

Abschlussbericht

„Trampolin II“ -  
Katamneseerhebung zur Überprüfung der  
Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes  
„Trampolin“

an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

vorgelegt von:

Prof. Dr. Michael Klein

Prof. Dr. Rainer Thomasius

Katharina Ise, M.Sc. Psych.

Dr. Dipl.-Psych. Lutz Wartberg

Dr. Diana Moesgen, M.Sc. Psych.

Köln/Hamburg, im August 2017

## Vorbemerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet, wenn über bestimmte Personen (z. B. „Interviewer“, „Klient“, „Teilnehmer“) gesprochen wird. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint. An Stellen, wo nur männliche oder nur weibliche Personen gemeint sind, wird dies kenntlich gemacht. Alle Leserinnen und Leser werden um Verständnis gebeten.

## 1. Titel und Verantwortliche

<b>Projekttitle:</b>	„Trampolin II“ – Katamneseerhebung zur Überprüfung der Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes „Trampolin“
<b>Förderkennzeichen:</b>	ZMV11-2516DSM214
<b>Projektleitung:</b>	Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein (DISuP) Prof. Dr. med. Rainer Thomasius (DZSKJ)
<b>Projektmitarbeitende:</b>	<u>DISuP</u> Katharina Ise, M.Sc. Psych. Dr. rer. nat. Diana Moesgen, M.Sc. Psych.  <u>DZSKJ</u> Dr. phil. Dipl.-Psych. Lutz Wartberg
<b>Kontakt:</b>	Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) Katholische Hochschule NRW (KatHO NRW) Wörthstraße 10 50668 Köln E-Mail: mikle(at)katho-nrw.de Tel.: 0221-7757-156 Fax: 0221-7757-180  Prof. Dr. med. Rainer Thomasius Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Zentrum für Psychosoziale Medizin Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) Martinistraße 52 20246 Hamburg E-Mail: thomasius(at)uke.de Tel.: 040-7410-52206 Fax: 040-7410-56571
<b>Laufzeit:</b>	01. März 2016 – 31. Mai 2017
<b>Fördersumme:</b>	69.049,00 EUR

## 2. Inhaltsverzeichnis

1.	Titel und Verantwortliche.....	2
2.	Inhaltsverzeichnis.....	3
3	Zusammenfassung.....	5
4	Einleitung .....	6
4.1	Theoretischer Hintergrund .....	6
4.1.1	Epidemiologie von Kindern aus suchtbelasteten Familien .....	6
4.1.2	Kritische Lebensbedingungen in suchtbelasteten Familien .....	6
4.1.3	Entwicklungsrisiken für Kinder aus suchtbelasteten Familien.....	8
4.1.4	Förderung von Resilienzen .....	9
4.1.5	Interventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien .....	10
4.1.6	Das modulare Präventionskonzept „Trampolin“ .....	10
4.2	Entstehung des Projektes „Trampolin II“.....	12
4.3	Ziele des Projektes „Trampolin II“ .....	13
4.4	Projektstruktur von „Trampolin II“.....	13
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....	14
5.1	Evaluationsdesign und Fragestellungen von „Trampolin II“.....	14
5.2	Erhebungsinstrumente.....	15
5.2.1	Fragebögen für die Jugendlichen.....	15
5.2.2	Fragebögen für die Eltern bzw. Bezugspersonen .....	24
5.3	Befragung der ehemaligen Praxisstandorte .....	28
5.4	Datenauswertung.....	28
6	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan .....	29
6.1	Arbeits- und Zeitplan von Trampolin II.....	29
6.2	Aktivitäten im Verlauf der Feldphase .....	32
6.2.1	Rekrutierung der Stichprobe .....	32
6.2.2	Ablauf der Datenerhebung .....	32
6.2.3	Inzentivierung der Teilnehmer.....	32
6.3	Besondere Herausforderungen während der Feldphase.....	33
7	Ergebnisse .....	34

7.1	Ergebnisse der Befragungen der Jugendlichen und deren Eltern .....	34
7.1.1	Soziodemographie .....	34
7.1.2	Wissen zu Alkohol und Drogen .....	37
7.1.3	Psychische Belastung .....	37
7.1.4	Stressbewältigung .....	39
7.1.5	Konsum legaler Drogen .....	40
7.1.6	Konsum illegaler Drogen .....	42
7.2	Ergebnisse der Befragung der Fachkräfte an den ehemaligen Praxisstandorten .....	43
8	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung .....	43
9	Gender Mainstreaming Aspekte .....	46
10	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....	47
11	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential) .....	47
12	Publikationsverzeichnis .....	48
13	Literatur .....	49

### 3 Zusammenfassung

Zur Überprüfung der Langzeiteffekte des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Bundesmodellprojektes „Trampolin – Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ (Laufzeit: Oktober 2008 bis März 2012) wurde im Rahmen des hiermit beschriebenen Projektes „Trampolin II“ – Katamneseerhebung zur Überprüfung der Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes „Trampolin“ eine Katamneseerhebung mit einem Messzeitpunkt (T4) ca. 5 Jahre nach Ende der Intervention durchgeführt. 16% der Kinder (jetzt Jugendliche), die damals an den Programmen „Trampolin“ (Interventionsgruppe) und „Hüpfburg“ (Kontrollgruppe) teilgenommen haben, sowie 18% der damals teilnehmenden Eltern (bzw. andere relevante Bezugspersonen) wurden erneut zu den damals erfassten und neu ergänzten Konstrukten befragt. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente fußen im Wesentlichen auf den Erhebungsinstrumenten, die im Rahmen des „Trampolin“-Projektes eingesetzt wurden; darüber hinaus wurden ergänzend weitere Inventare eingesetzt. Die Befragungen fanden jeweils telefonisch mittels standardisierter Fragebögen durch Selbstauskünfte der Jugendlichen und Eltern statt. Außerdem wurden die ehemaligen Praxisstandorte mithilfe eines schriftlichen Fragebogens zu den Langzeiteffekten von „Trampolin“ befragt.

Die Ergebnisse der Katamneseerhebung weisen darauf hin, dass sich die Jugendlichen aus der ehemaligen „Trampolin“-Gruppe sich etwa 5 Jahre nach der Intervention in Bezug auf die untersuchten Merkmale kaum von den Jugendlichen aus der ehemaligen „Hüpfburg“-Gruppe unterscheiden. Statistisch signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich nur in einzelnen Bereichen der psychischen Belastung (Hyperaktivität) oder der Stressbewältigung. Jedoch verfügen die Jugendlichen aus beiden Gruppen insgesamt über mehr Substanzkonsumerfahrungen als Gleichaltrige aus der Normalbevölkerung. Dies bestätigt bisherige Befunde, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien als besondere Risikogruppe für substanzgebundene Störungen gelten und besonderer Unterstützung bedürfen.

Bei der Interpretation der Befunde gilt es zu beachten, dass trotz erheblicher Rekrutierungsbemühungen lediglich ein geringer Anteil der ehemaligen Teilnehmer erreicht werden konnte. Auch die damaligen Praxisstandorte verfügten kaum noch über Kontakt oder weiterführende Informationen zu den damals teilnehmenden Familien und konnten somit nicht unterstützen. Durch die geringe Fallzahl der Stichprobe sind Gruppenunterschiede statistisch schwer nachweisbar. Darüber hinaus können Selektionseffekte in der Stichprobe die Ergebnisse maßgeblich beeinflussen und die Ergebnisse sind nicht generalisierbar. Somit kann nach der vorgelegten Langzeit-Katamnese die Überlegenheit von „Trampolin“ mehrere Jahre nach der Intervention nicht mehr empirisch belegt werden bzw. aufgrund der geringen Ausschöpfung die Wirksamkeit kaum zuverlässig eingeschätzt werden.

## 4 Einleitung

### 4.1 Theoretischer Hintergrund

#### 4.1.1 Epidemiologie von Kindern aus suchtselasteten Familien

Unter Berücksichtigung der offiziellen Kriterien eines Substanzmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeitserkrankung ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa jeder siebte Jugendliche mit einem Elternteil zusammenlebt, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Lachner & Wittchen, 1997). Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass in Deutschland insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Laufe ihres Lebens mit einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zusammengelebt haben (Klein, 2005). Aktuelleren Schätzungen aus europäischer Perspektive zufolge sind in Deutschland 5-6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen (EMCDDA, 2008). Dies bedeutet, dass 15,4% der deutschen Kinder und Jugendlichen ein oder sogar zwei Elternteile mit Alkoholproblemen haben.

Neueste Ergebnisse auf Grundlage der bevölkerungsweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ zeigen, dass 22% der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (Robert Koch Institut, 2016). In Bezug auf regelmäßiges Rauschtrinken („binge drinking“) ist von 14% der Elternteile auszugehen. Dies entspricht hochgerechnet etwa 3,8 Millionen Elternteilen mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 2,4 Millionen Elternteilen mit regelmäßigem Rauschtrinken. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kinderzahl bedeutet dies, dass in Deutschland bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 4,2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken leben.

Valide Zahlen zu Kindern aus drogenbelasteten Familien sind in Deutschland kaum vorhanden, was sicherlich mit der Schwierigkeit der Erhebung derart sensibler Daten im Dunkelfeld verbunden ist. Bestehenden Schätzungen zufolge stammen etwa 60.000 Kinder von einem opiatabhängigen Elternteil ab und leben teilweise auch mit diesem zusammen (NACOA, 2006). Epidemiologische Daten über Kinder aus Familien, in denen andere illegale Drogen eine Rolle spielen, wie z.B. Cannabis, Kokain, (Meth-) Amphetamine sowie Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) oder Medikamente liegen in Deutschland nicht vor.

#### 4.1.2 Kritische Lebensbedingungen in suchtselasteten Familien

Neben nachteiligen soziodemographischen Bedingungen wie z.B. Arbeitslosigkeit der Eltern (Serec et al., 2012), ungünstigen nachbarschaftlichen Umfeldern (Wolfe, 2016) sowie Trennungen oder Scheidungen der Eltern (Waldron, Bucholz, Lynskey, Madden & Heath, 2013) ist es insbesondere das ungünstige Elternverhalten, was im Zusammenhang mit

Suchterkrankungen und mit Hinblick auf die Kinder als besonders kritisch zu betrachten ist. Die typischen, substanzübergreifenden Charakteristika einer Abhängigkeitserkrankung, wie z.B. ein anhaltender Substanzgebrauch oder eine Einengung auf den Konsum führen dazu, dass suchtkranke Eltern andere Aktivitäten oder Verpflichtungen vernachlässigen (Melhuish, 2011). So kann z.B. die adäquate Versorgung des Kindes deutlich gefährdet sein. Suchtkranke Eltern vernachlässigen zum einen häufig die materielle Versorgung des Kindes, z.B. in Form warmer Mahlzeiten oder angemessener, sauberer Kleidung für das Kind, zum anderen erfüllen sie auch oftmals nicht die emotionalen Grundbedürfnisse des Kindes nach Nähe, Zuwendung und Liebe (Klein, Dyba & Moesgen, 2016). Durch die Vernachlässigung der elterlichen Pflichten werden die alltäglichen Aufgaben innerhalb der Familie in vielen Fällen neu verteilt. Kinder bekommen dann Aufgaben zugeschrieben, die ihrem Entwicklungsstand nicht angemessen sind und sie geraten in altersinadäquate Verhaltensmuster, wie z.B. jüngere Geschwister oder den Elternteil zu versorgen („Parentifizierung“) (Backett-Milburn, Wilson, Bancroft & Cunningham-Burley, 2008). Betroffene Kinder können dadurch ihre alterstypischen Entwicklungsaufgaben nicht richtig bewältigen und sind chronisch überfordert.

Calhoun, Conner, Miller und Messina (2015) identifizierten Formen ungünstigen Erziehungsverhaltens im Kontext von Substanzkonsum, wie z.B. ein sehr scharfer Ton, Schreien oder körperliche Bestrafung des Kindes. Auch ein sprunghaft wechselndes Verhalten der Eltern sowie eine ausgeprägte Stimmungs labilität durch den Substanzkonsum konnte in suchtblasteten Familien immer wieder beobachtet werden (Templeton, Velleman, Hardy & Boon, 2009). Kinder erleben ihre Eltern grundsätzlich verändert, wenn diese intoxikiert sind. Dies kann sich alternierend z.B. in Form von übertriebener Milde oder Härte in der Erziehung des Kindes äußern (Klein et al., 2016), aber auch in Form eines wechselnden, unpassenden Interaktionsstils (z.B. undeutliche oder lautere Sprache; ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Zuneigung vs. Ablehnung). Insgesamt zeigen sich suchtkranke Eltern in ihrem Eltern- und Erziehungsverhalten volatiler als Eltern ohne Abhängigkeitserkrankung. Durch die fehlende Konsequenz und Kontinuität in der Erziehung mangelt es für die Kinder an verlässlicher Orientierung. Des Weiteren werden Versprechungen der Eltern oder gemeinsame Pläne im Kontext von z.B. Intoxikation vergessen oder geändert. Dies kann eine Störung wichtiger Familienrituale (z.B. gemeinsame Mahlzeiten, Ausflüge) mit sich bringen (Templeton et al., 2009). Dies ist für die Kinder ungünstig, denn verlässlich geplante und gemeinsam durchgeführte Familienaktivitäten sollen für Kinder stabilisierend wirken, da sie erwartete Rollen klarstellen, Grenzen innerhalb der Familie beschreiben und Regeln so definieren, dass sich Kinder darüber bewusst werden, wie die Familie (und andere soziale Gefüge und Beziehungen) funktioniert.

Suchtkranke Eltern scheinen außerdem wenig in der Lage, eine positive Atmosphäre im Zusammensein mit dem Kind aufzubauen und aufrechtzuerhalten, überdies fördern sie



Problemlösefähigkeiten und Durchhaltevermögen des Kindes nur unzureichend (Belsky & Jaffee, 2006). Sie zeigen zudem eine geringe Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind und seinen Bedürfnissen, so dass sich häufig eine unsichere Bindung zwischen Eltern und Kind entwickelt.

Kinder aus suchtblasteten Familien erleben außerdem häufig Disharmonien in der elterlichen Partnerschaft (Rounsaville, O'Farrell, Andreas, Murphy & Murphy, 2014) und werden dementsprechend häufig Zeuge von elterlichen Auseinandersetzungen (Templeton et al., 2009; Velleman, Templeton, Reuber, Klein & Moesgen, 2008). Betroffene Kinder sind oftmals auch selbst in Konflikte mit ihren Eltern involviert (Barber & Gilbertson, 1999). Konflikte werden in suchtblasteten Familien nicht nur lautstark verbal ausgetragen, sondern können auch körperliche Gewalt beinhalten (Conners-Burrow, McKelvey, Kyzer, Swindle, Cheerla & Kraleti, 2013). Es ist seit langem bekannt, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Zeuge oder Opfer von häuslicher Gewalt zu werden als Kinder aus unbelasteten Familien (Ellis, Zucker & Fitzgerald, 1997). Die Ausmaße der berichteten häuslichen Gewalt in suchtblasteten Familien sind teilweise extrem ausgeprägt und können in schwerwiegenden körperlichen Verletzungen und psychischen Traumatisierungen resultieren (Velleman et al., 2008).

#### **4.1.3 Entwicklungsrisiken für Kinder aus suchtblasteten Familien**

Kinder aus suchtblasteten Familien gelten als Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Abhängigkeitserkrankung (Klein, 2005; Thomasius, Schulte-Marckwort, Küstner & Riedesser, 2008). Zahlreiche internationale Studien konnten nachweisen, dass bei Kindern aus suchtblasteten Familien eine erhöhte Wahrscheinlichkeit vorliegt, dass sie a) früher beginnen, Substanzen zu konsumieren (Waldron et al., 2014), b) früher erste Rauscherfahrungen sammeln (Wong et al., 2006), c) mehr Rauschtrinken betreiben (Weitzmann & Wechsler, 2000) und d) einen schnelleren Übergang vom ersten Konsum alkoholischer Getränke hin zu alkoholbezogenen Problemen vollziehen als Kinder aus unbelasteten Familien (Hussong, Bauer & Chassin, 2008). Letzteres wurde auch im Kontext illegaler Drogen beobachtet. Die Mechanismen der Transmission für substanzbezogene Probleme sind komplex: Bei alkoholbezogenen Störungen spielen sowohl genetische (Sørensen et al., 2011; Zimmermann, Mick & Mann, 2008) als auch psychologische Faktoren wie Modelllernen (z.B. Konsum zur Selbstmedikation, Emotionsregulation) (Cleveland, Reavy, Mallett, Turrisi & White, 2014) oder die Vermittlung positiver, substanzspezifischer Wirkungserwartungen (Barnow, Stopsack, Spitzer & Freyberger, 2007) eine Rolle. Eine besondere Bedeutung besitzen außerdem die o.g. widrigen Kindheitserfahrungen, die später mithilfe von Substanzen dysfunktional bewältigt werden (Zobel, 2006).

Neben eigenen Suchtstörungen entwickeln Kinder aus suchtblasteten Familien häufig auch andere psychische Erkrankungen (z.B. Klein, 2007; Moesgen, 2014; Thomasius & Küstner, 2005). So besteht bei Kindern aus suchtblasteten Familien z.B. eine erhöhte Auftrittswahrscheinlichkeit für externalisierende Auffälligkeiten, wie Störungen des Sozialverhaltens (Molina, Donovan & Belendiuk, 2010; Waldron, Martin & Heath, 2009) oder hyperkinetische Störungen (Kendler, Ohlsson, Sundquist & Sundquist, 2016; Parvaresh, Mazhari & Nazari-Noghabi, 2015). Externalisierende Störungen können sich in allen Altersstufen der Kindheit und Jugend sowie später im Erwachsenenalter äußern (Park & Schepp, 2015). Darüber hinaus scheinen Kinder aus suchtblasteten Familien auch in Bezug auf die Entwicklung internalisierender Störungsbilder besonders gefährdet zu sein (Hussong, Flora, Curran, Chassin & Zucker, 2008): So zeigen betroffene Kinder im Vergleich zu unbelasteten Gleichaltrigen erhöhte Raten an Depressionen (Fuller-Thomson, Katz, Phan, Liddycoat & Brennenstuhl, 2013; Hill, Tessner & McDermott, 2011) oder Angststörungen (MacPherson, Stewart & McWilliams, 2001), ebenfalls sowohl bereits im Kindes- und Jugend- als auch erst später im Erwachsenenalter (Park & Schepp, 2015).

Kritisch ist, dass sowohl externalisierende als auch internalisierende Störungsbilder als stabile Prädiktoren für die Entwicklung einer eigenen substanzbezogenen Störung gelten (King & Chassin, 2008). Auch sind frühe Anpassungsprobleme bei Kindern aus suchtblasteten Familien mit der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im (jungen) Erwachsenenalter verbunden: Ergebnisse einer frühen, 33-jährigen Längsschnittstudie belegen, dass ein Viertel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien mindestens eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielt (Drake & Vaillant, 1988).

#### **4.1.4 Förderung von Resilienzen**

Es ist davon auszugehen, dass die Transmission von substanzbezogenen und die Entwicklung anderer psychischer Erkrankungen bei Kindern aus suchtblasteten Familien nicht durch die elterliche Abhängigkeitserkrankung per se zu erklären ist, sondern vielmehr als ein Zusammenspiel von individuumsbezogenen und umweltbedingten Faktoren verstanden werden sollte. Da in suchtblasteten Familien häufig eine Kumulierung von Risikofaktoren zu beobachten ist, ist es von besonderer Bedeutung, dass sowohl umgebungsbezogene Schutzfaktoren als auch individuelle Resilienzen bestmöglich gefördert werden. Zu den umgebungsbezogenen Schutzfaktoren gehört z.B. die soziale Unterstützung durch Bezugspersonen außerhalb der suchtblasteten Kernfamilie (Eiden et al., 2016). Zu den kindbezogenen Resilienzen gehören u.a. persönliche Qualitäten wie Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation und Sozialkompetenz, adäquate Bewältigungsstrategien und Problemlösekompetenzen sowie Verständnis und Einsicht bzgl. des elterlichen Suchtproblems

(Velleman & Templeton, 2016). Im Rahmen professioneller Hilfeangebote muss ein besonderer Fokus auf die Förderung dieser Schutzfaktoren gelegt werden.

#### **4.1.5 Interventionen für Kinder aus suchtblasteten Familien**

Die vorliegenden Befunde unterstreichen den dringenden Hilfebedarf für Kinder aus suchtblasteten Familien. Dennoch gibt es einige Herausforderungen, die den Zugang zum Hilfesystem erschweren: Suchtkranke Eltern sind z.B. aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen eher selten bereit, ihren Kindern eine Teilnahme an professionellen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen (Kelley, D'Lima, Henson & Cotten, 2014). Diese elterliche Zurückhaltung stellt eine wesentliche Hürde bei der Vermittlung von angemessenen Hilfen dar und muss im Zuge von Ansprachen betroffener Familien dringend berücksichtigt werden.

Eine weitere Hürde ist, dass evidenzbasierte Interventionen im deutschsprachigen Raum speziell für suchtblastete Familien insgesamt nur wenig vorhanden sind. Im internationalen Raum existieren verschiedene evidenzbasierte Programme für Kinder aus suchtblasteten Familien zwischen 0 und 18 Jahren (Bröning et al., 2012; Johnson, Gryczynski & Moe, 2011), die allerdings nicht in die deutsche Sprache übersetzt und für die deutschen kulturellen Gegebenheiten adaptiert wurden. Zwar gibt es in Deutschland neben verschiedenen Angeboten aus dem Bereich der Selbsthilfe (z.B. *Alateen*-Gruppen) und der Online-Projekte (z.B. *Kidkit*, [www.kidkit.de](http://www.kidkit.de)) eine Vielzahl lokaler Angebote für betroffene Kinder im Bereich der Suchthilfe, allerdings sind diese häufig nur unzureichend dokumentiert und in der Regel nicht wissenschaftlich evaluiert, so dass keine fundierte Aussage über deren Wirksamkeit zulässig ist (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Ruths, Moesgen, Bröning, Klein & Thomasius, 2013). Das im Folgenden beschriebene „*Trampolin*“-Programm (Klein, Moesgen, Bröning & Thomasius, 2013) ist in Deutschland das einzige evidenzbasierte, standardisierte Gruppenprogramm, welches sich speziell und direkt an Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien im Alter zwischen 8 und 12 Jahren richtet.

#### **4.1.6 Das modulare Präventionskonzept „Trampolin“**

Das Bundesmodellprojekt „Trampolin – Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtblasteten Familien“ wurde vom BMG gefördert (Laufzeit: 01.10.2008-31.03.2012). Ziel des Projektes war die Entwicklung und Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtblasteten Familien, welches in verschiedenen Settings implementierbar ist, die psychische Belastung der Kinder reduziert und ihre Handlungskompetenz im Sinne eines langfristigen Empowerments erhöht. Mit der

Ausschreibung und Bewilligung dieses Projekts reagierte das BMG auf das Fehlen eines standardisierten und wissenschaftlich fundierten Präventionskonzepts für Kinder suchtkranker Eltern in Deutschland.

Das Gruppenprogramm „Trampolin“ wurde in engem Austausch zwischen Forschung und Praxis speziell für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren mit Eltern mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen konzipiert. „Trampolin“ wurde mithilfe eines Manuals (Klein et al., 2013) durchgeführt und war somit leicht erlern- und durchführbar. Im Rahmen von neun wöchentlichen Kinder-Modulen à 90 Minuten sollten den Kindern effektive Stressbewältigungsfertigkeiten sowie hilfreiches Wissen zum Thema Drogen, Alkohol und Abhängigkeitserkrankungen vermittelt werden, sie sollten in ihrem Selbstwert und ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt und durch die Enttabuisierung des Themas „Sucht“ psychisch entlastet werden. In den beiden begleitenden Elternsitzungen sollten die teilnehmenden Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder und die Auswirkungen ihrer Suchterkrankung sensibilisiert werden, mehr Vertrauen in ihre Erziehungskompetenz gewinnen und motiviert werden, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen. „Trampolin“ wurde an 27 ausgewählten Projektstandorten aus dem Suchthilfesystem im gesamten Bundesgebiet an insgesamt N = 218 Kindern im Durchschnittsalter von 9.79 Jahren (SD = 1.8) erprobt. Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Programms wurde ein prospektiv randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign mit drei Messzeitpunkten (T1 = Eingangserhebung, T2 = Abschlusserhebung, T3 = 6-Monats-Katamnese) gewählt. Die Zuteilung auf die Interventionsgruppe IG (spezifische Intervention) und die Kontrollgruppe KG (suchtunspezifische Intervention) erfolgte randomisiert. Die IG (N = 130 Kinder) erhielt das neu entwickelte Programm „Trampolin“. In der KG (N = 88 Kinder) fand die suchtunspezifische Intervention „Hüpfburg“ (manualisierte Spielgruppe) im gleichen zeitlichen Umfang wie bei der IG statt. Zusätzlich wurden Prozessevaluationsdaten erhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder von beiden Interventionen in vielfältigen Bereichen der Stressbewältigung, des Selbstkonzepts und der Lebensqualität profitierten. Die Teilnehmer der „Trampolin“-Gruppe wiesen jedoch im Vergleich zur Kontrollgruppe direkt nach der Intervention und auch nach sechs Monaten eine geringere psychische Belastung und einen besseren Kenntnisstand zur elterlichen Sucht auf. Im Elternurteil zeigte sich bei den „Trampolin“-Kindern zudem eine signifikant höhere Stressbewältigungskompetenz im Bereich der konstruktiv-selbstberuhigenden Emotionsregulation. In der begleitenden Prozessevaluation wurde eine hohe Akzeptanz des „Trampolin“-Programms seitens der Kursleiter, der teilnehmenden Kinder und Eltern deutlich. Bezüglich des Gruppengefühls und der Frage danach, ob das Kind die Gruppe weiterempfehlen würde, war die „Trampolin“-Gruppe der suchtunspezifischen Intervention „Hüpfburg“ überlegen.

Mit dem manualisierten Präventionsprogramm „Trampolin“ liegt somit seit 2012 ein standardisiertes und evidenzbasiertes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien vor,

welches eine hohe Akzeptanz genießt, eine positive Wirkung auf teilnehmende Kinder hat und aufgrund seiner modularen Struktur in einer Vielzahl von Settings einsetzbar ist. Noch heute erfährt „Trampolin“ eine große Nachfrage durch Institutionen und Fachkräfte aus der Praxis; fortlaufend werden Schulungen für das Programm durchgeführt. Das „Trampolin“-Manual (Klein et al., 2013) wurde 2013 über den Psychologie-Fachverlag Hogrefe veröffentlicht und ist seitdem im Buchhandel erhältlich. Das „Trampolin“-Programm wurde außerdem 2016 von der zentralen Prüfstelle des GKV-Spitzenverbands als Stressbewältigungsprogramm zertifiziert und kann seitdem von den Krankenkassen erstattet werden.

#### 4.2 Entstehung des Projektes „Trampolin II“

Es muss in Betracht gezogen werden, dass den positiven Effekten des „Trampolin“-Programms auf die teilnehmenden Kinder möglicherweise ein Alterseffekt zugrunde liegt. Betroffene Kinder können zwar bereits im frühen Kindesalter eine psychische Symptombelastung aufweisen, aber in vielen Fällen manifestieren sich psychische Auffälligkeiten erst im späten Kindes- oder Jugendalter oder sogar erst im Erwachsenenalter (Park & Schepp, 2015). Derartige Entwicklungen können nur im Rahmen von Longitudinalstudien aufgedeckt werden (z.B. Anda et al., 2002; Barnow, Lucht, Fischer & Freyberger, 2001; Shin, Hassamal & Groves, 2015). Zeigt ein Kind aus einer suchtblasteten Familie im Kindesalter also zunächst keinerlei Auffälligkeiten im Verhalten oder Erleben, ist dies kein sicheres Indiz für eine weitere gesunde Entwicklung. Aufgrund der begrenzten Laufzeit des Projektes „Trampolin“ war es nicht möglich, derartige Langzeiteffekte des „Trampolin“- und des „Hüpfburg“-Programms zu erfassen.

Für eine weitere erfolgreiche, zielgruppenspezifische Umsetzung des „Trampolin“-Programms ist es jedoch relevant zu wissen, ob die gefundenen (positiven) Effekte über einen längeren Zeitraum stabil bleiben und wie sich die empirisch ermittelten Differenzen zwischen den beiden Gruppen „Trampolin“ und „Hüpfburg“ weiter entwickelt haben. Auch ist es wichtig zu erfahren, inwiefern sich mögliche zusätzliche Effekte der beiden Interventionen, die zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erfassbar waren, im weiteren Verlauf entwickelt haben.

Dabei ist zum Beispiel an die Entwicklung einer eigenen substanzbezogenen Störung zu denken. In Bezug auf eigenen Substanzkonsum zeigten sich bei den teilnehmenden Kindern in beiden Gruppen „Trampolin“ und „Hüpfburg“ lediglich geringe Konsumraten in Bezug auf Tabak und Alkohol; keines der Kinder hatte zu den damaligen Befragungen jemals illegale Drogen konsumiert. Diese Befunde sind vermutlich in erster Linie durch das niedrige Lebensalter der Kinder zum damaligen Erhebungszeitpunkt zu erklären (im Durchschnitt unter 10 Jahre; s.o.). Da sich Substanzkonsum und suchtmittelbezogene Auffälligkeiten erst später in bzw. ab der Pubertät entwickeln (BZgA, 2012), ist bei den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-

Kindern davon auszugehen, dass derartige Auffälligkeiten (wenn überhaupt) erst in jüngster Zeit in Erscheinung getreten sind und damit erst seit Kurzem identifiziert werden können. Gleiches kann für Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme gelten, die zu den damaligen Messzeitpunkten noch nicht valide im Selbsturteil der Kinder erfasst werden konnten. Auch die nachhaltige Stabilität der beobachteten Verbesserungen der Kinder in den Bereichen der psychischen Gesundheit und Bewältigungskompetenzen ist aus Langzeitperspektive empirisch nicht abgesichert und muss somit erneut erfasst werden.

Nur mithilfe der Ermittlung von Langzeiteffekten können Handlungsempfehlungen für den weiteren Hilfebedarf der Kinder und der künftigen Ausgestaltung und Umsetzung des „Trampolin“-Programms formuliert werden, was für die psychische und physische Gesundheit von Kindern aus suchtbelasteten Familien besonders bedeutsam und damit nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich und gesundheitspolitisch hochrelevant ist.

#### **4.3 Ziele des Projektes „Trampolin II“**

Aufgrund der oben beschriebenen Beobachtungen und Schlussfolgerungen ist die Ermittlung der Langzeiteffekte des Präventionskonzeptes „Trampolin“ auf die Kinder circa 5 Jahre nach Teilnahme an der Intervention (= Messzeitpunkt T4) primäres Ziel des Projektes „Trampolin II“. Zum Vergleich sollen parallel auch die Langzeiteffekte der damaligen „Hüpfburg“-Kontrollintervention auf die Kinder gemessen werden, die damals an dieser Intervention teilgenommen haben. Für beide Gruppen „Trampolin“ und „Hüpfburg“ sollen erneut sowohl die teilnehmenden Kinder als auch ihre Eltern befragt werden. Auf Basis der Befunde aus dieser Katamnese-Erhebung sollen weitere Empfehlungen zur Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern und zur weiteren Umsetzung von „Trampolin“ ausgesprochen werden.

#### **4.4 Projektstruktur von „Trampolin II“**

Wie im Bundesmodellprojekt „Trampolin“ bildeten das DISuP und das DZSKJ für das Projekt „Trampolin II“ abermals einen Forschungsverbund. Somit erfolgte die gesamte Projektabwicklung wieder in jeder Phase gemeinsam und in enger wechselseitiger Abstimmung und Unterstützung (z.B. durch Abstimmungstreffen, regelmäßig stattfindende Telefonkonferenzen, E-Mail Korrespondenz). Die Betreuung der damaligen Projektstandorte sowie die Rekrutierung der ehemals teilnehmenden Familien und alle damit verbundenen Aufgaben wurden - wie in „Trampolin“ - gleichmäßig zwischen dem DISuP und dem DZSKJ nach Bundesland aufgeteilt: Das DISuP war für die Betreuung aller Aktivitäten in den Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zuständig, das DZSKJ war für die

Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein verantwortlich.

## **5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik**

### **5.1 Evaluationsdesign und Fragestellungen von „Trampolin II“**

Zur Überprüfung der Langzeiteffekte des Präventionskonzeptes „Trampolin“ wurde eine Katamneseerhebung mit einem Messzeitpunkt (T4) circa 5 Jahre nach Ende der Intervention durchgeführt. Die Jugendlichen, die damals an den Programmen „Trampolin“ und „Hüpfburg“ teilgenommen haben, sowie ihre Eltern wurden erneut zu den damals erfassten und neu ergänzten Konstrukten befragt. Die Befragungen fanden jeweils telefonisch mittels standardisierter Fragebögen durch Selbstauskünfte der Jugendlichen und deren Bezugspersonen statt. Voraussetzung für eine Teilnahme waren die schriftliche Einverständniserklärung der Bezugspersonen sowie die der Jugendlichen selbst. Diese wurden nach ausführlicher telefonischer Aufklärung postalisch eingeholt. Neben der Befragung der ehemals teilnehmenden Familien wurden zusätzlich die Fachkräfte der damals teilnehmenden Praxisstandorte zu den nachhaltigen Langzeiteffekten von Trampolin befragt.

Auf Basis der forschungsleitenden Hypothesen aus dem Bundesmodellprojekt „Trampolin“ (Bröning et al., 2012a) und der Befunde aus dem damaligen Projekt wird postuliert, dass sich die gefundenen Effekte generell als nachhaltig erweisen. Außerdem wurde untersucht, ob die in „Trampolin“ gemachten Erfahrungen und gewonnenen Kenntnisse mehrere Jahre nach der Intervention weitere positive Effekte mit sich bringen konnten, z.B. in Bezug auf das Substanzkonsumverhalten der Jugendlichen. Im Detail wurden folgende Fragestellungen für das Projekt „Trampolin II“ formuliert:

- F1: Zeigen sich mehrere Jahre nach der Intervention Unterschiede im Kenntnisstand zum (elterlichen) Suchtverhalten zwischen den Jugendlichen, die damals an „Trampolin“ (Untersuchungsgruppe) und denen, die an der „Hüpfburg“-Gruppe (Kontrollgruppe) teilgenommen haben?
- F2: Zeigen sich mehrere Jahre nach der Intervention Unterschiede in der psychischen Belastung zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe?
- F3: Zeigen sich mehrere Jahre nach der Intervention Unterschiede in der Stressbewältigung zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe?
- F4: Zeigen sich mehrere Jahre nach der Intervention Unterschiede im Konsum legaler Drogen zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe?

F5: Zeigen sich mehrere Jahre nach der Intervention Unterschiede im Konsum illegaler Drogen zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe?

## 5.2 Erhebungsinstrumente

Die für die Katamneseerhebungen eingesetzten Erhebungsinstrumente fußen im Wesentlichen auf den Erhebungsinstrumenten, die im Rahmen des „Trampolin“-Projektes eingesetzt wurden, um einen bestmöglicher Vergleich zu den früheren Messzeitpunkten T1 bis T3 gewährleistet zu können. Analog zum Bundesmodellprojekt „Trampolin“ wurden auch in „Trampolin II“ bestmöglich validierte und in der Forschung bewährte Messinstrumente eingesetzt. In einigen wenigen Bereichen erwies es sich als notwendig, eigene Skalen zu konstruieren bzw. alternativ bereits entwickelte Skalen zu adaptieren, da bisher keine einschlägigen Instrumente vorhanden waren. Darüber hinaus wurden die bereits im Bundesmodellprojekt „Trampolin“ verwendeten Inventare um weitere Inventare oder Items, die im Rahmen einer katamnestischen Untersuchung in diesem Forschungsbereich von Interesse sind, ergänzt. Hierzu gehören z.B. eigener Substanzkonsum, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme der Jugendlichen sowie die weitere Inanspruchnahme von professionellen Hilfen nach dem „Trampolin“-Projekt. Die in „Trampolin II“ verwendeten Skalen und Inventare werden im Folgenden vorgestellt.

### 5.2.1 Fragebögen für die Jugendlichen

Die Befragung der Jugendlichen wurde durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter des „Trampolin II“-Projektes telefonisch durchgeführt. Im Rahmen des Telefonats wurden den Jugendlichen alle Fragen und die entsprechenden Antwortmöglichkeiten vorgelesen. Um den Jugendlichen ausreichend Zeit zu gewähren und sie nicht zu überfordern, war es zunächst geplant, die Befragung der Jugendlichen zweistufig durchzuführen. Hierzu sollten im Rahmen der ersten Befragung („Standardbefragung“) jene Konstrukte erfasst werden, die für die Überprüfung der Hypothesen des beantragten Vorhabens zentral sind. In der zweiten Befragungsstufe („Add-On“) sollten jene Konstrukte erfasst werden, die über die zentralen Fragestellungen hinaus von Forschungsinteresse sind. Im Zuge der Durchführung der Befragungen zeigte sich jedoch, dass für beide Befragungsstufen insgesamt etwa 40 Minuten benötigt wurden. Somit wurden bei allen Befragungen der Jugendlichen beide Befragungsstufen unmittelbar hintereinander durchgeführt.

#### *Soziodemographische Merkmale*

Bei den Jugendlichen wurden als Erstes folgende soziodemographische Angaben erhoben:



- Alter
- Wohnsituation (mit Vater/Mutter/beiden Elternteilen/anderen zusammenlebend)
- Bei Getrenntleben der Eltern: Häufigkeit des Kontakts zum anderen Elternteil
- Derzeitige berufliche oder schulische Tätigkeit
- Bei derzeitigem Schulbesuch: Schulform
- Bei derzeitigem Schulbesuch: erreichter Schulabschluss
- Bei derzeitigem Schulbesuch: angestrebter Schulabschluss
- Bei keinem aktuellen Besuch der Schule: erreichter Schulabschluss
- Bei derzeitigem Schulbesuch mit Förderbedarf: Förderschwerpunkt

### *Gesundheitsbezogene Lebensqualität*

Gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt ein „multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit [...] aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet“ (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003, S.10). Zur Erfassung dieses Konstrukts wurde in der vorliegenden Studie der *KIDSCREEN* (Ravens-Sieberer et al., 2005) verwendet. Die *KIDSCREEN*-Fragebögen erfassen die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen (Health Related Quality of Life = HRQoL). In „Trampolin II“ wurde aus ökonomischen Gründen der *KIDSCREEN-27* eingesetzt, der eine kürzere Version des ursprünglichen *KIDSCREEN-52* darstellt, aber dennoch ein detailliertes Profil der fünf HRQoL-Dimensionen (1) körperliches Wohlbefinden, (2) psychologisches Wohlbefinden, (3) Beziehung zu Eltern und Autonomie, (4) Gleichaltrige und soziale Unterstützung sowie (5) schulisches Umfeld erlaubt. Der *KIDSCREEN* wurde bereits in verschiedenen internationalen Studien zur Erhebung von psychischer Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern eingesetzt (z. B. Kololo & Mazur, 2006; Arnaud et al., 2008).

### *Lebenszufriedenheit*

Als Messinstrument für Lebenszufriedenheit wurde in der vorliegenden Studie die deutsche Fassung der *Satisfaction with Life Scale* (*SWLS*) eingesetzt (Glaesmer, Grande, Braehler & Roth, 2011). Die *SWLS* besteht aus fünf Items, bei denen die Jugendlichen anhand einer siebenstufigen Ratingskala einschätzen, inwiefern sie im allgemein mit ihrem Leben zufrieden sind.

### *Konsum legaler Substanzen*

Zur Erfassung des Konsums von legalen Droge wie Tabak und Alkohol wurden selbst konstruierte Items verwendet. Der Fokus wurde dabei auf die Erfassung der Lebenszeit- und Monatsprävalenz sowie auf den täglichen Konsum der Substanzen gelegt.

Ein potentiell riskanter Alkoholkonsum der Jugendlichen wurde außerdem mithilfe des *CRAFFT-d*, (Knight, John R; Sherritt, Lon; Harris, Sion Kim; Chang & Grace, 2002) erfasst. Der *CRAFFT-d* ist ein Screeninginstrument zur Erfassung von riskanten Alkoholkonsums im Jugendalter und besteht aus sechs Items.

### *Konsum illegaler Drogen*

Zur Erfassung des Konsums illegaler Drogen wie z.B. Cannabis wurden selbst konstruierte Items eingesetzt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Lebenszeit- und Monatsprävalenz sowie auf dem täglichen Konsum von Cannabis.

### *Riskanter Cannabiskonsum*

Riskanter Cannabiskonsums der Jugendlichen wurde mittels des Cannabis Abuse Screening Tool (CAST) erfasst. Das Screeninginstrument besteht aus sechs Items (Konsum am Vormittag; Konsum alleine; Gedächtnisprobleme durch Konsum; Rat von Freunden oder Familie, aufzuhören; erfolgloser Versuch zu reduzieren oder gänzlich aufzuhören; Probleme durch Konsum in Schule oder mit Freunden), bei denen die Jugendlichen die jeweilige Frequenz (nie = 0, selten = 1, von Zeit zu Zeit = 2, ziemlich oft = 3 oder sehr oft = 4) angeben (Spilka et al. 2013).

### *Kenntnisstand zu Alkohol/ Drogen*

Um den aktuellen Kenntnisstand zu den Effekten und Auswirkungen von Alkohol und anderen Drogen zu erfassen, wurde derselbe selbstkonstruierte Fragebogen verwendet, der auch damals im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Trampolin“ eingesetzt wurde. In diesem Fragebogen wurden folgende Aspekte des Wissens über Alkohol und Drogen erfasst:

- Wissen über physiologische und psychische Effekte von Alkohol und Drogen
- Wissen über Auswirkungen des Substanzkonsums auf Mitmenschen, insbesondere des elterlichen Substanzkonsums auf die Kinder
- Wissen darüber, was „Sucht“ bedeutet (Sucht als Krankheit)
- Wissen über die Merkmale von Sucht als Krankheit (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust)

- Wissen über verzerrte Risikowahrnehmung im Kontext von Sucht und Substanzkonsum
- Wissen über das erhöhte Risiko einer eigenen Suchterkrankung

### *Elterliche Suchtproblematik*

Zur Erfassung der elterlichen Suchtproblematik aus Sicht der Jugendlichen wurde erneut ein selbstkonstruierter Fragebogen eingesetzt. Dieser erfasste den elterlichen Alkohol- und Drogenkonsum im letzten Jahr sowie durch die Sucht entstandene Konflikte zwischen den Eltern und den Jugendlichen. Es wurde zudem erfragt, ob die Jugendlichen, deren Eltern Drogen konsumieren, sich wünschen, dass ihre Eltern den Konsum beenden.

### *Psychische Belastung durch die elterliche Sucht*

Zur Erfassung der früheren und aktuellen psychischen Belastung der Jugendlichen durch die elterliche Sucht wurden erneut jene acht Items eingesetzt, die damals im Bundesmodellprojekt „Trampolin“ Anwendung fanden. Vier dieser Items stützen sich z.B. auf die sog. drei „C’s“ „Cause, Control, Cure“, die bei Kindern aus suchtblasteten Familien häufig eine Rolle spielen, und erfassen zum einen eigene Schuldgefühle („Cause“; z.B. „Fühlst du dich noch oder fühltest du Dich schuldig daran, dass dein Elternteil trinkt/Drogen nimmt?“) und zum anderen das subjektive Verantwortungsgefühl für den suchtkranken Elternteil („Control/Cure“; z.B. „Denkst Du noch oder dachtest Du, dass Du das Trinken/das Drogennehmen Deines Elternteils kontrollieren musst?“). Mit zwei weiteren Items sollte die subjektiv erlebte Isolation erfasst werden (z.B. „Gibt es andere Menschen, mit denen Du über das Trinken / die Drogen in Deiner Familie noch sprechen kannst oder sprechen konntest?“). Die letzten beiden Items zielen auf die in Bezug auf die elterliche Sucht empfundene Scham ab (z.B. „Schämst Du Dich noch oder hast Dich geschämt wegen der Sucht in Deiner Familie?“). Um sowohl die frühere als auch aktuelle Belastung zu erfassen und um damit eine potentielle Reduktion der Belastung erkennen zu können, wurden die Items entsprechend sprachlich adaptiert.

### *Stressbewältigung*

Wie im Bundesmodellprojekt „Trampolin“, wurden bei den Jugendlichen die Stressbewältigungsstrategien erfasst, die sie in Zusammenhang mit der elterlichen Sucht anwenden. Dies erfolge erneut mithilfe des *Fragebogens zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8)* von Lohaus, Eschenbeck, Kohlmann und Klein-Heßling (2006) (in modifizierter Form, s. hierzu auch Franke, Jagla, Salewski & Jäger, 2007). Der SSKJ 3-8 stellt in seiner ursprünglichen Form eine erweiterte

und überarbeitete Neukonstruktion des SSK (Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter) von Lohaus et al. (1996) dar, der bereits in Präventionstrainings für Kinder im Grundschulalter zur Anwendung kam (z. B. Klein-Heßling & Lohaus, 2000). Von den drei Fragebogenbereichen im SSKJ 3-8 (1) Stressvulnerabilität, (2) Stressbewältigungsstrategien und (3) Stresssymptomatik wurde im Bundesmodellprojekt „Trampolin“ und so auch in „Trampolin II“ nur der zweite Bereich (Stressbewältigung) erfasst. Die Stressbewältigungsstrategien werden auf den folgenden fünf Dimensionen differenziert erfasst:

- Suche nach sozialer Unterstützung
- Problemorientierte Bewältigung
- Vermeidende Bewältigung
- Konstruktiv-palliative Emotionsregulation
- Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation

Im SSKJ 3-8 in seiner ursprünglichen Form werden in Zusammenhang mit Stressbewältigung zwei verschiedene Lebenssituationen mit jeweils 30 Items behandelt: Streit mit einem guten Freund/einer guten Freundin und das Nicht-Zurechtkommen mit vielen und schwierigen Hausaufgaben. In der vorliegenden Studie wurde nur eine Situation vorgegeben die a) suchtspezifisch gestaltet und b) an die Altersgruppe der Jugendlichen angepasst wurde. Diese Situation wird folgendermaßen beschrieben: „Du gehst mit einer Schulfreundin / einem Schulfreund nach der Schule in einen Park. Zufällig kommt Deine Mutter/Dein Vater auf Euch zu und stellt Deiner Freundin / Deinem Freund lauter Fragen. Du erkennst an ihrer / seiner Sprache und an seinem Verhalten, dass sie / er betrunken ist / Drogen genommen hat. Deiner Freundin / deinem Freund ist die Situation sichtlich unangenehm.“ Welcher Elternteil bzw. welche Art der Intoxikation in der Frage vom Interviewer benannt wurde, hing davon ab, welcher Elternteil suchtkrank ist und welche Art der Abhängigkeitserkrankung vorlag.

#### *Erinnerung an damalige Gruppenteilnahme und erlernte Bewältigungsstrategien*

Um zu identifizieren, welche Erinnerungen die Jugendlichen noch an die damalige Teilnahme an „Trampolin“ oder „Hüpfburg“ besitzen, wurden sie mittels einer offenen Frage direkt gefragt, welche Erinnerungen sie noch im Allgemeinen an die damalige Gruppe haben. Die Jugendlichen sollten dabei auch angeben, ob sie spezielle Details aus der Trampolin-oder Hüpfburggruppe erinnern können. Die jeweilige Gruppe, die vom Interviewer genannte wurde, hing davon ab, an welcher Gruppe der Jugendliche während des Projektes „Trampolin“ teilgenommen haben. Eine zweite offene Frage erfasste, ob die Jugendlichen auch noch zum heutigen Zeitpunkt damals erlernte und eingeübte Strategien zur Stressbewältigung,

Ressourcenaktivierung und Emotionsregulation erinnern konnten. Einige Strategien wurden dabei beispielhaft genannt (z.B. „Tankstellenübung“, „Was mir alles gut tut-Liste“ etc.). Eine dritte, geschlossene Frage erfasste die heutige Anwendung der damals erlernten und erprobten Bewältigungsstrategien.

#### *Inanspruchnahme von weiteren professionellen Hilfen*

Es war zudem von Interesse zu eruieren, inwieweit die Jugendlichen nach der Teilnahme am Projekt „Trampolin“ noch weitere professionelle Hilfen in Anspruch genommen hatten. Hierzu wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie nach der „Trampolin“- oder „Hüpfburg“-Gruppe folgende Angebote genutzt hatten:

- Kontakt zur der Einrichtung, in der die „Trampolin“- oder Hüpfburggruppe stattgefunden hatte
- Wenn ja, aktuell bestehender Kontakt zur Einrichtung
- Nutzung weiterer professioneller Hilfeangebote, wie z.B.
  - stationäre Therapie
  - ambulante Therapie
  - andere gruppentherapeutische Angebote (außer „Trampolin“)
  - Familientherapie
  - Beratungsangebote
  - Maßnahmen der Jugendgerichtshilfe
  - Schulpsychologische Maßnahmen
  - Einsatz eines Schulbegleiters

#### *Beziehungsqualität Eltern-Kind*

Die vom Jugendlichen erlebte Beziehungsqualität zu den Eltern wurde teilweise durch den *KIDSCREEN* miterfasst (s. oben), jedoch lediglich hinsichtlich der Aspekte „ausreichend verbrachte Zeit mit den Eltern“, „gerechte Behandlung durch die Eltern“ und „Möglichkeit der Kommunikation mit Eltern bei Bedarf des Kindes“. Im *KIDSCREEN* wird außerdem nicht zwischen Mutter und Vater differenziert. Da angenommen wird, dass sich die Beziehung aufgrund der Suchtstruktur in der Familie, aber auch aufgrund sonstiger familiärer Gegebenheiten zu Vater bzw. Stiefvater und Mutter bzw. Stiefmutter unterschiedlich gestalten kann, wurden zusätzlich die Aspekte „Nähe“ und „Konflikt“ für jeweils beide Elternteile mit den sogenannten „Thermometerfragen“ erfasst („Meine Beziehung zu meiner Mutter / meinem Vater) ist...“ „...sehr distanziert/sehr eng“ bzw. „...sehr gespannt und konfliktgeladen/sehr harmonisch“). So konnten die unterschiedlichen Beziehungsqualitäten zu Mutter und Vater

erhoben werden. Die Thermometerfragen wurden bereits im Bundesmodellprojekt „Trampolin“ sowie in anderen Untersuchungen erfolgreich eingesetzt (vgl. Schwarz, Walper, Gösde & Jurassic, 1997; Schwarz & Gösde, 1998).

### *Soziale Unterstützung*

Zur Erfassung der sozialeren Unterstützung, die die Jugendlichen erhalten, wurde in der vorliegenden Studie die *Oslo Social Support Scale (OSSS)* verwendet. Hierbei handelt es sich um eine Kurzscala zur eindimensionalen Erfassung von wahrgenommener sozialer Unterstützung. Die OSSS erfasst die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Familie, Freunde und Nachbarn und zeichnet dadurch Ressourcen der Befragten auf. (Dalgard, Bjork, & Tambs, 1995).

### *Somatisierung*

Zur Erfassung von möglichen somatischen Auffälligkeiten der Jugendlichen beantworteten die Jugendlichen die Skala „Somatisierung“ aus der Kurzform der *Symptom Checkliste (SCL-27)* welche die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch physische Symptome misst (Hardt, Egle, Kappis, Hessel & Brähler, 2003).

### *Psychopathologische Probleme*

Es war außerdem von Interesse zu überprüfen, ob sich aus den Angaben der Jugendlichen zum heutigen Zeitpunkt Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme ergeben. Zur Erfassung einer potentiellen psychischen Symptombelastung wurde analog zum Elternfragebogen im Projekt „Trampolin“ bei den Jugendlichen die deutsche Selbstbeurteilungsversion des *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* von Goodman (1997) eingesetzt, welcher ein Gesamtauffälligkeits-Screening ermöglicht. Der SDQ ist mit 25 Items zeitökonomisch und besteht aus den fünf Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“. Aus vier der Skalen lässt sich ein Gesamtproblemwert errechnen. Der SDQ wurde für die vorliegenden Studienzwecke der Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) vorgezogen, da die Werte des SDQ sehr stark mit denen der CBCL korrelieren und beide Verfahren gleichermaßen zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Kindern zu differenzieren vermögen (vgl. Goodman & Scott, 1999; Klasen et al., 2000). Der SDQ ist dabei allerdings um einiges kürzer als die CBCL.

Tabelle 1 stellt alle Inventare, die in der Befragung der Jugendlichen verwendet wurden in einer Übersicht dar.

Tabelle 1. In der Befragung der Jugendlichen verwendete Inventare.

<b>Konstrukt</b>	<b>Instrument</b>	<b>Auswahl</b>	<b>Anzahl der Items</b>
<i>Soziodemographische Merkmale</i>	selbst konstruierte Items		10
<i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</i>	KIDSCREEN-27	gesamter Fragebogen	27
<i>Lebenszufriedenheit</i>	SWLS - Satisfaction with Life Scale	gesamter Fragebogen	5
<i>Konsum legaler Drogen</i>	selbst konstruierte Items		12
<i>Riskanter Alkoholkonsum</i>	CRAFFT-d	gesamter Fragebogen	6
<i>Konsum illegaler Drogen</i>	selbst konstruierte Items		5
<i>Riskanter Cannabiskonsum</i>	CAST	gesamter Fragebogen	7
<i>Kenntnisstand zu Alkohol/ Drogen</i>	selbst konstruierte Items		9
<i>Elterliche Suchtproblematik</i>	selbst konstruierte Items		8
<i>Psychische Belastung durch die elterliche Sucht</i>	selbst konstruierte Items		8
<i>Stressbewältigungsstrategien</i>	SSKJ 3-8 – Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben & Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter	2. Hauptskala: Stressbewältigungsstrategien (1 vorgegebene selbstkonstruierte Situation)	30

<i>Erinnerung an damalige Gruppenteilnahme und Bewältigungsstrategien</i>	selbst konstruierte Items		3
<i>Inanspruchnahme von Hilfen</i>	selbst konstruierte Items		12
<i>Beziehungsqualität Eltern-Kind</i>	Thermometerfragen hinsichtlich Nähe vs. Distanz sowie Harmonie vs. Konflikt	Skala für Mutter, Skala für Vater	6
<i>Soziale Unterstützung</i>	OSSS – Oslo Social Support Scale	gesamter Fragebogen	3
<i>Somatisierung</i>	SCL-27 – Symptom Checkliste	Skala für Somatisierung	7
<i>Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme</i>	SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire (Selbstauskunft)	gesamter Fragebogen	25



### 5.2.2 Fragebögen für die Eltern bzw. Bezugspersonen

Im Rahmen von „Trampolin II“ wurden außer den Jugendlichen auch die Eltern bzw. andere relevante Bezugspersonen telefonisch befragt. Dabei wurden nur jene Bezugspersonen in die Studie eingeschlossen, die auch im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Trampolin“ zum ersten Messzeitpunkt (T1, ggf. danach auch zu T2 oder T3) befragt wurden. Die telefonische Befragung der Eltern und Bezugspersonen dauerte etwa 30 Minuten. Anders als bei den Jugendlichen war von Beginn an eine einstufige Befragung geplant.

#### *Soziodemographische Merkmale*

Bei den Eltern bzw. Bezugspersonen wurden zunächst soziodemographische Angaben erhoben:

- Wohnort
- Alter
- Familienstand
- Verhältnis zum teilnehmenden Jugendlichen (leibliche Mutter /Stiefmutter/ Pflegemutter/ Betreuerin/leiblicher Vater/Stiefvater/Pflegevater/Betreuer)
- Zusammenlebend mit teilnehmenden Jugendlichen
- Bei Getrenntleben der Eltern: Kontakt zum anderen biologischen Elternteil
- Erwerbsstatus

#### *Psychopathologische Probleme des Kindes*

Aus Sicht der Eltern wahrgenommene psychopathologische Probleme der teilnehmenden Jugendlichen wurden über den *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* von Goodman (1997) erhoben. Eingesetzt wurde dabei der Fremdbeurteilungsbogen für Eltern, welcher inhaltlich analog zum Selbstbeurteilungen konzipiert ist (s. Abschnitt 5.2.1). Durch den Einsatz des Fremdbeurteilungsbogens des gleichen Testverfahrens, lässt sich die Differenz zwischen der Selbstbeurteilung der Jugendlichen und der Fremdbeurteilung der Eltern auf Skalen- und Item-Ebene untersuchen.

#### *Parental Monitoring*

Zur Erfassung des Monitorings durch die Eltern diente erneut ein selbstkonstruierter Fragebogen. Dieser erhob, ob die Eltern/Bezugspersonen wissen, mit wem ihre Kinder Zeit verbringen, ob sie wissen, wie die Kinder ihre Freizeit verbringen und ob die Eltern/Bezugspersonen wissen, wofür ihre Kinder ihr Geld ausgeben.

### *Funktionalität der Familie*

Zur Erhebung der Funktionalität der Familie wurde in der vorliegenden Studie der *Family-APGAR* (Smilkstein, 1978) eingesetzt. Der *Family-APGAR* erfasst mithilfe von fünf Items (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, and Resolve) die Hilfe und Unterstützung, die die Eltern/Bezugspersonen durch ihre Familie erhalten.

### *Beziehungsqualität Eltern-Kind*

Analog zum Bundesmodellprojekt „Trampolin“ wurde auch in der vorliegenden Studie die Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind aus elterlicher Sicht erfasst. Wie bei den Kindern wurden die Aspekte „Nähe vs. Distanz“ bzw. „Harmonie vs. Konflikt“ als wesentliche Dimensionen der Beschreibung von Beziehungen erfasst (vgl. Schwarz et al., 1997; Schwarz & Gödde, 1998).

### *Elterliche Inanspruchnahme weiterer Hilfen*

Wie bei den Jugendlichen wurde erhoben, ob die Eltern oder Bezugspersonen nach ihrer Teilnahme am Projekt „Trampolin“ weitere professionellen Hilfen in Anspruch genommen haben. Hierzu wurden die Eltern bzw. Bezugspersonen gebeten anzugeben, ob sie nach ihrer Teilnahme an den Elternsitzungen noch eines oder mehrere der folgenden Angebote genutzt hatten:

- Weiterer Kontakt zur der Einrichtung, in der die Trampolin- oder Hüpfburggruppe stattgefunden hatte
- Wenn ja, aktuell bestehender Kontakt zur Einrichtung
- Nutzung weiterer professioneller Hilfeangebote, wie z.B.
  - ambulante Therapie
  - stationäre Therapie
  - Entzugsbehandlung
  - Entwöhnungs-oder Rehabilitationsbehandlung
  - Psychiatrische Behandlung
  - Selbsthilfegruppe
  - Hilfen zu Erziehung in der Familie

### *Psychische Befindlichkeit der Eltern*

Suchterkrankungen weisen generell eine hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Störungen auf (z. B. Gastpar, Mann & Rommelspacher, 1999). Aus diesem Grund wurde bei

den Eltern auch eine potentielle psychische Symptombelastung erfasst. Dies erfolgte durch die *SCL-K-9*, eine auf 9 Items verkürzte Version der *Symptom-Checkliste (SCL-90)* (Franke, 2002), bei der jede Skala durch jeweils ein Item abgebildet wird.

*Elterliche Suchtproblematik /Alkohol und illegale Drogen)*

Außerdem wurde bei den Eltern bzw. Bezugspersonen der aktuelle Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit des damals teilnehmenden Elternteils erhoben. Hierfür wurde analog zum Projekt „Trampolin“ die deutsche Version des *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* von Rumpf et al. (2001) verwendet. Dieser Test besteht aus zehn Items, von denen sich drei Fragen auf Alkoholkonsum, drei auf eine Alkoholabhängigkeit und vier auf einen Alkoholmissbrauch beziehen. Zudem wurde, wie auch im Projekt „Trampolin“, eine in Bezug auf illegale Substanzen adaptierte Version des *AUDIT* („*AUDIT-Drogen*“; Laging, 2004) in die Befragung integriert.

Tabelle 2 stellt alle Inventare, die in der Befragung der Bezugspersonen verwendet wurden, in einer Übersicht dar.

Tabelle 2. In der Befragung der Eltern bzw. andere Bezugspersonen verwendete Inventare.

<b>Konstrukt</b>	<b>Instrument</b>		<b>Auswahl</b>	<b>Anzahl der Items</b>
<i>Soziodemographische Merkmale</i>	selbst konstruierte Items			7
<i>Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme des Kindes</i>	SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire (Fremdauskunft)		gesamter Fragebogen	25
<i>Elterliches Selbstvertrauen hinsichtlich der eigenen Erziehungskompetenz</i>	FKE - Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern		gesamter Fragebogen	15
<i>Parental Monitoring</i>	selbst konstruierte Items			3
<i>Funktionalität der Familie</i>	Family APGAR		gesamter Fragebogen	5
<i>Beziehungsqualität Eltern-Kind</i>	Thermometerfragen hinsichtlich Nähe vs. Distanz sowie Harmonie vs. Konflikt		Skala für Mutter/Vater	2
<i>Elterliche Inanspruchnahme weiterer Hilfen</i>	selbst konstruierte Items			9
<i>Psychische Befindlichkeit der Eltern</i>	SCL-K-9 – Symptom Checkliste		gesamter Fragebogen	9
<i>Elterliche Suchtproblematik (Alkohol)</i>	AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test		gesamter Fragebogen	10
<i>Elterliche Suchtproblematik (Illegale Drogen)</i>	AUDIT - modifiziert für illegale Drogen		gesamter Fragebogen	10

### 5.3 Befragung der ehemaligen Praxisstandorte

Ergänzend zur Befragung der ehemals teilnehmenden Familien sollten auch die Fachkräfte der damals teilnehmenden Praxisstandorte zu den nachhaltigen Langzeiteffekten von „Trampolin“ befragt werden. Im Rahmen dieser schriftlichen Befragung mit hauptsächlich geschlossenen Fragen wurden die Fachkräfte zunächst gebeten anzugeben, ob ihre Einrichtung im Anschluss an das damalige Bundesmodellprojekt das Programm „Trampolin“ noch weiter durchgeführt hat und ob noch Kontakt zu den ehemaligen, teilnehmenden Familien besteht. Im Anschluss wurden sie gebeten – falls möglich – Angaben zur weiteren Entwicklung der damals teilnehmenden Kinder zu machen. Darüber hinaus war die Erfassung von allgemeinen Klientendaten von Interesse, z.B. mit wie vielen Klienten die Beratungsstelle auch über das Beratungs- oder Behandlungsende hinaus noch Kontakt pflegt, über wie viele Klienten Informationen nach Beratungs- oder Behandlungsende aus anderen Quellen zur Verfügung stehen und um welche Art von Informationen es sich dabei handelt. Außerdem wurde ermittelt, wie lange Klientendaten in den Einrichtungen nach Beratungs- oder Behandlungsende zugänglich aufbewahrt werden und wieso es aus Sicht der Fachkräfte herausfordernd sein kann, mit ehemaligen Klienten erneut Kontakt aufzunehmen. Zum Abschluss wurden persönliche Daten der teilnehmenden Fachkräfte erhoben sowie Angaben zu ihrer Verbindung zum damaligen Bundesmodellprojekt „Trampolin“. Mit dieser zusätzlichen Befragung der ehemaligen Praxisstandorte konnten aus anderer Quelle ergänzende Informationen zur weiteren Entwicklung bei den ehemals teilnehmenden Familien gewonnen werden.

### 5.4 Datenauswertung

Da viele der erhobenen Konstrukte in der Langzeit-Katamnese erstmalig erfasst wurden (z.B. verschiedene Angaben zum Substanzkonsum, SDQ-Fragebogen bei den Jugendlichen, neue Situation zur Stressbewältigung) erfolgten die Datenauswertungen für die zentralen Fragestellungen (s. Abschnitt 5.1) einheitlich querschnittlich. Es wurden jeweils Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen für die Gesamtstichprobe bestimmt und berichtet. Zum Vergleich von Untersuchungs- und die Kontrollgruppe wurden bei metrischen Variablen t-Tests für unabhängige Stichproben und bei kategorialen Variablen mit Chi-Quadrat-Tests berechnet. Alle Datenauswertungen wurden mit der Analyse-Software SPSS Version 22.0 (IBM Inc., Armonk, NY, USA) durchgeführt.

## 6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

### 6.1 Arbeits- und Zeitplan von Trampolin II

Das Projekt „Trampolin II“ wurde in folgende Arbeitsphasen untergliedert:

#### Phase I: Reaktivierung von ehemaligen teilnehmenden Einrichtungen

- Schriftliche und telefonische Kontaktaufnahme zu den damaligen Praxisstandorten, die „Trampolin“ durchgeführt haben, mit der Aufklärung über das Projekt und der Bitte um bestmögliche Unterstützung, beispielweise durch Hilfe bei der Ermittlung und Aktualisierung der Kontaktdaten der ehemaligen Teilnehmer

#### Phase II: Entwicklung des Forschungsdesigns und der Erhebungsinstrumente

- Ausarbeitung des Forschungsdesigns und der Erhebungsinstrumente

#### Phase III: Feldphase

- (Wiederholte) schriftliche und telefonische Kontaktaufnahme zur ehemaligen „Trampolin“-Stichprobe (Jugendliche und Eltern / Bezugspersonen)
- Durchführung der Datenerhebungen

#### Phase IV: Auswertung

- Datenauswertung
- Abschlussauswertung, Verfassen des Abschlussberichts

#### Phase V: Transfer

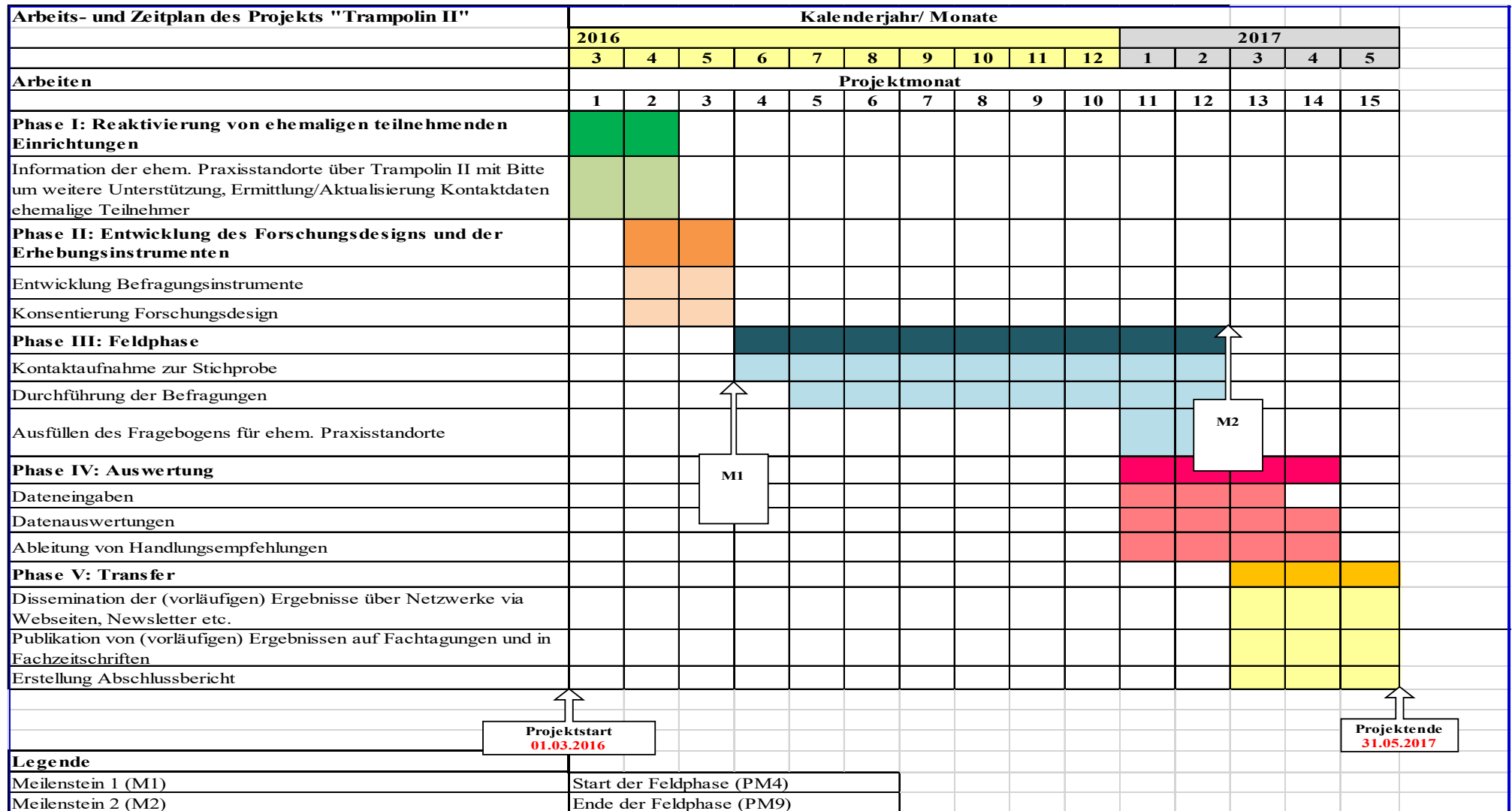
- Nachhaltiger Transfer der Projektergebnisse in Wissenschaft und Praxis
- Kommunikation der aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die weitere Durchführung von das „Trampolin“-Programms sowie weitere Empfehlungen für die Praxis an die ehemaligen, aktuellen und künftigen Praxisstandorte.
- Berücksichtigung der Projektergebnisse in den kommenden „Trampolin“ Schulungen
- Vorstellung der Projektinhalte und der (vorläufigen) Ergebnisse auf Fachkongressen und Fachzeitschriften

Dieser Arbeitsplan konnte für die Phasen I-IV grundsätzlich eingehalten werden. Abweichend zur ursprünglichen Planung fand in der Feldphase die Kontaktaufnahme zu den Teilnehmern jedoch nicht über die Praxisstandorte sondern direkt über bestehende oder ermittelte Kontaktdaten statt, da aus den Gesprächen mit den Fachkräften rasch deutlich wurde, dass diese die Kontaktdaten der Familien aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht weitergeben dürfen. Nach erfolgreichem Abschluss der Phasen I und II erfolgte der Start der Feldphase. Im Verlauf der Feldphase war Ende November 2016 abzusehen, dass die Rekrutierung der Stichprobe mit bestimmten Herausforderungen (s. Abschnitt 6.3) verbunden war. Durch diese

konnte die anvisierte Stichprobengröße nicht in der ursprünglich geplanten Zeit erreicht werden. Am 30.11.2017 wurde daraufhin ein kostenneutraler Verlängerungsantrag der Projektlaufzeit bis zum 31.05.2017 gestellt. Dieser wurde mit Datum vom 06.12.2016 befürwortet. Im Zuge der Verlängerung konnten noch weitere Familien erreicht werden, mit denen im Rahmen des ursprünglichen Zeitraums der Feldphase keine Befragung durchgeführt werden konnte.

In Abbildung 1 ist der Arbeits- und Zeitplan des Projektes „Trampolin II“ dargestellt.

Abbildung 1. Arbeits- und Zeitplan des Projektes „Trampolin II“.





## 6.2 Aktivitäten im Verlauf der Feldphase

### 6.2.1 Rekrutierung der Stichprobe

Im ersten Schritt der Rekrutierungsphase wurden alle Familien über die vorhandenen Kontaktdaten postalisch über die anstehende „Trampolin II“-Katamneseerhebung informiert. In diesem Schreiben wurden den Familien Informationen zu den Inhalten sowie den Ablauf der Telefoninterviews gegeben. Darüber hinaus wurden sie gebeten die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projekts zu kontaktieren, sofern sich ihre Telefonnummern geändert haben. In der zweiten Phase wurden alle Familien nach der schriftlichen Erstinformation telefonisch von den wissenschaftlichen Mitarbeitern kontaktiert, sofern eine gültige Telefonnummer vorlag oder über einschlägige Quellen (Telefonbuch, Internet etc.) zu ermitteln war. In diesem Telefonat wurden die Familien erneut über den Ablauf und Inhalte der Studie informiert und gefragt ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Familien, die einer Teilnahme zustimmten, wurde nach umfangreicher mündlicher Aufklärung im Anschluss die Einverständniserklärung postalisch gemeinsam mit einem frankierten Briefumschlag zugesendet. Sobald das Einverständnis der Jugendlichen und deren Bezugspersonen vorlag, wurden die Familien erneut kontaktiert, um einen verbindlichen Termin für das Telefoninterview zu vereinbaren.

### 6.2.2 Ablauf der Datenerhebung

Die telefonischen Befragungen der Jugendlichen und deren Bezugspersonen fanden in der Regel unter der Woche und in Ausnahmefällen am Wochenende statt. Hierzu wurden die Probanden zu den im Vorfeld vereinbarten Telefontermin telefonisch aus den Büroräumen der wissenschaftlichen Projektmitarbeiter kontaktiert. Während der Befragung wurden die Angaben der Probanden durch die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter in dem entsprechenden Fragebogenheft notiert. In dem Fragebogenheft für die Jugendlichen sowie in dem für die Eltern bzw. Bezugspersonen waren an entsprechenden Stellen wichtige Informationen für den Interviewer integriert, welche neben Hinweisen zum Verlauf der Befragungen (z.B. Filterregeln) auch kurze thematische Einführungen und Instruktionen zum Vorlesen umfassten.

### 6.2.3 Inzentivierung der Teilnehmer

Alle teilnehmenden Jugendlichen sowie ihre Eltern bzw. Bezugspersonen erhielten für ihre Teilnahme an den telefonischen Befragungen jeweils einen Amazon-Gutschein im Wert von 25,00 Euro. Nach der Durchführung der Telefoninterviews erhielten die Probanden per E-Mail zunächst einen Pin. Durch das Eingeben dieses Pins auf einer projekteigenen Internetdomain, die im Vorfeld durch das Projektteam programmiert wurde, erhielten die Probanden Zugriff auf einen gültigen Amazon-Gutscheincode. Durch diese Vorgehensweise war es ebenfalls technisch möglich zu überprüfen, ob die Probanden ihren Amazon-Gutscheincode erhalten

haben. Eingegebene Pins und vergebene Codes wurden in einer zentralen Datenbank gespeichert.

### **6.3 Besondere Herausforderungen während der Feldphase**

Die Rekrutierung der Jugendlichen und deren Bezugspersonen, die damals am Bundesmodellprojekt „Trampolin“ teilgenommen hatten, erwies sich in einer Vielzahl der Fälle als Herausforderung:

Zum einen stellte sich nach den ersten postalischen Kontaktaufnahmen heraus, dass in 92 von insgesamt 220 Fällen die damalige Adresse nicht mehr aktuell war. Der aktuelle Wohnort war damit dem Projektteam nicht mehr bekannt und die ehemals kooperierenden Praxisstellen durften die aktuellen Adressdaten (wenn ihnen diese überhaupt bekannt waren) aus Datenschutzgründen nicht mitteilen (s.o.). Zur Auffindung der betreffenden Familien wurden Melderegisteranfragen gestellt, welche leider in keinem Fall zu einer erfolgreichen Gewinnung von Jugendlichen und / oder deren Eltern bzw. Bezugspersonen führten. Alle 57 gestellten Melderegisteranfragen führten zu keinem erfolgreichen Ergebnis, d.h. entweder war die Familie weiterhin nicht auffindbar oder die Familie konnte trotz nun bekannter Angaben nicht erreicht werden.

Auch die telefonische Erreichbarkeit der Teilnehmer erwies sich insgesamt als Herausforderung. Die telefonische Erreichbarkeit war teils deutlich eingeschränkt, da a) bei insgesamt 87 Fällen die vorliegende Telefonnummer nicht mehr aktuell und nicht auf anderen Wegen (Telefonbuch, Internet etc.) ermittelbar war und b) bei weiteren 67 Fällen die Nummer zwar noch aktiv war, die Nummerninhaber die Anrufe aber trotz vielfacher Versuche der Projektmitarbeiter nicht entgegennahmen. In den letzteren Fällen konnte somit bis zum Ende der Feldphase nicht festgestellt werden, ob die ehemals teilnehmenden Familien über diese Nummern überhaupt noch erreichbar waren und ob sie sich zu einer Teilnahme an der „Trampolin II“-Befragung bereit erklärt hätten. Der letztgenannte Punkt bezieht sich auch auf die Familien, deren Telefonnummern im Zuge des Projektes nicht eruierbar waren.

In Bezug auf die telefonische Erreichbarkeit ergaben sich auch bei jenen Teilnehmern Schwierigkeiten, deren aktuelle Telefonnummer vorhanden war. Generell war die Rekrutierung der Teilnehmer auf dem telefonischen Weg sehr zeitaufwändig. Jede Familie, die damals teilgenommen hat, wurde mindestens vier Mal kontaktiert. Tabelle 3 präsentiert die Anzahl der Kontaktversuche, aller Familien, unabhängig davon, ob diese letztendlich erreicht werden konnten oder nicht.

Tabelle 3. Anzahl der durchgeführten Kontaktversuche bei den Familien

Anzahl der Kontaktversuche	Anzahl Familien
≤ 5	73
6-10	74
11-15	29
16-20	17
21-25	13
> 25	12

Eine weitere Herausforderung lag darin, dass Teilnehmer, die bereits erreicht wurden und ihr Einverständnis an der Studienteilnahme schon schriftlich bekundet hatten, telefonisch nicht mehr erreicht werden konnten, um einen Termin für die Befragung zu vereinbaren (z.B. Telefon ausgestellt, kein Entgegennehmen der Anrufe). In anderen Fällen konnte zwar ein Befragungstermin fixiert werden, aber die Teilnehmer nahmen den Anruf zum vereinbarten Zeitpunkt unerwarteter Weise nicht entgegen. Generell erwies es sich als wichtig, schwer erreichbare Familien kontinuierlich an unterschiedlichen Wochentagen und zu verschiedenen Uhrzeiten zu kontaktieren, um sie überhaupt in die Studie einschließen zu können.

Es ist unverkennbar, dass diese Begebenheiten die Rekrutierung der Teilnehmer insgesamt als deutlich herausfordernder und zeitintensiver als zunächst geplant gestalteten. Es muss aber betont werden, dass in Fällen, in denen die Teilnehmer einmal telefonisch erreicht werden konnten, das Interesse an der Befragung grundsätzlich groß war.

## 7 Ergebnisse

### 7.1 Ergebnisse der Befragungen der Jugendlichen und deren Eltern

Es folgt eine Beschreibung der Stichprobe von „Trampolin II“ sowie eine Präsentation der Ergebnisse zu den Vergleichen zwischen den Jugendlichen, die damals an „Trampolin“ (Untersuchungsgruppe) und denen, die an der „Hüpfburggruppe“ (Kontrollgruppe) teilgenommen haben, hinsichtlich der formulierten Fragestellungen (s. Abschnitt 5.1).

#### 7.1.1 Soziodemographie

Die Stichprobe, die im „Trampolin II“-Projekt in der Langzeit-Katamnese (T4) untersucht werden konnte, besteht aus insgesamt 35 Jugendlichen (16.1% Ausschöpfung der

Ausgangsstichprobe von insgesamt 218 Kindern zum ersten Messzeitpunkt T1) und 33 Eltern (18.2% Ausschöpfung der damaligen Elternstichprobe).

Insgesamt 25 Jugendliche (71.4%) hatten damals an der „Trampolin“-Gruppe (Untersuchungsgruppe) und weitere 10 Jugendliche (28.6%) an der „Hüpfburg“-Gruppe (Kontrollgruppe) teilgenommen (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Angaben zur Verteilung der ehemaligen Teilnehmer auf die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppe.

Verteilung bzgl. Gruppenzugehörigkeit	Gruppe	N
	Trampolin	25
	Hüpfburg	10

Insgesamt 19 Mädchen (54.3%) und 16 Jungen (45.7%) konnten zur Langzeit-Katamnese erneut befragt werden. Es ergab sich kein Unterschied in der Geschlechterverteilung zwischen der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe ( $p = .668$ ) (s. Tabelle 5).

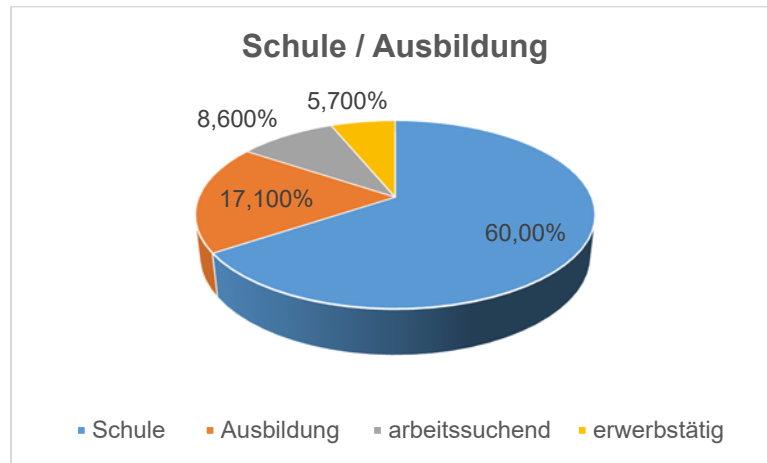
Tabelle 5: Prozentangaben zur Geschlechterverteilung in der „Trampolin II“- Katamnese und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests.

Verteilung der Geschlechter	Geschlecht	N	%	Sig. (2-seitig)
	Mädchen	19	54.3%	.668
	Jungen	16	45.7%	

Die Jugendlichen waren im Mittel 16.57 Jahre ( $SD = 1.65$ ) alt und es zeigte sich kein Unterschied zwischen beiden Gruppen im Lebensalter ( $p = .199$ ).

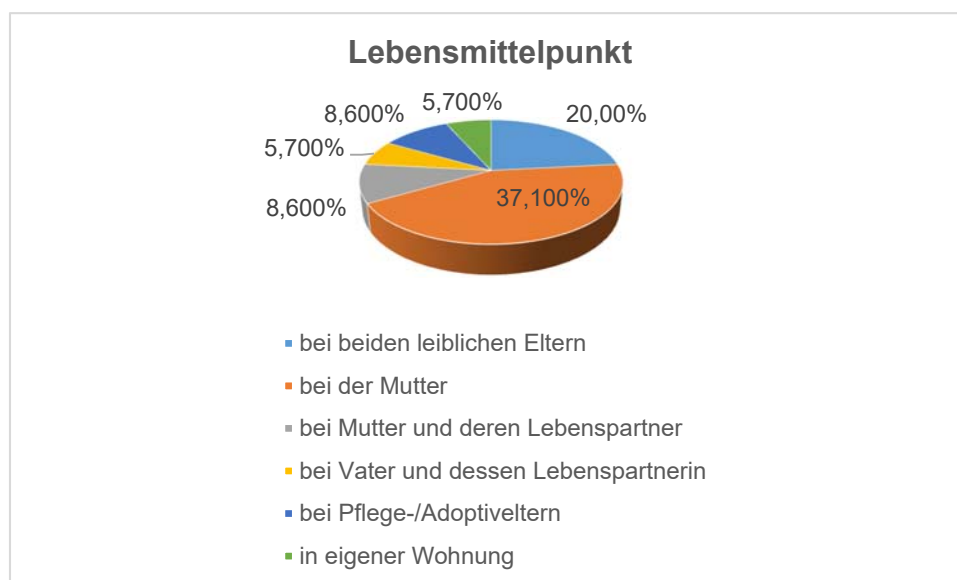
Die meisten der Jugendlichen gingen zum Zeitpunkt T4 noch zur Schule (60.0%), weitere 17.1% absolvierten eine Ausbildung, 8.6% waren arbeitssuchend, 5.7% erwerbstätig etc. (kein Gruppenunterschied,  $p = .521$ ) (s. Abbildung 2).

Abbildung 2. Ausbildungs- bzw. Erwerbsstatus der teilnehmenden Jugendlichen.



Am häufigsten wohnten die befragten Jugendlichen bei ihrer Mutter (37.1%). 20.0% der Stichprobe lebten bei ihren leiblichen Eltern, 14.1% in einer Wohngruppe, jeweils 8.6% bei der Mutter und ihrem Lebenspartner bzw. bei Pflege-/Adoptiveltern sowie jeweils 5.7% beim Vater und der Partnerin bzw. in eigener Wohnung (s. Abbildung 3). Es bestand kein Unterschied im Lebensmittelpunkt zwischen den beiden Gruppen ( $p = .629$ ).

Abbildung 3. Lebensmittelpunkt der teilnehmenden Jugendlichen.



Bei den 33 befragten Erziehungsberechtigten handelte es sich am häufigsten um die leibliche Mutter (26 Personen bzw. 78.8% der Trampolin II-Elternstichprobe), weiterhin in jeweils 2 Fällen um den leiblichen Vater, eine Pflegemutter oder eine Tante und einmal um einen Pflegevater.

In 27 Fällen wurden Eltern-Kind-Dyaden befragt sowie zusätzlich 8 Kinder (ohne dazugehöriges Elternteil) und 6 Erziehungsberechtigte (ohne das Kind).

### 7.1.2 Wissen zu Alkohol und Drogen

Als Antwort auf die erste Fragestellung (F1 zum Kenntnisstand zu Alkohol/Drogen) zeigten sich zu T4 keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe (s. Tabelle 6).

*Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe und getrennt für die „Trampolin“- bzw. „Hüpfburg“-Gruppen im Bereich Wissen (Kenntnisstand zu Alkohol/Drogen im Selbsturteil der Jugendlichen) und Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben.*

Skala	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
	Gesamtstichprobe	35	6.91	1.42	
Wissen (Kenntnisstand zu Alkohol/Drogen)	Trampolin	25	7.16	1.31	.107
	Hüpfburg	10	6.30	1.57	

### 7.1.3 Psychische Belastung

In Bezug auf die zweite Fragestellung (F2 zur psychischen Belastung) zeigten sich im Selbsturteil der Jugendlichen keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der fünf einzelnen SDQ-Skalen (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, Prosoziales Verhalten) oder in Bezug auf den Gesamtproblemwert des SDQ. Zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe bestanden also keine Unterschiede in der psychischen Befindlichkeit (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe und getrennt für die „Trampolin“- bzw. „Hüpfburg“-Gruppen im Bereich psychische Belastung (SDQ-Selbsturteil der Jugendlichen) und Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben.

Skala	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Emotionale Probleme (SDQ)	Gesamtstichprobe	35	2.89	2.31	.618
	Trampolin	25	2.76	2.13	
	Hüpfburg	10	3.20	2.82	
Verhaltensprobleme (SDQ)	Gesamtstichprobe	35	1.46	1.12	.889
	Trampolin	25	1.44	1.19	
	Hüpfburg	10	1.50	0.97	
Hyperaktivität (SDQ)	Gesamtstichprobe	35	3.74	1.48	.055
	Trampolin	25	3.44	1.26	
	Hüpfburg	10	4.50	1.78	
Probleme mit Gleichaltrigen (SDQ)	Gesamtstichprobe	35	2.26	1.77	.595
	Trampolin	25	2.36	1.80	
	Hüpfburg	10	2.00	1.76	
Prosoziales Verhalten (SDQ)	Gesamtstichprobe	35	8.57	1.58	.691
	Trampolin	25	8.64	1.68	
	Hüpfburg	10	8.40	1.35	
Gesamtproblemwert (SDQ)	Gesamtstichprobe	35	10.34	4.27	.461
	Trampolin	25	10.00	3.91	
	Hüpfburg	10	11.20	5.20	

Allerdings ergab sich in der Elterneinschätzung ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen in der Skala Hyperaktivität. Die Jugendlichen der Untersuchungsgruppe wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe einen niedrigeren Mittelwert bzw. eine niedrigere Belastung hinsichtlich Hyperaktivität auf. Dieses Ergebnis spricht in diesem Aspekt für eine bessere psychische Befindlichkeit der Jugendlichen, die an „Trampolin“ teilgenommen hatten (s. Tabelle 8). In den Skalen Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen, Prosoziales Verhalten und Gesamtproblemwert des SDQ zeigten sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe und getrennt für die „Trampolin“- bzw. „Hüpfburg“-Gruppen im Bereich psychische Belastung (SDQ-Elternurteile) und Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben.

Skala	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Emotionale Probleme (SDQ)	Gesamtstichprobe	31	3.29	2.72	.464
	Trampolin	19	3.00	2.65	
	Hüpfburg	12	3.75	2.90	
Verhaltensprobleme (SDQ)	Gesamtstichprobe	31	2.65	2.11	.613
	Trampolin	20	2.50	2.01	
	Hüpfburg	11	2.91	2.34	
Hyperaktivität (SDQ)	Gesamtstichprobe	33	3.30	2.87	<b>.008</b>
	Trampolin	21	2.33	2.31	
	Hüpfburg	12	5.00	3.05	
Probleme mit Gleichaltrigen (SDQ)	Gesamtstichprobe	32	2.22	2.39	.421
	Trampolin	20	1.95	2.26	
	Hüpfburg	12	2.67	2.64	
Prosoziales Verhalten (SDQ)	Gesamtstichprobe	33	8.27	1.66	.146
	Trampolin	21	7.95	1.86	
	Hüpfburg	12	8.83	1.12	
Gesamtproblemwert (SDQ)	Gesamtstichprobe	29	11.00	6.69	.066
	Trampolin	18	9.22	6.23	
	Hüpfburg	11	13.91	6.66	

#### 7.1.4 Stressbewältigung

Zur dritten Fragestellung (F3 zur Stressbewältigung) ergaben sich im Selbsturteil der Jugendlichen in den Skalen Suche nach sozialer Unterstützung und Problemorientierte Bewältigung statistisch signifikante Unterschied zwischen den beiden Gruppen: Die Jugendlichen der Kontrollgruppe berichteten im Vergleich zur Untersuchungsgruppe jeweils höhere Werte bzw. eine stärkere Suche nach sozialer Unterstützung und stärkere Problemorientierte Bewältigung (s. Tabelle 9). In den Skalen Vermeidende Bewältigung, Konstruktiv-palliative Emotionsregulation und Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen (s. Tabelle 9).



Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe und getrennt für die „Trampolin“- bzw. „Hüpfburg“-Gruppen im Bereich Stressbewältigung (Selbsturteil der Jugendlichen) und Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben.

Skala	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
	Gesamtstichprobe	30	18.03	4.51	
Suche nach sozialer Unterstützung	Trampolin	23	16.91	4.25	<b>.011</b>
	Hüpfburg	7	21.71	3.35	
	Gesamtstichprobe	31	19.84	5.09	
Problemorientierte Bewältigung	Trampolin	24	18.67	4.50	<b>.015</b>
	Hüpfburg	7	23.86	5.24	
	Gesamtstichprobe	30	14.80	4.82	
Vermeidende Bewältigung	Trampolin	24	14.75	4.95	.912
	Hüpfburg	6	15.00	4.69	
	Gesamtstichprobe	31	16.58	6.43	
Konstruktiv-palliative Emotionsregulation	Trampolin	24	16.04	5.54	.532
	Hüpfburg	7	18.43	9.14	
	Gesamtstichprobe	30	15.10	4.33	
Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation	Trampolin	23	14.26	4.26	.053
	Hüpfburg	7	17.86	3.58	

### 7.1.5 Konsum legaler Drogen

Zur vierten Fragestellung (F4 zum Konsum legaler Drogen) zeigten sich im Selbstbericht der Jugendlichen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf verschiedene Aspekte des Tabakkonsums (Lebenszeitprävalenz, Gebrauch in den letzten 12 Monaten und 30 Tage; s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Prozentangaben zum Tabakkonsum in der Gesamtstichprobe sowie der „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen (Selbstbericht der Jugendlichen) und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests.

Parameter	Gruppe	N	Ja	Nein	Sig. (2-seitig)
Tabakkonsum Lebenszeit	Gesamtstichprobe	35	62.9%	37.1%	.077
	Trampolin	25	72.0%	28.0%	
	Hüpfburg	10	40.0%	60.0%	
Tabakkonsum letzte 12 Monate	Gesamtstichprobe	22	81.8%	18.2%	.297
	Trampolin	18	77.8%	22.2%	
	Hüpfburg	4	100%	0%	
Tabakkonsum letzte 30 Tage	Gesamtstichprobe	18	72.2%	27.8%	.888
	Trampolin	14	71.4%	28.6%	
	Hüpfburg	4	75.0%	25.0%	

Ebenfalls zur vierten Fragestellung (F4, Konsum legaler Drogen) ergaben sich im Selbstbericht der Jugendlichen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich verschiedener Parameter des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Prozentangaben zum Alkoholkonsum in der Gesamtstichprobe sowie der „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen (Selbstbericht der Jugendlichen) und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests.

Parameter	Gruppe	N	Ja	Nein	Sig. (2-seitig)
Alkoholkonsum Lebenszeit	Gesamtstichprobe	35	82.9%	17.1%	.202
	Trampolin	25	88.0%	12.0%	
	Hüpfburg	10	70.0%	30.0%	
Alkoholkonsum letzte 12 Monate	Gesamtstichprobe	29	93.1%	6.9%	.408
	Trampolin	22	90.9%	9.1%	
	Hüpfburg	7	100%	0%	
Alkoholkonsum letzte 30 Tage	Gesamtstichprobe	26	65.4%	34.6%	.143
	Trampolin	19	73.7%	26.3%	
	Hüpfburg	7	42.9%	57.1%	

Rauschtrinken Lebenszeit	Gesamtstichprobe	18	83.3%	16.7%	.239
	Trampolin	13	76.9%	23.1%	
	Hüpfburg	5	100%	0%	
Rauschtrinken letzte 30 Tage	Gesamtstichprobe	18	27.8%	72.2%	.473
	Trampolin	13	23.1%	76.9%	
	Hüpfburg	5	40.0%	60.0%	

### 7.1.6 Konsum illegaler Drogen

Zur fünften Fragestellung (F5 zum Konsum illegaler Drogen) zeigten sich im Selbstbericht der Jugendlichen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Konsums illegaler Drogen. Dies gilt sowohl für Cannabis als auch für andere illegale Drogen (s. Tabelle 12). Insgesamt hatte etwa die Hälfte aller befragten Jugendlichen jemals Cannabis konsumiert, weniger als ein Viertel hatte jemals andere illegale Drogen zu sich genommen.

Tabelle 12: Prozentangaben zum Konsum illegaler Drogen in der Gesamtstichprobe sowie der „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen (Selbstbericht der Jugendlichen) und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests.

Parameter	Gruppe	N	Ja	Nein	Sig. (2-seitig)
Cannabiskonsum Lebenszeit	Gesamtstichprobe	34	47.1%	52.9%	.595
	Trampolin	24	50.0%	50.0%	
	Hüpfburg	10	40.0%	60.0%	
Cannabiskonsum letzte 12 Monate	Gesamtstichprobe	16	56.3%	43.8%	.146
	Trampolin	12	66.7%	33.3%	
	Hüpfburg	4	25.0%	75.0%	
Cannabiskonsum letzte 30 Tage	Gesamtstichprobe	9	66.7%	33.3%	.134
	Trampolin	8	75.0%	25.0%	
	Hüpfburg	1	0%	100%	
Konsum weiterer illegaler Drogen Lebenszeit	Gesamtstichprobe	22	22.7%	77.3%	.230
	Trampolin	18	27.8%	72.2%	
	Hüpfburg	4	0%	100%	

## 7.2 Ergebnisse der Befragung der Fachkräfte an den ehemaligen Praxisstandorten

Wie in Abschnitt 5.3 beschrieben, erfolgte zusätzlich eine Befragung von Fachkräften an den ehemaligen Praxisstandorten, an der alle 27 (bzw. inzwischen 26; wegen einer Zusammenlegung zweier Einrichtungen in Berlin) ehemaligen Praxispartner teilgenommen hatten (100% Ausschöpfung).

Im Zuge dieser Befragung stellte sich heraus, dass die 26 Einrichtungen nur noch zu insgesamt 10 Familien (die damals an der Trampolin- oder Hüpfburggruppe teilgenommen hatten) Kontakt hatten. Dementsprechend liegen den ehemaligen Praxisstandorten nur für einen sehr niedrigen Prozentsatz der damaligen „Trampolin“- oder „Hüpfburg“-Teilnehmer aktuellere Kontaktdaten vor, als sie im DISuP oder DZSKJ ohnehin vorhanden waren. Dies scheint allerdings regelhaft der Fall zu sein: Auf die Frage, zu wieviel Prozent der Klienten generell nach Beendigung der Beratung noch persönlicher Kontakt besteht, wurde bei den Praxisstandorten am häufigsten die Antwortkategorie „1 bis 10%“ angegeben. Bei der Frage über wieviel Prozent der Klienten, die die Angebote der Einrichtung nicht mehr in Anspruch nehmen, generell noch Informationen vorliegen (z.B. über Netzwerkpartner) wurde ebenfalls die Antwortkategorie „1 bis 10%“ am häufigsten genannt. Eine länger andauernde Anbindung der Familie mit elterlicher Suchtbelastung an die ehemaligen Praxisstandorte scheint demnach eher die Ausnahme als die Regel zu sein.

Diese ergänzenden Befunde erklären ebenso wie die Herausforderungen in der Erreichbarkeit die Familien (s. Abschnitt 6.3) sowohl die verhältnismäßig niedrigen Ausschöpfungsquoten in den Jugendlichen- und Elternbefragungen als auch die geringen absoluten Fallzahlen in der vorliegenden Studie. Die damit verbundenen Limitationen (einerseits hinsichtlich der methodischen Einschränkungen bei geringen Fallzahlen Gruppenunterschiede nachweisen zu können und andererseits hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Befunde) sind bei allen folgenden Ausführungen zu berücksichtigen.

## 8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Im Forschungsprojekt „Trampolin II – Katamneseerhebung zur Überprüfung der Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes Trampolin“ erfolgte etwa 5 Jahre nach der Intervention eine erneute Befragung der Jugendlichen, die damals an der „Trampolin“- (Untersuchungsgruppe) oder an der „Hüpfburg“-Gruppe (Kontrollgruppe) teilgenommen hatten. Darüber hinaus wurden auch ihre Eltern bzw. andere relevante Bezugspersonen befragt. Trotz der beschriebenen intensiven Rekrutierungsanstrengungen (s. oben) konnte nur eine verhältnismäßig niedrige Ausschöpfung bei den Jugendlichen (etwa 16%) und ihren Eltern (etwa 18%) erzielt werden. Dementsprechend wurde nur jeder sechste Jugendliche und

etwa jeder fünfte Elternteil, der damals beim Bundesmodellprojekt „Trampolin“ an den ersten Datenerhebungswellen teilgenommen hat, zum vierten Messzeitpunkt erneut befragt. Eine Rekrutierung über die ehemaligen „Trampolin“-Praxisstandorte, die zunächst zwar angedacht war, sich dann aus Datenschutzgründen aber nicht realisieren ließ, wäre kaum erfolgversprechender gewesen, wie aus den Ergebnissen der Fachkräftebefragung ersichtlich wird.

Empirischen Befunden zufolge gelten Jugendliche aus suchtbelasteten Familien als eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung substanzbezogener Störungen (z.B. Klein, 2005). Zwischen den Jugendlichen aus beiden Gruppen (Untersuchungs- und Kontrollgruppe) zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung bislang keine Hinweise auf statistisch signifikante Unterschiede im Konsum legaler oder illegaler Drogen. Aufschlussreich sind hingegen Vergleiche der Prävalenzen für Substanzkonsum zwischen der Gesamtgruppe der Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien aus dieser Studie ( $N = 35$ ) und der gleichaltrigen Normalbevölkerung: Aktuelle, repräsentative Daten zum Substanzkonsum in Deutschland für die Altersgruppe 12-17 Jahre wurden in der Studie „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Orth, 2016) erhoben. Den Befunden dieser Studie zufolge liegt in der gleichaltrigen Normalbevölkerung (also 12- bis 17-Jährige) die Lebenszeitprävalenz für Tabakkonsum bei 22.7%, während in der vorliegenden Studie 62.9% der Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien bereits Tabak konsumiert hatten. Die Lebenszeitprävalenz für Alkoholkonsum lag bei den 12- bis 17-Jährigen in Deutschland bei 68.0%, während 82.9% der Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien schon mindestens einmal Alkohol getrunken hatten (Orth, 2016). Für den Alkoholgebrauch in den letzten 12 Monaten ergab die Drogenaffinitätsstudie für die 12- bis 17-Jährigen eine Prävalenzschätzung von 57.9%; in der vorliegenden Studie hatten bereits 82.9% der (bzw. 29 von 35) der Jugendlichen Alkohol konsumiert. Die 30-Tage-Prävalenz für Alkoholkonsum betrug in der Drogenaffinitätsstudie 37.4%, bei den Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien dagegen 74.3% (d.h. 26 von 35 Jugendlichen). Die Prävalenz des Rauschtrinkens in den letzten 30 Tagen lag in der gleichaltrigen Normalbevölkerung (12- bis 17-Jährige) bei 14.1%, während 51.4% der (bzw. 18 von 35) Jugendlichen aus der vorliegenden Studie über Rauschtrinken im letzten Monat berichteten. Die Lebenszeitprävalenz für Cannabisgebrauch lag bei den 12- bis 17-Jährigen aus der Normalbevölkerung bei 9.7%, während 45.7% der (bzw. 16 von 35) Jugendlichen aus der vorliegenden Studie in ihrem Leben bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert hatten. Andere illegale Drogen außer Cannabis hatten in der in der gleichaltrigen Normalbevölkerung (12- bis 17-Jährige) 1.8% konsumiert, dagegen 14.3% der (bzw. 5 von 35) Jugendlichen aus der vorliegenden Studie.

Insgesamt ergaben sich also über alle legalen und illegalen Drogen für die in der vorliegenden Studie befragten Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien deutlich höhere Prävalenzwerte als in der gleichaltrigen Normalbevölkerung. Da im Bundesmodellprojekt „Trampolin“ keine unbehandelte Gruppe Kinder suchtkranker Eltern fortlaufend untersucht wurde, ist es leider nicht möglich, aus den vorliegenden Daten zu schließen, ob und inwieweit die Teilnahme an der „Trampolin“- oder „Hüpfburg“-Gruppe den Substanzkonsum der Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien beeinflusst hat. Mögliche Effekte der beiden Interventionen („Trampolin“ oder „Hüpfburg“) sind somit weder nachweisbar noch auszuschließen. Die Vergleiche demonstrieren jedoch erneut und eindringlich, dass es sich bei Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien um eine besondere Risikogruppe für späteren problematischen Substanzkonsum handelt und Präventions- und Interventionsangebote für betroffene Minderjährige dringend erforderlich sind.

Hinsichtlich des Kenntnisstands zum (elterlichen) Suchtverhalten bzw. des Wissens über legale und illegale Drogen zeigten sich in der Langzeit-Katamnese keine Unterschiede zwischen der „Trampolin“- oder „Hüpfburg“-Gruppe mehr. Bei der Interpretation dieses Befundes muss allerdings berücksichtigt werden, dass - wie bereits erwähnt – bedingt durch die geringe Fallzahl der befragten Jugendlichen potenzielle Gruppenunterschiede statistisch schwer nachgewiesen werden können. Es steht darüber hinaus zu vermuten, dass die Jugendlichen in den letzten Jahren aus verschiedensten anderen Informationsquellen (z.B. Internet, Berichten von Gleichaltrigen, Schulstunden mit entsprechenden Inhalten z.B. zur Suchtprävention etc.) oder aus eigenen Erfahrungen Informationen über legale und illegale Drogen und deren (Aus-)Wirkungen erhalten bzw. gewonnen haben. Der „Informationsvorsprung“ den ursprünglich die Kinder, die an „Trampolin“ teilgenommen hatten, gegenüber den Teilnehmern der „Hüpfburg“-Gruppe hatten, dürfte dadurch ausgeglichen worden sein.

Zur Erfassung von Stressbewältigungsstrategien wurde eine neue, altersgerechtere suchtspezifische Situation (s. Abschnitt 5.2.1) eingeführt, zu der die Jugendlichen angeben sollten, wie sie sich verhalten würden. Die Teilnehmer der „Hüpfburg“-Gruppe berichteten eine stärkere Suche nach sozialer Unterstützung und stärkere problemorientierte Bewältigung als die Jugendlichen, die an „Trampolin“ teilgenommen hatten. Aus den Inhalten der beiden Programme („Trampolin“ versus „Hüpfburg“) lässt sich nicht ableiten, worin diese Unterschiede begründet sein könnten. Möglicherweise liegt diesem Ergebnis ein Selektionseffekt zugrunde, denn zu dieser Situation liegen Daten von nur 7 Jugendlichen aus der „Hüpfburg“- und 23 bzw. 24 Jugendlichen aus der „Trampolin“-Gruppe vor. Möglicherweise spielen auch individuell unterschiedliche Lebenserfahrungen, die die Jugendlichen im Laufe der letzten fünf Jahre gesammelt haben, eine Rolle.

Hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten) zeigten sich in der Einschätzung der Jugendlichen keine Unterschiede zwischen der „Trampolin“- und der „Hüpfburg“-Gruppe. Die Eltern dagegen berichteten über eine geringere Hyperaktivität der Jugendlichen, die an „Trampolin“ teilgenommen hatten, gegenüber den Teilnehmern der Hüpfburggruppe (in den anderen vier Bereichen zeigten sich keine Gruppenunterschiede). Dies könnte als Hinweis auf eine mögliche Überlegenheit von „Trampolin“ gegenüber der suchtspezifischen Kontrollgruppe interpretiert werden, allerdings kann auch hier eine mögliche Verzerrung des Ergebnisses aufgrund der geringen Ausschöpfung nicht ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass nach der vorgelegten Langzeit-Katamnese die Überlegenheit von „Trampolin“ mehrere Jahre nach der Intervention nicht mehr empirisch belegt werden bzw. aufgrund der geringen Ausschöpfung die Wirksamkeit kaum zuverlässig eingeschätzt werden kann. Verantwortlich hierfür ist in erster Linie die geringe Fallzahl der Stichprobe. Diese ist generell als limitierend einzuschätzen, da bei kleinen Stichproben Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen statistisch schwer nachweisbar sind (damit das gelingt muss die Effektstärke dann relativ groß sein). Auch kann z.B. das Nichterreichen eines nicht unerheblichen Teils der potenziellen Gesamtstichprobe (deutlich über 50%) ein Selektionsbias entstanden sein, der die Ergebnisse maßgeblich beeinflusst bzw. sogar verzerrt haben könnte. Insgesamt können die Ergebnisse vor dem Hintergrund der geringen Fallzahl nicht generalisiert werden können.

## **9 Gender Mainstreaming Aspekte**

Bei der Planung, Durchführung und Bewertung des „Trampolin II“-Projektes wurde in Hinblick auf die Gender-Mainstreaming-Strategie eine Geschlechtergleichstellung berücksichtigt. Die Fragebögen richten sich in Hinblick auf Formulierung an beide Geschlechter gleichermaßen, so dass sich sowohl Jungen bzw. Männer als auch Mädchen bzw. Frauen in gleicher Weise angesprochen fühlen und sich in angegebene Beispielsituationen in derselben Weise hineinversetzen können.

Auch bei der Gestaltung aller „Trampolin II“-Motivations- oder anderer Anschreiben wurde darauf geachtet, dass diese hinsichtlich der Formulierung und Inhalte gleichermaßen Eltern und Jugendliche beiderlei Geschlechts ansprechen.

Im Rahmen der Evaluation fanden bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente geschlechtsspezifische Aspekte ebenfalls Berücksichtigung, so dass z. B. in den Fragebögen generell der allgemeine, geschlechtsneutrale Begriff „Kinder“ genutzt wird und nicht die

Begriffe „Jungen“ oder „Mädchen“ verwendet wurden. So konnten beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen werden.

## **10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

Aufgrund der kurzen Gesamtlaufzeit des Projektes „Trampolin II“ fanden bislang keine Veröffentlichungen zum Projekt statt. Ausgenommen sind hiervon die Projektbeschreibungen auf den Webseiten der Institute DISuP und DZSKJ sowie Pressemitteilungen zum Start des Projektes.

Der hiermit vorliegende Abschlussbericht zum Projekt „Trampolin II“ soll – vorbehaltlich der Zustimmung des BMG – online veröffentlicht werden. Der entsprechende Link soll auf den Internetseiten des DISuP und DZSKJ sowie auf der Webseite des „Trampolin“-Projektes ([www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de)) an entsprechender Stelle platziert werden. Relevante Fachstellen aus der Sucht-, Jugend- und Familienhilfe (z.B. ehemalige Praxisstandorte, andere für „Trampolin“ geschulte Einrichtungen, andere Netzwerk- und/oder Projektpartner, über Newsletter) werden über den Link informiert und gebeten, die Ergebnisse weiter in ihren Netzwerken zu disseminieren, so dass eine möglichst hohe Anzahl von Fachkräften über die aktuellen Entwicklungen zum „Trampolin“-Programm informiert sind. Außerdem werden über die Pressestellen der beiden Hochschulen Pressemitteilungen zu den Projektergebnissen herausgegeben. Damit werden die Ergebnisse nicht nur dem Fachpublikum, sondern auch dem Laienpublikum zugänglich gemacht.

Die hier beschriebenen Ergebnisse der Katamneseerhebung werden auf der Jahrestagung der Bundesdrogenbeauftragten am 19.06.2017 in Berlin präsentiert. Weitere Veröffentlichungen der Projektergebnisse auf Fachkongressen sowie in Fachzeitschriften sind kurz- bis mittelfristig geplant. Die Ergebnisse sollen in nationalen und internationalen Fachzeitschriften (z.B. „Suchttherapie“, „Addictive Behaviors“) publiziert und auf einschlägigen Fachkongressen (z.B. Deutscher Suchtkongress“, in Symposien zu den Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ oder „Präventionsangebote“) vorgestellt werden. Perspektivisch sollten die Ergebnisse von „Trampolin II“ auch in einer überarbeiteten Auflage des vorliegenden „Trampolin“-Manuals präsentiert werden.

## **11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)**

Die Ergebnisse von „Trampolin II“ werden zunächst der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht, v.a. jenem Personenkreis, die „Trampolin“ bereits implementiert haben, aktuell durchführen oder planen, das Programm anzubieten. Diese Ergebnisse von „Trampolin II“ können die Arbeit der Fachkräfte positiv dahingehend beeinflussen, als dass die Fachkräfte



bestimmte Aspekte bei der künftigen Implementierung des „Trampolin“-Programms besonders beachten können. Besonders wichtig wäre beispielsweise eine besonders sorgfältige und intensive Bearbeitung der Inhalte zur Prävention von künftigem Substanzkonsum (z.B. in den Modulen zur Psychoedukation zu Sucht und Suchtmitteln, Problemlösung/Selbstwirksamkeit).

Durch die Veröffentlichung neuester Ergebnisse zum „Trampolin“-Projekt ist zu erwarten, dass sich weitere Einrichtungen für „Trampolin“ interessieren und schulen lassen und dass das Programm damit bundesweit noch weiter verbreitet und implementiert wird. So kann die Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien weiter ausgeweitet und in optimierter Form angeboten werden.

Nach Abschluss des Projektes wird die nachhaltige Verankerung von „Trampolin“ auf lokaler und überregionaler Ebene dadurch gesichert, dass Praxispartnern aus der Sucht- oder Jugendhilfe oder anderen Institutionen weiterhin regelmäßig Schulungen zur Durchführung von „Trampolin“ angeboten werden. Die Schulungen werden wie gehabt in das Weiterbildungsangebot der Katho NRW sowie des DZSKJ und anderer Bildungsträger (z.B. GK Quest) integriert und dadurch intensiv beworben. Das in einem psychologischen Fachverlag veröffentlichte „Trampolin“-Manual wird weiterhin im Buchhandel käuflich zu erwerben sein. Eine Veröffentlichung einer 2., überarbeiteten Auflage mit den T4-Ergebnissen wäre wünschenswert. Die „Trampolin“-Webseite wird nach Projektende wie gehabt weiter gepflegt und wird nach wie vor als Medium für neueste Veröffentlichungen oder aktuelle Informationen (z.B. Schulungstermine) dienen.

Langzeitperspektivisch wäre es erstrebenswert, dass das „Trampolin“-Programm nicht nur einen unmittelbaren Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern im Bereich der ambulanten Sucht- oder Jugendhilfe liefert, sondern auch für einen Mehrwert in anderen Bereichen des Hilfesystems sorgt: So ist es z.B. denkbar, das „Trampolin“-Programm für andere Altersgruppen (z.B. Kindergartenkinder, Teenager) oder andere Settings (stationäre Eltern-Kind-Therapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) zu adaptieren bzw. für besondere Formen von Abhängigkeitserkrankungen zu spezifizieren (z.B. bei elterlicher Abhängigkeit von Methamphetaminen oder Glücksspielsucht) und an entsprechenden Stellen zu erproben und evaluieren.

## **12 Publikationsverzeichnis**

Nicht zutreffend.

### 13 Literatur

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R. et al. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 53 (8), 1001-1009.
- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). *Metastudie. Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S.I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, U., Beckung, E., Dickinson, H.O., Fauconnier, J., Marcelli, M., McManus, V., Colver, A. (2008). Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*, 121 (1), 54-64.
- Backett-Milburn, K., Wilson, S., Bancroft, A., Cunningham-Burley, S. (2008). Challenging Childhoods. Young people's accounts of „getting by“ in families with substance use problems. *Childhood*, 15 (4), 461–479.
- Barber, J.G. & Gilbertson, R. (1999). The Drinker's Children. *Substance Use & Misuse*, 34 (3), 383-402.
- Barnow, S., Lucht, M., Fischer, W. & Freyberger, H.-J. (2001). Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). *Suchttherapie*, 2, 137-142.
- Barnow, S., Stopsack, M., Spitzer, C. & Freyberger, H.-J. (2007). Korrelate von Alkoholwirkungserwartungen im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (1), 1-10.
- Belsky, J., Jeffee, S.R. (2006). The Multiple Determinants of Parenting. In: D Cicchetti, DJ Cohen, *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder, and Adaptation* (Vol. 3) (2nd Ed.) (p. 38-85). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.-M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S. et al. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 23.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: BZgA.
- Calhoun, S., Conner, E., Miller, M. & Messina, N. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 6, 15-24.
- Cleveland, M.J., Reavy, R., Mallett, K.A., Turrisi, R. & White, H.R (2014) .Moderating effects of positive parenting and maternal alcohol use on emerging adults' alcohol use: does living at home matter? *Addictive Behaviors*, 39 (5), 869-78.
- Connors-Burrow, N., McKelvey, L., Kyzer, A., Swindle, T., Cheerla, R & Kraleti S. (2013). Violence exposure as a predictor of internalizing and externalizing problems among children of substance abusers. *Journal of Pediatric Nursing*, 28 (4), 340-50.

- Dalgard, O.S., Bjork, S. & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 166 (1), 29–34.
- Drake, R.E. & Vaillant, G.E. (1988). Predicting Alcoholism and Personality Disorder in a 33-year Longitudinal Study of Children of Alcoholics. *Addiction*, 83 (7), 799-807.
- Eiden, R. D., Lessard, J., Colder, C.R., Livingston, J, Casey, M. & Leonard, K.E. (2016). Developmental cascade model for adolescent substance use from infancy to late adolescence. *Developmental Psychology*, 52 (10), 1619-1633.
- Ellis, D.A., Zucker, R.A. & Fitzgerald, H.E. (1997). The Role of Family Influences in Development and Risk. *Alcohol Health & Research World*, 21 (3), 218-226.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *Drugs and Vulnerable Groups of Young People. Selected Issue 2008*. Lissabon: EMCDDA.
- Franke, G.H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R) (2.Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, H.F., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 41-55.
- Fuller-Thomson, E., Katz, B.R., Phan, T.V., Liddycoat, P.M.J. & Brennenstuhl, S. (2013). The long arm of parental addictions: the association with adult children's depression in a population-based study. *Psychiatry Research*, 210 (1), 95-101.
- Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (1999). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Glaesmer H, Grande G, Braehler E, Roth M (2011). The German Version of the Satisfaction with Life Scale – Psychometric Properties and Population based norms. *European Journal of Psychological Assessment*, 27 (2), 127-132.
- Goodman, R. (1997). The Strength and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strength and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Hardt, J., Egle, U., Kappis, B., Hessel, A. & Brähler, E. (2003). Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 54, 214-223.
- Hill, S.Y., Tessner, K.D. & McDermott, M.D. (2011). Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent female probands: a prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (3), 285-294.
- Hussong, A.M., Bauer, D.J. & Chassin, L. (2008). Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (1), 63-78.
- Hussong, A.M., Flora, D.B., Curran, P.J., Chassin, L.A. & Zucker, R.A. (2008). Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. *Development and Psychopathology*, 20, 165-193.

- Johnson, J.L., Gryczynski, J. & Moe, J. (2011). Treatment Issues and Interventions with Young Children and Their Substance-Abusing Parents. In: S.L.A. Straussner & C.H. Fewell (Eds.), *Children of Substance-Abusing Parents. Dynamic and Treatment*. New York: Springer.
- Kelley, M.L., D'Lima, G.M., Henson, J.M., Cotten, C. (2014). Substance-abusing mothers and fathers' willingness to allow their children to receive mental health treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47 (1), 106-111.
- Kendler, K.S., Ohlsson, H., Sundquist, K. & Sundquist, J. (2016). Cross-generational transmission from drug abuse in parents to attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Psychological Medicine*, 46 (6), 1301.
- King, K.M. & Chassin, L. (2008). Adolescent Stressors, Psychopathology, and Young Adult Substance Dependence: A Prospective Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 69 (5), 629-638.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. & Goodman, R. (2000). Comparing the German Versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2000). *Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter* (2., erweiterte und aktualisierte Auflage des Trainingsmanuals zu 'Bleib locker'). Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M. (2005). Kinder aus suchtbelasteten Familien. In R. Thomasius & U.J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention* (S. 52-60). Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2007). *Kinder und Suchtgefahr: Risiken – Prävention – Hilfen*. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M., Dyba, J. & Moesgen, D. (2016). *Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Knight, John R; Sherritt, Lon; Harris, Sion Kim; Chang, Grace (June 2002), "Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test Among Adolescent Clinic Patients", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 607–614,
- Kołoło, H. & Mazur, J. (2006). Does second-hand smoking get children's and adolescents' quality of life worse? *Przegl Lek*, 63 (10), 1027-30.
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S.43-89). Göttingen: Hogrefe.
- Laging, M. (2004). *Risikanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention*. Hamburg: Dr. Kovač.

- Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W. & Klein-Heßling, J. (2006). *Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter – SSKJ 3-8*. Göttingen: Hogrefe.
- MacPherson, P.S.R., Stewart, S.H. & McWilliams, L.A. (2001). Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring. Examining the mediating role of anxiety sensitivity components. *Addictive Behaviors*, 26, 917-934.
- Melhuish, J. (2011). Crack Cocaine Use and Parenting: An Analysis of Three Parents' Accounts of the Impact Their Crack Cocaine Use Had on Family Life. *Social Work in Action*, 23 (4), 201-213.
- Moesgen, D. (2014). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensauffälligkeiten*. Hamburg: disserta.
- Molina, B.S., Donovan, J.E. & Belendiuk, K.A. (2010). Familial loading for alcoholism and offspring behaviour: mediating and moderating influences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34 (11), 1972-1984.
- NACOA Deutschland (2006). *Kinder aus suchtbelasteten Familien. Hilfen zur Unterstützung in Kindertagesstätte und Grundschule*. Berlin: NACOA Deutschland.
- Orth, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Park, S. & Schepp, K.G. (2015). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24 (5), 1222–1231.
- Parvaresh, N., Mazhari, S. & Nazari-Noghabi, M. (2015). Frequency of Psychiatric Disorders in Children of Opioid or Methamphetamine-Dependent Parents. *Addiction and Health*, 7, (3-4), 140-148.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2016). *Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien*. Robert Koch Institut: Berlin.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2001). Deutsche Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). In: A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Hrsg.). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Rounsaville, D., O'Farrell, T.J., Andreas, J.B., Murphy, C.M. & Murphy, M.M. (2014). Children's exposure to parental conflict after father's treatment for alcoholism. *Addictive Behaviors*, 39 (7), 1168-1171.
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Klein, M. & Thomasius, R. (2013). Präventionsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Suchttherapie*, 14 (1), 22-28.

- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Serec, M., Švab, I., Kolšek, M., Švab, V., Moesgen, D. & Klein, M. (2012). Health-Related Lifestyle, Physical and Mental Health in Children of Alcoholic Parents. *Drug and Alcohol Review*, 31 (7), 861-870.
- Shin, S.H., Hassamal, S. & Groves, L.P. (2015). Examining the role of psychological distress in linking childhood maltreatment and alcohol use in young adulthood. *The American Journal on Addictions*, 24 (7), 628-636.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6 (6), 1231-1239.
- Schwarz, B. & Gödde, M. (1998). *Dokumentation der Erhebungsinstrumente der 2. Erhebung 1997*. Berichte aus der Arbeitsgruppe "Familienentwicklung nach der Trennung" # 29/1997.
- Schwarz, B., Walper, S., Gödde, M. & Jurasic, S. (1997). *Dokumentation der Erhebungsinstrumente der 1. Haupterhebung*. Berichte aus der Arbeitsgruppe "Familienentwicklung nach der Trennung" # 14/1997.F
- Sørensen, H.J., Manzardo, A.M., Knop, J., Penick, E.C., Madarasz, W., Nickel, E.J., Becker, U. & Mortensen, E.L. (2011). The contribution of parental alcohol use disorders and other psychiatric illness to the risk of alcohol use disorders in the offspring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (7), 1315-1320.
- Spilka, Stanislas ; Janssen, Eric ; Legleye, Stéphane (2013): Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). 03/09/2013, Saint-Denis
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E. & Boon, S. (2009). Young People living with parental alcohol misuse and parental violence: "No-one has ever asked me how I feel in any of this". *Journal of Substance Use*, 14 (3-4), 139-150.
- Thomasius, R. & Küstner, U.J. (2005). *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Thomasius, R., Schulte-Marckwort, M., Küstner, U.J. & Riedesser, P. (2008). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Velleman, R. & Templeton, L. (2016). Impact of parent's substance misuse on children: an update. *BJ Psych Advances*, 22, 108-117.
- Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M. & Moesgen, D. (2008). Domestic Abuse Experienced by Young People Living in Families with Alcohol Problems: Results from a Cross-European Study. *Child Abuse Review*, 17, 387-409.
- Waldron, M., Bucholz, K., K., Lynskey, M.T., Madden, P.A. & Heath, A.C. (2013). Alcoholism and timing of separation in parents: findings in a midwestern birth cohort. *Journal of Studies on Drugs and Alcohol*, 74 (2), 337-48.
- Waldron, M., Martin, N.G. & Heath, A.C. (2009). Parental Alcoholism and Offspring Behaviour Problems: Findings in Australian Children of Twins. *Twin Research and Human Genetics*, 12 (5), 433-440.
- Waldron, M., Vaughan, E.L., Bucholz, K.K., Lynskey, M.T., Sartor, C.E., Duncan, A.E., Madden, P.A et al. (2014). Risks for early substance involvement associated with parental

alcoholism and parental separation in an adolescent female cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 130-136.

Weitzmann, E.R. & Wechsler, H. (2000). Alcohol Use, Abuse, and Related Problems among Children of Problem Drinkers. Findings from a National Survey of College Alcohol Use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (3), 148-154.

Wolfe, J.D. (2016). The effects of maternal alcohol use disorders on childhood relationships and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51 (10), 1439-1448.

Wong, M.M., Nigg, J.T., Zucker, R.A., Puttler, L.I., Fitzgerald, H.E., Jester, J. et al. (2006). Behavioural Control and Resiliency in the Onset of Alcohol and Illicit Drug Use: A Prospective Study from Preschool to Adolescence. *Child Development*, 77 (4), 1016-1033.

Zimmermann, U., Mick, I. & Mann, K.F. (2008). Neurobiologische Aspekte des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 54 (6), 335-345.

Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.