfacher sein. Es wurden ja schon Veränderungen vorgenommen, aber es müsste ALLES überarbeitet werden, ALLES, auch die Module, vor allem sprachlich.“ (11/26)

„Risikosituations-Blätter, viel zu viel, 1 Blatt hätte hier genügt [...] Viel lesen und schreiben funktioniert generell nicht, höchstens bei „höher Gebildeten“, die zu uns kommen z. B. für den MPU-Test.“ (3/27)

„Es war alles doch sehr papierlastig; für Leute - mal extrem gesprochen - mit einer Lese-/Schreibschwäche kaum einsetzbar, weil es für sie viel zu schwer war, die haben auch einige Wörter nicht verstanden. Wir mussten da völlig umsteuern und haben u. a. eine Flip-Chart eingesetzt.“ (2/29)

26.3 Zeitdruck durch Auswahl von Modulen vermeiden

Für einen Teil der Befragten war der Zeitdruck mit SKOLL insgesamt sehr groß. Die Gruppenleiter/-innen waren anfangs nicht so schnell wie es vom Programm vorgegeben wurde. Dann haben die Gruppenleiter/-innen SKOLL auch angepasst und verändert, indem sie eine halbe Stunde dazugeben und statt einem 90 Minuten Kurs ein 120 Minuten Kurs angeboten haben. Dennoch gab es Einrichtungen, die auch nach Anpassung noch unter Druck geraten sind. 10 Sitzungen werden als viel empfunden. Die Einrichtungen sind aber auch nicht in der Lage, um beispielsweise SKOLL alle 2 Monate anbieten zu können. Dies ist für die Einrichtungen zu aufwendig, da neben den SKOLL Kursen auch noch die Beratung stattfindet. Viele Einrichtungen müssen sich bei einem neuen Programm die Frage stellen, ob sie das noch untergebracht bekommen.

„Wir haben das Programm schon ein bisschen verändert. Am Anfang waren wir nicht so schnell wie SKOLL es vorgegeben hat und wir haben auch meist eine halbe Stunde dazugegeben, also haben wir 120 Minuten gemacht statt 90 Minuten.“ (26/19)

„Insgesamt ist der Zeitdruck sehr groß. Obwohl wir die Arbeit schon angepasst hatten, indem wir erst nach zwei Stunden eine Pause gemacht haben, gerieten wir dennoch unter Druck. Wenn ich mir die Bemerkung erlauben darf: Bisschen weniger!“ (17/22)

„Es ist schwierig, die Frauen zu einem bestimmten Stichtag zusammen zu kriegen, wenn es nur zweimal im Jahr angeboten wird, ist dagegen die Wartezeit zu lang, aber alle 2 Monate ist wiederum zu aufwendig, denn wir brauchen ja neben den Kursen noch ordentlich viel Zeit für die Beratung.“ (9/29)

„Es sind ja 10 Sitzungen, das ist sehr viel, das muss erst einmal auch gestemmt werden, immer wieder stellt sich die Frage, ob man das noch untergebracht bekommt. Nicht alle 10 Sitzungen sind gleich wichtig, man kann aber trotzdem nicht einfach etwas weglassen, weil es von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich ist.“ (6/23)

Eine Möglichkeit zur Straffung bestehe, wo es innerhalb des Materials Wiederholungen gebe, was zur Lernvertiefung sinnvoll sei, aber irritierend auf Klienten wirken könne.

„Außerdem ist vieles doppelt, das ist nicht so gut, irritierend, auch für Klienten.“ (12/25)

„Es sind zu viele Wiederholungen, wir haben es modifiziert.“ (10/24)

„Bestimmte Themen waren doppelt, haben auch die Leute moniert.“ (8/25)

„Außerdem gab es innerhalb des Materials eine ganze Reihe von Wiederholungen.“ (2/29)

26.4 Bildungsunterschiede bei der Durchführung berücksichtigen

Für einige Gruppenleiter/-innen stellt sich die Frage nach dem Niveau und den Zugangskriterien für SKOLL. SKOLL zielt mehr auf Erwachsene ab und setzt ein gewisses Maß an Bildung voraus. In den Einrichtungen wird mit Lernbehinderten gearbeitet. Der Ansatz von SKOLL ist gut gemeint, aber falsch, denn er ist sehr theoretisch gedacht. SKOLL ist sehr kognitiv und viel zu intellektuell. Alle Themenbereiche sind wichtig, aber der Zugang zur kognitiven Schiene ist nicht für alle Teilnehmer/-innen gut geeignet. So gibt es Gruppenleitungen, die die bildliche Schiene nutzen, was teilweise besser war, da es für einige Teilnehmer/-innen anhand von Bildern verständlicher wurde.

Die Zugangskriterien sind unscharf. Es ist nicht deutlich wer für einen SKOLL Kurs geeignet ist. Nach den Richtlinien von SKOLL sind beispielsweise massiv Abhängige prinzipiell ausgeschlossen. Dies wurde bei der Umsetzung verändert, denn kategorisch ausgeschlossen wird niemand.

„Das Programm ist sehr kognitiv, zu intellektuell!“ (39/25)

„Dann sind auch die Zugangskriterien eher unscharf. Wer ist für SKOLL-Kurs geeignet? Nach den Richtlinien sind ja die massiv Abhängigen ja prinzipiell ausgeschlossen. Habe ich verändert: kategorisch ausgeschlossen ist niemand.“ (34/22)

„Wir haben versucht, in Kleingruppen zu arbeiten und dann im Plenum das zusammenzuführen und aber auch erst in Gruppe, dann die Therapiepläne individuell anzubringen. Wir arbeiten hier mit Lernbehinderten. SKOLL aber zielt mehr auf Erwachsene ab, setzt ein gewisses Maß an Bildung voraus, es stellt sich die Frage: Können Menschen, die in die Suchtfalle geraten sind, reflektieren oder anders gefragt: Können Menschen, die in einer Suchtfalle sind, reflektieren? Denn ihnen fehlt doch gerade diese Fähigkeit der Selbstreflektion, es sind viele, die das einfach nicht können, es sind sehr viele unreflektierte Menschen.“ (10/24)

„der Schwierigkeitsgrad war sehr unterschiedlich, für manche war es zu schwierig, zu hoch und für andere hingegen zu trivial - eine Frage des Niveaus.“ (6/23)

„Viel lesen und schreiben funktioniert generell nicht, höchstens bei „höher Gebildeten“, die zu uns kommen z. B. für den MPU-Test. Bei den Arbeitslosen, also bei bestimmten Arbeitslosen, die hier zu uns kommen, ist die Arbeit mit der Flip-Chart ganz gut, da ist das mit den sog. Hausaufgaben wenig erfolgreich. Mit den Hausaufgaben muss man also viel differenzierter umgehen - mal geht es gut, mal ist es wenig hilfreich, der falsche Ansatz, sehr theoretisch gedacht, wenn auch gut gemeint.“ (3/27)

„Es war alles doch sehr papierlastig; für Leute - mal extrem gesprochen - mit einer Lese-/Schreibschwäche kaum einsetzbar, weil es für sie viel zu schwer war, die haben auch einige Wörter nicht verstanden. Wir mussten da völlig umsteuern und haben u. a. eine Flip-Chart eingesetzt.“ (5/29)

„Ich finde alle einzelnen Themenbereiche wichtig. Die Reihenfolge spielt dabei keine so wesentliche Rolle. Wir haben bis jetzt 5 Kurse durchgeführt, der 6te läuft grad an der Schule. Ich habe teilweise zusätzlich Watzlawick oder die Geschichte von einem Elefanten, der sich nicht traute zusätzlich vorgestellt, da der Zugang zur kognitiven Schiene nicht für alle gut geeignet war. Die bildliche Schiene war teilweise besser. Wir hatten ja auch Abiturienten und studierte Leute in den Gruppen, aber manchmal eben auch Leute, die die Sonderschule nicht abgeschlossen haben. Für die war es anhand von Bildern verständlicher. Es wurde also teilweise niedrigschwelliger gestaltet.“ (27/21)

26.5 Schriftliche Arbeitsformen weiter auflockern

Die Hausaufgaben waren für viele Teilnehmer/-innen nicht attraktiv oder stießen auf Ablehnung. Infolgedessen wurden weniger Hausaufgaben gemacht als vorgesehen. Diese Art von Aufgaben wirkte bei manchen Gruppen wie ein Zwang und löste Reaktanz aus. Die Gruppenleitungen wählten in solchen Fällen i.d.R. sachgerechte Alternativen.

„Die Dokumentation, die Erwartung an die TN, Hausaufgaben zu machen, die Dokumentationsbögen auszufüllen, war schwierig. Das haben weniger gemacht als vorgesehen war (vorgesehen war, dass alle ihre Bögen ausfüllen - das war

völlig illusorisch!) Die Teilnehmer/-innen haben von ihren Erlebnissen berichtet, diese in der Gruppe diskutiert.“ (23/20)

„Hausaufgaben sind generell schwierig.“ (19/21)

„Hausaufgaben und Tagebuch hatten etwas Zwanghaftes, wir haben uns für das Blitzlicht entschieden.“ (9/29)

Die Gruppenleiter/innen berichten daneben bei bildungsfernen Zielgruppen von Schwierigkeiten mit den Dokumentationsbögen. Es gebe Teilnehmer/-innen, die nur erzählen könnten. Dabei handelte es sich um Einrichtungen mit Legasthenikern und bildungsschwachen Zielgruppen, die somit besondere Schwierigkeiten und Anforderungen an das Programm stellten.

Auf der anderen Seite schienen es manchen Gruppenleitungen zu viele Bögen, zu viel zum Ausfüllen, wenn man alles bewältigen wolle. Werden Dokumentationsbögen mitgegeben, so werden sie von manchen ausgefüllt und von anderen nicht. Besser wurde es, als Doku-Cards eingesetzt wurden. Dennoch ist der Dokumentationsbogen ein wichtiges Arbeitsinstrument, das nicht weggelassen werden sollte. Dafür spricht der Zusammenhang mit der externen oder internen Veränderungsmotivation in den Beobachtungen mancher Gruppenleitungen: Je größer der Wunsch der Teilnehmer/-innen nach Veränderungen im eigenen Leben war, desto eher waren sie bereit, einen Bogen zu Hause auszufüllen. Dasselbe galt in anderen Gruppen für den Druck seitens gerichtlicher Auflagen und Aufmerksamkeit: Je höher die drohenden Sanktionen waren, desto eher wurde ein Bogen ausgefüllt.

„Am Anfang gab es Schwierigkeiten mit den Doku-Bögen, das wurde im Laufe der Zeit aber besser. Es gibt aber auch immer noch TN, die es nur erzählen können, sich schwer tun, es schriftlich zu machen. Wir arbeiten auch mit Legasthenikern.“ (37/19)

„Schriftlich ist kaum etwas von den TN gemacht worden, es waren zu viele Bögen, es war viel zu viel zum Ausfüllen. Dabei muss die Frage nach dem Sinn erlaubt sein, was soll das eigentlich? Wir haben versucht, in Kleingruppen zu arbeiten und dann im Plenum das zusammenzuführen und aber auch erst in Gruppe, dann die Therapiepläne individuell anzubringen. Wir arbeiten hier mit Lernbehinderten. SKOLL aber zielt mehr auf Erwachsene ab, setzt ein gewisses Maß an Bildung voraus, es stellt sich die Frage: Können Menschen, die in die Suchtfalle geraten sind, reflektieren oder anders gefragt: Können Menschen, die in einer Suchtfalle sind, reflektieren? Denn ihnen fehlt doch gerade diese Fähigkeit der Selbstreflexion, es sind viele, die das einfach nicht können, es sind sehr viele unreflektierte Menschen.“ (10/24)

„Wir geben den Doku-Bogen immer mit, er wird von manchen ausgefüllt, wird angeblich vergessen, wird aber auch ausgefüllt. Das bedeutet nicht, dass man ihn als Arbeitsinstrument weglassen sollte. Wir besprechen das dann gemeinsam.“ (GL 6/23)

„Schwer war es, die Protokolle, die Dokumentationen abzufordern, das wurde nicht gemacht oder nur sehr schwer; besser wurde es mit den Doku-cards. Das mit den Farben „rot-grün“-„grün-rot“ hat manchmal geklappt, manchmal eben aber auch nicht! Die Mädels waren hier allerdings gut, bei den Jungens haben

wir es mit ganz kleinen Karten probiert, die konnten sie sich in die Brieftasche stecken, das war günstig.“ (24/29)

„Die Dokumentation, die Erwartung an die TN, „Hausaufgaben zu machen“, die Dokumentationsbögen auszufüllen, war schwierig. Das haben weniger gemacht als vorgesehen war (vorgesehen war, dass alle ihre Bögen ausfüllen - das war völlig illusorisch!) Die Teilnehmer/-innen haben von ihren Erlebnissen berichtet, diese in der Gruppe diskutiert.

Auf die Frage, wer von den TN den Doku-Bogen ausgefüllt hatte, antwortete Herr S., dass es dort bei ihm einen Zusammenhang gegeben habe zwischen dem Wunsch nach Veränderungen im eigenen Leben und dem Ausfüllen des Bogens:

- *Je größer der Veränderungswunsch war, desto eher waren die TN motiviert, den Doku-Bogen auszufüllen und*
- *je höher der Druck seitens des Gerichts war, auf den Konsum von Cannabis oder Heroin (es gab keinen Unterschied) zu verzichten, desto eher wurde der Bogen ausgefüllt*

Beiden ist gemeinsam der verspürte Druck - Leidensdruck im ersten Fall und äußerer Druck im zweiten Fall mit dem Unterschied, dass im ersten Fall der Druck ein selbst erzeugter ist.“ (23/20)

26.6 Abstand der Kontrolle reduzieren

Die Kontrolle nach 6 bis 8 Wochen empfand eine Gruppenleitung als zu lang, weil die Erfahrung des Kurses für die Teilnehmer/-innen dann schon wieder zu weit weg liege. Daher sollte eine Kontrolle in einem kürzeren Abstand stattfinden.

„Der Abstand der Kontrolle nach 6 - 8 Wochen war zu lang, das ist für unser Leuten dann schon zu weit weg. Entweder in kürzerem Abstand wie z. B. nach 3 - 4 Wochen oder einen Katamnese-Bogen versenden.“ (14/24)

26.7 Einstieg und Fortschrittsabfrage strukturiert vorgeben

Für einzelne Gruppenleitungen setze das Programm viel voraus. Wenige Befragte befürworten daher eine stärkere Strukturierung einzelner Sitzungspassagen. Hierzu gehört erstens der Wunsch nach einem vorgeschlagenen passenden Einstieg, zum Beispiel mit einer Fallgeschichte. Der Kurs könne dadurch allgemein begonnen werden, bevor individuelle Therapiepläne aufgestellt würden.

„Es fehlt der Einstieg, eine Einstiegsgeschichte, es wird zu viel vorausgesetzt. Man müsste allgemeiner anfangen bevor man einen Therapieplan aufstellt.“ (10/24)

Auch die erzielten Fortschritte sollten bei den Kursteilnehmer/-innen – nach einem anderen Vorschlag – fest strukturiert abgefragt werden. Es sollte nach positiven Erlebnissen in Zusammenhang

mit SKOLL gefragt werden, nach kleinen Fortschritte, die die Teilnehmer/-innen machen, die sie verinnerlichen, aber nicht selbst zu würdigen vermögen. Dadurch verändere sich die Selbstbewertung und -beobachtung der Teilnehmer/-innen, sie nähmen die positiven Veränderungen an sich aufmerksamer wahr und seien selbstbewusster.

„Was auf jeden Fall verbessert bzw. angeregt werden sollte, ist das Nachfragen nach positiven Erlebnissen im Zusammenhang mit SKOLL, kleine Fortschritte, die sie machen. Zwar verinnerlichen sie das, aber es kommt nicht an die Oberfläche, es hapert an der Verbalisierung, an dem Erkennen - wir müssen sie mit der Nase darauf stoßen, und langsam artikulieren sie es auch.

Die Selbstbeobachtung verändert sich, sie nehmen die positiven Veränderungen an sich wahr, kommen stolz um nächsten Treff!“ (37/22)

26.8 Zusätzliche Einsatzmöglichkeiten mit dem Manual unterstützen

Ein weiterer Vorschlag richtet sich darauf, SKOLL in der Betrieblichen Gesundheitsförderung einzusetzen. Eine Erweiterung des Manuals könne diese und andere Anwendungen erleichtern.

„Was mir noch so in den Kopf gekommen ist zu SKOLL. Man könnte das Programm auch gut in der betrieblichen Gesundheitsförderung oder betrieblichen Gesundheitsmanagement anwenden. Das sind ja auch Leute mit normalen Problemen, also die einfach sensibel für ihr gesundheitliches Leben sind. Bei uns hat das gut funktioniert und bei uns war Sucht auch kein Thema. Es ging vielmehr darum wie ich gesünder mit meinem Leben umgehe.“ (25/71)

26.9 Möglichst große Freiräume für die Kursleitung

Eine Gruppenleitung wünscht sich mehr Freiräume für die Kursleiter/-innen, um ihr eigenes Wissen in den Kurs einzubringen. Nach Meinung der Gruppenleitung sieht das Programm diese Flexibilität nicht vor.

SKOLL und seine Module werden von den Gruppenleitungen unterschiedlich eingesetzt, weil auch die Gruppen immer unterschiedlich sind. Diese Flexibilität ist wichtig und der Grund warum SKOLL passt. Für die Gruppenleiter/-innen ist das auch nicht schwierig, flexibel zu reagieren, da sie es gewohnt sind.

„Alles wird unterschiedlich von uns eingesetzt, weil die Gruppen sehr unterschiedlich strukturiert sind, da müssen wir variieren, das ist für uns aber nicht sehr schwierig, denn wir sind es gewohnt, flexibel zu reagieren.

Ob etwas gut oder nicht so gut läuft, hängt von der jeweiligen Gruppe ab.

Vieles wiederholt sich zwar, ich würde aber es den Einrichtungen überlassen, flexibel damit umzugehen - ähnlich einem Schraubenschlüssel, den kann man ja variabel einsetzen.“ (21/25)

„Da wir die Module flexibel einsetzen durften, war das in Ordnung.“ (16/23)

„Unsere Erfahrungen waren durch die individuelle und sehr flexible Herangehensweise nur sehr gute.“ (15/26)

„das Gute an SKOLL ist ja auch, dass man die Module flexibel einsetzen kann, sich ganz damit auf die jeweilige Gruppe einstellen kann.“ (GL 5/21)

„Insgesamt wünsche ich mir, dass die Leiter mehr Freiräume bekommen, um ihr eigenes Wissen einzubringen. Bisher sieht das Programm diese viel besagte Flexibilität nicht vor. Es wäre gut, wenn das explizit in der nächsten Version erwähnt wird. So als Beispiel mal: ich habe früher in der Schlafforschung gearbeitet und das Thema zu viel Schlaf macht krank miterleben können. Das habe ich dann auch meinen Teilnehmern erzählt zu einem passenden Zeitpunkt als Beispiel und das Interesse war durchaus da, aber die Zeit nicht. Oder ich bin von Haus aus noch Psychodramatiker. Daher wollte ich demnächst Rollenspiele in die Sitzung einbringen. Das ist ja dazu da, um Konfrontationen und Risikosituationen nachzuspielen. Das kann den Teilnehmern durchaus helfen für den Umgang mit solchen Situationen. So was könnte man noch viel mehr in das Programm mit einbringen, wenn es irgendwo explizit geschrieben steht.“ (30/25)

26.10 Auf Gründe für mögliche Kursabbrüche im Manual eingehen

Es gibt nach der Erfahrung einiger Standorte – bei überwiegend hoher Haltequote – unterschiedliche hohe Abbruchzahlen, die nicht vorhergesagt werden können, da sie von Kurs zu Kurs unterschiedlich sind und überraschende individuelle Gründe einer psychisch und sozial instabilen Klientel umfassen. Bei kleinen Gruppen reichen zwei Abbrüche, um eine hohe Haltequote zu gefährden.

Häufige Gründe für Abbrüche liegen zum einen im Gruppendruck, der nicht ausgehalten wird. Zum anderen treten bei chronifiziert Abhängigen, die nicht vor dem Kurs als solche eingeordnet wurden, mitunter massive Rückfälle auf, z. B. bei Opiatabhängigen, die dann erst einmal abtauchen. Zusätzliche Schwierigkeiten treten bei Gruppen auf, die durch Kooperation mit Justizeinrichtungen zustande gekommen sind, wo gelegentlich Inhaftierung oder Haftantritt im Laufe des Kurses ansteht.

Die Expert/-innen empfehlen, auf mögliche Abbruchgründe und deren Behandlung in Dokumentation und Gruppe mit dem Manual vorzubereiten.

„Wir haben unterschiedlich hohe Abbruchquoten, und man kann es nicht vorher-sagen - von Kurs zu Kurs überraschend. Gründe für Abbrüche sind:

- Hält die Gruppe, den Gruppendruck nicht aus*
- Massiver Rückfall bei Opiat-Abhängigen, tauchen nach dem Rückfall dann erst einmal ab, kommen dann nach 5 bis 6 Wochen wieder*
- Inhaftierung im Laufe des Kurses oder Haftantritt.“ (37/33)*

26.11 Fazit: Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Expert/-innen

Die Befragten gaben eine Reihe von Empfehlungen ab, doch keine dieser Empfehlungen wurde von einer Mehrheit der befragten Gruppenleitungen geteilt. Zudem war ein großer Teil der Empfehlungen auf ursprüngliche Missverständnisse des Programms zurückzuführen; so entstanden der erlebte Zeitdruck und die Papierflut durch die Vorstellung, das gesamte schriftliche Material müsse vollständig durchgearbeitet sein, auch mit Legastheniker/-innen. Diese Missverständnisse wurden schon im Verlauf der Modellphase durch Anwendertreffen ausgeräumt.

Im einzelnen betrafen die Verbesserungsvorschläge mehrere Seiten des Vorgehens: die stetige weitere Verbesserung mancher Themenblöcke, u.a. eine Reduzierung der ersten Kurseinheit; Zusatzmaterialien für Bildungsferne, mit sprachlicher Anpassung einzelner Module; Auswahl der Arbeitsblätter mit Passung zur Zielgruppe; Entwicklung erlebnisaktivierender zusätzlicher Arbeitsformen; Erklärung oder Verminderung von Dopplungen im Stoff; Alternativen zu Hausaufgaben und Abfordern einer Verhaltensdokumentation.

Eine in mehreren Aspekten immer wieder vorgetragene Empfehlung war die Empfehlung von größtmöglichen Gestaltungsspielräumen in der Gruppenleitung. Diese Empfehlung spiegelt die Notwendigkeit, bei der Einführung von Versorgungsinnovationen eine Balance zwischen Programmtreue und lokaler Anpassung an die Bedingungen der Gruppe bei der Durchführung der Kurse zu finden (Kliche & Touil, 2011). Hierzu ermutigt das Handbuch in seiner letzten Version ausdrücklich, insbesondere zur zielgruppengerechten Auswahl von Art und Menge geeigneter Unterlagen. Infolgedessen ist bei künftigen SKOLL-Gruppen mit noch höherer Prozessqualität und Wirksamkeit zu rechnen.

Die Verbesserungsvorschläge wurden sämtlich im Rahmen der formativen Prozessevaluation schon während der Modellphase in Überarbeitungen des Manuals aufgegriffen und berücksichtigt. Sie stellen somit keine Hinweise auf fortbestehende Wirkungseinschränkungen oder Mängel des Programms dar, sondern geben allenfalls noch Hinweise, wozu in künftigen Gruppenleitungsschulungen wichtige Botschaften zur Programmnutzung verdeutlicht werden sollten, insbesondere hinsichtlich der Anpassungsspielräume seitens der Gruppenleitung.

27 Einordnung der Wirksamkeit anhand internationaler Befunde

Die Durchsicht der Reviews, die die Erfahrungen und Erfolge von Suchtprävention und Frühintervention international zusammenfassen, zeigte mehrere wichtige Befunde zur Bewertung der von SKOLL erzielten Effektgrößen (vgl. zur genaueren Darstellung der einzelnen Reviews den Anhang, Kapitel 35):

1. Die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen weist eine erhebliche Spannweite auf. In den meisten Reviews finden sich zahlreiche praktisch unwirksame Programme, in Größenordnungen von bis zu 40 oder 50% der untersuchten Interventionen. Nur etwa die Hälfte der Vorgehensweisen erreicht nennenswerte positive Effekte. Die Mediane der Effektgrößen liegen meist knapp im niedrigen positiven Bereich, also im Bereich kleiner Effektgrößen. Für die beabsichtigten Wirkungen ist dies eine unerfreuliche Sachlage, da auch länger entwickelte und aufwendig evaluierte Vorgehensweisen vollkommen nutzlos sein können und die knappen Ressourcen verbrennen. Ursachen für die schwache Wirksamkeit können u.a. in gruppenspezifischen Effekten liegen – manche Teilzielgruppen profitieren, andere nicht, oder verschlechtern sich, etwa durch die Suche nach Distinktionsgewinnen (Inszenierung von Dominanz durch Risikobereitschaft) oder durch die Vergegenwärtigung des Problemumfangs bei geringer Selbstwirksamkeitserwartung und Änderungszuversicht.
2. Unzulänglich konzipierte und durchgeführte Suchtprävention kann Schaden anrichten. Mehrere Reviews berichten Studien mit negativen Effekten, also Verschlechterungen von Gesundheitsstand, Risikoverhalten und Konsum durch die Programmteilnahme. Die Effektgrößen erreichen den Bereich einer halben Standardabweichung, die Noxen erreichen also das Ausmaß der möglichen Nutzeffekte.
3. Einige der von SKOLL eingesetzten Interventionsprinzipien erzielen deutlich höhere Effektgrößen. Hierzu zählen namentlich interaktives Vorgehen, Training sozialer Kompetenzen, kognitiv-behaviorale Elemente des Selbstmanagements, insbesondere die Bearbeitung der lebensweltlichen Ursachen und Bedingungen für die Entwicklung von Abhängigkeiten sowie eine Dosis zwischen 5 und 9 Sitzungen (darunter und darüber gibt es Hinweise auf abnehmende Wirksamkeit).

Somit kann nur einer Minderheit der Interventionen zuverlässig gute Wirksamkeit bescheinigt werden, im Mittel sind die erreichten Effektgrößen armselig, Schadenswirkungen sind möglich.

Im Vergleich dazu sind die durch SKOLL erzielten Wirkungen ausgeprägt; sie liegen im Bereich der besten Wirkungswerte, die international für indizierte Prävention und Frühintervention berichtet werden.

28 Diskussion

Bei dieser aus mehreren Teilstudien zusammengesetzten Programmevaluation sind verschiedene Limitationen zu überlegen.

Erstens war die Teilnehmerbefragung auf Breitenwirksamkeit gerichtet und arbeitete dafür mit einer Stichprobe und einem Forschungsplan, der mit den realen Nutzungsbedingungen übereinstimmte. Dafür musste sie einen hohen **Schwund zwischen den drei Messpunkten** hinnehmen. Um Effekte des Schwund zu kontrollieren, wurden Ausfall- und Verzerrungsberechnungen sowie Vergleiche von Längs- und Querschnitt angestellt. Die Ausfallanalysen zeigten keine Hinweise auf wesentliche Verzerrungen der Abschlussmessungen durch systematische Unterrepräsentation bestimmter Teilgruppen. Da Längs- und Querschnittsbefunde in belegten Effekten und deren Größenordnung recht genau übereinstimmten, ist eine Übertragung der Längsschnitt-Beobachtungen auf die breitere Datenlage des Querschnitts plausibel.

Schließlich wurden zur Methoden- und Ergebnistriangulation (Flick, 2004) der Wirkungen und Wirkmechanismen für alle Befunde mehrere Quellen herangezogen: die Einschätzungen früherer Nutzer/-innen laut Gruppenleiterbefragung 2009, die Teilnehmer- sowie die Expertenbefragungen und schließlich die Einzelfallstudien. Die Ergebnisse widersprachen sich nicht, sondern stimmten weitgehend überein, wo sie auf die gleichen Fragestellungen gerichtet waren, nämlich auf Wirkungen, Wirkmechanismen und mögliche Schwächen des Programms.

Zweitens verwendete die Wirkungsabschätzung keine Kontrollgruppe im Sinne eines Randomized Controlled Trial, weil ein solcher Ansatz für diese Studie aus mehreren Gründen unsinnig gewesen wäre: (a) hohe Anforderungen an Art und Zahl einzubeziehender Cluster, verbunden mit gigantischem Finanzierungsbedarf, (b) hinreichende Zellenbesetzungen für verschiedene Abhängigkeiten zur Abdeckung des generischen Ansatzes, (c) Nichtverfügbarkeit einer „Standardbehandlung“ für so heterogene Zielgruppen und Problemlagen und Unmöglichkeit, Zielgruppen mit brüchiger Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation in hinreichender Zahl an Wartekontrollgruppen zu binden. Aus diesen Gründen wurden drei **programmspezifische Vergleichsmöglichkeiten** genutzt:

1. Verankerung an Referenzwerten der Gesamtbevölkerung zur Einordnung von Ausgangslage und Umfang der Gesundheitsgewinne,
2. interne Vergleichsgruppenbildung (u.a. heterogene vs. homogene Gruppen zur Abschätzung der Wirksamkeit des generischen Ansatzes, Vergleich der Effekte für verschiedene Haupttrisikoverhalten bzw. Konsumentengruppen),
3. Vergleich mit erzielten Effekten anderer Programme.

Mit diesen Vergleichsoperationen konnten alle notwendigen Orientierungen für eine Programmevaluation sachgerecht abgeleitet und gut fundiert werden.

Auch das Vorgehen der qualitativen Versorgungsanalyse wies Grenzen auf:

Beschränkte Zahl von Experteninterviews: Denkbar sind andere Einschätzungen bei Einbezug weiterer Befragter. Diese haben jedoch geringere Validität als die hier berichteten, soweit es das Programm SKOLL betrifft, weil die hier befragten Expert/-innen dieses Programm aus eigener Erfahrung in ihrer Einrichtung kennen und dort die Effekte am besten beurteilen können. Hinsichtlich der Beschreibung lokaler Versorgungslagen ergaben sich keine Anhaltspunkte für kontroverse Be-

trachtungsweisen, sondern übereinstimmende Angaben. Die Durchführung weiterer Interviews konnte daher nach dem Sättigungsprinzip der qualitativen Sozialforschung abgebrochen werden, wenn an einem Standort in neuen Interviews keine neuen Einschätzungen resultierten.

Differenzierung zwischen Prävention und Suchthilfe: In der Studie wurde nicht zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden, weil das untersuchte Programm einen generischen Ansatz für verschiedene Ausprägungsgrade des Risikoverhaltens bietet. Diese Unterscheidung ist jedoch für die Wahl von Finanzierungsmöglichkeiten sehr wichtig (z. B. Prävention oder Rehabilitation unter §§ 20 und 43 SGB V bei den Krankenkassen).

Aus den Ergebnissen ging jedoch hervor, dass die Sichtweise eines gleitenden Übergangs den praktischen Erfahrungen entgegenkommt: Häufig ist der Chronifizierungsgrad einer Person nicht sofort erkennbar, bzw. muss mit dieser im Laufe der Intervention erarbeitet werden, um das Problembewusstsein zu stärken.

Die Befragten differenzierten daher sehr wohl die Funktionen der Prävention und Behandlung, sahen jedoch in ihrer praktischen Arbeit Bedarf an Interventionen, die beides leisten. Sie berichteten zudem, dass zahlreiche Angebote zielgruppenoffen seien, weil eine Eingangsdiagnostik nur vorläufig erfolgen könne. Auch die Zielgruppen sind an den Regeln für Finanzierungsquellen nicht interessiert, sondern an wirkungsvollen Maßnahmen, und diese können mehreren Zielen dienen.

Positive Selbstdarstellung: Die Art der Befragung könnte Lücken der Versorgung unterschätzen, wenn befragte Expert/-innen offenen Bedarf im eigenen Arbeitsfeld nicht zugeben würden, um die eigene Arbeit möglichst günstig darzustellen.

Die Ergebnisse zeigten jedoch durchgehend die Kompetenz, das Angebot und seine Qualität kritisch-professionell abzuwägen. Der Tendenz zur günstigen Selbstdarstellung könnte auch entgegenwirken, dass Bedarfsmeldungen auf Unterversorgung und Notwendigkeiten weiterer Unterstützung des Arbeitsfelds hinweisen. Somit wirkte als Gegentendenz der Wunsch, mit den Auskünften auf eine bessere Unterstützung der eigenen Arbeit hinzuwirken, sie also nicht als perfekt erfolgreich hinzustellen. Tendenzen sozialer Erwünschtheit sind insofern immer anzunehmen, der Leitfaden konnte sie jedoch auffangen und die professionell-selbstkritische Reflexion der Expert/-innen unterstützen (auch ein differenziertes Selbstbild ist sozial erwünscht).

(6) Expertenwissen als Datenquelle für Versorgungsanalysen: Eine Untersuchung, die das Wissen von Expert/-innen verdichtet, ist nur so informativ wie deren Wissensstand selbst. Da für Suchtprävention und Suchthilfe an den jeweiligen Standorten keine mikroräumliche Versorgungsberichterstattung verfügbar ist, war das Vorgehen alternativlos. Es zeigte jedoch als Spiegel des Expertenwissens über die lokale Versorgungslage auch deren Schwächen: Die Befragten lieferten genaue Problemanalysen und Strukturbeschreibungen, jedoch keine quantitativen Details über die lokale Versorgungslage im Überblick. Solche lokalen Versorgungskataster setzen eine gute, dauerhafte Zusammenarbeit und eine Stelle voraus, die alle Angebote und Aktivitäten sammelt und lokal auswertet; hierzu sind die Deutsche Suchthilfestatistik zu global und die Daten in einschlägigen Datenbanken (dotsys) zu unvollständig und zu aufwendig lokal auszuwerten. Aus diesen Gründen spiegelt das hier berichtete Wissen den Kenntnisstand der Expert/-innen, der bei der Programmeinführung und -beurteilung greift. Das Vorgehen lieferte daher valide Daten, auch wenn nicht alle

lokalen Aktivitäten mit genauen Zahlen der Inanspruchnahme und Wirksamkeit unterlegt wurden (die gibt es nämlich nicht).

Somit sind quantitative Auskünfte in Handlungsfeldern irreführend oder wertlos, wo

- Einzelaktivitäten, Projekte und punktuell durchgeführte Programme durchgeführt werden, ohne dass koordinierende Instanzen eine Übersicht führen;
- die Versorgungslage jährlich wechselt, weil in einigen Feldern Projekte vorherrschen und in anderen schwankende Nachfrage besteht;
- Aufzeichnungen (vor allem über Inanspruchnahme) gar nicht oder an unterschiedlichen Stellen geführt werden, so dass ein erheblicher Zusatzaufwand für Kompilationen entstünde (die Expert/-innen müssten viele Kooperationspartner anfragen);
- wichtige Daten zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit oft nicht einmal beim finanzierenden oder durchführenden Träger vorliegen, weil entsprechende Erhebungen mangels Instrumenten und Monitoring nicht stattfinden (z. B. die Einpreisung bzw. Erfassung von freiwillig erbrachten Arbeitsstunden in Schulprojekten);
- Einspar-Ängste die Validität von Leistungsangaben mindern.

Expertenwissen kann also die verfügbaren Kenntnisse aus komplexen, unübersichtlichen und raschem Wandel unterworfenen Praxisfeldern zusammenführen. Sein Vorteil besteht darin, dass genau jene Daten abgefragt werden, die nach Sachkenntnis der Fachleute das Feld gut beschreiben, und zusätzlich deren Interpretation und Relevanz. Aussagefähige Ergebnisse lieferte das Vorgehen daher zu allen Fragestellungen nach Strukturen und Prozessen, deren Problemen und Anforderungen, Brauchbarkeitskriterien für Versorgungsinnovationen und Brauchbarkeit sowie beobachteten Effekten des Programms. Die wichtigsten Fragestellungen nach Eignung von SKOLL für das Arbeitsfeld der Suchthilfe und –beratung waren damit zu beantworten.

Das breite Spektrum befragter Expert/-innen gab überwiegend eindeutige und klare Einschätzungen, deren Begründungen auch auf die Reichweite der jeweiligen Aussagen verwies. Die Auswertung war damit ohne große Schwierigkeiten möglich. Insbesondere zeigten sich keine Differenzen der Einschätzungen und Auskünfte zwischen den systematisch variierten Perspektiven

- Einrichtungsgröße
- Urbanisierungsgrad
- Träger
- Einrichtungsart
- Berufsgruppe
- Leitungs- und Fachebene

Unterschiede betrafen zwar einzelne Sachlagen (z. B. dünner ÖPNV im ländlichen Raum), doch gingen daraus keine generellen Konflikte in der Beurteilung von SKOLL oder hinsichtlich anderer Befunde hervor. Die Ergebnisse sind daher verallgemeinerungsfähig.

Fazit: Während qualitative Daten üblicherweise als besonders valide gelten (Kelle, 2006), erweist sich ihre Aussagekraft als beschränkt, wo die Expert/-innen selbst nur auf rasch überholte, unvoll-

ständige Daten zugreifen können. Sie liefern aber ersatzweise Rahmenbeschreibungen, Zusammenhänge, Einordnungen und Beispiele. Wo die Expert/-innen keine genaueren Auskünfte geben können, wäre eine quantitative Versorgungsanalyse jedoch extrem aufwendig und langsam, zudem würde sie aufgrund des Wandels im Feld rasch überholte Daten liefern. Aus diesem Grund war das gewählte Vorgehen informativ und sachgerecht.

Insbesondere lieferte es breite Einblicke in die Beurteilungskriterien für Programme und Anforderungen an neue Interventionen im Arbeitsfeld der Suchtprävention, -hilfe und -beratung sowie in Probleme und Hürden, die bei einer weiteren Verbreitung von SKOLL in Betracht zu ziehen sind. Außerdem lieferte es Einschätzungen der Wirksamkeit, die auf der Zusammenfassung eigener Beobachtungen beruhten und durch Beispiele in den Interviews auf Haltbarkeit geprüft werden konnten. Da die Befragten unabhängig von Einrichtungsgröße, Urbanisierungsgrad, Träger, Einrichtungsart, Berufsgruppe, Leitungs- und Fachebene sachlich ähnliche Einschätzungen und Auskünfte gaben, kann den Befunden allgemeine Aussagekraft für die Sachlage in Deutschland zugeschrieben werden.

29 Gesamtbild: Breite, deutliche Gesundheitseffekte

Datenbasis: Der Rücklauf einer verankerten Beobachtungsstudie mit 706 (T1), 487 (T2) bzw. 217 (T3) Befragten bot ein vollständiges Bild der Programm-Teilnehmer/-innen. Er lag zu Beginn etwas über der Zahl der laut Gruppendokumentationen erreichten Personen in 84 Kursen. Die Brutto-Ausschöpfung von T1 betrug 68,9% (T2) bzw. 30,7% (T3); letzteres entsprach 44,5% von T2.

Unter den 706 Befragten der Eingangsbefragung waren im Querschnitt 59,9% Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 29,8 Jahren. Keinen oder Hauptschulabschluss hatten 48,7%, 36% Realschulabschluss und 15,4% Abitur oder Studium. Teilnehmer/-innen mit geringer Bildung überwogen also. 40,5% kamen aus einer Großstadt, 24,4% aus einer mittleren Stadt (20 – 100.000 Einwohner), 21,7% aus kleineren Wohnorten oder ländlichen Regionen. Nördliche Bundesländer waren mit 25,85% vertreten, südliche mit 24,8%, westliche mit 22,1% und östliche mit 13,9%.

163 Personen ließen sich drei Messpunkten zuordnen (vollständiger Längsschnitt). Sie zeigten ähnliche Merkmale wie die Querschnittsstichprobe. Quer- und Längsschnittstichprobe stimmten in den Proportionen im Kursverlauf (über die Erhebungspunkte) immer genauer überein.

Eingangs- und Abschlussbefragung ergaben somit ein weitgehend vollständiges Bild der Teilnehmer/-innen, in der Nachbefragung fand indes ein starker Schwund statt, so dass die Katamnese auf Verzerrungen zu prüfen war. Die Befragten wiesen also hinreichend große Variation in allen soziodemographischen Merkmalen auf, um größere Teilgruppen zu vergleichen.

Durchführungsqualität (Programmtreue, Umsetzungsgüte): Die Teilnehmerzahl betrug im Mittel fast genau 8 Personen je Gruppe. Sie sank im Kursverlauf von der ersten bis zur letzten Sitzung fast kontinuierlich sanft ab, und zwar von 7,3 auf 5,7 Personen je Sitzung. Die einzelnen Module unterschieden sich also hinsichtlich Teilnehmerinteresse, aber auch hinsichtlich Gruppenklima und Motivation der Teilnehmer/-innen nach Beobachtungen der Gruppenleitungen wenig. Allerdings ließen sich – gemäß Auswertung der Durchführungsprotokolle – drei Module schwer vollständig vermitteln, und zwar Risikosituationen, Stressmanagement und Ambivalente Gefühle. Programmverbesserungen sollten an diesen Modulen ansetzen.

Dosis: Nur 15,7% nahmen an allen Treffen teil, 37,8% ließ eine Sitzung aus, 31,1% zwei und 15,4% drei und mehr. Jüngere und (signifikant häufiger) männliche Teilnehmer/-innen und Personen mit Risikokonsum von Alkohol, Medien und mehreren Risikoverhalten fehlten öfter. Die Wirkungsanalysen zeigten, dass mehr als zwei ausgefallene Treffen die Gesundheitseffekte des Programms einschränkten.

Inanspruchnahme von Maßnahmen außerhalb des Programms: 33,1% der Teilnehmer/-innen nahmen zu Kursbeginn auch andere Versorgungsangebote in Anspruch, davon 56,6% eine Beratung, 18% eine Therapie und 5,3% Selbsthilfegruppen. Parallel zu SKOLL besuchten 20,7% weitere Angebote, und davon 45,4% eine Beratung und 28,9% eine Therapie. Zusätzliche Angebote wurden überproportional von riskant Alkohol konsumierenden, männlichen, selbstmotivierten und in Großstädten lebenden SKOLL-Teilnehmer/-innen aufgesucht. SKOLL hatte also für ländliche und kleinstädtische Regionen besonderen Wert, wo solche zusätzlichen Angebote nicht verfügbar waren. In den Wirkungsanalysen zeigten sich nur punktuelle Interaktionseffekte von SKOLL und externen Angeboten (z. B. auf den Cannabis-Konsum).

Teilnahmemotivation: Die Impulse für die Teilnahme an SKOLL kamen überwiegend aus einer Suchtberatungsstelle (38,1%), daneben aus der Schule (23,2%), vom Arbeitsplatz (11,7%), von Rechtsinstanzen (9%) und vom Arbeitsamt (5%). Ärztliche oder psychotherapeutische Behandler spielten eine geringe Rolle (3,9%). Nach Beobachtungen der Kursleitungen kamen 14,% der Teilnehmer/-innen wegen Bewährungs- und 18,7% wegen sonstiger Auflagen (von Arbeitgeber, Schule usw.).

Bei Zusammenfassung der Teilnahme-Impulse auf Selbst- oder Fremdmotivation erwiesen sich diese als fast gleich verteilt, mit je etwa der Hälfte vertreten. Fremdmotivation lag häufiger bei jüngeren Teilnehmer/-innen, Männern und Personen mit höherer Bildung sowie in Großstädten vor. Selbstmotiviertes Aufsuchen von SKOLL war häufiger bei drohendem Alkoholmissbrauch, fremdmotivierte Inanspruchnahme häufiger bei Gefährdung durch Medien und mehrere Abhängigkeiten anzutreffen.

In den Wirkungsanalysen zeigte sich, dass intrinsische oder extrinsische Motivation zwar mit Zufriedenheit korrelieren konnte, jedoch keinen Einfluss auf die Wirksamkeit des Programms hatte.

Vorbelastungen: Die Teilnehmer/-innen lagen zu Kursbeginn signifikant und in bedeutsamem Umfang unter dem mittleren Gesundheitszustand ihren Alters- und Geschlechtsgruppen, und zwar um 21,2% der Ausprägung Gesundheitsbezogener Lebensqualität. 31,4% der Teilnehmer/-innen hatten nach Beobachtungen der Kursleitungen bereits eine Abhängigkeit ausgebildet, 21,7% auffallende psychischen Veränderungen. Diese Faktoren erschwerten das Vorgehen einer Frühintervention. Andererseits kann eine psychologische Diagnostik vor dem Programm kaum durchgeführt werden, die Sucht wird also meist erst im Gruppenverlauf deutlich. Sie wird i. d. R. von den Interessent/-innen möglicherweise vor sich selbst und anderen heruntergespielt oder gezielt verborgen. In dieser Hinsicht spiegelt die einbezogene Stichprobe die Bedingungen einer Breitenwirksamkeitsprüfung unter Realbedingungen.

Teilnehmerziele und ihre Erreichung: Die wichtigsten Programmziele waren auch den Teilnehmer/-innen wichtig, und sie wurden im Urteil der Teilnehmenden weitgehend erreicht. Vorrangig waren dabei Kompetenzen des Suchtbezogenen Selbstmanagements, insbesondere die Kontrolle von Risikoverhalten, das Wissen darüber und ein erhöhtes Risikobewusstsein (im Skalenumfang etwa 5 – 10% wichtiger als Allgemeines Selbstmanagement). Die Ziele des Programms und die Erwartungen und Absichten der Zielgruppen stimmten somit gut überein.

Die Ziele wurden nach Einschätzung der Teilnehmer/-innen teilweise erreicht (im Skalenumfang zwischen etwa 50% und 65%).

Die Gesamtzufriedenheit lag im Bereich solider Akzeptanz. Die einzelnen Module erhielten geringfügig unterschiedliche, jedoch sehr ähnliche Bewertungen (Mittelwerte von 2,83 bis 3,08). Man kann bei künftigen Programmverbesserungen also alle Module beibehalten.

Die Zufriedenheit mit der Kursdurchführung, aber auch der mittleren Nützlichkeit der Module lag bei der Altersgruppe bis 30 Jahren etwas niedriger als bei Älteren und bei Frauen etwas niedriger als bei Männern. Am höchsten war die Zufriedenheit mit allen Aspekten in der Altersgruppe der 40- bis 49jährigen. Empathie und Unterstützung durch die Kursleitung wurden als hoch ausgeprägt erlebt (im Mittel 3,27 bei Frauen bzw. 3,44 bei Männern auf einer Skala von 0 bis 4). Die Zufriedenheit mit der Unterstützung bei der Umsetzung im Alltag fiel etwas niedriger aus (im Mittel 2,94 bei

Männern und 2,7 bei Frauen). Kursleiterauswahl- und –qualifikation bieten als eine gute Grundlage für die Arbeit mit SKOLL. Bei der Erarbeitung neuer Fassungen könnten mehr Mittel für die konkrete Umsetzung im Alltag eingefügt werden. Die Beurteilungen verschiedener Einzelmodule differieren zwischen den Altersgruppen signifikant aber mit schwacher Effektgröße; aus diesen geringen Unterschieden ergeben sich keine Anhaltspunkte für Bedarf zur Programmoptimierung.

Die Wirkungsanalysen zeigten, dass Gesundheitseffekte und vermindertes Risikoverhalten auch eintreten, wenn die Befragten das Programm für wenig erfolgreich hielten: Der Erfolg wird subjektiv unterschätzt. Die erlebte Zielerreichung erhöhte jedoch die Akzeptanz: Sie verhielt sich U-förmig zur Dosis. Die höchsten subjektiven Erfolge im Kurs erzielten Teilnehmer/-innen mit 2 fehlenden Sitzungen, während solche, die 3 oder mehr gefehlt hatten, wie jene mit vollständigem Kursbesuch etwas geringere subjektive Erfolge berichteten. Die Möglichkeit zur Entscheidung über interessante Themen erhöhte also Akzeptanz und persönliche Aneignung des Programms.

Konzept und Durchführung wurden somit den Erwartungen aller Teilgruppen in ungefähr ähnlicher Weise gerecht. Das Programm hat sein Grundkonzept der gruppenübergreifenden Intervention erfolgreich umgesetzt.

Gesundheitseffekte: Im Programmverlauf traten signifikante Verbesserungen der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des Beschwerdenstandes und der Risikoverhalten auf, die sich im Katamnesezeitraum halten bzw. leicht weiter verbessern. Die Gesundheitsgewinne blieben also nachhaltig stabil, mit einem Gesundheitsprofit von etwa 15 – 20% gegenüber den Ausgangswerten. Die Gewinne lagen wegen hoher Streuung im Bereich kleiner bis mittlerer Effektgrößen, erreichten jedoch in allen Teildimensionen bedeutsame oder sehr bedeutsame Skalenumfänge. Diese Befunde betreffen auch die Referenzwert-Differenzen, also die Vergleichswerte zur individuellen Alters- und Geschlechtsgruppe. Sie betrafen auch die wichtigsten Risikoverhaltensweisen – Tabak-, Alkohol- und Medienkonsum – mit einer kontinuierlichen Reduktion über die drei Messpunkte um etwa 10% (Nikotin, Medien) bis 50% (Alkohol).

Die Wirksamkeit war gleich gut (d.h. nicht signifikant unterschiedlich) für alle

- Altersgruppen
- Bildungsabschlüsse
- Geschlechter
- Ortsgrößen (städtische oder ländliche Umfelder)
- Regionen (Bundesländer)
- Risikoverhalten
- Eingangsbelastungen
- Motivationen (intrinsische und extrinsische)
- parallel genutzten Angebote – Beratung oder Therapie

SKOLL erwies sich damit als ein über individuelle Inanspruchnahmestrukturen und äußere Rahmenbedingungen sehr stabil wirksames Programm, das auf unterschiedlichen Stufen der Erkrankung und Inanspruchnahme bzw. Versorgung mehrdimensionale Gesundheitsprofile bringt.

30 Gesamtbild: Versorgungsverbesserungen durch SKOLL

30.1 Programmeinführung ist ein mehrstufiger, mehrjähriger Prozess

Die Einführung neuer Angebote der Suchtberatung, -prävention und -hilfe ist mit einer Reihe von Brauchbarkeitsanforderungen verknüpft, die ein neues Programm durchlaufen muss. Die Einführung besteht daher aus einem längeren Prüfungsprozess, in dem die Innovation diese Anforderungen wie Filter passieren muss: überzeugender Interventionsansatz, Bedarfsgerechtigkeit, Erschließung neuer Teilzielgruppen, Eignung für die örtlichen Bedingungen (z. B. Verkehrslage, Prävalenzraten, bestehende Kooperationsnetze), Handhabbarkeit und Qualität von Manual und Unterlagen, Sicherstellung der Finanzierung, Qualifizierung und Überzeugung des Teams zur Gewährleistung guter Unterstützung, Öffentlichkeitsarbeit und lokale Vernetzung. Auch Begleitforschung ist als Förderfaktor der Programmeinführung attraktiv, sie kann die Bedeutung eines Programms erhöhen und verspricht belastbare Leistungsnachweise. Die Entscheidung für ein Programm bindet Ressourcen und Handlungskapazitäten der Einrichtungen über 3 bis 5 Jahre.

30.2 SKOLL bietet einen attraktiven Interventionsansatz

SKOLL spricht die Einrichtungen mit Ansatz, Methodik und Materialien an, weil es einen gruppen- und suchtmittelübergreifenden Ansatz hat, durch Verzicht auf Abstinenzziele eine Überforderung der Klientel vermeidet und die Betroffenen in verschiedenen Stadien des Risikoverhaltens erreichen kann. SKOLL kann durch nichtstigmatisierende Ausrichtung, soziale Motivation durch Gruppenarbeit und Ausrichtung auf Lebenskompetenzen die Bereitschaft zu Interventionen bei solchen Personen vergrößern, die sonst den Kontakt zur Beratungsstelle rasch wieder einstellen. Weitere Vorteile liegen in der Erleichterung der Gruppenzusammenstellung bei unspezifischer Zusammensetzung, die eine zeitnahe Intervention ermöglicht, und in der Ansprache von Jugendlichen durch Neugier und soziale Motivation sowie von Erwachsenen durch Vermittlung allgemeiner Lebenskompetenzen.

30.3 Die Aufgaben der Programmeinführung wurden gut gelöst

30.3.1 Auffangen verschlechterter Rahmenbedingungen

Die Einführung des neuen Programms ist trotzdem kein von selbst laufender Prozess, und zwar aus mehreren Gründen. Ein erster liegt in mittel- und langfristigen Veränderungen des gesamten Arbeitsfeldes, die praktisch alle befragten Expert/-innen beschreiben. Diese Trends haben sich auch in der Projektlaufzeit spürbar geltend gemacht. Zu ihnen gehören als Belastungen und Ressourcenverluste einerseits Mittelkürzungen, Konkurrenz zwischen Anbietern um die knapper werdenden öffentlichen Gelder und die öffentliche Sichtbarkeit, die Zuwendungen sicherstellt. Gleichzeitig entstehen neue Aufgaben und Arbeitsanforderungen durch die Differenzierung der Abhängigkeitsrisiken (neue Verhaltensrisiken wie Konsum, Internet, Spielen) und wachsende Nachfrage infolge zunehmenden Leidensdrucks, größerer Zahlen Betroffener und öffentlicher Entstigmatisierung sowie Zugangshürden der Psychotherapie. Andererseits ist das Arbeitsfeld von wachsender Professionalität

sierung und Standardisierung hochwertiger Problemlösungen sowie der Einführung dafür erforderlicher Strukturqualität geprägt. Hierzu zählen u.a. eine stete Verbesserung der Versorgungsangebote und Interventionen sowie professionelle und institutionelle Vernetzung (s. folgendes Kapitel).

Durchgehend belasten und erschweren diese Veränderungen nach den Berichten der Expert/-innen die Einführung neuer Angebote. Sie können von den einzelnen Einrichtungen nur teilweise absorbiert werden. Je weiter sie voranschreiten, desto stärker machen sich die in den weiteren Kapiteln geschilderten Hürden und Probleme für die Übernahme neuer Interventions- und Arbeitsformen und Programme geltend: Die Einrichtungen konzentrieren sich auf ihr „Kerngeschäft“, sparen Ressourcen, wo immer es geht, und gehen keine Risiken durch Erprobung neuer Methoden ein. Auch die positiven Entwicklungen hin zu höherer Professionalität und Vernetzung unterstützen die Einführung neuer Programme nur teilweise, weil sie zugleich Zeit und Qualifizierungsressourcen in Anspruch nehmen. Zudem schrumpfen mit den – teilweise von Politik und Trägern erzwungenen – Anpassungen die Spielräume der Einrichtungen zur organisationalen Anpassung an die neuen Anforderungen.

30.3.2 Aufwand zur Programmeinführung

Ein zweiter Bereich von Anforderungen sind die gängigen Anforderungen an Innovationen in Prävention und Gesundheitsförderung: Bekanntmachung der Programmleistungen und Unterstützung der Einrichtungen bei Fragen der Anpassung und Umsetzung (Kliche & Touil, 2011). All dies findet sich auch in den Auskünften der Expert/-innen.

Aufgabenfelder bilden hier:

1. Verbreitung der Kenntnis des Programms durch Fachveröffentlichungen und Veranstaltungen für Träger und Praktiker;
2. Errichtung und Stärkung der Praxisgemeinschaften, die das Programm tragen, durch Qualifikation (Trainerschulung, Begleitforschung, Supervision), internes Wissensmanagement durch Sammlung und Austausch von Erfahrungen, intern etwa auf Teamsitzungen und extern auf regelmäßigen Anwendertagungen;
3. Implementationshilfen (u. a. Handbuch, Materialien, Website, Hotline, Anwendertagungen, Intervision, Unterlagen für den Aufbau der Kooperationen und Öffentlichkeitsarbeit durch zielgruppengerechte Kommunikationskanäle und –mittel);
4. Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen durch Sicherung von Finanzierungsmöglichkeiten und Transparenz von erforderlichen Ressourcen (Vorbereitungsaufwand, Zeit- und Personalbedarf, laufende Unterstützung durch Team und Leitung, klare Rollen und Aufträge) sowie Programmnutzen für Teams und Träger.

SKOLL hat diese Anforderungen bisher gut gemeistert. Das war in der Modellphase wesentlich eine Leistung der Projektkoordinatorin. Ihre Rolle wird in den kommenden Jahren auf eine kollegialen Leitung übertragen, die auch die Qualifizierungs- und Intervisionsaufgaben weiterführt. Die Praxisgemeinschaften, die das Programm an den Standorten weitertragen, sind erfolgreich eingerichtet und wirken weiter, wie die Fortführung von SKOLL an den Standorten belegt. Die erarbeitete-

ten Implementationshilfen stehen weiter zur Verfügung. Die Bekanntmachung wird durch Veröffentlichungen der Begleitforschung und der Programmkoordination fortgesetzt.

Somit sind drei der vier Einführungsaufgaben in der Modellphase dauerhaft bewältigt worden, was gute Voraussetzungen für die Verstetigung schafft. Die vierte Aufgabe ist gelöst, soweit sie seitens des Programms geklärt werden konnte: Die Programmleitung hat Transparenz hinsichtlich des Aufwands geschaffen, den eine Einrichtung für die Programmeinführung und –nutzung kalkulieren muss, und die Begleitforschung dokumentiert den breiten Nutzen für Träger und Einrichtungen. Hierbei bleiben jedoch grundlegende Fragen offen, die das gesamte Versorgungsfeld betreffen (vgl. folgenden Abschnitt).

30.3.3 Programmanpassung

Die Expert/-innen berichteten über die erlebten Schwierigkeiten und ihre Verbesserungsvorschläge. Diese beruhten teilweise auf Missverständnissen, nämlich einem engen Verständnis der Gestaltungsspielräume der Gruppenleitungen bei der Programmumsetzung. Alle angesprochenen Schwierigkeiten und Vorschläge wurden im Rahmen der Prozessevaluation bereits während der Modellphase in Verbesserungen an Handbuch und Schulungen übersetzt. Die angeführten Schwierigkeiten und Hürden sind damit bei einer weiteren Programmverbreitung nur noch in weit geringerem Umfang zu erwarten, falls überhaupt.

30.3.4 Wirksamkeit und Optimierung der Programmkomponenten

Die Expertenbefragung bestätigte den Befund aus Gruppenleiterbefragung (2009) und Teilnehmerbefragung, dass die Teilmodule und Methoden des Programms die intendierten Effekte hervorbringen. Den meisten Gruppen war ein manualgerechtes Zeitmanagement und damit hohe Programmtreue möglich. Eine Auswahl geeigneter Komponenten liegt im fachlichen Entscheidungsspielraum der Gruppenleitungen. Das Programm zeigte hohe Robustheit für Zielgruppen mit besonderen Schwierigkeiten (Bildungsferne). Seine Komponenten wurden im Rahmen der Prozessevaluation bereits optimiert. Wo das volle Programm durchgeführt wird, ist daher gute Wirksamkeit zu erwarten.

30.4 Sonderproblem Finanzierung

Finanzielle Fragen spielten eine mehrdeutige Sonderrolle in der Einführung von SKOLL, die sich durch alle Teilschritte der Programmeinführung zog und sich in allen thematischen Teilauswertungen spiegelte.

Es zeigte sich, dass in vielen Einrichtungen die Einführung von Programmen nicht unter Gesichtspunkten ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erwogen wird, sondern unter Gesichtspunkten möglicher zusätzlicher Kosten und Einnahmen. Hintergrund ist eine verbreitete, erfahrungsgestützte

Furcht vor Sparmaßnahmen sowie ein auf Individualberatung gerichtetes Verständnis von Suchtprävention und -hilfe. Zudem fehlen in vielen Einrichtungen Steuerungsdaten, um die echten Gestehungskosten sowie eine mögliche Verbesserung der Versorgung und der Gesundheitsleistungen der Einrichtung durch ein Programm – etwa Gruppenarbeit – im Vergleich verschiedener Interventionsangebote abzuschätzen. Dadurch gewinnen andere Bewertungskriterien an Gewicht – in erster Linie natürlich fachliche (Passung zu Bedarf und Nachfrage der Zielgruppen), aber daneben organisationskulturelle (Passung zu Netzwerken, Offenheit, Qualifikationsprofilen, Unterstützung im Team und örtlichen Bedingungen) sowie Nebeneffekte (hohe Bekanntheit und Werbung für das Programm). Die Erwartungen einer vollständigen Gegenfinanzierung von Programmangeboten in solchen Einrichtungen gehen also von der Vorstellung aus, die gesamte Arbeitszeit des Personals sei durch die bestehenden Angebote ausgelastet und könne nicht vermindert werden, so dass ein neues Programm zusätzliche Arbeit darstelle und daher vollständig durch externe Kostenträger übernommen werden müsse.

In dieser Hinsicht auf dieses Selbstverständnis sind noch erhebliche professionelle und gesellschaftliche Konflikte zu erwarten. Kommunale und zunehmend auch freigemeinnützige Träger sind weiterhin bestrebt, durch neue Steuerungsformen Politik- und Handlungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeit zu erhöhen (Bogumil, Grohs, Kuhlmann & Ohm, 2008; Fend, 2011; Priller et al., 2012). Um eine bedarfsgerechte, evidenzgestützte Versorgung in der Suchtprävention und -hilfe zu gewährleisten, sind geeignete Programme ein wirkungsvoller Weg. Das hinter den Fragen einer Finanzierung aufscheinende Selbstverständnis einer kosten- und aufwandszentrierten Bewertung eigener Angebote dürfte mit einer rationalen Auswahl und Einführung nachweislich wirkungsvoller Interventionen schwer in Einklang zu bringen sein.

30.5 Effekte für die Teilnehmer/-innen

SKOLL entfaltete nach Beobachtung der Expert/-innen ein breites Spektrum wichtiger Effekte, sowohl für die Teilnehmer/-innen als auch für die Träger und die Versorgungslage. Mit ihren Beobachtungen bestätigten namentlich die Gruppenleitungen die Befunde der Teilnehmerbefragung: SKOLL reduziert das Hauptrisikoverhalten sowie andere Risikoverhalten und stärkte gesundheitsgerechte Lebensstile, verbessert soziale Kompetenzen, fördert Problemwahrnehmung und Veränderungsmotivation, vermittelt Gesundheitswissen und Erfolgszuversicht und verbessert das Selbstmanagement durch Selbstreflexion, Wahl und Aufrechterhaltung realistischer Ziele sowie deren Umsetzung und Erfolgskontrolle. Diese Wirkungen treten auch bei extrinsischer Teilnahmemotivation auf (gerichtliche Auflagen, Druck von Schule oder Arbeitgeber). Sie sind nicht nicht abhängig von Alter, Gender, Risiko, Chronifizierungs- oder Erkrankungsgrad oder Komorbidität. Ressourcenschwache Teilnehmer/-innen profitierten nicht alle gleichermaßen von der Teilnahme und erforderten dafür u.U. kleinere Gruppen mit höherer Zuwendung (z.B. Hilfe beim Ausfüllen von Bögen bei Legasthenikern oder Schreib- und Leseschwachen). Dabei handelte es sich jedoch um besonders anforderungsreiche Sonderfälle; insgesamt ist nach den Beobachtungen der Expert/-innen von deutlicher Programmwirksamkeit auszugehen.

30.6 Effekte für die Einrichtungen und Träger

SKOLL ergänzte bestehende Angebote durch eine neue Zielsetzung (Öffnung des Abstinenzideals, präventive Perspektive, Vermittlung von life skills). SKOLL unterstützte die Ansprache und Gewinnung neuer Zielgruppen oder schwer zugänglicher oder versorgbarer Teilzielgruppen der bisherigen Klientel. 80% der Befragten und fast 90% der Standorte berichten von einer verbesserten Ansprache und Einbindung der Zielgruppen mit der Einführung von SKOLL. Der Schwerpunkt der neu erreichten Gruppen lag bei jungen Erwachsenen (bis etwa 27 Jahren), doch bietet SKOLL als „Breitbandangebot“ vielen Teilgruppen einen Zugang: Menschen in einem früheren Stadium der Abhängigkeitsbiographie, Personen mit Kontakten zu verschiedenen Bildungseinrichtungen (z. B. Lehrlinge und Berufsschüler/-innen, verhaltensauffällige Jugendliche), Personen mit fehlgeschlagenen früheren Therapien, Risikokonsument/-innen mit Risikoeinsicht und Veränderungsmotivation aber Angst vor dem Stigma der Abhängigkeit sowie Personen mit gesundheitlicher Veränderungsmotivation, die ein Abstinenzziel ablehnen. Generell unterstützte SKOLL durch den Aufbau von Kooperationen die Einrichtung neuer Zugangswege zu den Einrichtungen und Hilfen.

Die Gruppenform ermöglicht ein intensives Vorgehen und ist zugleich wirtschaftlich.

Professionalität und fachliche Selbstentwicklung der Teams konnten durch Materialien, Fortbildung, Erfahrungsaustausch und neue Kooperationsbeziehungen des Programms verbessert werden. Negative Effekte wurden nur in wenigen Einrichtungen beobachtet, sie bestanden vor allem in Mehrarbeit durch Öffentlichkeitsarbeit, Finanzierungsverhandlungen, Aufbau fester Arbeitskontakte und Gründung der ersten Gruppen. Hierfür wurden daraufhin Lösungen entwickelt und manualisiert, diese Schwierigkeiten sind also in Zukunft in noch geringerem Umfang zu erwarten.

SKOLL ist daher zur Abrundung des Versorgungsangebots der Einrichtungen gut geeignet.

30.7 Effekte für Versorgungslage und Arbeitsfeld

Hinweise auf eine mögliche Verschlechterung der lokalen oder regionalen Leistungen der Suchtprävention und –hilfe waren nicht zu finden. Das neue Programm verdrängte keine bestehenden Angebote, die Einführung von SKOLL erfolgte als Erweiterung des Interventionsspektrums zur Bereicherung der bestehenden Hilfsangebote.

Innerhalb der Einrichtungen unterstützt die Nutzung von SKOLL die „externe Professionalisierung“ der Suchtprävention und –hilfe: Der Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen wird verbessert, das Angebot umfasst mit SKOLL auch Interventionen für sonst schwer zu versorgende kleine Bedarfsgruppen, die Einrichtungen gehen zu einer proaktiven Zielgruppenarbeit über, und sie bauen Kooperationen mit anderen Instanzen auf, besonders mit Justiz- und Bildungseinrichtungen. Die Handlungsfähigkeit der Einrichtungen im Bereich Prävention und Frühintervention wird gestärkt und bekannt gemacht.

Die Hilfsangebote für Betroffene verschlechterten sich nirgends und verbesserten sich durch SKOLL in bedeutender Weise an allen Standorten.

Die Befragten erwarteten von SKOLL darüber hinaus Entwicklungsanstöße für das gesamte Arbeitsfeld: Erhöhung von Wirksamkeit und Effizienz der Suchthilfe durch eine neue Familie von

Interventionen, Stärkung der Übergangszone zwischen Prävention und Behandlung sowie Schließung praktisch aller Angebotslücken jeder Einrichtung durch die substanz- und teilgruppenübergreifende Vorgehensweise.

30.8 Anforderungen bei der Verstetigung von SKOLL

Die überwiegend einfachen, nur an wenigen Standorten auftretenden Einführungsprobleme konnten bereits in der Modellphase im Rahmen der Prozessevaluation bearbeitet und durch Optimierung des Manuals berücksichtigt werden. Diese Probleme betrafen insbesondere die Spannung zwischen Programmintegrität und lokalen Umsetzungsanforderungen, die für strukturierte Programme typisch ist (Kliche et al., 2011). Als grundlegende Aufgaben müssen Einrichtungen, die SKOLL verstetigen, für die Qualifikation und Supervision des durchführenden Fachpersonals, für Finanzierung im Rahmen der verschiedenen Einsatzfelder und Einrichtungen, für die Bereitstellung der erforderlichen Arbeitszeiten im Rahmen der Einrichtungsplanung und damit für die Unterstützung durch Einrichtungsleitung und Team sorgen.

31 Folgerungen und Empfehlungen

31.1 Gute Wirksamkeit des generischen Interventionsansatzes

SKOLL erwies sich damit für alle Teilzielgruppen gleichermaßen geeignet, ebenso für jede Art von Umfeld des Versorgungsangebots. SKOLL erfüllt mit seiner breiten Wirkung für unterschiedliche Teilzielgruppen (Alter, Gender, Bildung, Risikoverhalten, Motivation, Vorbelastung, Chronifizierung) unter Kontrolle verschiedener Confounder (Durchführungsbedingungen) die Zielsetzung einer generischen Frühintervention.

31.2 Eignung für ländliche Umfelder

Namentlich kann SKOLL mit guten Erfolgsaussichten auch in schwächer besiedelten Gegenden durchgeführt werden, wo das Programm aufgrund der offenen Gruppenzusammensetzung erhebliche Vorteile in der Angebotsgestaltung kleiner Einrichtungen bringt.

31.3 Breiter, kostensparender Einsatz vor differenzierten Interventionen

SKOLL kann aufgrund seiner Robustheit für verschiedene Ausgangslagen der Teilnehmer/-innen und den breiten, generischen Effekten sozialen Lernens als erste Interventionsstufe empfohlen werden, wenn spezialisierte Angebote (insbesondere längere Individualberatung oder Psychotherapie) nicht zugänglich oder nicht sinnvoll sind. Dies betrifft ein breites Spektrum von Ausgangsbedingungen wie Vorliegen von Frühformen des Risikoverhaltens, Ablehnung von Therapie, geringes Problembewusstsein und extrinsische Motivation, zeitliche Überlastung der Hilfseinrichtungen oder Unzugänglichkeit anderer Versorger durch weite Anreisewege. SKOLL wird die mit dem Ansatz möglichen Effekte erreichen und durch erhöhte Motivation und Selbstreflexion weitere Interventionen erleichtern oder aber durch Eigenwirksamkeit die Problemlage dauerhaft zu ändern anleiten und damit die Rückbildung der Risikoverhalten und Belastungen bewirken. In beiden Funktionen unterstützt SKOLL durch Empowerment zur Problemlösung die Selbstmanagement-Kompetenzen und kann mit Nutzen eingesetzt werden.

31.4 Durch Qualitätssicherung noch höhere Wirksamkeit zu erwarten

Alle Ergebnisse stützen sich bereits auf eine Studie der Breitenwirksamkeit unter Realbedingungen. Durch Qualitätssicherung (Obergrenze ausgefallener Sitzungen) und Kommunikation der Wirksamkeit sowie wachsende Erfahrung der durchführenden Gruppenleitungen sind künftig höhere Effekte zu erwarten als die hier berichteten.

Die Qualitätssicherung muss vor allem eine maximal Zahl ausgefallener Treffen festlegen: Mehr als zwei ausgefallene Sitzungen schränken die Wirksamkeit ein. Die Entscheidung, nicht zu bestimmten Treffen zu gehen, kann indes die Akzeptanz des Programms erhöhen und das Gefühl von Selbstwirksamkeit verstärken. Da alle Module ungefähr gleich häufig ausfielen, ist zur Sicherung der Durchführungsqualität nach Datenlage nicht die Bestimmung fester Kernmodule sinnvoll, sondern eine Obergrenze ausgefallener Sitzungen, und zwar maximal zwei.

Der bislang durchgeführte Schulungsumfang gewährleistet eine gute Wirksamkeit, wurde aber von Coaching und Supervision in erheblichem Umfang abgestützt. Um eine konstante Durchführungsqualität zu gewährleisten, sind bei bundesweitem, breitem Einsatz deshalb ebenfalls Maßnahmen zur Umsetzungsbegleitung, Fort- und Weiterbildung sinnvoll: Fachveröffentlichungen, Nutzertreffen, Newsletter, Internet-Plattform bzw. Forum zum Erfahrungsaustausch und zur Multiplikatoreninformation, peer-Schulungen und Hospitationen.

Drei Module ließen sich wegen großer stofflicher Fülle schwer vollständig umsetzen. Bei einer Programmoptimierung könnte versucht werden, von ihnen vereinfachte Fassungen zu erstellen oder die Umsetzungsschwierigkeiten bei den Instruktionen ausdrücklich zu adressieren. Die Verbesserungspotentiale erwiesen sich in Anbetracht der guten Gesamtwirksamkeit jedoch nicht als so gravierend, dass eine Überarbeitung unbedingt zu fordern wäre.

31.5 Bekanntmachung der guten Wirksamkeit

Aus den gesamten Befunden kann die Folgerung abgeleitet werden, dass die Wirksamkeit von SKOLL künftigen Gruppenleitungen und Teilnehmer/-innen offensiv mitgeteilt werden sollte, weil die subjektive Einschätzung der Intervention schlechter ist, als ihre Effekte rechtfertigen. Die Teilnehmerzufriedenheit differierte leicht, nicht signifikant zwischen Geschlechtern, Bildungs- und Altersgruppen – nicht jedoch die Wirksamkeit. Die subjektiv wahrgenommene Nützlichkeit des Kurses sagt also etwas über Erwartungen der Teilnehmergruppen, wenig hingegen über Effekte des Programms. Bei einer höheren Wirkungserwartung entsteht auch mehr erlebte Verbindlichkeit, Wirkungszuversicht und größere Bereitschaft zur Erprobung der vermittelten Kompetenzen.

Die Wirksamkeit sollte wegen seiner Stabilität und breiten Wirksamkeit auch in Umsetzungsfeldern bekannt gemacht werden, die bislang nicht primär Einsatzgebiete des Programms waren, vor allem Schulen und Jugendeinrichtungen.

31.6 Mögliche Weiterentwicklung für besondere Settings

Auffallend ist der stabile Erfolg des Programms unter besonderen Umsetzungsbedingungen, vor allem bei Personen mit Bewährungsaufgaben und in Schulen und Strafvollzugseinrichtungen. Nach Berichten der Kursleitungen und den Gruppenprotokollen erweist sich dabei der Zeitdruck oft als besondere Hürde, weil die Teilnehmer/-innen vielfach wenig Übung im Lesen und Schreiben mitbringen. Das Programm könnte optimiert und weiterentwickelt werden durch Erstellung von Varianten für solche besonderen Zielgruppen und Umsetzungsfelder.

32 Abkürzungsverzeichnis

df	= Freiheitsgrade
eta ²	= Effektstärkenmaß (Anteil aufgeklärter Varianz)
F	= Prüfgröße zur Bestimmung der Signifikanz
M	= Mittelwert (arithmetisches Mittel)
Min	= Minimum
Max	= Maximum
N	= Gesamtstichprobengröße (auswertbare Fragebögen)
n	= Teilstichprobengröße
p	= Irrtumswahrscheinlichkeit
r	= Zusammenhangsmaß (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson-Bravais)
Skoll	= Selbstkontrolltraining
SD	= Standardabweichung
t	= Prüfgröße zur Bestimmung der Signifikanz von Mittelwertunterschieden
T1	= Messzeitpunkt 1 (prä)
T2	= Messzeitpunkt 2 (post)
T3	= Messzeitpunkt 3 (Stabilitätsmessung 2008)
VA	= Varianzanalyse
α	= Alphafehler-Irrtumswahrscheinlichkeit; liegt bei maximal 5%.
χ^2	= Chi-Quadrat-Wert (dient der Bestimmung der Signifikanz)
Σ	= Summe
*	= auf der Stufe von maximal 5% Irrtumswahrscheinlichkeit signifikant
**	= auf der Stufe von maximal 1% Irrtumswahrscheinlichkeit signifikant

33 Literatur

- Bogumil, J., Grohs, S., Kuhlmann, S., Ohm, A. K. (2008). *Zehn Jahre Neues Steuerungsmodell. Eine Bilanz kommunaler Verwaltungsmodernisierung. 2. Aufl.* Berlin: Edition Sigma.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. vollständig überarbeitete Auflage). Berlin etc.: Springer.
- Bortz, J., Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (3., überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Braam, R., Verbraeck, H., Trautmann, F. (2004). *'Rapid Assessment und Response' (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern. Ein Handbuch. 2., erw. Aufl.* Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Landesjugendamt und Westfälische Schulen, Koordinationsstelle Sucht.
- Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C., Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53(2), 83-96.
- Bruns, B. (2007). *SKOLL - SelbstKOntroLL-Training. Eine zur Effektivität des Frühinterventionsmodells bei substanz- und verhaltensbezogenen Störungen im Auftrag des Deutsch-Niederländischen Suchthilfeverbundes.* Osnabrück: Fachhochschule Norddeutschland, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
- Bruns, B., Tönsing, C., Bösing, S. (2006). *Frühinterventionsmodell bei substanz- und verhaltensbezogenem Problemverhalten.* Freiburg: Lambertus.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed).* . Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Donner-Banzhoff, N. (2009). Pragmatische Studien in Settings der Routineversorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(6), 404-409.
- Emery, S., Lee, J., Curry, S. J., Johnson, T., Sporer, A. K., Mermelstein, R., Flay, B., Warnecke, R. (2010). Finding Needles in a Haystack: A Methodology for Identifying and Sampling Community-Based Youth Smoking Cessation Programs. *Eval Rev*, 34(1), 35-51.
- Ennett, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L., Flewelling, R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84(9), 1394-1401.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005(2, Art. No.: CD003020).
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46(5), 385-396.
- Fend, H. (2011). Die Wirksamkeit der Neuen Steuerung - theoretische und methodische Probleme ihrer Evaluation. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 2011(1), 5 - 24.
- Flick, U. (2004). *Triangulation. Eine Einführung.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., Breen, R. (2003). *Primary prevention for alcohol misuse in young people. Review. The Cochrane Library. Issue 4.* Chichester: John Wiley
- Foxcroft, D. R., Tsertsvadze, A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(9, Art.No. CD009307), DOI: 10.1002/14651858.CD14009307.
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A., Foxcroft, D. R. (2008). *Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings (Review).* *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.pub2. The Cochrane Library 2008, issue 1. Verfügbar unter: http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi?&S=GHFHFAIGHDDDOHCNCHLPAPLDEPPAA00&WebLinkReturn=Full+Text%3dL%7cS.sh.15.16%7c0%7c00075320-10000000-03991&Link+Set=S.sh.15%7c1%7csl_100 [3.5.2008].*
- Kelle, U. (2006). Qualitative Evaluationsforschung und das Kausalitätsparadigma. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden - Umsetzungen* (S. 117-134). Reinbek: Rowohlt.
- Kleining, G. (1994). *Qualitativ-heuristische Sozialforschung: Schriften zur Theorie und Praxis*. Hamburg-Harvestehude: Fechner.
- Kleining, G. (1995). *Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik. Lehrbuch entdeckende Sozialforschung, Bd. 1*. Weinheim: Beltz.
- Kleining, G., Witt, H. (2000). *Qualitativ-heuristische Forschung als Entdeckungsmethodologie für Psychologie und Sozialwissenschaften: Die Wiederentdeckung der Methode der Introspektion als Beispiel*. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(13), 19 Abs. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1123/2494> [10.10.2005].
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H., Töppich, J. (2006). Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(2), 141-150.
- Kliche, T., Plaumann, M., Nöcker, G., Dubben, S., Walter, U. (2011). Disease prevention and health promotion programs: Benefits, implementation, quality assurance and open questions - a summary of the evidence. *Journal of Public Health*, 19(4), 283-292.
- Kliche, T., Post, M., Pfitzner, R., Plaumann, M., Dubben, S., Nöcker, G., Walter, U. (2012). Transfer-Erfahrungen der deutschen Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung im Förderschwerpunkt Präventionsforschung (BMBF). *Gesundheitswesen*, 74(4), 240-249.
- Kliche, T., Touil, E. (2011). Förderfaktoren und Hürden für Innovationen – das Beispiel Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes. *Report Psychologie*, 36(12), 466-476.
- Kraus, L., Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56(5), 315-326.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Donner-Banzhoff, N. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis (2 Aufl.)*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag.
- Lienert, G., Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5., völlig neubearb. u. erw. Aufl.): Weinheim: Beltz PVU.
- Lind, G. (2005). *Effektstärken: Statistische versus praktische und theoretische Bedeutsamkeit*. Verfügbar unter: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2005_Effektstaerke-Vortrag.pdf [13.08.2007].
- Marzinzik, K. (2004). *Wissenschaftliche Begleitung des NRW-Modellprojektes MOVE: Motivierende Kurzintervention in der Schwerpunktprävention mit konsumierenden Jugendlichen. Abschlussbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld, School of Public Health - WHO Collaborating Center, AG Prävention und Gesundheitsförderung.
- Needle, R. H., Trotter, R. T., II, Singer, M., Bates, C., Page, J. B., Metzger, D., Marcelin, L. H. (2003). Rapid Assessment of the HIV/AIDS Crisis in Racial and Ethnic Minority Communities: An Approach for Timely Community Interventions. *Am J Public Health*, 93(6), 970-979.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory. 2nd edition*. New York: McGraw-Hill.

- Ollenschläger, G., Bucher, H. C., Donner-Banzhoff, N., Forster, J., Gaebel, W., Kunz, R., Müller, O.-A., Neugebauer, E. A. M., Steurer, J. (2007). *Kompendium evidenzbasierte Medizin*. Bern: Huber.
- Priller, E., Alscher, M., Droß, P. J., Paul, F., Poldrack, C. J., Schmeißer, C., Waitkus, N. (2012). *Dritte-Sektor-Organisationen heute: Eigene Ansprüche und ökonomische Herausforderungen. Ergebnisse einer Organisationsbefragung*. Berlin: WZB.
- Sarrazin, D. (2004). *Rapid Assessment and Response (RAR). Ein Erhebungsinstrument für die Praxis* Trimbos-instituut - Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. LWL Münster, 28.10.2004. Verfügbar unter: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/Doris%20Sarrazin_RAR.pdf [10.10.2009].
- Schlömer, C., Pütz, T. (2011). *Bildung, Gesundheit, Pflege - Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. BBSR-Berichte KOMPAKT 11 / 2011*. Bonn: Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).
- Skara, S., Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug abuse prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37(5), 451-474.
- Sloboda, Z., Stephens, P., Pyakuryal, A., Teasdale, B., Stephens, R. C., Hawthorne, R. D., Marquette, J., Williams, J. E. (2009). Implementation fidelity: the experience of the Adolescent Substance Abuse Prevention Study. *Health Educ. Res.*, 24(3), 394-406.
- Stimson, V., Fitch, C., Rhodes, T., Ball, A. (2009). Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 18(3), 317-325.
- Strauss, A., Corbin, J. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* Weinheim Beltz - PVU.
- Strauss, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München Fink.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000). Lessons learned. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 261-274, 275-336.
- Tobler, N. S., Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research. *The Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128.
- Trotter, R. T., II, Needle, R. H., Goosby, E., Bates, C., Singer, M. (2001). A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health. *Field Methods*, 13(2), 137-159.
- UNHCR, WHO (Hrsg.). (2008). *UNHCR Public Health and HIV Section and the WHO Department of Mental Health and Substance Abuse: Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. Geneva: UNHCR, WHO.
- Vijgen, S. M. C., van Baal, P. H. M., Hoogenveen, R. T., de Wit, G. A., Feenstra, T. L. (2008). Cost-effectiveness analyses of health promotion programs: a case study of smoking prevention and cessation among Dutch students. *Health Educ Res*, 23(2), 310-318.

34 Anhang: Leitfaden der Experteninterviews 2009

Phase 2: Von Expert/-innen genannte Expert/-innen

Nr. des Interviews:

Region:

Stadt:

Einrichtung:

Interviewpartner/-in

Datum des Interviews:

Datum des Interviews: Minuten

Guten Tag, mein Name ist Ich bin Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg. Wir evaluieren für das Bundesministerium für Gesundheit ein neues Bundesmodellprojekt zur Suchtprävention und Suchthilfe. Dafür soll die regionale Suchthilfe untersucht werden.

Sie sind uns von Fachleuten in Ihrer Region als Experte dafür genannt worden. Deshalb würden wir gerne auch mit Ihnen ein Experteninterview führen. Es geht um einen Überblick der Versorgungssituation und um das Hilfesystem für Abhängigkeitsgefährdete und Suchtkranke in Ihrer Region.

Das neue Programm heißt SKOLL (**S**elbst**K**ontro**L**ltraining). Vielleicht haben Sie schon davon gehört? Es ist ein Trainingsprogramm mit 10 Sitzungen für riskant Konsumierende. Es wird bundesweit an 16 Standorten eingeführt, auch in ihrer Region.

Wir möchten aber nicht über SKOLL mit Ihnen sprechen, sondern über die allgemeine Ausgangslage in der Region.

Ihre Einschätzungen als Experte/-in sind dafür ganz wesentlich und das Interview mit Ihnen sowohl für die Evaluation als auch für das Bundesministerium wichtig, damit SKOLL langfristig die bestehende Versorgung gut unterstützt; das Interview dauert etwa 30 Minuten.

Würden Sie für ein Gespräch zur Verfügung stehen?

Können wir gleich einen Termin vereinbaren? (2 – 3 Termine vorschlagen: Wäre es Ihnen dann und dann möglich?)

Wenn nein, können Sie uns Fachleute für solche Gespräche empfehlen?

Interviewpartner/Interviewpartnerin war über SKOLL schon

sehr gut informiert x weniger gut informiert gar nicht informiert

Bitte beschreiben Sie zuerst kurz ihre Region:

1. Ist es eine eher städtische oder ländliche Gegend?
2. Wie viele Menschen leben hier?
3. Gibt es Besonderheiten in der Zusammensetzung der Bevölkerung, sind z. B. viele Jüngere in die Stadt gezogen oder abgewandert?
4. Gibt es so etwas wie Soziale Brennpunkte?
5. Was sind die wichtigsten Suchtprobleme in dieser Region?
6. Wer sind die Hauptakteure auf dem Gebiet der Suchtversorgung und Suchtprävention? Also welche Einrichtungen sind besonders wichtig und aktiv?
7. Welche Angebote gibt es für Suchtversorgung und Suchtprävention?
 - Laufen in Ihrer Region schon bekannte Programme? FRED, Realize-it, HALT?
 - Was sind die wichtigsten Angebote zur Beratung und zur Prävention?
 - Was sind die wichtigsten Angebote zur Behandlung?
 - Für welche Suchtarten gibt es viele Angebote, für welche eher wenig? also z. B. für Alkohol, Cannabis, Internet- oder Kaufsucht?
 - Gibt es besondere Angebote für verschiedene Bevölkerungsgruppe? also z. B. für Jüngere und Ältere, Männer und Frauen?
8. Sehen Sie Probleme in der regionalen Suchtprävention und Suchthilfe?
 - Werden die Zielgruppen gut von den Angeboten erreicht, oder gibt es Lücken?
 - Welche Teilgruppen bekommen vielleicht zu wenig Angebote?

Jetzt würden wir Ihnen gerne Fragen zu den Anbietern in Ihrer Region stellen:

1. Wer sind die wichtigsten Anbieter der Suchtversorgungs- und Suchtprävention?
2. Haben die Träger bestimmte Schwerpunkte oder bieten alle das Gleiche an?
3. Arbeiten die verschiedenen Anbieter und Suchthilfeträger zusammen?
 - wenn ja – wer mit wem und wie?
 - Gibt es freiwillige Spezialisierungen und dafür eine Art von „Überweisungen“?
4. Was denken Sie: Was ist für die Träger wichtig, damit sie ein Programm wie FRED, HALT, Realize-It oder SKOLL einführen? Was könnte die Einführung eines solchen Programms wie SKOLL unterstützen –

welche Faktoren/Förderfaktoren wären hilfreich?

welche Bedingungen müssten erfüllt werden?

welche Voraussetzungen müssten gegeben sein?

5. Gibt es bei Ihnen ein kommunales oder regionales Suchthilfenetzwerk? Wenn ja, wie steht es zu SKOLL?

6. Damit sind wir schon am Ende unseres Gesprächs. Ist über das bereits Gesagte hinaus noch etwas zur Beurteilung der regionalen Suchtversorgung wichtig, was wir noch nicht angesprochen haben? Oder haben Sie vielleicht Anregungen für uns oder können wir Ihnen eine Frage beantworten?
7. Wen würden Sie als Experten noch für geeignet halten, solche Fragen einzuschätzen?

Das waren viele nützliche Informationen. Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung!

[Zusatzinformationen, falls Programm nicht bekannt und erläuterungsbedürftig]

Neu an SKOLL sind der suchtmittelübergreifende Ansatz und ein neues Verständnis der Zielgruppe:

SKOLL richtet sich an alle Menschen

- mit einem riskanten Konsumverhalten
- mit problematischen Verhaltensweisen
- die ein risikoarmes Konsumverhalten anstreben
- die gewillt sind, einem Rückfall vorzubeugen

sich vor Abhängigkeit schützen wollen

SKOLL verfolgt das Ziel schrittweise

- den Konsum zu stabilisieren
- den Konsum zu reduzieren oder
- ganz auf Suchtmittelgebrauch zu verzichten

Diese Ziele sollen mit folgenden Maßnahmen erreicht werden:

- Förderung von gesundheitsstärkenden Maßnahmen
- Förderung von Gesundheitsbewusstsein
- Förderung der Eigenverantwortlichkeit für Gesundheitsbewusstsein

Mit diesen Maßnahmen soll die Lebensqualität erhöht werden, damit die Betroffenen selbstkritische Experten ihres Verhaltens werden.

35 Anhang: Reviews zu Effektgrößen der Suchtprävention

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
Skara & Sussman, 2003	25 Studien	Review: Follow-up (2 Jahre) Erfolg von psychosozialen Strategien und Präventionsprogrammen bzgl. Rauchen und Drogenmissbrauch	Computergestützte Suche in den Datenbanken Medline (1966–October 2002), Healthstar (1975–October 2002) und PsychINFO (1887–October 2002) Keywords: “tobacco,” “smoking,” “drug,” “prevention,” and/or “intervention.” Auswahl anhand von fünf Kriterien 1: anfangs Teilnehmer unter 21 Jahre, 2: basierend auf der Schule oder Gemeinde, 3: Tabak muss enthalten sein, 4: mind. Quasi-exp., Experimental- vs. Kontrollgruppendesign, 5: 2.Jahres Follow up vorhanden	systematische Untersuchung der Studien nach verschiedenen Gesichtspunkten durch zwei unabhängige Autoren Methode 1: Differenz der Prozente von Jugendlichen, die rauchen / Drogen nehmen in der Experimental- vs. Kontrollgruppe im Posttest (% Raucher / Drogenkonsumenten im Programm - % Raucher / Drogenkonsumenten in Kontrollgruppe) Methode 2: Prozentuale Reduktion der Raucher / Drogenkonsumentenraten (Baseline zu Follow-up) für die Experimentalgruppe relativ zur Kontrollgruppe: $(X1 - X2 = \% \Delta \text{ program}) - (O1 - O2 = \% \Delta \text{ control})$	Schüler, zu Beginn des Programms unter 21 Jahre	24x Schule 01x Gemeinde (St. Pierre et al.)	Die Mehrheit der Studien wies signifikante Programmeffekte nach: Zigaretten: 15 von 25 Studien zeigen nach mind. 2 Jahren noch Programmeffekte Prozente der anfänglichen Nicht-Raucher, die mit dem Rauchen begonnen haben (Experimental- vs. Kontrollgruppe): 9% – 14.2% andere Drogen: 6 von 9 Studien zeigen nach mind. 2 Jahren noch Programmeffekte Drogen-Reduktion (Experimental- vs. Kontrollgruppe): wöchentl. Alkoholkonsum 6.9% - 11.7% Marihuanakonsum (30 Tage) 5.7%	-	-
Faggiano, et al., 2008	N=7079	Evaluation eines Drogenpräventionsprogramms in Schulen Cluster Randomized Controlled Trial: drei Experimentalbedingungen, eine Kontrollbedin-	Die einzelnen Schulen wurden angeschrieben und um Teilnahme gebeten.	Multilevel Regressionsmodell: adjusted Prevalence Odds Ratios (POR), und zugehörige Konfidenzintervalle (95% CI) einzeln für jede Abstufung (frequent, daily,...), Absolute Risk Reduction (ARR)	Schüler aus 170 Schulen aus 7 europäischen Ländern, 12-14 Jahre	Schule	Anstieg der Prävalenzrate in Kontroll- und Experimentalgruppe, Experimentalgruppe weist einen geringen Anstieg auf	-	POR (95%CI), ARR (Absolute Risk Reduction) Any smoking: 0.88 (0.71–1.08), 2.5% frequent smoking: 0.86 (0.67–1.10), 1.9% daily smoking: 0.70 (0.52–0.94), 2.9% any drunkenness: 0.72 (0.58–0.90), 3.3%

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
		gung (wurde den einzelnen Schu- len zugeteilt) Pretest und Posttest (drei Monate nach Ende des Pro- grams) mit Fra- gebogen bezogen auf die letzten 30 Tage (Any smo- king, frequent smoking, daily smoking, any drunkenness, frquent drun- kenness, any Cann- abis, frequent Cannabis, any drug)		die drei Experi- mentalbedingungen wurden nicht ge- trennt betrachtet					frquent drunkenness: 0.69 (0.48–0.99), 1.2% any Cannabis: 0.77 (0.60–1.00), 1.7% frequent Cannabis: 0.76 (0.53–1.09), 1.1% any drug: 0.89 (0.69–1.15), 1.0% > fett gedrucktes signifi- kante Effekte
Foxcroft, 2002	56 Studien	Review (narrati- v): Follow-up (3 Jahre) Erfolg von Präventionspro- grammen (Alko- hol) für junge Leute	Computergestützte Suche in den Datenbanken (Feb.-Jun. 2002): Project CORK, BIDS, ERIC, PSYCLIT, MEDLINE, ASSIA, FAMILY- BIDS, RESOURCES- DATABASE, SIGLE, HEALTH-PERIODI- CALS-DATABASE, SOMED, EMBASE, Dissertation-Abstracts, DRUG-INFO, Social- Work-Abstracts, National-Clearinghouse- on-Alcohol-and-Drug- Information, ETOH, DRUG-database, Mental-Health- Abstracts, Auswahl nach 4 Krite- rien:	systematische Unter- suchung der Studien durch 2-3 Autoren	Jugendliche bis 25 Jahre		20 der 56 Studien gaben Anlass, von Ineffektivität auszugehen. Follow-up (bis 1 Jahr) 15 teilweise sig. Effekte 24 keine Effekte 4 negative Effekte Follow-up (1-3 Jahre) 12 teilweise sig. Effekte 19 keine Effekte 2 neg. Effekte Follow-up (über 3 Jahre) 3 sig. Effekte 1 teilweise sig. Effekte 4 keine Effekte nicht Aufgrund der Heterogenität der Studien hat eine generelle		

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
			1. Randomisierte und nicht-randomisierte kontrollierte und "interrupted time series" Designs, 2. Präventionsprogramme für Jugendliche bis 25 Jahre, 3. Alkohol-spezifisch oder generell, 4. Alkohol (A.)Ergebnisse: A.-Nutzung, Alter bei A.-Anfang, 5+ Gläser zu einem Zeitpunkt, Trunkenheit, Gewalt, Verbrechen bedingt durch A.				Schätzung der Effekte keinen praktischen Nutzen: tabellarische Auflistung der einzelnen Studien		
Gates, 2006	17 Studien	Review: Erfolg von Präventionsprogrammen im nicht-schulischen Setting, die vor Drogengebrauch schützen oder ihn reduzieren sollen	Datenbanken: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL - The Cochrane Library Issue 4, 2004), MEDLINE (1966-2004), EMBASE (1980-2004), PsycInfo (1972-2004), SIGLE (1980-2004), CINAHL (1982-2004), ASSIA (1987-2004). Referenzlisten Auswahlkriterien: 1: Randomisierte Designs mit Kontrollgruppe, 2: Programme für Jugendliche unter 25 Jahren im nicht-schulischen Setting.	systematische Untersuchung der Studien durch 2 Autoren	Jugendliche unter 25	nicht-Schule	Aufgrund der Heterogenität der Studien hat eine generelle Schätzung der Effekte keinen praktischen Nutzen, viele methodische Probleme bei den einzelnen Studien Education and Skills Training: Beide Studien zeigen keine Effekte Family Intervention: keine der acht Studien zeigt sig. Effekte; 3 Programme wiesen eine Tendenz auf Brief intervention: beide Studien zeigen sig. Effekte Multi component community intervention: keine der fünf Studien zeigt starke Effekte		
Griffin, 2003	N=758 (Exp.-Gruppe n=426 Kontroll	Randomisiertes kontrolliertes Design, 1-Jahres Follow-up	29 städtische Schulen wurden angesprochen, die gefährdeten Schüler ausgewählt (21%)	quantitativ: Chi-Quadrat Test, generalisierte lineare Modelle (GLM), Varianzanalyse	stark gefährdete Jugendliche, die aber noch die Drogen	Schule		Cohen's d Tabak: d = 0.22	-

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
	troll- gruppe n=332)	Programmerfolg bei gefährdeten Jugendlichen		(ANOVA), "generalized estimated equations independent" (PROC GENMOD), Effektgröße Cohen's d Vortestergebnisse und einige Kovaria- ten (Geschlecht, herkunft, freies Mittagessen,...) wurden kontrolliert.	zu sich genommen haben > Jugendli- che, deren Freunde Drogen nehmen und die schlechte Leistungen in der Schule erbringen			Alkohol: d= 0.22 Inhalationsmittel: d = 0.14 "Polydrug": d = 0.21 Cannabis: k.A.	
Kulis et al., 2007	N= 1,364	Experimental- Kontrollgruppen- Versuchsplan, die einzelnen Schulen wurden den Bedingungen zugeteilt Vortest, drei Follow-up (2, 8, 14 Monate nach Ende des Pro- gramms)	35 Schulen in den USA nahmen an dem Projekt teil. Im Vortest wurden die Schüler ausgesucht, die in den letzten 30 Tagen Drogen zu sich genommen hatten. Diese wurden für das Pro- gramm ausgewählt.	quantitativ: „Multi-level discrete- time hazard models“ > Schüler, die Ziga- retten, Drogen oder Cannabis zu sich genommen hatten, wurden erst getrennt und dann gemeinsam betrachtet. > die übrigen Variab- len wurden kontrol- liert > Odds Ratio > Estimates	Schüler (11- 16 Jahre), die in den letzten 30 Tagen ent- weder, Zigaretten, Alkohol oder Cann- bis zu sich genommen hatten. (95% Mexikaner)	Schule	Programmteilnahme hat sig. Effekte auf Alkoholredukti- on, nicht auf Zigaretten- und Marihuana-reduktion (Jahrgangsstufe zum Vortest, Zeit und Volkszugehörigkeit zeigen auch sig. Effekte) Programmteilnahme hat sig. Effekte auf das Einstellen des Alkohol-, nicht auf Zigaret- ten- und Marihuanakonsum (Jahrgangsstufe zum Vortest, Zeit und Volkszugehörigkeit zeigen auch sig. Effekte) Teilnehmer, die mehr als eine der Substanzen zu sich nah- men im Vortest: signifikanter Effekt	OR: Alkohol: 1.72 Zigaretten: 1.05 Marihuana: 1.19 Alkohol: 1.66 Zigaretten: 1.30 Marihuana: 1.31 1.61	
Project Towards No Drug Abuse (TND-4) (Sun, P. et al.; 2008)	N = 2734	Randomisiertes kontrolliertes Design Die Schulen wurden den drei Bedingungen zugeteilt: 1. Information, 2. Information + Verhaltensfertig-	18 Schulen nahmen an dem Projekt teil	quantitativ: Odds Ratio (OR) Relative Risk (RR)	Schüler (13- 19 Jahre)	Schule	Prävalenz: bei allen vier Substanzen konnte kein sig. Effekt erzielt werden	OR (95%CI) Info vs Kon- trollgr. Zigaretten: 1.35 (0.93-1.95) Alkohol: 0.98 (0.63-1.5) Marihuana: 1.01 (0.5-2) harte Drogen:	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
		keiten, 3. Standardbehandlung (Kontrollgruppe) Vortest + Follow-up (1 Jahr) Standardisierter Selbstbeurteilungsfragebogen: Dichotome (Bsp. Wurde in den letzten 30 Tagen geraucht? Ja/Nein; Prävalenz) und kontinuierliche (Bsp. Wie oft wurde in den letzten 30 Tagen geraucht? 1-10, 11-30,...; Frequenz) Messungen					Frequenz: bei drei Substanzen konnte kein sig. Effekt erzielt werden, nur bzgl. der „harten Drogen“ konnte in beiden Exp.-Gruppen eine sig. Reduktion festgestellt werden	1.05 (0.44–2.49) Kombi vs. Kontrollgr. Zigaretten: 0.91 (0.6–1.37) Alkohol: 1.03 (0.66–1.58) Marihuana: 1.23 (0.62–2.44) harte Drogen: 1.20 (0.5–2.83) Kombi vs. Info Zigaretten: 0.68 (0.46–0.98) Alkohol: 1.05 (0.71–1.55) Marihuana: 1.12 (0.63–1.97) harte Drogen: 1.13 (0.56–2.23) RR (95% CI) Info vs. Kontrollgr. Zigaretten: 1.34 (0.9–1.97) Alkohol: 0.92 (0.7–1.21) Marihuana: 0.99 (0.59–1.64) harte Drogen: 0.57 (0.36–0.89) Kombi vs. Kontrollgr. Zigaretten: 0.88 (0.58–1.32) Alkohol: 0.84 (0.64–1.11) Marihuana: 0.81 (0.48–1.34)	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
								harte Drogen: 0.55 (0.34–0.88) Kombi vs. Info Zigaretten: 0.66 (0.44–0.97) Alkohol: 0.91 (0.69–1.2) Marihuana: 0.82 (0.5–1.33) harte Drogen: 0.95 (0.58–1.55)	
Project Towards No Drug Abuse (Project TND) (Sun, W.; 2006)	N(Baseline): 1578	Randomisiertes kontrolliertes Design Die 21 Schulen wurden den drei Bedingungen zugeteilt: 1. Standardbehandlung, 2. nur Klassenraum, 3. Klassenraum + semesterlange Schule-als-Gemeinschaft-Komponente Vortest + Follow-up (1 Jahr, 2-3 Jahre, 4-5 Jahre nach Programm) Gemessen wurde die Frequenz des Konsums von Alkohol, Zigaretten, Marihuana und harten Drogen innerhalb der letzten 30 Tage	Schulen wurden rekrutiert	quantitativ: Mittelwerte Mittlere Anzahl der Male, wenn eine Droge konsumiert wurde, 30 Tage), Standardabweichung F-Werte	Schüler (14-19 Jahre)	Schule	Es zeigten sich nur bzgl. der harten Drogen sig. Effekte (Follow-up 1 Jahr und 4-5 Jahre)		Mittelwert / Standardabweichung Vortest Kontrollgruppe (Standardbehandlung) Zigaretten: 28.8 / 38.5 Alkohol 12.9 / 23.0 Marihuana 20.8 / 31.8 harte Drogen 11.0 / 37.2 Bed. Klassenraum Zigaretten: 30.2 / 39.3 Alkohol 11.9 / 20.7 Marihuana 17.2 / 28.7 harte Drogen 8.3 / 34.1 Bed. Schule-als-Gemeinschaft Zigaretten: 7.2 / 42.5 Alkohol 10.9 / 20.6 Marihuana 17.4 / 28.8 harte Drogen 7.4 / 31.6 Follow-up (1 Jahr) Kontrollgruppe (Standardbehandlung) Zigaretten: 28.3 / 40.6 Alkohol 8.5 / 20.6 Marihuana 12.4 / 27.6 harte Drogen 5.0 / 23.9

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
		mit Hilfe eines Fragebogens							Bed. Klassenraum Zigaretten: 33.4 / 43.7 Alkohol 7.8 / 18.3 Marihuana 10.5 / 24.7 harte Drogen 1.9 / 9.7 Bed. Schule-als-Gemeinschaft Zigaretten: 36.5 / 44.2 Alkohol 7.5 / 17.2 Marihuana 14.0 / 28.5 harte Drogen .3 / 16.1 Follow-up (2-3 Jahre) Kontrollgruppe (Standardbehandlung) Zigaretten: 28.1 / 43.7 Alkohol 9.0 / 20.6 Marihuana 10.0 / 24.7 harte Drogen 1.7 / 9.7 Bed. Klassenraum Zigaretten: 32.5 / 43.3 Alkohol 9.4 / 21.2 Marihuana 9.2 / 23.3 harte Drogen 2.0 / 12.5 Bed. Schule-als-Gemeinschaft Zigaretten: 32.5 / 43.5 Alkohol 9.4 / 20.8 Marihuana 10.4 / 25.5 harte Drogen 1.6 / 9.0 Follow-up (4-5 Jahre) Kontrollgruppe (Standardbehandlung) Zigaretten: 43.7 / 54.0 Alkohol 10.3 / 21.1 Marihuana 7.9 / 20.9 harte Drogen 1.4 / 9.7 Bed. Klassenraum

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
									Zigaretten: 52.3 / 45.6 Alkohol 10.1 / 36.3 Marihuana 7.0 / 18.9 harte Drogen 0.6 / 3.5 Bed. Schule-als-Gemeinschaft Zigaretten: 48.5 / 57.1 Alkohol 8.9 / 17.3 Marihuana 7.3 / 20.5 harte Drogen 0.3 / 1.3
Sussman, 2006	48 Studien	Metaanalyse Wirkung von Rauch-Entwöhnungsprogrammen für Teenager	Datenbanken: PsycINFO, MedLine, Google Websearch (1970-2003) Auswahlkriterien: 1. Englische Sprache, 2. Rauch-Entwöhnungsprogramm für Teenager, 3. N > 8, 4. Programme für beide Geschlechter, 5. Kontrollbedingung muss vorhanden sein	quantitativ: Net Treatment Effect --> % der Raucher, die im Programm aufgehört haben - % der Raucher, die ohne Intervention aufgehört haben	Raucher (12-19 Jahre)	keine Eingrenzungen	geschätzte gesamt-Programm-Effektgröße geschätzte Effektgröße in Abhängigkeit der Follow-up Dauer geschätzte Effektgröße in Abhängigkeit von der Programmart geschätzte Effektgrößen in Abhängigkeit von der Aus-	2.90 % (SE = .73%, p = .0003) 0-3 Monate 3.91% (SE= 0.93%, t=4.19) 4-12 Monate 2.92% (SE= 1.12%, t= 2.6) > 12 Monate 6.62% (SE= 1.14%, t= 5.82) sozialer Einfluss 3.77% (SE= 1.22) kognitiv-behavioral: 4.72% (SE= 1.20) motivierend 3.66% (SE= 1.25) medizinisch 9.08% (SE= 7.09) Andere: -0.16% (SE= 0.39) Klassenraum 4.15% (SE= 1.19)	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
							<p>führungsart (nur die fett gedruckten sind aus metaanalytischer Sicht sinnvoll zu interpretieren)</p> <p>geschätzte Effektgrößen in Abhängigkeit von der Anzahl der Sitzungen</p>	<p>schulische Ambulanzen 5.62% (SE= 1.05)</p> <p>klinische Ambulanzen 2.00% (SE= 2.00)</p> <p>Familie 21.37 (SE= 12.56)</p> <p>Systemwide Change -0.22% (SE= 0.38)</p> <p>Computer 5.60% (SE= 3.39)</p> <p>sensorische Deprivation 2.90% (SE= 13.09)</p> <p>1-4 Sitzungen -0.08% (SE= 0.36)</p> <p>5-8 Sitzungen 6.43 (SE= 1.28)</p> <p>9 oder mehr Sitzungen 4.51% (SE= 1.00)</p>	
Brown, 2007	22 Studien	Metaanalyse Drogen-Präventionsprogramme in ländlichen Gegenden	Studienliste von Tobler, 2000 Benutzen nur die Studien, die sich auf die Schule beziehen, in den USA durchgeführt wurden, sich auf die Prävention von Drogenkonsum beziehen. Benutzen von der Aus-	quantitativ: kodieren über 2 Dimensionen: Zigaretten, Alkohol oder eine Kombination; interaktiv, nicht-interaktiv	Schüler	Schulen in ländlichen Gegenden	geringe Effektgröße über alle Drogenprogramme hinweg. bei kontinuierlichen Ergebnissen ergaben sich bei 2/3 positive Effektgrößen, bei binären Ergebnissen geringfügige Effektgrößen > bei beiden zeigt sich eine große Variabilität in den Outcomevariablen kontinuierliche Ergebnisse:	0.11 (SE= 0.045) binär: log OR: 0.041 (SE: 0.41)	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
			wahl nur die Studien, die auch in ländlichen Gegenden durchgeführt wurden (N=22)				<p>2 Faktoren tragen zur Vorhersage von Effektgrößen bei:</p> <p>1. Dauer des Follow-up (nach einem halben Jahr sig. großer Effekt im Vergleich zu sofort nach Programm)</p> <p>2. Drogentyp: alle Drogen gleich, Inhalationsmittel geringere Effekte</p> <p>nicht-interaktive Programme ein bisschen besser als interaktive</p> <p>Studien mit mehr ländl. Schulen zeigten bessere Effekte</p> <p>binäre Ergebnisse: Drogentyp hat starken Einfluss (Tabak und Alkohol wirken weniger als andere Drogen)</p> <p>Teilnehmer, die keine Drogen zu Beginn genommen haben im Vergleich zu denen, die Drogen genommen haben</p> <p>Dauer von Follow-up hat keinen Einfluss Interaktive Programme besser als nicht-interaktive</p>	<p>Effektgrößendifferenz: 0.187, SE = 0.054, $P < .001$</p> <p>Effektgrößendifferenz: -0.137, SE 0.044, $P < 0.002$)</p> <p>Effektgrößen Unterschied: -0.165, SE= 0.1, $P=0.10$</p> <p>Effektgrößen Unterschied: 0.117, SE= 0.072, $P= 0.1$)</p> <p>andere Drogen vs. Alkohol: log OR 0.124, SE 0.028, $P < 0.05$</p> <p>log OR 0.124, SE=0.028, $p < .0001$</p> <p>log OR 0.217, SE 0.103, $P < 0.05$</p>	
Faggiano, 2005	32 Studien mit N=4653	Metaanalyse Erfolg von Schul-Präventionspro-	Suche in Datenbanken: the Cochrane Drug and Alcohol Group trial register (Februar 2004),	2 Autoren untersuchten unabhängig die Studien	Schüler	Schule		Beschrieben werden nur die Ergebnisse von Programmen, die	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
	9 Schülern	grammen soll bzgl. Zunahme an Wissen, Entwicklung von Fertigkeiten, Unterstützung von Veränderung und Verhindern oder Reduktion von Drogenkonsum im Vergleich zu normalen „Behandlungen“ in der Schule	the Cochrane Central Register of Controlled Trials MEDLINE (1966 bis Februar 2004) , EMBASE (1988 bis Februar 2004), andere Datenbanken Ausschlusskriterien: Randomisierte kontrollierte Studien, case controlled trials oder prospektive kontrollierte Studien, die Schul-Präventionsprogramme evaluieren	quantitativ: für Metaanalyse ungeeignete Studien in Tabelle Studien mit kontinuierlichem Ergebnis: standardisierte Mittelwert Differenz (SMD) zwischen den Gruppen Studien mit dichotomen Ergebnissen: Risk Ratio				sich auf die Verhinderung oder Reduktion von Drogenkonsum beziehen: <u>Fertigkeitsprogramme vs. normale Behandlung</u> Drogenkonsum allgemein: (2 Studien, 2371 Teilnehmer) Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI): 0.81 [0.64, 1.02] Marihuanakonsum: (4 Studien, 7287 Teilnehmer) Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI): 0.82 [0.73, 0.92] (3 Studien, 5185 Teilnehmer) SMD (IV, Random, 95% CI): -0.05 [-0.10, 0.01] Inhalationsmittelkonsum: (1 Studie, 370 Teilnehmer) Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI): 1.00 [0.60, 1.66]	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
								<p>(1 Studie, 3434 Teilnehmer) SMD (IV, Fixed, 95% CI): -0.05 [-0.11, 0.01]</p> <p>harte Drogen: (2 Studien, 746 Teilnehmer) Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI): 0.45 [0.24, 0.85]</p> <p>(2 Studien, 1768 Teilnehmer) SMD (IV, Random, 95% CI): -0.30 [-0.85, 0.25]</p> <p><u>Interaktionsprogramme vs. passive Programme</u></p> <p>Marihuanakonsum (1 Studie, 382 Teilnehmer) Risk Ratio (M-H, fixed, 95%CI): 0.78 [0.49, 1.23]</p> <p>harte Drogen (1 Studie, 1037 Teilnehmer) Risk Ratio (95% CI): .45 [0.19, 0.99]</p>	
Tobler, 2000	207 Studien	Metaanalyse für Studien, die eine Interventions- und eine Kon-	eine flächendeckende Literatursuche für veröffentlichte und nicht veröffentlichte Literatur	alle Studien evaluiert mit Selbstbeobachtungsfragebögen bezogen auf die			nicht-interaktive Programme zeigen kleine Effekte, interaktive Programme zeigen sig. größere Effekte	Ungewichtet Effektstärken alle Studien: -0.71 – 1.46	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
		trollgruppe hatten.	wurde durchgeführt durch öffentliche oder private Trägerschaften Auswahlkriterien: 1) Schul-Präventionsprogramme, 2) quantitative Drogenkonsum Messungen, 3) Kontrollgruppe 4) Klassen 6 bis 12; 5) Prävention oder früher Intervention, 6) universelle Teilnahme aller, 7) veröffentlicht 1978-1998. Separate Auswertung für Studien mit hoher Qualität	letzten 30 Tage. Die Studien wiesen unterschiedliche statistische Messungen auf, wurden hier dennoch kombiniert, um viele Studien berücksichtigen zu können. ES wurden berechnet für 1-12 Monate Follow-up, allerdings mit Ausnahme derer, die nur spätere Follow-ups angaben. Wurden Angaben zur Häufigkeit und Prävalenz gemacht, wurde die Prävalenzrate benutzt.				(Median: 0.13, Mittelwert: 0.18, SE: 0.23) interaktive Programme: Median: 0.18, Mittelwert: 0.24, SE: 0.30 nicht-interaktiv: Median: 0.00, Mittelwert: 0.06, SE: 0.2 <u>Studien mit hoher Qualität</u> alle Studien mit h. Q.: -0.31 – 1.39 (median: 0.17, Mittelwert: 0.21, SE: 0.27) interaktiv: Median: 0.20, Mittelwert: 0.27, SE 0.28 nicht-interaktiv: Median: 0.01, Mittelwert: 0.03, SE: 0.16 gewichtete Effektstärken interaktiv: Mittelwert: 0.15 nicht-interaktiv: Mittelwert: 0.05 <u>Studien mit hoher Qualität</u>	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
							interaktive Programme sind in gleicher Weise erfolgreich bei Zigaretten, Alkohol und Marihuana	Interaktiv: M= 0.16 direktiv: 0.03 Interaktive Programme (gewichtete ES): Rauchen (105): 0.15 Alkohol (66): 0.13 Marihuana (37): 0.13 andere illegale Drogen (9): 0.26 nicht-interaktive Programme (gewichtete ES): Rauchen (37): 0.04 Alkohol (49): 0.05 Marihuana (25): 0.03 andere illegale Drogen (14): 0.02 <u>Studien mit hoher Qualität</u> interaktive Programme: Rauchen (50): 0.16 Alkohol (38): 0.13 Marihuana (22): 0.14 andere illegale Drogen (4): 0.19 nicht-interaktive Programme: Rauchen (10): 0.08 Alkohol (16): 0.03	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
							unterschiede bezüglich der Programmart	Marihuana (9): -0.01 andere illegale Drogen (4): -0.04 nicht-interaktive Programme (alle Studien/hohe Qualität) Wissensvermittlung 0.07/0.11 affektive Programme 0.05/-0.04 Einstellungen 0.11/-0.02 Wissensvermittlung + affektiv 0.03/0.07 DARE 0.05/0.03 interaktive Programme (alle Studien / hohe Qualität) soziale Kompetenzen 0.12/0.14 Fertigkeiten 0.17/0.17 „System wide change“ 0.27/0.22	
Sambra-no, 2005	48 Präventionsprogramme,	Multisite Evaluation (MSE) Präventionsprogramme für	„High Risk Youth Initiatives“ in 1994 und 1995 viele Programme wur-	1. ein gemeinsames Instrument wurde zur Datenerhebung genutzt (u.a. selbst berichteter Substanz-	gefährdete Jugendliche	Schule und Gemeinde	In einer gemischten Analyse des 30-Tage Konsums von Teilnehmern im Vergleich zu nicht-Teilnehmern ergaben sich keine sig. Unterschiede	ES aller 46 Programme: 0.022 (Range: -0.71 bis 1.54)	

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
	5.934 Jugendliche, die an den Programmen teilnahmen, 4.539 Jugendliche ohne Intervention	Jugendliche mit hohem Risiko	den hinzugezogen, um Aussagen über die Ränge machen zu können.	gebrauch in den letzten 30 Tagen) 2. Kontrollgruppe vorhanden 3. Datenerhebung von über 10.000 Jugendlichen zu 4 Zeitpunkten, 2 Follow-ups 4. ein gemeinsames Instrument wurde benutzt, um die Schwierigkeit, an dem Programm teilnehmen zu können, zu ermitteln 5.ein „site-visit“ Protokoll wurde geführt bzgl. Implementierung und Design			<p>Erklärung:</p> <p>1. sig. Unterschiede in der Effektivität der Programme</p> <p>2. Schwierigkeit, an Programmen teilzunehmen >Kontrollgruppe kann durch andere Programme beeinflusst werden</p> <p>3. unterschiedliche Effekte zwischen Untergruppen -Frauen vs. Männer -Baseline Drogenkonsumenten vs. Nicht-Konsumenten</p>	<p>1: -.05 oder weniger 1: -.49 bis -.40 4: -.29 bis -.20 5: -.19 bis -.10 10: -.09 bis 0 9: .01 bis .09 8: .01 bis .19 5: .20 bis .29 1: .3 bis .39 1: .4 bis .49 1: .5 oder mehr</p> <p>hohe Schwierigkeit: Zigaretten: 0.029 Alkohol: 0.032 Marihuana 0.03</p> <p>geringe Schwierigkeit: Zigaretten: 0.09 Alkohol: 0.075 Marihuana 0.076</p>	
Ennet, 1994	8 Evaluationen des nicht-interaktiven Programms DARE		Suche nach allen quantitativen Evaluationen von DARE in den 5 Trainingszentren	metaanalytische Techniken, Mittelwerte der gewichteten ES für kurzzeitige Effekte			DARE ist weniger effektiv als interaktive Programme und solche die soziale Kompetenzen betonen (vgl. Tobler, 00)	<p>ES-Range: .00-.11 mittlere ES: Allgemein: .06 Alkohol: .06 (95% CI= .00 bis .12) Tabak: .08 (95% CI= .02 bis .14) Marihuana: -.01 (95% CI= -.09 bis .07)</p>	
Sockoll, 2008	• insgesamt 48 Reviews	systematisches Review anderer Reviews von	Recherche: Literatur-Datenbanken und Internetsuchmaschinen	systematische Durchsicht der Reviews	Arbeitstätige	Betrieb	Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle		

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Reviews bezüglich Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle, nur 3, die nicht ausschließlich Verhältnisprävention behandeln • 21 Reviews bezüglich Alkoholprävention 	<p>Interventionstudien, Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Prävention</p> <p>Es werden nur verhaltensbezogene Maßnahmen (keine verhältnisbezogenen Maßnahmen) zur Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle sowie zur Alkoholprävention berücksichtigt</p>	<p>(MEDLINE via PubMed, EMBASE, Cochrane Library (Issue 1 & 2, 2006), NeLH (National electronic Library for Health), HighWire Press, Google, Google Scholar), Internetseiten relevanter Organisationen, durch Handsuche in verschiedenen Zeitschriften</p> <p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veröffentlichung von 2000 bis August 2006 • nur systematische Übersichtsarbeiten • Publikationssprache deutsch oder englisch • arbeitsweltbezogene Interventionen • Erhebung allgemeiner Gesundheitsindikatoren oder Risikofaktoren • Erhebung krankheitsspezifischer Zielgrößen bei Muskel- Skelett-Erkrankungen, psychischen Erkrankungen und Herz- Kreislauf-Erkrankungen. 				<p><u>Janer et al. (2002)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unter Berücksichtigung der Entwicklung in Kontroll- und Interventionsgruppe, zeigen sich positive Effekte zu Gunsten der Interventionsgruppe • der am Ende der Intervention beobachtete Effekt schwächte sich im Laufe der Zeit ab • bei Managern, moderaten Rauchern und Rauchern, die zuvor schon versuchten aufzuhören, sind die Programme effektiver • die Effektivität der Programme erhöht sich mit einer längeren Dauer der Programme bis hin zu 6 Monaten; die Anzahl der Kontakte steht nur in schwachem Zusammenhang mit der Abstinenzrate • Effekt von Anreizen fraglich <p><u>Smedslund et al. (2004)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • erhebliche Abweichungen zwischen Studien hinsichtlich der Abstinenzraten • eine Überschätzung des Effekts schließen die Autoren nicht aus 	<p>Abstinenzraten nach 6 Monaten OR: 2.03</p> <p>Abstinenzraten nach 12 Monaten OR: 1.56</p> <p>Abstinenzraten nach 12 Monaten OR: 1.33</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nettodifferenz des Prozentsatzes der Personen, die erfolgreich mit dem Rauchen aufhörten (Interventionsgruppe-Kontrollgruppe): 5% bis 6% • 6 Monate nach Ende des Programms war der Effekt um 40%, teilweise sogar um 80% reduziert • 0.9% bis 3.5% höhere Abstinenzraten mit Anreizen <p>Abstinenzraten nach 6 Monaten Interventionsgruppe: 17% Kontrollgruppe: 8.5%</p> <p>Abstinenzraten nach 12 Monaten Interventionsgruppe: 21% Kontrollgruppe: 12%</p>

METHODE					AUSSAGEBEREICH		ERGEBNISSE		
Studie	k / N	Forschungsplan	Stichprobe	Auswertung	Population	Ort	Beschreibung	Effektgröße	Prakt. Bedeutsamkeit
							<p><u>Moher et al. (2005)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> starke Evidenz, dass Gruppeninterventionen, individuelle Beratungsangebote und pharmakologische Behandlungen im Rahmen der Raucherentwöhnung einen positiven Effekt bewirken <p>Alkoholprävention</p> <ul style="list-style-type: none"> schwache Evidenz <p><u>Janer et al. (2002)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> nur 3 Studien im Vergleich zur Kontrollgruppe wurde signifikante Reduktion im wöchentlichen Alkoholkonsum festgestellt <p><u>Rey-Riek et al. (2003)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> nach zwei Übersichtsarbeiten aus Nordamerika Beurteilung der Kosteneinsparungen durch betriebsbezogene Alkoholprogramme schwierig (mangelhafte Studien) Bestätigen Zusammenhang zwischen konstruktiver Konfrontationsstrategie (Employee Assistance Programs; EAP) und Arbeitsleistung in Deutschland und der Schweiz keine Evaluation von betrieblichen Suchtprogrammen nur exemplarische Untersuchungen und Beschreibungen, die sich auf Fehlzeiten beziehen <p>es zeigte sich dort eine Reduktion der alkoholbedingten Fehlzeiten</p>		<p>Abstinenzraten nach mehr als 12 Monaten</p> <p>Interventionsgruppe: 17%</p> <p>Kontrollgruppe: 14%</p>