

# SHIFT PLUS

## Weiterentwicklung und Evaluation des Suchthilfe-Familien- Trainings für drogenabhängige Eltern



### **Abschlussbericht**

an das Bundesministerium für Gesundheit

über die Projektlaufzeit vom  
01.10.2018 bis 30.09.2021

Vorgelegt von:

Prof. Dr. Michael Klein

Dr. Janina Dyba

Prof. Dr. Diana Moesgen

Köln, den 30. September 2021

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## 1. Titel und Verantwortliche

<b>Projekttitle:</b>	<b>SHIFT PLUS – Weiterentwicklung und Evaluation des Suchthilfe-Familien-Trainings für drogenabhängige Eltern</b>
Förderkennzeichen:	ZMVI1-2518DSM214
Fördersumme:	239.634 €
Projektleitung:	Prof. Dr. Michael Klein
Projektmitarbeitende:	Janina Dyba, Dr. phil. Dipl.-Psych. Diana Moesgen, Prof. Dr. rer. nat., M.Sc. Psych. (bis 02/2020) Luisa Grimmig, B.Sc. Psych. (01/2019-06/2021) Katharina Lich, B.A. Soz. Arb. (02/2019 – 10/2019)
Kontakt:	Prof. Dr. Michael Klein Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (katho) Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) Wörthstr. 10 50668 Köln Tel.: 0221 - 7757 - 156 Fax: 0221 - 7757 - 180 E-Mail: mikle@katho-nrw.de
Projektlaufzeit:	01.10.2018 – 30.09.2021
Erstellungsdatum	30.09.2021

## 2. Inhaltsverzeichnis

<b>1. Titel und Verantwortliche</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>4. Einleitung</b> .....	<b>7</b>
4.1 Hintergrund .....	7
4.1.1 Epidemiologie.....	7
4.1.2 Drogenbelastete Familien .....	10
4.1.3 Auswirkungen auf mitbetroffene Kinder.....	12
4.1.4 Interventionsansätze.....	13
4.2 Projektziele .....	15
4.3. Projektstruktur .....	17
<b>5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik</b> .....	<b>19</b>
1.1 Forschungsdesign .....	19
5.2 Prozessevaluation.....	20
5.3 Wirksamkeitsevaluation .....	21
5.4 Datenauswertung.....	25
<b>6. Durchführungs-, Arbeits- und Zeitplan</b> .....	<b>27</b>
6.1 Arbeits- und Zeitplan .....	27
6.2 Projektverlauf .....	30
Phase I: Analyse der Situation .....	30
Phase II: Ausbau von Netzwerken und Kooperationen.....	30
Phase III: Entwicklung von Intervention und Design .....	31
Phase IV: Feldphase.....	33
Phase V: Evaluation .....	38
Phase VI: Ergebnistransfer .....	38
6.3 Besondere Herausforderungen im Projektverlauf .....	39
6.3.1 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Projektverlauf .....	39
6.3.2 Umsetzung der Module für Angehörige.....	41
<b>7. Ergebnisse</b> .....	<b>42</b>
7.1 Stichprobe und Baseline.....	42
7.1.1 Soziodemografische Merkmale.....	42
7.1.2 Erfahrungen mit dem Hilfesystem.....	43
7.1.3 Substanzkonsum.....	44
7.1.4 Psychische Belastungen.....	45
7.1.5 Elternstress.....	45
7.1.6 Erziehungsverhalten.....	46
7.1.7 Familienresilienz.....	47

7.1.8 Psychosoziale Belastungen der Kinder .....	47
7.2 Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation .....	48
7.2.1 Haltequote und Modulteilnahmen .....	48
7.2.2 Auswertungssystematik .....	50
7.2.3 Substanzkonsum.....	50
7.2.4 Erziehungsverhalten .....	52
7.2.5 Familie und Resilienz .....	54
7.2.6 Psychische Belastungen.....	57
7.2.7 Elternstress.....	60
7.2.8 Psychosoziale Belastungen der Kinder .....	63
7.2.9 Langzeit-Katamnese der Interventionsgruppe (T4).....	65
7.2.10 Drop-Out Analysen .....	66
7.2.11 Diskussion der Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation .....	67
7.3 Ergebnisse der Prozessevaluation .....	69
7.3.1 Merkmale der Trainer_innen .....	69
7.3.2 Evaluation des Clearings.....	70
7.3.3 Evaluation der SHIFT PLUS Intervention durch Fachkräfte .....	72
7.3.4 Evaluation der SHIFT PLUS Intervention durch Teilnehmende .....	77
7.3.5 Diskussion der Ergebnisse der Prozessevaluation.....	80
7.4 Suchtbelastete Familien in der Corona-Pandemie: ergänzende Fokusgruppe .....	81
<b>8. Diskussion .....</b>	<b>85</b>
<b>9. Gender-Mainstreaming Aspekte .....</b>	<b>87</b>
<b>10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit .....</b>	<b>89</b>
10.1 Vorträge und Publikationen .....	89
10.2 Projektabschlussstagung.....	89
<b>11. Verwertung der Projektergebnisse .....</b>	<b>91</b>
<b>12. Publikationsverzeichnis .....</b>	<b>92</b>
12.1 Kongressbeiträge/Vorträge .....	92
12.2 Schriftliche Publikationen.....	93
<b>13. Literatur .....</b>	<b>94</b>
<b>14. Anlagen .....</b>	<b>98</b>
Tabellenverzeichnis .....	98
Abbildungsverzeichnis.....	100

## Vorbemerkung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Beteiligten, die zur erfolgreichen Umsetzung des Forschungsvorhabens „SHIFT PLUS“ beigetragen haben.

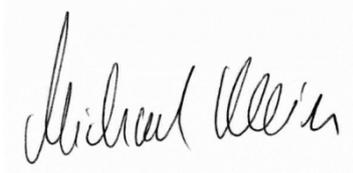
Zunächst gilt unser Dank dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung des Projektes. Weiterhin möchten wir allen beteiligten Praxiseinrichtungen danken, die gemeinsam mit uns die Realisation des Projekts möglich gemacht haben.

Das große Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die hohe Flexibilität, die das Jahr 2020 in besonderem Maße erforderte, haben maßgeblich zum Erfolg beigetragen.

Zuletzt sprechen wir selbstverständlich auch allen Müttern und Vätern, die an der Intervention und Begleitforschung mitgewirkt haben, unseren Dank aus.

Köln, im September 2021

Im Namen aller Projektmitarbeitenden

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michael Klein', is centered on a light gray rectangular background.

Prof. Dr. Michael Klein

### 3. Zusammenfassung

Im Rahmen des Projektes „SHIFT Plus“ wurde ein Gruppenprogramm für drogenabhängige Eltern mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren entwickelt, implementiert und evaluiert. „SHIFT Plus“ soll Elternkompetenzen und die Familienresilienz stärken sowie die Bereitschaft bzw. Fähigkeit der Eltern zu Abstinenz und weiterer Inanspruchnahme von Hilfen fördern.

Das Projekt „SHIFT Plus“ basiert auf den Ergebnissen des Vorgängerprojektes „Crystal Meth und Familie II“, in welchem das „SHIFT Elternteraining“ speziell für die Zielgruppe methamphetaminabhängiger Eltern konzipiert wurde. Das bestehende Training wurde im Rahmen des „SHIFT Plus Projektes“ für den gesamten Bereich der Abhängigkeit von illegalen Substanzen weiterentwickelt, um Module für Angehörige ergänzt und somit im Bereich Familienresilienz vertieft. Es wird dabei sowohl der Konsum von Opiaten, Cannabis und Stimulanzien als auch multipler Substanzkonsum und Mischkonsum berücksichtigt. „SHIFT Plus“ ist eine modularisierte Gruppenintervention von 10 Sitzungen. Inhaltlich und didaktisch orientiert sich das Training an aktuellen Forschungsergebnissen und bewährten sucht- und verhaltenstherapeutischen Techniken und Programmen. Jedes Modul behandelt ein bestimmtes Thema und besitzt eine Dauer von jeweils 90 Minuten. In zwei Modulen werden Angehörige und Kinder aktiv an der Intervention beteiligt.

Die Umsetzung von „SHIFT Plus“ erfolgte bundesweit an insgesamt 8 Praxisstandorten in Zusammenarbeit mit der Sucht- und Jugendhilfe. Im Rahmen eines quasi-experimentellen Forschungsdesigns wurde die Intervention in Bezug auf Akzeptanz und Wirksamkeit umfangreich überprüft. Die Evaluation der Wirksamkeit erfolgte anhand standardisierter Fragebogenverfahren zu vier Messzeitpunkten (prä, post, 3-Monats-Katamnese, 6-Monats-Katamnese).

Die Evaluationsergebnisse zeigen eine signifikante Wirksamkeit der SHIFT+ Intervention im Hinblick auf die Reduzierung depressiver Symptome sowie eine verbesserte Kenntnis zum Thema Familie und Sucht in der Interventionsgruppe direkt nach Trainingsteilnahme. Interventions- und Wartekontrollgruppe verbesserten sich zudem im Hinblick auf die Outcome-Variablen drogenbezogene Probleme, psychische Belastung, wahrgenommene Elternkompetenz sowie Verhaltensprobleme der Kinder. Hinsichtlich der Praktikabilität und Akzeptanz der Intervention zeigte sich eine durchweg positive Wahrnehmung des SHIFT+ Elterntrainings durch Trainer\_innen und teilnehmende Eltern. So berichteten die Teilnehmenden neue Erfahrungen und Kenntnisse gewonnen zu haben, mehr Verständnis für die Situation ihrer Kinder aufbringen zu können und besser mit problematischen Situationen umgehen zu können. Seitens der SHIFT-Trainer\_innen wurden inhaltliche und formale Aspekte besonders im Hinblick auf die Arbeitsmaterialien, die Übungsinhalte und Praktikabilität der Intervention als gut bewertet.

## 4. Einleitung

### 4.1 Hintergrund

#### 4.1.1 Epidemiologie

Substanzbezogene Störungen stellen eine erhebliche Belastung für die deutsche Gesellschaft sowohl auf sozialer als auch gesundheitlicher Ebene dar (Atzendorf et al., 2019). Obwohl seit 1980 abnehmende Trends des Tabak- und Alkoholkonsums zu verzeichnen sind, zählt Deutschland weiterhin zu einem der Hochkonsumländer für Alkohol (Peacock et al., 2018). Gleichzeitig ist der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen und Medikamenten in Deutschland weit verbreitet und weist gegenläufig zum abnehmenden Trend des Konsums legaler Substanzen seit 2008 einen statistisch signifikanten Anstieg auf (Atzendorf et al., 2019).

Aktuell können steigende Trends der Konsumprävalenzen von Cannabis bei Frauen und Männern sowie anderer illegaler Drogen (Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate oder Kokain/Crack) bei Frauen verzeichnet werden (Seitz et al., 2019). Datengrundlage sind neun Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA), der seit den 1980er Jahren Daten zu den Konsumgewohnheiten der deutschen Allgemeinbevölkerung liefert. Die Daten wurden schriftlich oder zusätzlich durch internetbasierte bzw. telefonische Befragungen erhoben und stammten in der letzten Erhebungswelle 2018 von 9.267 Männern und Frauen im Alter von 18 bis 59 Jahren (Atzendorf et al., 2019). In diesem Befragungszeitraum konsumierten laut eigener Angabe 78,8 % der befragten Männer und 69,8 % der Frauen Alkohol. Ein missbräuchlicher Konsum von Alkohol bzw. eine Alkoholabhängigkeit wurde von 8,8 % der Männer bzw. 3,4 % der Frauen berichtet. Gegenläufig zum abnehmenden Trend des Konsums legaler Substanzen nahm die Konsumprävalenz illegaler Substanzen im Zeitraum von 2008 bis 2016 statistisch signifikant zu. Im Erhebungsjahr 2018 belief sich die 12-Monats-Prävalenz von Cannabis bei Männern auf 10,3 % bzw. bei Frauen auf 6,2 %. Damit nimmt Cannabis die prominenteste Rolle unter den illegalen Drogen ein. Den Konsum von einer anderen illegalen Droge (Kokain, Ecstasy, Amphetamine, Methamphetamin) in den letzten zwölf Monaten berichteten 3,1 % der Männer und 2,0 % der Frauen. Laut den Ergebnissen des ESA lag die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen bei den 18- bis 59-Jährigen im Jahr 2018 bei 29,5 %. Hochgerechnet wären dies rund 15,2 Millionen Bundesbürger\_innen, die mindestens einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumieren. Verglichen mit der Lebenszeitprävalenz vor zehn Jahren kann hier ein Anstieg von rund 10 % verzeichnet werden.

#### **Substanzspezifische Unterschiede**

**Cannabis** ist die in Deutschland am häufigsten konsumierte illegale Droge. Im Jahr 2018 konsumierten allein 7,1 % der 18- bis 64-Jährigen Cannabis in einem Zeitraum von 12 Monaten (Atzendorf et al.,

2019). Dabei weisen Männer (8,9 %) eine wesentlich höhere Prävalenz als Frauen (5,3 %) auf. Verglichen mit den letzten 28 Jahren ist für die 12-Monats-Prävalenz von Cannabis ein steigender Trend mit einem wellenförmigen Verlauf zu verzeichnen (Seitz et al., 2019). Seit 2018 stieg die 12-Monats-Prävalenz insbesondere bei den 18- bis 25-Jährigen, sodass im Jahr 2019 bei Frauen die höchste und bei Männern die zweithöchste Prävalenz seit 1993 erreicht wurde (Orth und Merkel, 2020). Dennoch blieben die Raten von Cannabismissbrauch bzw. -abhängigkeit (nach DSM-IV) für Männer und Frauen weitestgehend konstant im Verlauf der Erhebungsjahre 1997 bis 2018 (Seitz et al., 2019). Für das Jahr 2018 liegen regionale Ergebnisse des ESA für die folgenden Bundesländer vor: Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Thüringen. Die 12-Monats-Prävalenz in Berlin ist mit 17,1 % am größten, während sich die Prävalenzen bei den übrigen Bundesländern zwischen 5,5 % in Thüringen und 6,9 % in Sachsen befinden.

Unter den **Stimulanzien** weisen neben Cannabis insbesondere Amphetamine (1,0 %), neue psychoaktiven Substanzen (0,9 %) sowie Ecstasy (0,6 %) und Kokain/Crack (0,6 %) nennenswerte Prävalenzen für erwachsene Bundesbürger\_innen auf (Piontek et al., 2018). Die Bedeutung einzelner Stimulanzien schwankt je nach Region und Szene sowie zwischen den Altersgruppen. Im Altersbereich von 18 bis 64 Jahren stellt Kokain/Crack die Substanz mit der höchsten Lebenszeitprävalenz (4,1 %) dar. Bezüglich der 12-Monats-Prävalenz ist der Konsum von Amphetaminen am häufigsten (1,2 %, Seitz et al., 2019). In der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen hingegen weist Ecstasy die höchsten Prävalenzraten sowohl für die Lebenszeit (7,8 %) als auch in den letzten 12 Monaten (3,6 %) auf. Seit 2015 ist in dieser Altersgruppe zudem ein Anstieg des Konsums von Ecstasy (1,5 % auf 2,8 %) und Kokain (0,8 % auf 2,4 %) zu verzeichnen. Die Konsumprävalenzen von Amphetamin, Methamphetamin und Crack haben sich nicht bzw. nur unwesentlich über die Jahre verändert (Karachaliou et al., 2020). Auch ambulante Suchthilfeeinrichtungen berichteten einen deutlichen Anstieg der Behandlungsnachfrage im Zusammenhang mit dem Konsum von Stimulanzien. So verzeichnete die deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) einen Anstieg von 2,5 % im Jahr 2007 auf 6,9 % im Jahr 2016 (Thaller et al., 2017). Insgesamt handelt es sich bei den aufgrund Stimulanzienkonsums betreuten Personen um eine sehr junge Gruppe (M = 29,1 Jahre in der ambulanten und M = 30,0 Jahre in der stationären Betreuung). Unter den fünf untersuchten Bundesländern weist Berlin die höchsten Prävalenzraten für alle erfassten Stimulanzien auf (Seitz et al., 2020). Verglichen mit dem bundesweiten Durchschnitt lag in Berlin die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack bei 4,7 % (vs. 1,1 %) und von Ecstasy bei 4,5 % (vs. 1,1 %). Die 12-Monats-Prävalenzraten des Amphetamin- und Methamphetaminkonsums waren in Berlin mit 4,5 % ebenfalls im bundesweiten Durchschnitt am höchsten. In Hessen wurde mit einer 12-Monats-Prävalenzrate von 0,7 % verglichen mit dem deutschen Durchschnitt der niedrigste Wert erreicht.

Der Szenenstudie 2018 des Frankfurter MoSyD zufolge ist Heroin (neben Crack) weiterhin die am häufigsten konsumierte Droge in der Straßen-Drogenszene (Werse et al., 2019). Die Tatsache, dass der Zugang zu Konsumierenden häufig erschwert ist, macht eine exakte Berechnung der Konsumprävalenzen von **Opioiden** (Heroin oder Substanzen, die im Rahmen der Substitutionsbehandlung verwendet werden) in Deutschland nicht möglich. Statt einer direkten Berechnung erfolgen aus diesem Grund meist Schätzungen der Prävalenzraten, die aufgrund von indicatorspezifischen Fehlerquellen mitunter stark variieren (Karachaliou et al., 2020). Für das Jahr 2018 ergibt sich aus einer Berechnung der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) eine Zahl zwischen 117.000 und 138.000 riskanter Heroin-Konsumierender im Alter von 15 bis 64 Jahren. Bei der Behandlung ist – neben einer Entgiftung – die Substitutionstherapie die am häufigsten angewandte Intervention bei Heroin- bzw. Opioidabhängigkeit. Bis auf einen leichten Anstieg von 2013 auf 2014 geht die geschätzte Anzahl Heroinkonsumierender seit 2012 kontinuierlich zurück (Karachaliou et al., 2020).

#### **Anzahl der Kinder aus drogenbelasteten Familien**

Im Jahr 2018 lebten in Deutschland 13.597.428 Kinder unter 18 Jahren. Nach aktuellen Schätzungen von Kraus und Kolleg\_innen (2020) lebten von diesen Kindern 5,2-7,9 % (686.482-696.279) in Haushalten, in denen mindestens ein Erwachsener eine alkoholbedingte Störung hatte. Weitere 5,0-7,4 % der Kinder (674.065-690.792) lebten in Haushalten, in denen mindestens ein Erwachsener tabakabhängig war, und 0,38-1,05 % (93.229-142.141) in Haushalten, in denen mindestens ein Erwachsener eine Störung im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Drogen hatte. Die Gesamtzahl der Kinder in engem Kontakt mit substanzmissbrauchenden Erwachsenen wurde auf 7,4-11,2 % (1.000.725-1.522.667) geschätzt. Allein in Deutschland ist demnach davon auszugehen, dass etwa 3 Millionen Kinder mit einer Suchtproblematik der Eltern oder nahestehender Erwachsener (Alkohol und/oder illegale Substanzen) konfrontiert sind.

Dabei stellen Kinder von Eltern mit Suchterkrankung die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Sucht- oder psychischen Erkrankung dar (Klein et al., 2017) und verursachen laut DAK Kinder- und Jugendreport 2018 bereits 32 % höhere Versorgungskosten als Kinder, die nicht aus suchtbelasteten Familien kamen. Die erhöhten Krankheitskosten belaufen sich jährlich auf etwa 11,5 Millionen Euro für Kinder (bis 18 Jahren) mit Eltern, die illegale Substanzen konsumieren, und auf um die 210 Millionen Euro für Kinder alkoholabhängiger Eltern (Effertz, 2014).

#### 4.1.2 Drogenbelastete Familien

Suchtbelastete Familien gehören häufig sozialen Randgruppen an, die durch eine Vielzahl an Belastungen für die Familien und insbesondere für die betroffenen Kinder geprägt sind. Neben einem niedrigen sozioökonomischen Status mit Armut, ungünstigen Wohnverhältnissen (Wolfe, 2016) sowie Arbeitslosigkeit der Eltern bzw. Elternteile (Serec et al., 2012) stellen Trennung und Scheidung der Eltern (Waldron et al., 2014), Vereinsamung sowie eine beeinträchtigte Beziehungsqualität gravierende psychosoziale Risikofaktoren für Kinder aus suchtbelasteten Familien dar (Gahleitner & Hahn, 2010). Gelingt es den betroffenen Kindern nicht, mit diesen Belastungen angemessen umzugehen, können sich sowohl kurzfristige als auch langfristige psychische Auffälligkeiten entwickeln (Klein et al., 2017). Neben den direkten Konsequenzen, die die Belastungen für die betroffenen Kinder haben, wird häufig zusätzlich die Erziehungsfähigkeit der Eltern durch die eigene Sucht stark eingeschränkt. Eltern mit einer Suchterkrankung vernachlässigen mitunter die materiellen (z. B. warme Mahlzeiten, angemessene Kleidung) als auch die emotionalen Grundbedürfnisse der Kinder (z. B. nach Nähe, Zuwendung und Liebe). Dadurch können in suchtbelasteten Familien eher dysfunktionale Verhaltens- und Rollengefüge, wie etwa die Übernahme von elterlichen Pflichten und Aufgaben durch die betroffenen Kinder („Parentifizierung“, Backett-Milburn et al., 2008), entstehen. Tabuisierung, Abschottung und Enge prägen das Familienklima zusätzlich (Plass & Wiegand-Greife, 2012) und beeinflussen das Alltagsverhalten und familiäre System in starkem Maße, wodurch sich vielfältige Hilfebedarfe ergeben (Schrappe, 2018).

Neben den negativen gesundheitlichen Auswirkungen illegaler Substanzen auf die fötale und kindliche Entwicklung, kann Substanzmissbrauch zu Schwierigkeiten beitragen, die mit den sozialen und verhaltensbezogenen Aspekten der Elternschaft verbunden sind. Befunde weisen darauf hin, dass sich steigender Drogenkonsum nachteilig auf das Erziehungsverhalten von Müttern auswirkt und so ein höheres Risiko für Kindesmisshandlung und unsichere Bindungsmuster darstellt (Solis et al., 2012). Eine Langzeitstudie ergab, dass sie im Vergleich zu Müttern ohne Drogenmissbrauch ihr Kind seltener beaufsichtigten, mehr bestrafende Formen der Disziplinierung nutzten, weniger Nähe gewährten und sich insgesamt weniger positiv involviert mit ihrem Kind zeigten (Kandel, 1990). Landi und Kolleg\_innen (2011) konnten zeigen, dass sich neuronale Schaltkreise, die mit dem Erziehungsverhalten assoziiert werden, mit in Sucht involvierten Schaltkreisen überschneiden. Das kann zur Folge haben, dass der mit Substanzkonsum und -missbrauch verbundene Belohnungszyklus unter Umständen nicht mehr für die Elternschaft zur Verfügung steht und sich damit negativ auf die Fähigkeit der Erwachsenen, sich um das Kind zu kümmern, auswirkt. Bei der Untersuchung der Reaktion auf Gesichter und Schreie von Säuglingen wiesen substanzkonsumierende Mütter beispielsweise eine vergleichsweise reduzierte neuronale Aktivierung in Regionen auf, die mit Belohnung, Motivation und kognitiver Kontrolle in Verbindung gebracht werden. Für Mütter, die illegale Substanzen konsumieren, scheinen Reize von

Säuglingen weniger bedeutsam zu sein, wodurch die sich entwickelnde Bindung zwischen Säugling und Mutter sowie die Fähigkeit der Mutter, angemessen zu reagieren, beeinträchtigt werden kann (Landi et al., 2011). Der Missbrauch von Drogen in der Mutterschaft führt bei betroffenen Müttern häufig zu Gefühlen von Melancholie, Schuld und Unzulänglichkeit, was die Mütter wiederum davon abhält, emotional verfügbar für ihr Kind bzw. ihre Kinder zu sein. Insbesondere bei Müttern von mehreren Kindern kann es zudem zu einer zusätzlichen Belastung kommen, wenn sie den älteren Kindern bei Schulaufgaben helfen sollen. Sie sind nicht mehr dazu in der Lage, sich den verändernden Anforderungen ihrer Kinder anzupassen (Cataldo et al., 2019).

Aus biopsychosozialer Krankheitssicht ist eine gegenseitige Bestärkung der psychischen und körperlichen Schwierigkeiten substanzabhängiger Eltern und ihrem Konsumverhalten wahrscheinlich. So setzen abhängige Eltern aufgrund beeinträchtigter Emotionsregulationsfähigkeiten häufig den Konsum von Drogen als eine Bewältigungsstrategie ein, um mit Stress umzugehen. Statt adaptive Bewältigungsstrategien auszubauen, wird die emotionale Dysregulation weiter verstärkt und damit verbundene Schwierigkeiten, wie die unzureichende Wahrnehmung kindlicher affektiver Bedürfnisse sowie eine gesteigerte emotionale Distanz, wahrscheinlicher (Cataldo et al., 2019).

Die Datenlage bezüglich des Erziehungsverhaltens substanzmissbrauchender Eltern unterscheidet sich teilweise, je nachdem welche Substanz im Vordergrund steht (Mayes & Truman, 2002). Der Konsum von Stimulanzien steht häufig im Zusammenhang mit Kontrollverlust, Reizbarkeit, aggressivem Verhalten gepaart mit paranoiden Wahnvorstellungen sowie einer erhöhten Ungeduld, da das kindliche Verhalten vor dem Hintergrund der eigenen Hyperaktivität langsam erscheint (Klee et al., 2001). Üblicherweise besteht zudem ein komorbider Konsum von Cannabis, um mit der erhöhten Reizbarkeit, insbesondere während die Wirkung der Stimulanzien nachlässt, umzugehen. Dem Review von Cataldo und Kolleg\_innen (2019) zufolge weisen insbesondere kokainmissbrauchende Mütter Tendenzen von mangelnder Bindung zu ihrem Kind sowie eine verringerte kognitive Flexibilität auf. Länger andauernde verminderte neuronale Reaktionen in bestimmten Hirnregionen scheinen das mütterliche Verhalten gegenüber den Bedürfnissen und Signalen ihres Kindes zu beeinträchtigen, was sich negativ auf die Mutter-Kind-Bindung auswirken kann (Landi et al., 2011). Insgesamt weisen diverse Befunde darauf hin, dass die Qualität der Interaktion bei kokainmissbrauchenden Müttern und ihren Kindern durch teilweise fehlende gemeinsame Freude und Reziprozität verringert wird (Cataldo et al., 2019). Im Zusammenhang mit Kokain wird außerdem häufig von Gewalt aufgrund von Ungeduld und Ärger, fehlendem Wissen bezüglich Themen der Elternschaft, Verlassen des Kindes sowie wiederholten dysfunktionalen Erziehungsmustern in der Familie berichtet (Coyer, 2003). Es besteht zudem häufig ein komorbider Konsum von Kokain und Alkohol, was bei den konsumierenden Eltern zyklische affektive Störungen und residuale Aufmerksamkeitsstörungen fördern kann. Die komorbiden

Störungen wiederum gehen häufig mit einer erhöhten Desinhibition, Impulsivität, Hypersexualität, Hyperaktivität, Paranoia und einem schlechteren Urteilsvermögen der Eltern einher, was sich in einem signifikant erhöhten Risiko für Kindeswohlgefährdungen, beispielsweise durch sexuelle Misshandlung, widerspiegelt (Famularo et al., 1992).

Neben der Tatsache, dass opioidmissbrauchende Frauen unter Umständen Säuglinge gebären, die unter dem Neonatalen Abstinenzsyndrom leiden, zeigen diese Mütter häufig auch ein geringeres Interesse daran, ihre Kinder zu stillen. Stillen wiederum hat sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen auf die dyadische Bindung zwischen Mutter und Kind. Befunde zu opioidabhängigen Müttern weisen auch darauf hin, dass sie einen geringeren Glauben haben in die eigene Erziehungseffizienz, d.h. die emotionale Verfügbarkeit, die eigene Disziplin sowie die Fähigkeit, Limits zu setzen und ihr Kind vor Schaden zu schützen. Auf der anderen Seite scheint bei ihnen häufig ein gesteigerter Glaube in die eigene Autorität zu existieren, was wiederum die mütterliche Sensitivität, Empathie, Reaktionsfreudigkeit, Wärme, Involviertheit und Wahrnehmung emotionaler Hinweisreize negativ beeinflusst sowie harsches und missbilligendes Elternverhalten verstärkt (Peisch et al., 2018; Mirick & Steenrod, 2016).

#### 4.1.3 Auswirkungen auf mitbetroffene Kinder

Grundsätzlich bestehen für Kinder, die in einer suchtblasteten Familie aufwachsen, oftmals sehr ungünstige Lebensbedingungen. Sie erleben häufiger soziale Ausgrenzung, Vernachlässigung, instabile Beziehungserfahrungen in der Familie, wiederkehrende Trennungen von den Eltern und ungünstiges Elternverhalten. Infolgedessen zeigen sie oftmals schlechtere schulische Leistungen sowie Defizite in einer Vielzahl von sozialen, kognitiven und emotionalen Entwicklungsbereichen und es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer eigenen Sucht- oder psychischen Erkrankung (Klein et al., 2017; Waldron et al., 2014; Solis et al., 2012). So treten bei Kindern und Jugendlichen substanzmissbrauchender Eltern im Vergleich zu Kindern von Eltern ohne Suchtproblematik häufiger Angststörungen (MacPherson et al., 2001), Störungen des Sozialverhaltens (Molina et al., 2010), Depressionen (Fuller-Thomson, et al., 2013) sowie Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (Parvaresh et al., 2015; Kendler et al., 2016) auf. Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien weisen damit einhergehend eher Symptome wie mangelndes Mitgefühl mit anderen, verminderte soziale Leistungen und zwischenmenschliche Anpassung, geringes Selbstwertgefühl und mangelnde Kontrolle über ihre Umgebung auf (Temmen & Crockett, 2018).

Während die Erziehung von cannabismissbrauchenden Eltern oftmals vor dem Hintergrund guter Beziehungen und eines sicheren Jobs noch ein wenig zu funktionieren scheint, zeigen Kinder von Eltern, die Alkohol und andere illegale Drogen missbrauchen, in den meisten Fällen externalisierende Störungen (Marmorstein et al., 2009). Kinder, die aufgrund einer konsumierenden Mutter in ihrer

fötalen Entwicklung Kokain ausgesetzt waren, weisen später vermehrt neurologische Verhaltensstörungen auf. Sie leiden häufig unter erhöhter Reizbarkeit, Überempfindlichkeit, Schwierigkeiten in ihrer Emotionsregulation gegenüber Reizen der Mutter sowie Lethargie bzw. Schläfrigkeit, die als eine Strategie fungiert, sich von stressiger Stimulation zurückzuziehen (Cataldo et al., 2019). Kinder von opioidmissbrauchenden Eltern zeigen eher Aufmerksamkeitsdefizite, erhöhten Stress und leiden vermehrt unter Depressionen (Skinner et al., 2011).

#### 4.1.4 Interventionsansätze

Das Projekt SHIFT PLUS basiert auf den Ergebnissen des Vorgängerprojektes „Crystal Meth und Familie II /SHIFT-Elternteraining“, welches als modularisierte Gruppenintervention speziell für die Zielgruppe methamphetaminabhängiger Eltern von Kindern zwischen 0 und 8 Jahren konzipiert wurde. Das bestehende und ursprünglich an sieben Standorten in Sachsen und Thüringen implementierte „SHIFT“- (Suchthilfe-Familien-Training)-Programm hat sich in einer ersten Evaluation als wirksam im Bereich der Förderung des Erziehungsverhaltens sowie der Reduktion drogenbezogener Probleme erwiesen.

Das SHIFT-Elternteraining besteht aus acht Modulen à 90 Minuten, in denen jeweils ein bestimmtes Thema behandelt wird. Dabei bauen die Themen und Inhalte zwar teilweise aufeinander auf, können aber auch gesondert voneinander behandelt werden. Die Gruppensitzungen wurden für jeweils zwei Trainer\_innen und eine Gruppengröße von sechs bis acht Teilnehmenden konzipiert. Methodisch bestehen die einzelnen Module aus Psychoedukation, Arbeitsblättern, Rollenspielen, (Selbst-) Beobachtungsaufgaben, Austausch in der Gruppe und Diskussion sowie „Wochenaufgaben“ zum Transfer in den Alltag. Inhaltlich decken die Sitzungen die folgenden Themen ab:

- **Einstieg** (Modul 1): Wünsche und Erwartungen, Gruppenregeln
- **Erziehung** (Modul 2 und 3): Die eigene Elternschaft, die kindlichen Bedürfnisse, die Eltern-Kind-Beziehung, die eigene praktizierte Erziehung (abstinent vs. konsumierend), Aufstellung und Kommunikation klarer Regeln in der Erziehung, Umgang mit schwierigen Situationen, gewaltfreie Erziehung
- **Familienresilienz** (Modul 4 und 5): Das Familienleben, das Konzept der Familienresilienz („Schlüsselmerkmale“), gemeinsame Überzeugungen innerhalb der Familie, Abläufe und Regeln in der Familie, Inanspruchnahme von Hilfe, Kommunikation in der Familie (im Allgemeinen und in Bezug auf Emotionen), gemeinsame Problemlösungsfertigkeiten
- **Sucht & Familie** (Modul 6): Das Tabuthema Sucht, Auswirkungen der Suchterkrankung für die Familie, Schuldgefühle in Zusammenhang mit der Familie, Rückfallsituationen in Zusammenhang mit der Familie, Unterstützung durch Familienmitglieder für ein cleanes Leben, familiäre Beziehungen

- **Partnerschaft** (Modul 7): Das Leben als Paar, Konfliktpotenziale und Streit in der Partnerschaft, Sexualität im Kontext von Crystal Meth, Pflege der Partnerschaft
- **Abschied** (Modul 8): positiver Zukunftsausblick, Veränderungsvorhaben, Rückfallprophylaxe, Umgang mit Krisensituationen, (weitere) Behandlungsbereitschaft, Inanspruchnahme von Hilfen

Eltern erlebten das Training als sehr hilfreich für den Umgang mit Problemen innerhalb der Familie und mit ihren Kindern. Sie konnten zudem Zuversicht entwickeln, entsprechenden Schwierigkeiten in der Zukunft zu begegnen. Auch die durchführenden Trainer\_innen empfanden die Intervention als sehr praktikabel. In der Wirksamkeitsevaluation der quasi-experimentellen Multicenter-Studie konnten positive Effekte auf das elterliche Erziehungsverhalten sowie auf die Reduktion von Substanzkonsum und drogenbezogenen Problemen gezeigt werden. Somit zeigt sich das SHIFT-Elterntraining als wirksame und bei der Zielgruppe hoch akzeptierte Gruppenintervention, deren Einsatz im Sucht- wie Jugendhilfekontext bzw. in entsprechender Kooperation besonders geeignet ist.

Während in den USA die Elternarbeit im Kontext der Suchtbehandlung häufig vertreten ist (Moreland & McRae-Clark, 2018), sind im deutschsprachigen Raum kaum Elternprogramme bekannt, die speziell alkohol- oder drogenabhängige Mütter und Väter in den Fokus nehmen und nach wissenschaftlichen Standards evaluiert sind. Das bislang bekannteste Programm ist das Mütter-Unterstützungs-Training (MUT!) (Klein, 2006). Bei MUT! handelt es sich um ein Gruppentraining für drogenabhängige, substituierte Mütter zur Förderung ihrer Erziehungskompetenz. Der MUT!-Kurs soll bei den Müttern u.a. positive Veränderungen in den folgenden Bereichen erwirken: Erkenntnisgewinn zur kindlichen Entwicklung (im Kontext der Suchterkrankung), Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, Zuversicht sowie elterliche Handlungskompetenz. Evaluationsergebnisse zu MUT! spiegeln insgesamt eine hohe Akzeptanz des Kurses bei substituierten Teilnehmerinnen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass sich die Mütter nach Ende des Kurses weniger sozial isoliert fühlen, eine geringfügige Verbesserung im Kompetenzerleben erfuhren sowie einen Abbau sozialer Unsicherheit und einen Rückgang an paranoiden und misstrauischen Denkmustern erlebten.

Weiterhin ist das inzwischen auch in Deutschland implementierte Programm *Familien Stärken (Strengthening Families Program)* zu nennen. Es richtet sich primär an Risikofamilien und zielt auf die Prävention psychischer Störungen und Suchterkrankungen ab. Die Umsetzung beinhaltet dabei Elemente der Elternarbeit, direkte Arbeit mit Jugendlichen sowie Familiensitzungen. Inhaltlich fokussiert es u.a. auf Aspekte von Erziehung, Umgang mit Gefühlen und Stress sowie Kommunikation innerhalb der Familie. Das Programm hat sich als wirksam auf individueller sowie familienorientierter Ebene gezeigt (Baldus et al., 2016; Bröning et al., 2017).

Zusammengefasst zeigt sich ein Bedarf an einer standardisierten Intervention für drogenabhängige Mütter und Väter, die explizit Elternschaft und Erziehung adressiert. Die Entwicklung und Evaluation des hier vorgestellten SHIFT PLUS Elterntrainings zielt darauf ab, diese Forschungs- und Versorgungslücke zu schließen.

## 4.2 Projektziele

Übergeordnetes Ziel des Forschungsprojektes SHIFT PLUS ist die Adaption des bestehenden SHIFT-Elterntrainings für die Gruppe drogenabhängiger Eltern mit Kindern bis 8 Jahren. Die Anpassung des Trainings soll dabei zum einen die Mütter und Väter unabhängig von der präferierten illegalen Substanz ansprechen und darüber hinaus Angehörige und Kinder direkt in die Intervention einbeziehen, um die Familiendynamik nachhaltig zu verbessern.

Weiterhin steht die Evaluation im Sinne der Wirksamkeit und Praktikabilität der angepassten Intervention im Vordergrund. Zentrale Aspekte im Sinne der Wirksamkeit sind dabei eine Stärkung der Elternkompetenz und Förderung der Widerstandskraft der ganzen Familie (Familienresilienz). Außerdem soll elterliche Abstinenz weiter gefördert bzw. stabilisiert werden, wobei eine Inanspruchnahme von Hilfen für die ganze Familie ebenfalls bedeutsam ist.

Tabelle 1 zeigt die primären Ziele sowie Teilziele des Projektes sowie deren Indikatoren gemäß Projektantrag.

**Tabelle 1: Projektziele**

<b>Übergeordnete(s) Ziel(e):</b>	<b>Wie wird die Zielerreichung gemessen?</b>
1. Akzeptanz der Intervention durch die Zielgruppe	(Teil-)Ergebnisse der formativen und summativen Prozessevaluation
2. Optimierung des elterlichen Erziehungsverhaltens & der Familienresilienz, Erreichung/Stabilisierung von Abstinenz bzw. reduziertem Konsum, Inanspruchnahme von Hilfen, Verbesserung der psychischen Gesundheit der Kinder	Ergebnisse der summativen Wirksamkeitsevaluation; Signifikante Verbesserung auf den relevanten Skalen nach der Intervention (s.u.)
3. Nachhaltiger Transfer der Projektergebnisse in die Fachwelt	Mindestens 3 Publikationen und Projektpräsentationen, Publikation 2. aktualisierte Version Handbuch (über psychologischen Fachverlag), Abschlusstreffen mit mind. 40 Fachkräften aus Sucht-, Familien- und Jugendhilfe

4. Nachhaltige Verankerung der entwickelten Intervention	Umsetzung SHIFT PLUS bei Praxispartner_innen vor Ort und neu geschulten Institutionen nach Projektabschluss (10 Partner + x weitere, Anzahl Durchläufe des Programms vor Ort nach Projektabschluss), Verbreitung und Dissemination des Manuals über Fachverlag (Druckauflage)
<b>Teilziele:</b>	
a. Erreichung einer ausreichenden Anzahl Praxispartner_innen	Anzahl Praxispartner_innen (N = 10) aus dem gesamten Bundesgebiet
b. Verbindliche Kooperationen zwischen Sucht- und Jugendhilfe	Abschluss projektbezogener Kooperationsvereinbarungen zwischen den Praxispartner_innen aus der Suchthilfe und anerkannten Trägern der Jugendhilfe vor Ort
c. Erreichung der Zielgruppe für die Studienteilnahme während der Feldphase	Hinreichende Fallzahl für die Stichprobe (N = 130), angemessene Verteilung bzgl. Alter, Geschlecht, Elternstatus
d. Nutzung Online-Plattformen zu Rekrutierungszwecken	Anzahl ausgewählter medialer Kanäle, Rücklaufquote der Kanäle
e. Austausch von Zwischenergebnissen, Absprachen bzgl. anstehender Aufgaben	Anzahl und Effektivität der projektinternen Meetings und Rückmeldungen an/von Kooperationspartner(n) (Protokolle, Dokumentationen)
f. Entwicklung der Instrumente für die Prozess- und Wirksamkeitsevaluation	Konsens und kommunikative Validierung des Projektteams, psychometrische Gütemaße

Hinsichtlich der übergeordneten Ziele 1- 4 können diese als erreicht angesehen werden. Bzgl. Teilziel 3 zeigte sich eine Neuauflage des bestehenden SHIFT Elterntrainings von 2019 nach Rücksprache mit dem Fachverlag als verfrüht, sodass ausschließlich die zusätzlich entwickelten Module als Online-Supplement zur Verfügung gestellt wurden. Weiterhin können bzgl. Teilziel 4 nur eingeschränkte Aussagen getroffen werden, da Kontaktbeschränkungen der Corona-Pandemie eine verstetigte Durchführung der Gruppen vorübergehend erschweren.

Auch die Teilziele a-f konnten im Projektverlauf erreicht werden. Hinsichtlich Teilziel a ist jedoch anzumerken, dass aufgrund lokal teilweise beschränkter Rücklaufquoten von 10 akquirierten Institutionen nur 8 das Training final umsetzen konnten, was entsprechende Auswirkung auf die Gesamtstichprobe hatte.

Eine umfassende Erläuterung des Arbeits- und Zeitplans sowie der konkreten Zielerreichung findet sich in den nachfolgenden Kapiteln.

### 4.3. Projektstruktur

Das Projekt wurde durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln koordiniert und geleitet.

#### Projektverantwortliche

Tabelle 2: Projektverantwortliche

<b>Projektleitung:</b>	Prof. Dr. Michael Klein
<b>Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:</b>	Prof. Dr. Diana Moesgen (01.10.2018 bis 29.02.2020) Dr. Janina Dyba
<b>Wissenschaftliche Hilfskräfte:</b>	Luisa Grimmig (01.01.2019 bis 30.06.2021)
<b>Studentische Hilfskräfte:</b>	Katharina Lich (01.02.2019 bis 31.10.2019)
<b>Institution:</b>	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Für die Durchführung des SHIFT PLUS Elterntrainings konnten initial 15 Praxiseinrichtungen an 10 Standorten gewonnen und im Jahr 2019 für die praktische Umsetzung geschult werden. Zentral war hierbei eine bundesweite Implementierung des Trainings im Rahmen einer lokalen Kooperation von Jugend- und Suchthilfe. Diese wurde als „Tandem“ oder im Rahmen einer bestehenden Interdisziplinarität (und Mischfinanzierung) umgesetzt, um Expertisen beider Arbeitsfelder zusammenzuführen und diese Zusammenarbeit in der Versorgung der Zielgruppe zu verstetigen.

Tabelle 3 stellt die Praxispartner\_innen des Projektes bzw. die lokalen Tandems vor.

Tabelle 3: Praxispartner\_innen

Standort	Suchthilfeeinrichtung	Jugendhilfeeinrichtung
<b>Nürnberg</b>	Lilith e.V. Verein zur Unterstützung von Frauen mit Drogenproblematik (mischfinanziert)	
<b>Hückelhoven</b>	Caritas Beratungsstelle für Suchtfragen Hückelhoven	Caritas Jugendhilfe Kreis Heinsberg
<b>Trier</b>	Suchtberatung Die Tür, Trier	Palais e.V. Trier
<b>Hof</b>	FiZ (Familien im Zentrum) gGmbH (mischfinanziert)	
<b>Bad Homburg</b>	Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis (mischfinanziert)	
<b>Dresden</b>	Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden	Radebeueler Sozialprojekte e.V.

<b>Rastatt**</b>	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH als Träger der Fachstelle Sucht Rastatt	Landkreis Rastatt – Landratsamt Rastatt
<b>Baden-Baden**</b>	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH als Träger der Fachstelle Sucht Baden-Baden	Stadt Baden-Baden
<b>Kleve *</b>	Caritasverband Kleve e.V. als Träger der Beratungsstelle für Suchtfragen	Caritasverband Kleve e.V. als Träger der ambulanten Erzieherischen Hilfen
<b>Neunkirchen</b>	Beratungs- und Behandlungszentrum des Caritasverband Schaumberg-Blies e.V. (mischfinanziert)	

\*Standort im Projektverlauf ausgeschieden (s.u.)

\*\*Projektstandorte für die Durchführung einer Interventionsgruppe zusammengelegt (s.u.)

Zum Ende des Jahres 2019 musste der Projektstandort Kleve mitteilen, dass trotz umfangreicher und intensivster Rekrutierungsbemühungen nicht genügend Teilnehmer\_innen für das Projekt SHIFT PLUS gewonnen werden konnten, wodurch dieser Standort zum Jahresbeginn 2020 aus dem Projekt ausschied. Als Gründe hierfür wurden genannt, dass lokal eine hohe Tabuisierung in Bezug auf das Thema Suchterkrankungen vorherrscht, vor allem im Bereich der illegalen Drogen. Es sei ein gängiges Problem der dortigen Suchthilfe, dass die Klient\_innen große Angst hätten, ihre Problematik könne „nach außen“ gelangen. Dahinter steckten eine Angst vor Stigmatisierung durch Dritte sowie Sorge vor dem Erleben von Schuld- und Schamgefühlen. Zu Beginn des Jahres 2020 teilten die Standorte Rastatt und Baden-Baden mit, dass auch hier trotz umfangreicher Rekrutierungsarbeiten nicht genügend Teilnehmende für die Durchführung von zwei SHIFT PLUS Durchgängen gewonnen werden konnten. Es wurde in Absprache mit den Projektstandorten beschlossen, die interessierten Teilnehmer\_innen zusammenzuführen und dort zumindest eine Interventionsgruppe durchzuführen. Aufgrund des bereits fortgeschrittenen Projektzeitpunkts war eine Nachrekrutierung und –schulung neuer Praxiseinrichtungen nicht mehr umsetzbar. Die geplante Stichprobengröße wurde entsprechend der reduzierten Anzahl an Projektstandorten nach Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit angepasst.

## 5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

### 1.1 Forschungsdesign

Zentraler Bestandteil des Evaluationskonzeptes für das hier beschriebene Projekt waren zum einen die Sicherstellung der Praktikabilität und Akzeptanz (Prozessevaluation) sowie zum anderen die der Wirksamkeit (Wirksamkeitsevaluation) der SHIFT PLUS Intervention.

Die Prozessevaluation diente der Überprüfung der Intervention in Hinblick auf Umsetzbarkeit und Akzeptanz sowohl durch Trainerinnen und Trainer als auch durch teilnehmende Elternteile. Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurde zunächst ein randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign angestrebt, aus forschungspraktischen Gründen wurde jedoch ein quasi-experimentelles Design realisiert. Dabei wurde die Interventionsgruppe (IG) mit einer unbehandelten Wartekontrollgruppe (WKG) verglichen.

Initial war die Wirksamkeitsevaluation im Rahmen von 3 Messzeitpunkten geplant: Prä (T1), Post (T2) und 6-Monats Follow-Up (T3). Aus den Rückmeldungen der Praxispartner\_innen zu diesem geplanten Forschungsdesign ging hervor, dass die geplante 6-Monats-Katamnese mit der anvisierten Klientel schwer realisierbar sei. Begründet wurde dies damit, dass die Verweildauer der Klientel im Hilfesystem (und somit ihre Erreichbarkeit) in Abhängigkeit der konsumierten Substanz stark variere. Dies könne eine erhöhte Abbruchquote bei Konsumierenden von bestimmten Substanzen (z.B. Cannabis) mit sich bringen, was wiederum zu unerwünschten Selektionseffekten führen könne. Das Forschungsdesign wurde entsprechend dieser Rückmeldungen und in Absprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit adaptiert und um einen weiteren Messzeitpunkt ergänzt. Dieser Messzeitpunkt erfasste die 3-Monats-Katamnese und dient auch der Verkürzung der Wartezeit für die Kontrollgruppe. Nach dem dritten Messzeitpunkt und somit nach nur 3 Monaten Wartezeit starteten die WKGn mit der Intervention. Zuletzt wurde die bereits zuvor geplante 6-Monats-Katamnese als vierter Messzeitpunkt durchgeführt. Abbildung 1 zeigt den final abgestimmten Ablauf der Gruppendurchläufe und Datenerhebungen zu den vier Messzeitpunkten.

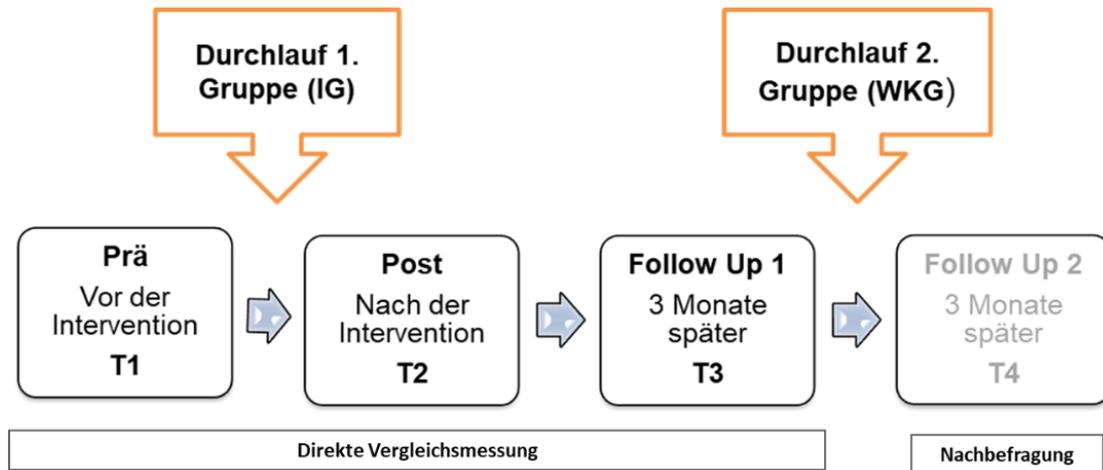


Abbildung 1: Ablauf der Datenerhebungen T1-T4

Aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie und assoziierter Beschränkungen im Jahr 2020 musste das Forschungsdesign erneut leicht adaptiert werden. Während die Messzeitpunkte T1 bis T3 unverändert blieben, wurde gemeinsam mit den Praxiseinrichtungen und dem Bundesministerium für Gesundheit vereinbart, die T4-Befragung nach Ende der Wartekontrollgruppen durchzuführen. Da die WKGn aufgrund der Kontaktbeschränkungen verzögert umgesetzt wurden, ergaben sich hier standortspezifische Differenzen in den Katamnese-Zeiträumen zu T4.

## 5.2 Prozessevaluation

Zur Qualitätssicherung des Gruppenprogramms wurde eine sorgfältige Prozessevaluation durch die Fachkräfte und teilnehmenden Eltern durchgeführt, welche alle relevanten Teilbereiche des Forschungsprojektes adressierte.

Um vorab sicherzustellen, dass das Training ausschließlich von qualifizierten Fachkräften durchgeführt wurde, wurde im Rahmen der Schulung zur Durchführung der Intervention an alle Trainerinnen und Trainer ein kurzer Fragebogen mit hauptsächlich geschlossenen Fragen verteilt und durch diese ausgefüllt. Der Fragebogen diente der Erfassung verschiedener soziodemografischer Merkmale der geschulten, potenziellen Trainerinnen und Trainer, wie z.B. Alter, Ausbildungshintergrund und Berufserfahrung. Um die Persönlichkeitseigenschaften der Fachkräfte zu untersuchen, wurde im verwendeten Fragebogen das Big Five Inventory-10 (BFI-10) integriert. Beim BFI-10 von Rammstedt und John (2007) handelt es sich um eine deutsche Kurzversion des Big Five Inventory, welches die fünf Dimensionen der Persönlichkeit (Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität, Offenheit für Erfahrungen) in nur je zwei Items erfasst.

Um eine reibungslose Durchführung bereits im Vorfeld bestmöglich zu sichern, wurde auch die digitale Schulungsveranstaltung selbst durch die Schulungsteilnehmenden evaluiert. Bewertet wurden anhand

eines standardisierten 5-Punkt-Ratings (Schulnoten) z.B. die Verständlichkeit, die Inhalte sowie die Durchführung der Schulung.

Nach Abschluss ihrer Rekrutierungsarbeiten wurden alle Praxisstandorte gebeten, mittels eines weiteren kurzen Fragebogens mit geschlossenem Antwortformat zu berichten, welche Rekrutierungswege sie genutzt hatten und welche davon erfolgreich gewesen waren.

Die vor der Intervention vorgeschaltete Clearingphase wurde einmalig nach deren Ende durch die durchführenden Fachkräfte mithilfe eines dreiseitigen Fragebogens evaluiert. Dieser schriftliche Fragebogen beinhaltete standardisierte, geschlossene Fragen zur Praktikabilität des Clearings, zu Motivationsaspekten und zur wahrgenommenen Akzeptanz durch die Teilnehmenden.

Zur Bewertung der einzelnen Module der Intervention füllten die Fachkräfte, welche die Intervention durchführten, nach jedem Modul kurze schriftliche Fragebögen (2-3 DIN A4-Seiten) mit standardisierten, geschlossenen Fragen zur Praktikabilität des Moduls sowie wahrgenommenen Akzeptanz durch die Teilnehmenden und sich selbst aus. Darüber hinaus beantworteten sie offene Fragen zu Verbesserungsvorschlägen und weiteren Anmerkungen. Die Teilnehmenden der Intervention wurden ebenfalls am Ende jedes Moduls mithilfe von geschlossenen und offenen Fragen zur Verständlichkeit und zur Zufriedenheit mit den Inhalten befragt (formative Evaluation).

Zur Erfassung der Gesamtakzeptanz füllten die durchführenden Fachkräfte nach Abschluss der Interventionsgruppe einen schriftlichen Fragebogen aus, der standardisierte Fragen zur Praktikabilität der Intervention insgesamt beinhaltete sowie zur gesamt wahrgenommenen Akzeptanz durch die Teilnehmenden und sich selbst. Offene Fragen zu Verbesserungsvorschlägen und weiteren Anmerkungen wurden ebenfalls beantwortet. Zur Bewertung der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden wurden diese nach Abschluss der Intervention um eine schriftliche Gesamtbewertung der Intervention und ihrer Module gebeten (summative Evaluation).

### 5.3 Wirksamkeitsevaluation

Zur Erfassung der Wirksamkeit der Intervention fand eine Befragung der teilnehmenden Eltern zu vier Messzeitpunkten anhand von Paper-Pencil Fragebögen im Gruppensetting statt: T1 = unmittelbar vor Beginn der Intervention (prä), T2 = unmittelbar nach der Intervention (post), T3 = drei Monate später (3-Monats-follow-up) und T4 = sechs Monate später (6-Monats-follow-up). In diesen Fragebögen wurden neben soziodemografischen Angaben weitere relevante Konstrukte (z.B. Erziehungsverhalten, Elternstress Substanzkonsum und –abstinenz, Familienresilienz) anhand standardisierter Verfahren erfasst. Tabelle 4 zeigt die Operationalisierung der Konstrukte.

**Tabelle 4: Verwendete Verfahren der Wirksamkeitsevaluation**

<b>Konstrukt</b>	<b>Verwendetes Verfahren</b>
Soziodemografie	selbstkonstruierte Items
Substanzkonsum	Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) selbstkonstruierte Items
Familie & Resilienz	Family Resilience Assessment Scale Deutsch (FRAS-D) Selbstkonstruierte Items zum Umgang mit dem Thema „Familie und Sucht“ sowie „Kinder und Sucht“
Erziehungsverhalten	Erziehungsfragebogen (EFB-K) Fragebogen zum Erziehungsverhalten (FZEV)
Elterliches Stresserleben	Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)
Psych. Symptombelastung der Eltern	Brief Symptom Checklist (BSCL, Subskalen Angst, Depressivität, Aggression, Psychotizismus, Paranoia)
Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ)
Inanspruchnahme von Hilfen	selbstkonstruierte Items

### ***Soziodemografie***

Die soziodemografischen Merkmale der Interventionsteilnehmenden wurden anhand selbstkonstruierter Items erfasst. Diese sind angelehnt an allgemeine soziodemografische Standards des Statistischen Bundesamts (2010) und wurden in Anpassung an die Zielgruppe formuliert. Die 13 Fragen erfassen neben Angaben zu der Person selbst (Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bildungsabschluss) die partnerschaftliche Situation und den Familienstand sowie Angaben zu leiblichen Kindern, zur Wohn- und beruflichen Situation.

### ***Familie und Resilienz***

Für die Messung des Konzeptes der Familienresilienz entwickelte Sixbey (2005) die englische Originalversion der Family Resilience Assesment Scale [FRAS], die 67 Items umfasst. Die Originalskala umfasst sechs Faktoren mit einer internen Konsistenz zwischen  $\alpha = .70$  bis  $.96$ , welche den drei theoretischen Oberkonstrukten Kommunikationsprozesse, geteilte Glaubenssysteme und Organisationsprozesse zugeordnet werden können (Sixbey, 2005). Im Rahmen des Projektes CM II / SHIFT Elterntraining war bereits eine deutsche Übersetzung erstellt worden, welche aus ökonomischen Gründen auf eine Gesamtzahl von 18 Items gekürzt wurde. Bisherige internationale Adaptionen der Skala legen dabei ebenfalls eine Kürzung der ausführlichen Originalversion nahe (Li et al., 2016; Kaya & Arici, 2012).

In Ergänzung zur standardisierten Erfassung wurden eigene Skalen entwickelt, die die Situation der suchtbelasteten Familie differenzierter erfassen sollten und auf die Inhalte der Intervention abgestimmt waren. Im Rahmen von neun Items erfasste die Skala „Familie und Sucht“ zum einen Resilienz Aspekte in der Familie und zum anderen den Umgang mit der Suchterkrankung in der Familie. Dabei wurden die Items auf einer 5-Punkt-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt genau“ erfasst. Folgende Items bildete die Skala ab:

1. „Wir ziehen in der Familie an einem Strang.“
2. „Wir haben als Familie gemeinsame Pläne und Ziele.“
3. „Ich kann positiv und freundlich mit meiner Familie kommunizieren.“
4. „Wir sind als Familie gut organisiert.“
5. „Wir blicken als Familie zuversichtlich in die Zukunft.“
6. „Wir können in unserer Familie über das Thema Sucht und Drogen sprechen.“
7. „Ich weiß, wie meine Familie mich unterstützen kann, keine oder weniger Drogen zu nehmen.“
8. „Ich weiß, wo ich Unterstützung für meine Familie finden kann.“
9. „Ich kenne die Auswirkungen des Drogenkonsums auf Familien.“

Eine weitere kurze Skala sollte zudem den Umgang der Eltern mit ihren Kindern im Kontext der Suchterkrankung erfassen. Im Rahmen des äquivalenten 5-Punkt-Rating repräsentierten folgende drei Items die Skala „Kinder und Sucht“:

1. „Ich kann mit meinem Kind über das Thema Sucht und Drogen sprechen.“
2. „Ich kenne die Auswirkungen des Drogenkonsums auf Kinder.“
3. „Ich weiß, wo ich Unterstützung für mein Kind finden kann.“

### ***Erziehung und Elternschaft***

Der Erziehungsfragebogen – Kurzform [EFB-K], die Kurzfassung des Erziehungsfragebogens (EFB, Naumann, et al., 2010), ist ein mehrdimensionales Instrument zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituationen. Das Verfahren umfasst 13 Items, die verschiedene Erziehungssituationen repräsentieren, wobei jeweils zwei Verhaltensmöglichkeiten (dysfunktionales vs. funktionales Verhalten) als Pole formuliert sind. Seitens der Eltern wird ihr eigenes Verhalten in diesen Situationen zwischen den Polen auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. Neben dem Gesamtwert ergeben sich zwei Skalen, „Weitschweifigkeit“ und „Überreagieren“. Weiterhin enthält der Fragebogen ein Zusatzitem, welches wesentliches Erziehungsverhalten („Monitoring“) beschreibt. Die interne Konsistenz der beiden Hauptskalen liegen jeweils bei Cronbach's  $\alpha = .75$ . Für die Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz von  $\alpha = .76$  (Miller, 2001). Der Fragebogen weist zudem hohe Korrelationen zu den entsprechenden Skalen und Werten der ausführlichen Version EFB auf (zwischen  $r = .87$  für den Gesamtwert und  $r = .95$  auf der Skala Überreagieren).

Das Eltern-Belastungs-Inventar [EBI] (Tröster, 2011) ist die deutsche Version des Parenting-Stress-Index von Abidin (2012) und stellt ein mehrdimensionales Verfahren zur Erfassung der Belastung von Eltern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter dar. Es basiert auf 48 Items mit einem fünfstufigen Antwortformat von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“. Das Verfahren besteht aus zwölf Subskalen, wobei diese jeweils umschriebene Belastungsquellen abbilden. Fünf dieser Skalen verorten die elterliche Belastung im Kindesbereich („Child-Domain“) im Sinne spezifischer Anforderungen in der Erziehung, die vom Verhalten des Kindes ausgehen (z.B. Hyperaktivität, Stimmung). Die verbleibenden sieben Subskalen erfassen elterliche Belastungsquellen („Parent-Domain“), wie z.B. elterliches Kompetenzerleben, Bindung, persönliche Einschränkung und Partnerschaft. Die interne Konsistenz der Gesamtskala des EBI liegt bei  $\alpha = .95$ , die der Teilskala Kindesbereich bei  $\alpha = .91$  und bei  $\alpha = .93$  im Elternbereich.

Der Fragebogen zum positiven Erziehungsverhalten [FZEV] (Naumann et al., 2007) erfasst positives, verstärkendes und förderndes Erziehungsverhalten, wobei befragte Eltern die Häufigkeit der beschriebenen Verhaltensweisen in den letzten zwei Monaten anhand von 13 Items auf einem 4-Punkt-Rating von „nie“ bis „sehr oft“ beurteilen. Der FZEV entstand u.a. in Anlehnung an die Parent Practices Scale (Strayhorn & Weidman, 1988) und wurde bereits für Forschungszwecke ins Deutsche übersetzt. Die interne Konsistenz des Fragebogen-Gesamtwerts zeigt sich mit  $\alpha = .85$  (Mütter) /  $.87$  (Väter) zufriedenstellend (Naumann et al., 2007).

### ***Psychische Symptombelastung der Eltern***

Die Brief Symptom Checklist [BSCL] (Franke, 2017) stellt eine auf 53 Items gekürzte Version der Symptomcheckliste 90 (SCL-90) dar und erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der letzten sieben Tagen. Die Beurteilung der erlebten Symptome erfolgt auf einer 5-Punkt-Ratingskala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“. Insgesamt verfügt das Verfahren über neun Subskalen, welche klinische Symptombelastung in verschiedenen relevanten Bereichen abbilden. Im Rahmen dieser Untersuchung wird sich auf folgende fünf Subskalen (27 Items) fokussiert: Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus. Die interne Konsistenz der Skalen (Cronbach's  $\alpha$ ) liegt in einem Bereich von  $\alpha = .72$  (Aggression) bis  $.88$  (Depressivität). Die ermittelte Gesamtbelastung wird im Rahmen dieser Studie durch die Gesamtscore der verwendeten Items repräsentiert.

### ***Psychosoziale Belastungen der Kinder***

Anhand des Elternfragebogens des Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ] (Klasen et al., 2003) werden Verhaltensstärken und -schwächen von Kindern und Jugendlichen standardisiert erfasst. Die

Subskalen des Fragebogens differenzieren dabei emotionale Probleme, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten auf vier Stufen (unauffällig – grenzwertig – hoch/niedrig – sehr hoch/niedrig). Diese Konstrukte werden bereits für Kinder ab dem 2. Lebensjahr durch die Fremdbeurteilung der Eltern erfasst. Das 25 Items umfassende Inventar wird auf einer 3-Punkt-Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft voll zu“ eingeschätzt. Der SDQ-Elternfragebogen existiert in zwei Versionen: einmal zur Einschätzung von Kindern zwischen 2 und 4 Jahren sowie für Kinder zwischen 4 und 17 Jahren. Das Inventar ist für den deutschsprachigen Raum für Elternangaben von Kindern zwischen 6 und 16 Jahren normiert (N = 930; Klasen et al., 2003). Für jüngere Kinder zwischen 2 und 6 Jahren liegen zum jetzigen Zeitpunkt Normwerte aus Großbritannien vor (SDQ 2-4: N = 11.592, SDQ 5-15: N = 10.298). Da im Rahmen des Projektes vor allem Eltern jüngerer Kinder bis 8 Jahre angesprochen werden, wird sich einheitlich auf die vorliegenden britischen Normen bezogen. Der deutschsprachige Fragebogen weist gute Skaleneigenschaften und Reliabilitätswerte auf, mit  $\alpha = .58$  auf der Skala Probleme mit Gleichaltrigen und  $\alpha = .82$  für den Gesamtproblemwert. Eine Validierung fand u.a. anhand des CBCL-Elternfragebogens statt und zeigte zufriedenstellende Skalenkorrelationen zwischen  $r = .61$  und  $r = .78$ .

### ***Substanzkonsum***

Mit Hilfe des Drug Use Disorders Identification Test [DUDIT] (Thormann & Schalast, 2002) wurden die Erfahrungen mit Substanzkonsum der Teilnehmenden anhand von elf Items erfasst, mit dem Ziel einer klinischen Einordnung des Drogenkonsums. Zusätzlich erteilten die Eltern Auskunft über Art und Menge der verschiedenen Substanzen, die innerhalb der letzten sechs Monate bzw. der letzten vier Wochen konsumiert wurden.

### ***Inanspruchnahme von Hilfen***

Zur Erfassung der Inanspruchnahme von Hilfen finden ebenfalls eigens konstruierte Items Verwendung, welche Erfahrungen mit Hilfen zur Erziehung, suchttherapeutischen sowie psychotherapeutischen Hilfen auf einem 5-Punkt-Rating erfassen.

Die Befragung der teilnehmenden Eltern zu den ersten Messzeitpunkten fand zunächst schriftlich im Gruppensetting in den kooperierenden Einrichtungen statt (T1 und der Großteil T2). Aufgrund der notwendigen Kontaktbeschränkungen und weiteren Schutzmaßnahmen im Zuge der Corona-Pandemie fanden alle Befragungen nach dem 15.03.2020 postalisch statt. Der Versand der Fragebögen und Gutscheine erfolgte dabei selbstorganisiert über die kooperierenden Einrichtungen.

## **5.4 Datenauswertung**

Alle Daten, die im Rahmen der Paper-Pencil-Befragungen für Wirksamkeits- und Prozessevaluation erfasst wurden, wurden manuell in das Statistik-Programm SPSS Version 27 eingegeben und

ausgewertet. Die Auswertung der Prozessevaluation erfolgte hier rein deskriptiv. Die Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation wurden mittels inferenzstatistischer Verfahren ermittelt, insbesondere Chi<sup>2</sup> Tests, t-Tests, U-Tests und (messwiederholte) Varianzanalysen.

Im Rahmen des direkten Gruppenvergleichs T1 - T3 wurden Kurzzeiteffekte (T1 - T2) und Langzeiteffekte (T1 - T3) in den Auswertungen separat analysiert. Die Katamneseerhebung T4 wurde ausschließlich in der Interventionsgruppe analysiert, da eine prä-post Messung in der Wartekontrollgruppe aufgrund der großen zeitlichen Differenzen zur T3-Messung zwischen den Standorten sowie der erneuten Einstellung einzelner Gruppen im Zuge des zweiten Lockdowns ab November 2020 nicht die notwendige Aussagekraft gehabt hätte.

## 6. Durchführungs-, Arbeits- und Zeitplan

### 6.1 Arbeits- und Zeitplan

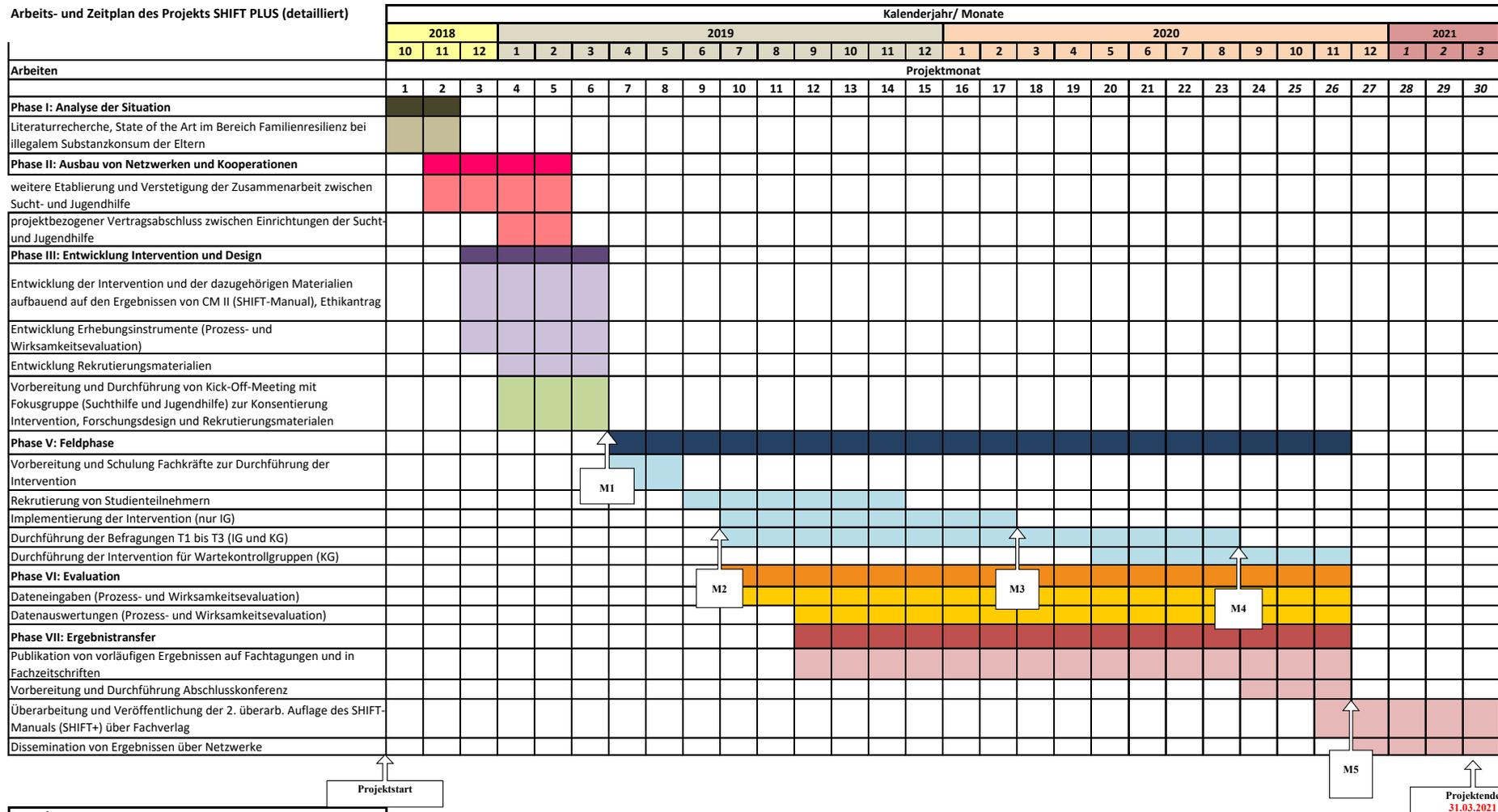
Das Projekt wurde in 6 Hauptphasen untergliedert, welche Tabelle 5 zu entnehmen sind. Der ursprüngliche Arbeits- und Zeitplan ist in der darauffolgenden Abbildung 2 dargestellt. Informationen zur konkreten Umsetzung der Schritte sowie aufgetretener Abweichungen werden anschließend erläutert.

**Tabelle 5: Arbeits- und Zeitplan**

Nr.	Projektphase	Inhalte
I	Analyse des Forschungsstandes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Literaturrecherche: State of the Art im Bereich illegaler Substanzkonsum bei Eltern, Interventionen und Familienresilienz</li> </ul>
II	Ausbau von Netzwerken und Kooperationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablierung und Verstetigung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe</li> <li>• Projektbezogener Vertragsabschluss zwischen Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe</li> </ul>
III	Entwicklung von Intervention und Forschungsdesign	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung/Adaption der Intervention und der dazugehörigen Materialien aufbauend auf den Ergebnissen von CM II (SHIFT-Manual)</li> <li>• Erstellung des Datenschutzkonzeptes und Einreichung des Ethikantrags</li> <li>• Entwicklung/Optimierung der Erhebungsinstrumente</li> <li>• Entwicklung der Rekrutierungsmaterialien</li> <li>• Vorbereitung/Durchführung eines Kick-Off Meetings mit Fokusgruppe mit den Praxispartner_innen zur Konsentierung von Intervention, Forschungsdesign und Rekrutierungsmaterialien</li> </ul>
IV	Feldphase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitung und Schulung der Fachkräfte zur Durchführung der SHIFT PLUS Intervention und Begleitforschung</li> <li>• Rekrutierung von Studienteilnehmer_innen und randomisierte Gruppenzuteilung</li> <li>• Implementierung der Intervention für Interventions- und Wartekontrollgruppe</li> <li>• Durchführung der begleitenden Befragungen (Prozessevaluation und Wirksamkeitsevaluation T1-T4)</li> </ul>
V	Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dateneingabe und -aufbereitung (Wirksamkeits- und Prozessevaluation)</li> <li>• Datenauswertung (Wirksamkeits- und Prozessevaluation)</li> </ul>

VI	Ergebnistransfer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Publikation vorläufiger Ergebnisse auf Fachtagungen und in Fachzeitschriften</li><li>• Vorbereitung und Durchführung der Abschlusskonferenz</li><li>• Dissemination der Ergebnisse über Netzwerke</li><li>• Überarbeitung und Veröffentlichung der überarb. 2. Auflage des SHIFT Manuals über Fachverlag</li></ul>
----	------------------	--

Arbeits- und Zeitplan des Projekts SHIFT PLUS (detailliert)



Legende	
Meilenstein 1 (M1)	Abschluss Fokusgruppe (PM6)
Meilenstein 2 (M2)	Start der Durchführung der Intervention (PM10)
Meilenstein 3 (M3)	Abschluss Intervention Interventionsgruppe (PM17)
Meilenstein 4 (M4)	Abschluss Datenerhebungen (PM23)
Meilenstein 5 (M5)	Abschluss Abschlusskonferenz (PM26)

## 6.2 Projektverlauf

Die ersten Phasen des Projektverlaufs (I-III) konnten alle gemäß dem obenstehenden Arbeits- und Zeitplan umgesetzt werden. Mit Ausbruch der Corona-Pandemie und assoziierten Kontaktbeschränkungen traten ab der Feldphase IV Verzögerungen im Projektverlauf auf, da die SHIFT PLUS Gruppen ab März 2020 unterbrochen werden mussten (siehe auch 6.3). Die Rekrutierung der Teilnehmenden sowie der Durchlauf der ersten Interventionsgruppen war zu diesem Zeitpunkt weitestgehend abgeschlossen. Im Rahmen einer kostenneutralen Verlängerung der Projektlaufzeit bis 30.09.2021 konnten die entstandenen Verzögerungen kompensiert werden, sodass alle Projektphasen im Sommer 2021 mit Projektende abgeschlossen waren.

Die Aktivitäten der einzelnen Projektphasen sowie o.g. Verzögerungen werden im Folgenden detailliert dargelegt:

### Phase I: Analyse der Situation

Mit Projektbeginn wurde in den Monaten Oktober und November 2018 eine Analyse des aktuellen nationalen und internationalen Forschungsstands vorgenommen. Zentrale Aspekte waren hier die Analyse der Situation drogenabhängiger Eltern (substanzspezifisch sowie -übergreifend), ihrer Kinder und Familienangehöriger sowie bestehende Interventionen für die Zielgruppe. Weiterhin fand eine vertiefte Analyse im Bereich Resilienz und Familienresilienz statt. Die Ergebnisse wurden hierbei schriftlich zusammengefasst.

### Phase II: Ausbau von Netzwerken und Kooperationen

Bereits im Jahr 2018 konnten erste Praxiseinrichtungen für eine Kooperation im Forschungsvorhaben gewonnen werden. Hierbei wurde darauf geachtet, dass bundesweit aus Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen entweder sog. „Tandems“ zur Zusammenarbeit gebildet werden oder eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Jugendhilfe bestand bereits. Weitere Kooperationsanfragen wurden im Jahr 2019 gestellt, wodurch im Frühjahr 2019 zehn Standorte zur Durchführung von SHIFT PLUS feststanden. Am Standort Karlsruhe zeichnete sich in den ersten Absprachen bereits mangelnde Kapazität zur Beteiligung am Projekt ab, wodurch dieser Standort im Mai 2019 aus dem Projekt ausschied. Ergänzend konnte über den bereits kooperierenden Baden-Württembergischen Landesverband mit Baden-Baden ein weiterer Standort hinzugewonnen werden. Im Zuge des weiteren Projektverlaufs schied der Standort Kleve aufgrund mangelnder potenzieller Teilnehmer\_innen aus dem Projekt aus. Die Standorte Rastatt und Baden-Baden bildeten ebenfalls aufgrund eingeschränkter Rekrutierungen im Projektverlauf einen gemeinsamen Projektstandort. Insgesamt wurde die SHIFT PLUS Intervention somit an acht kooperierenden Projektstandorten umgesetzt (siehe Punkt 4.3). Es fand im Frühjahr 2019 mit allen Projektstandorten und „Tandems“ ein

projektbezogener Vertragsabschluss mit der Katholischen Hochschule NRW statt, welcher die Rahmenbedingungen der Kooperation an jedem Standort festhielt.

### Phase III: Entwicklung von Intervention und Design

#### **Interventionsentwicklung**

Basierend auf dem bestehenden SHIFT Manual fand zunächst eine Adaption der acht Module im Hinblick auf die Zielgruppe drogenabhängiger Eltern statt. Somit wurden einzelne Elemente, die deutlichen Bezug zu Methamphetaminabhängigkeit aufwiesen, über die Substanzen hinweg angepasst. Die der Intervention vorgeschaltete Clearingphase, welche der Überprüfung der Eignung zur Teilnahme an einer Gruppenintervention sowie zur Motivation der Teilnehmenden diente, wurde auf Basis der Erfahrungen aus dem SHIFT-Elterntraining in Bezug auf den Umfang von drei auf eine Sitzung gekürzt und entsprechend inhaltlich angepasst. Weiterhin wurden zwei neue Zusatzmodule zur Intervention konzipiert. Hierbei wurde zunächst das Modul „SHIFT mit Kids“ entwickelt, in welchem Eltern und Kinder gemeinsam an der Stunde teilnehmen, wobei der Fokus auf einer positiven und wertschätzenden Beziehungsgestaltung liegt. Entsprechend der Zielgruppe sind hierbei insbesondere spielerische und kooperative Elemente zentral. Ein weiteres Zusatzmodul wurde für den Einbezug erwachsener Angehöriger konzipiert. Im Modul „Risiken erkennen, Chancen nutzen“ konnten Partner\_innen, Eltern, erwachsene Kinder und weitere relevante Angehörige teilnehmen. Zentrale inhaltliche Bestandteile sind dabei das Kennenlernen des Genesungsprozesses einer Suchterkrankung und dessen Bedeutung für die ganze Familie, der funktionale Umgang mit den Phasen der Genesung, Selbstfürsorge für Angehörige und weitere Inanspruchnahme von Hilfen. Die Finalisierung des SHIFT PLUS Manuals fand entsprechend der Zeitplanung Ende März 2019 statt. Eine Übersicht der acht Basis- und zwei Angehörigenmodule zeigt Tabelle 6.

**Tabelle 6: Module des SHIFT PLUS Elterntrainings**

<b>Modulnr.</b>	<b>Name/Inhalt</b>
<b>1</b>	Einstieg: „Start SHIFTing“
<b>2</b>	Erziehung I: „Her mit den guten Zeiten“
<b>3</b>	Erziehung II: „Was tun wenn´s brennt“
<b>4</b>	Familienresilienz I: „Keiner ist wie wir“
<b>5</b>	Familienresilienz II: „Lass uns reden...“
<b>6</b>	Sucht & Familie: „Neue Wege – gemeinsam gehen“

7	<u>Angehörigen-Modul I</u> : „SHIFT mit Kids“ (für die Eltern und ihre Kinder)
8	Partnerschaft: „Mehr als Eltern“
9	<u>Angehörigen-Modul II</u> : „Risiken erkennen – Chancen nutzen“ (für die Eltern und erwachsene Angehörige)
10	Abschied: „Tschüss und hin zu mehr“

### ***Entwicklung des Forschungsdesigns***

Parallel fand die Anpassung des Evaluationsdesigns auf Grundlage des Vorgängerprojektes CM II statt. Hier wurde darauf geachtet, die Fragebögen im Sinne von Ökonomie und entsprechender Zumutbarkeit für die Zielgruppe zu optimieren, da die Befragungen pro Messzeitpunkt 60 Minuten nicht überschreiten sollten. Ergänzend wurden Skalen zu den Themenbereichen „Familie und Sucht“ sowie „Kinder und Sucht“ entwickelt, um spezifische Effekte der Intervention für die Zielgruppe wiedergeben zu können.

Ergänzend wurden bis März 2019 die für das Projekt notwendigen Rekrutierungsmaterialien entwickelt. Hierzu wurde das bestehende SHIFT Logo für das Projekt SHIFT PLUS durch einen externen Grafiker angepasst. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit fand außerdem die Neugestaltung des Projektflyers sowie -posters statt. Diese Materialien wurden allen kooperierenden Einrichtungen in individuell gewünschtem Umfang vor Beginn der Feldphase zur Verfügung gestellt.

### ***Kick-Off***

Am 10. April 2019 fand mit den kooperierenden Einrichtungen eine gemeinsame Kick-Off Veranstaltung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln statt. Insgesamt 20 Praxisvertreter\_innen sowie fünf Mitarbeitende des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung nahmen an dem ganztägigen Meeting teil. Zur Vorbereitung hatten die teilnehmenden Praxiseinrichtungen je ein ausgedrucktes und gebundenes Manual des SHIFT-Plus Elterntrainings erhalten. Inhaltlich fokussierte die Veranstaltung die Projektvorstellung, Kooperationsabsprachen sowie die Konsentierung von Manual und Forschungsdesign. Die Manualkonsentierung erfolgt dabei ohne weitere Anmerkungen. Aus den Rückmeldungen der Praxispartner\_innen zum geplanten Forschungsdesign ging hervor, dass die geplante 6-Monats-Katamnese mit der avisierten Klientel schwer realisierbar sei. Eine entsprechende Adaption mit einer zusätzlichen 3 Monats-Katamnese konnte im Zuge des Treffens abgestimmt werden (siehe 5.1).

## **Ethikantrag**

Im Januar 2019 wurde der Ethikantrag zum Projekt SHIFT PLUS bei der Ethikkommission der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen eingereicht und am 27.05.2019 positiv votiert.

### Phase IV: Feldphase

#### **Schulung der Trainer\_innen**

Am 10. Mai 2019 fand eine web-basierte Schulung für die teilnehmenden Fachkräfte über die Plattform ILIAS statt. Diese Plattform erlaubt direkte Interaktion aller Teilnehmenden über Video, Mikrofon sowie Chat. Das Onlinesetting wurde aus ökonomischen Gründen gewählt, da so zeit- und kostenintensive Anreisen der bundesweit verteilten Praktiker\_innen vermieden werden konnten. Weiterhin war die Teilnahme einer größeren Anzahl an Trainer\_innen pro Standort möglich. Insgesamt konnten 23 Teilnehmende aus neun Einrichtungen am ersten Termin geschult werden. Da an einem Standort keine Trainer\_innen zum genannten Termin teilnehmen konnten, wurden diese ebenfalls über die Onlineplattform am 22. Mai 2019 nachgeschult. Die Evaluation in Tab. 7 zeigt, dass die digitale Schulung für die Teilnehmer\_innen zufriedenstellend durchgeführt wurde.

**Tabelle 7: Evaluation der Schulung durch teilnehmende Fachkräfte (N = 31)**

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Verständlichkeit des Manuals	1	3	1.26	0.51
Inhalte der Schulung	1	3	1.77	0.56
Vermittlung der Schulungsinhalte	1	2	1.61	0.50
zeitlicher Ablauf und Aufbau der Schulung, Orga.	1	3	1.84	0.74
Möglichkeit der aktiven Mitarbeit und Diskussion	1	4	1.71	0.82
Eingang auf Bedürfnisse der Teilnehmer_innen durch Dozentinnen	1	2	1.42	0.50
Erweiterung des Wissensspektrums	1	4	2.19	0.65

#### **Rekrutierung der Studienteilnehmer\_innen**

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer\_innen konnte nach Abschluss der Schulung beginnen. Hierfür wurden den kooperierenden Einrichtungen Projektflyer, Poster sowie Informationsschreiben/ Einverständniserklärungen für die potenziellen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt.

Entsprechend der Konzeption der Intervention richtete sich SHIFT PLUS vor allem an Eltern, die die folgenden Kriterien erfüllten:

- Klient\_innen mit bestehender Drogenabhängigkeit

- Klient\_innen mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren oder werdende Eltern mit/ohne weitere(n) Kinder(n)
- Abstinente lebende oder aktiv konsumierende Klient\_innen
- Polytoxikomane Klient\_innen, sofern eine illegale Substanz im Vordergrund stand
- Klient\_innen, deren Kinder im Haushalt leben oder fremduntergebracht waren (bei regelmäßigem Kontakt zum Kind)

Die Ansprache entsprechender Klient\_innen fand durch die kooperierenden Einrichtungen direkt statt, wobei im Rahmen des Clearinggesprächs die Erfüllung der zur Studienteilnahme notwendigen Voraussetzungen erneut geprüft wurde (siehe Clearingphase).

Im Rahmen eines kurzen, schriftlichen Fragebogens wurden die Praxispartner\_innen gebeten, Angaben zu Vorgehen und Erfolg bei der Ansprache der Klient\_innen zu machen. Insgesamt N = 10 Fachkräfte machten hier Angaben zum Erfolg unterschiedlicher Rekrutierungswege sowie den Ablehnungsquoten und -gründen von Teilnehmenden. Hierbei zeigte sich, dass die Rekrutierung vor allem über die Suchthilfeeinrichtungen (90 %) und Jugendhilfeeinrichtungen (80 %) stattfand. 60 % berichteten darüber hinaus verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Nutzung von Medien zur Rekrutierung von teilnehmenden Eltern. Jeweils 30 % nutzten zudem niedrigschwellige Angebote und Informationsveranstaltungen, um Interessierte für SHIFT PLUS zu gewinnen. Weitere genannte relevante Rekrutierungswege bestanden in Direktkontakt via Mail/Post, bestehenden Kooperationen, Arbeitskreisen, Zusammenarbeit mit Ärzt\_innen oder Eltern-Kind-Einrichtungen.

Neben erfolgreichen Rekrutierungswegen waren auch Ablehnungsquoten und -gründe angesprochener Eltern von Interesse im Rahmen der Evaluation. Hierbei zeigte sich, dass die Anteile der Eltern, die eine Teilnahme ablehnten, insgesamt eher niedrig war (Abb. 3).

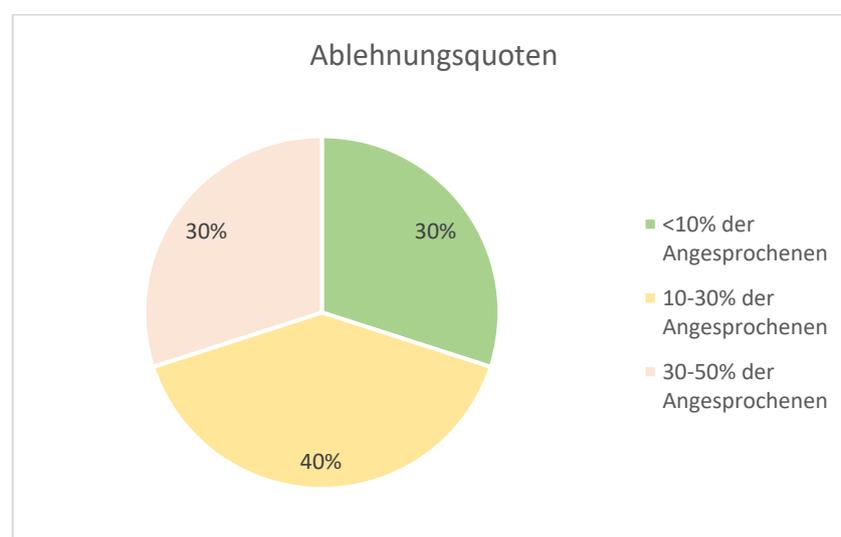


Abbildung 3: Ablehnungsquoten

Gründe für die Ablehnung bestanden vor allem in eingeschränkten zeitlichen Kapazitäten der Eltern, Ängsten und Bedenken im Gruppensetting, mangelndem Interesse und mangelndem Problembewusstsein. Wenig relevant waren hier fehlender Bedarf, Bedenken bzgl. der Inhalte und Teilnehmer\_innen oder Sorgen bzgl. der eigenen Abstinenz. Letzteres war im Vorgängerprojekt „Crystal Meth und Familie II /SHIFT Elternteraining“ noch der häufigste Ablehnungsgrund gewesen, was die Unterschiede in den Zielgruppen unterstreicht.

### **Clearing und Zuteilung zur den SHIFT PLUS Gruppen**

Allen Elternteilen, die sich für die Teilnahme an SHIFT PLUS aussprachen, wurde vor Ort ein Informationsschreiben sowie eine Einverständniserklärung zur Teilnahme ausgehändigt. Vor der Teilnahme am SHIFT PLUS Elternteraining nahmen alle interessierten Eltern an einem obligatorischen Clearinggespräch teil. Dieses wurde in den kooperierenden Einrichtungen von allen Fachkräften umgesetzt, die an der Klient\_innenrekrutierung beteiligt waren. Das Gespräch hatte dabei das primäre Ziel die Eltern weiter für die Teilnahme zu motivieren. Darüber hinaus war es zentral, um ein Bild über den/die Teilnehmer\_in zu gewinnen, insbesondere, wenn die Teilnahme durch externe Kooperationspartner\_innen initiiert wurde. Besonders bedeutsam waren hier die Aspekte: soziale Integrierbarkeit in die Gruppe, ausreichende kognitive Kompetenzen, Veränderungsbereitschaft und aktueller Konsumstatus. Das 60-minütige Gespräch folgte grundsätzlich den Prinzipien des Motivational Interviewing nach Miller & Rollnick (2015) und orientierte sich an den Basisprinzipien: Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen (= der/dem Klient\_in die eigene Ambivalenz erlebbar machen), Geschmeidiger Umgang mit Widerstand der/des Klient\_in, Stärkung der Änderungszuversicht.

Insgesamt 101 Eltern entsprachen den Einschlusskriterien in die Studie und erklärten sich schriftlich für die Teilnahme bereit. Diese wurden entsprechend des Forschungsdesigns zufällig der Interventions- und Wartekontrollgruppe zugeteilt. Einzig am Standort Rastatt/Baden Baden konnte aufgrund geringer Teilnehmer\_innenzahlen nur eine Gruppe realisiert werden, weshalb auf eine Randomisierung verzichtet wurde. Im Anschluss an die Randomisierung wurde deutlich, dass vereinzelt ein Gruppenwechsel nötig war. Dies war vor allem in der Therapieplanung (z.B. anstehende stationäre Aufenthalte), der aktuellen Arbeitssituation oder der familiären und Betreuungssituation (insb. von Säuglingen) begründet. Aufgrund dieser Gegebenheiten wurde das finale Forschungsdesign als quasi-experimentelle Studie umgesetzt, da eine vollständige Randomisierung der Teilnehmenden im ambulanten Setting nur eingeschränkt möglich war.

## Implementierung der Intervention

An allen acht kooperierenden Standorten konnten die SHIFT PLUS Interventionsgruppen planmäßig zwischen November 2019 und Februar 2020 starten. Pro Gruppendurchlauf war ein Zeitrahmen von 8 bis 10 Wochen vorgesehen. Im regulären Zeitplan war - unter Einhaltung der Katamnese-Zeiträume - ein Abschluss der letzten Gruppen für August 2020 geplant. Durch den Ausbruch der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 musste die Feldphase ab März 2020 im Rahmen des ersten deutschlandweiten Lockdown auf zunächst unbestimmte Zeit unterbrochen werden. Zu diesem Zeitpunkt lief nur an einem Standort noch der erste Durchgang der SHIFT PLUS Gruppen. An sechs Standorten waren die Gruppen abgeschlossen. An Standort Hof war die Gruppe aufgrund der Volatilität der Teilnehmer\_innen bereits vorab frühzeitig beendet worden. Somit blieben der Großteil der ersten Gruppen und T1- und T2-Befragungen von den Pandemieauswirkungen unberührt. Alle Standorte planten eine Durchführung des zweiten Durchgangs, sobald die geltenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie dies erlauben würden. Aufgrund der anhaltend kritischen Lage in Deutschland im Jahr 2020 war eine Planung der WKGn und Wiederaufnahme der Feldphase in den Praxiseinrichtungen erst ab Herbst 2020 möglich. Nach fast 6-monatiger Unterbrechung konnten an 3 Standorten die Wartekontrollgruppen und an einem Standort die Interventionsgruppe (wieder-)aufgenommen werden. Es zeigte sich an vielen Standorten, dass die Teilnehmer\_innen, die ursprünglich im Projekt involviert waren, nicht mehr für die Teilnahme erreichbar waren oder diese aufgrund der aktuellen Situation (z.B. durch Kinderbetreuung, Homeoffice etc.) nicht umsetzen konnten. Von den wiederaufgenommenen Gruppen musste im Zuge der sog. „zweiten Welle“ eine WKG Ende 2020 erneut unterbrochen werden. Von einer Fortsetzung im Rahmen der Projektlaufzeit wurde in Rücksprache mit der Einrichtung abgesehen. Tabelle 8 gibt eine Übersicht der Pandemieauswirkungen auf die Gruppendurchläufe pro Standort. In Kapitel 6.3.1 werden die Herausforderungen, die sich durch die kritische Pandemiesituation ergaben, weiterführend dargelegt.

**Tabelle 8: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gruppendurchführungen**

Standort	Gruppe	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Durchführung
Nürnberg	IG	Abschluss der IG vor Pandemiebeginn
	WKG	Unterbrechung der WKG nach 2 Modulen ab 03/2020, Wiederaufnahme ab 10/2020
Trier	IG	Abschluss der IG vor Pandemiebeginn
	WKG	Entfiel, da Teilnehmer_innen nicht mehr erreichbar durch lange Unterbrechung

Rastatt/Baden-Baden	IG	Unterbrechung der IG nach 7 Modulen ab 03/2020, Weiterführung IG ab 09/2020
	---	(keine WKG geplant)
Neunkirchen	IG	Abschluss der IG vor Pandemiebeginn
	WKG	Start der WKG verschoben auf 09/2020
Hückelhoven	IG	Abschluss der IG vor Pandemiebeginn
	WKG	Entfiel, da Teilnehmer_innen nicht mehr erreichbar durch lange Unterbrechung
Bad Homburg	IG	Abschluss der IG vor Pandemiebeginn
	WKG	Entfiel, da Teilnehmer_innen nicht mehr erreichbar durch lange Unterbrechung
Hof	IG	Vorzeitige Beendigung der IG nach 3 Modulen, bereits vor Pandemiebeginn
	WKG	Entfiel, da Teilnehmer_innen nicht mehr erreichbar durch lange Unterbrechung
Dresden	IG	Abschluss der IG vor Pandemiebeginn
	WKG	Unterbrechung der WKG nach 1 Modul ab 03/2020, Neustart ab 09/2020, Abbruch der WKG nach 6 Modulen aufgrund „zweiter Welle“ ab 10/2020

Die Feldphase wurde im Dezember 2020 mit Abschluss der letzten Wartekontrollgruppe beendet. Aufgrund der Verzögerungen, die sich in der Umsetzung der Feldphase ergaben, wurde eine kostenneutrale Verlängerung der Projektlaufzeit bis 30.09.2021 beim Bundesministerium für Gesundheit beantragt und durch dieses bewilligt.

### **Durchführung der begleitenden Befragungen**

Die begleitenden Befragungen der Wirksamkeitsevaluation (T1-T4) wurden von den kooperierenden Einrichtungen durchgeführt. Hierbei war zunächst eine Paper-Pencil-Befragung der Teilnehmer\_innen im Gruppensetting vorgesehen, um vergleichbare Befragungsbedingungen und die Vollständigkeit der Befragung zu sichern. Interventions- und Wartekontrollgruppen wurden dabei zu einem äquivalenten Zeitpunkt, jedoch räumlich unabhängig voneinander befragt. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen ab März 2020 wurden alle sich anschließenden Datenerhebungen postalisch oder im Einzelsetting umgesetzt, wodurch es vereinzelt zu Verzögerungen in den Rückläufen der Fragebögen kam.

Für die Teilnahme an den ersten beiden Befragungszeitpunkten (T1-T2) erhielten die Eltern eine Aufwandsentschädigung in Form eines 10,00 €-Gutscheins. Für die weiteren Befragungen (T3-T4) wurde eine Inzentivierung in Form eines 20,00 €-Gutscheins angesetzt, um Drop-Out Raten im Projektverlauf zu reduzieren. Allen Praxisstellen wurden die Gutscheine der Geschäfte DM (dm-drogerie markt GmbH + Co. KG), H&M (Hennes & Mauritz B.V. & Co. KG) und Media Markt (Media-

Saturn Deutschland GmbH) vorab in ausreichender Stückzahl zur Verfügung gestellt. Teilnehmer\_innen konnten die Gutscheine für ihre präferierten Geschäfte frei wählen. Die Organisation der Befragungen und Aushändigung der Gutscheine oblag den kooperierenden Einrichtungen.

Die Befragungen zur Prozessevaluation fanden ausschließlich in der Interventionsgruppe statt. Die standardisierten Kurzfragebögen wurden von allen anwesenden Teilnehmenden und Trainer\_innen dabei im Anschluss an jedes Modul ausgefüllt. Nach dem letzten Modul fand außerdem eine kurze schriftliche Befragung beider Gruppen zur Gesamteinschätzung der Intervention statt. Im Rahmen dieser Befragung war keine weitere Inzentivierung vorgesehen.

### **Ergänzende Fokusgruppe**

Wie erwähnt wirkte sich die Pandemiesituation auf die Feldphase und SHIFT PLUS Gruppen aus. Auch darüber hinaus zeigte sich die Situation von Familien in Deutschland in dieser Zeit als außergewöhnlich belastend. Deshalb wurde zur Ergänzung der Datenlage eine Fokusgruppe mit Fachkräften durchgeführt, um die Auswirkungen der Pandemie und assoziierter Einschränkungen (z.B. Homeschooling, Kontaktbeschränkungen) auf suchtblastete Familien zu reflektieren. Hierzu wurden die kooperierenden Einrichtungen zu einer 100-minütigen Online-Fokusgruppe eingeladen, an der 10 Mitarbeiterinnen aus Sucht- und Jugendhilfe teilnahmen. Zentrale Aspekte waren die Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien, die Situation suchtkranker Eltern, Hilfebedarfe der Familien sowie notwendige Anpassungsleistungen der Praxiseinrichtungen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wird in Kapitel 7.4 präsentiert.

### Phase V: Evaluation

Wie oben genannt, starteten die ersten SHIFT PLUS Durchgänge zwischen November 2019 und Februar 2020. Parallel begannen die schriftlichen Datenerhebungen mit teilnehmenden Eltern vor Ort und somit die Dateneingabe, -aufbereitung und -auswertung der Wirksamkeits- und Prozessevaluation durch das Projektteam in Köln. Dieser Evaluationsprozess begleitete die gesamte Feldphase bis zum Abschluss der Wartekontrollgruppen und abschließenden T4-Befragungen Ende 2020. Die finale Datenaufbereitung und -auswertung konnte somit zu Beginn des Jahres 2021 vorgenommen werden. Die umfangreichen Evaluationsergebnisse sind in Kapitel 7 dargestellt.

### Phase VI: Ergebnistransfer

Bereits im Jahr 2019 konnte die neukonzipierte SHIFT PLUS Intervention sowie die geplante Begleitforschung im Rahmen einzelner Fachvorträge präsentiert werden. Aufgrund des Verbotes von

Großveranstaltungen im Jahr 2020 war eine Vorstellung des Projektes auf Fachkongressen in diesem Jahr nicht möglich, weshalb hier eine schriftliche Publikation der Baseline-Ergebnisse fokussiert wurde, die Ende 2021 beim Journal „Social Work Practice in the Addictions“ eingereicht wurde. Eine Publikation der Evaluationsergebnisse wurde anschließend vorbereitet und bei der Zeitschrift „Suchttherapie“ eingereicht. Ab 2021 konnte das Projekt außerdem wieder in Form von Vorträgen vor Fachpublikum präsentiert werden, insbesondere im Rahmen virtueller Formate.

Bereits im Jahr 2020 wurde Kontakt zum Fachverlag aufgenommen, in dem das SHIFT Manual des Vorgängerprojektes erschienen war. Der Projektantrag sah eine Veröffentlichung der 2. überarbeiteten Auflage anhand der SHIFT PLUS Ergebnisse vor. Nach der Rückmeldung des Verlages, dass eine Neuauflage noch verfrüht sei, wurde von der Veröffentlichung dieser im Rahmen der Projektlaufzeit abgesehen. Es besteht die Absprache mit dem Verlag, die Möglichkeit einer Neuauflage nach einer Laufzeit von etwa 5 Jahren erneut zu prüfen. Die ergänzend entwickelten Angehörigenmodule für Kinder und Erwachsene sollten dennoch interessierten Fachkräften zugänglich gemacht werden. Entsprechend wurden diese nach Projektabschluss zum frei verfügbaren Download im PDF-Format auf der Projektwebsite [www.shift-elterntraining.de](http://www.shift-elterntraining.de) zur Verfügung gestellt.

Aufgrund der Verzögerungen in der Feldphase sowie der Pandemiesituation wurde die Projektabschlusskonferenz auf das Frühjahr 2021 verlegt. Am 07. Mai 2021 konnten die Intervention und Projektergebnisse im digitalen Format vor etwa 60 Fachkräften präsentiert werden. Alle Tätigkeiten der Öffentlichkeitsarbeit und Dissemination sind in Kapitel 10 im Detail dargelegt.

## 6.3 Besondere Herausforderungen im Projektverlauf

### 6.3.1 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Projektverlauf

Der Ausbruch der Corona-Pandemie in Deutschland im März 2020 hatte erhebliche Auswirkungen auf die Umsetzung der Feldphase des Projektes SHIFT PLUS und die Durchführbarkeit der Elterngruppen ab März 2020.

Zum Schutz der Gesundheit von Projektpartner\_innen und Teilnehmer\_innen wurde am 16. März 2020 Kontakt zu allen kooperierenden Einrichtungen aufgenommen und selbigen freigestellt die Gruppenangebote zunächst für 4 Wochen auszusetzen. Im Rahmen hausinterner Schutzmaßnahmen geschah dies in der entsprechenden Kalenderwoche bzw. war dies bereits geschehen. An sieben der acht Projektstandorte waren die Interventionsgruppen zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen. An zwei Standorten hatten die Wartekontrollgruppen bereits begonnen und pausierten. Am Standort Rastatt/Baden Baden wurde die Interventionsgruppe unterbrochen. An drei Standorten war der Beginn der Wartekontrollgruppen ursprünglich für April 2020 geplant gewesen.

Aufgrund der dynamischen Entwicklungen und entsprechenden gesetzlichen Vorgaben zum Eindämmen der Pandemie war eine Wiederaufnahme der Gruppen im Zeitrahmen von vier Wochen nicht möglich, sodass die Unterbrechung bis auf Weiteres fortgesetzt wurde. Seitens der Einrichtungen wurde signalisiert die SHIFT PLUS Gruppen nach Ende der Unterbrechung wiederaufzunehmen.

Alle bis zur Wiederaufnahme der Gruppen notwendigen Datenerhebungen fanden postalisch statt. Im Hinblick auf das vorgesehene Forschungsdesign mussten aufgrund der Unterbrechungen Adaptionen in den Langzeit-Katamnese-Zeiträumen zu T4 vorgenommen werden. Hierzu wurde am 18. März 2020 Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit gehalten und die notwendigen Anpassungen wurden vorab kommuniziert. Die dritte Befragung (T3), die bereits an zwei Standorten stattgefunden hatte, blieb von den Änderungen unberührt und wurde wie geplant als 3-Monats-Katamnese der IG und Prä-Interventionsmessung der WKG an allen Standorten einheitlich durchgeführt. Hierdurch ist ein direkter Vergleich der randomisierten Gruppen möglich.

Die vierte und letzte Follow-Up-Befragung (T4) wurde gemäß der Rücksprache erst nach Ende der WKGn durchgeführt. Die gewonnenen Daten fungieren somit primär als Abbildung der potenziellen Langzeitwirkeffekte des Trainings in der IG. In Abhängigkeit des bereits erreichten Fortschritts der Gruppen zum Unterbrechungszeitpunkt entstanden Variationen in den Katamnese-Zeiträumen der IG. Diese Unterschiede werden im Zuge der Datenauswertung diskutiert.

Eine Wiederaufnahme der Gruppen unter Berücksichtigung entwickelter Hygienekonzepte konnte den gesetzlichen Lockerungen entsprechend im frühen Herbst 2020 erfolgen. An drei Standorten konnten die verzögerten bzw. unterbrochenen Wartekontrollgruppen (wieder-)aufgenommen werden und auch die unterbrochene Interventionsgruppe des Standortes Rastatt/Baden Baden konnte fortgesetzt und beendet werden. Es zeigte sich jedoch, dass aufgrund der mehrmonatigen Verzögerung an einigen Standorten die Teilnehmer\_innen der Wartekontrollgruppen nicht mehr für die kooperierenden Einrichtungen erreichbar waren. Somit konnte an drei Standorten keine Wartekontrollgruppe realisiert werden. Da im November ein erneuter deutschlandweiter Lockdown erfolgte, musste eine wiederaufgenommene Wartekontrollgruppe erneut ausgesetzt werden. Da dieser Lockdown bis in das Jahr 2021 anhielt, war eine Fortsetzung im Rahmen der Projektlaufzeit nicht umsetzbar. Somit wurden nur an insgesamt zwei Standorten die wiederaufgenommenen WKGn auch beendet, wobei die letzte Gruppe im Dezember 2020 abgeschlossen wurde.

Aufgrund der Besonderheit der Situation wurde im Jahr 2021 eine Online-Fokusgruppe mit den kooperierenden Fachkräften zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf suchtbelastete Familien durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Kapitel 6.3 dargestellt und ergänzen die Datenlage des Projektes SHIFT PLUS um wertvolle Erkenntnisse zu Belastungen und Hilfebedarfen der Zielgruppe während und nach der Pandemie.

### 6.3.2 Umsetzung der Module für Angehörige

Ziel der Intervention SHIFT PLUS war es unter anderem das bestehende SHIFT Elterntraining im Bereich der Familienresilienz zu vertiefen. Hierfür wurden Zusatzmodule für Angehörige (eines für Erwachsene und eines für Kinder) konzipiert, um diese direkt in den Prozess einzubeziehen und zugleich den Zugang zum Hilfesystem zu ebneten.

In der Umsetzung wurde deutlich, dass die Hemmschwelle der Inanspruchnahme durch erwachsene Angehörige teilweise noch recht hoch erschien und somit das entsprechende Angehörigenmodul nur an vereinzelt Standorten umgesetzt werden konnte. Insgesamt wird deutlich, dass noch erhöhter Bedarf besteht, eben diese Hemmschwellen im Hilfesystem abzubauen und dieses für Angehörige zugänglicher zu machen. In den erfolgreich durchgeführten Angehörigenmodulen wurde insgesamt von Trainer\_innen und Teilnehmenden eine sehr positive Resonanz gezogen und der Austauschbedarf wurde von beiden Seiten unterstrichen. Insofern eignet sich SHIFT PLUS durchaus für den Einbezug von erwachsenen Angehörigen, um das Tabu der Suchterkrankung innerhalb der Familie abzubauen und Selbstfürsorge und Inanspruchnahme von Hilfen der Familienmitglieder zu stärken.

Die Umsetzung des Moduls für Kinder wurde ebenfalls in einzelnen Einrichtungen realisiert. Dabei zeigten sich die heterogene Altersstruktur der Kinder bis 8 Jahre und die damit einhergehenden unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten als herausfordernd. Die Praktiker\_innen unterstrichen hierbei eine besondere Eignung des Moduls für Kinder ab dem Vor- und Grundschulalter. Da häufig jüngere Kinder in den Familien vorhanden waren, wurde mit den Einrichtungen eine kreative Umsetzung des Moduls vereinbart. Insgesamt zielt das Modul weniger auf Wissensvermittlung ab, als auf einen ressourcenorientierten Austausch und ein gemeinsames Aufsuchen der Hilfeinrichtung. Insofern wurden in der Umsetzung häufig kreative, spielerische Elemente eingebaut, wobei Bewegungsspiele für jüngere Kinder besonders geeignet waren.

## 7. Ergebnisse

### 7.1 Stichprobe und Baseline

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Forschungsprojektes SHIFT PLUS präsentiert. Dabei werden zunächst die Merkmale der Stichprobe der  $N = 87$  teilnehmenden Elternteile dargestellt, wobei die Gruppenzuteilungen der Eltern zu IG und WKG Berücksichtigung finden. Die dargestellten Ergebnisse der Ausgangssituation betreffen dabei sowohl soziodemografische Merkmale als auch Angaben auf den standardisierten sowie selbstkonstruierten Skalen, die im Projekt Verwendung fanden (siehe 5.2).

#### 7.1.1 Soziodemografische Merkmale

Insgesamt nahmen von 101 Elternteilen, die Interesse an SHIFT PLUS bekundet hatten, 87 an der ersten Baseline-Befragung (T1) teil und konnten somit im Projekt eingeschlossen werden. Von diesen 87 waren 65 (74.7 %) weiblich und 22 männlich (25.3 %). Hierbei handelte es sich primär um die biologischen Elternteile und seltener um Stiefelternteile. Der Großteil der Stichprobe ( $n = 77$ , 88.5 %) hatte die deutsche Staatsangehörigkeit. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 32,67 Jahre ( $SD = 7.62$ ). Während 60 (69.0 %) angaben, aktuell in einer Partnerbeziehung zu sein, waren nur 9 (10.3 %) verheiratet. Informationen zur beruflichen Situation zeigten (Tabelle 9), dass ein großer Teil der Stichprobe angab, aktuell nicht berufstätig zu sein.

**Tabelle 9: Berufliche Situation der Teilnehmenden**

<b>Aktuelle berufliche Situation</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Teilzeit arbeitend	7	8.0
Vollzeit arbeitend	6	6.9
Arbeitslos/-suchend	31	35.6
Mutterschutz/Elternzeit	17	19.5
Hausfrau/-mann	7	8.0
Student, Schüler, Praktikant, Rentner	5	5.7
Mini-/Ein-Euro-Job	5	5.7
Andere berufliche Situation	9	10.3

Hinsichtlich des Bildungsstands berichtete der Großteil ( $n = 39$ , 44.8 %) über einen Haupt-/Volksschulabschluss zu verfügen, weitere 22 (25.3 %) über einen Realschulabschluss und weitere 11 (12.6 %) über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Eine Hochschulreife ( $n = 1$ , 1.1 %) oder ein Hochschulabschluss ( $n = 2$ , 2.3 %) stellten in dieser Stichprobe die Ausnahme dar.

Alle Teilnehmer\_innen hatten bereits Kinder und drei Mütter erwarteten zum Zeitpunkt der Datenerhebung ein weiteres Kind. Insgesamt machten die teilnehmenden Eltern Angaben zu N = 182 Kindern. Diese waren zu 44.5 % ( $n = 81$ ) weiblichen und 55.5 % ( $n = 101$ ) männlichen Geschlechts. Im Durchschnitt waren diese 7,26 Jahre alt ( $SD = 5.66$ , range: 0.1-28). Nur gut die Hälfte der Kinder ( $n = 94$ , 61.7 %) lebte im Haushalt des teilnehmenden Elternteils. Bei vielen Kindern lag der Lebensmittelpunkt im Haushalt des anderen Elternteils, bei Verwandten oder in Einrichtungen der Jugendhilfe.

Die Überprüfung systematischer Unterschiede zwischen der Interventions- und Wartekontrollgruppe hinsichtlich soziodemografischer Merkmale ergab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter der Eltern ( $t(85) = -1.221$ ,  $p = .226$ ), ihrem Geschlecht ( $\chi^2 = .098$ ,  $p = .755$ ) und der Anzahl ihrer Kinder ( $t(85) = -0.191$ ,  $p = .849$ ). Auch hinsichtlich der Anzahl an Eltern, bei denen aktuell keines ihrer Kinder im Haushalt lebte, unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant ( $\chi^2 = .601$ ,  $p = .437$ ).

### 7.1.2 Erfahrungen mit dem Hilfesystem

Da die teilnehmenden Eltern über Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen gewonnen wurden, zeigte sich ein hoher Erfahrungswert und eine häufige aktuelle Inanspruchnahme dieser Hilfen. Grundsätzlich wurde eine große Offenheit auch gegenüber weiterer Hilfen wie Psychotherapie deutlich (siehe Abbildung 4).

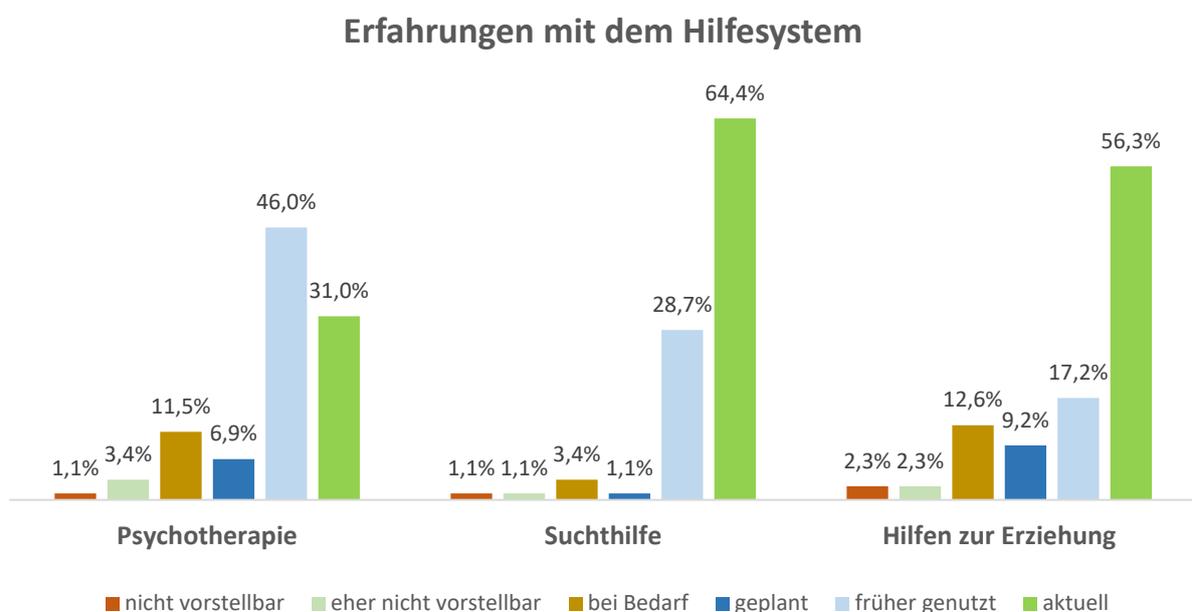


Abbildung 4: Erfahrungen der Eltern im Hilfesystem

Interventions- und Wartekontrollgruppe unterschieden sich dabei nicht signifikant hinsichtlich aktueller Inanspruchnahme der Suchthilfe ( $\chi^2 = .075, p = .785$ ), von Hilfen zur Erziehung ( $\chi^2 = .002, p = .968$ ) und Psychotherapie ( $\chi^2 = 0.641, p = .423$ ).

### 7.1.3 Substanzkonsum

Fast die Hälfte der Stichprobe ( $n = 39, 44.8\%$ ) gab an, in den vier Wochen vor Projektbeginn noch Substanzen konsumiert zu haben. Bei retrospektiven Angaben zum Konsum in den letzten 6 Monaten berichteten 53 (60.9%), dass noch aktiver Konsum stattgefunden habe.

Die geschlechtsspezifischen Cut-Offs des Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) offenbarten, dass für 61 Teilnehmende (71.8%) ein problematischer Drogenkonsum vorlag, 8 (9.4%) Symptome einer Drogenabhängigkeit zeigten und 16 (18.8%) zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung bereits einen unauffälligen Drogenkonsum aufwiesen. Zwischen Interventions- und Wartekontrollgruppe bestanden dabei keine systematischen Unterschiede hinsichtlich der DUDIT Scores ( $t(83) = .293, p = .771$ ) oder der Konsumprävalenzen vier Wochen ( $\chi^2 = .024, p = .878$ ) und 6 Monate ( $\chi^2 = .014, p = .905$ ) vor Projektbeginn.

Im Hinblick auf die präferierten Hauptsubstanzen zeigte sich, dass vor allem der Gebrauch multipler Substanzen sowie Cannabis, Methamphetamin und Opiate hier vordergründig waren. Abbildung 5 zeigt die prozentuale Verteilung über die verschiedenen Substanzen.

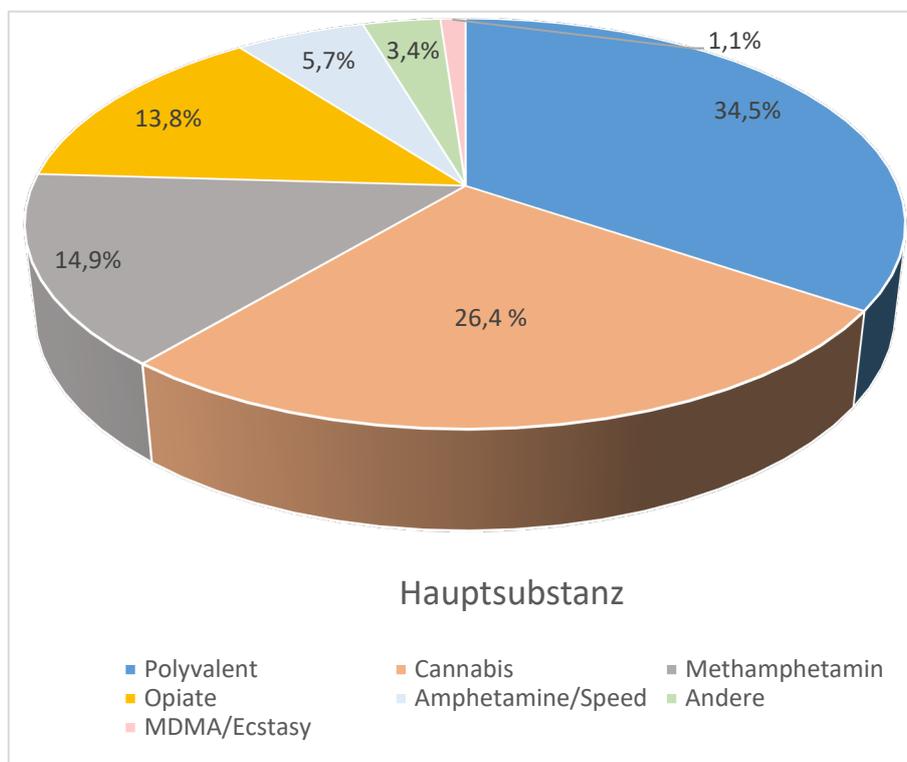


Abbildung 5: Hauptproblemsubstanzen

### 7.1.4 Psychische Belastungen

Angaben zur aktuellen psychologischen Symptombelastung zeigten, dass etwa 50 % der Eltern erhöhte Belastungen auf den verwendeten Subskalen des BSCL zeigten. Abbildung 6 zeigt eine Übersicht der auffälligen und unauffälligen Werte in Bezug auf geschlechts- und altersspezifische Cut-Offs.

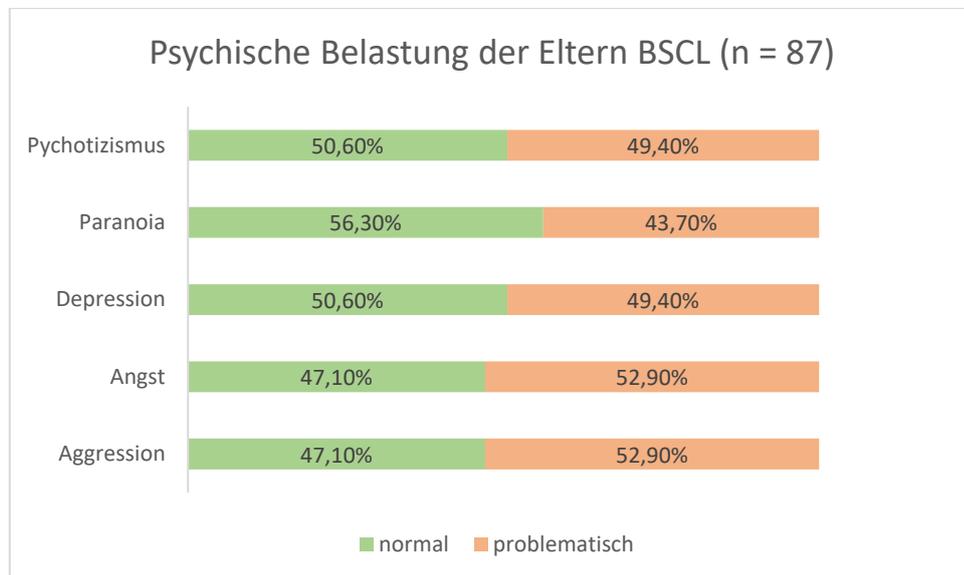
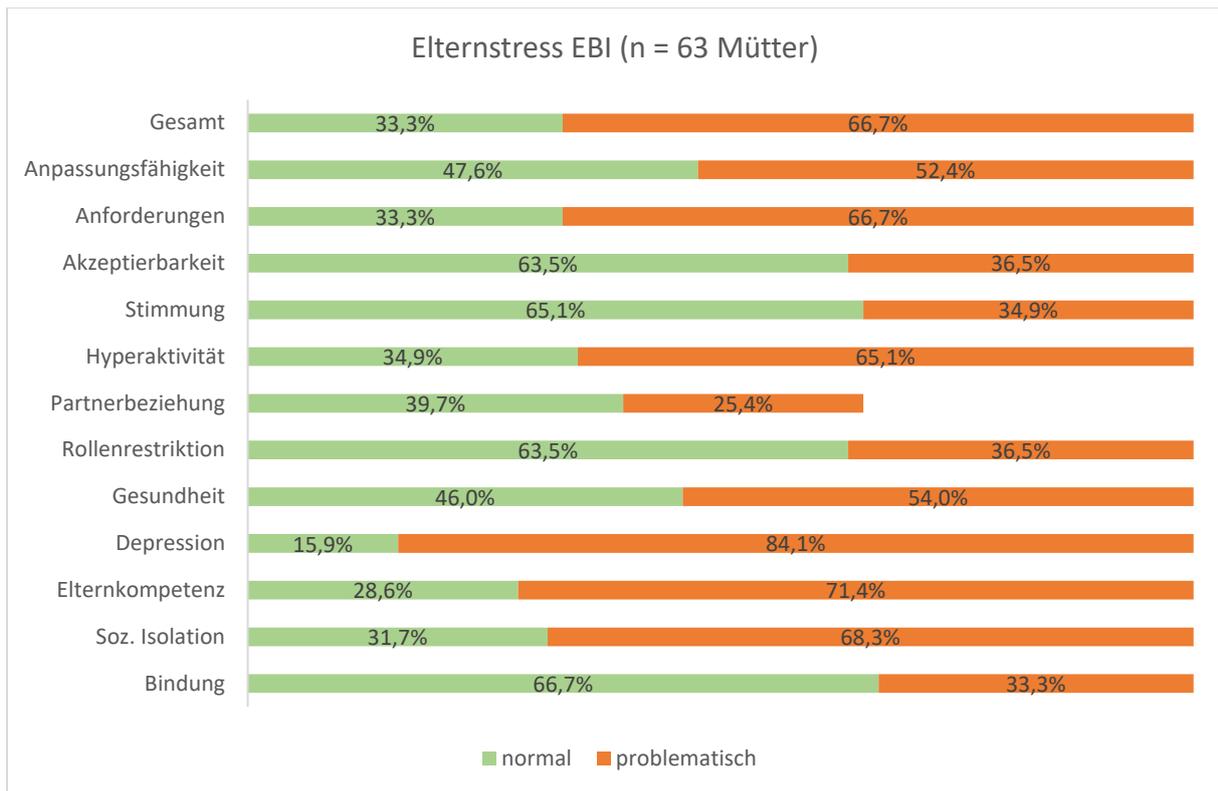


Abbildung 6: Psychische Belastung der Eltern (BSCL)

Es zeigte sich keine systematische Variation zwischen der Interventions- und Wartekontrollgruppe hinsichtlich des BSCL Gesamtscores ( $t(85) = 1.073, p = .286$ ) und aller verwendeten Subskalen.

### 7.1.5 Elternstress

Die teilnehmenden Eltern wiesen zu Projektbeginn eine hohe elterliche Stressbelastung auf. Die betraf insbesondere Aspekte depressiver Wahrnehmungen der Elternschaft, geringes Kompetenzerleben und soziale Isolation. Abbildung 7 zeigt die Einstufungen der teilnehmenden Mütter hinsichtlich auffälliger und unauffälliger Werte über die Subskalen des EBI hinweg. Referenzwerte für männliche Teilnehmer stehen aktuell nicht zur Verfügung. Aus dem Subsample der Mütter lässt sich jedoch erkennen, dass etwa zwei Drittel der Teilnehmerinnen insgesamt erhöhte elterliche Stressbelastung berichteten.



**Abbildung 7: Elternstress (EBI) im Vergleich zu den standardisierten Cut-Offs für Mütter**

Hinsichtlich des Elternstresses zeigten sich in der Baseline keine systematischen Differenzen zwischen der Interventions- und Wartekontrollgruppe hinsichtlich der EBI Hauptskala ( $t(82) = 0.574, p = .567$ ) sowie aller verwendeten Subskalen.

### 7.1.6 Erziehungsverhalten

Verglichen mit verfügbaren Referenzwerten zeigte sich, dass hinsichtlich des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens (EFB-K) ein Viertel (25 %) der Teilnehmer\_innen erhöhte Werte aufwiesen. Auf Subskalenebene wurde deutlich, dass insbesondere Tendenzen zu Nachsichtigkeit (38,6 %) von Relevanz waren.

Hier zeigte sich eine Baselinedifferenz der Gruppen hinsichtlich Tendenzen zum Überreagieren ( $t(81) = 3.038, p = .003$ ) und auf der Gesamtskala ( $t(81) = 3.040, p = .003$ ). Somit wurde sich im Verlauf der weiteren Datenerhebungen auf die Subskala Nachsicht konzentriert, für die keine signifikanten Baselineunterschiede beobachtbar waren ( $t(81) = 1.925, p = .058$ ). Im Bereich des ebenfalls erfassten förderlichen Erziehungsverhaltens (FZEV) bestand kein systematischer Unterschied zwischen Interventions- und Wartekontrollgruppe zu T1 ( $t(85) = -1.046, p = .299$ ).

### 7.1.7 Familienresilienz

Da für die verwendete Skala zur Erfassung der Familienresilienz keine standardisierten Referenzwerte zur Verfügung stehen, kann ausschließlich aus den deskriptiven Werten der Subskalen auf unterschiedliche Ausprägungen der Subkonstrukte geschlossen werden. Hier zeigte sich, dass Organisationsprozesse im Sinne der Resilienz bereits am stärksten ausgeprägt waren ( $M = 3.11$ ,  $SD = 0.50$ ), gefolgt von Kommunikation ( $M = 2.99$ ,  $SD = 0.59$ ). Gemeinsame Glaubenssysteme zeigten hier eine deutlich geringere Ausprägung ( $M = 2.54$ ,  $SD = 0.43$ ), was potenziell in den spirituellen Aspekten dieser Subskala begründet sein kann.

Erneut konnten systematische Differenzen der beiden Gruppen (IG und WKG) zu T1 hinsichtlich des Gesamtwertes der FRAS ( $t(83) = 0.664$ ,  $p = .508$ ) und aller Subskalen ausgeschlossen werden. Selbiges traf auch für die selbstkonstruierten Skalen im Bereich Familie ( $t(82) = -1.428$ ,  $p = .157$ ) und Kinder ( $t(82) = -0.794$ ,  $p = .430$ ) zu.

### 7.1.8 Psychosoziale Belastungen der Kinder

Für Kinder ab 2 Jahren konnten psychosoziale Belastungen anhand des Elternurteils erfasst werden. Hier wurde deutlich, dass über 50 % der Kinder erhöhte Belastungen aufwiesen, wobei diese bei etwa 20 % als sehr hoch einzuschätzen waren. Abbildung 8 verdeutlicht die Ausprägungen einzelner Problembereiche und zeigt, dass insbesondere externalisierende Verhaltensprobleme von den Eltern berichtet wurden.

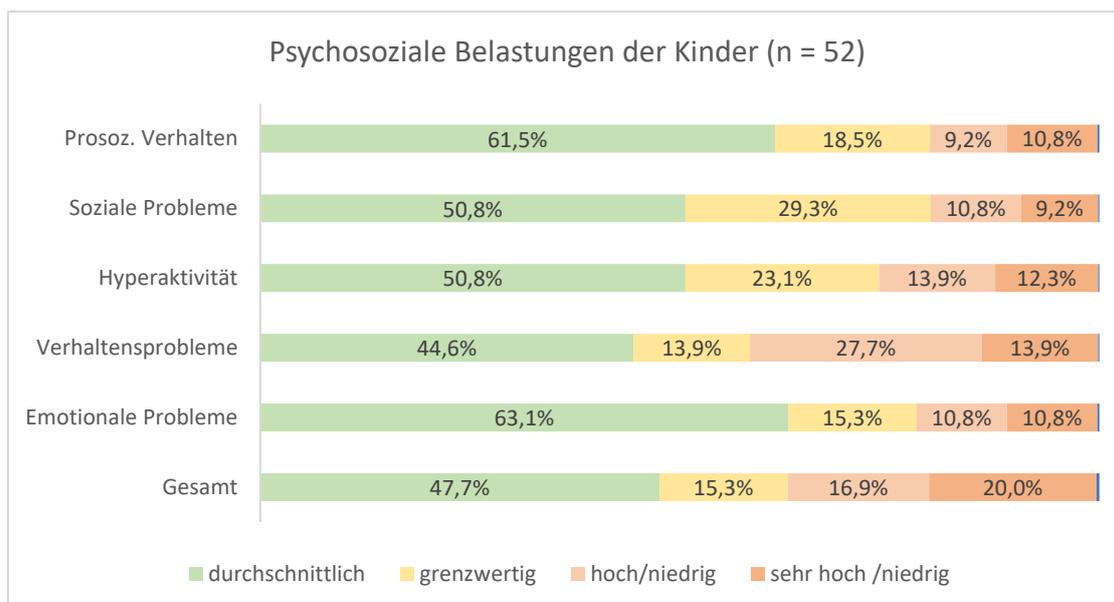


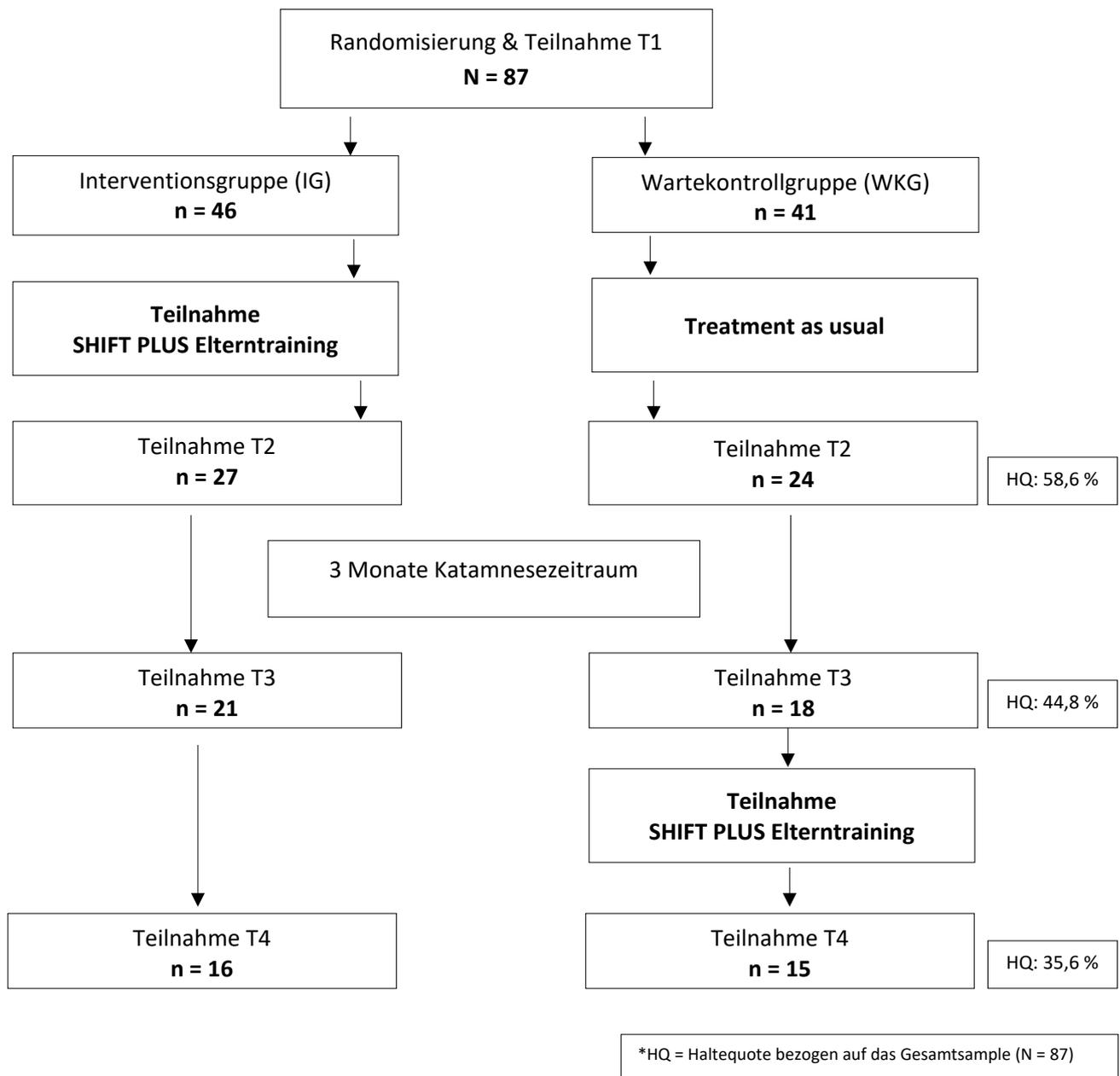
Abbildung 8: Psychosoziale Belastungen der Kinder (SDQ)

Erneut zeigten sich keine Baselinedifferenzen zwischen IG und WKG hinsichtlich der Gesamtbelastung der Kinder ( $t(63) = -0.718, p = .476$ ) oder der Subskalen.

## 7.2 Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation

### 7.2.1 Haltequote und Modulteilnahmen

Von insgesamt 101 Eltern, die ihre Teilnahmebereitschaft signalisierten, nahmen  $N = 87$  an der Baselinebefragung zu T1 teil und wurden somit in das Projekt eingeschlossen. Wie dem Flowchart in der folgenden Abbildung 9 zu entnehmen ist, zeigte sich die Stichprobe der drogenabhängigen Eltern eher volatil, wobei die Haltequote zu T2 bei knapp 60 % lag. Zu T3 war nur noch etwa die Hälfte der Teilnehmenden für das Projekt erreichbar, wobei dies möglicherweise in den Auswirkungen der Pandemie begründet ist. In postalischen Befragungen fallen die Rückläufe erfahrungsgemäß geringer aus. Um eine potenzielle Systematik in den verzeichneten Ausfällen zu untersuchen, wurden Drop-Out Analysen vorgenommen, welche in Kapitel 7.2.10 ausführlich dargelegt werden.



**Abbildung 9: Flowchart**

Durchschnittlich hatten die Eltern der Interventionsgruppe an  $M = 5.09$  ( $SD = 2.75$ ) Modulen teilgenommen. Die meisten Eltern hatten dabei 7 Module absolviert, wie Abbildung 10 zu entnehmen ist. Wenngleich hier die Schwierigkeit der nachhaltigen Anbindung der durchaus diversifizierten Klientel deutlich wird, zeigen sich die Ergebnisse als zufriedenstellend. Wie in 6.3.2 erläutert, war es häufig schwierig Angehörige für die Teilnahme an den Zusatzmodulen zu gewinnen oder dies war von den teilnehmenden Eltern nicht erwünscht. Insofern ist davon auszugehen, dass ein Großteil der SHIFT PLUS Basismodule von den Eltern absolviert wurde. Im Sinne einer Intention-to-treat wurden auch die Eltern, die an keinem Modul teilgenommen hatten, in den folgenden Auswertungen berücksichtigt.

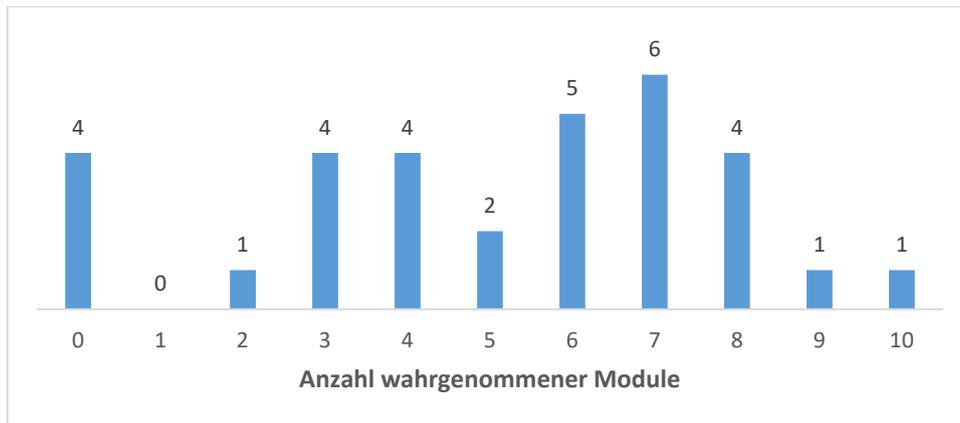


Abbildung 10: Modulteilnahmen

### 7.2.2 Auswertungssystematik

Die Wirksamkeitsevaluation fokussiert sich auf die direkte Vergleichsmessung der IG und WKG über die Messzeitpunkte T1 bis T3. Hierzu wurden messwiederholte Varianzanalysen (ANOVAs) berechnet. Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt für alle Inventare auf Hauptskalenniveau stets deskriptiv sowie inferenzstatistisch. Auf Subskalenniveau werden ebenfalls alle deskriptiven Ergebnisse präsentiert, wobei inferenzstatistische Ergebnisse der ANOVAs nur dann im Detail dargestellt werden, wenn sich ein signifikanter Effekt auf Subskalenniveau fand. Grundsätzlich werden stets die Kurz- (T1 - T2) und Langzeiteffekte (T1 - T3) differenziert analysiert, um den variierenden Stichproben aufgrund von Ausfällen gerecht zu werden. Für eine eindeutige Interpretierbarkeit der Ergebnisse wurden nur die Standorte und Teilnehmenden in den Analysen berücksichtigt, die die Interventionsgruppe vor Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 abgeschlossen hatten.

Die Ergebnisse der Langzeit-Katamnese (T4) werden zum Abschluss ausschließlich für die Interventionsgruppe präsentiert, da eine Prä-Post Messung der Wartekontrollgruppe aufgrund der Unterbrechungen der Feldphase nicht sinnvoll interpretiert werden kann.

### 7.2.3 Substanzkonsum

Substanzkonsum bzw. substanzbezogene Probleme wurden anhand des Drug Use Disorder Inventory (DUDIT) erfasst. Weiterhin wurden Angaben zum Drogenkonsum in verschiedenen Zeiträumen vor, während und nach dem Projekt durch die Teilnehmenden berichtet.

Kurzzeitig sowie langfristig zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt auf der DUDIT Skala. Drogenbezogene Probleme reduzierten sich also in beiden Gruppen sowohl direkt nach der Intervention als auch im 3-Monats-Follow-Up (Tabelle 10-11).

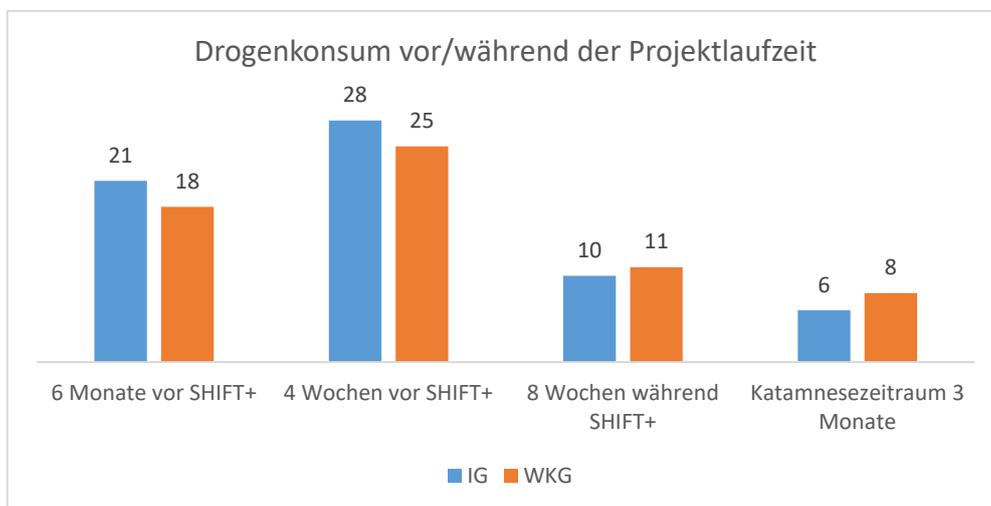
**Tabelle 10: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der DUDIT Hauptskala T1-T3**

Skala	IG			WKG		
DUDIT	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	24	12.33	9.68	21	13.48	10.66
Post (T2)	24	9.46	8.56	21	10.86	9.00
Follow-up (T3)	20	8.70	8.73	18	8.89	8.91

**Tabelle 11: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der DUDIT Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1 und T3 (Langzeit)**

DUDIT	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1- T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	10.240	1	43	<b>.003**</b>	.192
Zeit x Gruppe	.022	1	43	.882	.001
Gruppe	.221	1	43	.640	.005
<b>T1- T3 Langzeit</b>					
Zeit	13.348	1	36	<b>.001**</b>	.270
Zeit x Gruppe	0.028	1	36	.867	.001
Gruppe	0.017	1	36	.898	.000

Auch die deskriptive Betrachtung des Drogenkonsums während der Projektlaufzeit (Abbildung 11) spiegelt diese Verbesserung wider, wobei eine marginale Überlegenheit der IG erkennbar ist.



**Abbildung 11: Drogenkonsum vor und während der Projektlaufzeit**

## 7.2.4 Erziehungsverhalten

Erziehung wurde anhand des Fragebogens zum Erziehungsverhalten (FZEV) im Hinblick auf positives, förderliches Elternverhalten sowie anhand des Erziehungsfragebogens in Kurzform (EFBK) im Sinne dysfunktionalen Elternverhaltens erfasst. Letztgenannter Fragebogen wurde aufgrund der oben erläuterten Baseline-Differenzen nur im Hinblick auf die Subskala Weitschweifigkeit in den Interpretationen berücksichtigt.

### 7.2.4.1 Förderliches Erziehungsverhalten

Im Bereich des förderlichen Erziehungsverhaltens konnten in beiden Gruppen keine signifikanten Effekte über die Messzeitpunkte T1-T3 gefunden werden (Tabelle 12-13).

**Tabelle 12: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FZEV Hauptskala T1-T3**

Skala	IG			WKG		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>FZEV Gesamt</b>						
Prä (T1)	25	2.43	.38	23	2.37	.42
Post (T2)	25	2.41	.34	23	2.29	.44
Follow-up (T3)	20	2.44	.42	18	2.37	0.55

**Tabelle 13: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FZEV Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1 und T3 (Langzeit)**

FZEV	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	.760	1	46	.388	.016
Zeit x Gruppe	.298	1	46	.588	.006
Gruppe	.298	1	46	.384	.016
<b>T1- T3 Langzeit</b>					
Zeit	.144	1	36	.707	.004
Zeit x Gruppe	.002	1	36	.964	.000
Gruppe	.325	1	36	.572	.009

### 7.2.4.2 Dysfunktionales Erziehungsverhalten

Auch im Bereich des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens wurden ebenfalls keine signifikanten Effekte aufgedeckt (Tabelle 14-15). Dies betraf neben dem Hauptskalenniveau auch die verwendeten Subskalen (Tabelle 16).

Tabelle 14: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EFBK Hauptskala T1-T3

Skala	IG			WKG		
EFBK (Gesamt)	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	24	3.39	.70	23	3.06	.95
Post (T2)	24	3.12	.83	23	3.09	.97
Follow-up (T3)	20	3.15	.89	17	3.05	1.00

Tabelle 15: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EFBK Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1 und T3 (Langzeit)

EFBK	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	1.547	1	45	.220	.033
Zeit x Gruppe	2.495	1	45	.121	.053
Gruppe	.564	1	45	.456	.012
<b>T1- T3 Langzeit</b>					
Zeit	3.721	1	35	.062	.096
Zeit x Gruppe	.802	1	35	.377	.022
Gruppe	.461	1	35	.502	0.13

Tabelle 16: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EFBK Subskalen über T1-T2-T3

Subskalen	IG			WKG		
Nachsicht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	24	3.18	.81	23	3.06	1.07
Post (T2)	24	3.07	.97	23	3.07	1.15
Follow-up (T3)	20	3.18	1.01	17	2.75	0.96
<b>Überreagieren</b>						
Prä (T1)	24	3.70	1.15	23	3.08	1.23
Post (T2)	24	3.26	1.03	23	3.15	1.18
Follow-up (T3)	20	3.22	1.08	17	3.30	1.15

## 7.2.5 Familie und Resilienz

### 7.2.5.1 Familienresilienz

Da kein standardisiertes, validiertes Instrument zur Messung von Familienresilienz in Deutschland verfügbar ist, wurde eine deutsche Übersetzung der Family Resilience Assessments Scale (FRAS) (Sixbey, 2005) in gekürzter Form explorativ verwendet. Während sich kurzfristig keine Veränderungen in den Gruppen einstellten, zeigte sich zum dritten Messzeitpunkt eine Verbesserung auf FRAS-D-Hauptskala der Wartekontrollgruppe (Tabellen 17-18)

**Tabelle 17: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FRAS-D Hauptskala T1-T2-T3**

Skala	IG			WKG		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>FRAS-D Gesamt</b>						
Prä (T1)	25	3.07	.41	23	2.83	.40
Post (T2)	25	3.12	.42	23	2.90	.41
Follow-up (T3)	19	3.06	0.43	18	2.99	0.36

**Tabelle 18: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)**

FRAS-D	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	1.288	1	46	.262	.027
Zeit x Gruppe	.054	1	46	.817	.001
Gruppe	4.445	1	46	<b>.040*</b>	.088
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	1.746	1	35	.195	.048
Zeit x Gruppe	4.181	1	35	<b>.048*</b>	.107
Gruppe	2.629	1	35	.114	.070

Die Analyse auf Subskalenniveau legt nahe, dass diese Überlegenheit der WKG offenbar primär die Subskala Organisation betraf (Tabelle 19-20).

Tabelle 19: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den FRAS-D Subskalen über T1-T2-T3

Subskala	IG			WKG		
	n	M	SD	n	M	SD
<b>Organisation</b>						
Prä (T1)	25	3.28	.47	23	3.15	.59
Post (T2)	25	3.24	.49	23	3.20	.400
Follow-up (T3)	19	3.19	0.52	18	3.36	0.33
<b>Kommunikation</b>						
Prä (T1)	25	3.30	.54	23	2.84	.58
Post (T2)	25	3.33	.42	23	3.00	.56
Follow-up (T3)	19	3.24	0.54	18	3.04	0.59
<b>Glaubenssysteme</b>						
Prä (T1)	25	2.64	.42	23	2.50	.35
Post (T2)	25	2.78	.57	23	2.50	.41
Follow-up (T3)	19	2.77	0.51	18	2.57	0.41

Tabelle 20: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D Subskala Organisation zwischen T1-T3 (Langzeit)

FRAS Organisation	F	df	Fehler df	p	$\eta^2$
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	0.646	1	35	.427	.018
Zeit x Gruppe	7.671	1	35	<b>.009**</b>	.180
Gruppe	0.176	1	35	.677	.005

### 7.2.5.2 Umgang mit dem Thema Familie und Sucht

Ergänzend wurden die für dieses Projekt konstruierten Skalen zum Umgang mit dem Themenfeld „Familie und Sucht“ genutzt, um intendierte Wirkeffekte der Intervention für die Zielgruppe abzubilden. Es zeigte sich kurzfristig eine signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe gegenüber der Wartekontrollgruppe direkt nach Interventionsteilnahme. Langfristig konnten keine signifikanten Veränderungen beobachtet werden (Tabelle 21-22).

**Tabelle 21: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der Familie und Sucht Hauptskala T1-T3**

Skala	IG			WKG		
Familie Sucht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	25	3.16	0.62	21	3.03	0.51
Post (T2)	25	3.37	0.49	21	3.00	0.55
Follow-up (T3)	19	3.27	0.49	17	3.03	0.52

**Tabelle 22: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der Skala Familie und Sucht zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)**

Familie und Sucht	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	2.025	1	44	.162	.044
Zeit x Gruppe	4.146	1	44	<b>.048*</b>	.086
Gruppe	2.781	1	44	.103	.059
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	0.743	1	34	.395	.021
Zeit x Gruppe	1.641	1	34	.212	.045
Gruppe	0.611	1	34	.440	.018

### 7.2.5.3 Umgang mit dem Thema Kinder und Sucht

Die ergänzend entwickelte Skala zum Themenbereich Kinder und Sucht zeigte keine signifikanten Änderungen in beiden Gruppen (Tabelle 23-24)

**Tabelle 23: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der Kinder und Sucht Hauptskala T1-T2-T3**

Skala	IG			WKG		
Wissen/Umgang Kinder Sucht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	24	2.76	0.75	22	3.02	0.73
Post (T2)	24	2.76	0.73	22	2.89	0.54
Follow-up (T3)	20	2.90	0.59	18	2.98	0.52

Tabelle 24: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der Skala Kinder und Sucht zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)

Kinder und Sucht	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	0.467	1	44	.489	.010
Zeit x Gruppe	0.467	1	44	.489	.010
Gruppe	1.101	1	44	.300	.024
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	1.025	1	36	.318	.028
Zeit x Gruppe	0.374	1	36	.545	.010
Gruppe	0.599	1	36	.460	.015

### 7.2.6 Psychische Belastungen

Die psychische Symptombelastung der teilnehmenden Eltern wurde anhand von Subskalen der Brief Symptom Checklist (BSCL) erfasst. Diese bezieht sich auf die aktuelle Belastung hinsichtlich Symptomen von Angst, Depression, Aggression, Paranoia und Psychotizismus. Mit Blick auf die berichtete Gesamtbelastung verbesserten sich beide Gruppen signifikant über beide Messzeitpunkte hinweg (Tabelle 25-26).

Tabelle 25: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der BSCL Hauptskala T1-T3

Hauptskala	IG			WKG		
BSCL Gesamt	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	24	0.87	0.87	24	0.82	0.64
Post (T2)	24	0.66	0.75	24	0.73	0.57
Follow-up (T3)	19	0.66	0.76	18	0.76	0.59

Tabelle 26: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)

BSCL	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	6.695	1	46	<b>.013**</b>	.127
Zeit x Gruppe	0.999	1	46	.323	.021
Gruppe	0.003	1	46	.955	.000
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	7.133	1	35	<b>.011**</b>	.169
Zeit x Gruppe	0.161	1	35	.691	.005
Gruppe	0.345	1	35	.561	.010

Mit Blick auf die Subskalenebene zeigten sich ebenfalls signifikante Verbesserungen beider Gruppen. Kurzfristig war eine signifikante Verbesserung hinsichtlich ängstlichen und paranoiden Symptomen zu verzeichnen (Tabelle 29-30). Auf der Subskala Depression zeigte sich außerdem im Zeitraum zwischen T1 und T2 eine signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe gegenüber der Wartekontrollgruppe (Tabelle 29).

**Tabelle 27: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der BSCL Subskalen über T1-T2-T3**

<b>Subskala</b>		<b>IG</b>		<b>WKG</b>		
<b>Angst</b>						
Prä (T1)	24	0.90	0.90	24	0.83	0.75
Post (T2)	24	0.67	0.81	24	0.65	0.66
Follow-up (T3)	19	0.77	0.91	18	0.73	0.67
<b>Aggression</b>						
Prä (T1)	24	0.98	0.90	24	0.86	0.64
Post (T2)	24	0.75	0.87	24	0.69	0.59
Follow-up (T3)	19	0.73	0.82	18	0.92	0.85
<b>Paranoia</b>						
Prä (T1)	24	0.97	0.97	24	1.07	0.91
Post (T2)	24	0.93	0.94	24	0.92	0.89
Follow-up (T3)	19	0.81	0.98	18	0.86	0.75
<b>Psychotizismus</b>						
Prä (T1)	24	0.62	0.83	24	0.58	0.63
Post (T2)	24	0.42	0.63	24	0.58	0.58
Follow-up (T3)	19	0.45	0.49	18	0.48	0.49
<b>Depression</b>						
Prä (T1)	24	0.87	0.97	24	0.77	0.75
Post (T2)	24	0.56	0.73	24	0.81	0.68
Follow-up (T3)	19	0.53	0.72	18	0.74	0.67

Tabelle 28: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Depression zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)

BSCL Depression	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	2.890	1	46	.096	.059
Zeit x Gruppe	4.515	1	46	<b>.039*</b>	.089
Gruppe	0.129	1	46	.721	.003
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	7.869	1	35	<b>.008</b>	.184
Zeit x Gruppe	0.048	1	35	.827	.001
Gruppe	0.553	1	35	.462	.016

Tabelle 29: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Angst zwischen T1-T2 (Kurzzeit)

BSCL Angst	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	12.625	1	46	<b>.001**</b>	.215
Zeit x Gruppe	.166	1	46	.685	.004
Gruppe	.043	1	46	.837	.001

Tabelle 30: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Aggression zwischen T1-T2 (Kurzzeit)

BSCL Aggression	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	6.328	1	46	<b>.015*</b>	.121
Zeit x Gruppe	0.158	1	46	.693	.003
Gruppe	0.191	1	46	.664	.004

Analysen der Langzeiteffekte auf Subskalenniveau verdeutlichten außerdem eine langfristige Reduzierung der Symptome von Paranoia (Tabelle 31) und Psychotizismus in beiden Gruppen (Tabelle 32).

Tabelle 31: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Paranoia zwischen T1-T3 (Langzeit)

BSCL Paranoia	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	5.194	1	35	<b>.029*</b>	.129
Zeit x Gruppe	0.567	1	35	.456	.016
Gruppe	0.530	1	35	.471	.015

Tabelle 32: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Psychotizismus zwischen T1-T3 (Langzeit)

BSCL Psychotizismus	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	5.636	1	35	<b>.023*</b>	.139
Zeit x Gruppe	0.470	1	35	.497	.013
Gruppe	0.178	1	35	.676	.005

### 7.2.7 Elternstress

Erlebter Elternstress wurde durch die Haupt- und Subskalen des Elternbelastungsinventars (EBI) abgebildet. Dieses Inventar unterscheidet eine Vielzahl von Stressoren, welche aus elterlichen (Bindung, soziale Isolation, Elternkompetenz, Depression, Gesundheit, persönliche Einschränkung, Partnerbeziehung) sowie kindlichen Belastungen (Hyperaktivität, Stimmung, Akzeptierbarkeit Anforderung, Anpassungsfähigkeit) resultieren. Auf Hauptskalenniveau fanden sich keine signifikanten Effekte über die drei Messzeitpunkte hinweg (Tabelle 33-34).

Tabelle 33: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EBI Hauptskala T1-T3

EBI Gesamt	IG			WKG		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	25	2.66	.76	23	2.84	.79
Post (T2)	25	2.59	.68	23	2.72	.80
Follow-up (T3)	20	2.56	.73	17	2.84	.74

**Tabelle 34: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EBI Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)**

EBI	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	2.015	1	46	.163	.042
Zeit x Gruppe	.182	1	46	.672	.004
Gruppe	.004	1	46	.953	.000
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	1.940	1	35	.172	.053
Zeit x Gruppe	1.329	1	35	.257	.037
Gruppe	0.614	1	35	.439	.017

Auf Subskalenebene fand sich eine signifikante Verbesserung der erlebten Elternkompetenz in beiden Gruppen. Dies betraf sowohl Kurzzeit- als auch Langzeiteffekte (Tabelle 36).

**Tabelle 35: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den EBI Subskalen über T1-T2-T3**

Subskala	IG			WKG		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Bindung</b>						
Prä (T1)	25	2.39	1.08	24	2.33	0.88
Post (T2)	25	2.20	.82	24	2.23	0.77
Follow-up (T3)	20	2.26	0.81	18	2.15	0.51
<b>Soziale Isolation</b>						
Prä (T1)	25	3.00	1.12	24	2.80	1.20
Post (T2)	25	2.72	1.07	24	2.75	1.10
Follow-up (T3)	20	2.25	1.20	18	2.92	0.81
<b>Elternkompetenz</b>						
Prä (T1)	25	2.84	.99	24	3.11	.97
Post (T2)	25	2.58	.91	24	2.90	1.03
Follow-up (T3)	20	2.64	1.07	17	2.94	0.97
<b>Depression</b>						
Prä (T1)	25	3.27	1.12	23	3.40	1.00
Post (T2)	25	3.41	0.91	23	3.02	1.03
Follow-up (T3)	20	3.23	1.09	18	3.18	1.07
<b>Gesundheit</b>						
Prä (T1)	25	2.67	1.00	24	2.77	0.87

Post (T2)	25	2.52	0.95	24	2.81	1.02
Follow-up (T3)	20	2.32	1.22	18	2.88	0.96
<b>Persönliche Einschränkung</b>						
Prä (T1)	25	2.72	1.06	24	2.59	1.23
Post (T2)	25	2.58	0.97	24	2.75	1.12
Follow-up (T3)	20	2.63	1.13	18	2.96	0.95
<b>Partnerbeziehung<sup>1</sup></b>						
Prä (T1)	17	2.78	1.10	11	3.20	0.91
Post (T2)	17	2.59	0.89	11	3.52	0.96
Follow-up (T3)	13	2.82	0.93	9	3.44	0.76
<b>Hyperaktivität</b>						
Prä (T1)	25	2.97	1.02	24	3.05	1.06
Post (T2)	25	3.09	1.02	24	2.94	1.01
Follow-up (T3)	20	2.96	0.94	18	3.18	1.20
<b>Stimmung</b>						
Prä (T1)	25	1.92	0.84	24	2.35	0.99
Post (T2)	25	2.03	0.87	24	2.27	0.95
Follow-up (T3)	20	2.04	0.89	18	2.41	1.00
<b>Akzeptierbarkeit</b>						
Prä (T1)	25	2.03	0.59	24	2.19	0.88
Post (T2)	25	2.04	0.67	24	2.25	0.81
Follow-up (T3)	20	2.11	0.70	18	2.54	0.86
<b>Anforderung</b>						
Prä (T1)	25	3.02	1.08	23	3.12	1.15
Post (T2)	25	3,03	0,89	23	3.11	0.92
Follow-up (T3)	20	2.92	0.93	18	3.14	1.09
<b>Anpassungsfähigkeit</b>						
Prä (T1)	25	2.39	1.00	24	3.03	1.12
Post (T2)	25	2.39	1.02	24	2.79	1.09
Follow-up (T3)	20	2.30	0.91	18	3.02	1.10

<sup>1</sup> Wert nur berechnet, wenn Partnerbeziehung vorhanden

Tabelle 36: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EBI Subskala Elternkompetenz zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)

EBI Elternkompetenz	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	4.401	1	47	<b>.041*</b>	.086
Zeit x Gruppe	.033	1	47	.857	.001
Gruppe	1.332	1	47	.254	.028
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	5.311	1	35	<b>.027*</b>	.132
Zeit x Gruppe	0.85	1	35	.362	.024
Gruppe	0.351	1	35	.577	0.10

### 7.2.8 Psychosoziale Belastungen der Kinder

Anhand des Elternfragebogens des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) schätzten die teilnehmenden Eltern die psychosozialen Belastungen ihrer Kinder ab 2 Jahre ein. Kurzzeitig verbesserten sich erneut beide Gruppen, das heißt die Eltern berichteten reduzierte Problemlagen zu T2 (Tabelle 38). Langfristig fand sich eine signifikante Überlegenheit der Wartekontrollgruppe (Tabelle 38).

Tabelle 37: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der SDQ Hauptskala T1-T3

SDQ Gesamtbelastung	IG			WKG		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä (T1)	20	0.60	0.25	18	0.77	0.32
Post (T2)	20	0.58	0.29	18	0.65	0.25
Follow-up (T3)	17	0.59	0.28	13	0.67	0.39

Tabelle 38: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit)

SDQ	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	5.973	1	36	<b>.020*</b>	.142
Zeit x Gruppe	3.121	1	36	.086	.080
Gruppe	2.050	1	36	.161	.054
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	3.77	1	28	.062	.119
Zeit x Gruppe	4.44	1	28	<b>.044*</b>	.137

Gruppe 2.022 1 28 .166 .067

Auf Subskalenebene zeigte sich eine Reduzierung sozialer Probleme in beiden Gruppen zwischen T1 und T2 (Tabelle 40). Mit Blick auf Langzeiteffekte dieser Subskala fand sich ebenfalls eine signifikante Verbesserung beider Gruppen, wobei sich die WKG überlegen zeigte (Tabelle 41).

**Tabelle 39: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den SDQ Subskalen über T1-T2-T3**

Subskala		IG		WKG		
<b>Emotionale Probleme</b>						
Prä (T1)	20	0.43	0.43	18	0.58	0.43
Post (T2)	20	0.44	0.36	18	0.54	0.47
Follow-up (T3)	17	0.45	0.36	14	0.50	0.44
<b>Externalisierendes Verhalten</b>						
Prä (T1)	20	0.58	0.41	18	0.77	0.41
Post (T2)	20	0.46	0.38	18	0.66	0.37
Follow-up (T3)	17	0.49	0.27	13	0.52	0.40
<b>Hyperaktivität</b>						
Prä (T1)	20	0.98	0.53	18	1.22	0.46
Post (T2)	20	1.01	0.59	18	1.07	0.42
Follow-up (T3)	17	0.89	0.55	13	1.13	0.63
<b>Soziale Probleme</b>						
Prä (T1)	20	0.39	0.31	18	0.51	0.36
Post (T2)	20	0.39	0.28	18	0.31	0.30
Follow-up (T3)	17	0.54	0.33	14	0.51	0.45
<b>Prosoziales Verhalten</b>						
Prä (T1)	20	1.55	0.43	17	1.38	0.33
Post (T2)	20	1.49	0.41	17	1.53	0.39
Follow-up (T3)	16	1.59	0.28	14	1.61	0.39

**Tabelle 40: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ Subskala soziale Probleme zwischen T1-T2 (Kurzzeit)**

SDQ: Soziale Probleme	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T2 Kurzzeit</b>					
Zeit	4.263	1	36	<b>.046</b>	.106
Zeit x Gruppe	4.263	1	36	<b>.046</b>	.106
Gruppe	.056	1	36	.815	.002

**Tabelle 41: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ Subskala externalisierendes Verhalten zwischen T1-T3 (Langzeit)**

SDQ: External. Verhalten	<i>F</i>	<i>df</i>	Fehler <i>df</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1-T3 Langzeit</b>					
Zeit	7.838	1	28	<b>.009</b>	.219
Zeit x Gruppe	4.359	1	28	<b>.046</b>	.135
Gruppe	1.996	1	28	.169	.067

### 7.2.9 Langzeit-Katamnese der Interventionsgruppe (T4)

Zur Überprüfung nachhaltiger Effekte im Follow-up zu T4 wurden t-Tests für abhängige Stichproben über die Messzeitpunkte T3-T4 in der Interventionsgruppe durchgeführt. Auf Hauptskalenebene wurden dabei keine signifikanten Unterschiede gefunden (Tabelle 42).

**Tabelle 42: Langzeitkatamnese (T4) der IG auf den verwendeten Hauptskalen**

Hauptskalen	Messzeitpunkt	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Sig (2-seitig)
DUDIT	T3	12	8.67	10.72	.497
	T4	12	9.17	10.85	
BSCL	T3	14	0.61	0.82	.169
	T4	14	0.49	0.75	
EBI	T3	14	2.47	0.74	.852
	T4	14	2.44	0.68	
FRAS-S	T3	14	3.09	0.38	.809
	T4	14	3.11	0.37	
EFBK	T3	14	3.25	0.87	.980
	T4	14	3.26	0.62	
FZEV	T3	14	2.55	0.33	.605
	T4	14	2.51	0.34	
SDQ	T3	12	0.60	0.31	.674
	T4	12	0.62	0.28	
Familie Sucht	T3	13	3.35	0.50	.952
	T4	13	3.35	0.50	
Kinder und Sucht	T3	14	2.86	0.61	.355
	T4	14	2.97	0.73	

Auf Subskalenebene zeigte sich eine signifikante Reduktion auf der BSCL Subskala Angst ( $t(13) = 2.460$ ,  $p = .029$ ). Hier muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Entspannung der Pandemiesituation in Deutschland zu T4 ebenfalls eine Rolle für dieses signifikante Ergebnis spielt. Mit Blick auf die psychosozialen Belastungen der Kinder wurde ebenfalls eine signifikante Erhöhung prosozialen Verhaltens zu T4 deutlich ( $t(10) = 3,61$ ,  $p = 0.005$ ). Auch hier sollten die o.g. Pandemielockerungen und assoziierten vermehrten Sozialkontakte zu dieser Erhebungsphase berücksichtigt werden. Grundsätzlich muss die geringe Stichprobengröße des follow-up limitierend beachtet werden.

### 7.2.10 Drop-Out Analysen

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes war eine Analyse der Teilnehmenden, die im Projektverlauf ausschieden, ebenfalls von Relevanz. Die meisten „Drop-Outs“ waren dabei zwischen T1 und T2 zu verzeichnen. Von den  $N = 34^1$  hier ausgeschiedenen Eltern waren 64,7 % weiblich ( $n = 22$ ) und 35,3 % männlich ( $n = 12$ ) und ihr Durchschnittsalter betrug 31.92 Jahre ( $SD = 8,38$ , range: 19-56) und 76,5 % ( $n = 26$ ) waren aktuell in einer Beziehung. Hinsichtlich Abstinenz und Konsum berichteten 61,8 % ( $n = 21$ ) Konsum in den 6 Monaten vor Projektbeginn und 47,1 % ( $n = 16$ ) noch Konsum in den 4 Wochen vor dem Start des Projektes.

Um auf Systematik und spezifische Charakteristika der ausgeschiedenen Teilnehmenden zu untersuchen, wurden diese mit der im Projekt verbleibenden Stichprobe mittels t- und  $\chi^2$ -Tests verglichen. Diese zeigen, dass bezogen auf die Vergleichsstichprobe keine systematische Differenz hinsichtlich soziodemografischer Merkmale von Geschlecht ( $\chi^2 = 2.238$ ,  $p = .131$ ), Alter ( $t(81) = -0.724$ ,  $p = .471$ ), Anzahl der Kinder ( $t(81) = -0.115$ ,  $p = .909$ ), Partnerschaft ( $\chi^2 = 2.216.70$ ,  $p = .145$ ), fremduntergebrachte Kinder ( $\chi^2 = 0.197$ ,  $p = .657$ ) und Substanzkonsum 6 Monate vor Projektbeginn ( $\chi^2 = 0.002$ ,  $p = .960$ ) bzw. 4 Wochen vor Projektbeginn ( $\chi^2 = 0.252$ ,  $p = .616$ ) bestand.

Beim Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich der verwendeten standardisierten Inventare auf Haupt- und Subskalenniveau zeigte sich ein einzelner signifikanter Effekt: Im Hinblick auf förderliches Erziehungsverhalten (FZEV) konnte eine signifikante Differenz gefunden werden ( $t(81) = -1.99$ ,  $p = 0.05$ ). Somit schieden tendenziell Eltern aus dem Projekt aus, die weniger förderliches Erziehungsverhalten zeigten. Hinsichtlich dysfunktionaler Erziehungsstrategien wurden jedoch keine Unterschiede deutlich.

---

<sup>1</sup> Diese Angaben beziehen sich auf das Sample der Teilnehmenden, deren Interventionsgruppe vor Beginn der Corona-Pandemie abgeschlossen wurde.

Grundsätzlich wird somit deutlich, dass keine gravierenden systematischen Unterschiede zwischen den ausgeschiedenen und verbliebenen Teilnehmer\_innen bestehen.

#### 7.2.11 Diskussion der Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation

Insgesamt konnten direkte Wirkeffekte des SHIFT PLUS Elterntrainings im Bereich der Reduzierung von Depressionen sowie des verbesserten Umgangs mit dem Thema Sucht in der Familie verzeichnet werden. Hier zeigte ausschließlich die Interventionsgruppe Verbesserung. Diese betrafen den zweiten Messzeitpunkt direkt nach Ende des Trainings. Die kurzfristige Wirksamkeit konnte somit vor Beginn der Corona-Pandemie sichergestellt werden. Der ressourcenorientierte Ansatz und der thematische Fokus auf die Verbesserung der Situation innerhalb der drogenbelasteten Familien erscheinen somit sehr erfolgreich in der Zielgruppe.

Grundsätzlich verbesserten sich beide Gruppen in vielen relevanten Bereichen. Drogenbezogene Probleme reduzierten sich kurz- und langfristig unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit. Psychische Probleme verringerten sich ebenfalls, wobei dies vor allem kurzfristig ängstliche und paranoide Symptome betraf und langfristig weniger Depressionen, Paranoia und Psychotizismus in beiden Gruppen beschrieben wurden. Es zeigt sich also, dass das umfangreiche „treatment as usual“ und die vorhandene Anbindung an das Hilfesystem sehr unterstützend für drogenbelastete Eltern wirkten. Wenngleich sich der Gesamtelternstress nicht reduzieren konnte, zeigten beiden Gruppen außerdem erhöhtes Erleben von Elternkompetenz. Die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik im Zuge der Projektbeteiligung – unabhängig der zugeteilten Gruppe – können Erklärungswert für diesen Effekt besitzen.

Wenngleich sekundäre Effekte auf die psychosoziale Belastung der Kinder angestrebt wurden, konnten diese im Zuge des Trainings ebenfalls in beiden Gruppen festgestellt werden. Kurzfristig wurde eine geringere Gesamtbelastung aus Sicht der Eltern berichtet. Langfristig reduzierten sich auch externalisierende Verhaltensprobleme signifikant in beiden Gruppen, wobei diese Reduzierung in der Wartegruppe etwas höher ausfiel. Die Wartegruppe zeigte zudem Überlegenheit in der Langzeitverbesserung organisationaler Prozesse im Sinne der Familienresilienz, was in der Trainingsgruppe nicht zu beobachten war.

Im Hinblick auf die Interpretation der Langzeitergebnisse ist jedoch von Konfundierungseffekten durch die Corona-Pandemie auszugehen. Die zu T3 beobachteten Veränderungen können hier nicht mehr eindeutig auf Gruppenzugehörigkeit zurückgeführt werden. Vielmehr sind voraussichtlich Aspekte der persönlichen Gegebenheiten (z.B. Kurzarbeit, Homeschooling, Quarantäne) vordergründig für die drogenbelasteten Familien und ihre Situation zu diesem Zeitpunkt. Insofern sollten hier die Kurzzeiteffekte primär als Interpretationsgrundlage zu den Interventionseffekten herangezogen

werden. Die Ergebnisse der follow-up Messungen zu T4 können diese These ebenfalls stützen. Hier reduzierte sich Ängstlichkeit der Eltern und erhöhte sich prosoziales Verhalten der Kinder der Interventionsgruppe. Zu diesem Zeitpunkt war die „erste Welle“ der Pandemie überwunden, was die Entspannung der sozialen Situation der Kinder und Angst der Eltern erklären kann. Von der Interpretation der T4-Werte im Sinne der Post-Messung der WKG wurde, wie bereits erläutert, abgesehen, da zwischen Unterbrechung und Wiederaufnahme der Gruppen vereinzelt viele Monate vergingen.

Entgegen der Erwartungen konnte das Training keine direkten Wirkeffekte auf das Erziehungsverhalten (förderlich wie dysfunktional) erzielen. Möglicherweise bedarf es hier weiterer Vertiefung der beiden Erziehungsmodule. Beispielhaft könnten diese über mehrere Wochen gesplittet werden, damit die intendierten Verhaltensmuster nachhaltig verankert und im häuslichen Setting geübt werden können. Auch ein Wiederaufgreifen des Themas Erziehung in späteren Modulen ist vorstellbar. Aktuell wird dieser Aspekt zu Beginn des Trainings vertieft bearbeitet, sodass ein Rückbezug zur Thematik im Interventionsverlauf sinnvoll sein könnte. Wie bereits im Zuge der Evaluation des ersten SHIFT Elterntrainings, konnten erneut keine signifikanten Verbesserungen auf der verwendeten Familienresilienzskala verzeichnet werden. Gleichzeitig wurde das Thema durch den direkten Einbezug der Angehörigen im Rahmen von SHIFT PLUS vertieft. Hier ist zu überprüfen, inwiefern die verwendete Skala zur Familienresilienz in diesem Kontext geeignet ist. Es bedarf in jedem Fall einer Validierung und Überprüfung der weiteren psychometrischen Gütekriterien der deutschen Übersetzung.

Insgesamt sind einige Aspekte bei der Ergebnisinterpretation limitierend zu betrachten. So beruhen alle Angaben ausschließlich auf der Selbsteinschätzung der Eltern, wodurch Antworttendenzen, z.B. im Sinne sozialer Erwünschtheit, nicht ausgeschlossen werden können. Weiterhin muss die Volatilität der Zielgruppe und somit reduzierte Stichprobengröße berücksichtigt werden. Insbesondere im Vergleich zu einer behandelten Wartegruppe muss hier davon ausgegangen werden, dass kleine Interventionseffekte im Kontext dieser Studie nicht zu identifizieren sind. Grundsätzlich gilt es zu beachten, dass alle Teilnehmenden über kooperierende Hilfseinrichtungen rekrutiert wurden. Somit ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf unbehandelte Populationen nur eingeschränkt möglich. Zudem konnte keine vollständige Randomisierung der beiden Gruppen umgesetzt werden, da dies nicht der Lebensrealität (z.B. im Hinblick auf Therapieplanung oder beruflicher Situation) der Zielgruppe entsprach. Wenngleich eine entsprechende Überprüfung auf Differenzen der Gruppen zur Baseline-Erhebung erfolgt ist, könnten auch unentdeckte Unterschiede zur systematischen Variation der Gruppen beitragen.

## 7.3 Ergebnisse der Prozessevaluation

Neben der Sicherstellung der Wirksamkeit der SHIFT PLUS Intervention war die Erfassung von Akzeptanz und Praktikabilität durch Trainer\_innen und Teilnehmende essenzieller Bestandteil der Projektevaluation. Die Prozessevaluation bestand aus verschiedenen Teilaspekten: Die Sicherstellung der Qualifizierung der Trainer\_innen und die projektbezogene Schulung, die Teilnehmendenrekrutierung und Clearingphase, die Umsetzung der einzelnen Module sowie die Umsetzung der gesamten Intervention. Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich somit an den genannten Aspekten der Prozessevaluation

### 7.3.1 Merkmale der Trainer\_innen

Zur vertiefenden Information wurden verschiedene Charakteristika aller geschulten Trainerinnen und Trainer ausgewertet. Die hierfür notwendige Befragung geschah im Rahmen der durchgeführten Schulung mithilfe eines Fragebogens mit Fokus auf demographische Variablen und Persönlichkeitsmerkmalen.

Von den insgesamt 14 geschulten Trainerinnen und Trainer waren zwölf (85,7 %) weiblich und zwei (14,3 %) männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 42 Jahren ( $SD = 9.14$ , *range* 26-58). Von den Trainerinnen und Trainer gehörte die Hälfte (50 %) einer Suchtberatungsstelle und 38,6 % einer Einrichtung der Jugendhilfe an. Weitere 21,4 % gaben hier an, dass sie einer Einrichtung angehören, die sowohl der Sucht- als auch der Jugendhilfe zuzuordnen ist. Hinsichtlich des eigenen höchsten Bildungsabschlusses berichtete die Mehrheit aller Trainerinnen und Trainer (71,4 %) einen Hochschulabschluss zu besitzen (Uni, TH oder FH). Von den restlichen Personen gaben drei Personen Fachabitur (21,4 %) und eine andere Person einen Realschulabschluss (8,3 %) als höchsten Bildungsabschluss an.

Bei der Berufsausbildung der Durchführenden dominierten klar die Berufsbilder der Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit mit Diplom- oder Bachelorabschluss (71,4 %). Außerdem als Trainer\_in geschult wurden Erzieherinnen und Erzieher (14,3 %) sowie Psycholog\_innen (14,3 %). Die Hälfte (50 %) verfügte zudem über eine therapeutische oder eine andere Zusatzausbildung. Beinahe ein Drittel der Trainerinnen und Trainer (28,6 %) verfügte über eine suchtspezifische Zusatzausbildung, wie z.B. Suchttherapie oder Sozialtherapie Sucht. Im Durchschnitt waren die Trainerinnen und Trainer seit 8.34 Jahren in der am Projekt teilnehmenden Einrichtung tätig ( $SD = 7.33$ , *range*: 0.8-24 Jahre). Alle Trainerinnen und Trainer (100 %) verfügten über mehrjährige Erfahrung in der Arbeit mit Suchtkranken ( $M = 10.17$ ,  $SD = 8.38$ , *range*: 0.4-26 Jahre). 91,7 % verfügten über mehrjährige Erfahrungen in der Arbeit mit Eltern ( $M = 10.7$ ,  $SD = 8.64$ , *range*: 0.4-26 Jahre).

Zur Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale der Trainerinnen und Trainer wurde das 10-Item Big Five Inventory (BFI-10) eingesetzt. Es erfasst fünf Dimensionen der Persönlichkeit (Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus (emotionale Stabilität), Offenheit für Erfahrungen) mit jeweils zwei Items. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft voll und ganz zu). Alle Skalenmittelwerte der Stichprobe ( $n = 14$ ) aus dem vorliegenden Projekt werden in Tabelle 43 dargestellt. Ein höherer Punktwert beschreibt jeweils eine stärkere Ausprägung des Merkmals.

**Tabelle 43: Mittelwerte der BFI-10-Skalen in der Trainer\_innen-Stichprobe**

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Extraversion	3.75	0.67
Verträglichkeit	3.71	0.93
Gewissenhaftigkeit	4.32	0.70
Neurotizismus	2.18	0.85
Offenheit für Erfahrungen	3.71	1.26

Nicht alle der hier inkludierten Trainerinnen und Trainer führten das SHIFT PLUS Elternteraining letztendlich tatsächlich durch. Einige nahmen an der Schulung lediglich teil, um als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung zur Verfügung zu stehen oder waren eher für einen späteren Durchlauf ohne wissenschaftliche Begleitforschung eingeplant. Da es sich bei den geschulten Fachkräften aber insgesamt um eine Gruppe mit homogenen Merkmalen handelt, ist davon auszugehen, dass die Gesamtergebnisse ohne größere Verzerrungen auf die Trainerinnen und Trainer, die das SHIFT PLUS Elternteraining tatsächlich durchgeführt haben, übertragen werden können.

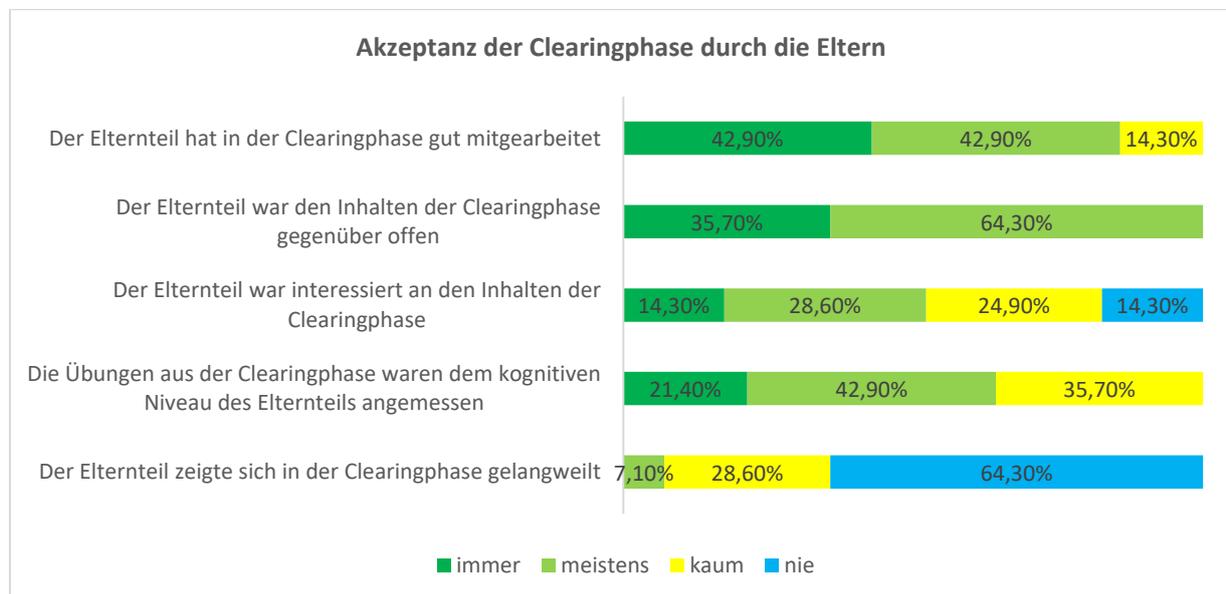
### 7.3.2 Evaluation des Clearings

Die Fachkräfte, die die Clearing-Sitzung durchgeführt hatten, evaluierten diese anschließend ( $N = 14$ ). Zentral waren die Einschätzungen von formalen und inhaltlichen Aspekten des Clearings sowie Auskünfte zu Akzeptanz und motivationalen Aspekten. Diese wurden im Durchschnitt insgesamt positiv bewertet. Tabelle 44 zeigt die Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte (Range: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht).

**Tabelle 44: Bewertung der Clearingphase durch die durchführenden Fachkräfte – formale und inhaltliche Aspekte (n = 14)**

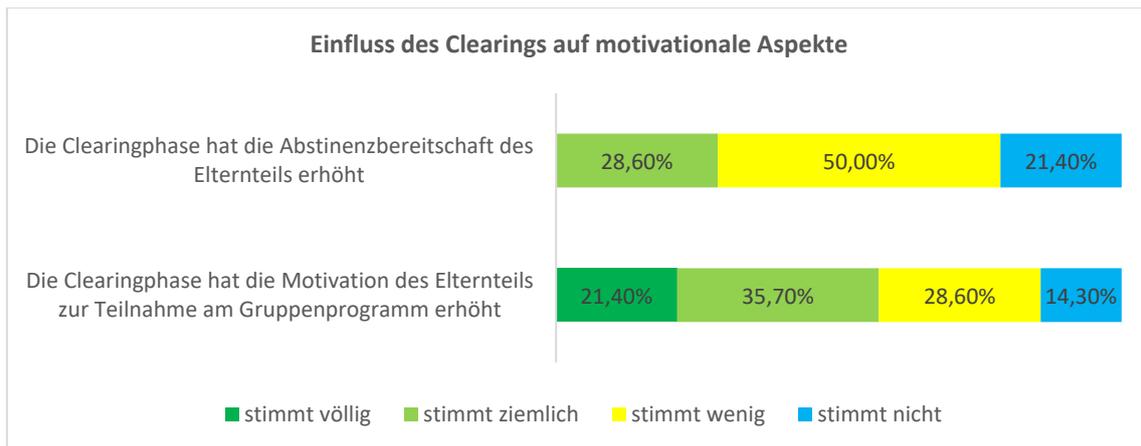
Bewertungsaspekt	M	SD	Range
Praktikabilität der Clearingphase	2.50	1.02	1-4
Übungsinhalte der Clearingphase	2.64	0.84	2-4
Zeit- und Zielvorgaben der Clearingphase	2.14	0.66	1-3
Arbeitsmaterialien der Clearingphase	1.93	0.73	1-3

Hinsichtlich der Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern zeigte sich, dass die Eltern aus Sicht der Fachkräfte gut in der Clearingphase mitgearbeitet haben und den Inhalten gegenüber offen waren. Das Interesse der Eltern wurde aus Sicht der Fachkräfte unterschiedlich eingeschätzt. In etwas weniger als der Hälfte der Fälle (42,9 %) wurde das Interesse als mittelmäßig und in etwa einem Drittel der Fälle (28,6 %) wurde das Interesse der Eltern als gut beschrieben. Die Übungen aus der Clearingphase waren dem kognitiven Niveau der Elternteile in fast zwei Drittel der Fälle immer oder meist angemessen. Die Ergebnisse zur Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern sind in Abbildung 12 dargestellt.



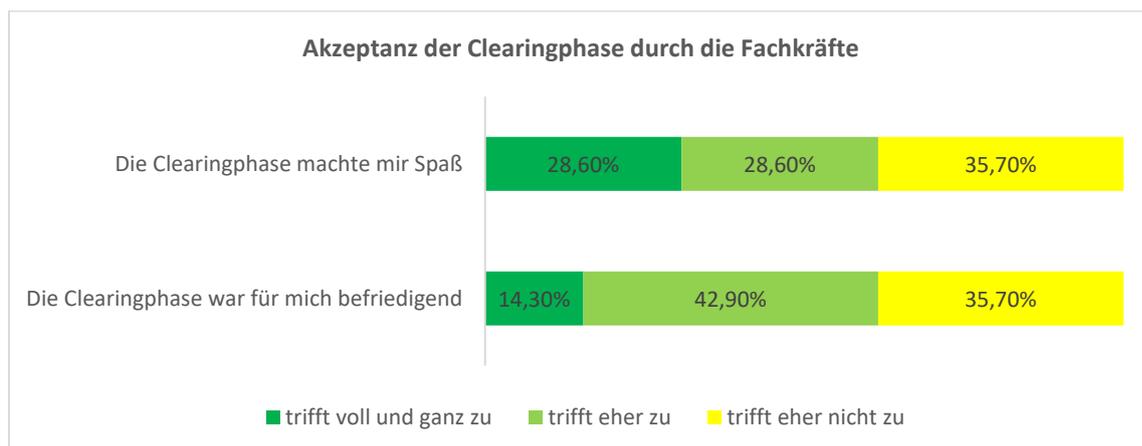
**Abbildung 12: Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern (n = 14)**

In Bezug auf den Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte stellte sich heraus, dass die Fachkräfte geteilter Meinung waren, ob die Clearingphase die Abstinenzbereitschaft der Eltern erhöhen konnte. Deutlich wird jedoch, dass die Clearingphase die Motivation der Eltern für die Teilnahme am SHIFT PLUS Elterstraining insgesamt gut fördern konnte. Abbildung 13 bildet den Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte im Detail ab.



**Abbildung 13: Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte bei den Eltern (n = 14)**

Aus den Angaben der Fachkräfte (Abbildung 14) wurde deutlich, dass sie selbst insgesamt Spaß an der Durchführung des Clearings hatten: Etwa ein Drittel (28,6 %) stimmte dieser Aussage voll und ganz zu, genauso viele Fachkräfte (28,6 %) berichteten, dass diese Aussage auf sie eher zutraf.



**Abbildung 14: Zufriedenheit der Fachkräfte mit der Clearingphase (n = 14)**

### 7.3.3 Evaluation der SHIFT PLUS Intervention durch Fachkräfte

#### 7.3.3.1 Gesamtevaluation

Alle Trainerinnen und Trainer, die das SHIFT PLUS Elternteraining durchgeführt haben, wurden um eine abschließende Gesamtevaluation gebeten. An dieser Befragung beteiligten sich insgesamt zwölf Fachkräfte aus den Projektstandorten Baden-Baden, Dresden, Nürnberg, Bad Homburg, Trier, Hückelhoven, Hof und Neunkirchen. Die Trainerinnen und Trainer wurden um eine Bewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT PLUS Elternterainings gebeten sowie um eine Einschätzung der Akzeptanz des Trainings durch die Eltern aus Sicht der Trainerinnen und Trainer. Zuletzt wurden sie gebeten, ihre persönliche Zufriedenheit mit dem SHIFT PLUS Elternteraining anzugeben.

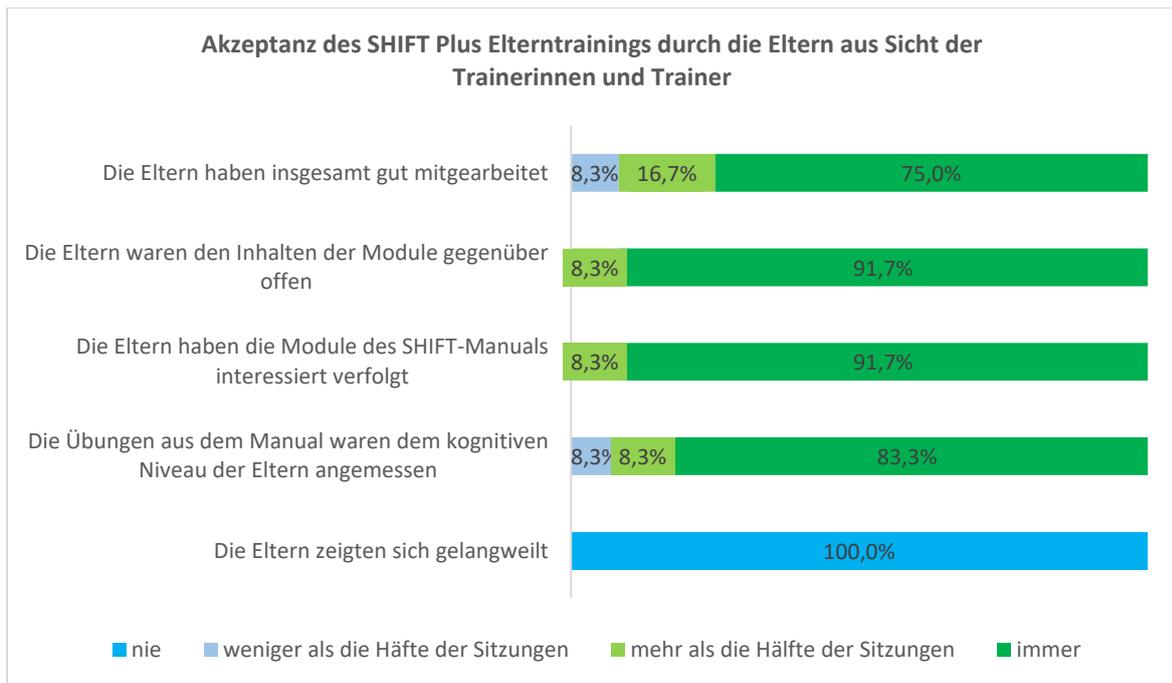
Die inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT PLUS Elterstrainings wurden von den Trainer\_innen insgesamt als gut bis sehr gut bewertet. Weniger gut eingestuft wurden nur die Zeit- und Zielvorgaben der Module, mit einem „befriedigend“ als durchschnittliche Bewertung. Die Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte aus den Modulen befinden sich in Tabelle 45 (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht).

**Tabelle 45: Gesamtbewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT PLUS Elterstrainings durch die Trainerinnen und Trainer (n = 12)**

<b>Bewertungsaspekt</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>Range</i></b>
Praktikabilität des SHIFT PLUS-Manuals	1.83	0.72	1-3
Übungsinhalte des SHIFT PLUS-Manuals	1.67	0.49	1-2
Zeit- und Zielvorgaben des SHIFT PLUS-Manuals	2.50	0.52	2-3
Arbeitsmaterialien des SHIFT PLUS-Manuals	1.50	0.52	1-2

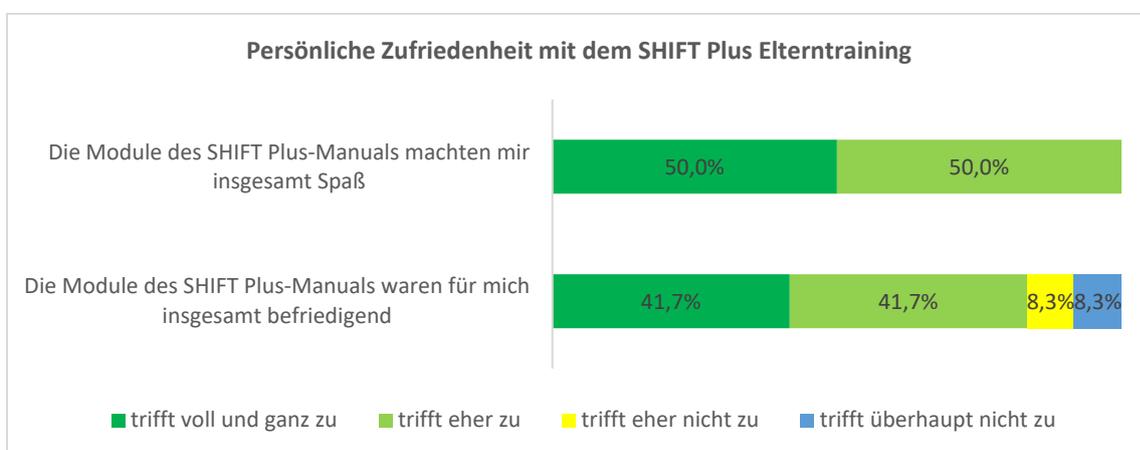
Etwa ein Drittel der befragten Trainerinnen und Trainer (33,3 %) sieht keine Verbesserungsbedürftigkeit für das SHIFT PLUS-Manual. 58.3 % der Trainerinnen und Trainer halten das Manual nur für wenig verbesserungswürdig und eine Person (8,3 %) gab als Antwort zur Verbesserungsbedürftigkeit des SHIFT PLUS-Manuals „stimmt völlig“ an.

Die Akzeptanz des SHIFT PLUS Elterstrainings durch die Eltern aus Sicht der durchführenden Fachkräfte ist insgesamt sehr zufriedenstellend. Die Eltern haben häufig immer oder zumindest in über der Hälfte der Zeit gut mitgearbeitet, waren den Inhalten gegenüber offen und haben die Module des SHIFT PLUS Elterstrainings interessiert verfolgt (siehe Abbildung 15). Nur von einer Person wurde die Mitarbeit als „mittelmäßig“ eingestuft. Die Übungen aus dem Manual waren den (durch langjährigen Drogenmissbrauch oftmals eingeschränkten) kognitiven Fähigkeiten der Eltern angemessen und diese zeigten sich nie (100 %) gelangweilt.



**Abbildung 15: Akzeptanz des SHIFT PLUS Elterstrainings durch die Eltern aus Sicht der Trainerinnen und Trainer (n = 12)**

Insgesamt gaben die durchführenden Fachkräfte an, mit dem SHIFT PLUS Elterntaining zufrieden zu sein. Die Hälfte (50 %) der Trainerinnen und Trainer beurteilten das SHIFT PLUS-Manual insgesamt als sehr gut, die anderen 41,7 % bewertete es insgesamt als gut und eine Person (8,3 %) beurteilte das Manual mit „befriedigend“. Abbildung 16 macht deutlich, dass die Module des SHIFT PLUS-Manuals den Trainerinnen und Trainern Spaß machten. Des Weiteren gaben 41,7 % der Fachkräfte an, die Module des SHIFT PLUS Elterstrainings als „voll und ganz“ befriedigend zu empfinden. Diese Aussage fanden 41,7 % für sich „eher zutreffend“. Dass eine Person (8,3 %) dieser Aussage „eher nicht“ und eine weitere Person (8,3 %) überhaupt nicht zustimmte, ist vermutlich durch die kritische Bewertung der Zeitvorgaben zu erklären. So wurde es durchweg als ungünstig empfunden, Übungen, Nachbesprechungen oder Diskussionen aufgrund der Zeitvorgaben unterbrechen zu müssen.



**Abbildung 16: Persönliche Zufriedenheit der Trainer und Trainerinnen mit dem SHIFT PLUS Elterntaining (n = 12)**

### 7.3.3.2 Modulevaluation

Auf eine vollständige Darstellung aller Evaluationsergebnisse aus den einzelnen Modulen wird aus ökonomischen Gründen verzichtet. Berichtet werden an dieser Stelle lediglich die Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte aus den einzelnen Modulen ( $n =$  je 2-12 Trainerinnen und Trainer pro Modul), die Dauer der Module sowie die wichtigsten Hinweise aus den Freihandanmerkungen der Fachkräfte.

Die inhaltlichen und formalen Aspekte der Module wurden von den Fachkräften insgesamt sehr zufriedenstellend und zumeist „gut“ bis „sehr gut“ bewertet. Kritisiert wurden erneut nur die Zeit- und Zielvorgaben der Module. Das Angehörigen-Modul 9, welches für die Eltern und erwachsenen Angehörigen der teilnehmenden Eltern ausgelegt war, wurde nur von zwei Fachkräften bewertet. Grund dafür, dass das Modul 9 nicht an jedem Standort angeboten wurde, war die fehlende Bereitschaft bzw. Anzahl an Angehörigen, die teilnehmen wollten oder konnten. Insgesamt wurde das Modul 9 vergleichsweise schlechter eingeschätzt als die restlichen Module. Insbesondere die Übungsinhalte wurden als herausfordernd und die Praktikabilität und Arbeitsmaterialien nur als „befriedigend“ eingeschätzt. Die Freihandbemerkungen der befragten Fachkräfte zu Modul 9 weisen auf Arbeitsblätter mit zu viel theoretischem Input hin. Nichtsdestotrotz weisen die restlichen Module ein sehr positives Bild mit durchschnittlichen Bewertungen von „sehr gut“ bis „gut“ auf. Die durchschnittlichen Bewertungen der inhaltlichen und formalen Aspekte aus den Modulen befinden sich in Tabelle 46 (Range: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht).

**Tabelle 46: Bewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte der einzelnen Module durch die Trainer und Trainerinnen**

	Praktikabilität des Moduls		Übungsinhalte des Moduls		Zeit- und Zielvorgaben des Moduls		Arbeitsmaterialien des Moduls	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Modul 1</b>	1.30	0.48	1.60	0.52	1.80	0.92	1.60	0.52
<b>Modul 2</b>	1.67	0.65	1.42	0.52	2.08	0.79	1.33	0.49
<b>Modul 3</b>	1.67	0.87	1.67	0.70	2.44	1.13	1.56	0.73
<b>Modul 4</b>	1.67	0.78	1.67	0.65	1.50	0.67	1.42	0.51
<b>Modul 5</b>	1.56	0.89	1.38	0.52	2.33	0.87	1.44	0.73
<b>Modul 6</b>	1.63	0.74	1.38	0.52	2.00	0.53	1.63	0.52
<b>Modul 7</b>	2.17	0.98	1.83	0.98	1.50	0.55	2.00	0.89
<b>Modul 8</b>	1.33	0.71	1.56	0.88	1.11	0.33	1.56	0.73
<b>Modul 9</b>	3.00	0.00	4.00	0.00	2.00	0.00	3.00	0.00
<b>Modul 10</b>	1.50	0.71	1.60	0.84	1.70	0.95	1.80	0.79

Aufgrund der Kritik an den Zeit- und Zielvorgaben wurde die durchschnittliche Dauer aller Module ermittelt (siehe Tabelle 47). Es zeigte sich, dass die Module 2, 3 und 6 am zeitaufwändigsten waren. Bei der Hälfte der Module wurde das zunächst angesetzte Zeitfenster von 90 Minuten leicht überschritten.

**Tabelle 47: Durchschnittliche Dauer der einzelnen Module**

	Dauer des Moduls in Minuten			
	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Modul 1</b>	80	105	93.33	2.76
<b>Modul 2</b>	90	105	95.91	2.11
<b>Modul 3</b>	90	105	97.14	2.86
<b>Modul 4</b>	60	100	84.70	4.27
<b>Modul 5</b>	60	110	86.33	5.76
<b>Modul 6</b>	90	110	95.00	3.27
<b>Modul 7</b>	70	95	84.17	4.55
<b>Modul 8</b>	75	90	85.00	3.16
<b>Modul 9</b>	90	90	90.00	0.00
<b>Modul 10</b>	45	110	86.11	1.43

Aus den Freihandanmerkungen geht hervor, dass die Zeitvorgaben oftmals aufgrund des ausgeprägten Redebedürfnisses und des hohen Austauschbedarfs oder aber aufgrund von persönlichen Anliegen der Teilnehmenden nicht eingehalten werden konnte. So konnten einzelne Übungen im Anschluss an ihre Durchführung nicht hinreichend reflektiert werden und die Nachbesprechung musste, um den Zeitplan weiter einhalten zu können, abgebrochen werden. Zum Teil wurde außerdem rückgemeldet, dass die Bearbeitung zu vieler Arbeitsblätter oder Inhalte die Zeiteinhaltung erschwerten. Insbesondere in den Modulen 2, 6, 8 und 9 bemerkten die Trainer und Trainerinnen, dass kürzere oder weniger Arbeitsblätter sinnvoll wären, um Zeitdruck entgegenzuwirken. Aus Sicht aller Beteiligten war die Kürzung von Inhalten häufig bedauerlich, da die Übungen grundsätzlich als wichtig und deren Inhalte als hochrelevant empfunden wurden.

Im Zuge der Freihandanmerkungen wurde außerdem deutlich, dass die Rollenspiele von einigen Eltern nur ungern ausgeführt wurden, andere Eltern hingegen konnten sich sehr für diese begeistern. Die Ablehnung der Rollenspiele scheint häufig nicht an deren Inhalten generell gelegen zu haben, sondern vielmehr speziell daran, dass einige Teilnehmende bei Rollenspielen eine Art Leistungsdruck oder

soziale Ängste verspürten. Manchmal konnten Rollenspiele auch nicht realisiert werden, da zu wenig Teilnehmende an der Stunde teilnahmen.

Das Angehörigenmodul 7, an dem die Kinder der Teilnehmenden eingeladen wurden, wurde als zu komplex für die anwesende Altersgruppe der Kinder eingeschätzt. Die Trainer und Trainerinnen empfahlen in ihren Anmerkungen, dass die Übungen in diesem Modul spielerischer und weniger inhaltlich gehalten werden. Insgesamt wurde die Idee mit der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Kindern aber als sehr positiv bewertet, weshalb das Modul an sich von Teilnehmenden wie auch Trainern und Trainerinnen geschätzt wurde.

Ein weiterer genannter kritischer Aspekt zielt darauf ab, dass die Module zu wenig individuell abstimmbare seien. So fiel es einer Fachkraft schwer, akute persönliche Probleme der Teilnehmenden, wie beispielsweise Inobhutnahmen oder Gewalt, zu thematisieren. Obwohl die Fachkraft die Module im Allgemeinen als „sehr schön“ beschrieb, fehlte es ihr an Flexibilität in der Modulausführung. Bei zukünftigen Durchführungen, die nicht vor dem Hintergrund der Evaluation des Manuals stattfinden und somit keine exakte Manualtreue erfordern, sollte dieser Kritikpunkt nicht so schwer ins Gewicht fallen.

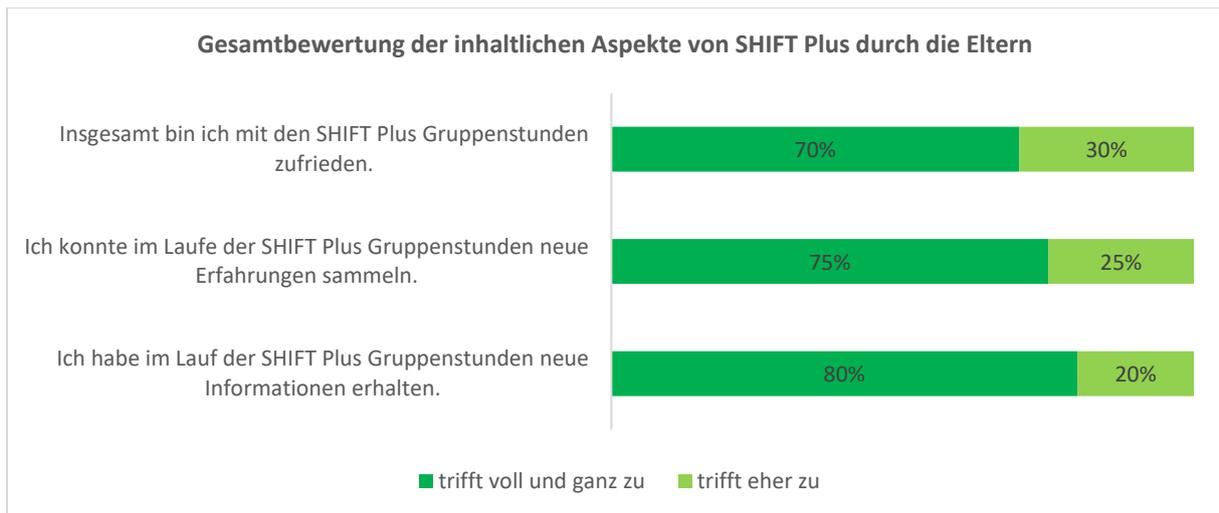
Trotz der kritischen Aspekte erzielten die einzelnen Module bei den Trainerinnen und Trainern insgesamt jedoch eine hohe Akzeptanz. Für eine künftige Durchführung scheint es allerdings ratsam, für alle Module ein hinreichend großes Zeitfenster einzuplanen, um dem hohen Austauschbedürfnis der Teilnehmenden gerecht zu werden und/oder im Vorfeld klar zu kommunizieren, dass persönliche Anliegen der Teilnehmenden vorzugsweise ausschließlich in anderen Settings besprochen werden sollten (z.B. im Rahmen von Einzelsitzungen).

### 7.3.4 Evaluation der SHIFT PLUS Intervention durch Teilnehmende

#### 7.3.4.1 Gesamtevaluation

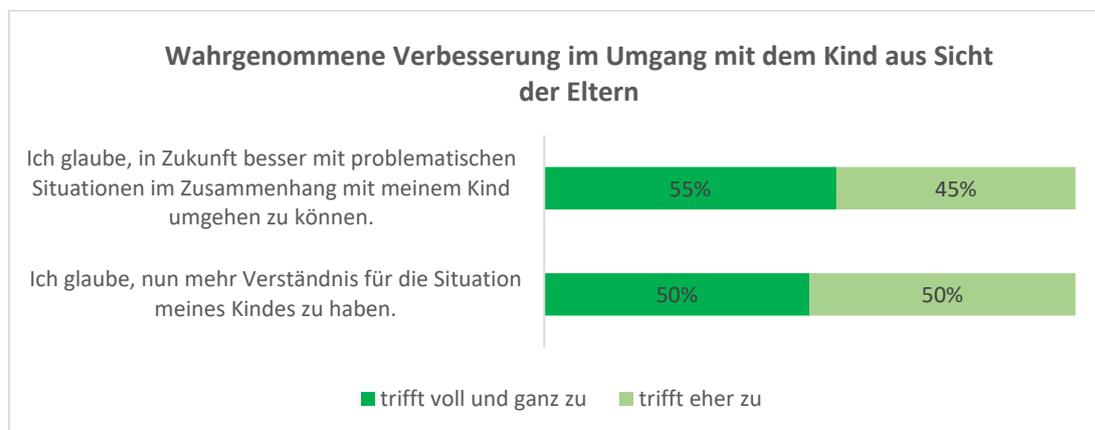
Alle Eltern, die am SHIFT PLUS Elterstraining teilgenommen haben, wurden um eine abschließende Gesamtevaluation gebeten. Insgesamt haben sich 20 Eltern an dieser Befragung beteiligt, davon 17 Mütter und drei Väter. Es wurden Angaben zu den inhaltlichen Aspekten des Trainings sowie zu subjektiv wahrgenommenen Verbesserungen erhoben

Insgesamt waren 70 % der befragten Eltern mit den SHIFT PLUS Gruppenstunden „voll und ganz“ zufrieden. Für 30 % war diese Aussage „eher zutreffend“. Es zeigte sich außerdem, dass nahezu alle Eltern der Meinung waren, im Rahmen der SHIFT PLUS Gruppenstunden insgesamt neue Erfahrungen gesammelt und neue Informationen erhalten zu haben (siehe Abbildung 17).



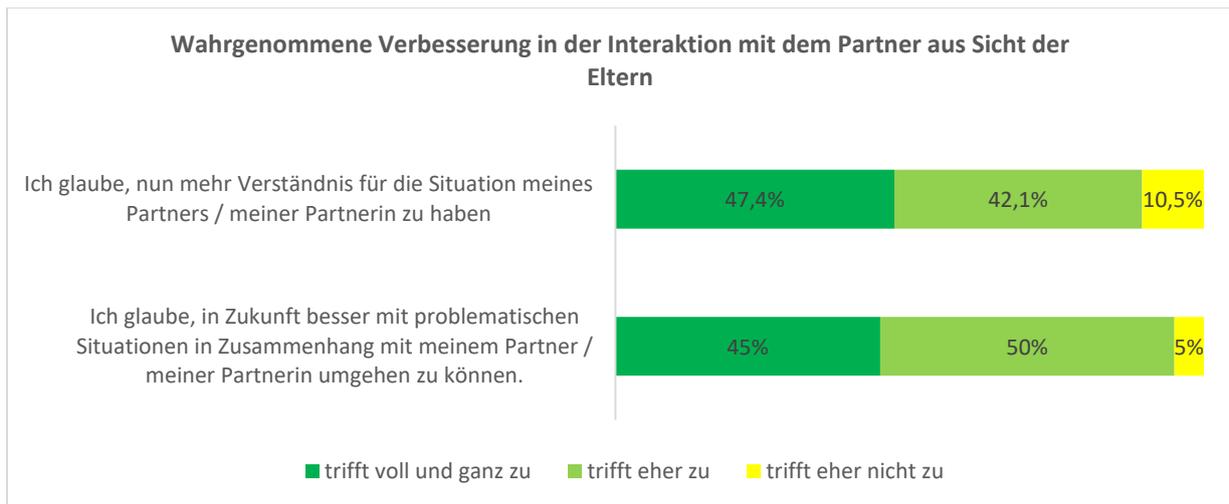
**Abbildung 17: Gesamtbewertung der inhaltlichen Aspekte von SHIFT PLUS durch die Eltern**

In der Beurteilung der wahrgenommenen Verbesserungen in der Interaktion mit der Familie stellte sich heraus, dass alle befragten Eltern der Ansicht waren, nach dem SHIFT PLUS Elterstraining mehr Verständnis für die Situation ihres Kindes/ihrer Kinder zu haben. Ebenfalls waren alle Eltern davon überzeugt, in Zukunft besser mit problematischen Situationen in Zusammenhang mit dem Kind/den Kindern umgehen zu können. Abbildung 18 fasst die Ergebnisse in Bezug auf die wahrgenommenen Verbesserungen im Umgang mit dem Kind zusammen.



**Abbildung 18: Wahrgenommene Verbesserung im Umgang mit dem Kind aus Sicht der Eltern**

Der Einfluss des SHIFT PLUS Trainings auf den Umgang mit der Partnerin bzw. dem Partner war ähnlich hoch: Etwa 90 % der befragten Eltern waren der Meinung, nach dem Training mehr Verständnis für die Situation ihrer Partnerin/ihrer Partners zu haben (siehe Abbildung 19). 95 % der Eltern waren nach dem SHIFT PLUS Elterstraining der Meinung, in Zukunft besser mit problematischen Situationen in Zusammenhang mit der Partnerschaft umgehen zu können („trifft voll und ganz zu“: 45 %; „trifft eher zu“: 50 %). Ein Elternteil (5 %) stimmte dieser Aussage „eher nicht“ zu.



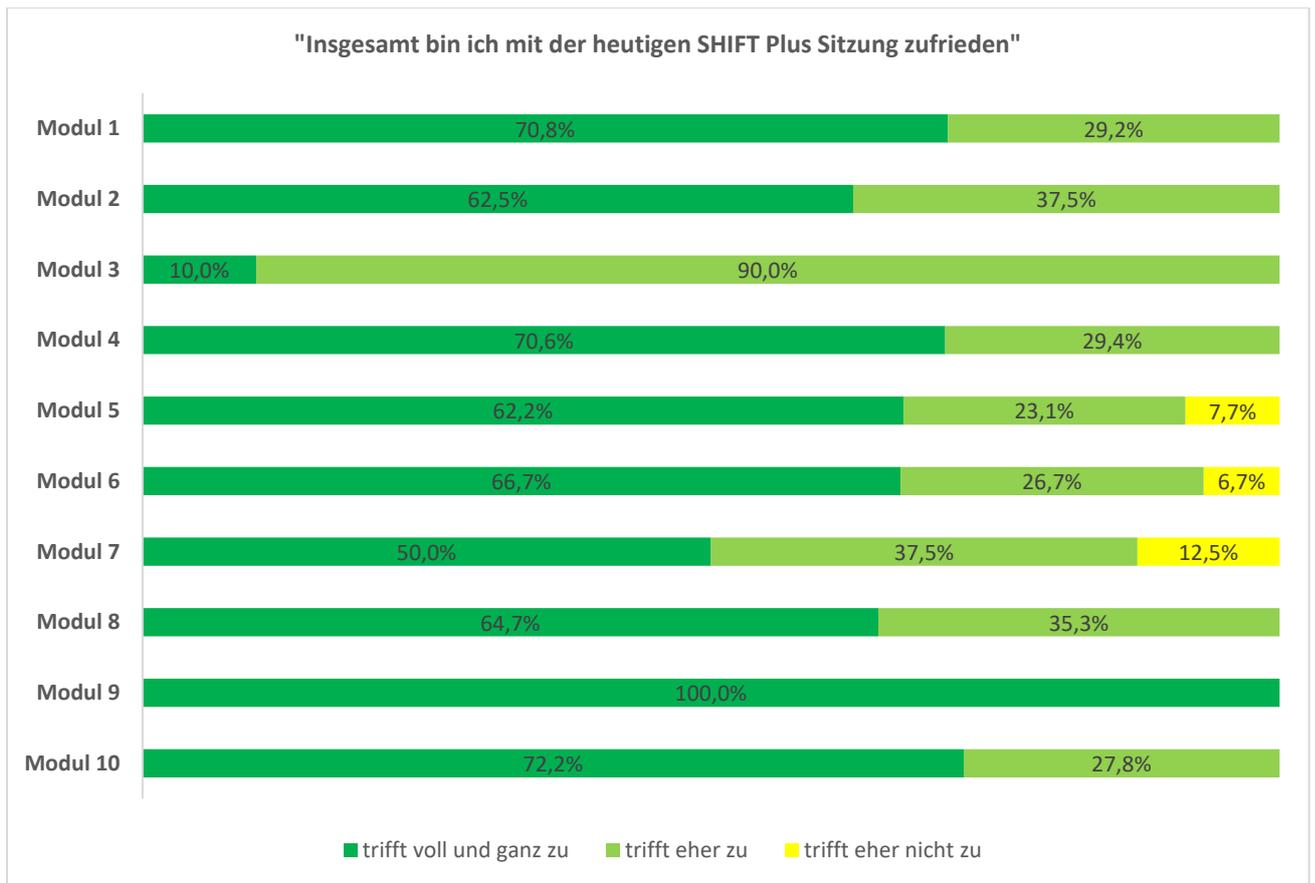
**Abbildung 19: Wahrgenommene Verbesserung in der Interaktion mit dem Partner aus Sicht der Eltern**

In Bezug auf die gesamte Familie gab die Hälfte (50 %) der befragten Eltern an, dass sie nach dem SHIFT PLUS Elterstraining der Ansicht waren, dass die Familie in Zukunft besser mit problematischen Situationen umgehen könne („voll und ganz zutreffend“). Die andere Hälfte der Eltern (50 %) fand diese Aussage für sich „eher zutreffend“. Dies entspricht einer Quote von 100 % an zuversichtlichen Eltern. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass das SHIFT PLUS Elterstraining nicht nur die Interaktion des Elternteils mit dem Kind (oder auch der Partnerin bzw. dem Partner) verbessern konnte, sondern dass auch Veränderungen im familiären System bewirkt oder angestoßen werden konnten.

#### 7.3.4.2 Modulevaluation

Auf eine vollständige Darstellung der Evaluationsergebnisse aus den einzelnen Modulen wird an dieser Stelle erneut aus ökonomischen Gründen verzichtet. Im Folgenden wird lediglich die Zufriedenheit der Eltern mit dem jeweiligen SHIFT PLUS Modul benannt ( $n = je\ 3-24$ ).

Aus Abbildung 20 wird deutlich, dass die Eltern alle Module des SHIFT PLUS Elterstrainings insgesamt auf hohem Niveau bewerteten: In nahezu allen Modulen waren mehr als 90 % aller Eltern mit dem jeweiligen Modul „voll und ganz“ oder „eher“ zufrieden. Geringfügige Abweichungen hiervon waren in Modul 7 zu beobachten. Zu beachten ist, dass bei Modul 9 nur von drei Eltern eine Modulbewertung einging. Dies liegt daran, dass nur an einzelnen Standorten das Angehörigenmodul II: „Risiken erkennen, Chancen nutzen“ angeboten werden konnte. Insgesamt ergaben die Freihandbemerkungen der Teilnehmenden, ähnlich wie bei den Trainern und Trainerinnen, dass häufig zu wenig Zeit war, um alle Themen der Sitzung ausreichend zu behandeln. Nichtsdestotrotz schätzten die Eltern die Stunden und die Möglichkeit, sich auszutauschen und Hilfe zu bekommen.



**Abbildung 20: Bewertung der einzelnen SHIFT PLUS Module durch die Eltern**

### 7.3.5 Diskussion der Ergebnisse der Prozessevaluation

Die Sicherstellung von Praktikabilität und Akzeptanz der SHIFT PLUS Intervention durch Teilnehmende und Fachkräfte war ein zentraler Aspekt des Untersuchungsdesigns. Es zeigt sich, dass die Intervention von beiden Zielgruppen hoch akzeptiert wurde. Dies betraf alle relevanten Phasen des Trainings (Clearing, Einzelmodule, Gesamtintervention). Das vorgeschaltete Clearing zeigte sich dabei besonders wichtig für Teilnehmende, die von externen Einrichtungen/Diensten vermittelt wurden.

Aus den Einschätzungen der Fachkräfte geht hervor, dass vor allem Übungsinhalte und Materialien der SHIFT PLUS Intervention als äußerst nützlich und ansprechend eingeschätzt wurden. Die Praktiker\_innen beschrieben, dass die Eltern Offenheit und Interesse zeigten und in den Übungen mitarbeiteten. Inhalte und Aufbereitung waren dabei von Niveau und Aufbereitung ansprechend für die Zielgruppe. Besonders erfreulich ist hier die Zustimmung von 100 % der Fachkräfte, dass die Eltern sich nie gelangweilt zeigten. Eher kritisch wurden vor allem Zeit- und Zielvorgaben der Module betrachtet, da ein hohes Rede- und Austauschbedürfnis der Teilnehmenden beschrieben wurde. Dies ist eine Erfahrung, die kohärent ist mit denen aus dem Vorgängerprojekt SHIFT und primär die Relevanz des Themas für die Zielgruppe unterstreicht. Die Fachkräfte erwähnten dabei selbst, dass eine Kürzung

der Inhalte hier nicht zielführend sei, da diese alle wichtig seien. Vielmehr würde sich evtl. eine weitere Aufteilung der Inhalte auf mehrere Module perspektivisch eignen, insbesondere wenn sich innerhalb der Gruppen ein hohes Austauschbedürfnis der Eltern untereinander zeigt. Auf Ebene der einzelnen Module zeigten die Fachkräfte insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit, vor allem die SHIFT PLUS Basismodule mit den Eltern wurden dabei sehr gut bewertet. Einzig die Umsetzung und Konzeption der Angehörigenmodule wurde teilweise kritisiert. Hierbei muss die Heterogenität der Gruppe der Angehörigen weitere Berücksichtigung finden. Eine hohe Flexibilität in der Umsetzung sollte den Praxiseinrichtungen hierbei eingeräumt werden. Dies betrifft vor allem die Umsetzung des Kindermoduls. Hierbei sind altersgerechte Zugänge äußerst erwünscht. Insgesamt steht hier ein ressourcenbetonendes, freudvolles Zusammensein im Mittelpunkt und weniger die Informationsvermittlung. Insofern ist der Einbezug weiterer spielerischer Aspekte hier durchaus wünschenswert.

Auch teilnehmende Eltern zeigten sich sehr zufrieden mit der Intervention. Sie berichteten, neue Informationen erhalten zu haben, neue Erfahrungen gesammelt zu haben und Herausforderungen in der Familie – mit Partner\_in oder Kindern – besser bewältigen zu können. Wenngleich es sich hier um subjektive Einschätzungen handelt, wird deutlich, dass die Teilnehmenden auf vielen Ebenen von SHIFT PLUS profitieren können. Auch auf Modulebene wurden diese Wahrnehmungen bestätigt. Zusammengefasst wurde über die Module hinweg zu 90 % berichtet voll und ganz oder eher zufrieden mit der Trainingseinheit zu sein.

#### 7.4 Suchtbelastete Familien in der Corona-Pandemie: ergänzende Fokusgruppe

Um die Situation und Herausforderungen suchtbelasteter Familien in der Pandemie sowie die Auswirkungen auf das Projekt SHIFT PLUS näher zu beleuchten, fand am 25.02.2021 eine digitale Fokusgruppe mit den kooperierenden Einrichtungen statt. An der 100-minütigen Diskussionsrunde nahmen insgesamt 10 Mitarbeiterinnen aus Sucht- und Jugendhilfe der Einrichtungen in Dresden, Neunkirchen, Trier, Bad Homburg und Nürnberg teil. Die Fokusgruppe wurde anhand eines semistrukturierten Leitfadens umgesetzt und beinhaltete insbesondere folgende Aspekte: Auswirkungen der Pandemiesituation auf suchtbelastete Familien (Eltern, Kinder, Jugendliche), notwendige Anpassungen der Arbeitsabläufe im Kontakt zur Klientel, Hilfebedarfe der Zielgruppe sowie Bedarfe der Versorgungseinrichtungen.

Die Ergebnisse wurden parallel zur Durchführung der Gruppe frei protokolliert, wobei das Protokoll mit den Teilnehmerinnen im Anschluss abgestimmt wurde. Die abschließende stichpunktartige Zusammenfassung ergab folgende Themen und Schwerpunkte:

**a) Anpassungen der Arbeitsabläufe:**

- Andere Kontaktformen: Telefonate, Post, Besuche zuhause, Spaziergänge, Hilfen nach draußen verlagern, Social Media, Essens-/Materialvergaben
- Einrichtung von virtuellen Gruppenmeetings haben lange gedauert (Datenschutz, Auswahl des digitalen Programmes)
- Neue Formen des Kontakts haben auch viel Energie gekostet
- Teils weniger Klientel erreicht als im Vorjahr: Kontaktaufnahme mit Kindern schwierig, da niedrigschwelliger Bereich durch Kontaktbeschränkungen nicht erreichbar
- Sorge insb. um Kinder ist groß, da wenig Kontakt besteht
- Zum Teil Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (z.B. Jugendamt) erschwert, da Erreichbarkeiten teilweise unklar waren, Mitarbeitende selbst von Maßnahmen (z.B. Homeschooling) betroffen. Informationsfluss teil spärlich und langwierig

**b) Suchterkrankung der Patient\_innen:**

- Große Sorge zu Beginn um fehlende Suchthilfe der konsumierenden Eltern (kurzfristiger Entzug – jedoch nicht eingetreten)
- Alkohol wurde verstärkt zu einem Thema, Verfügbarkeit von illegalen Substanzen weiterhin gegeben und präsent (Zunahme Cannabis bei jungen Erwachsenen)
- Glücksspieler\_innen hatten (vermeintlich) aus eigener Sicht weniger Probleme, da Spielhallen geschlossen waren (die Beratung wurde weniger in Anspruch genommen), jedoch real nicht der Fall
- Durch fehlenden face-to-face-Kontakt z.T. keine genauen Informationen über Konsum, kein Einblick in Familien, teils unklare Situation, durch Mundschutz fehlten Anhaltspunkte bzgl. Alkoholkonsum
- Fehlen spontaner niedrigschwelliger Angebote sowie Gruppengebote/Selbsthilfegruppen problematisch
- Vermittlung in stationäre Therapie ist herausgefordert, Besuchsmöglichkeiten eingeschränkt, noch weniger Entgiftungsplätze für Frauen mit Kindern

**c) Problemlagen bei Eltern und Kindern:**

- Feste Tagesstruktur löst sich auf, fehlende Orientierung für Kinder
- Fehlende Auslastung der Kinder (keine Kita/Schule, Homeschooling) führte zu großer Anspannung, Gewichtszunahme bei Kindern
- Weihnachten war große Herausforderung (soz. Einschränkungen, enorme Belastung insb. bei Alleinerziehenden)
- Viele Ressourcen fielen weg (Großeltern als Risikogruppe sollten nicht besucht werden)
- Fehlender Zugang zu digitalen Medien (Internetanschluss, Geräte, ...)
- Bindung zwischen Eltern und Kindern extrem auf die Probe gestellt
- Unsicherheiten der Familien bezüglich der aktuellen Maßnahmen und Regeln
- Möglichkeit der Notbetreuung eine große Entlastung insb. für gefährdete Kinder, jedoch einige Probleme zu Beginn (fehlender Kontakt/Austausch)

**d) Problemlagen bei Jugendlichen:**

- Homeschooling: technische Probleme, Verschlafen da kein Wecken durch Eltern
- Beziehungs-/Kontaktabbrüche (Eltern haben keine Alternativ-Ideen für Beziehungspflege im Lockdown)
- Onlinemüdigkeit aufgrund Homeschooling, sodass digitale Hilfsangebote z.T. nicht wahrgenommen werden
- Extremer Anstieg Medienkonsum
- Häufiger Probierphasen des Konsums von Alkohol und illegalen Drogen durch Wegfall von schulischen Strukturen

**e) (Kurzfristige) Verbesserungen:**

- Telefonische Angebote hilfreich für Eltern, deren Wohnort außerhalb liegt
- Umstellung auf Onlinedienste: Schnellere Abläufe, kürzere Wartezeiten auf einen Vorstellungstermin, schnellere Bewilligungen
- Entlastung der Eltern, da weniger/keine Termine; Zum Teil wurden Ressourcen frei, um sich um die Kinder zu kümmern
- Homeschooling hat z.T. eigene Kompetenzen gestärkt hinsichtlich des Umgangs mit schulischen Themen
- Weniger riskante suchtkritische Situationen durch Wegfall von z.B. Weihnachtsmärkten

**f) Abgeleitete Hilfebedarfe der Zielgruppe:**

- Onlineberatungen verzeichneten massiven Anstieg → spezifische Onlineangebote für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien sollten weiter ausgebaut werden
- Beziehungsangebote sollten auf diversen Kanälen insb. in Krisensituationen (Pandemie) aufrechterhalten werden (häufig einzige Anlaufstelle für Kinder)
- Klientel muss digital ausgestattet werden (Hard- und Software)
- (Digitale) Alternativen für physische Gruppenangebote, die in der Pandemie am schnellsten wegfallen, testen (Problematik: Gruppenangebote wie SHIFT PLUS leben von physischem Austausch, schaffen dadurch Nähe, die digital evtl. nicht aufkommt → Online-Angebote als Ergänzung statt vollständiger Ersatz)

**g) Weitere Bedarfe:**

- Ausstattung aller Familien mit Laptops
- Realistischer Datenschutz für alle Klient\_innen bei der Verwendung von Online-Formaten
- Fortbildungen der Fachkräfte zum Thema Datenschutz, digitale Moderation
- Schulungsbedarfe bei Mitarbeiter\_innen (für digitale Angebote, aber auch im Bereich Psychohygiene)
- Adäquate technische Ausstattung der Institutionen, ausreichende Internetverbindungen insb. im ländlichen Raum

- Übergeordnete, bundesweite Lösung bezüglich der digitalen Ausstattung/Nutzung von Onlinediensten aller Institutionen
- Verbesserte Anbindung (ÖPNV) im ländlichen Raum, damit Gruppenangebote von Klient\_innen auch wahrgenommen werden können

Aus diesen Zusammenfassungen geht hervor, dass die außergewöhnliche Situation im Rahmen der Corona-Pandemie eine besonders belastende Lage für suchtbelastete Familien darstellte. Problematisch stellt sich dabei vor allem die eingeschränkte Erreichbarkeit mitbetroffener Kinder dar, die insbesondere in den Lockdownphasen sehr ausgeprägt war. Grundsätzlich fand eine immense Anpassung der praktischen Versorgung von Eltern und Kindern statt, wobei digitalisierte Angebote hier zunehmend an Bedeutung gewannen. Der erschwerte Zugang zu Kindern und Jugendlichen in dieser Phase ist besonders problematisch zu betrachten, sodass deren Situation in besonderer Weise weiterführend in den Blick genommen werden muss. Dies betrifft zum einen die Schaffung stetiger, potenziell digitaler Angebote, die auch in Zeiten von Kontaktbeschränkungen genutzt werden können. Zum anderen ist auch die Beobachtung potenzieller Langzeitauswirkungen des Pandemiegeschehens auf Kinder und Jugendliche perspektivisch wichtig. Dauerhafte Problemlagen sind hier zum aktuellen Zeitpunkt nicht absehbar und bedürfen dringender Erforschung, insbesondere in Risikozielgruppen.

Insgesamt zeigt sich die Notwendigkeit, perspektivisch auch in unerwarteten pandemischen Lagen die Versorgung der Klientel umfangreich sicherstellen zu können. Hier ist die digitale Infrastruktur ein zentraler Aspekt. Dies betrifft sowohl die Ausstattung der Klientel mit entsprechender Hard- und Software als auch die weitere Digitalisierung der Hilfseinrichtungen. Seitens der Fachkräfte wurden hier insbesondere Transparenz und Einheitlichkeit im Digitalisierungsprozess als zentrale Aspekte benannt. Insgesamt bedarf es eines Ausbaus digitaler Angebote für suchtbelastete Eltern und ihre Kinder, wobei eine Nähe zur Lebensrealität der entsprechenden Ziel- und Altersgruppen Berücksichtigung finden sollte.

## 8. Diskussion

Die Evaluation des SHIFT PLUS Elterstrainings fand auf Ebene der Wirksamkeit sowie Praktikabilität und Akzeptanz statt. Die präsentierten Ergebnisse unterstreichen die Relevanz, Einsatzmöglichkeiten und Wirksamkeit des Trainings in der Zielgruppe. Trotz der vielen Herausforderungen, die die Corona-Pandemie ab dem Jahr 2020 für die Umsetzung des Projektes brachte, konnte dieses erfolgreich abgeschlossen werden. Die thematisch angelehnte Fokusgruppe mit Fachkräften ergänzt die Datenbasis unter diesem Aspekt im Besonderen.

Auch hinsichtlich der Haupt- und Teilziele des Projektes (siehe 4.2) war die Umsetzung von SHIFT PLUS erfolgreich. Insgesamt konnten nahezu alle Ziele des Projektes erreicht werden, einzig die angestrebte Stichprobengröße musste durch Wegfall kooperierender Einrichtungen im Projektverlauf angepasst werden.

Die adaptierte Intervention konnte in kooperativer Zusammenarbeit von Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland implementiert werden. Es wurde stets auf den Einbezug der Praxispartner\_innen in die Interventions- und Evaluationsentwicklung geachtet. Kontinuierliche und flexible Absprachen sowie das hohe Engagement der Praxiseinrichtungen machten einen Abschluss des Projektes trotz der Herausforderungen der Corona-Pandemie möglich. SHIFT PLUS zeigte sich als praktikabel und inhaltlich sehr ansprechend für die intendierte Zielgruppe. Die Akzeptanz durch teilnehmende Eltern und durchführende Fachkräfte war über alle Module und die Gesamtintervention hinweg gegeben. Weiterhin konnten Wirkeffekte innerhalb der Interventionsgruppe hinsichtlich Depressivität und familiäre Situation erreicht werden. Wie im Rahmen der Wirksamkeitsevaluation bereits diskutiert, ist eine weitere Vertiefung bzw. ein brush-up im Rahmen der Thematik Erziehungsverhalten denkbar.

Die rekrutierte Stichprobe umfasste dabei 87 Eltern mit dem Konsum unterschiedlicher Substanzen, wobei sich alle gleichermaßen von den Inhalten angesprochen fühlten. Die Gewinnung der Teilnehmer\_innen erfolgte dabei sowohl über bestehenden Kontakt zur Praxiseinrichtung als auch unter Einbezug medialer Kanäle und kooperierender Dienste. Die grundlegende Relevanz der Thematik Elternschaft und Drogenabhängigkeit über die Substanzen hinweg wird hier erneut unterstrichen. Auch die Bereitschaft und Offenheit der Eltern, sich der Problematik im Zuge der eigenen Behandlung zu widmen, ist hier hervorzuheben. Auch hinsichtlich weiterer soziodemografischer Merkmale von Alter, Anzahl der Kinder und Lebensmittelpunkt der Kinder zeigte sich die Stichprobe heterogen. Erfreulicherweise konnten auch etwa 25 % teilnehmende Väter für die Intervention gewonnen werden. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denen des Vorgängerprojektes SHIFT-Elterntaining und als äußerst zufriedenstellend zu betrachten. Insgesamt zeigte es sich als herausfordernd, die

Teilnehmenden dauerhaft in die Intervention einzubinden, was potenziell der substanz-abhängig unterschiedlichen Behandlungsdauer und in Variationen des Schweregrades der Suchterkrankung zu begründen ist. Grundsätzlich sollte vor Durchführung der Elterngruppe die Teilnahmemotivation unbedingt in den Blick genommen werden, wozu die Clearing-Materialien dienlich sind.

Auch der Transfer der Projektergebnisse konnte nachhaltig sichergestellt werden (siehe 12). Neben einer Vielzahl an Vorträgen konnten eine nationale und eine internationale Publikation den Zugang zu den Projektergebnissen nach Projektende sichern. Auch das rege Interesse an der digitalen Fachtagung zum Projektabschluss (siehe 10.2) mit 60 Teilnehmenden aus der Praxis unterstreicht die Bedeutung der Arbeit mit suchtkranken Eltern in der Versorgungslandschaft. Wenngleich die Neuauflage des Trainingsmanuals zum Zeitpunkt des Abschlusses etwas verfrüht war, konnten die entwickelten Zusatzmodule allen interessierten Fachkräften über die Projektwebsite zum Download zur Verfügung gestellt werden. Diese können somit das bestehende Manual um die direkte Arbeit mit Angehörigen ergänzen. Eine nachhaltige Verankerung der Intervention wird nach Projektabschluss angestrebt, wobei einzelne Projektstandorte die Weiterführung aktuell planen. Aufgrund der nach wie vor unsicheren Pandemie-Situation in Deutschland und den hohen räumlichen und hygienischen Anforderungen an die Durchführung von Gruppeninterventionen wird dies voraussichtlich erst zu Beginn des Jahres 2022 realisierbar sein. Insgesamt wird angestrebt, im selben Jahr eine Fortbildung für Fachkräfte zur Durchführung des SHIFT PLUS Elterntrainings zu etablieren, um die Nutzung des Trainings in der Praxis weiter auszubauen.

## 9. Gender-Mainstreaming Aspekte

Die SHIFT PLUS Intervention hat das Ziel Väter und Mütter gleichermaßen zu adressieren. Dies wurde bei der Adaption der Intervention, der Rekrutierung sowie der Durchführung der Gruppen stets berücksichtigt. Insgesamt zeigte sich, dass insbesondere Mütter das Angebot wahrnahmen (74,7 %). Ein erreichter Anteil von etwa einem Viertel Väter (25,3%) kann in der häufig mütter-zentrierten Elternarbeit jedoch als beachtlich angesehen werden.

Um zu überprüfen, inwiefern sich die Gruppen hinsichtlich ihres Geschlechts bezüglich der hier relevanten Variablen (Erziehungsverhalten, Elternstress, psychische Belastung, Substanzkonsum, Familienresilienz) unterscheiden, wurden diese mittels inferenzstatistischer Verfahren (U-Tests) verglichen, um potenzielle geschlechtsspezifische Bedarfe zu analysieren. Hierbei zeigten Analysen auf Haupt- und Subskalenniveau kaum signifikante Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern. Einzig die Subskala „Depression“ des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI) zeigte eine signifikant stärkere Ausprägung bei weiblichen Teilnehmerinnen ( $U = 434,5$ ,  $Z = -2.356$ ,  $p = .018$ , siehe Tabelle 49).

**Tabelle 48: Geschlechtsspezifische Vergleiche auf der EBI Subskala Depression**

EBI Depression	Geschlecht des Kindes	N	M	SD	p
Depression	Weiblich	63	3.48	0.97	<b>.018*</b>
	Männlich	21	3.04	0.77	

Grundsätzlich wird somit deutlich, dass Mütter und Väter im Problemkontext Drogenabhängigkeit und Elternschaft ähnliche Schwierigkeiten zeigen und vergleichbaren Herausforderungen begegnen. Der gefundene Unterschied auf der Subskala Depression betrifft depressive Gefühle und Kognitionen im Bereich der Elternschaft, welche sich in mangelndem Selbstvertrauen, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen äußern können (Tröster, 2011). Dies unterstreicht die Relevanz ressourcenorientierter und nicht-stigmatisierender Ansätze in der Arbeit mit drogenabhängigen Müttern junger Kinder.

Nebst den geschlechterspezifischen Unterschieden zwischen Müttern und Vätern wurden entsprechende Differenzen auch hinsichtlich der psychosozialen Problemlagen der mitbetroffenen Kinder analysiert. Diese wurden anhand des Elternurteils im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst. T-tests auf Haupt- und Subskalenebene zeigten signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen hinsichtlich der Konstrukte „Hyperaktivität“ ( $t(63) = -2.144$ ,  $p = .036$ ) und „Prosoziales Verhalten“ ( $t(63) = 2.418$ ,  $p = .019$ ). Hier zeigt sich eine stärker wahrnehmbare

Problemmanifestation bei männlichen Kindern, welche mehr hyperaktive Tendenzen und weniger prosoziales Verhalten aufzeigten (Tabelle 50).

**Tabelle 49: Geschlechtsspezifische Vergleiche der SDQ Sukskalen**

Verhalten Kind (SDQ)	Geschlecht des Kindes	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Emotionale Probleme	Weiblich	36	0.55	0.43	.890
	Männlich	29	0.57	0.48	
Verhaltensauffälligkeiten	Weiblich	36	0.60	0.36	.186
	Männlich	29	0.74	0.48	
Hyperaktivität	Weiblich	36	0.99	0.43	<b>.036*</b>
	Männlich	29	1.23	0.49	
Soziale Probleme	Weiblich	36	0.38	0.35	.104
	Männlich	29	0.53	0.35	
Prosoziales Verhalten	Weiblich	36	1.63	0.38	<b>.019*</b>
	Männlich	29	1.39	0.39	
Gesamt	Weiblich	36	0.63	0.30	.074
	Männlich	29	0.77	0.30	

Dieses Ergebnis ist kohärent mit vorherigen Forschungsergebnissen, dass insbesondere männliche Kinder deutlicher auf familiäre Problemlage reagieren zu scheinen (Emery, 1982). Unklar bleibt im Kontext dieser Studie jedoch, ob es sich tatsächlich um stärkere Belastungen von Jungen aus drogenbelasteten Familien handelt oder ob diese tendenziell eher durch die Eltern wahrgenommen und somit berichtet werden.

## 10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

### 10.1 Vorträge und Publikationen

Die Konzeption der SHIFT PLUS Intervention sowie das Evaluationsdesign der Intervention konnten bereits im Jahr 2019 mehrfach auf Fachtagungen und –kongressen vorgestellt werden. Eine detaillierte Auflistung dieser Vorträge findet sich unter Punkt 12. Aufgrund der Corona-Pandemie, die im Frühjahr 2020 begann und mit einem Verbot für Großveranstaltungen einherging, war es im Jahr 2020 nicht möglich, die Projektergebnisse auf Fachkongressen vorzustellen. So wurden die relevanten Fachkonferenzen, u.a. der Deutsche Suchtkongress, die Tübinger Suchttherapietage und die AFI-net Konferenz für das Jahr 2020 abgesagt. Da es dennoch zentrales Ziel des Projektes SHIFT PLUS war, die Ergebnisse der Fachwelt zugänglich zu machen, wurden im Jahr 2020 verstärkt nationale und internationale schriftliche Publikationen erstellt. So konnten die Baseline-Ergebnisse mit ergänzenden Auswertungen im Rahmen einer internationalen Journal Publikation sowie die ersten Evaluationsergebnisse in einer nationalen Publikation aufbereitet werden, welche sich zum Zeitpunkt der Berichtlegung im Review-Prozess befinden. Weiterhin konnten für das Jahr 2021 einige digitale Vorträge, insbesondere in der zweiten Jahreshälfte zugesagt werden (siehe 12.).

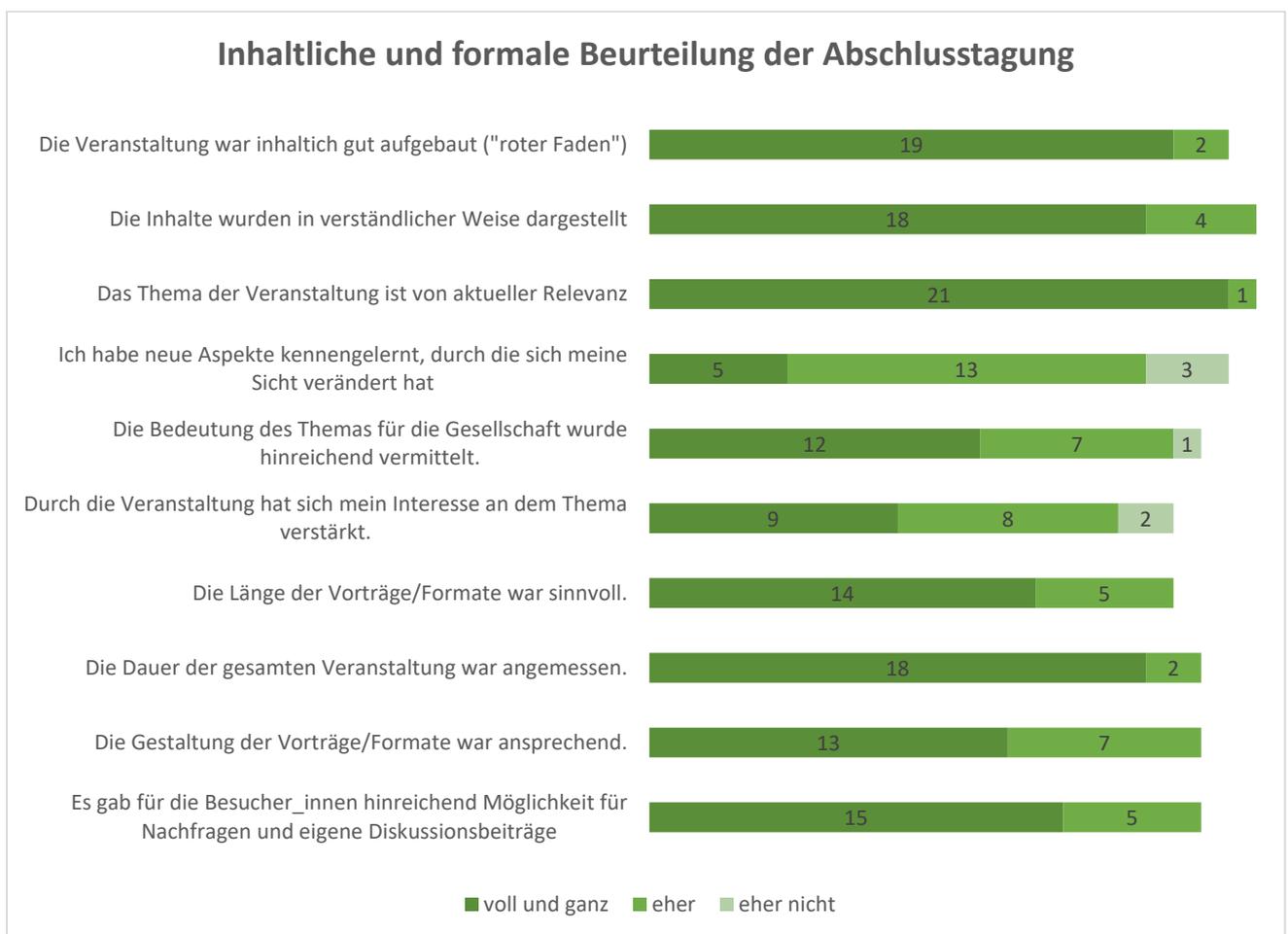
Im Sommer 2021 konnten des Weiteren die entwickelten Zusatzmodule der SHIFT PLUS Intervention auf der Projektwebsite ([www.shift-elterntraining.de](http://www.shift-elterntraining.de)) zum Download zur Verfügung gestellt werden. Diese ergänzen das bestehende Manual zum SHIFT Elterntraining um die Einheiten, die einen direkten Einbezug der Angehörigen ermöglichen.

### 10.2 Projektabschlussstagung

Am Freitag, den 07. Mai 2021 konnte die Abschlussstagung des Projektes vor Fachpublikum und weiteren Interessierten sehr erfolgreich durchgeführt werden. Aufgrund der Pandemielage wurde hier ein Onlineformat umgesetzt. Die Realisation der Tagung fand in Kooperation mit dem Innovation-Lab Köln des Transfernetzwerks Soziale Innovation der katho statt, welche die Veranstaltungsplanung und -betreuung unterstützte. Von insgesamt 80 angemeldeten Teilnehmer\_innen nahmen etwa 60 an der kostenlosen, dreistündigen Veranstaltung teil. Zentraler Bestandteil war zunächst die Präsentation der Intervention und deren Ablauf (Prof. Dr. Diana Moesgen). Ergänzt wurde die Vorstellung der Module durch einen Praxisbericht einer Mitarbeiterin der kooperierenden Suchtberatung der Stadt Dresden. Anschließend wurden erste Evaluationsergebnisse präsentiert, wobei sowohl Wirksamkeitsaspekte (Dr. Janina Dyba) und Prozessevaluation (Luisa Grimmig) berücksichtigt wurden. Der letzte Teil der Veranstaltung war vom Thema „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf suchtbelastete Familien“

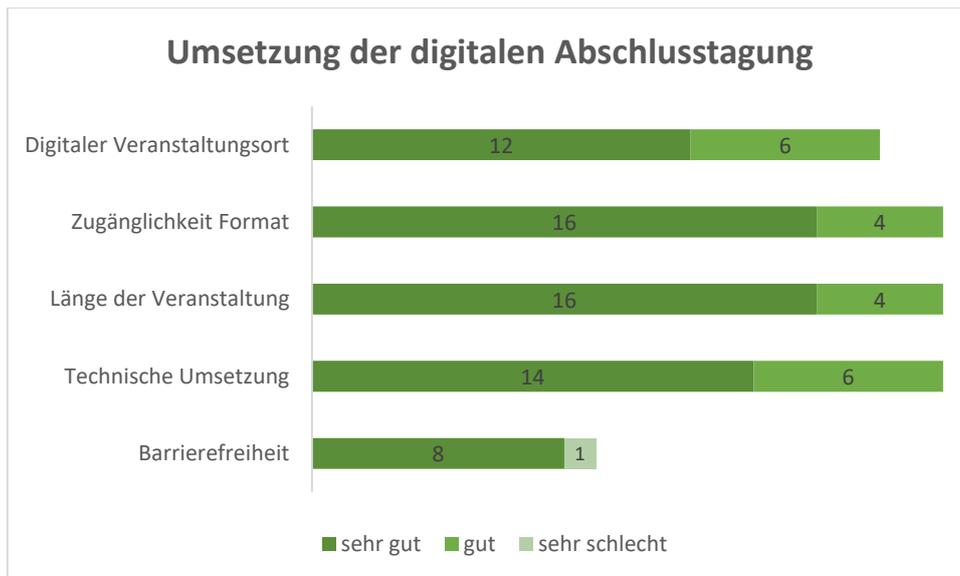
geprägt und wurde maßgeblich durch einen Impulsvertrag von Prof. Dr. Michael Klein gestaltet und abschließend durch die Ergebnisse der Fokusgruppe ergänzt. Während der gesamten Veranstaltung wurde stets darauf geachtet, dass trotz digitalen Formats ausreichend Raum für Rückfragen und Diskussion bestand. Die Online-Evaluation nach Veranstaltungsende zeigte eine sehr positive Resonanz der Teilnehmenden der Abschlusstagung.

Abbildung 21 zeigt die Einschätzung der formalen und inhaltlichen Aspekte durch die Teilnehmenden (n = 22) und verdeutlicht, dass insbesondere die aktuelle Relevanz der Thematik als auch deren Struktur und Aufbau besonders positiv rezipiert wurden.



**Abbildung 21: Evaluation der inhaltlichen und formalen Aspekte der Abschlusstagung**

Im Hinblick auf die Umsetzung in einem digitalen Format wurde deutlich, dass Zugänglichkeit, Länge und technische Umsetzung durchweg gut bis sehr gut bewertet wurden. Einzig im Hinblick auf die Barrierefreiheit wurde von einer teilnehmenden Person Verbesserungswürdigkeit aufgezeigt (Abb. 22).



**Abbildung 22: Evaluation der Umsetzung der digitalen Abschlusstagung**

Insgesamt unterstreicht das Interesse des Fachpublikums und deren Evaluation erneut die Relevanz des Themas „suchtbelastete Eltern“ in der Praxis sowie die Bedeutung innovativer Interventionen wie SHIFT PLUS in der Versorgung.

## 11. Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse des Projektes SHIFT PLUS werden, wie erläutert, Interessierten aus Forschung und Praxis über Publikationen und Vorträge zugänglich gemacht.

Die Projektergebnisse können Praktiker\_innen der Sucht- und Jugendhilfe bereits jetzt vertieft für die Situation und Bedarfe drogenbelasteter Familien sensibilisieren und bieten die Möglichkeit, die Arbeit mit Eltern systematisiert in der eigenen Einrichtung zu etablieren. Ergänzendes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien sollten hier gegebenenfalls mitberücksichtigt werden, insbesondere, wenn ältere Kinder in den Familien vorhanden sind. Grundsätzlich ist die nachhaltige Realisierung aktuell noch stark von der jeweiligen Einrichtungsstruktur und Finanzierungssituation abhängig, wobei hier eine Vereinfachung zur Verstetigung entsprechender Angebote wünschenswert ist.

Das Projekt SHIFT PLUS trägt des Weiteren dazu bei, die Kooperation von Sucht- und Jugendhilfe in der Bundesrepublik weiter zu etablieren und zu vertiefen. Die Zusammenarbeit beider Expertisen und resultierende synergetische Effekte können die Versorgung suchtbelasteter Eltern und ihrer Kinder nachhaltig verbessern. Grundsätzlich ist der Einbezug weiterer Netzwerkpartner wünschenswert, da so gegebenenfalls auch bisher nicht erreichte Eltern die Möglichkeit erhalten, an der Intervention teilzunehmen. Denkbar sind hier beispielsweise niedergelassene Gynäkolog\_innen und Kinderärzt\_innen, Psychotherapeut\_innen, frühe Hilfen oder sozialpädiatrische Zentren. Eine gute Vernetzung kann dazu beitragen, dass entsprechende Angebote für Eltern leicht auffindbar sind, wobei

die Hemmschwellen zur Teilnahme möglichst gering sein sollten. Außerdem ist die SHIFT PLUS Intervention grundsätzlich zum Einsatz im stationären Setting sehr gut geeignet.

Nach Projektende sollen Netzwerke, die im Zuge der Entwicklungen von SHIFT und SHIFT PLUS entstanden sind, idealerweise weiter erhalten und gepflegt werden. Einzelne Praxisstandorte bieten die Intervention inzwischen regelmäßig an. Neue, interessierte Einrichtungen können durch eine Vernetzung und somit von den bereits bestehenden Praxiserfahrungen sehr gut profitieren.

Der Einbezug der Angehörigen in die SHIFT PLUS Intervention bietet außerdem die Möglichkeit, diese Zielgruppe frühzeitig in das Hilfesystem einzubinden. Für mitbetroffene Kinder und weitere Angehörige bauen sich hier potenziell Hemmschwellen ab selbst Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, insbesondere, wenn ihnen die Einrichtungen bereits vertraut sind.

Weiterhin ist die Konzeption und Etablierung einer Weiterbildung im Bereich des SHIFT/SHIFT PLUS Elterntrainings für Fachkräfte geplant. Ein Training zur Durchführung der Intervention, die Abklärung praktisch relevanter Fragen sowie die Vorbereitung auf potenzielle Herausforderungen in der Umsetzung sollen hier zentral sein.

Perspektivisch soll eine Etablierung der Intervention in der Versorgungspraxis angestrebt werden. Weitere Adaptionen des Trainings, z.B. zur Versorgung alkoholkranker Eltern mit jungen Kindern oder komorbid psychisch und suchterkrankter Eltern, sind hier sehr gut vorstellbar. Entsprechende Anpassungen der Inhalte und Module sollten dabei orientiert an den Lebenswelten der jeweiligen Zielgruppen sein und unter Rückbezug der aktuellen Forschungslage umgesetzt und evaluiert werden.

## 12. Publikationsverzeichnis

### 12.1 Kongressbeiträge/Vorträge

Dyba, J. (zugesagt für 2021, Oktober). *Arbeit mit drogenabhängigen Eltern – Vorstellung der Gruppenprogramme SHIFT und SHIFT+.* Vortrag auf der 6. Köln Bonner Woche für Seelische Gesundheit, virtuell.

Dyba, J., Moesgen, D. & Klein, M. (2021, September) *Drogenabhängigkeit und Elternschaft – Herausforderungen und Interventionsansätze.* Vortrag auf dem 13. Deutschen Suchtkongress, virtuell.

Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2021, September). *SHIFT + parent training - an intervention for mothers and fathers using illicit drugs.* Vortrag auf der AFINet Conference 2021, virtuell.

Dyba, J., Moesgen, D. & Klein, M. (2021, September). *Parental Illicit substance use in Germany: Parenting, parental distress and approaches to intervention.* Vortrag auf der AFINet Conference, virtuell.

- Moesgen, D. (2021, Juni). *Lebenssituation von Kindern aus suchtbelasteten Familien & Möglichkeiten der Hilfe*. Vortrag auf dem 26. Wissenschaftlichen Symposium des Norddeutschen Suchtforschungsverbands (NSF) e.V. „Sucht im Kontext – Chancen der Behandlung“ 2021, Hannover, virtuell.
- Dyba, J., Moesgen, D. & Klein, M. (2021, April). *Interventionsprogramme zu Elternschaft und Drogenabhängigkeit – SHIFT und SHIFT+*. Vortrag im Rahmen der wiss. Konferenz des Zentralinstituts für seelische Gesundheit Mannheim, virtuell.
- Moesgen, D., Dyba, J., & Klein, M. (2019, Juli). *Drogenabhängigkeit und Elternschaft: Ergebnisse der Projekte SHIFT und SHIFT Plus*. Vortrag auf der Fachtagung anlässlich des 20-jährigen Jubiläum des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2019, Juni). *SHIFT und SHIFT Plus - Elterntrainings für drogenkonsumierende Mütter und Väter*. Vortrag auf dem „Social Innovation Camp“ der Katholischen Hochschule NRW, Köln.
- Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2019, Mai). *SHIFT Plus – Sucht-Hilfe-Familientraining für drogenabhängige Eltern*. Workshop auf dem Fachtag der Jugendberatung und Suchthilfe im Hochtaunuskreis, Bad Homburg.

## 12.2 Schriftliche Publikationen

- Dyba, J., Moesgen, D., Grimmig, L. & Klein, M. (under review). Parental distress and parenting in mothers and fathers with illicit substance use in Germany. *Social Work Practice in the Addictions*.
- Dyba, J., Moesgen, D., Grimmig, L., Koehler, T. & Klein, M. (under review). Kurzzeiteffekte und Akzeptanz einer Intervention für drogenabhängige Eltern: Das „SHIFT PLUS“ Elternttraining. *Suchttherapie*.

## 13. Literatur

- Abidin, R. R. (2012). [Parenting stress index]: *PSI-4; professional manual* (4. ed.). PAR.
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines – an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 116, 577–84.
- 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.
- Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P.-M., Bröning, S., Arnaud, N., Daubmann, A. & Thomasius, R. (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: a randomised controlled trial. *European Journal of Public Health*, 26(6), 953–959. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw082>
- Bröning, S., Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P.-M., Arnaud, N. & Thomasius, R. (2017). Children with Elevated Psychosocial Risk Load Benefit Most from a Family-Based Preventive Intervention: Exploratory Differential Analyses from the German "Strengthening Families Program 10–14" Adaptation Trial. *Prevention Science*, 18(8), 932–942. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0797-x>
- Cataldo, I., Azhari, A., Coppola, A., Bornstein, M. H. & Esposito, G. (2019). The influence of drug abuse on mother-infant interaction through the lens of the biopsychosocial model of health and illness: A review. *Front. Public Health*, 7(45). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00045>
- Coyer, S. & (2003). Women in Recovery Discuss Parenting While Addicted to Cocaine. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28 (1), 45-49.
- DAK Gesundheit (2018). Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit. Bielefeld/Hamburg.
- Effertz, T. (2014, 05.09). *Kosten bei Kindern aus Suchtfamilien: Die volkswirtschaftliche Dimension eines kaum beachteten Problems*. Fachtag „Zehn Jahre NACOA Deutschland: Kinder aus Suchtfamilien – auf dem Weg vom Schatten ins Licht“. <https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/vortrag%20effertz%20volkswirtschaftliche%20kosten.pdf>
- Emery, R. E. & O'Leary, K. D. (1982). Children's perceptions of marital discord and behavior problems of boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10(1), 11–24. <https://doi.org/10.1007/BF00915948>
- Famularo, R., Kinscherff, R. & Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16(4), 473-483. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90064-X](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90064-X)
- 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 Res*, 210, 95-101. <https://doi.org/10.1155/2014/582508>
- Franke, G. H. (2017). *BSCL: Brief-Symptom-Checklist* (1. Auflage). Hogrefe.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.). (2010). *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen* (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 3). Bonn: Psychiatrie-Verl.

- Kandel, D. B. (1990). Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and Family*, 52(1), 189-196. <https://doi.org/10.2307/352849>
- Karachaliou, K., Seitz, N.-N., Neumeier, E., Schneider, F., Tönsmeise, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). DBBD – Workbook Drugs. Bericht 2020 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA.
- Kaya, M. & Arici, N. (2012). Turkish Version of Shortened Family Resiliency Scale (FRAS): The Study of Validity and Reliability (2012). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 55, 512–520. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.531>
- 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. *Psychol Med.*, 46(6), 1301-1309. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002846>
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(7), 491–502.
- Kraus, L., Alfred Uhl, A., Atzendorf, J. & Seitz, N.-N. (2020). Estimating the number of children in households with substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, Preprint. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-46106/v1>
- Klee, H., Jackson, M. & Lewis, S. (Hrsg.) (2001). *Drug Misuse and Motherhood*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Klein, M. (Hrsg.). (2006). *Schriftenreihe angewandte Suchtforschung: Band 2. Kinder drogenabhängiger Mütter: Risiken, Fakten, Hilfen*. S. Roderer Verlag.
- Klein, M., Thomasius, R. & Moesgen, D. (2017). Kinder suchtkranker Eltern - Grundsatzpapier und Fakten zur Forschungslage. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Drogen- und Suchtbericht 2017* (S. 83-95). Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.
- Landi, N., Montoya, J., Kober, H., Rutherford, H., Mencl, E., Worhunsky, P., et al. (2011). Maternal neural responses to infant cries and faces: relationships with substance use. *Front Psychiatry*, 2(32). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00032>
- Li, Y., Zhao, Y., Zhang, J., Lou, F. & Cao, F. (2016). Psychometric Properties of the Shortened Chinese Version of the Family Resilience Assessment Scale. *Journal of Child and Family Studies*, 25(9), 2710–2717. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0432-7>
- 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. *Addict Behav.*, 26(6), 917-34. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00243-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00243-X)
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G. & McGue, M. (2009). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychol Med*, 39(1), 149-55. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003085>
- Mayes, L. C. & Truman, S. D. (2002). *Substance abuse and parenting*. In M. H. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (p. 329–359). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter – Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen* [Dissertation]. Technische Universität, Braunschweig.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.

- Mirick, R. G. & Steenrod, S. A. (2016). Opioid use disorder, attachment, and parenting: Key concerns for practitioners. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33, 547–557.
- Molina, B. S., Donovan, J. E. & Belendiuk, K. A. (2010). Familial loading for alcoholism and offspring behavior: mediating and moderating influences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(11), 1972–84. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01287.x>
- Moreland, A. D. & McRae-Clark, A. (2018). Parenting outcomes of parenting interventions in integrated substance-use treatment programs: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 89, 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.03.005>
- Naumann, S., Bertram, H., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K. & Döpfner, M. (2010). Der Erziehungsfragebogen (EFB). *Diagnostica*, 56(3), 144–157. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000018>
- Naumann S., Kuschel A., Bertram H., Heinrichs N. (2007). Förderung der Elternkompetenz durch Triple P-Elterntrainings. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(8), 676–690.
- Orth, B. & Merkel, C. (2020). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends, BZgA-Forschungsbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. <https://doi.org/10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0>
- Parvaresh, N., Mazhari, S. & Nazari-Noghabi, M. (2015). Frequency of psychiatric disorders in children of opioid-or methamphetamine-dependent parents. *Addict Health*, 7 (3-4), 140–8.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., et al. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use – 2017 status report. *Addiction*, 113(10):1905–1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Peisch, V., Sullivan, A. D., Breslend, N. L., Benoit, R., Sigmon, S. C., Forehand, G. L, Strolin-Goltzman, J. & Forehand, R. (2018). Parental Opioid Abuse: A review of child outcomes, parenting, and parenting interventions. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 2082–2099. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1061-0>
- Piontek, D., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2018). DBBD – Workbook Drugs. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA.
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel: Beltz.
- Rammstedt, B. & John, O.P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German (2007). *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>
- Schrappe, A. (2018). Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern. Kompetent beraten, sicher kooperieren (Basiswissen Beratung). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Sixbey, M. (2005). *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs* [Dissertation]. University of Florida, Gainesville.
- Seitz, N.-N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T. & Kraus, L. (2019). Trends in substance use and related disorders – analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018. *Dtsch Arztebl Int*, 116, 585–91. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0585>
- Seitz, N.-N., Rauschert, C., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2020). Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen.

- Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 (IFT-Berichte Bd. 190), IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Serec, M., Svab, I., Kolšek, M. & Svab, V. (2012). Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug and Alcohol Review*, 31(7), 861-870. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00424.x>
- Skinner, M.L, Haggerty, K.P, Fleming, C.B, Catalano, R.F. & Gainey, R.R (2011). Opiate-addicted parents in methadone treatment: long-term recovery, health, and family relationships. *Journal of Addictive Diseases*, 30(1), 17-26. <https://doi.org/10.1080/10550887.2010.531670>
- Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R. & Hussong, A. M. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*, 5(2), 135-147.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Statistik und Wissenschaft – Demografische Standards*. Bd 17/2010.
- Strayhorn, J.M. & Weidmann, C.S. (1988). A Parent Practices Scale and Its Relation to Parent and Child Mental Health (1988). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 613–618. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00016>
- Temmen, C. D. & Crockett, L. J. (2018). Adolescent predictors of social and coping drinking motives in early adulthood. *Journal of Adolescence*, 66, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.03.018>
- Thaller, R., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2017). Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Thormann, A. & Schalast, N. (2002). *DUDIT – Drug Use Disorder Identification Test deutsche Übersetzung*. [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_10455\\_DE\\_DUDIT%20Deutsch.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10455_DE_DUDIT%20Deutsch.pdf)
- Tröster, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar: EBI; deutsche Version des Parenting stress index (PSI) von R. R. Abidin; Manual*. Hogrefe.
- Waldron, M., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., Madden, P. A. F. & Heath, A. C. (2013). Alcoholism and timing of separation in parents: Findings in a Midwestern birth cohort. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(2), 337–348. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.337>
- Waldron, M., Vaughan, E. L., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., Sartor, C. E., Duncan, A. E., Madden, P. A. F. & Heath, A. C. (2014). Risks for early substance involvement associated with parental alcoholism and parental separation in an adolescent female cohort. *Drug Alcohol Depend.*, 138, 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.020>
- Werse, B., Kamphausen, G. & Klaus, L. (2019). MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main, Centre for Drug Research – Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main.
- Wolfe, J. D. (2016). The effects of maternal alcohol use disorders on childhood relationships and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(10), 1439-1448. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1264-x>

## 14. Anlagen

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektziele .....	15
Tabelle 2: Projektverantwortliche.....	17
Tabelle 3: Praxispartner_innen .....	17
Tabelle 4: Verwendete Verfahren der Wirksamkeitsevaluation.....	22
Tabelle 5: Arbeits- und Zeitplan .....	27
Tabelle 6: Module des SHIFT PLUS Elterntrainings.....	31
Tabelle 7: Evaluation der Schulung durch teilnehmende Fachkräfte (N = 31).....	33
Tabelle 8: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gruppendurchführungen .....	36
Tabelle 9: Berufliche Situation der Teilnehmenden.....	42
Tabelle 10: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der DUDIT Hauptskala T1-T3.....	51
Tabelle 11: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der DUDIT Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1 und T3 (Langzeit).....	51
Tabelle 12: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FZEV Hauptskala T1-T3 .....	52
Tabelle 13: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FZEV Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1 und T3 (Langzeit).....	52
Tabelle 14: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EFBK Hauptskala T1-T3 .....	53
Tabelle 15: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EFBK Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1 und T3 (Langzeit).....	53
Tabelle 16: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EFBK Subskalen über T1-T2-T3 .....	53
Tabelle 17: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der FRAS-D Hauptskala T1-T2-T3 .....	54
Tabelle 18: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit).....	54
Tabelle 19: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den FRAS-D Subskalen über T1-T2-T3.....	55
Tabelle 20: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der FRAS-D Subskala Organisation zwischen T1-T3 (Langzeit).....	55
Tabelle 21: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der Familie und Sucht Hauptskala T1-T3 .....	56
Tabelle 22: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der Skala Familie und Sucht zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit).....	56
Tabelle 23: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der Kinder und Sucht Hauptskala T1-T2-T3 .....	56
Tabelle 24: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der Skala Kinder und Sucht zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit).....	57
Tabelle 25: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der BSCL Hauptskala T1-T3 .....	57

Tabelle 26: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit).....	57
Tabelle 27: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der BSCL Subskalen über T1-T2-T3 .....	58
Tabelle 28: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Depression zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit) .....	59
Tabelle 29: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Angst zwischen T1-T2 (Kurzzeit).....	59
Tabelle 30: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Aggression zwischen T1-T2 (Kurzzeit).....	59
Tabelle 31: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Paranoia zwischen T1-T3 (Langzeit) .....	60
Tabelle 32: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der BSCL Subskala Psychotizismus zwischen T1-T3 (Langzeit) .....	60
Tabelle 33: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der EBI Hauptskala T1-T3.....	60
Tabelle 34: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EBI Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit).....	61
Tabelle 35: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den EBI Subskalen über T1-T2-T3 .....	61
Tabelle 36: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der EBI Subskala Elternkompetenz zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit) .....	63
Tabelle 37: Deskriptive Werte von IG und WKG auf der SDQ Hauptskala T1-T3 .....	63
Tabelle 38: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ Hauptskala zwischen T1-T2 (Kurzzeit) und T1-T3 (Langzeit).....	63
Tabelle 39: Deskriptive Werte von IG und WKG auf den SDQ Subskalen über T1-T2-T3 .....	64
Tabelle 40: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ Subskala soziale Probleme zwischen T1-T2 (Kurzzeit) .....	64
Tabelle 41: ANOVA-Ergebnisse der Inner- und Zwischensubjekteffekte der SDQ Subskala externalisierendes Verhalten zwischen T1-T3 (Langzeit).....	65
Tabelle 42: Langzeitkatamnese (T4) der IG auf den verwendeten Hauptskalen .....	65
Tabelle 43: Mittelwerte der BFI-10-Skalen in der Trainer_innen-Stichprobe.....	70
Tabelle 44: Bewertung der Clearingphase durch die durchführenden Fachkräfte – formale und inhaltliche Aspekte (n = 14).....	71
Tabelle 45: Gesamtbewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte des SHIFT PLUS Elterntrainings durch die Trainerinnen und Trainer (n = 12).....	73
Tabelle 46: Bewertung der inhaltlichen und formalen Aspekte der einzelnen Module durch die Trainer und Trainerinnen.....	75

Tabelle 47: Durchschnittliche Dauer der einzelnen Module.....	76
Tabelle 48: Geschlechtsspezifische Vergleiche auf der EBI Subskala Depression.....	87
Tabelle 49: Geschlechtsspezifische Vergleiche der SDQ Sukskalen .....	88

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der Datenerhebungen T1-T4 .....	20
Abbildung 2: Arbeits- und Zeitplan .....	29
Abbildung 3: Ablehnungsquoten.....	34
Abbildung 4: Erfahrungen der Eltern im Hilfesystem.....	43
Abbildung 5: Hauptproblemsubstanzen .....	44
Abbildung 6: Psychische Belastung der Eltern (BSCL) .....	45
Abbildung 7: Elternstress (EBI) im Vergleich zu den standardisierten Cut-Offs für Mütter.....	46
Abbildung 8: Psychosoziale Belastungen der Kinder (SDQ) .....	47
Abbildung 9: Flowchart .....	49
Abbildung 10: Modulteilnahmen .....	50
Abbildung 11: Drogenkonsum vor und während der Projektlaufzeit .....	51
Abbildung 12: Akzeptanz der Clearingphase durch die Eltern (n = 14).....	71
Abbildung 13: Einfluss des Clearings auf motivationale Aspekte bei den Eltern (n = 14).....	72
Abbildung 14: Zufriedenheit der Fachkräfte mit der Clearingphase (n = 14) .....	72
Abbildung 15: Akzeptanz des SHIFT PLUS Elterntrainings durch die Eltern aus Sicht der Trainerinnen und Trainer (n = 12).....	74
Abbildung 16: Persönliche Zufriedenheit der Trainer und Trainerinnen mit dem SHIFT PLUS Elterntaining (n = 12) .....	74
Abbildung 17: Gesamtbewertung der inhaltlichen Aspekte von SHIFT PLUS durch die Eltern .....	78
Abbildung 18: Wahrgenommene Verbesserung im Umgang mit dem Kind aus Sicht der Eltern.....	78
Abbildung 19: Wahrgenommene Verbesserung in der Interaktion mit dem Partner aus Sicht der Eltern .....	79
Abbildung 20: Bewertung der einzelnen SHIFT PLUS Module durch die Eltern.....	80
Abbildung 21: Evaluation der inhaltlichen und formalen Aspekte der Abschlusstagung .....	90
Abbildung 22: Evaluation der Umsetzung der digitalen Abschlusstagung.....	91