



# Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien

## Abschlussbericht

**an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**

über die Projektzeit Oktober 2008 bis März 2012

(Projektleitung: Dr. Sonja Bröning, Prof. Dr. Rainer Thomasius und  
Prof. Dr. Michael Klein)

vorgelegt von

Dr. Sonja Bröning  
Dr. Diana Moesgen  
Dr. Lutz Wartberg  
Dipl.-Psych. Andrea Haavelmann  
Dipl.-Psych. Karsten Keller  
Dr. Annika Wiedow  
Dipl.-Psych. Sally S. Kindermann  
Prof. Dr. Michael Klein  
Prof. Dr. Rainer Thomasius

Hamburg / Köln, im Juli 2012

## Vorbemerkung

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

## 1 Titel und Verantwortliche

**Projekttitel:** „Trampolin“ – Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien

**Förderkennzeichen:** IIA5-2508DSM211

**Laufzeit:** 01.10.2008 bis 31.03.2012

**Fördersumme:** 726.232 €

**Projektleitung:** Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein (DISuP)  
Prof. Dr. med. Rainer Thomasius (DZSKJ)  
Dr. phil. Sonja Bröning (DZSKJ)

**Projektmitarbeitende:** DISuP  
Dr. rer. nat. Diana Moesgen  
Dipl.-Psych. Karsten Keller  
Bernadette Cremer  
Dipl. Soz.Arb./Soz.Päd. Ellen Pflug  
Dr. phil. Ines Schaunig-Busch

DZSKJ  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Lutz Wartberg  
Dipl.-Psych. Andrea Haevelmann  
Dr. phil. Annika Wiedow (zeitweise Projektleitung)  
Dipl.-Psych. Sally S. Kindermann  
Dipl.-Psych. Ingeborg Rosch  
Dipl.-Psych. Sylvia Ruths  
Dipl.-Sozw. Susanne Jordan, MPH (zeitweise Projektleitung)

**Kontakt:** Prof. Dr. med. Rainer Thomasius  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und  
Jugendalters (DZSKJ)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Tel.: 040-7410-52206  
Fax: 040-7410-56571  
E-Mail: thomasius@uke.de

Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein  
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW)  
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung  
(DISuP)  
Wörthstraße 10  
50668 Köln  
Tel.: 0221-7757-156  
Fax: 0221-7757-180  
E-Mail: mikle@katho-nrw.de

Dr. phil. Sonja Bröning  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters  
(DZSKJ)  
Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Tel.: 040-7410-59873  
Fax: 040-7410-56571  
E-Mail: s.broening@uke.de

Dr. rer. nat. Diana Moesgen  
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW)  
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung  
(DISuP)  
Wörthstraße 10  
50668 Köln  
Tel.: 0221-7757-173  
Fax: 0221-7757-180  
E-Mail: d.moesgen@katho-nrw.de

## 2 Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche .....	3
2	Inhaltsverzeichnis.....	5
3	Zusammenfassung.....	9
4	Einleitung .....	11
4.1	Ausgangslage.....	11
4.1.1	<i>Entwicklungsrisiken durch die elterliche Suchtproblematik .....</i>	<i>11</i>
4.1.2	<i>Resilienzforschung als Grundlage präventiven Handelns .....</i>	<i>13</i>
4.1.3	<i>Die Entstehung des Projekts „Trampolin“ .....</i>	<i>16</i>
4.2	Ziele des Forschungsvorhabens .....	16
4.3	Projektstruktur .....	17
5	Arbeits- und Zeitplan .....	19
6	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	22
6.1	Status-Quo-Erhebung zur bestehenden Angebotsstruktur .....	22
6.2	Trampolin-Manual.....	24
6.2.1	<i>Vorgehen bei der Manualentwicklung.....</i>	<i>24</i>
6.2.2	<i>Theoretische Fundierung und Ziele .....</i>	<i>25</i>
6.2.3	<i>Manualinhalt und -methoden .....</i>	<i>28</i>
6.3	Evaluationsdesign und Fragestellungen .....	30
6.4	Kontrollgruppe .....	34
6.5	Erhebungsinstrumente .....	36
6.5.1	<i>Kinderfragebögen zur Ergebnisevaluation.....</i>	<i>37</i>
6.5.2	<i>Elternfragebögen zur Ergebnisevaluation.....</i>	<i>43</i>
6.5.3	<i>Prozessevaluation und Adhärenzmessung.....</i>	<i>48</i>
6.5.4	<i>Strukturdaten.....</i>	<i>48</i>
6.6	Ethische Gesichtspunkte .....	49
6.7	Pilotstudie .....	49
6.8	Datenauswertung .....	50
7	Durchführung .....	52
7.1	Gewinnung und Schulung der Praxispartner .....	52

---

7.2	Auswahl und Schulung der Interviewer .....	55
7.3	Aktivitäten im Verlauf der Feldphase.....	56
7.3.1	<i>Rekrutierung der Stichprobe und Durchführung der Intervention.....</i>	<i>56</i>
7.3.2	<i>Ablauf der Datenerhebung.....</i>	<i>57</i>
7.4	Herausforderungen während der Feldphase .....	59
7.4.1	<i>Rekrutierung der Beobachtungskontrollgruppe .....</i>	<i>59</i>
7.4.2	<i>Rekrutierung der Gruppenteilnehmer .....</i>	<i>59</i>
7.4.3	<i>Herausforderungen im Verlauf der Datenerhebung.....</i>	<i>60</i>
8	Ergebnisse .....	63
8.1	Beschreibung der Stichprobe .....	63
8.1.1	<i>Soziodemographische Merkmale der teilnehmenden Kinder .....</i>	<i>63</i>
8.1.2	<i>Substanzkonsum der teilnehmenden Kinder .....</i>	<i>65</i>
8.1.3	<i>Beziehung der teilnehmenden Kinder zu ihren Eltern .....</i>	<i>66</i>
8.1.4	<i>Psychische Befindlichkeit der Kinder .....</i>	<i>68</i>
8.1.5	<i>Merkmale der Elternstichprobe .....</i>	<i>70</i>
8.1.6	<i>Angaben der Eltern zur Befindlichkeit ihrer Kinder .....</i>	<i>72</i>
8.2	Ergebnisse der Prozessevaluation.....	73
8.2.1	<i>Datengrundlage.....</i>	<i>73</i>
8.2.2	<i>Bewertung durch die teilnehmenden Kinder.....</i>	<i>74</i>
8.2.3	<i>Bewertung durch die Kursleiter.....</i>	<i>77</i>
8.2.4	<i>Bewertung des Eltern-Moduls durch die teilnehmenden Eltern.....</i>	<i>79</i>
8.2.5	<i>Schlussfolgerungen.....</i>	<i>80</i>
8.3	Programmadhärenz bei der Durchführung der „Trampolin“-Gruppen.....	82
8.3.1	<i>Vorgehen bei der Adhärenzmessung .....</i>	<i>82</i>
8.3.2	<i>Ergebnisse der Adhärenzmessung.....</i>	<i>83</i>
8.3.3	<i>Schlussfolgerungen.....</i>	<i>84</i>
8.4	Strukturmerkmale der Praxispartner .....	85
8.4.1	<i>Ergebnisse .....</i>	<i>85</i>
8.4.2	<i>Schlussfolgerungen.....</i>	<i>88</i>
8.5	Genutzte Rekrutierungswege .....	88
8.5.1	<i>Ergebnisse .....</i>	<i>88</i>
8.5.2	<i>Schlussfolgerungen.....</i>	<i>89</i>
8.6	Befragung nicht-teilnehmender Einrichtungen .....	89
8.6.1	<i>Ergebnisse .....</i>	<i>89</i>
8.6.2	<i>Schlussfolgerungen.....</i>	<i>91</i>
8.7	Kursleitermerkmale.....	92

8.8	Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie .....	94
8.8.1	<i>Allgemeine Zeiteffekte bei den Kindern (Kindurteil)</i> .....	95
8.8.2	<i>Gruppeneffekte bei den Kindern (Kindurteil)</i> .....	96
8.8.3	<i>Schlussfolgerungen</i> .....	103
8.8.4	<i>Allgemeine Zeiteffekte bei den Kindern (Elternurteil)</i> .....	106
8.8.5	<i>Gruppeneffekte bei den Kindern (Elternurteil)</i> .....	107
8.8.6	<i>Schlussfolgerungen</i> .....	118
8.8.7	<i>Effekte des Eltern-Moduls bei den Eltern</i> .....	120
8.8.8	<i>Schlussfolgerungen</i> .....	121
8.8.9	<i>Zusätzliche Einflüsse auf die Effekte der Interventionen</i> .....	122
8.8.10	<i>Schlussfolgerungen</i> .....	129
8.8.11	<i>Effektstärken</i> .....	130
8.9	Qualitative Analyse von Kursabbrüchen .....	131
9	Diskussion der Ergebnisse .....	133
9.1	Belastbarkeit der Studienergebnisse.....	133
9.2	Effekte der Interventionen und Mehrwert durch „Trampolin“ .....	135
9.3	Akzeptanz des „Trampolin“-Gruppenprogramms .....	138
9.4	Fazit.....	139
10	Gender Mainstreaming Aspekte .....	140
11	Gesamtbeurteilung.....	141
12	Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit.....	142
12.1	Publikationen .....	142
12.2	Kongressbeiträge .....	142
12.3	Präsentationen bei Projektpartnern.....	144
12.4	Pressearbeit .....	145
12.4	„Trampolin“-Homepage .....	147
13	Verwertung der Projektergebnisse: Nachhaltigkeit und Transferpotenzial.....	148
13.1	Nachhaltigkeit durch Austausch und Vernetzung .....	148
13.2	Transferpotenzial.....	149
14	Publikationen im Projekt .....	152

15 Literatur .....	153
Anlagen (ab A.3 als elektronische Dateien auf CD-ROM) .....	162
A.1    Tabellenverzeichnis.....	162
A.2    Abbildungsverzeichnis.....	162
A.3    Artikel zu den Ergebnissen der Status-Quo-Erhebung .....	162
A.4    „Trampolin“-Manual .....	162
A.5a   „Hüpfburg“-Manual .....	162
A.5b   „Hüpfburg“-Manual – Materialteil.....	162
A.6    Kinderfragebogen (Ausgangsbefragung).....	162
A.7    Elternfragebogen (Ausgangsbefragung).....	162
A.8    Study Protocol .....	162
A.9    Betreuungskonzept.....	162
A.10   Rekrutierungskonzept.....	162
A.11a  Werbeflyer Eltern.....	162
A.11b  Werbeflyer Fachkräfte .....	162
A.12   Werbeposter .....	162
A.13   „Trampolin“-Begleitheft.....	162
A.14   Interviewer-Leitfaden.....	162
A.15   Transferkonzept.....	162
Anlage 1: Tabellenverzeichnis .....	163
Anlage 2: Abbildungsverzeichnis .....	166



### 3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Endbericht werden die Ergebnisse des Projekts „Trampolin – Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ dargestellt. Dieses Projekt mit einer Laufzeit von dreieinhalb Jahren (01.10.2008 bis 31.03.2012) wurde im Forschungsverbund zwischen dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Prof. Rainer Thomasius sowie dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) an der Katholischen Hochschule NRW unter der Leitung von Prof. Michael Klein durchgeführt. Globales Ziel des Projektes „Trampolin“ war gemäß Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Entwicklung eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtbelasteten Familien, welches in verschiedenen Settings implementierbar ist, die psychische Belastung der Kinder reduziert und ihre Handlungskompetenz im Sinne eines langfristigen Empowerments erhöht. Dabei sollte das Programm niedrigschwellig, alters- und gendersensibel und leicht durchführbar sein. Mit dieser Ausschreibung reagierte das BMG auf das Fehlen eines standardisierten und evaluierten Präventionskonzepts für Kinder suchtbelasteter Eltern in Deutschland. Kinder aus Suchtfamilien gelten als Risikogruppe für die Entwicklung eigener Abhängigkeitserkrankungen sowie anderer psychischer Störungen und werden in Deutschland noch zu wenig durch Präventionsprogramme erreicht.

Das in der ersten Projektphase entwickelte Gruppenprogramm „Trampolin“ wurde im Austausch mit Forschung und Praxis speziell für Kinder von Eltern mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen konzipiert. Es wird mithilfe eines Manuals durchgeführt und ist somit leicht erlern- und durchführbar. Im Rahmen von neun wöchentlichen Kinder-Modulen à 90 Minuten werden als zentrales Thema die elterliche Sucht und der Umgang damit thematisiert. Ressourcenorientierung stellt dabei das wesentliche Fundament des methodisch abwechslungsreichen Programms dar. Zusätzlich wurde ein Eltern-Modul entwickelt, welches meist in zwei Treffen à anderthalb Stunden durchgeführt wird. Als natürliches Setting für „Trampolin“ wurden ambulante Beratungsstellen der Sucht-, Jugend-, Familien- und Selbsthilfe anvisiert.

In der zweiten Projektphase wurde das Programm an 27 ausgewählten Projektstandorten im gesamten Bundesgebiet an N = 218 Kindern im Durchschnittsalter von 9.79 Jahren evaluiert. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der entwickelten Präventionsmaßnahme wurde ein prospektiv randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign mit drei Messzeitpunkten (t1 = Eingangserhebung, t2 = Abschlusserhebung, t3 = Katamnese) gewählt. Die Zuteilung auf die Interventionsgruppe IG (spezifische Intervention) und die Kontrollgruppe KG (suchtunspezifische Intervention) erfolgte randomisiert. Die IG (130 Kinder) erhielt die neu entwickelte modulare Präventionsmaßnahme „Trampolin“. In der KG (88 Kinder) fand eine suchtunspezifische Intervention (manualisierte Spielgruppe) im gleichen zeitlichen Umfang wie bei der IG statt. Kinder und Eltern wurden vor und nach der Intervention sowie sechs Monate später befragt. Zusätzlich wurden Prozessevaluationsdaten und ergänzende Informationen erhoben.

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

Mit dem manualisierten Präventionsprogramm „Trampolin“ liegt somit ein standardisiertes, qualitativ hochwertiges und evidenzbasiertes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien vor, das eine hohe Akzeptanz genießt, eine positive Wirkung auf teilnehmende Kinder hat und aufgrund seiner modularen Struktur in einer Vielzahl von Settings einsetzbar ist.

## 4 Einleitung

### 4.1 Ausgangslage

In der Bundesrepublik Deutschland haben insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Laufe ihres Lebens mit mindestens einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zusammengelebt (Klein, Ferrari & Kürschner, 2003). Aktuelleren Daten des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008) zufolge sind in der Bundesrepublik Deutschland sogar 5 bis 6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen. Ca. 60.000 Kinder leben in Deutschland laut Schätzungen mit einem opiatabhängigen Elternteil zusammen (NACOA, 2006). In der aktuellen internationalen Forschung zum Thema Kindeswohl und Entwicklungspathologie gilt eine elterliche Alkoholabhängigkeit mittlerweile als einer der gefährlichsten Risikofaktoren für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes (Klein, 2008, Thomasius & Küstner, 2005).

#### 4.1.1 Entwicklungsrisiken durch die elterliche Suchtproblematik

Vor allem in Hinblick auf die Entwicklung eigener substanzbezogener Störungen werden Kinder aus suchtbelasteten Familien als Hochrisikogruppe betrachtet (Klein, 2005; Thomasius, Schulte-Markwort, Küstner & Riedesser, 2009; Thomasius, Jung & Schulte-Markwort, 2008): Studien zufolge haben betroffene Kinder ein 2,4- (Ulrich, Stopsack & Barnow, 2010) bis 6-fach (Grant, 2000) erhöhtes Risiko später selbst einmal eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien früher als nicht betroffene Gleichaltrige beginnen Alkohol zu konsumieren (Rothman, Edwards, Heeren & Hingson, 2008), früher erste Betrunkenerfahrungen sammeln (McKenna & Pickens, 1981) und mehr „binge drinking“ betreiben (Weitzmann & Wechsler, 2000). Die genauen Mechanismen der Transmission für alkoholbezogene Probleme sind bislang nicht hinreichend bekannt (Campbell & Oei, 2010). Einige Untersuchungen erklären das Transmissionsrisiko durch genetische Prozesse (Sørensen et al., 2011; Zimmermann, Mick & Mann, 2008). So ist beispielsweise erwiesen, dass Söhne von alkoholabhängigen Vätern mehr Alkohol konsumieren müssen um die berauschende Wirkung der Substanz zu spüren als Söhne von nicht-abhängigen Vätern (Schuckit, 1991; Schuckit & Smith, 2001). Somit laufen sie Gefahr, größere Mengen zu konsumieren. Andere Studien erklären die intergenerationale Übertragung substanzbezogener Störungen durch Modelllernen im Sinne einer Nachahmung des elterlichen Trinkverhaltens durch das Kind, z.B. als Bewältigungsstrategie in problematischen Situationen (Chassin, Pitts, DeLucia & Todd, 1999; Ellis, Zucker & Fitzgerald, 1997). Eine weitere wesentliche Bedeutung haben widrige Kindheits-erfahrungen, die im Zusammenhang mit der elterlichen Substanzproblematik aufgetreten sind (Zobel, 2000). Auf diesen letzten Punkt wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen.

Es konnte weiterhin mehrfach belegt werden, dass betroffene Kinder und Jugendliche häufig auch andere psychische Störungsbilder mit klinischer Relevanz entwickeln (Klein, 2008). Mehrere Studien demonstrieren bei Kindern aus suchtbelasteten Familien z.B. ein erhöhtes Aufkommen an externali-

sierenden Auffälligkeiten wie Störungen des Sozialverhaltens (Hill, Shen, Lovers, Locke-Wellman, Matthews & McDermott, 2008; Molina, Donovan & Belendiuk, 2010; Waldron, Martin & Heath, 2009) oder hyperkinetische Störungen (Marmorstein, Iacono & McGue, 2008; Molina et al., 2010). Dies erscheint insofern von besonderer Relevanz, als dass externalisierende Verhaltensauffälligkeiten als stabile Prädiktoren für spätere alkohol- oder andere substanzbezogene Störungen gelten und somit eine wichtige Rolle für die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder spielen (Marshall, Molina, Pelham & Cheong, 2007; King & Chassin, 2008). Die aktuelle Forschungslage zeigt auch, dass Kinder aus suchtblasteten Familien bezüglich der Entwicklung internalisierender Störungsbilder besonders gefährdet sind. So zeigen betroffene Kinder im Vergleich zu unbelasteten Gleichaltrigen erhöhte Raten an Depressionen (Hill, Tessner & McDermott, 2011; Kelley, Pearson, Trinh, Klostermann & Krakowski, 2011; Klein, Ferrari & Kürschner, 2003) oder Angststörungen (Klein & Quinten, 2002; MacPherson, Stewart & McWilliams, 2001) sowohl bereits im Kindes- als auch später im Erwachsenenalter. Es wird vermutet, dass auch internalisierende Symptome den Weg zu einer später entwickelten substanzbezogenen Störung ebnen können, etwa indem Substanzen als Selbstmedikation gebraucht werden, um Angst- oder Depressionszustände zu lindern oder zu beseitigen (Lieberman, 2000).

### *Komplexität der Einflüsse*

Obwohl ein Großteil der aktuellen (und auch der älteren) Studien (vgl. Klein et al., 2003) eine besondere Gefährdung für Kinder aus suchtblasteten Familien für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten aufzeigt, konnten diese Befunde nicht in allen Untersuchungen repliziert werden. Zum Beispiel zeigen einige Studien keine erhöhten Raten an psychischer Symptombelastung bei Kindern aus suchtblasteten Familien (Gilder, Wall & Ehlers, 2002; Schuckit, Smith, Pierson, Trim & Danko, 2008). Eine Erklärung für die nicht gefundenen Unterschiede in Querschnittstudien könnte sein, dass hier keine oder nur geringe Differenzen zwischen alkoholbelasteten und unbelasteten Gruppen gefunden werden, da sich Gruppenunterschiede erst in einer Längsschnittbeobachtung manifestieren können (Barnow, Lucht, Fischer & Freyberger, 2001). Des Weiteren sind mögliche Selektionseffekte in Betracht zu ziehen, da häufig nur jene alkoholbelasteten Familien bzw. deren Kinder einer Studienteilnahme einwilligen, die trotz krankheitsbedingter Problematiken ein positives Bild von ihrer Familie und sich selbst vermitteln können und insgesamt nur geringe Belastungen aufweisen (Moesgen, 2010).

Aus anderen Untersuchungen lässt sich ableiten, dass zwar eine Koinzidenz zwischen einer elterlichen Suchtproblematik und einer psychischen Symptombelastung der betroffenen Kinder bestehen kann, die beiden Phänomene aber nicht in einem linearen bzw. direkten Zusammenhang miteinander stehen. Beispielsweise entdeckten Barnow, Lucht, Hamm, John und Freyberger (2004) sowie Schuckit, Smith, Radziminski und Heynemann (2000), dass psychische Auffälligkeiten von Kindern aus suchtblasteten Familien vorhanden sind, aber eher durch andere Faktoren als die elterliche Suchterkrankung erklärt werden, wie z.B. durch einen niedrigen sozioökonomischen Status, elterliche Antisozialität oder erlebte Zurückweisung durch die Eltern. Auch wurde schon ein umgekehrter Effekt elterlicher Sucht bei betroffenen Kindern beobachtet: einige Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien reduzieren oder vermeiden bewusst den Konsum von Alkohol, um den negativen Konsequenzen, die

sie bei ihren abhängigen Eltern direkt erlebt haben, bewusst aus dem Weg zu gehen (Trim & Chassin, 2004). Hierbei bleibt allerdings die Frage offen, ob das Abstinenzverhalten dauerhaft bestehen bleiben oder sich trotzdem eine eigene Suchterkrankung im (späteren) Erwachsenenalter manifestieren wird.

Insgesamt scheint das parallele Auftreten einer elterlichen Alkoholbelastung und (späteren) psychischen Störungen bei betroffenen Kindern also nicht unbedingt auf die elterliche Alkoholabhängigkeit an sich zurückzuführen zu sein, sondern eher auf die Tatsache, dass betroffene Kinder häufig durch die elterliche Abhängigkeitserkrankung hervorgerufene widrige Kindheitserfahrungen erleben. Klein (2005) beschreibt eine Vielzahl von familiären Stressoren, die durch eine elterliche Suchterkrankung entstehen und im weiteren Verlauf eine pathologische Entwicklung beim betroffenen Kind begünstigen können, wie z.B. ein Klima der Kälte, Volatilität des elterlichen Verhaltens oder chronische Konflikte (Klein & Quinten, 2002; Velleman, Templeton, Reuber, Klein & Moesgen, 2008; Zobel, 2000). Des Weiteren scheinen auch Faktoren innerhalb der Person des Kindes eine entscheidende Rolle dabei zu spielen, ob ein Kind aus einer suchtblasteten Familie eine psychische Auffälligkeit entwickelt, wie beispielsweise Temperament (Ulrich, Stopsack & Barnow, 2010; Zobel, 2000) oder dysfunktionale kognitive Muster (Moesgen, 2010). Es ist also davon auszugehen, dass die Transmission von substanzbezogenen und anderen psychischen Erkrankungen nicht direkt durch die elterliche Suchterkrankung per se zu erklären ist, sondern vielmehr als ein Zusammenspiel von individuumsbezogenen und umweltbedingten Faktoren verstanden werden muss (Haber et al., 2010; Knopik, Jacob, Haber, Swenson & Howell, 2009; Molina et al., 2010).

#### 4.1.2 Resilienzforschung als Grundlage präventiven Handelns

Nach einem Modell von Petermann (1997) wird die Entwicklung eines Kindes durch das Zusammenwirken von bestimmten Risiko- und auch Schutzfaktoren bestimmt, welche kindbezogen (Vulnerabilität versus Widerstandsfähigkeit bzw. Resilienz) als auch umgebungsbezogen (Stressoren u. a. versus soziale Unterstützung u. a.) sein können. Während die Risikoforschung vor allem untersucht, welche Risiken in welchem Ausmaß und auf welche Weise mit Entwicklungsbeeinträchtigungen verknüpft sind, fragt die Resilienzforschung danach, wie sich Menschen trotz Entwicklungsrisiken zu psychosozial gesunden Persönlichkeiten entwickeln können. Der Begriff der Resilienz bezeichnet die Fähigkeit einer Person, relativ unbeschadet mit den Folgen belastender Lebensumstände umzugehen und Bewältigungsfähigkeiten entwickeln zu können (Haggerty, Sherrod, Garmezy & Rutter, 1994; Laucht, Esser & Schmidt, 1997). Resilienz wird nicht als angeborenes und stabiles Persönlichkeitsmerkmal eines Kindes verstanden, sondern beschreibt eine Bewältigungskompetenz, die im Laufe der Entwicklung in einer Kind-Umwelt-Interaktion erworben werden kann. Auch über die Lebensspanne kann sie weiter variieren, also zu- oder abnehmen (Kumpfer, 1999a; Luthar, Cicchetti & Becker, 2003; Rutter, 2001).

Eine nähere Betrachtung von Resilienzfaktoren erscheint insbesondere im Kontext von Kindern aus suchtblasteten Familien von Bedeutung, da unterschiedliche Studien belegen, dass ein Teil der betroffenen Kinder trotz der widrigen Umstände keine substanzbezogene Störung oder andere psychische Krankheitsbilder entwickeln (Uhl, Springer, Kobrna & Matt, 2008; Ulrich et al., 2010). Als Pionierstudie zur

Resilienzforschung gilt die Kauai-Studie (Werner, 1992, 1993; Werner & Smith, 1982). Im Rahmen dieser entwicklungspsychologischen Langzeitstudie wurde die physische, kognitive und soziale Entwicklung einer Kohorte in einem abgegrenzten Territorium, der hawaiianischen Insel Kauai, untersucht. Die Kauai-Studie verfolgte die Entwicklung von knapp 700 Kindern und definierte jene Kinder als Risikokinder, die vier oder mehr Risikofaktoren bis zum Alter von zwei Jahren aufwiesen. Von diesen Kindern zeigten zwei Drittel im Alter von zehn Jahren mittelgradige oder schwerwiegende bzw. chronische Lern- und Verhaltensstörungen, oder sie wurden bis zum 18. Lebensjahr straffällig bzw. psychiatrisch auffällig. Ein Drittel der Risiko-Kinder entwickelte sich jedoch trotz Belastungen unauffällig. Werner (1992; 1993) bezeichnet diese Kinder, die psychisch besonders widerstandsfähig waren, als „invulnerabel“. Bender und Lösel (1998) entdeckten in der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie, dass potentielle Schutzmechanismen insbesondere dann von großer Bedeutung sind, wenn eine Kumulation einer Vielzahl von Risikofaktoren vorliegt. Je mehr objektive und subjektive Belastungen vorliegen, desto mehr Schutzmechanismen sind seitens der Kinder erforderlich; aber je mehr Risikofaktoren vorliegen, desto geringer ist auch die verbleibende Varianz für mögliche Schutzmechanismen. Aktuelle Ergebnisse der längsschnittlichen Greifswalder Familienstudie von Ulrich et al. (2010) zeigen, dass nur etwa 17% der untersuchten Kinder aus alkoholbelasteten Familien im jungen Erwachsenenalter alkoholbedingte Störungsbilder aufzeigen.

Auf Basis dieser Ergebnisse erscheint es also von besonderer Relevanz zu beleuchten, welche Regulationsmechanismen genau wirken, um einer pathologischen Entwicklung des Kindes vorzubeugen, denn aus den Ergebnissen der Risiko- und Resilienzforschung können und müssen Ansatzpunkte für erfolgreiche Interventionen abgeleitet werden. Studien an resilienten Kindern bringen zum Vorschein, welche Fähigkeiten und Eigenschaften bei Risikokindern möglicherweise gefördert werden können, um negative Entwicklungsverläufe zu verhindern oder abzuschwächen (Petermann & Niebank, 1999). Wustmann (2004) fasst auf Basis von Forschungsergebnissen (z.B. Julius & Götze, 1998; Kumpfer, 1999a; Werner & Smith, 1982) folgende allgemeine personale Resilienzfaktoren für die mittlere Kindheit zusammen:

- positives Selbstkonzept bzw. Selbstvertrauen
- Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten
- hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- internale Kontrollüberzeugungen
- kognitive Kompetenzen
- hohe soziale Kompetenz und damit verbunden die Fähigkeit, sich Unterstützung von anderen Menschen zu holen (Mobilisierung und Nutzung sozialer Unterstützung)

Kumpfer (1999a) hat verschiedene forschungstheoretische Ansätze subsumiert und den komplexen Mechanismus von Resilienz dargestellt. Nach ihrem Modell lassen sich Resilienzfaktoren fünf Dimensionen zuordnen: kognitive Fähigkeiten, emotionale Stabilität, soziale Kompetenzen, körperliche Gesundheitsressourcen und Motivation bzw. Glaube. Als bedeutsame kindbezogene Faktoren benennt Kumpfer (1999a) außerdem Temperamentsvariablen und Geschlecht. Wolin und Wolin (1993, 1995) stellen in ihrem Challenge-Modell Vulnerabilität und Resilienz einander gegenüber. Das Modell postuliert zwei grundsätzlich unterschiedliche Reaktionsweisen von Kindern aus suchtbelasteten Familien: Nimmt ein

Kind die Erfahrungen und Erlebnisse der Familienumwelt (Verleugnung, Vernachlässigung, Kritik, Streit, Gewalt) als Herausforderung („challenge“) wahr, kann das Kind die Situation aktiv bewältigen und in der weiteren Entwicklung Stärken und Resilienzen aufweisen. Wenn die Familiensituation als vorrangig schädigend und belastend erlebt wird („damage“), besteht ein hohes Risiko eines pathologischen Entwicklungsverlaufs. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung durch das Kind spielt demnach eine zentrale Rolle für die weitere Entwicklung.

Wolin und Wolin (1993) identifizierten mit Hilfe von retrospektiven, klinischen Interviewdaten bei Personen mit guter psychischer Gesundheit insgesamt sieben Resilienzen, die Kindern ermöglichen, sich gegen belastende Familienverhältnisse aktiv zu schützen und diese unbeschadet zu „überstehen“: 1) Einsicht, 2) Unabhängigkeit, 3) Beziehungsfähigkeit, 4) Initiative, 5) Kreativität, 6) Humor und 7) Moral. *Einsicht* bezieht sich auf die Erkenntnis des Kindes, dass sich das Familienleben anders gestaltet als bei Anderen und weniger vertrauensvoll und sicher ist. Durch das Wissen über Alkohol und seine Effekte entsteht mehr Verständnis für sich selbst und die anderen Familienmitglieder. Einsicht schließt dementsprechend eine Verdrängung des Problems aus. Mit *Unabhängigkeit* wird sowohl die emotionale Distanz (innere Unabhängigkeit) als auch die physische Distanz (z.B. Unternehmungen mit Freunden, sportliche Aktivitäten, Freizeitaktivitäten) zu den familiären Problemen bezeichnet. Eine weitere wichtige Resilienz stellt das Vorhandensein von emotional bedeutsamen Beziehungen zu stabilen Bezugspersonen außerhalb der Familie dar (*Beziehungsfähigkeit*). Mit *Initiative* wird das spielerische Erkunden der Umwelt, das Erkennen von Ursache- und Wirkungszusammenhängen und die Ausübung zahlreicher Aktivitäten außerhalb der Familie sowie die daraus resultierenden Selbstwirksamkeitserwartungen bezeichnet. Die Fähigkeit zur *Kreativität* umfasst die Möglichkeit, innere Konflikte mit ästhetischen Mitteln auszudrücken und sich vom Alltag abzulenken. *Humor* haben Wolin und Wolin (1993) zufolge Kinder in suchtblasteten Familien aufgrund der familiären Verhältnisse oft wenig erlebt, weshalb sie die natürliche Fähigkeit Spaß zu haben und zu lachen verlernt haben. Humor kann jedoch, bisweilen auch durch Ironie oder Sarkasmus, zur emotionalen Distanzierung beitragen und weist somit eine entlastende Funktion auf. Als letzter Resilienzfaktor wurde *Moral* identifiziert. Durch die Entwicklung eines eigenen differenzierten und sozial verantwortlichen Werte- und Moralsystems wird den Kindern ein ethischer Rahmen für Bewertungen und Struktur ermöglicht.

Auch das Konzept des Copings, welches sich auf die Fähigkeit bezieht, Belastungen zu bewältigen bzw. mit Problemen umzugehen, spielt in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle. Copingstrategien können eine problemlösende oder eine emotionsregulierende Funktion aufweisen. Problemfokussierte Bewältigungsstrategien zielen auf konkrete Änderungen in der Umwelt oder eigener Personenmerkmale ab, wohingegen emotionsfokussierte Strategien auf die somatische und emotionale Bewältigung von Stress, z.B. durch Entspannung oder Ablenkung, abzielen (Klein-Heßling & Lohaus, 2000). Diese Erkenntnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren bzw. zur Stressbewältigung müssen bei der Konzipierung präventiver Maßnahmen für belastete Kinder (und somit auch bei der Entwicklung von „Trampolin“) berücksichtigt werden, damit solche Programme – soweit dies möglich ist – Risikofaktoren reduzieren und vor allem bestmöglich Schutzfaktoren fördern können.

### 4.1.3 Die Entstehung des Projekts „Trampolin“

Am 18.01.2008 gab das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine öffentliche Bekanntmachung eines Interessenbekundungsverfahrens für die Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtblasteten Familien heraus. Hintergrund dieses Förderungsvorhabens waren die vergleichsweise hohen Prävalenzraten der von einer elterlichen Suchterkrankung betroffenen Kinder in Deutschland (jedes sechste Kind) sowie deren erhöhtes Risiko, später einmal selbst an einer Abhängigkeitserkrankung zu leiden. Dieses und andere Risiken, mit denen die Kinder in den Familien konfrontiert werden, sind recht gut erforscht (vgl. Abschnitt 4.1.1) und dementsprechend wurden bereits verschiedene, lokale Projekte entwickelt, die die betroffenen Kinder gezielt ansprechen und unterstützen wollen. Allerdings gab es – vor allem im bundesdeutschen Raum – nur sehr wenige empirische Befunde darüber, wie die Kinder am wirkungsvollsten unterstützt werden können (vgl. auch Theorieteil der Anlage A.4), so dass die lokalen Vorgehensweisen heterogen gestaltet wurden und nicht übertragbar sind. Ferner wurden diese lokalen Projekte häufig nur unzureichend dokumentiert und in der Regel nicht wissenschaftlich evaluiert, so dass keine fundierte Aussage über deren Wirksamkeit zulässig ist. Somit fehlte es an einem standardisierten Konzept, welches unter verschiedenen Rahmenbedingungen einsetzbar ist und eine breite Umsetzbarkeit ermöglicht. Darüber hinaus fehlten zur Beurteilung der Effektivität geeignete Indikatoren, eine Auswahl geeigneter Messinstrumente und verbindliche Dokumentationsstandards. Diese Lücke in der Forschung veranlasste das BMG dazu, aufbauend auf den bisherigen lokalen und regionalen Erfahrungen die Entwicklung eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtblasteten Familien und deren Evaluation in verschiedenen Settings zu fördern. Nach Einreichung des gemeinsamen Antrags und nach Erhalt des Zuwendungsbescheids konnten das DZSKJ und das DISuP beginnen, das Projekt „Trampolin“ ins Leben zu rufen.

## 4.2 Ziele des Forschungsvorhabens

Globales Ziel des Projektes „Trampolin“ war gemäß Ausschreibung des BMG die Entwicklung eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtblasteten Familien, welches in verschiedenen Settings implementierbar ist, die psychische Belastung der Kinder reduziert und ihre Handlungskompetenz im Sinne eines langfristigen Empowerments erhöht. Dabei sollte das Programm niedrigschwellig, alters- und gendersensibel und leicht durchführbar sein. Ausgehend von diesem übergeordneten Ziel wurden nach einer intensiven Literaturrecherche (vgl. Abschnitt 6.2.1) und nach der Auswertung einer im Rahmen des „Trampolin“-Projektes durchgeführten Status-Quo-Erhebung (vgl. Abschnitt 6.1) verschiedene Unterziele für das zu entwickelnde Programm abgeleitet. Dabei wurden Zielparameter ausgewählt, die auf Basis bestehender Untersuchungen durch die geplante Kurzzeitintervention (zumindest teilweise) beeinflussbar erscheinen, insbesondere (a) die Reduktion der psychischen Belastung der Kinder, (b) die Stärkung ihrer Handlungskompetenz sowie (c) die Erhöhung ihrer Ressourcen (vgl. Abschnitt 6.2.2).



In der internationalen Forschung zur Wirksamkeit derartiger Präventionsprogramme (siehe Theorieteil des Anhangs A.4a) hatte sich eine Integration der Eltern als sinnvoll gezeigt. So wurde beschlossen, begleitende Elternarbeit in das Programm einzubeziehen. Deren Intensität war allerdings von Anfang an als gering angelegt, um die gewünschte Niedrigschwelligkeit des Manuals nicht zu gefährden. Für diese Elternarbeit wurden ebenfalls Teilziele festgelegt: (a) die Sensibilisierung der Eltern für die kindlichen Bedürfnisse und für die Auswirkungen der Sucht auf ihre Kinder, (b) Erhöhung des elterlichen Selbstvertrauens in die eigene Erziehungskompetenz sowie (c) Motivierung, weitere Hilfen und Unterstützung in der Erziehung in Anspruch zu nehmen.

### 4.3 Projektstruktur

Das DZSKJ und das DISuP bildeten zur Beteiligung an der öffentlichen Bekanntmachung des Interessenbekundungsverfahrens des BMG zum Thema „Modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ einen Forschungsverbund. Ziel des Forschungsverbundes war es, einen gemeinsamen Antrag zur o.g. öffentlichen Bekanntmachung des BMG zu erstellen und nach erfolgtem Bewilligungsbescheid das beantragte Verfahren gemeinsam durchzuführen. Nach Bewilligung beinhaltete dies, dass die gesamte Projektsteuerung in jeder Projektphase (vgl. Kapitel 5) gemeinsam und in enger wechselseitiger Abstimmung und Unterstützung erfolgte (z.B. durch regelmäßig stattfindende Abstimmungstreffen, Telefonkonferenzen und E-Mail Korrespondenz). Die Federführung für die wesentlichen Hauptarbeitsschritte des Projektes wurde zwar schwerpunktmäßig entweder beim DZSKJ oder DISuP angesiedelt (z.B. die Erstellung des Evaluationsdesigns, die Datenaufbereitung und -auswertung sowie die Organisation des Praxisbeiratstreffens beim DZSKJ und die Entwicklung des „Trampolin“-Manuals und die Organisation der Netzwerk- und Abschlusskonferenz beim DISuP), die dazugehörigen Aufgaben wurden aber stets in enger Abstimmung und gegenseitiger Unterstützung zwischen den Verbundpartnern durchgeführt. Die Rekrutierung und Betreuung der Praxisstandorte sowie alle damit anfallenden Aufgaben wurden gleichmäßig zwischen dem DISuP und dem DZSKJ nach Bundesland aufgeteilt. Es wurde vereinbart, dass das DZSKJ für die Betreuung aller Aktivitäten in den Bundesländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zuständig sein sollte und das DISuP für die Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Um eine hohe wissenschaftliche Qualität des Forschungsvorhabens zu gewährleisten wurde bereits im ersten Projektjahr ein Wissenschaftlicher Beirat gebildet. Dieser war mit 14 Wissenschaftlern aus den Bereichen der Pädagogik, der Entwicklungspsychologie, der Sozialpsychologie und weiteren Fächern interdisziplinär besetzt und wurde frühzeitig in die Manualentwicklung sowie die Ausarbeitung des Evaluationsdesigns einbezogen. Die wertvollen Hinweise des Beirats in schriftlicher Form, sowie die Ergebnisse des Beiratstreffens auf der Netzwerkkonferenz konnten somit noch rechtzeitig im Manual und im Evaluationsdesign integriert werden (vgl. Abschnitte 6.2 und 6.3). Zu einem späteren Zeitpunkt, nämlich unmittelbar nach Abschluss der Feldphase, wurde zur Konkretisierung der weiteren Planung hinsichtlich der Manualüberarbeitung, der Datenauswertung und zum Praxistransfer von Er-

fahrungen und Erkenntnissen aus dem Projekt ein Praxisbeirat ins Leben gerufen, der zum einen aus praktisch orientierten Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats, zum anderen aus weiteren Vertretern der Praxis bestand. Im Rahmen seines Treffens im September 2011 lieferte dieser Beirat erste wichtige Erkenntnisse und Rückschlüsse auf die beabsichtigte Implementierung von Trampolin in die Versorgungspraxis (vgl. Kapitel 13 sowie Anlage A.15).

## 5 Arbeits- und Zeitplan

Die zentralen Ziele des Projektes „Trampolin“ waren die Konzeption und die begleitende Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Eine Unterteilung in Zwischenziele und Hauptarbeitsschritte, die im Laufe der Projektzeit zu erreichen waren, lässt sich folgendermaßen beschreiben:

### Projektphase I: Konzeptentwicklung (Oktober 2008 bis Februar 2010)

- inhaltliche Entwicklung des modularen Präventionskonzeptes „Trampolin“ in Absprache mit beteiligten Praxiseinrichtungen (Netzwerkkonferenz im Juni 2009), Entwicklung des „Hüpfburg“-Manuals (Kontrollgruppe)
- Ausarbeitung des Forschungsdesigns (Erhebungsinstrumente, Methodik, Analysemethoden), Planung der Studienkoordination, Einholung des Votums der Ethikkommission
- Koordinierung der Beratungsstellen und Status-quo-Erhebung zur vorhandenen Angebotsstruktur und zu soziodemographischen Daten von betroffenen Kinder und Eltern
- Pilotstudie in Hamburg
- Rekrutierung & Schulung erster Praxisstandorte und Interviewer

### Projektphase II: Feldphase (Februar 2010 bis September 2011)

- Durchführung der Präventionsmaßnahme an den Praxisstandorten und begleitende Evaluation
- Betreuung der teilnehmenden Einrichtungen
- Nachrekrutierung von teilnehmenden Praxispartnern inkl. weiterer Schulungen von Fachkräften & Rekrutierung der Stichprobe
- weitere Rekrutierung & Schulung Interviewer
- Durchführung der Datenerhebungen (t1 und t2)
- Katamneseerhebungen (6 Monate nach Beendigung der Intervention)

### Projektphase III: Auswertung und Transfer (September 2011 bis März 2012)

- letzte Katamneseerhebungen (t3)
- Datenauswertungen
- Abschlusskonferenz
- Verbreitung/Praxistransfer des Präventionskonzeptes
- Vorbereitung der Veröffentlichung des Manuals
- Erstellung von Publikationen und Kongressbeiträgen
- Abschlussauswertung, Verfassen des Abschlussberichtes

Nach der erfolgreichen Durchführung der Projektphase I (Konzeptentwicklungsphase) schloss sich zu Beginn des Jahres 2010 Projektphase II, der Start der Feldphase, an. Gegen Mitte des Jahres 2010 war abzusehen, dass die Rekrutierung der Stichprobe mit erheblichen Herausforderungen (vgl. Abschnitt 7.4.2) verbunden war. Aufgrund dieser Erschwernisse konnte die notwendige Stichprobengröße

ße nicht in der ursprünglich geplanten Zeit rekrutiert werden. Daraufhin wurde zum 31.08.2010 ein Verlängerungsantrag der Projektlaufzeit gestellt. Dieser wurde mit Datum vom 28.10.2010 befürwortet unter der Prämisse dass die notwendige Gesamtstichprobe [ $N = 200$ ,  $n_{t3}$  (IG - „Trampolin“) = 100,  $n_{t3}$  (KG - „Hüpfburg“) = 100, siehe Evaluationsdesign] spätestens zum 30.06.2011 erreicht würde. Trotz immenser Anstrengungen, z.B. in Hinblick auf die Ansprache einer Vielzahl neu angefragter Einrichtungen und neuerlich verfolgter Rekrutierungsstrategien, blieb die Erreichung des angestrebten Ziels eine große Herausforderung. Eine Stellungnahme des daraufhin herangezogenen Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie am UKE belegte jedoch, dass der Wirksamkeitsnachweis bei der bereits vorliegenden Stichprobe zu  $t_1$  mit einer mit einer abzuschätzenden Abbruchquote von ca. 20% zum Messzeitpunkt  $t_3$  dennoch nicht gefährdet sei, da diese reduzierte Stichprobe nur eine minimale Powerreduktion zur Folge hätte. Mit Blick auf die wissenschaftliche und praktische Bedeutsamkeit des Projektes wurde daraufhin seitens des Förderers eine Projektlaufzeitverlängerung befürwortet.

Die Verlängerung der Projektlaufzeit ermöglichte es, an den ursprünglich geplanten Vorhabenszielen und Hauptarbeitsschritten festzuhalten; der jeweils benötigte Zeithorizont zur Bearbeitung der Einzelschritte konnte je nach Bedarf und Möglichkeit verlängert werden. Final sind somit mit Projektende die Kernziele und Hauptarbeitsschritte als erfolgreich durchgeführt und erreicht zu betrachten.

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

Jahr	2008			2009												2010												2011												2012										
Monat	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3								
Projektmonat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42								
Inhaltliche Entwicklung des modularen Präventionskonzeptes	1							8																																										
Entwicklung und Auswahl der Erhebungsmethoden zur Prozess- und Ergebnisevaluation	1							8																																										
Koordinierung Praxisstellen und Status-Quo-Erhebung zu Angeboten und Klientel	1							8																																										
Vorbereitung der Netzwerkkonferenz							7	8																																										
<b>Meilenstein 1: Netzwerkkonferenz</b>																																																		
Integration der Arbeitsergebnisse der Konferenz und Fertigstellung eines Arbeitsmanuals zur Durchführung der Präventionsmaßnahme											10			13																																				
Nachrekrutierung Praxisstandorte										10																																								
Rekrutierung Stichprobe													13																																					
Pretest														14		16																																		
Regionale Schulungen der Fachkräfte in den Praxiseinrichtungen																16																																		
Schulung der Interviewer																16																																		
<b>Meilenstein 2: Ausgangsdagnostik und Beginn der Präventionsmaßnahme (Feldphase)</b>																																																		
Durchführung und Prozessevaluation der Maßnahme an den Projektstandorten Datenerhebung Beobachtungs-KG																			18																															
<b>Meilenstein 3: Ende der Präventionsmaßnahme und Abschlussdiagnostik</b>																																																		
Katamneseerhebung																																																		
<b>Meilenstein 4: Abschließende Bewertung der Präventionsmaßnahme /Abschlusskonferenz</b>																																																		
begleitende Datenauswertung																																																		
Verbreitung des Präventionskonzeptes																																																		
Abschlussauswertung, Verfassen des Abschlussberichtes und Publikation eines standardisierten Manuals																																																		

Abbildung 1: Arbeits- und Zeitplan des Projekts Trampolin

## 6 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Im Folgenden werden zunächst wesentliche Eckdaten einer Vorstudie berichtet, die in der Planungsphase des Forschungsvorhabens erfolgte und eine wichtige Grundlage für Manualentwicklung und Evaluationsdesign darstellte (Abschnitt 6.1). Dann wird der Forschungsgegenstand selbst, nämlich das „Trampolin-Manual“, näher beschrieben (Abschnitt 6.2), bevor auf Evaluationsdesign und Fragestellungen (Abschnitt 6.3), Erhebungsinstrumente (Abschnitt 6.4), die Kontrollgruppe (Abschnitt 6.5), ethische Gesichtspunkte (Abschnitt 6.6), die Pilotstudie (Abschnitt 6.7) sowie das Vorgehen bei der Datenauswertung (Abschnitt 6.8) eingegangen wird.

### 6.1 Status-Quo-Erhebung zur bestehenden Angebotsstruktur

In der Anfangsphase des „Trampolin“-Projektes bestand zur Vorbereitung der Manualentwicklung und der Studienplanung die Notwendigkeit, einen umfassenden und aktuellen Überblick zu gewinnen über die derzeitigen Strukturen und Arbeitsansätze von ambulanten Einrichtungen in Deutschland, die mit Kindern aus suchtbelasteten Familien arbeiten. Für diese Status-Quo-Erhebung wurde in der Forschergruppe ein Fragebogen mit offen formulierten Fragen entwickelt, um ein möglichst breites Spektrum an Antwortmöglichkeiten zuzulassen. Der Fragebogen enthielt Fragen zu Strukturmerkmalen der Institution, angebotenen Maßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien und insbesondere zum Vorhandensein eines Gruppenangebots für betroffene Kinder. Des Weiteren wurde nach der damals aktuellen Evaluation der angebotenen Maßnahmen, der Anzahl und Charakteristika der betreuten Kinder (und deren Eltern) sowie den Erfahrungen mit der Rekrutierung betroffener Kinder gefragt.

Der Fragebogen zur Status-quo-Erhebung wurde an insgesamt 66 Einrichtungen aus ganz Deutschland mit potenziellen Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien per E-Mail versendet; unter anderem an alle Institutionen, die sich zum damaligen Zeitpunkt zu einer möglichen Teilnahme an „Trampolin“ bereit erklärt hatten. Ermittelt wurden die angefragten Einrichtungen mit Hilfe vorhandener Überblicksartikel und -listen sowie durch die Kontaktierung von Landesministerien, regionaler Behörden und anderer Institutionen. 55 Einrichtungen beantworteten die Anfrage, wobei allerdings 7 Stellen mitteilten, kein Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien zu haben und daher den Fragebogen nicht ausfüllen zu können. So konnten insgesamt 48 Fragebögen ausgewertet werden, womit die Rücklaufquote letztendlich bei 73% lag. Alle vorliegenden Daten wurden qualitativ ausgewertet, indem für alle Angaben eine Antwortkategorisierung vorgenommen wurde.

Es stellte sich heraus, dass ein Großteil der befragten Einrichtungen in der Sucht- oder Jugendhilfe angesiedelt war. Hinsichtlich der Zielgruppe „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ wurden verschiedenste Aktivitäten angeboten, hauptsächlich aber Gruppenarbeit, teilweise auch Einzelgespräche und/oder begleitende Elternarbeit sowie Familien- und Multiplikatorenarbeit. Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien erscheinen also – wie in den USA – auch in

Deutschland am ehesten verbreitet zu sein. Für das Projekt „Trampolin“ war es von besonderem Interesse, wie die Gruppenarbeit mit Kindern im Einzelnen strukturell und inhaltlich gestaltet wurde. Die meisten Angebote waren zeitlich fortlaufend, d.h. ohne definiertes Ende und ohne definierten Anfang. Ein Einstieg war jederzeit möglich und die Gruppen haben oftmals über Jahre hinweg Bestand. Das Repertoire an angewandten Methoden in den Kindergruppen war vielfältig. In erster Linie wurden Gespräche, kreative Methoden wie Malen, Basteln, Theaterspielen o.ä. und freizeitpädagogische Maßnahmen eingesetzt. Spiele, insbesondere Rollenspiele, sowie Bewegung und Körpererfahrung hatten ebenfalls einen zentralen Stellenwert. Psychoedukative Methoden spielten in den aktuell angebotenen Kindergruppen bislang eine eher untergeordnete Rolle: nur ein Viertel der Einrichtungen gab an, den Kindern explizit konkrete Informationen zu den Themen Abhängigkeit und Sucht zu geben.

Die Hälfte der im Gruppenangebot betreuten Kinder im Jahr 2008 war zwischen 8 und 12 Jahre alt; ca. ein Viertel war jünger als 8 Jahre und ca. ein Viertel älter als 12 Jahre. Das Geschlechterverhältnis war nahezu ausgewogen. In den meisten Fällen bestand – nach Einschätzung der Fachkräfte – die Suchterkrankung bei nur einem Elternteil. Die Abhängigkeitsproblematik der Eltern bezog sich in der Mehrzahl auf den ausschließlichen Gebrauch von Alkohol; Drogen- oder Mischkonsum kamen jedoch ebenfalls häufig vor. Für die Gewinnung der Kinder zur Teilnahme an den Angeboten waren Vernetzungen essentiell. Zwar gelangte knapp ein Viertel der Kinder über ihre Eltern, die bereits in der jeweiligen Einrichtung betreut oder behandelt wurden, in die Maßnahme, jedoch wurden auch andere Zugangswege beschritten, wie z.B. Kooperation mit anderen Beratungsstellen, den Jugendämtern oder Kindergärten und Schulen.

Effektivitätsnachweise wurden laut knapp der Hälfte der Einrichtungen durch die mündlichen Rückmeldungen der Kinder und Jugendlichen selbst erbracht; auch Rückmeldungen der Eltern werden häufig angegeben. Interessant ist, dass im Kontrast zur allgemeinen deutschsprachigen Literaturlage immerhin ein gutes Drittel der Stellen angab, den Nutzen ihrer Maßnahme durch externe Evaluationen nachzuweisen. Diese Evaluationen sind jedoch unseres Wissen nicht publiziert. Detaillierte Ergebnisse zur Status-Quo-Erhebung sowie deren Interpretation und Diskussion finden sich im Artikel von Ruths et al. (in Druck), der in Kürze in der Zeitschrift *Suchttherapie* veröffentlicht wird (vgl. Anlage A.3).

Für das Forschungsvorhaben „Trampolin“ konnte diese Befragung wichtige Impulse für die Gestaltung des Programms liefern, sowohl in Hinblick auf die Methodik als auch auf die inhaltliche Ausarbeitung. Des Weiteren lieferte die Erhebung einen wichtigen Einblick in die Zugangswege, über die Kinder aus suchtbelasteten Familien als schwierig erreichbare Gruppe per se kontaktiert und in Maßnahmen vermittelt werden können. Dieses Wissen war für die Planung der gesamten Studie von besonderer Bedeutung. Nicht zuletzt unterstreichen die Ergebnisse der Status-Quo-Erhebung, dass eine suchtspezifischere Weiterentwicklung bestehender Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien mit der Integration einer Evaluation nach wissenschaftlich hohen Standards unabdingbar ist.

## 6.2 Trampolin-Manual

### 6.2.1 Vorgehen bei der Manualentwicklung

Für die Konzipierung des modularen Präventionsprogramms „Trampolin“ waren verschiedene Arbeitsschritte notwendig. Als erste Stufe wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Ziel der Recherche war zum einen das Erzielen einer theoretischen Fundierung für das Konzept. Hierzu wurden verschiedene bewährte psychologische und pädagogische Modelle beleuchtet und auf ihre Passung zum geplanten Konzept überprüft. Zum anderen dienten die Recherchearbeiten dazu, aktuelle Forschungsbefunde aus internationalen, spezifischen Präventionsprogrammen (Bröning et al., 2012) in Hinblick auf Inhalt und Didaktik in das Konzept integrieren zu können. Eine weitere Rolle spielten die Ergebnisse der im Projekt durchgeführten Status-Quo-Erhebung (vgl. Abschnitt 6.1).

Das Programm wurde speziell für Kinder von Eltern mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen konzipiert. Die Erreichung der Programmziele (vgl. Abschnitt 6.2.2) bzw. eine Annäherung an diese sollte im Rahmen von neun, in der Regel einmal wöchentlich stattfindenden Kinder-Modulen à 90 Minuten und einem dreistündigem Eltern-Modul (welches auf zwei Sitzungen à 90 Minuten verteilt wird) erfolgen. Bei der Auswahl der zu erreichenden Altersgruppe für „Trampolin“ fiel die Wahl in Anlehnung an die Ergebnisse der Status-Quo-Erhebung (Ruths et al., in Druck) und der internationalen Forschungsliteratur auf die Altersgruppe der 8- bis 12-Jährigen. In diesem Alter entwickeln Kinder ein zunehmendes Abstraktionsvermögen, so dass eine aktive Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik des Elternhauses möglich wird. Mit jüngeren Kindern ist es aufgrund ihrer unreifen Mentalisierungsfähigkeit ungleich schwieriger, in einem suchtspezifischen Gruppenangebot zu arbeiten (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002), und es ist darüber hinaus eine andere Methodik erforderlich. In der Frühadoleszenz ab 13 Jahren sinkt die Teilnahmebereitschaft an Gruppenangeboten zur elterlichen Suchthematik, da sich die Kinder in dieser Phase von den Eltern und deren Konsum distanzieren möchten und sich gleichzeitig mehr ihrer Peergruppe zuwenden. Je nach Entwicklungsstand sollten in Ausnahmefällen jedoch auch 7- bzw. 13-Jährige in das Gruppenangebot integrierbar sein. Das Programm sollte für Jungen und Mädchen gleichermaßen geeignet sein.

In Anlehnung an die Forschungsergebnisse zu bestehenden Präventionsprogrammen sollte jede „Trampolin“-Gruppe etwa 5-8 Kinder als bewährte und praktikable Größe umfassen. Als Setting für das Gruppenangebot „Trampolin“ wurden ambulante Institutionen anvisiert. Es sollte in ambulanten Beratungsstellen der Sucht-, Jugend-, Familien- und Selbsthilfe durchführbar sein, da diese Einrichtungen gegenwärtig den Hauptzugangsweg zu Kindern aus suchtbelasteten Familien darstellen (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Ruths et al., in Druck). Eine Anwendung in anderen Kontexten (z.B. stationär als Begleitprogramm bei der Behandlung elterlicher Sucht) ist jedoch durchaus vorstellbar. Eine wesentliche Anforderung war die Niedrigschwelligkeit des Programmangebots. So sollten alle Sitzungen durch einen im Vorfeld geschulten Kursleiter angeleitet werden



können, der aus dem Bereich der Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Psychologie, den Erziehungswissenschaften oder ähnlichen Feldern stammt.

Auf diesem auf Theorie und Wissenschaft begründeten Stand wurde eine erste Fassung des „Trampolin“-Konzeptes entwickelt, welches am 18. und 19.06.2009 im Rahmen der Netzwerkkonferenz in Köln den am Projekt beteiligten Kooperationspartnern aus der Praxis und dem wissenschaftlichen Beirat präsentiert wurde. Diese vorläufige Version bildete die Grundlage zur Diskussion über mögliche Optimierungsmöglichkeiten. Durch die wertvollen Beiträge und Anregungen der in der Praxis arbeitenden Fachkräfte und des wissenschaftlichen Beirates konnte das Konzept dahingehend verbessert werden, dass einige der geplanten Übungen durch praktikablere und inhaltlich passendere Methoden ersetzt wurden. Andere Übungen wurden modifiziert, so dass sie für die teilnehmenden Kinder bzw. deren Eltern ansprechender und verständlicher gestaltet wurden. Auch wenn das ursprünglich geplante Konzept nicht grundlegend geändert wurde, gelang es durch die Diskussionen auf der Netzwerkkonferenz vor allem, das „Trampolin“-Manual insgesamt suchtspezifischer zu gestalten.

Durch die Einarbeitung der als geeignet befundenen Modifizierungsvorschläge in das „Trampolin“-Manual wurde eine optimierte Fassung erstellt, welche ab November 2009 für die Pilotstudie in der teilnehmenden Einrichtung „Such(t)- und Wendepunkt e.V.“ in Hamburg verwendet wurde. In diesem Rahmen wurde das erarbeitete Konzept erstmalig mit einer Gruppe von Kindern aus suchtbelasteten Familien durchgeführt und erprobt. Kontinuierliche Rückmeldungen nach jeder durchgeführten Gruppenstunde durch die Kursleiterin der teilnehmenden Einrichtung ermöglichten es, weitere (geringfügige) Optimierungen im Manual vorzunehmen. Zuletzt boten die Schulungen der Kursleiter aus den teilnehmenden Einrichtungen im Januar und Februar 2010 eine letzte Gelegenheit, inhaltliche und formale Anregungen für eine Verbesserung des „Trampolin“-Manuals einzubringen. Durch die Beiträge der Schulungsteilnehmer konnten einige weitere gewinnbringende Modifizierungen in das Manual eingearbeitet werden.

Als Resultat dieses mehrstufigen Entwicklungsprozesses entstand im März 2010 das etwa 80-seitige finale Manual für „Trampolin“ (plus Materialteil), welches dann in den teilnehmenden Einrichtungen manualgetreu erprobt wurde. Ziele, Inhalte und Methoden des „Trampolin“-Manuals werden im Folgenden genauer dargestellt.

## 6.2.2 Theoretische Fundierung und Ziele

Die detaillierte theoretische Fundierung für die Entwicklung des „Trampolin“-Programms ist in Anlage A.4, dem zu veröffentlichenden Manual, umfassend beschrieben. Zum einen beinhaltet sie die in Abschnitt 4.1.2 dargestellten Modelle der Resilienzforschung. Zum anderen fanden weitere bedeutsame Modelle, wie z.B. das Stress-Strain-Coping-Support Model (Velleman & Templeton, 2003), das transaktionale Stresskonzept (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1981), die sozial-kognitive Lerntheorie (Bandura, 1977), das Konzept der Kontrollüberzeugung (Rotter,

1966), das Salutogenese-Konzept (Antonovsky, 1997) sowie das Modell der emotionalen Kompetenz (Saarni, 1999) Berücksichtigung bei der Konzeption des „Trampolin“-Manuals. Nicht zuletzt wurden die Konzepte und Effektivitätsnachweise internationaler Programme, die in einen systematischen Review eingeflossen sind (Bröning et al., 2012), bei der Programmentwicklung beachtet.

Auch die Ziele für das neu entstandene Angebot „Trampolin“ wurden aus der bestehenden Literatur abgeleitet. Dabei war das übergeordnete Ziel bereits gesetzt: „Trampolin“ sollte dem Risiko für von elterlicher Sucht betroffene Kinder, später selbst einmal eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, im Rahmen einer niedrig frequenten Intervention präventiv zu begegnen. Dazu wurden für die Gruppenteilnehmer klar definierte und spezifizierte Unterziele definiert, die die Erreichung des obersten Ziels der Suchtprävention unterstützen sollten. Da es sich um ein zeitlich eng begrenztes Programm handelt, wurde der Schwerpunkt hierbei auf jene Unterziele gelegt, die in der Resilienzforschung als einerseits wirksam, andererseits auch beeinflussbar gelten.

So haben sich Kognitionen über die elterliche Sucht und ihre Auswirkungen, ein positives Selbstkonzept und ein gutes Selbstwertgefühl sowie internale Kontrollüberzeugungen im Sinne einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung als förderlich erwiesen (vgl. Abschnitt 4.1.2). Dabei handelt es sich beim Selbstkonzept um das Wissen über sich selbst; dieses wird auch als mental repräsentiertes Selbstbild bezeichnet (vgl. z.B. Kihlstrom & Klein, 1994). Eine wichtige Eigenschaft des Selbstkonzepts ist, dass es dynamisch, d.h. fähig zu Veränderungen, ist. Das Selbstwertgefühl als Teilaspekt des allgemeinen Selbstkonzepts einer Person ist hingegen als „die generalisierte wertende Einstellung dem Selbst gegenüber“ zu sehen (Zimbardo, 1995). Die Konstrukte „Selbstwertgefühl“ (als meist emotionale, wertende Einstellung dem Selbst gegenüber) und „Selbstkonzept“ (als eher kognitives Wissen/Denken über sich selbst) sind sowohl in der Praxis als auch in der theoretischen Definition nicht immer klar voneinander abgegrenzt. Selbstwirksamkeit schließlich bezeichnet die subjektive Überzeugung, Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können. Ein Mensch, der daran glaubt, selbst etwas zu bewirken und in schwierigen Situationen selbständig handeln zu können, weist eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung auf (Bandura, 1977).

Eine zentrale Rolle in der Resilienzforschung nehmen Aspekte des „Copings“ bzw. der Stressbewältigung ein. Als Stressbewältigungs- oder auch Copingstrategien bezeichnet man die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase. Nach dem Stressmodell von Lazarus (1974) umfasst Coping alle Anstrengungen einer Person, eine Stresssituation zu bewältigen (kognitive, emotionale und verhaltensmäßige Strategien). Zentrale Stressbewältigungsstrategien, die bei den am Programm teilnehmenden Kindern systematisch gefördert werden sollen, stellen der adäquate Umgang mit Emotionen, d.h. die erfolgreiche Emotionsregulation, die Anwendung effektiver Problemlöse- und Verhaltensstrategien sowie die Suche nach sozialer Unterstützung dar.

Im Einzelnen sollte „Trampolin“ zu folgenden Veränderungen bei teilnehmenden Kindern beitragen:

- Verbesserung des Kenntnisstands der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen, dem Krankheitsbild „Sucht“ sowie dessen Auswirkung auf andere Familienmitglieder
- Reduzierung der psychischen Belastung der Kinder durch Auflösung des Tabuthemas „Sucht“
- Erlernen effektiver Stressbewältigungsstrategien, insbesondere (a) die Verbesserung des adäquaten Umgangs mit Emotionen, (b) das Erlernen effektiver Problemlöse- und Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie sowie (c) die Förderung eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens
- Erhöhung des Selbstwerts und Aufbau eines positiven Selbstkonzepts
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung

Als begleitende Effekte des Gruppensettings sollten die Kinder durch das Präventionsangebot Zuverlässigkeit, Klarheit, Struktur, Sicherheit und Kontinuität durch die Gruppe und die Gruppenleitung erleben. Als weitere wichtige Elemente wurden das Erfahren von stabilen Beziehungen in der Gruppe sowie die veränderte Wahrnehmung von Eltern- und Erwachsenenrollen durch das Vorbild der Kursleiter definiert.

#### *Ziele für das Elternmodul*

Das wesentliche Ziel der begleitenden Arbeit mit den Eltern – ob es jetzt der von Sucht betroffene Elternteil, der nicht suchtkranke Partner oder beide sind – war die Sensibilisierung betroffener Eltern für die Auswirkungen der familialen Suchterkrankung auf ihre Kinder (Auflösung des Tabuthemas Sucht). Suchtkranke Eltern wollen die negativen Auswirkungen der Sucht auf ihre Kinder oftmals nicht wahrhaben und gehen davon aus, dass ihr/e Kind/er von der Abhängigkeit nichts merken. Daher erschien die Sensibilisierung der Eltern für die Bedürfnisse der Kinder besonders wichtig. Des Weiteren sollten die Eltern sie in ihrem elterlichen Selbstwert und im Vertrauen in die eigene Erziehungskompetenz gestärkt werden. Zweifel an der eigenen Erziehungskompetenz sind unter Eltern – auch ohne Vorliegen einer Sucht- oder anderen Problematik – keine Seltenheit. In Studien wurde festgestellt, dass über die Hälfte aller Eltern angibt, unsicher zu sein, ob sie ihre Erziehungsaufgabe gut oder schlecht erfüllen (z.B. Hahlweg, 2005). Diese Werte sind unter Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen zusätzlich stark erhöht. Schließlich sollten die Eltern ermutigt werden, weiterführende Unterstützung und Hilfe in der Erziehung in Anspruch zu nehmen. Gerade suchtbelasteten Eltern fällt es – trotz der Überforderungssituation, in der sie sich häufig befinden – in der Regel schwer, fremde Hilfe bei der Erziehung ihrer Kinder und bei der Organisation des Alltags in Anspruch zu nehmen. Hemmschwellen aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen spielen dabei häufig eine Rolle.

## 6.2.3 Manualinhalt und -methoden

*Die Kinder-Module*

Alle Kinder-Module bauen inhaltlich aufeinander auf und behandeln in der Regel jeweils ein zentrales Thema in Bezug auf die elterliche Suchthematik, welches den Kindern anfangs als „Motto des Tages“ mitgeteilt wird. Alle Ziele und Inhalte der Module sind in *Tabelle 1* dargestellt.

Tabelle 1: Ziele und Inhalte der Kinder-Module im Trampolin-Programm

Ziele der Module	Inhalte
1) <i>Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sich kennenlernen</li> <li>- eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen</li> <li>- Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären</li> <li>- Gruppenregeln erarbeiten</li> </ul>
2) <i>Selbstwert fördern</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkennen eigener Stärken und Ressourcen</li> <li>- positive Selbstwahrnehmung</li> <li>- Aufbau eines positiven Selbstkonzepts</li> </ul>
3) <i>Über Sucht in der Familie reden</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hinführung zum Thema „Sucht in der Familie“</li> <li>- Möglichkeit schaffen, über Erlebnisse in der Familie zu sprechen</li> <li>- Abbau von Schuld und Scham</li> <li>- erleben, dass auch andere Kinder betroffen sind</li> </ul>
4) <i>Psychoedukation zum Thema Sucht</i>	<p>Förderung von Wissen und Verständnis zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alkohol und anderen Drogen und deren Effekte</li> <li>- Auswirkungen des elterlichen Substanzkonsums auf die Kinder</li> <li>- Sucht als Krankheit (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust etc.)</li> <li>- erhöhtes Risiko für eine eigene Suchterkrankung</li> </ul>
5) <i>Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkennen und Ausdrücken eigener Gefühle</li> <li>- Umgang mit negativen Emotionen wie Wut, Trauer, Schuld, Ohnmacht und Angst</li> <li>- Erleben emotionaler Unterstützung durch die Gruppe</li> </ul>
6) <i>Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erwerb von Problemlösestrategien: Probleme identifizieren, Handlungsmöglichkeiten sammeln und bewerten, Entscheidungen treffen</li> <li>- Förderung der Einstellung „Ich kann etwas bewirken“</li> <li>- Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben</li> </ul>
7) <i>Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie erlernen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit dem intoxikierten Elternteil</li> <li>- Verhalten in beschämenden Situationen</li> <li>- Verhalten in Konflikt- und Streitsituationen</li> <li>- emotionale Distanzierung</li> <li>- Erholungsaktivitäten</li> </ul>
8) <i>Hilfe und Unterstützung einholen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung von kommunikativen Fähigkeiten</li> <li>- Mobilisierung und Nutzung von Hilfen</li> <li>- Identifizierung des sozialen Unterstützungsnetzwerke</li> <li>- erfolgreiches Hilfesuchverhalten</li> </ul>

Ziele der Module	Inhalte
9) <i>Positives Abschiednehmen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inhaltlicher Rückblick</li> <li>- Besprechung der Gefühle und Erfahrungen in der Gruppe</li> <li>- Betonung von Ressourcen</li> <li>- Schaffung einer dauerhaften Akzeptanzbereitschaft für Hilfe</li> <li>- Anbindung der Kinder an stabilisierende Freizeitbeschäftigungen (z.B. Sportverein oder Chor)</li> <li>- positiver Abschluss der Gruppe</li> </ul>
<i>Modulübergreifende Elemente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruhe- und Entspannungsphase (Entspannung als geeignete Copingstrategie)</li> <li>- lustige Auflockerungseinheiten und Bewegungsspiele (Freude, Lust und Spaß am Spiel miteinander als unentbehrliches Gegengewicht zum Problem)</li> </ul>

Der Ablauf eines jeden Kinder-Moduls ist im Grunde identisch. Da Kinder aus suchtbelasteten Familien häufig einen Mangel an Struktur und Planbarkeit erleben, sind für sie wiederkehrende Elemente, die für Verlässlichkeit und Kontinuität stehen, besonders wichtig (Wolin, Bennett, Noonan & Teitelbaum, 1980). Jede Gruppenstunde wird daher mit dem „Wetterkarten-Ritual“ eröffnet, in welchem die Kinder anhand vorbereiteter Kärtchen (mit einer Abbildung der Sonne, Wolken oder Regen) berichten, wie ihre aktuelle Befindlichkeit ist. Darauf folgend werden jeweils die Hausaufgaben aus der vergangenen Woche besprochen. Diese sind fakultativ und beziehen sich auf die in der letzten Woche behandelten Inhalte. Hausaufgaben wurden in das Manual integriert, da sie einen Transfer des Erlernten in den Alltag erbringen und dementsprechend insbesondere bei Kurzzeitprogrammen sinnvoll sind.

Im Anschluss wird das zentrale Thema des Moduls behandelt. Zur Vermittlung der Inhalte werden verschiedene Methoden angewendet wie beispielsweise Kurzvorträge und Diskussionen, Übungen, z. T. mit Arbeitsblättern, Wissenstests, Gespräche und Geschichten. Ein besonderes Augenmerk wird auf das ganz praktische, reale Erlernen von Bewältigungs- oder Problemlösestrategien gerichtet, was z.B. im Rollenspiel anhand von konkreten Situationen geübt wird, in die Kinder aus suchtbelasteten Familien geraten können. Da das Programm durch das Thema der elterlichen Sucht nicht zu negativ konnotiert sein soll und Humor einen wesentlichen Resilienzfaktor von belasteten Kindern darstellt, ist es wichtig, auch Spaß und Freude zu vermitteln. Daher wurden Auflockerungs- und Bewegungselemente wie Lieder, Tänze und Bastelübungen integriert.

Am Ende eines jeden Moduls steht eine Entspannungsübung. Hierbei handelt es sich um „Kapitän-Nemo-Geschichten“ (Petermann, 2009), die speziell für Kinder bis zu 12 Jahren konzipiert sind. Sie lehnen sich an Jules Vernes Roman „20.000 Meilen unter dem Meer“ an und beinhalten Elemente des autogenen Trainings. Zum Abschluss der Gruppenstunden wird das „Glücksstein-Ritual“ ausgeführt, bei dem die Kinder im Kreis sitzend dem Nachbarn einen kleinen Stein in die Hand geben und ihm ein Kompliment oder eine positive Rückmeldung aussprechen. Dies soll der Erhöhung des Selbstwertes dienen, der ebenfalls eine wichtige Ressource für belastete Kinder darstellt.

### Das Eltern-Modul

Das Eltern-Modul wird auf zwei Sitzungen verteilt. Vorzugsweise wird die erste Sitzung kurz vor Beginn des ersten Kinder-Moduls durchgeführt, die zweite kurz nach Beendigung des letzten Kinder-Moduls. Aufgrund problematischer Familienkonstellationen, durch Motivationsdefizite oder alltägliche Verpflichtungen ist es nicht immer möglich, dass beide Elternteile am Eltern-Modul teilnehmen. Anzustreben ist die Teilnahme des suchtkranken Elternteils, da insbesondere dieser aufgrund seiner Erkrankung häufig in der Erziehung überfordert ist und besonders unterstützt werden soll. Die Ziele und Inhalte des Eltern-Moduls sind in *Tabelle 2* zusammengefasst.

*Tabelle 2: Ziele und Inhalte des Eltern-Moduls im Trampolin-Programm*

Ziele des Moduls	Inhalte
<i>Eltern stärken</i>	<p><u>Teil 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich kennenlernen</li> <li>- eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen</li> <li>- Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären</li> <li>- Gruppenregeln erarbeiten</li> <li>- Wünsche für das Zusammenleben mit dem Kind bewusst machen</li> <li>- Sensibilisierung für Risiko- und Schutzfaktoren beim Aufwachsen in suchtbelasteten Familien</li> <li>- Stärkung des Selbstbewusstseins, der elterlichen Rolle und Verantwortung</li> </ul> <p><u>Teil 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisierung für die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder sowie für die kindlichen Gefühle und Bedürfnisse</li> <li>- Auflösung des Tabuthemas Sucht („Mein Kind hat nichts mitgekriegt“)</li> <li>- Stärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien</li> <li>- Motivierung für weitere Inanspruchnahme von Hilfen in der Erziehung</li> <li>- positiver Abschluss der Gruppe</li> </ul>

Methodisch beinhaltet das Eltern-Modul Kurzvorträge, Diskussionen, die Bearbeitung von Arbeitsblättern sowie die Durchführung von Rollenspielen. Die Essenz des Eltern-Moduls liegt darin, die Eltern für die Gefühle und Bedürfnisse ihrer Kinder zu sensibilisieren und ihnen erste Hilfestellungen dafür zu geben, adäquat auf diese eingehen zu können. So konzentrieren sich alle Inhalte maßgeblich auf das Erhöhen der Empathie für das Kind sowie auf die Stärkung von Erziehungskompetenzen und die Förderung der Bereitschaft, weiterhin Hilfen in Anspruch zu nehmen.

### 6.3 Evaluationsdesign und Fragestellungen

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der entwickelten Präventionsmaßnahme wurde ein prospektiv randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign mit drei Messzeitpunkten (t1 = Eingangserhebung, t2 = Abschlusserhebung, t3 = Katamnese) gewählt. Die Zuteilung auf die Interventionsgruppe IG (spezifische Intervention „Trampolin“) und die Kontrollgruppe KG (suchtunspezifische

Intervention „Hüpfburg“; vgl. Abschnitt 6.4) erfolgte randomisiert, etwaige Einflüsse durch Bias, Stichprobenbildung, Messfehler und Zufall wurden somit konstant gehalten. Die Umsetzung der Interventionen erfolgte an 27 Projektstandorten im gesamten Bundesgebiet. Die IG erhielt die neu entwickelte modulare Präventionsmaßnahme „Trampolin“. In der KG fand eine suchtspezifische Intervention (manualisierte Spielgruppe) im gleichen zeitlichen Umfang wie bei der IG statt. Zu Beginn und gegen Ende der Interventionsgruppen wurde für die Eltern der teilnehmenden Kinder jeweils ein Eltern-Modul angeboten.

Zwei Wochen vor Beginn der Präventionsmaßnahme erfolgte eine ausführliche Eingangsdiagnostik mit den Kindern und ihren Eltern (t1). Während der Intervention wurden sowohl von den teilnehmenden Kindern und Eltern als auch von den Kursleitern Prozessevaluationsdaten erhoben. Direkt nach der jeweiligen Intervention erfolgte eine ausführliche Abschlussdiagnostik (t2) und sechs Monate nach Ende der Durchführung eine Katamnese (t3). In *Abbildung 2* findet sich ein Überblick über das Studiendesign inklusive der Teilnehmeranzahl sowie den Angaben zum Drop out.

Für eine Teilnahme an den Kindergruppen im Rahmen der Studie (IG und KG) galten folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien:

- Alter bei Beginn der Maßnahme zwischen 8 und 12 Jahren; nach Einzelbeurteilung im Rahmen der Eingangsdiagnostik bei für die Gruppe geeignetem Entwicklungsstand auch 7 bzw. 13 Jahre
- aktuelle/r oder in der nahen Vergangenheit liegende/r Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit bei mindestens einem Elternteil; entscheidend ist eine positive Diagnose innerhalb des letzten Jahres vor der Intervention
- die Kinder haben in den letzten zwei Jahren mindestens ein halbes Jahr mit dem erkrankten (Stief-)Elternteil zusammengelebt bzw. – in Falle eines Getrenntlebens der Eltern – regelmäßige Besuchs- oder Wochenendkontakte mit diesem gehabt
- kein für die Studienziele relevantes Treatment in den letzten 6 Monaten vor Studienbeginn am Projektstandort oder in einer anderen Institution (Ein für die Studienziele relevantes Treatment liegt vor, wenn das Kind explizit wegen der Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf das Kind in Behandlung, Beratung oder Betreuung war/ist. Kein Ausschlusskriterium stellt beispielsweise die Teilnahme an Hausaufgabenhilfe, Ergotherapie oder auch anderen Gruppen dar, solange die Kinder nicht wegen der Sucht der Eltern dort waren/sind.)
- ausreichende Deutschkenntnisse des Kindes bzw. der Eltern als notwendige Voraussetzung für diagnostische Erhebungen
- schriftliche Einverständniserklärung der Eltern und der Kinder für die Teilnahme an der Studie nach ausführlicher Aufklärung („informed consent“)
- keine Diagnose bzw. kein Verdacht auf eine Fetale Alkoholspektrum-Störung (Fetal Alcohol Spectrum Disorders = FASD) beim Kind

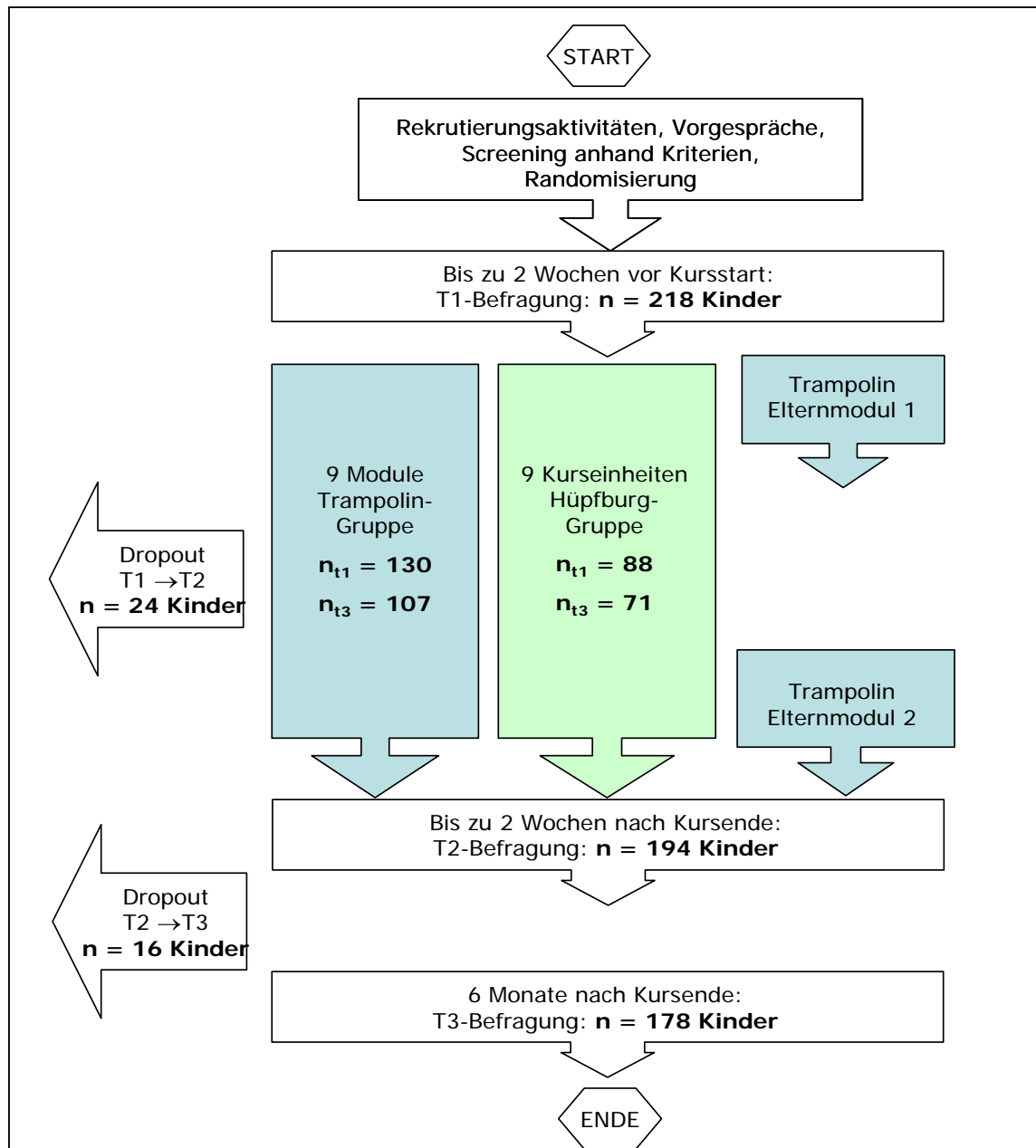


Abbildung 2: Studiendesign für Interventions- und Kontrollgruppe inklusive der Teilnehmeranzahl für die Messzeitpunkte Status-, Abschluss- und Katamneseerhebung.

Das Ziel der Evaluation war die Überprüfung der Wirksamkeit von „Trampolin“ bei Kindern aus suchtbelasteten Familien zwischen 8 und 12 Jahren. Als wirksam sollte das Programm dann gelten, wenn es die psychische Belastung der Kinder reduziert, ihre Handlungskompetenz stärkt und eine Erhöhung der Ressourcen bei den Kindern erreicht. Gemäß den in Abschnitt 6.2.2 definierten Zielen des Programms sollte der Einfluss der Teilnahme an der „Trampolin“-Gruppe im Einzelnen auf folgende Zielparameter untersucht werden:



- die vom Kind gewählten Stressbewältigungsstrategien, insbesondere den Umgang mit Emotionen, die Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie und das Hilfesuchverhalten
- die psychische Belastung der teilnehmenden Kinder, insbesondere hinsichtlich der Gefühle von Schuld und Scham angesichts der elterlichen Abhängigkeitserkrankung
- den Kenntnisstand der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen, dem Krankheitsbild „Sucht“ und dessen Auswirkungen auf andere Familienmitglieder
- das Selbstkonzept und den Selbstwert der Kinder
- die Selbstwirksamkeitserwartung der Kinder
- die gesundheitsbezogene Lebensqualität, d.h. auf die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder

Dabei sollte sowohl der Effekt über die Zeit als auch ein eventueller „Mehrwert“ des suchtspezifischen Programms gegenüber der suchtspezifischen Intervention im Sinne eines additiven Effekts untersucht werden. Als Zielkonstrukt für die Primärhypothese, die die Grundlage für die Poweranalyse und die Abschätzung der benötigten Stichprobengröße darstellte, wurden in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Beirat (vgl. Abschnitt 4.3) die Stressbewältigungsstrategien (a) allgemein und (b) in der suchtbelasteten Familie ausgewählt. Diese wurden im Vergleich zu anderen Konstrukten wie dem Selbstwert der Kinder als besonders veränderungssensitiv angesehen.

*Primärhypothese:* Kinder aus suchtbelasteten Familien, die am Trampolin-Programm teilgenommen haben (Interventionsgruppe), weisen im Gegensatz zu Kindern, die an der Spielgruppe teilgenommen haben (Kontrollgruppe 1), direkt nach der Intervention (Zeitpunkt t2) eine signifikante Verbesserung hinsichtlich ihrer gewählten Stressbewältigungsstrategien a) allgemein und b) im Hinblick auf das elterliche Suchtverhalten auf.

Die Hypothese zur Wirkung der Intervention hinsichtlich der Stressbewältigungsstrategien zum Zeitpunkt t3 war analog formuliert. In den weiteren Sekundärhypothesen wurde für alle anderen o.g. Konstrukte Hypothesen nach folgendem Muster formuliert (eine vollständige Aufzählung befindet sich im Evaluationsdesign, das bei Bedarf angefordert werden kann):

*Beispiel Sekundärhypothese:* Kinder aus suchtbelasteten Familien, die am Trampolin-Programm teilgenommen haben (Interventionsgruppe), weisen im Gegensatz zu Kindern, die an der Spielgruppe teilgenommen haben (Kontrollgruppe 1), a) direkt (Zeitpunkt t2) und b) 6 Monate nach der Intervention (Zeitpunkt t3) eine signifikante Verbesserung hinsichtlich ihrer psychischen Belastung auf.

Zusätzlich explorativ untersucht werden sollte der Einfluss der Teilnahme an der „Trampolin“-Gruppe auf:

- die physische Stressbelastung der Kinder
- die Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind
- die Auswirkungen der begleitenden Eltern-Gruppensitzung auf die Eltern, insbesondere auf ihr Erziehungsverhalten, die elterliche Sensibilität für die kindlichen Bedürfnisse und die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder, auf das Selbstvertrauen in die eigene Erziehungskompetenz und die elterliche Bereitschaft, weitere Hilfen bei der Erziehung in Anspruch zu nehmen

Des Weiteren sollten folgende mögliche Einflüsse von Moderatorvariablen auf die Effektivität des Programms explorativ untersucht werden:

- Geschlecht
- Region
- Alter
- Art des elterlichen Substanzkonsums
- Geschlecht des süchtigen Elternteils
- Setting des Interventionsprogramms (Sucht-, Jugend-, Familien- oder Selbsthilfe)
- sozioökonomischer Status der Familie des Kindes
- Migrationshintergrund der Familie des Kindes

#### **6.4 Kontrollgruppe**

Um die Wirksamkeit des „Trampolin“-Konzeptes zu überprüfen, war es zunächst geplant gewesen, die Interventionsgruppe (IG), die das Programm „Trampolin“ durchläuft, mit einer treatment-as-usual (TAU) Kontrollgruppe (KG1) zu vergleichen. Im Rahmen der Netzwerkkonferenz im Juni 2009 stellte sich jedoch heraus, dass in den teilnehmenden Einrichtung TAU sehr unterschiedlich gehandhabt wurde: einige Stellen arbeiteten inhaltlich und zeitlich sehr intensiv mit betroffenen Kinder, andere Einrichtungen boten überhaupt keine Maßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien an. Für eine Wirksamkeitsüberprüfung für „Trampolin“ wurde es als notwendig erachtet, auch die Intervention für die KG1 zu standardisieren bzw. zu manualisieren. Daher wurde ein suchtspezifisches Spielmanual für die Durchführung der KG1 entwickelt (siehe Anhang A.5).

Zu Rekrutierungszwecken erhielt die KG1 den Namen „Hüpfburg“ – analog zu „Trampolin“. Der Grundgedanke der „Hüpfburg“-Intervention war die Bereitstellung einer unspezifischen Zuwendung in Form von Gruppenspielen zur Förderung der Gruppenzugehörigkeit und Gruppendynamik. Diese Zuwendung sollte im gleichen Umfang wie das „Trampolin“-Programm einmal wöchentlich angeboten werden, d.h. neun Module à 90 Minuten. Die methodischen Planungsüberlegungen stützten sich in Anlehnung an den Regelkreis der Spieldynamik nach Fritz (1993) dabei auf drei wesentliche Bereiche:

1. Spieler: Anzahl, Alter, Geschlecht
2. Äußere Rahmenbedingungen: Zeitpunkt, Spieldauer, Art des Spielens
3. Struktur der Spiele: Umfang der Aktivierung, Intensität, Abwechslungsreichtum, Förderstruktur, Umfang der Schwierigkeiten der Regeln, Tempo, dynamische Struktur, Originalität der Spiele

*Strukturell* wurden bei der Gestaltung des Manuals, wie von Fritz (1993) gefordert, Aspekte der Gruppengröße, der Altersgruppe, der räumlich-zeitlichen Dimension (Spielräume im Haus, max. Spieldauer 90 Minuten) sowie der Ressourcen (möglichst wenige notwendige Materialien zur Durchführung der Spiele) berücksichtigt. Das „Hüpfburg“-Manual wurde für etwa sechs Kinder pro Gruppe im Alter von 8 bis 12 Jahren konzipiert. Die Bedürfnisse der Kinder nach emotionaler Wärme, Zuwendung sowie Geborgenheit und Sicherheit standen im Vordergrund. Es war vorgesehen, dass die „Hüpfburg“-Gruppen – genau wie die „Trampolin“-Gruppen – in festen Räumen stattfinden. Dabei sollte Wert darauf gelegt werden, durch entsprechende Gestaltung soweit möglich eine spielförderliche Atmosphäre zu schaffen z.B. durch bequeme Stühle, Sitzkissen, Teppichboden, Pflanzen und Bilder oder indirekte Beleuchtung.

Bei der *inhaltlichen Konzeption* des „Hüpfburg“-Manuals wurde in Anlehnung an Fritz (1993) auf eine abwechslungsreiche Kombination von Kooperationsspielen, gruppendynamischen Spielen sowie Auflockerungs- und Bewegungsspielen geachtet. Die ersten beiden Module im „Hüpfburg“-Manual beinhalten vor allem Kennenlernspiele mit Bewegungselementen sowie gruppendynamische Spiele. Durch den Einsatz von Bewegungs- und gruppendynamischen Spielen sollten erste Hemmungen und Unsicherheiten abgebaut und eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre geschaffen werden. Die weitere Auswahl der Spiele orientierte sich primär an den Fähigkeiten und dem Kenntnisstand der Zielgruppe. Zudem wurden besonders originelle und innovative auf die Lebenswelt der Kinder bezogene Spiele mit in das Manual aufgenommen. Um die Spielfähigkeit und Spielfreude bei den Kindern zu erhöhen, wurden auch klassische Spiele (z.B. „Reise nach Jerusalem“, „Bäumchen wechsle Dich“ oder „Taler, Taler, du musst wandern“) mit in das Manual integriert. Bei einigen Spielen konnte auch von den Kindern ausgewählte Musik gespielt werden um so die Spielfreude weiter zu erhöhen. Ebenso sollte mit verschiedenen Materialien gespielt werden.

Somit entstand mit dem „Hüpfburg“-Manual eine Intervention, die – ebenso wie das „Trampolin“-Manual – deutlich standardisiert war, d.h. für jedes der neun Module wurde eine festgelegte Reihenfolge von Spielen zugeordnet, die manualgetreu durchgeführt werden sollte. Anders als im „Trampolin“-Manual enthält das „Hüpfburg“-Manual jedoch keine wortwörtlichen Instruktionen für die einzelnen Spiele, sondern folgende allgemeinen Hinweise: (a) Alle Spiele sollten stets vom Gruppenleiter moderiert und angeleitet werden. Dieser sollte durch eine gewissenhafte Vorbereitung der Module die Spiele verständlich erklären können. (b) Durch den individuellen Charakter jeder Gruppe, die sich durch die Zusammensetzung der Kinder und deren verschiedene Altersstufen ergibt, konnte der zeitliche Ablauf der Spiele variieren. Die Zeitangaben im Manual dienten

dem Gruppenleiter eher als Orientierung und stellten im Gegensatz zum „Trampolin“-Manual lediglich Richtwerte dar. (c) Bei Schwierigkeiten während der Durchführung einer Spieleinheit sollte der Gruppenleiter stets motivierend einwirken. Dazu wurden dem Manual Erweiterungen bzw. weitere Spielvarianten beigelegt, die im Bedarfsfall angewendet werden können (z.B. bei geringer Teilnehmerzahl oder einem Ausfall von Kindern). Ließ sich ein Spiel trotzdem nur schwer umsetzen, konnte zu dem nächsten im Manual vorgegebenen Spiel übergeleitet werden.

Die „Hüpfburg“-Intervention bot somit ein pädagogisches Angebot, das Kinder in ihrer Selbständigkeit fördert und ihnen ermöglicht, in einem überschaubaren Zeitraum Kontakte und Beziehungen zu anderen Kindern zu knüpfen. Spielerisches und kreatives Erleben in einer Gemeinschaft standen dabei im Zentrum der Aktivitäten. Gleichzeitig war das Programm „Hüpfburg“ als „suchtunspezifische Vergleichsintervention“ gestaltet. Dies bedeutet, dass das Thema „Sucht“ nicht explizit in den „Hüpfburg“-Gruppenstunden angesprochen wurde. Aus ethischen Gründen sollte es zwar möglich sein, bei Fragen seitens der Kinder über die Suchterkrankung des Elternteils und/oder die damit verbundene Situation zuhause zu sprechen. In diesem Fall hatten die Kursleiter die Anweisung, das Kind nicht abzublocken, sondern dessen Fragen als „akute Krisenintervention“ zu beantworten. Gleichzeitig sollte er jedoch darauf achten, das Thema möglichst kurz zu halten und bei weiterem Gesprächsbedarf eher nach der Gruppenstunde mit dem Kind zu sprechen. Die Kursleiter waren angehalten, das Auftreten solcher Gespräche schriftlich zu dokumentieren.

## 6.5 Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung der in Abschnitt 6.3 genannten Zielgrößen für die hypothesengeleitete Überprüfung der Wirksamkeit des Programms wurden im Rahmen der Konzeptionsphase des Forschungsvorhabens jeweils ein Fragebogenheft für Kinder und eines für Eltern entwickelt und genutzt. Die in Abschnitt 6.3 benannten Konstrukte wurden zu allen drei Erhebungszeitpunkten erhoben. Zur Operationalisierung der zu messenden Konstrukte wurden überwiegend bereits validierte und in der Forschung bewährte Messinstrumente eingesetzt. In einigen wenigen Bereichen erwies es sich als notwendig, eigene Skalen zu konstruieren bzw. alternativ bereits entwickelte Skalen zu adaptieren, da bisher keine einschlägigen Instrumente vorhanden waren.

Die finale Auswahl der Erhebungsinstrumente erfolgte in Abstimmung mit den teilnehmenden Beratungsstellen und den Mitgliedern des wissenschaftlichen Projektbeirats, die im Juni 2009 an der Netzwerkkonferenz in Köln teilgenommen haben. Die Fragebögen wurden im Rahmen der Pilotstudie im November 2009 erprobt und im Anschluss durch die dort gewonnenen Erkenntnisse noch einmal geringfügig modifiziert. Sie sind dem Anhang beigelegt (siehe Anlage A.6 / A.7). Im Laufe der Feldphase erfolgte die weitere Entwicklung und Fertigstellung der Fragebogenhefte für die Abschlusserhebung ( $t_2$ ) und die Katamnese ( $t_3$ ). Die Fragebogenhefte für Kinder und Eltern wurden im Sinne der geplanten Prä-Post-Messung im Wesentlichen unverändert gelassen.

Nachfolgend werden die Zielgrößen und die Art ihrer Operationalisierung getrennt für Kinder (Abschnitt 6.5.1) und Eltern (Abschnitt 6.5.2) vorgestellt. Anschließend werden die Instrumente zur Erhebung von Prozessevaluationsdaten (Abschnitt 6.5.3) sowie von Strukturdaten (Abschnitt 6.5.4) beschrieben.

### 6.5.1 Kinderfragebögen zur Ergebnisevaluation

Die diagnostischen Erhebungen wurden zu den drei Messzeitpunkten durch geschulte Studierende der Psychologie oder Sozialpädagogik in höheren Semestern durchgeführt (vgl. Abschnitt 7.2). Bei den ausgewählten Fragebögen handelt es sich um Selbstbeurteilungsverfahren, die (mit Ausnahme eines Fragebogens, bei dem die einzelnen Items vorgelesen werden) grundsätzlich vom Kind selber ausgefüllt werden konnten. Um jedoch etwaigen Lese- oder Verständnisschwierigkeiten vorzubeugen erfolgte die Befragung der Kinder trotzdem mit persönlicher Anwesenheit des Interviewers, damit die einzelnen Items durchgängig vorgelesen werden konnten.

#### *Soziodemographische Merkmale*

Die meisten soziodemographischen Merkmale werden über die Elternfragebögen erhoben. Lediglich folgende soziodemographische Merkmale wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  bei den Kindern erhoben:

- Geschlecht
- Alter
- Klassenstufe
- Wohnort
- Wohnsituation (mit Vater/Mutter/beiden Elternteilen/anderen zusammenlebend)
- bei Getrenntleben der Eltern: Häufigkeit des Kontakts zum anderen Elternteil
- sozioökonomischer Status (eigenes Zimmer in Wohnung/Haus)
- eigener Konsum hinsichtlich Tabak, Alkohol & Drogen

#### *Selbstkonzept und Selbstwert*

Als Messinstrument für Selbstkonzept und Selbstwert wurde in der vorliegenden Studie das von Harter (1985) entwickelte und von Asendorpf & van Aken (1993) ins Deutsche übertragene *SPPC (Self Perception Profile for Children)* gewählt. Die Entwickler des Instruments gingen davon aus, dass das Selbstkonzept bei Kindern bereichsspezifisch organisiert ist, wobei sich aber ein bereichsübergreifendes globales Selbstwertgefühl herausbildet. Das SPPC wurde – neben der Verwendung in zahlreichen anderen internationalen Studien mit Kindern (z.B. Reijden-Lakeman, Slijper, Dongen-Melman, Waal & Verhulst, 1996) – ebenfalls bei der Evaluation der SMAAP-Intervention in den USA genutzt (Roosa, Gensheimer, Short, Ayers & Shell, 1989). Das SPPC besteht aus den fünf Subskalen „Kognitive Kompetenz“, „Sportkompetenz“, „Peerakzeptanz“, „Aussehen“ und „Globales Selbstwertgefühl“. Ebenso wie bei der Evaluation von SMAAP wurden in der vorliegenden Studie die drei Subskalen „Kognitive Kompetenz“, „Peerakzeptanz“ und „Globales Selbstwertgefühl“ zur Überprüfung ausgewählt.

### *Physische Stressbelastung*

Zur generellen Messung einer aktuellen physischen Stressbelastung der Kinder wurde die dritte Hauptskala des *Fragebogens zur Erhebung von Stresserleben & Stressbewältigung im Kindesalter* (SSK) (Lohaus, Fleer, Freytag & Klein-Heßling, 1996) eingesetzt. Diese erfasst anhand von acht Items das Ausmaß der aktuellen physischen Stresssymptomatik der Kinder. Der SSK wurde bereits in mehreren Studien erfolgreich zur Erfassung einer aktuellen Stresssymptomatik bei Kindern eingesetzt (z.B. Bieg & Behr, 2005).

### *Beziehungsqualität Eltern-Kind*

Die Beziehungsqualität zu den Eltern wurde teilweise mittels des KIDSCREEN erfasst (s.u.), jedoch lediglich hinsichtlich der Aspekte „ausreichend verbrachte Zeit mit den Eltern“, „gerechte Behandlung durch die Eltern“ und „Möglichkeit der Kommunikation mit Eltern bei Bedarf des Kindes“. Im KIDSCREEN wird außerdem nicht zwischen Mutter und Vater differenziert. Da angenommen wird, dass sich die Beziehung aufgrund der Suchtstruktur in der Familie, aber auch aufgrund sonstiger familiärer Gegebenheiten zu Vater bzw. Stiefvater und Mutter bzw. Stiefmutter unterschiedlich gestalten kann, wurden die Aspekte „Nähe“ und „Konflikt“ für beide Elternteile getrennt mit so genannten „Thermometerfragen“ erfasst („Meine Beziehung zu meiner Mutter (anderes Item: meinem Vater) ist...“ „...sehr distanziert/sehr eng“ bzw. „...sehr gespannt und konfliktgeladen/sehr harmonisch“.), die bereits in anderen Studien eingesetzt wurden (vgl. Schwarz, Walper, Gösde & Jurasic, 1997; Schwarz & Gösde, 1998).

### *Elterliche Suchtproblematik*

Zur Erfassung des Vorliegens einer elterlichen Suchtproblematik wurde die deutsche Version des *CAST (Children of Alcoholic Screening Test)* (vgl. Jones, 1983) eingesetzt. Beim CAST handelt es sich um ein international gebräuchliches Screening-Instrument zur Erkennung der familiären Alkoholismusbelastung bei Kindern und Jugendlichen. Die Originalversion besteht aus 30 Items, die mit dem elterlichen Alkoholkonsum verbundene negative Lebensereignisse beschreiben und dichotom mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden müssen. In der vorliegenden Evaluationsstudie wurde eine auf 6 Items (CAST-6) gekürzte Version verwendet, die bereits in mehreren nationalen und internationalen Studien zur Identifizierung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien zum Einsatz kam (z.B. Bijttebier, Goethals & Ansoms, 2006; Chalder, Elgar & Bennett, 2006; Klöber & Weimer-Ludwig, 2008). Die Items des CAST-6 beziehen sich ausdrücklich auf eine elterliche Trinkproblematik. Da auch Kinder drogenabhängiger Eltern an der Studie teilnehmen konnten, wurde entsprechend auch eine modifizierte, drogenspezifische Version des CAST-6 verwendet. Eine ähnliche Art der Modifikation wurde im englischsprachigen Bereich bereits von Gance-Cleveland & Mays (2008) vorgenommen.

### *Kenntnisstand zu Alkohol/Drogen*

Folgende Dimensionen des Wissens über Alkohol und Drogen wurden aus Forschung und Praxis abgeleitet und sollten im Rahmen der Evaluation erfasst werden:

- Wissen über physiologische und psychische Effekte von Alkohol und Drogen
- Wissen über Auswirkungen des Substanzkonsums auf Mitmenschen, insbesondere des elterlichen Substanzkonsums auf die Kinder
- Wissen darüber, was „Sucht“ bedeutet (Sucht als Krankheit)
- Wissen über Eigenschaften von Sucht als Krankheit (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust)
- Wissen über verzerrte Risikowahrnehmung hinsichtlich der Sucht
- Wissen über das erhöhte Risiko einer eigenen Suchterkrankung

Zur Messung dieser Zielgrößen wurden *selbst konstruierte Items*, die sich auf oben genannte Punkte beziehen, eingesetzt und zum Index „Wissen“ zusammengefasst.

### *Stressbewältigungsstrategien*

Zur Messung der von den Kindern im Zusammenhang mit dem süchtigen Elternteil eingesetzten Stressbewältigungsstrategien wurde in der vorliegenden Studie der *Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8)* von Lohaus, Eschenbeck, Kohlmann und Klein-Heßling (2006) verwendet (siehe auch Franke, Jagla, Salewski & Jäger, 2007). Der SSKJ 3-8 stellt eine erweiterte und überarbeitete Neukonstruktion des SSK (Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter) von Lohaus et al. (1996) dar, der bereits in Präventionstrainings für Kinder im Grundschulalter zur Anwendung kam (z.B. Klein-Heßling & Lohaus, 2000). Von den drei Fragebogenbereichen im SSKJ 3-8 (1) Stressvulnerabilität, (2) Stressbewältigungsstrategien und (3) Stresssymptomatik wurde zur Erfassung des vorliegenden Konstrukts lediglich der zweite Bereich, also die Stressbewältigungsskala ausgewählt. Die Stressbewältigungsstrategien werden mit Hilfe dieser Skala auf folgenden fünf Dimensionen differenziert erfasst:

- Suche nach sozialer Unterstützung
- problemorientierte Bewältigung
- vermeidende Bewältigung
- konstruktiv-palliative Emotionsregulation
- destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation

Im SSKJ 3-8 werden zwei verschiedene Lebenssituationen mit jeweils 30 Items behandelt: in der einen Situation geht es um einen Streit mit einem guten Freund/einer guten Freundin und in der anderen Situation um das Nicht-Zurechtkommen mit vielen und schwierigen Hausaufgaben. In der vorliegenden Studie wurde lediglich die Streitsituation mit dem Freund/der Freundin und zusätzlich eine speziell für die Lebensumstände von Kindern aus suchtblasteten Familien abgeänderte

Situation vorgegeben. Diese zusätzliche Situation wird folgendermaßen beschrieben: „Dein Vater/deine Mutter hat dir versprochen, dich heute Nachmittag mit dem Auto zu einem Freund oder einer Freundin zu fahren. Du wartest mit gepackten Sachen, aber plötzlich ist keine Rede mehr von der Fahrt. Stattdessen liegt deine Mutter/dein Vater betrunken/im Drogenrausch auf dem Sofa.“ Welcher Elternteil bzw. welche Art der Intoxikation in der Frage vom Interviewer vorgelesen wird, hängt davon ab, ob die Mutter oder der Vater suchtkrank ist und von der Art der Abhängigkeitserkrankung.

Zur Erfassung des kindlichen Hilfesuchverhaltens diene zusätzlich zum obigen Instrument ein *selbst konstruiertes Item*, welches nach nahen Menschen fragt, zu denen das Kind geht, wenn es Hilfe braucht.

### *Psychische Belastung*

Die teilnehmenden Kinder sollen im Rahmen des Präventionsprogramms eine Reduktion ihrer psychischen Belastung erfahren, wobei es in erster Linie um die Reduktion negativer Gefühle (insbesondere Schuld und Scham) geht. Eine Reduktion psychischer Belastung wird als gegeben beurteilt, wenn das Kind über Möglichkeiten verfügt, über suchtbezogene Erfahrungen und Erlebnisse in der Familie zu sprechen und wenn das Thema Sucht für das Kind kein mit Schuld und Scham behaftetes Tabuthema mehr darstellt.

Für diesen Aspekt der psychischen Belastung durch die elterliche Sucht existierte kein geeignetes Erhebungsinstrument. Daher wurden als Maß für eine derart definierte Reduktion psychischer Belastung acht Items aus der Forschung zum subjektiven Erleben von Kindern suchbelasteter Eltern hergeleitet. Vier dieser Items stützen sich z.B. auf die drei sogenannten „C's“ „Cause, Control, Cure“, die bei Kindern aus suchbelasteten Familien häufig eine Rolle spielen, und erfassen zum einen eigene Schuldgefühle („Cause“; „Fühlst du dich schuldig daran, dass dein Elternteil trinkt/Drogen nimmt?“ / „Glaubst Du, Mama / Papa trinkt / nimmt Drogen, weil Du so ein schwieriges Kind bist?“), zum anderen das subjektive Verantwortungsgefühl für den suchtkranken Elternteil („Control“/„Cure“; „Denkst Du, dass Du das Trinken Deines Elternteils kontrollieren musst?“/ „Denkst Du, dass Du das Trinken Deines Elternteils heilen musst?“). Mit zwei weiteren Items sollte die subjektiv erlebte Isolation erfasst werden („Gibt es andere Menschen, mit denen Du über das Trinken / die Drogen in Deiner Familie sprechen kannst?“/ „Wenn mal wieder etwas Schlimmes bei Dir zu Hause passiert ist, traust Du Dich dann, jemandem davon zu erzählen?“), während die letzten beiden Items auf die Scham hinsichtlich der elterlichen Sucht abzielen („Schämst Du Dich wegen der Sucht in Deiner Familie?“/ „Denkst Du, dass es in Ordnung ist, über die Themen Sucht und Abhängigkeit mit anderen Leuten zu sprechen?“). Aus den Items wurde der Index „Psychische Belastung“ gebildet.



### *Selbstwirksamkeitserwartung*

Als Messinstrument zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung dient zum einen die von Schwarzer & Jerusalem (1999) entwickelte psychometrische *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE oder WIRKALL)*, wobei in der vorliegenden Evaluationsstudie eine – vom Autor übermittelte – für Kinder adaptierte Version zum Einsatz kam. Die Selbstwirksamkeitsskala (=WIRKALL) beinhaltet 10 Items zur Erfassung von optimistischen Kompetenzerwartungen, also dem Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Der WIRKALL wurde bereits in zahlreichen Studien zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung angewendet (z.B. Stegemann et al., 2009). Teile des WIRKALL wurden ebenfalls in der repräsentativen KIGGS-Studie am Robert-Koch-Institut zur Erhebung der personellen Schutzfaktoren von Kindern und Jugendlichen verwendet (z.B. Hölling & Schlack, 2008).

Darüber hinaus sollte die Selbstwirksamkeitserwartung bzw. das Kompetenzgefühl speziell in der Familie erhoben werden, wozu eine von der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Walper modifizierte Version des Originalinstruments von Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan (1981) zur *Erfassung des Kompetenzgefühls in Beziehungen* verwendet wurde. Das Instrument besteht aus sieben Items, mit deren Hilfe erfasst wird, inwieweit die Befragten das Gefühl haben, über ihr Leben kompetent bestimmen zu können. Es wurde bereits erfolgreich in dem oben erwähnten Projekt „Familien in Entwicklung“ eingesetzt (Schwarz et al., 1997).

### *Gesundheitsbezogene Lebensqualität*

Bei gesundheitsbezogener Lebensqualität handelt es sich um „ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit [...] aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet“ (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003, S.10). Zur Erfassung dieses Konstrukts in der vorliegenden Studie wurde der *KIDSCREEN* (Ravens-Sieberer et al., 2005), der ein interkulturelles Messinstrument darstellt, gewählt. Mit Hilfe der KIDSCREEN-Fragebögen lässt sich die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen (Health Related Quality of Life = HRQoL) erfassen. In Hinblick auf die Altersgruppe der teilnehmenden Kinder im „Trampolin“-Projekt wurde der *KIDSCREEN-27* eingesetzt, der eine kürzere Version des ursprünglichen KIDSCREEN-52 darstellt, aber dennoch ein detailliertes Profil der fünf HRQoL-Dimensionen (1) körperliches Wohlbefinden, (2) psychologisches Wohlbefinden, (3) Beziehung zu Eltern und Autonomie, (4) Gleichaltrige und soziale Unterstützung sowie (5) schulisches Umfeld erlaubt. Trotz seiner kurzen Existenz wurde der KIDSCREEN bereits in verschiedenen internationalen Studien zur Erhebung von psychischer Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern eingesetzt (z.B. Kololo & Mazur, 2006; Arnaud et al., 2008).

In *Tabelle 3* sind alle verwendeten Kinderfragebögen zur Ergebnisevaluation im Überblick zusammengefasst.

Tabelle 3: Erhebungsinstrumente in den Kinderfragebögen der Trampolin-Evaluation (Gesamtbearbeitungszeit: ca. 92 Min)

Konstrukt	Instrument	Auswahl	Anzahl der Items	Bearbeitungszeit
Soziodemographische Merkmale			10	ca. 5 Min.
Selbstkonzept & Selbstwert	SPPC – Self Perception Profile for Children (deutsche Version: Harter-Skalen)	3 Subskalen: Kognitive Kompetenz, Peerakzeptanz und globales Selbstwertgefühl	18	ca. 10 Min.
Physische Stressbelastung	SSK – Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben & Stressbewältigung im Kindesalter	3. Hauptskala: Ausmaß der aktuellen physischen Stresssymptomatik	8	ca. 5 Min.
Beziehungsqualität Eltern-Kind	„Thermometerfragen“ hinsichtlich Nähe vs. Distanz sowie Harmonie vs. Konflikt	Skala für Mutter, Skala für Vater	4	ca. 2 Min.
Elterliche Suchtproblematik	CAST 6 – Deutscher Children of Alcoholics Screening Test	gesamter Fragebogen (sowohl in Alkohol- als auch modifizierter Drogenversion)	12	8 Min.
Kenntnisstand zu Alkohol/Drogen	selbst konstruierte Items		9	ca. 5 Min.
Stressbewältigungsstrategien	SSKJ 3-8 – Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben & Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter	2. Hauptskala: Stressbewältigungsstrategien; zwei vorgegebene Situationen; eine wird suchtbezogen modifiziert	60	ca. 25 Min.
	selbst konstruierte Items		1	ca. 1 Min.
Psychische Belastung	selbst konstruierte Items		8	ca. 5 Min.
Selbstwirksamkeitserwartung	WIRKALL-r – Psychometrische Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) – für Kinder adaptierte Version	gesamte Skala	10	ca. 6 Min.
	Walper-Skala zur Selbstwirksamkeit in der Familie	gesamte Skala	7	ca. 5 Min.
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	KIDSCREEN-27	gesamter Fragebogen	27	max. 15 Min.

## 6.5.2 Elternfragebögen zur Ergebnisevaluation

Neben den Erhebungen bei den Kindern wurden ebenfalls mittels Fragebogen-Items und zu allen drei Messzeitpunkten ( $t_1$ ,  $t_2$ ,  $t_3$ ) folgende Konstrukte bei den Eltern (wenn möglich sowohl bei dem suchtbelasteten als auch dem anderen Elternteil) gemessen:

- psychische Belastung
- Vorliegen einer Suchtproblematik
- Inanspruchnahme weiterer Unterstützung/Hilfen zur Erziehung
- Sensibilität für die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder sowie für die kindlichen Bedürfnisse
- allgemeines Erziehungsverhalten
- Beziehungsqualität Eltern-Kind
- Selbstvertrauen hinsichtlich der eigenen Erziehungskompetenz

Darüber hinaus wurde noch die Elternperspektive für folgende kindbezogene Konstrukte erfasst werden:

- Verhaltensauffälligkeiten des Kindes
- Stressbewältigungsstrategien des Kindes (allgemein sowie im Hinblick auf das elterliche Suchtverhalten)

Die Fragebögen wurden von den Eltern eigenständig ausgefüllt; für Rückfragen standen ihnen die Interviewer und/oder die Forschergruppe zur Verfügung.

### *Soziodemographische Merkmale*

Folgende soziodemographische Merkmale wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  bei den Eltern erhoben:

- Alter
- Geschlecht
- Wohnort
- Staatsangehörigkeit
- Familienstand
- Schulabschluss
- Berufstätigkeit
- sozioökonomischer Status der Familie (Haushaltseinkommen)
- sozioökonomischer Status der Familie (subjektiver Eindruck)
- Alter des am Programm teilnehmenden Kindes
- Geschlecht des am Programm teilnehmenden Kindes
- Wohnsituation des Kindes (mit Vater/Mutter/beiden Elternteilen/anderen Personen zusammenlebend)
- Geschwister des teilnehmenden Kindes

- besuchte Schulform und Klassenstufe des teilnehmenden Kindes
- von der Sucht betroffene/r Elternteil/e
- Art der Suchtmittelabhängigkeit des süchtigen Elternteils

### *Psychische Belastung*

Suchterkrankungen weisen generell eine hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Störungen (insbesondere Angst- und Persönlichkeitsstörungen) auf (z.B. Gastpar, Mann & Rommelspacher, 1999). Aus diesem Grund lag es nahe, bei den Eltern das generelle Niveau der psychischen Belastung zu erfassen. Dies erfolgte durch die SCL-27, eine 27 Items verkürzte Version der *Symptom-Checkliste* (SCL-90) von L.R. Derogatis (Franke, 2002). Die SCL-27 enthält die Subskalen depressive, dysthyme, vegetative, agoraphobe, soziophobe Symptome sowie Symptome von Misstrauen, und – analog zum globalen Kennwert der SCL-90 – zusätzlich einen globalen Schwereindex (GSI-27).

### *Elterliche Suchtproblematik*

Das Vorliegen von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit von mindestens einem Elternteil wurde direkt über die betroffenen Eltern erhoben. Hierfür wurde die deutsche Version des *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* von Rumpf et al. (2001) verwendet. Dieser Test besteht aus zehn Items, von denen sich drei Fragen auf den Alkoholkonsum, drei auf eine Alkoholabhängigkeit und vier auf Alkoholmissbrauch beziehen. Ergänzt wurde er durch die auf illegale Substanzen übertragene Version des AUDIT („AUDIT-Drogen“; Laging, 2004).

### *Inanspruchnahme weiterer Hilfen*

Zur Messung des elterlichen Hilfesuchverhaltens bzw. der Inanspruchnahme von Hilfen dienten selbst konstruierte Items.

### *Sensibilität für die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder und für die kindlichen Bedürfnisse*

Zur Messung der elterlichen Sensibilität für die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder wurden ebenfalls eigene Items konstruiert. Zur Messung der Sensibilität für die kindlichen Bedürfnisse wurde die Dimension „Wärme/Unterstützung“ der im folgenden Punkt beschriebenen Elternversion des *Zürcher Kurzfragebogens zur Erfassung elterlicher Erziehungshaltungen* von Reitzle, Winkler Metzke und Steinhausen (2001) eingesetzt.

### *Allgemeines Erziehungsverhalten*

Zur Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens wurde die Elternversion des *Zürcher Kurzfragebogens zur Erfassung elterlicher Erziehungshaltungen* von Reitzle et al. (2001) eingesetzt. Anhand von 32 Aussagen werden mit diesem Instrument die Dimensionen „Wärme/Unterstützung“ (15 Aussagen), „Psychologischer Druck“ (10 Aussagen) und „Regeln/Kontrolle“ (7 Aussagen) gemessen. Sowohl die Kinderversion (die inhaltlich dieselben Items, allerdings von den Kindern bewertet, enthält)

als auch die aktuelle Elternversion dieses Fragebogens wurden bereits in mehreren Studien zur Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens verwendet (z.B. Ekundayo, 2008).

#### *Beziehungsqualität Eltern-Kind*

Wie auch bei den Kindern wurden die Aspekte „Nähe vs. Distanz“ bzw. „Harmonie vs. Konflikt“ als wesentliche Dimensionen der Beschreibung von Beziehungen erfasst (vgl. Schwarz et al., 1997; Schwarz & Gödde, 1998).

#### *Selbstvertrauen hinsichtlich der eigenen Erziehungskompetenz*

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Eltern bezüglich Erziehung wurden mit dem Fragebogen Fragen zur Selbstwirksamkeit (FSW; Naumann et al., 2007) erhoben. Der FSW erfasst standardisiert mit insgesamt 15 Items eine bereichsspezifische Selbstwirksamkeit im Bereich „Mutter/Vater sein“. Die Einschätzung erfolgt auf einer vierstufigen Skala („trifft nicht zu“ – „trifft eher nicht zu“ – „trifft eher zu“ – „trifft zu“) und wird zu einem Gesamtwert verrechnet. Erfragt wird bei den Eltern, inwieweit sie das Elternsein herausfordert, inwiefern sie sich sicher in Erziehungsfragen fühlen und wie sehr sie auf ihre Fähigkeiten als Eltern vertrauen.

#### *Verhaltensauffälligkeiten des Kindes*

Von den Eltern beobachtete Verhaltensauffälligkeiten der teilnehmenden Kinder wurden über die deutsche Version des *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* von Goodman (1997) erhoben, welches ein Gesamtauffälligkeits-Screening ermöglicht. Der SDQ ist mit nur 25 Items relativ zeitökonomisch und besteht aus den fünf Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“; aus vier der Skalen lässt sich ein Gesamtproblemwert errechnen. Der SDQ wurde für die vorliegenden Studienzwecke der Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) vorgezogen, da die Werte des SDQ sehr stark mit denen der CBCL korrelieren und beide Verfahren gleichermaßen zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Kindern zu differenzieren vermögen (vgl. Goodman & Scott, 1999; Klasen et al., 2000). Der SDQ ist dabei allerdings um einiges kürzer als die CBCL; innerhalb von fünf Minuten kann er von den Eltern ausgefüllt werden. Eingesetzt wurde er bereits in einer Vielzahl von Studien, unter anderem bei der Evaluation des Präventionsprojekts FAUSTLOS (Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem Verhalten) (z.B. Schick & Cierpka, 2004).

#### *Stressbewältigungsstrategien des Kindes*

Die im Kinderfragebogen eingesetzte Stressbewältigungsskala des *Fragebogens zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8)* von Lohaus et al. (2006) wurden auch im Elternfragebogen verwendet. Es kamen dieselben zwei Situationen mit denselben Items, diesmal jedoch aus der Sicht der Eltern formuliert, zur Anwendung. Die vorgegebene suchtspezifische Situation wurde folgendermaßen umformuliert: „Sie haben Ihrem Kind versprochen, es heute Nachmittag mit dem Auto zu einem Freund oder einer Freundin zu fahren. Ihr Kind wartet mit gepack-

ten Sachen, aber Sie können das Versprechen nicht einhalten (z.B. weil Sie oder der andere Elternteil zu viel getrunken oder Drogen eingenommen haben).“ Auf diese Art und Weise wurde gewährleistet, dass sich sowohl der süchtige als auch der nicht süchtige Elternteil angesprochen fühlt.

*Tabelle 4* gibt abschließend einen zusammenfassenden Überblick aller verwendeten Elternfragebögen zur Ergebnisevaluation.

Tabelle 4: Erhebungsinstrumente in den Elternfragebögen der Trampolin-Evaluation (Gesamtbearbeitungszeit: ca. 96 Min.)

Konstrukt	Instrument	Auswahl	Anzahl der Items	Bearbeitungszeit
Soziodemographische Merkmale			18	ca. 10 Min.
Psychische Belastung	Symptom-Checkliste (SCL-27)	gesamter Fragebogen	27	max. 10 Min.
Elterliche Suchtproblematik	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	gesamter Fragebogen (sowohl in Alkohol- als auch modifizierter Drogenversion)	16	ca. 10 Min.
Elterliche Inanspruchnahme weiterer Hilfen	selbst konstruierte Items		3	ca. 2 Min.
Elterliche Sensibilität für die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder und für die kindlichen Bedürfnisse	selbst konstruierte Items ZKE-E – Kurzfragebogen zur Erfassung elterlicher Erziehungshaltungen (Elternversion; bereits bei Messung „Allg. Erziehungsverhalten“ enthalten)	Dimension „Wärme/Unterstützung“	4 ————— 15	ca. 2 Min.
Allgemeines Erziehungsverhalten	ZKE-E – Kurzfragebogen zur Erfassung elterlicher Erziehungshaltungen (Elternversion)	gesamter Fragebogen	32	ca. 15 Min.
Beziehungsqualität Eltern-Kind	Thermometerfragen hinsichtlich Nähe vs. Distanz sowie Harmonie vs. Konflikt	Skala für Mutter, Skala für Vater	4	2 Min.
Elterliches Selbstvertrauen hinsichtlich der eigenen Erziehungskompetenz	Fragen zur Selbstwirksamkeit von Eltern (FSW)	gesamter Fragebogen	15	ca. 10 Min.
Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	SDQ-D (Strength and Difficulties Questionnaire, deutsche Version)	gesamter Fragebogen	25	max. 10 Min.
Stressbewältigungsstrategien des Kindes	SSKJ 3-8 – Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben & Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter	2. Hauptskala: Stressbewältigungsstrategien; zwei vorgegebene Situationen; eine wird suchtbefugten modifiziert	60	ca. 25 Min.

### 6.5.3 Prozessevaluation und Adhärenzmessung

Zur Erfassung der Prozessqualität füllten sowohl die Kursleitung als auch die teilnehmenden Eltern und ihre Kindern Evaluationsbögen zu den Veranstaltungen aus. Erhoben wurden folgende Parameter:

- die Stimmung und Akzeptanz der Kinder durch ein Stimmungsbarometer vor und nach jedem Modul sowie durch eine fünfstufige Bewertungsskala
- die Bewertung der Module (inklusive Eltern-Module) durch die Kursleiter hinsichtlich formeller und inhaltlicher Aspekte, des Gruppengeschehens und der persönlichen Zufriedenheit
- die Akzeptanz der Eltern-Module durch die teilnehmenden Eltern
- eine Abschlussbewertung der Programme durch die Kinder und Kursleiter

Die gesammelten Dokumente zur Prozessevaluation pro Einrichtung wurden jeweils nach Beendigung der Kindergruppen von den zuständigen Kursleitern in den Einrichtungen in gesammelter Form postalisch an die Forschergruppe gesandt. Eine Dokumentation über Datum der Einreichung und Vollständigkeit der Prozessevaluationsdokumente wurde durch die jeweils zuständigen Wissenschaftler am DZSKJ und DISuP vorgenommen und kontinuierlich aktualisiert. Bei Feststellung fehlender Dokumente wurden die betreffenden Kursleiter von den Projektmitarbeiterinnen umgehend kontaktiert und um Nachsendung der Unterlagen gebeten. Die Auszahlung des vertraglich vereinbarten Honorars für die Gruppendurchführung war an den vollständigen Eingang der Prozessevaluationsdokumente gekoppelt, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen.

Zur Qualitätssicherung wurden Videoaufnahmen von mindestens zwei Kinder-Modulen des „Trampolin“-Programms bei jedem durchführenden Projektpartner gemacht. Dies sollte der Überprüfung der Manualtreue des Programms dienen (Byrnes, Miller, Aalborg, Plasencia & Keagy, 2010). In vergangenen Studien ging auch die Validität eines Programms – interne Validität, externe Validität und Konstruktvalidität – stark mit einer gelungenen Adhärenz einher (Wech, Bohn, Ginzburg & Stangier, 2011).

### 6.5.4 Strukturdaten

Um weitere Informationen über die Arbeit mit suchtbelasteten Kindern in Deutschland zu erhalten, wurden im Rahmen des Forschungsvorhabens ergänzende strukturelle Informationen erhoben. Zum einen wurden nach Beendigung der Intervention Strukturdaten aller teilnehmenden Einrichtungen erfasst, insbesondere Informationen zur Einrichtung, zur Mitarbeiter- und Klientenstruktur, zu lokaler und regionaler Vernetzung sowie zu Erfahrungen mit Kindern aus suchtbelasteten Familien und mit Gruppenangeboten für diese Kinder (die Ergebnisse finden sich in Abschnitt 8.4).

Mittels eines weiteren kurzen Fragebogens mit geschlossenem Antwortformat wurden alle teilnehmenden Einrichtungen nach Abschluss ihrer Rekrutierungsarbeiten gebeten zu berichten, welche Rekrutierungswege sie genutzt hatten und welche davon erfolgreich gewesen waren (die Ergebnisse



finden sich in Abschnitt 8.5). Einrichtungen, die kontaktiert worden waren, sich aber nicht am Projekt beteiligten, oder die sich schulen ließen, dann aber wegen Rekrutierungsschwierigkeiten oder personellen Engpässen aus dem Projekt wieder ausstiegen, wurden ebenfalls mittels eines kurzen Fragebogens befragt. Dieser enthielt sechs Fragen zu der Existenz eines Angebots für Kinder aus suchtbelasteten Familien und zur Art dieses Angebots, zu den Rekrutierungswegen, dazu, ob in der befragten Einrichtung überhaupt spezielle Angebote für Kinder, Jugendliche und/oder Erwachsene eingerichtet werden sollten, zu den Gründen, die damals dazu geführt haben, sich nicht am Projekt zu beteiligen, sowie dazu, ob die Einrichtung das evaluierte Programm „Trampolin“ nunmehr als Regelangebot übernehmen wollen würde. Dies sollte Aufschluss über die Ablehnungs- bzw. Ausstiegsgründe geben (die Ergebnisse finden sich in Abschnitt 8.6).

Ein zusätzlicher Fragebogen mit hauptsächlich geschlossenen Fragen, der bereits im Rahmen der Kursleiter-Schulungen verteilt und von allen geschulten, potentiellen Kursleitern ausgefüllt wurde, diente der Erfassung verschiedener Charakteristika der Kursleiter, wie z.B. Alter, Ausbildungshintergrund und Persönlichkeitsmerkmale. Um die Persönlichkeitseigenschaften der Kursleiter zu untersuchen, wurde im verwendeten Kursleiterfragebogen das Big Five Inventory-10 (BFI-10) integriert. Beim BFI-10 von Rammstedt und John (2007) handelt es sich um eine deutsche Kurzversion des aus 44 Items bestehenden Big Five Inventory (BFI-44) von John, Donahue und Kentle (1991), welches die fünf Dimensionen der Persönlichkeit (Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität, Offenheit für Erfahrungen) in nur je zwei Items erfasst. (die Ergebnisse finden sich in Abschnitt 8.7).

## **6.6 Ethische Gesichtspunkte**

Das Evaluationsdesign, die Erhebungsinstrumente und alle weiteren Materialien für die Rekrutierung von Probanden (Einverständniserklärungen, Informationsmaterial) wurden durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg sowie die jeweiligen Ärztekammern, in deren Zuständigkeitsbereich „Trampolin“-Gruppen durchgeführt wurden, auf ethische Unbedenklichkeit geprüft. In allen Fällen wurde eine uneingeschränkte Zustimmung zur Durchführung des Projekts erteilt. Das Projekt wurde gemäß der Helsinki-Deklaration als „clinical trial“ in einem öffentlichen Register für klinische Studien gemeldet (ISRCTN81470784). Das Studienprotokoll des Projekts wurde in einem Open-Access-Journal publiziert (Bröning et al., BMC Public Health 2012, 12:223).

## **6.7 Pilotstudie**

Die Pilotstudie wurde im Anschluss an die Netzwerkkonferenz und nach Einarbeitung der dort erarbeiteten Modifizierungsvorschläge für das Manual von November 2009 bis Februar 2010 in der Hamburger Einrichtung Such(t)- und Wendepunkt e.V. durchgeführt. Ziele der Pilotstudie waren es, das modulare Präventionskonzept „Trampolin“ erstmalig in einem Testlauf umzusetzen, die geplanten Erhebungsinstrumente zu testen und das Schulungskonzept für Kursleiter auf seine Durchführbarkeit hin zu erproben. Die Gruppe bestand aus insgesamt fünf Kindern (drei Jungen und zwei Mädchen). Nach jedem Modul erfolgte eine ausführliche schriftliche Rückmeldung über den Verlauf der Gruppensitzung

durch die Kursleiterin an die Forschergruppe anhand derer das Manual angepasst wurde. Insgesamt waren jedoch lediglich kleine Anpassungen, z.B. der Zeitvorgaben, vonnöten (vgl. Abschnitt 6.2.1). Die Erprobung der Erhebungsinstrumente erfolgte durch eine Wissenschaftlerin des DZSKJ an insgesamt sieben an der Teilnahme interessierten Kindern und ihren Eltern. Die Fragebögen erwiesen sich als gut strukturiert und die Fragen in der Regel als gut verständlich und für die Kinder geeignet. Ebenfalls positiv bewertet werden konnte die Gesamtdauer der Befragung, welche die geplanten 90 Minuten nie überschritt, sondern eher unterschritt (ca. 60 Minuten). Verbesserungsvorschläge hinsichtlich mancher Aspekte der Fragebögen wurden während der Befragungsphase dokumentiert und im Anschluss an die Befragungen in der Forschergruppe besprochen. Beide Fragebögen zur Ergebnisevaluation wurden noch einmal geringfügig modifiziert. Die Abschlusserhebung bei den Kindern und Eltern fand im Februar 2010 nach Beendigung der „Trampolin“-Gruppe statt, wobei lediglich die fünf Kinder, welche auch tatsächlich am Programm teilnahmen, befragt werden konnten. Auch diese Befragungen verliefen problemlos. Auch die Fragebögen zur Prozessevaluation wurden im Rahmen der Pilotstudie erprobt und leicht modifiziert. Insgesamt erschienen sowohl das Manual als auch die Erhebungsmethodik nach der Pilotstudie als gut durchführbar.

## 6.8 Datenauswertung

Die Datenauswertung in der vorliegenden Untersuchung erfolgte in Kooperation zwischen dem Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP). Am Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie wurde das Statistikprogramm SAS (Version 9.3) für die Analysen verwendet, am DZSKJ bzw. DISuP kam bei der Dateneingabe, -verarbeitung und -auswertung die Statistiksoftware PASW Statistics 18 (Predictive Analysis Software) zum Einsatz.

Die Daten wurden für die Hypothesen und Fragestellungen längsschnittlich und ergänzend zu weiteren Beschreibungen im Endbericht querschnittlich ausgewertet. Für die längsschnittlichen Auswertungen erfolgten durchgehend „Intention-to-treat-(ITT-)Analysen“, die einerseits die Effekte einer Intervention eher konservativ schätzen, andererseits aber die Realität bei Interventionen in der Praxis (z.B. Ausscheiden von Teilnehmern) gut abbilden (Schumacher & Schulgen, 2008). In die ITT-Analysen wurden alle Untersuchungsteilnehmer miteinbezogen, obwohl die randomisierte Zuweisung aller Kinder zu einer der beiden Interventionsprogramme aus organisatorischen Gründen nicht vollständig gelang (unterschiedliche Fallzahlen). Eine nachträgliche „perfekte Randomisierung“ hätte zu einer Reduzierung der Datensätze und damit zu einem Informationsverlust (bei vorliegenden Daten) geführt, weshalb darauf verzichtet wurde. Im Rahmen der Baseline-Adjustierung ist es statistisch möglich, Unterschiede im Ausgangsniveau zu kontrollieren, was in den vorliegenden Untersuchungen auch umgesetzt wurde (Vickers & Altman, 2001). Alternativ wären auch Analysen nach dem Per-Protocol-Verfahren denkbar gewesen. Dieses Vorgehen hat jedoch den Nachteil, dass nur jene Personen in die Auswertung einbezogen werden, für die vollständige Datensätze zu allen drei Messzeit-

punkten vorliegen, was in der vorliegenden Zielgruppe häufiger nicht der Realität entspricht (vgl. Abschnitt 8.2).

Der prinzipielle Analyse-Ansatz waren Mittelwertsvergleiche über die Zeit und zwischen den Gruppen (Varianz- und Kovarianzanalysen). Die längsschnittlichen Auswertungen erfolgten mit Baseline-adjustierten linearen gemischten Modellen für alle Hypothesen und Fragestellungen. Diese Analysen gelten als besonders aussagekräftig, da sie im Gegensatz zu anderen Verfahren zu jedem Zeitpunkt auf alle verfügbaren Daten zurückgreifen, um Varianzstärken zu schätzen. Sie erlauben zudem die gleichzeitige Analyse von Haupteffekten und Wechselwirkungen über mehrere Zeitpunkte hinweg und eine sehr differenzierte Analyse von Subgruppenvergleichen zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Heck, Thomas & Tabata, 2010). Ergänzend wurden für den Vergleich von Mittelwerten zwischen jeweils zwei Gruppen zu einem Messzeitpunkt *t*-Tests für unabhängige Stichproben („parametrisches Verfahren“) sowie zum Vergleich von Häufigkeiten Chi-Quadrat-Tests („nonparametrisches Verfahren“) gerechnet (Schumacher & Schulgen, 2008). Die Stichprobengröße für die teilnehmenden Kinder (unter Einberechnung von 30% Drop-outs) war durch eine Poweranalyse für ein  $1-\beta=.80$  und ein  $\alpha=.05$  zum Auffinden von mittleren Effektstärken festgelegt worden (Bortz & Döring 2006; Faul, Erdfelder, Lang & Buchner 2007).

Alle Fehlerwahrscheinlichkeiten werden generell zweiseitig berichtet. Es wurde auf Alpha-Niveau-Adjustierungen nach Bonferroni bzw. Bonferroni-Holm verzichtet. Da die bisher vorhandene Datenlage zu zentralen Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung noch als unzureichend eingeschätzt werden kann, handelt es bei vielen Aspekten um explorative Fragestellungen und Auswertungen. Bei explorativen Untersuchungsansätzen ist eine Bonferroni- bzw. Bonferroni-Holm-Korrektur nicht unbedingt erforderlich (Bender & Lange, 2001).

## 7 Durchführung

Im Folgenden werden die Aktivitäten der Forschergruppe bei der Durchführung des Forschungsprojekts dargestellt. Zunächst werden Aktivitäten bei der Auswahl und Schulung der beteiligten Praxispartner (Abschnitt 7.1) sowie der Interviewer für die Datenerhebung (Abschnitt 7.2) skizziert. Es folgen Informationen zu Aktivitäten im Verlauf der Feldphase, insbesondere bei der Rekrutierung der Stichprobe und der Datenerhebung (Abschnitt 7.3). Herausforderungen, die im Verlauf der Durchführung zu bewältigen waren, werden abschließend in Abschnitt 7.4 dargestellt.

### 7.1 Gewinnung und Schulung der Praxispartner

Bereits im ersten Projektjahr wurde frühzeitig Kontakt zu potentiell am Projekt teilnehmenden Beratungsstellen aufgebaut. Alle kontaktierten Einrichtungen erhielten ausführliche Informationen zum Forschungsvorhaben, zum Teil in persönlichen Besuchen durch die Wissenschaftler. Ausgehend von der ursprünglichen Planung, 16 Praxisstandorte in die Evaluationsstudie einzubeziehen, wurden Vertreter aus 22 Einrichtungen zur Teilnahme an der Netzwerkkonferenz im Juni 2009 nach Köln eingeladen. 18 Stellen waren auf der Netzwerkkonferenz vertreten, davon meldeten sich 13 als Praxisstandorte zur Teilnahme an der Durchführung und Evaluation von „Trampolin“ an, während 5 Stellen nicht teilnahmen (als Grund wurden überwiegend Schwierigkeiten bei der Rekrutierung ausreichender Fallzahlen angegeben). Es folgten weitere Rekrutierungsaktivitäten, die sich auf Bundesländer konzentrierten, in denen es bisher keinen Kooperationspartner im Projekt gab. So wurden bereits bestehende Netzwerke (z.B. COA-NRW, ENCARE) erneut angefragt, um weitere Institutionen für die Durchführung von „Trampolin“ zu gewinnen. Gleichzeitig wurde im Rahmen des Deutschen Suchtkongresses 2009 in Köln um eine Teilnahme am Projekt geworben. Zur selben Zeit wurden auch die Landesministerien über den aktuellen Status des Projektes informiert und in diesem Zuge um Unterstützung gebeten, mögliche Empfehlungen zur Rekrutierung weiterer Institutionen zu geben. Der Stichprobenberechnung zufolge (ausgehend von 12 Kinder pro Gruppe) war dann gegen Ende des Jahres 2009 eine ausreichend große Anzahl an kooperierenden Einrichtungen zur Durchführung von „Trampolin“ bereit.

Im Februar 2010, nach den ersten vier Kursleiterschulungen, bereiteten 26 Einrichtungen die Durchführung des Projektes vor. Aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten (vgl. Abschnitt 7.4) verschob dann jedoch ein Großteil der teilnehmenden Einrichtungen ihren ursprünglich geplanten Start der Durchführung im April 2010 nach hinten, da sie nicht genügend Kinder für die Durchführung von zwei Gruppen finden konnten. Ab Mai 2010 starteten einige Gruppen mit einer geringeren als der ursprünglich geplanten Teilnehmeranzahl und/oder führten nur das Gruppenangebot „Trampolin“ ohne die Kontrollgruppe „Hüpfburg“ durch. Angesichts der schwierigen Rekrutierungssituation wurde in der Forschergruppe Ende Mai 2010 beschlossen, eine Projektverlängerung zu beantragen.

Im Anschluss an die Beantragung erfolgte im Mai 2010 eine neue, groß angelegte Rekrutierungswelle von Einrichtungen, die sich bereit erklärten, das Projekt zeitnah durchzuführen. Kontaktiert wurden wiederum ambulante Einrichtungen der Sucht-, Jugend-, Selbst- und Familienhilfe um sie für eine

Projektteilnahme zu gewinnen. Aufgrund der trotzdem anhaltenden Erfahrung von Rekrutierungsschwierigkeiten in den teilnehmenden Einrichtungen, die zwischenzeitlich an verschiedenen Standorten sogar zur Entscheidung für einen Projektausstieg führten, wurden die zu erwartenden Fallzahlen mit dem Jahresverlauf konservativer geschätzt und die Anzahl der notwendigen zusätzlich zu rekrutierenden Stellen somit nach oben korrigiert. Insgesamt zog sich die Nachrekrutierungsphase durch immer neue Absagen über einen Zeitraum von insgesamt zehn Monaten hin. Im Ganzen wurden bundesweit im Zuge der Rekrutierungsbemühungen mehr als 160 ambulante Einrichtungen, welche in erster Linie über Internetrecherchen identifiziert wurden, von den Projektmitarbeitern kontaktiert; darüber hinaus meldeten sich einige wenige Einrichtungen von sich aus bei der Forschergruppe, weil sie vom Projekt erfahren hatten und ihr Interesse anmelden wollten.

Positiv zu vermerken ist, dass im Zuge der Nachrekrutierung in fast allen deutschen Bundesländern (außer Bremen und Thüringen) sowie zusätzlich in Österreich Projektstandorte installiert werden konnten. Von den 27 Praxispartnern befinden sich 7 Einrichtungen in den ostdeutschen Bundesländern. Trotz entgegen gesetzter Bemühungen handelt es sich bei der Mehrzahl der Projektpartner nach wie vor um Suchthilfeeinrichtungen. Deren Identifikation gestaltete sich unkomplizierter, da sie in der Regel eine stärkere Internetpräsenz haben und darüber hinaus in den Landesstellen der Bundesländer listenweise geführt werden. Zusätzlich herrschte in den kontaktierten Jugend- und Familienhilfeeinrichtungen sowie Erziehungsberatungsstellen trotz Interesses an der Thematik fast ausschließlich eine große Skepsis hinsichtlich der Möglichkeit, ausreichend Kinder für die Gruppendurchläufe gewinnen zu können, vor.

### *Kursleiterschulungen*

Um die künftigen Kursleiter optimal auf die Implementierung der „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen sowie auf die notwendigen begleitenden Dokumentationsarbeiten vorzubereiten, wurden sie vor Beginn der Feldphase intensiv im Rahmen einer eintägigen Veranstaltung geschult. Zunächst fanden im Januar und Februar 2010 vier Sammelschulungen an den drei Standorten Köln, Hamburg und München statt, in denen mehrere künftige Kursleiter aus vielen verschiedenen Einrichtungen zugleich geschult wurden. Die Schulungen wurden von einer Wissenschaftlerin am DZSKJ und einer Wissenschaftlerin des DISuP geleitet. Pro Einrichtung konnten jeweils vier Mitarbeiter an der Schulung teilnehmen. Der aus der Nachrekrutierungsaktion resultierende Zugewinn an neuen teilnehmenden Einrichtungen für einen zweiten Durchlauf des Projektes erforderte die weitere Durchführung von Kursleiterschulungen. Diese erfolgten nicht mehr an Sammelterminen, sondern wurden zwischen Juli 2010 und Mai 2011 als Schulungen vor Ort durchgeführt. Insgesamt erfolgten 21 dieser Kleingruppen-Schulungen im Zuge der Nachrekrutierungsphase.

Vor der Durchführung der Schulungen wurden den teilnehmenden Einrichtungen jeweils folgende Aspekte kommuniziert: (1) Beide Manuale für die Programme „Trampolin“ und „Hüpfburg“ müssen in ihrer aktuellen Fassung vor der Schulung intensiv gelesen worden sein, (2) die Schulung des „Trampolin“- und des „Hüpfburg“-Manuals wird im Rahmen *einer* Veranstaltung erfolgen, d.h. beide Manuale

werden gemeinsam besprochen. Während der gesamten Schulung wurden fortwährend Fragen und Anmerkungen durch die Kursleiter besprochen und diskutiert. Der Kursleiter der „Hüpfburg“-Gruppe sollte die gesamte Schulungsdauer, also auch beim „Trampolin“-Teil, anwesend sein, da währenddessen die Prozessevaluation und etwaige Problemstellungen während der Gruppendurchführung besprochen wurden, die auch für die Durchführung der „Hüpfburg“-Gruppe elementar waren. Ebenfalls war es dadurch möglich, dass in einem Krankheits- oder Urlaubsfall der „Hüpfburg“-Kursleiter die „Trampolin“-Gruppe in Vertretung leiten konnte. Folgende Inhalte wurden vermittelt:

- Begrüßung, Programmvorstellung, Vorstellungsrunde
- allgemeine Informationen zum Projekt „Trampolin“
- Überblick: Die Gruppenangebote „Trampolin“ und „Hüpfburg“
- Dokumentationsaufgaben der Kursleiter im Projekt „Trampolin“
- „Trampolin“-Gruppe – Exemplarisches Durchsprechen der Einheit 1
- „Trampolin“-Gruppe – die Elterntreffen
- „Trampolin“-Gruppe – Inhalte, Rollenspiele, Fragen nach Bedarf
- Erfahrungsaustausch zur Rekrutierung
- „Hüpfburg“-Gruppe – Abgrenzung zu „Trampolin“, Inhalte, Fragen nach Bedarf
- offene Fragen, Ausfüllen der Kursleiterfragebögen und Evaluationsbögen, Rückmeldungen

Im Zeitraum von Januar 2010 bis Mai 2011 wurden im Rahmen der 25 Kursleiterschulungen insgesamt 150 Fachkräfte für die Durchführung des Projektes geschult. Die Evaluationsergebnisse dieser Veranstaltungen zeigen, dass die Schulungen erfolgreich und für alle Beteiligten mehr als zufriedenstellend durchgeführt wurden. (vgl. *Tabelle 5*).

*Tabelle 5: Evaluationsergebnisse der Trampolin-Kursleiterschulungen: Mittelwerte und Streuungen (n = 140; Skala: 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft)*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Verständlichkeit des Manuals	1.37	.52	1	3
Inhalte der Schulung	1.82	.73	1	4
Vermittlung der Schulungsinhalte	1.70	.72	1	4
Zeitlicher Ablauf und Aufbau der Schulung, Organisation	1.86	.82	1	4
Möglichkeit der aktiven Mitarbeit und Diskussion	1.80	.88	1	4
Eingehen auf die Bedürfnisse der Teilnehmer	1.54	.67	1	4
Erweiterung des Wissensspektrums	2.38	1.01	1	5

## 7.2 Auswahl und Schulung der Interviewer

In räumlicher Nähe der Standorte der teilnehmenden Einrichtungen wurden Stellenausschreibungen für Interviewer (als Honorarkräfte) an Hochschulen in Papierform und in den entsprechenden Internetportalen veröffentlicht. Die Bewerberauswahl und die spätere Betreuung orientierten sich an der üblichen Aufteilung der Bundesländer zwischen DZSKJ und DISuP. Um aus der Vielzahl der eingehenden Bewerbungen für die Interviewertätigkeit geeignete Studierende auszuwählen, wurden sowohl telefonische sowie auch persönliche Bewerbungsgespräche an beiden Instituten geführt.

Die Auswahl der Studierenden für die Schulungsteilnahme orientierte sich dabei an folgenden Kriterien:

- höheres Semester der Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Psychologie, Pädagogik o.ä. Bereiche
- Erfahrung mit bzw. Interesse an der Arbeit mit Kindern
- Erfahrung mit der Durchführung von Interviews
- verpflichtende Teilnahme an der Interviewer-Schulung
- zeitliche Flexibilität (hinsichtlich der drei Befragungsräume  $t_1$ ,  $t_2$  und  $t_3$ )
- Bereitschaft, zu Standorten außerhalb des Wohnortes zu reisen

Insgesamt wurden 52 Studierende zu den Interviewer-Schulungen eingeladen. Aus diesem Stab an geschulten Studierenden wurden im Anschluss die endgültig einzusetzenden Interviewer seitens des DZSKJ und des DISuP ausgewählt. Über die gesamte Projektlaufzeit hinweg wurden insgesamt 31 Interviewer eingesetzt.

### *Interviewerschulungen*

Die ersten drei Interviewerschulungen fanden Anfang 2010 statt. Weitere Schulungstermine erfolgten im Rahmen der Nachrekrutierungsaktion bis Mai 2011 in Köln. Insgesamt wurden an vier eintägigen Schulungsterminen 52 Interviewer durch Mitarbeiterinnen des Projektes geschult. Folgende Inhalte und Aktivitäten bildeten hierbei den Schwerpunkt:

- allgemeine Informationen zum Projekt
- Datenerhebung und Dokumentation (Ablauf der Datenerhebung, Vorgehen bei der Kontaktaufnahme, Organisation der Interviewtermine)
- Vorstellung der Erhebungsinstrumente
- Organisatorisches
- Probeinterview

## 7.3 Aktivitäten im Verlauf der Feldphase

### 7.3.1 Rekrutierung der Stichprobe und Durchführung der Intervention

Letztendlich führten insgesamt 27 Einrichtungen im ganzen Bundesgebiet die Gruppenangebote „Trampolin“ und/oder „Hüpfburg“ durch. Die Einrichtungen waren auch für die Rekrutierung der Stichprobe anhand der o.g. Ausschlusskriterien verantwortlich (vgl. Abschnitt 6.3). Alle Einrichtungen unterzeichneten einen zugesandten Kooperationsvertrag, der neben einer Erklärung zum Datenschutz auch diese Ein- und Ausschlusskriterien zum Vertragsgegenstand machte. Pro Einrichtung wurde für die Rekrutierung von mindestens 12 Kindern und die Durchführung der Gruppenangebote „Trampolin“ und „Hüpfburg“ eine Aufwandsentschädigung vereinbart. Diese wurde beim Erreichen der gewünschten Gruppengrößen vollständig ausgezahlt oder wurde – bei kleineren als geplanten Gruppen – anteilig reduziert. Die Betreuung und Aussteuerung der Einrichtungen wurde zwischen dem DZSKJ (14 Einrichtungen) und dem DISuP (13 Einrichtungen) nach Bundesland aufgeteilt. *Abbildung 3* gibt einen Überblick zur Verteilung aller finalen Praxisstandorte im gesamtdeutschen Raum sowie zur Aufteilung der Betreuung.

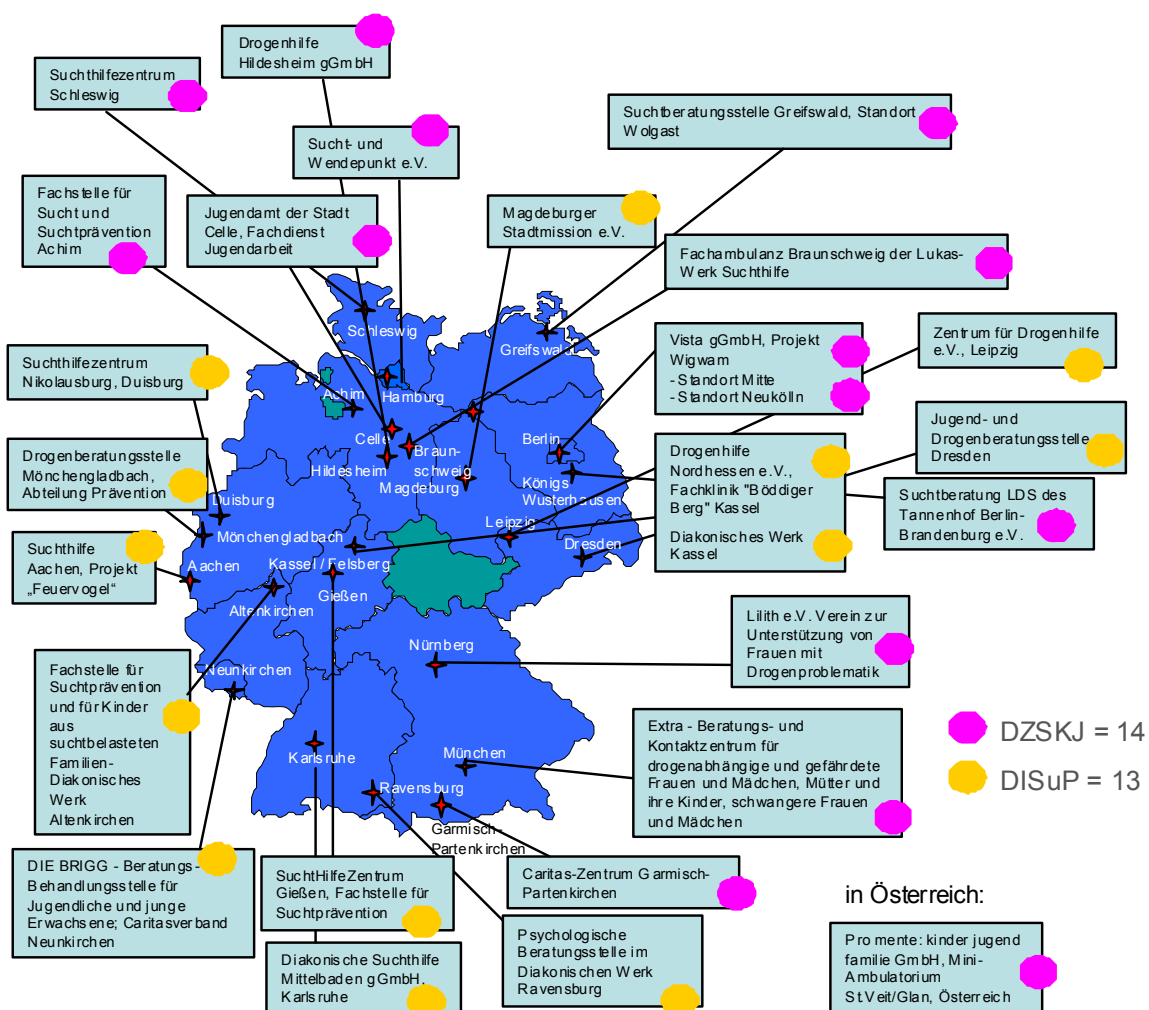


Abbildung 3: Teilnehmende Praxisstandorte im Projekt Trampolin



Zur Unterstützung der Praxisstandorte bei der Rekrutierung geeigneter Kinder aus suchtblasteten Familien wurde allen teilnehmenden Einrichtungen ein ausführliches Rekrutierungskonzept zur Verfügung gestellt (vgl. Anhang A.10). In Ergänzung dazu wurde in Zusammenarbeit mit der Werbeagentur „Springer & Jacoby“ umfangreiches Werbe- und Informationsmaterial entwickelt. Auf Basis eines einheitlichen, ansprechenden Designs und eines griffigen Claims („Kinder aus suchtblasteten Familien entdecken ihre Stärken“) wurden sowohl Flyer für Eltern als auch für Fachkräfte (vgl. Anhang A.11) entwickelt, die den Einrichtungen in Papierform und auch elektronisch zur Verfügung gestellt wurden. Die Einrichtungen konnten mittels einer Stempel-Freifläche ihre Kontaktdaten auf den Flyern eintragen. Die intensive Nutzung der Flyer machte zwischenzeitlich einen Nachdruck erforderlich. Auch Poster in zwei Varianten (für Medikamente und für Alkohol; vgl. Anhang A.12), eine Muster-Pressemitteilung sowie eine Standard-Präsentation wurden im Rahmen des Rekrutierungsprozesses entwickelt und den Einrichtungen übermittelt. Zusätzlich bestand das Angebot seitens der Forschergruppe, auch persönlich bei Veranstaltungen im lokalen Netzwerk (z.B. Jugendamt, ambulante Einrichtungen, Arbeitskreise) das Projekt „Trampolin“ vorzustellen. Eine wichtige Informationsmöglichkeit für alle Interessierten stellte schließlich auch die Homepage des Projektes ([www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de)) dar, die drei unterschiedliche Einstiege bot (für Kinder, für Eltern, für Fachkräfte) und auf der alle teilnehmenden Einrichtungen eingetragen waren. Sie wird auch weiterhin für den Transfer des Programms in die Praxis bedeutsam sein (vgl. Kapitel 13).

Die Rekrutierungsaktivitäten sowie die Durchführung der Gruppen wurden seitens der Forschergruppe engmaschig begleitet. Diese Begleitung erfolgte erstens anhand eines umfassenden Betreuungskonzeptes (vgl. Anlage A.9), das unter anderem regelmäßige Kontaktaufnahmen während der Gruppendurchführung vorsah, zweitens anhand eines „Trampolin“-Newsletters, der die Einrichtungen regelmäßig mit aktuellen Informationen zum Projekt und seiner Entwicklung an anderen Standorten versorgte sowie drittens nach Bedarf telefonisch oder per Email. Alle schriftlichen und (fern-)mündlichen Kontakte mit den Einrichtungen und deren Inhalte wurden von den wissenschaftlichen Mitarbeitern schriftlich dokumentiert. Darüber hinaus erhielten die Einrichtungen als Handreichung für die Feldphase das sogenannte „Trampolin“-Begleitheft (vgl. Anhang A.13). Es handelte sich hierbei um eine Zusammenstellung aller wichtigen Hintergrundinformationen zum Projekt und zu seiner wissenschaftlichen Begleitforschung sowie zur Rekrutierung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Gruppenstunden. Die Anlagen des „Trampolin“-Begleitheftes umfassten alle Dokumente, die für die Realisierung und Prozessevaluation des Projektes notwendig waren.

### 7.3.2 Ablauf der Datenerhebung

Alle Interviewer wurden über einen Honorarvertrag mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Projekt beschäftigt. Alle Interviewer erhielten im Rahmen ihrer Schulungen einen Interviewerleitfaden mit Informationen zum Projekt, wesentlichen Hinweisen zur Kontaktierung der Familien, Organisation und Dokumentation der Befragungen sowie zur Berichterstattung an die Forschergruppe, Abrechnung und zur Schweigepflicht (vgl. Anlage A.14). Darüber hinaus erhielten die Interviewer alle Erhe-

bungsinstrumente sowie alle Unterlagen die für die Dokumentation, Berichterstattung und Abrechnung notwendig waren.

In der Regel wurde ein Interviewer pro Praxisstandort eingesetzt – je nach Wohnort des Interviewers. In Einzelfällen wurde von dieser Aufteilung abgewichen werden und es kamen zwei Interviewer zum Einsatz, die sich die Interviews teilten. Rechtzeitig vor der ersten Kontaktaufnahme erhielten die Interviewer von dem für sie zuständigen Projektmitarbeiter ein Paket mit den für die Durchführung der Interviews notwendigen Materialien, d.h. eine ausreichende Anzahl der verschiedenen Erhebungsinstrumente, Dokumentationsunterlagen, frankierte Rückumschläge für Eltern und Interviewer, Inzentive für die Kinder und das Kontodatenblatt für die Eltern (für die spätere Überweisung der Aufwandsentschädigung (s.u.)). Des Weiteren erhielten die Interviewer eine Liste mit den für die Kontaktierung und die Durchführung der Interviews relevanten Informationen hinsichtlich der zu interviewenden Familien. Neben den notwendigen Kontaktdaten und dem Code des Kindes war hierbei vor allem die Nennung der Bezugspersonen des Kindes wichtig, da diese für die Befragung der Kinder und die Verteilung der Elternfragebogen entscheidend war.

Nach Erhalt der Unterlagen begannen die Interviewer mit der Kontaktierung der Familien. Die Interviews wurden, je nach Vorliebe der Familien entweder bei den Familien zuhause oder alternativ an den Einrichtungen durchgeführt. Wo es möglich war, wurde ein und derselbe Interviewer zur Kontaktierung einer Familie zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzt. Jeder Interviewer stand während der gesamten Erhebungsphase regelmäßig per E-Mail oder telefonisch in Kontakt mit seinem zuständigen Ansprechpartner in der Forschergruppe, was fortlaufend dokumentiert wurde. So konnte bei auftretenden Schwierigkeiten hinsichtlich der Kontaktaufnahme oder des Zustandekommens von Interviewterminen seitens der Wissenschaftler rechtzeitig unterstützend eingegriffen werden, um sicherzustellen, dass möglichst alle Kinder befragt werden konnten. Nach jedem abgeschlossenen Interview wurden zeitnah alle die Familie betreffenden Materialien (d.h. Kinderfragebogen, Kontaktdokumentationsblatt, ggf. Elternfragebogen, ggf. Kontodatenblatt) in einer Versandtasche durch den Interviewer an die Forschergruppe zurückgeschickt.

Zur Sicherstellung des Datenrücklaufs zu allen drei Messzeitpunkten und zur Gewährleistung einer möglichst hohen Datenausschöpfung wurden den Familien Inzentive angeboten, über welche die Motivation zur Mitarbeit aufrecht erhalten werden sollte. Den Eltern wurde für die Teilnahme an der Studie eine finanzielle Aufwandsentschädigung in Höhe von 10,- EUR pro von ihnen ausgefülltem Elternfragebogen überwiesen, während die Kinder von den Interviewern nach erfolgreich abgeschlossener Befragung ein kleines Geschenk erhielten (z.B. ein Schlüsselband, ein kleines Plüschtier, eine Mini-Taschenlampe, ein Reisespiel etc.). Die Inzentive wurden im Verlauf der Datenerhebung zu t2 und t3 erhöht, da die Teilnahmemotivation der Familien mit Abstand zur Gruppenphase und nach ihrer unmittelbaren Anbindung an die durchführenden Praxiseinrichtungen immer weiter nachließ.

## 7.4 Herausforderungen während der Feldphase

### 7.4.1 Rekrutierung der Beobachtungskontrollgruppe

Ursprünglich war geplant, eine zweite, naturalistische Beobachtungskontrollgruppe (KG2), die keinerlei Interventionsmaßnahme erhält zu rekrutieren. So sollte ein Vergleich mit einer völlig unbehandelten Gruppe von Kindern suchtbelasteter Eltern ermöglicht werden. Für die Gewinnung von Kindern wurden vor allem stationäre Entwöhnungskliniken mit der Bitte um Kooperation in der Rekrutierungsarbeit angesprochen. Es wurde darauf geachtet, dass ausschließlich die Teilnahme überregional arbeitender Kliniken erfragt wurde, die nicht von sich aus eine Intervention für Kinder behandelter Eltern anbieten können. Insgesamt waren 14 Kliniken zur Kooperation bereit und erhielten umfangreiche Informations- und Rekrutierungsmaterialien. Es zeichnete sich jedoch über den Verlauf der Feldphase ab, dass kaum Kontakte zwischen der Forschergruppe und geeigneten Kindern vermittelt wurden. Verschiedenste Aktivitäten wurden daraufhin über den Verlauf mehrerer Monate umgesetzt:

- Erhöhung der Inzentive
- Identifizierung mehrerer Ansprechpartner in der Klinik (Leitung, Bezugstherapeuten)
- regelmäßige Kontaktaufnahme mit den Ansprechpartnern
- persönliche Besuche der Wissenschaftler bei den Klinik, um Beteiligte über das Projekt zu informieren
- Einbeziehung beteiligter Einrichtungen (insbesondere jene Einrichtungen, die mit der Durchführung der „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen bereits begonnen oder sogar schon beendet hatten und daher nicht mehr explizit auf der Suche nach Teilnehmern für die Gruppen waren) in die Rekrutierungsarbeit

Trotz all dieser Bemühungen blieb die Rücklaufquote äußerst gering. Zum ersten Messzeitpunkt (t1) konnte insgesamt mit nur 16 Kindern ein Interview durchgeführt werden. Im Laufe der weiteren Messzeitpunkte wurde die Stichprobengröße aufgrund von Drop-Outs noch weiter reduziert (t2: n = 6, t3: n = 4), so dass von einer statistischen Auswertung abgesehen werden musste.

### 7.4.2 Rekrutierung der Gruppenteilnehmer

Die Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen erlebte die Rekrutierung von Kindern aus suchtbelasteten Familien als erhebliche Herausforderung. Im regelmäßigen Austausch wurden wesentliche Schwierigkeiten identifiziert. So berichteten die teilnehmenden Einrichtungen von großen Blockaden innerhalb des Helfersystems. Es falle vielen Beratern und Therapeuten sehr schwer, suchtkranke Eltern auf das Erleben ihrer Kinder anzusprechen. Diese Befangenheit der Fachkräfte führe teilweise zu einer vollkommenen Tabuisierung des Themas. Auch könne eine Konkurrenz der sozialen Dienste untereinander teilweise sogar zu „Vermittlungsverboten“ führen. „Angst vor Folgekosten“ wurde beispielsweise als Begründung der konkurrierenden Anbieter benannt. Es sei jedoch auch häufig vorgekommen, dass die Netzwerkpartner der teilnehmenden Einrichtungen (z.B. Jugendamt, Allgemeine

Soziale Dienste (ASD), Schulsozialarbeiter) zwar gerne ihre Unterstützung bei der Rekrutierungsarbeit zugesagt, letztendlich aber keine Familien vermittelt hätten. Suchtkranke Eltern seien in erster Linie mit sich selbst beschäftigt und eine Thematisierung der Kinder könne eine zusätzliche Belastung der Eltern durch aufkommende Schuldgefühle auslösen.

Des Weiteren wurde benannt, dass die Rekrutierung von teilnahmebereiten Familien enorm zeitaufwändig sei, da viele Kontakte geknüpft und Informationsgespräche mit potentiell interessierten Familien geführt werden müssten. Ein Großteil der teilnehmenden Einrichtung berichtete, für diesen Aufwand nicht über ausreichende personelle Ressourcen zu verfügen. Die Aufwandsentschädigung, die sie für die Teilnahme am „Trampolin“-Projekt erhalten haben oder hätten, würde hierzu in keinem Verhältnis stehen. Einige der später hinzu gekommenen Einrichtungen merkten an, die Vorlaufzeit der Rekrutierung bis zum spätesten Start der Feldphase sei zu kurz gewesen. Für eine ausreichende Anzahl an teilnehmenden Kindern seien erfahrungsgemäß mehrere Wochen bis Monate vonnöten.

Bei suchtkranken Eltern, die sich bereits im Hilfesystem befanden, stellte sich als typisches Merkmal heraus, dass die Eltern zwar Unterstützung für ihre Kinder wünschten, aber auf keinen Fall ihre Suchterkrankung offen legen wollten, was im Rahmen von „Trampolin“ aber geschehen würde. Einige Eltern waren der (oft irrtümlichen) Ansicht, ihr Kind habe bislang von der Abhängigkeit nichts mitbekommen und dies solle auch so bleiben. Außerdem wollten sie nicht durch das Kind mit ihrer Erkrankung konfrontiert werden. Eine weitere wichtige Rolle spielte die immense Angst vor Stigmatisierung, insbesondere in ländlicheren Gegenden. Eine weitere Schwierigkeit war, dass ein Teil der suchtkranken Eltern wenig Konstanz und Durchhaltevermögen an den Tag legte. Zwar bekundeten sie zunächst ihr Interesse an einer Teilnahme, sagten Termine für die Informationsgespräche dann aber wieder ab oder sprangen sogar ganz ab.

Im Rahmen des Projektes wurden alle teilnehmenden Einrichtungen ( $n = 28$ )<sup>1</sup> nach abgeschlossener Rekrutierungsarbeit in einem Fragebogen gebeten, den Anteil der Ablehnung bei angesprochenen Familien einzuschätzen. Ablehnungsquoten von insgesamt mehr als 70% der Angesprochenen berichteten 19% der Einrichtungen. 33% der befragten Einrichtungen geben an, eine Ablehnungsquote zwischen 30% und 50% erfahren zu haben. Ablehnungsquoten zwischen 10 und 30% der Angesprochenen berichteten 19% der Einrichtungen und Ablehnungsquoten von unter 10% erlebten nur 7% der Einrichtungen. Diese Zahlen unterstreichen die Herausforderungen des Rekrutierungsprozesses auf der familiären Ebene und zeigen den enormen Bedarf an Personalressourcen für das „Trampolin“-Projekt.

### 7.4.3 Herausforderungen im Verlauf der Datenerhebung

Wie bereits beschrieben, traten gelegentlich Schwierigkeiten bei der Datenerhebung auf. Bereits zur  $t_1$ -Befragung gab es bereits einige wenige Familien, die kurz nach dem Erhalt der Kontaktdaten von

---

<sup>1</sup> Am Projekt „Trampolin“ nahmen 27 Einrichtungen teil. Da es einer Einrichtung gelang, zwei Durchläufe von „Trampolin“ durchzuführen, liegt die Stichprobengröße dieser Befragung bei 28.

dem Interviewer nicht mehr telefonisch erreicht werden konnten. Auch zur  $t_2$ - Befragung entwickelte sich die Kontaktierung und Terminvereinbarung mit den Familien als erhebliche Herausforderung für die Interviewer. Dies betraf vor allem das Einhalten von Terminabsprachen, hinsichtlich derer einige Familien sehr unzuverlässig waren, so dass es gar nicht oder nur unter größten Anstrengungen zu einer Befragung des Kindes kommen konnte.

War eine Familie nicht für die Interviewer erreichbar, erfolgte eine Rücksprache mit der entsprechenden teilnehmenden Einrichtung, um mögliche Fehlerquellen bei der Kontaktdatenübermittlung auszuschließen bzw. um andere/neue Kontaktdaten zu ermitteln. Einige Familien zogen jedoch aus der Region weg und waren selbst durch Melderegisteranfragen nicht mehr zu erreichen. In einigen Fällen erwies sich die Kontaktaufnahme zu an der Rekrutierung der Familien beteiligten Jugendämtern als hilfreich. Die Jugendämter unterstützten die Datenerhebung durch Kontaktdatenvermittlung aufsuchender sozialer Dienste, von Familienhelfern und Betreuern, mit deren Hilfe und in deren Beisein eine Befragung der Kinder in den Familien dann in mehreren Fällen doch noch möglich gemacht werden konnte. So konnten zu  $t_3$  sogar wieder Kinder interviewt werden, die zu  $t_2$  nicht befragt werden konnten.

Während zur  $t_1$ -Befragung das Fragebogenheft für die Eltern in den meisten Fällen parallel zur Befragung des Kindes von der entsprechenden Bezugsperson ausgefüllt und dem Interviewer direkt mitgegeben wurde, waren zu  $t_2$  mehrere Eltern dazu nicht mehr bereit. So wurde das Fragebogenheft den Eltern, gemeinsam mit einem frankierten Rückumschlag und dem Kontodatenblatt, dann vom Interviewer für ein späteres Ausfüllen hinterlassen. Das Resultat war ein deutlich verminderter Rücklauf an Elternfragebögen und damit verbunden eine vermehrte, von der Forschergruppe ausgehende Versendung von Erinnerungsschreiben zu  $t_2$ . Zudem wurden sukzessive die Aufwandsentschädigungen für beteiligte Familien erhöht.

War ein Termin zustande gekommen, verlief die Befragung der Kinder und Eltern weitgehend problemlos. Durch die Methodik der Face-to-Face-Befragung der Kinder konnten fehlende Angaben der Kinder im Großen und Ganzen vermieden werden. Vereinzelt berichteten Interviewer allerdings, dass insbesondere die zweite Situation des SSKJ (Fragebogen zum Stresserleben und Stressbewältigung) nicht vom Kind beantwortet wurde. Nach Aussage der Kinder würden sie eine derartige Situation nicht kennen und konnten sich diese auch nicht vorstellen bzw. wollten sich in manchen Fällen die Suchterkrankung der Eltern und die damit verbundene Erfahrung nicht erneut ins Gedächtnis rufen. Vor allem jüngere Kinder hatten Schwierigkeiten, sich mental in die Situation hinein zu versetzen. Hinsichtlich des Elternfragebogens zeigte sich, dass in einigen Fällen, in denen die Bezugsperson nicht suchtkrank war oder auch nicht mit dem suchtkranken Elternteil in einem Haushalt lebte, der AUDIT (Skala zur Erfassung der elterlichen Suchtproblematik) im Fragebogenheft für Eltern nicht beantwortet wurde. Des Weiteren zeigte sich, dass die SCL-27 (Symptomcheckliste zur Erfassung der psychischen Belastung) im Fragebogenheft für Eltern vereinzelt unvollständig ausgefüllt wurde.

Insgesamt lässt sich die in vorangegangenen Studien identifizierte Instabilität suchtbelasteter Familien auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigen. Bei einigen Familien ergaben sich bereits während der Durchführung der Gruppen Veränderungen im Familienleben. Trennung der Eltern, Umzug der ganzen Familie oder eines Kindes zum anderen Elternteil, Sorgerechtsstreitigkeiten, Rückfälle der Eltern in ihr Suchtverhalten sowie Inanspruchnahme dringlicher Hilfen für das Kind spielten dabei eine zentrale Rolle. Diese Veränderungen wurden hauptsächlich von jenen Eltern benannt, die einer Nachbefragung der Kinder dann nicht mehr zustimmten. In dem Zusammenhang zeigte sich auch, dass einige Kinder nicht mehr bei ihren Eltern wohnten, sondern zum Zeitpunkt der t2- oder auch t3-Befragung in einer Pflegefamilie, Jugendwohngruppe, einem Heim oder auf einer geschützten Station einer Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht waren. Auch in diesen Fällen wurde noch bis zuletzt versucht, die Kinder für die weitere Teilnahme an den Interviews zu erreichen.

## 8 Ergebnisse

### 8.1 Beschreibung der Stichprobe

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung. Dabei werden sowohl Merkmale der untersuchten Kinder als auch ihrer Eltern beschrieben.

#### 8.1.1 Soziodemographische Merkmale der teilnehmenden Kinder

Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden  $N = 218$  Kinder (im Folgenden als „Kinderstichprobe“ bezeichnet) und zum dritten Messzeitpunkt noch insgesamt 178 Kinder untersucht (Haltequote von circa 82%). Von den 218 Untersuchungsteilnehmern absolvierten 130 Kinder (59.6%) das Trampolin-Programm und 88 Kinder (40.4%) nahmen an den „Hüpfburg“-Gruppen teil. Die Kinderstichprobe setzt sich aus 104 Mädchen (47.7%) und 114 Jungen (52.3%) zusammen. Die Verteilung der Geschlechter unterschied sich nicht signifikant ( $\chi^2 = 0.00$ ,  $p = .996$ ) zwischen den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Gruppen (siehe *Tabelle 6*).

*Tabelle 6: Prozentangaben zur Geschlechterverteilung in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests*

Verteilung der Geschlechter	Gruppe	N	Mädchen	Jungen	Sig. (2-seitig)
Angaben in Prozent	Trampolin	130	47.7%	52.3%	.996
	Hüpfburg	88	47.7%	52.3%	

Das Durchschnittsalter der Kinderstichprobe betrug 9.79 (SD = 1.87) Jahre zum ersten Messzeitpunkt. Der Altersbereich erstreckte sich zu diesem Zeitpunkt von sechs bis 14 Jahren (siehe *Abbildung 4*). Es gab keinen signifikanten Altersunterschied ( $t = 1.47$ ,  $p = .144$ ) zwischen den Teilnehmern der beiden Gruppenprogramme (siehe *Tabelle 7*).

*Tabelle 7: Mittlere Altersangaben in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben*

Alter	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Altersangabe in Jahren	Trampolin	130	9.95	1.91	.144
	Hüpfburg	88	9.57	1.81	

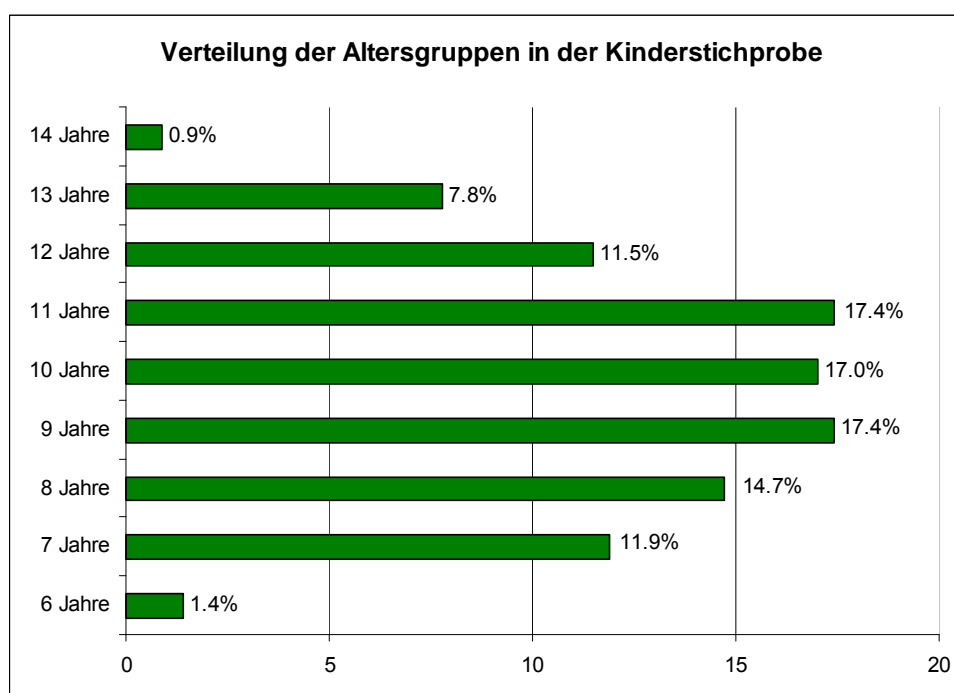


Abbildung 4: Verteilung der Altersgruppen in der gesamten Kinderstichprobe (UG+KG)

Die Kinderstichprobe besuchte zum ersten Erhebungszeitpunkt die Klassenstufen Eins bis Neun. In die erste Klasse gingen 12.6% der Kinder. Für die zweite Klasse ergab sich ein Prozentsatz von 17.2% der Stichprobe, für die dritte Klasse von 17.7% und für die vierte Klasse von 15.8%. Für die fünfte Klasse zeigte sich ein Wert von 14.9% der Kinder, für die sechste Klasse von 17.2% und für die siebte Klasse von 4.2% der Kinder. Zusätzlich besuchte ein Kind die neunte Klasse (0.5%). Damit besuchten insgesamt 63.3% der Stichprobe die Grundschule und 36.8% eine weiterführende Schule. Es ergab sich für die besuchten Klassenstufen kein signifikanter Unterschied zwischen den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Gruppen ( $\chi^2 = 8.64$ ,  $p = .280$ ).

Zum ersten Messzeitpunkt gaben 73.5% aller Kinder an, dass sie ein eigenes Zimmer (als Indikator für sozioökonomischen Status) zur Verfügung hätten, während das bei 26.5% nicht der Fall war. Der Unterschied bezüglich eines eigenen Zimmers zwischen „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppenteilnehmern ist nicht signifikant ( $\chi^2 = 2.69$ ,  $p = .101$ ) (siehe *Tabelle 8*).

Tabelle 8: Prozentangaben zu eigenem Zimmer in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests

Angaben zu eigenem Zimmer	Gruppe	N	ja	nein	Sig. (2-seitig)
Angaben in Prozent	Trampolin	129	77.5%	22.5%	.101
	Hüpfburg	86	67.4%	32.6%	



Befragt nach ihrem aktuellen Lebensmittelpunkt gaben 34.3 Prozent der Kinder an bei ihrer leiblichen Mutter zu wohnen. Insgesamt 28.7% der Kinderstichprobe lebten mit beiden leiblichen Eltern zusammen, während 11.6% bei der Mutter und ihrem (neuen) Partner wohnten. In einem Heim oder einer Wohngruppe lebten 9.3% der Kinder. Beim leiblichen Vater wohnten 5.6% der Stichprobe und weitere 5.1% bei Pflege-/Adoptiveltern. Bei Großeltern oder anderen Verwandten lebten 4.2% und 1.4% beim Vater und seiner (neuen) Partnerin. Der aktuelle Lebensmittelpunkt der Kinder (nach Selbstauskunft) war zum ersten Messzeitpunkt deutlich unterschiedlich zwischen den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Gruppenteilnehmern (siehe *Abbildung 5*) und unterschied sich insgesamt in der Summe aller Differenzen signifikant zwischen beiden Gruppen ( $\chi^2 = 16.52$ ,  $p = .021$ ).

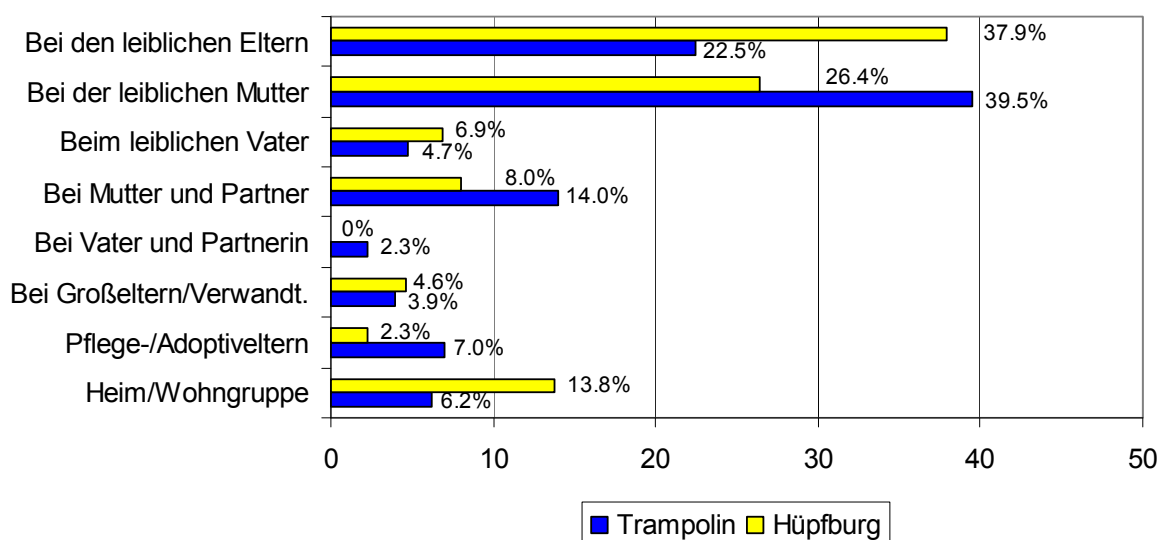


Abbildung 5: Verteilung zu den angegebenen Lebensmittelpunkten (Selbstauskunft der Kinder) in der Stichprobe

### 8.1.2 Substanzkonsum der teilnehmenden Kinder

Die Kinder wurden zum ersten Erhebungszeitpunkt auch nach ihrem Gebrauch von psychotropen Substanzen gefragt. Insgesamt 14.2% der Stichprobe hatten schon einmal geraucht, während 85.8% der Kinderangaben noch nie eine Zigarette probiert zu haben. Die Prozentsätze der Kinder, die bereits in ihrem Leben geraucht hatten, unterschieden sich nicht signifikant ( $\chi^2 = 0.04$ ,  $p = .848$ ) zwischen den „Trampolin“-Gruppen und den „Hüpfburg“-Gruppen (siehe *Tabelle 9*). Innerhalb der Untergruppe der Kinder mit Raucherfahrung ( $n = 30$ ), gaben 50% oder  $n = 15$  Kinder an, dass sie einmal geraucht hätten. Bei 23.3% ( $n = 7$ ) war ein mehrfacher Nikotinkonsum vorgekommen. Ein Kind (3.3%) gab an ungefähr einmal pro Woche zu rauchen und 10% ( $n = 3$ ) rauchten mehrmals pro Woche. Insgesamt vier Kinder oder 13.3% der Kinder mit Nikotinkonsum rauchten mehrmals täglich. Die Frequenz des Nikotingebrauchs unterschied sich ebenfalls nicht signifikant ( $\chi^2 = 3.15$ ,  $p = .534$ ) zwischen den Teilnehmern der „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen.

Tabelle 9: Prozentangaben zur Lebenszeitprävalenz des Nikotinkonsums in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests

Nikotin-Lebenszeitprävalenz	Gruppe	N	ja	nein	Sig. (2-seitig)
Angaben in Prozent	Trampolin	130	13.8%	86.2%	.848
	Hüpfburg	88	14.8%	85.2%	

In der Kinderstichprobe hatten 29.8% bereits mindestens einmal Alkohol in ihrem Leben konsumiert, dagegen hatten 70.2% noch nie Alkohol probiert. Für die Kinder, die am „Trampolin“-Programm teilnahmen ergab sich ein signifikant höherer Prozentsatz ( $\chi^2 = 4.77$ ,  $p = .029$ ) an Kindern mit Alkoholkonsumerfahrung als für die Teilnehmer an den „Hüpfburg“-Gruppen (siehe *Abbildung 6*). Innerhalb der Untergruppe der Kinder mit Alkoholerfahrung ( $n = 63$ ), gaben insgesamt 87.3% ( $n = 55$ ) einen einmaligen Konsum von Alkohol an. Dabei unterteilt sich diese Gruppe in 46%, die „aus Versehen probiert/einmal genippt“ hatten und 41.3%, die berichteten „einmal probiert“ zu haben. Sieben Kinder (11.1% der Gruppe mit Alkoholerfahrung) gaben an, dass der Gebrauch „schon öfter“ vorgekommen wäre und ein Untersuchungsteilnehmer (1.6%) gab an „mehrmals pro Woche“ Alkohol zu konsumieren. Die angegebene Frequenz des Alkoholgebrauchs unterschied sich nicht signifikant ( $\chi^2 = 1.15$ ,  $p = .765$ ) zwischen den Teilnehmern der „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen. Alle befragten Kinder gaben darüber hinaus an, dass sie noch nie illegale Drogen konsumiert hätten.

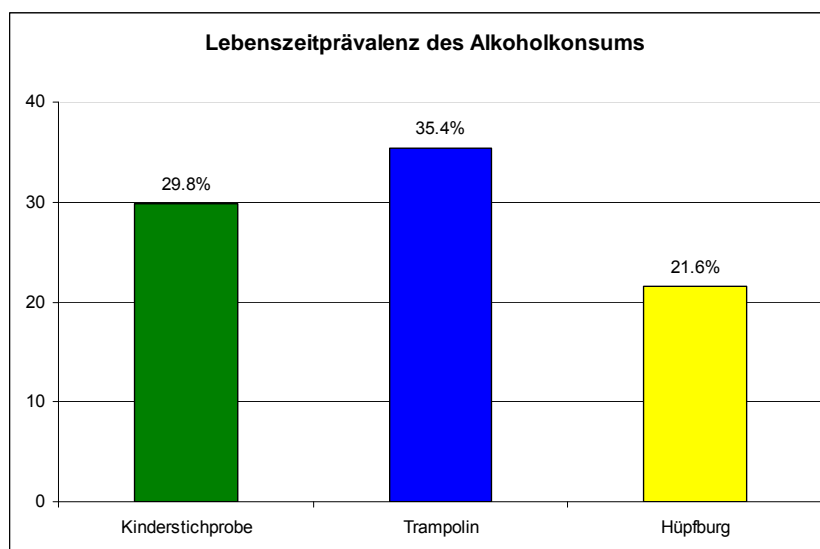


Abbildung 6: Prozentangaben zur Lebenszeit-Prävalenz von Alkohol in der Kinderstichprobe sowie getrennt für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen

### 8.1.3 Beziehung der teilnehmenden Kinder zu ihren Eltern

Ergänzend wurden die Kinder zum ersten Messzeitpunkt auch zu ihrer Beziehung zu ihren leiblichen Eltern (oder zu einer zu benennenden anderen engen Bezugsperson) befragt. Insgesamt 94.4% der Stichprobe wählten als erste enge Bezugsperson die leibliche Mutter. Auf einer Skala von 0 von 10 sollte die Distanziertheit (niedriger Wert) bzw. Enge der Beziehung (hoher Wert) zur Mutter eingeschätzt werden. Für die leibliche Mutter ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 7.88 (SD = 2.37).

Die Mittelwerte unterschieden sich dabei nicht signifikant ( $t = -0.97$ ,  $p = .336$ ) zwischen den Kinder die am „Trampolin“-Programm und den Teilnehmern an den „Hüpfburg“-Gruppen (siehe *Tabelle 10*).

*Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zur Mutter (Enge vs. Distanziertheit) sowie Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben*

Enge Beziehung zur leiblichen Mutter	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Einschätzung auf Skala (Bereich 0 bis 10)	Trampolin	122	7.75	2.26	.336
	Hüpfburg	81	8.07	2.53	

Weiterhin wurde einer Skala von 0 von 10 die Spannung (niedriger Wert) bzw. Harmonie der Beziehung (hoher Wert) zur Mutter von den Kindern eingestuft. In dieser Frage ergab sich für die Mutter ein Mittelwert von 6.75 (SD = 2.83). Der Unterschied in den Mittelwerten (siehe *Tabelle 11*) zwischen beiden Gruppen war nicht signifikant ( $t = 0.02$ ,  $p = .987$ ).

*Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zur Mutter (Spannung vs. Harmonie) sowie Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben*

Spannung in der Beziehung zur leiblichen Mutter	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Einschätzung auf Skala (Bereich 0 bis 10)	Trampolin	122	6.75	2.59	.987
	Hüpfburg	81	6.75	3.18	

Für die Beziehung zu den Vätern erfolgte ebenfalls eine derartige Einschätzung. Insgesamt 79.4% wählten als zweite enge Bezugsperson den leiblichen Vater. Für die Distanziertheit/Enge ergab sich für den leiblichen Vater ein mittlerer Wert von 7.41 (SD = 2.83). Die Mittelwerte unterschieden sich dabei nicht signifikant ( $t = -0.03$ ,  $p = .978$ ) zwischen den Kinder die am „Trampolin“-Programm teilnahmen und den Teilnehmern an den „Hüpfburg“-Gruppen (siehe *Tabelle 12*).

*Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zum Vater (Enge vs. Distanziertheit) sowie Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben*

Enge Beziehung zum leiblichen Vater	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Einschätzung auf Skala (Bereich 0 bis 10)	Trampolin	88	7.41	2.63	.978
	Hüpfburg	64	7.42	3.11	

Für die Frage nach Spannung/Harmonie zeigte sich für den Vater ein Mittelwert von 7.23 (SD = 2.76). Auch in dieser Einschätzung ergab sich kein signifikant Mittelwertsunterschied ( $t = 1.00$ ,  $p = .320$ ) zwischen den Teilnehmern an den „Trampolin“-Gruppen und den Kindern, die an den „Hüpfburg“-Gruppen teilgenommen hatten (siehe *Tabelle 13*).

Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zum Vater (Spannung vs. Harmonie) sowie Ergebnis des *t*-Tests für unabhängige Stichproben

Spannung in der Beziehung zum leiblichen Vater	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Angabe auf Likert-Skala (Bereich 0 bis 10)	Trampolin	88	7.42	2.49	.320
	Hüpfburg	64	6.97	3.10	

#### 8.1.4 Psychische Befindlichkeit der Kinder

Im Folgenden werden die Vergleiche zum ersten Messzeitpunkt zwischen den Kindern, die jeweils an den „Trampolin“-Gruppen oder an den „Hüpfburg“-Gruppen teilgenommen hatten, hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit und in einer Skala zu ihrem Kenntnisstand zu Alkohol/Drogen berichtet. Nach den *t*-Tests für unabhängige Stichproben zeigten sich in den meisten Skalen zur psychischen Befindlichkeit keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen (siehe *Tabelle 14*). Allerdings berichteten die Teilnehmer an den „Hüpfburg“-Gruppen vor Beginn der Intervention durchschnittlich eine höhere psychische Belastung (.000) und physische Stressbelastung (.014) sowie eine schlechtere Stressbewältigungsstrategie in der Skala „Problemorientierte Bewältigung“ (.036) im Vergleich zu den Kindern, die am „Trampolin“-Programm teilgenommen haben (siehe *Tabelle 14*).

Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen in den Fragebogen-Skalen und Ergebnisse der *t*-Tests f. unabhängige Stichproben

Skala	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Suche nach sozialer Unterstützung (SSKJ 3-8)	Trampolin	126	16.75	6.02	.594
	Hüpfburg	86	17.20	6.08	
Problemorientierte Bewältigung (SSKJ 3-8)	Trampolin	130	22.11	5.28	<b>.036</b>
	Hüpfburg	87	20.48	5.98	
Vermeidende Bewältigung (SSKJ 3-8)	Trampolin	129	14.79	5.35	.779
	Hüpfburg	86	14.58	5.32	
Konstruktiv-palliative Emotionsregulation (SSKJ 3-8)	Trampolin	128	16.48	6.10	.828
	Hüpfburg	87	16.67	6.56	
Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation (SSKJ 3-8)	Trampolin	129	12.16	5.07	.361
	Hüpfburg	85	12.82	5.45	
Psychische Belastung	Trampolin	127	16.38	3.59	<b>.000</b>
	Hüpfburg	83	18.24	3.86	
Kenntnisstand zu Alkohol/Drogen	Trampolin	128	5.05	2.08	.212
	Hüpfburg	84	4.68	2.11	
Kognitive Kompetenz (SPPC)	Trampolin	130	2.63	0.64	.899
	Hüpfburg	88	2.64	0.73	
Peerakzeptanz (SPPC)	Trampolin	130	2.99	0.73	.707
	Hüpfburg	88	2.96	0.67	

Skala	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Selbstwertgefühl (SPPC)	Trampolin	130	3.15	0.66	.876
	Hüpfburg	88	3.16	0.73	
Gesamtwert (SPPC)	Trampolin	130	2.92	0.50	.943
	Hüpfburg	88	2.92	0.51	
Gesamtwert (SWE)	Trampolin	128	27.05	5.79	.762
	Hüpfburg	87	26.79	6.78	
Körperliches Wohlbefinden (Kidscreen-27)	Trampolin	129	52.15	10.79	.802
	Hüpfburg	88	51.77	11.63	
Psychisches Wohlbefinden (Kidscreen-27)	Trampolin	130	53.81	12.07	.136
	Hüpfburg	87	51.30	12.17	
Beziehung zu Eltern und Autonomie (Kidscreen-27)	Trampolin	128	49.23	9.14	.057
	Hüpfburg	85	46.51	11.54	
Gleichaltrige und soziale Unterstützung (Kidscreen-27)	Trampolin	130	52.35	10.26	.169
	Hüpfburg	87	50.24	12.13	
Schulisches Umfeld (Kidscreen-27)	Trampolin	130	52.31	10.40	.914
	Hüpfburg	88	52.47	12.09	
Physische Stressbelastung (SSK)	Trampolin	128	11.97	2.69	<b>.014</b>
	Hüpfburg	86	13.05	3.35	

Insgesamt zeigten sich sehr wenige Unterschiede zwischen den Teilnehmern an den Trampolin- und Hüpfburg-Gruppen, was letztlich für eine gelungene Umsetzung des Untersuchungsdesigns spricht. Die oben erwähnte angestrebte Randomisierung wurde zwar nicht gänzlich erreicht, was aber lediglich empirisch vernachlässigbare Auswirkungen auf die Baseline-Daten der Kinderstichprobe hatte. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Wohnsituation der Kinder (Frage nach aktuellem oben genauer beschrieben, in der Wohnsituation, der Alkohol-Konsumerfahrung, der physischen Stressbelastung, der psychischen Befindlichkeit sowie der Stressbewältigungsstrategie „Problemorientierte Bewältigung“. In sämtlichen anderen überprüften standardisierten Fragebogen-Skalen, allen weiteren soziodemographischen Merkmalen, der Beziehung zur leiblichen Mutter bzw. dem leiblichen Vater sowie den anderen Parametern zum Konsum psychotroper Substanzen zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Zusätzlich wurde für alle in *Tabelle 14* aufgeführten Fragebogenskalen noch überprüft, ob sich Unterschiede zwischen den 40 Kindern (18% der Kinderstichprobe), die im Verlauf aus der Studie ausgeschieden waren, und den 178 Kindern (82%), die zu allen Erhebungszeitpunkten befragt werden konnten, zeigten. In diesen Drop-out-Analysen ergaben sich lediglich in drei Skalen signifikante Mittelwertsunterschiede, dabei berichteten die 40 ausgeschiedenen Kinder in den drei Kidscreen-27-Skalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $t = 2.52$ ,  $p = .012$ ), „Psychisches Wohlbefinden“ ( $t = 2.18$ ,  $p = .030$ ) und „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ ( $t = 2.34$ ,  $p = .020$ ) jeweils eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität als die 178 Teilnehmer zu allen drei Messzeitpunkten. Allen hier ge-

nannten Unterschieden wurde in den Outcome-Analysen auswertungstechnisch durch Baseline-Adjustierungen Rechnung getragen (vgl. *Abschnitt 6.8*).

### 8.1.5 Merkmale der Elternstichprobe

Zum ersten Messzeitpunkt lagen für 181 Kinder oder 83% der Kinderstichprobe Elternurteile vor<sup>2</sup>, d.h. für 17% der Stichprobe fehlten Elterneinschätzungen schon zum ersten Erhebungszeitpunkt. Insgesamt 77% der vorliegenden Elternurteile stammten von der Mutter des Kindes, 12% vom Vater und 3% von einer Pflege-/Adoptivmutter. Die restlichen Urteile kamen in jeweils sehr kleiner Anzahl von Großeltern, Betreuerinnen, Erzieherinnen oder Pflege-/Adoptivvätern. Trotz großer Anstrengungen bei der Einholung und Umsetzung der Katamnesen lagen zum dritten Erhebungszeitpunkt nur noch für 108 Kinder Elternurteile vor, die zu allen drei Messzeitpunkten konsistent durch dieselbe Person erfolgt waren. Dies entspricht einer Haltequote von 56% über die Studie hinweg und kann durch die häufig instabile strukturelle Situation und hohe psychosoziale Belastung dieser Familien erklärt werden.

Im folgenden Abschnitt wird die Elternstichprobe hinsichtlich einiger weiterer Merkmale beschrieben. Dabei stammen einige Angaben aus der Dokumentation der Einrichtungen und liegen somit für jedes Kind vor. Andere Angaben stammen aus den Elternfragebögen und liegen somit nur für 83% der Stichprobe vor.

#### *Angaben aus der Dokumentation der Einrichtungen*

Die Einrichtungen dokumentierten im Eingangsgespräch mit den Familien den elterlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen. In insgesamt 39.8% der Fälle wies die Mutter eine Suchtproblematik auf und in 35.2% war es der Vater. Bei insgesamt 18.2% der Kinder hatten beide Eltern ein Suchtproblem und in 3.2% der Fälle die Mutter und eine sonstige Person. Die Suchtproblematik der Eltern unterschied sich nicht signifikant ( $\chi^2 = 10.99$ ,  $p = .052$ ) zwischen den Kindern, die an den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Gruppen teilgenommen hatten. In zwei Drittel aller Fälle (66.7%) war das suchtkranke Elternteil alkoholabhängig. Eine Abhängigkeit von illegalen Drogen wurde in 18.1% der Fälle berichtet und eine kombinierte Alkohol- und Drogenabhängigkeit für 10.6% der suchtkranken Elternteile (siehe *Abbildung 7*). Eine Abhängigkeit von Medikamenten allein oder in Kombination mit Alkohol, illegalen Drogen oder beidem wurde nur in jeweils circa 1% der Fälle berichtet. Die konsumierte Substanz der Eltern unterschied sich ebenfalls nicht signifikant ( $\chi^2 = 11.65$ ,  $p = .070$ ) zwischen den Kindern, die am „Trampolin“- bzw. „Hüpfburg“-Programm teilgenommen hatten.

---

<sup>2</sup> Bei einigen Kindern hatten beide Eltern den Fragebogen ausgefüllt, so dass faktisch zu jedem Messzeitpunkt mehr Elternurteile vorlagen. Es wurde dann jeweils das Urteil desjenigen Elternteils ausgewählt, der auch zu den späteren Erhebungszeitpunkten einen Fragebogen ausgefüllt hatte. In den sehr seltenen Fällen, wo für alle drei Messzeitpunkte die Urteile beider Eltern komplett vorlagen, wurde das Urteil der Person ausgewählt, mit dem das Kind zusammen wohnte, weil davon ausgegangen wurde, dass diese Person am ehesten in der Lage wäre, eine möglichst genaue Einschätzung des jeweiligen Kindes abzugeben.

Bei 57.5% der Fälle bestand das Suchtproblem aktuell, während es bei 28.5% aller Fälle im letzten Jahr bestanden hatte, aktuell aber nicht auftritt. Das Auftreten der elterlichen Suchterkrankung unterschied sich nicht signifikant ( $\chi^2 = 3.83$ ,  $p = .281$ ) zwischen den Kindern, die an den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Gruppen teilgenommen hatten.

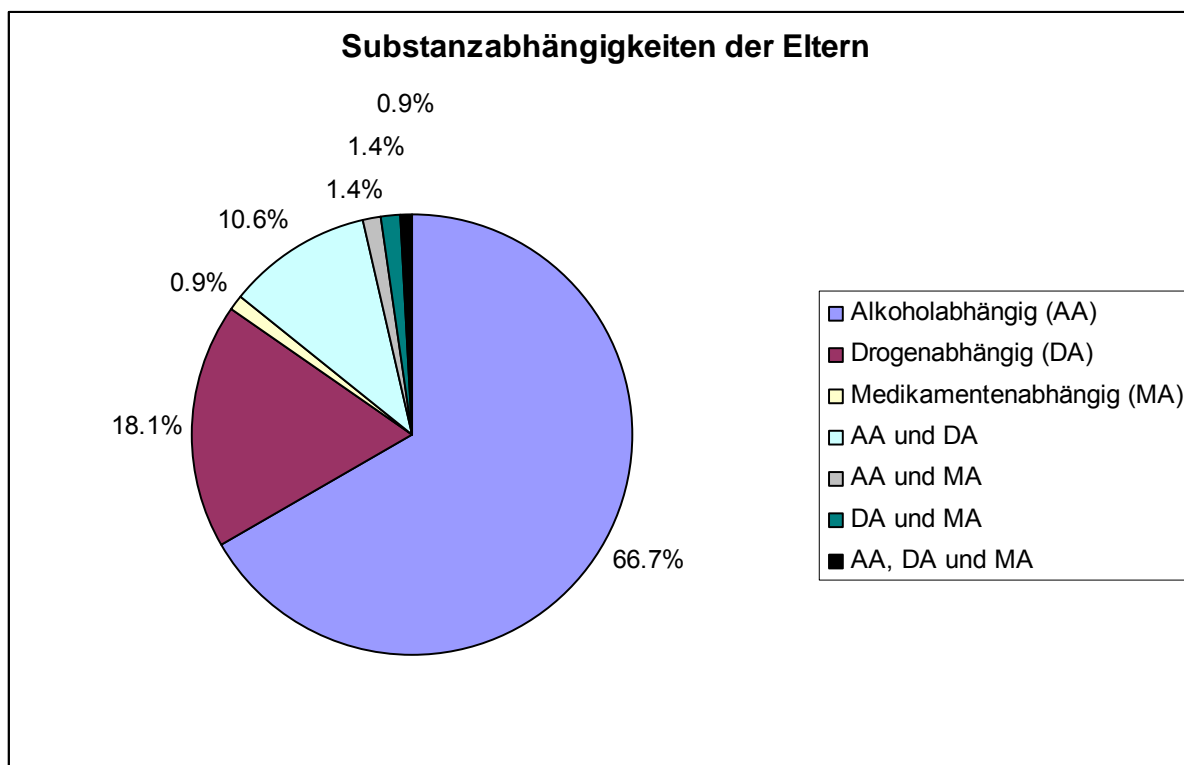


Abbildung 7: Prozentangaben zu den Substanzabhängigkeiten der Eltern der gesamten Kinderstichprobe (UG+KG)

#### Angaben aus den Elternfragebögen

Weitaus überwiegend (in 89.3% aller Fälle) wird für die Mutter als Nationalität „deutsch“ angegeben, nur in 10.7% werden andere Nationalitäten (am häufigsten „polnisch“) angegeben. Die Nationalität der Mutter unterschied sich nicht signifikant ( $\chi^2 = 1.49$ ,  $p = .223$ ) zwischen den Kindern, die an den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Gruppen teilgenommen hatten. Ein ähnliches Bild zeigte sich für die Väter, bei denen 88.1% als Nationalität „deutsch“ angaben und 11.9% eine andere Staatsangehörigkeit (am häufigsten „polnisch“ bzw. „österreichisch“). Die Nationalität des Vaters unterschied sich ebenfalls nicht signifikant ( $\chi^2 = 0.69$ ,  $p = .406$ ) zwischen den Kindern, die am „Trampolin“- bzw. „Hüpfburg“-Programm teilgenommen hatten.

Das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen lag für 14% der Stichprobe bei unter 500 Euro, bei 9.6% zwischen 500 und 750 Euro, bei 17.6% zwischen 750 und 1000 Euro, bei 11.0% zwischen 1000 und 1250 Euro, bei 9.6% zwischen 1250 und 1500 Euro, bei 6.6% zwischen 1500 und 1750 Euro, bei 8.8% zwischen 1750 und 2000 Euro, bei 5.1% zwischen 2000 und 2250 Euro, bei 6.6% zwischen 2250 und 2500 Euro, bei 2.2% zwischen 2500 und 3000 Euro, bei 6.6% zwischen

3000 und 4000 Euro, bei 0.7% zwischen 4000 und 5000 Euro und bei 1.5% über 5000 Euro. Es gab keinen signifikanten Unterschied ( $\chi^2 = 11.01$ ,  $p = .528$ ) im mittleren monatlichen Haushaltseinkommen zwischen den Kindern, die an den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Gruppen teilgenommen hatten.

### 8.1.6 Angaben der Eltern zur Befindlichkeit ihrer Kinder

Bezüglich der psychopathologischen Belastung wurde anhand der im Elternfragebogen gemachten Angaben geprüft, ob sich im Elternurteil Baseline-Unterschiede zwischen den „Trampolin“- und den „Hüpfburg“-Kindern zeigen. In der folgenden Tabelle werden die Vergleiche der Kinder, die jeweils an einem der beiden Gruppenprogramme teilgenommen hatten, hinsichtlich ihrer psychopathologischen Belastung nach Einschätzung der Eltern berichtet. Nach den t-Tests für unabhängige Stichproben zeigte sich zum ersten Erhebungszeitpunkt in keiner SDQ-Skala ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Kindern, die am „Trampolin“-Programm teilgenommen hatten und den Teilnehmern an den „Hüpfburg“-Gruppen (siehe *Tabelle 15*).

*Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychopathologischen Belastung der Kinder nach Elterneinschätzung für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen sowie Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben*

Skala	Gruppe	N	Mittelwert	SD	Sig. (2-seitig)
Emotionale Probleme (SDQ)	Trampolin	107	2.97	2.39	.180
	Hüpfburg	65	3.49	2.57	
Verhaltensprobleme (SDQ)	Trampolin	107	2.93	2.08	.409
	Hüpfburg	65	3.20	2.17	
Hyperaktivität (SDQ)	Trampolin	106	4.37	2.40	.971
	Hüpfburg	65	4.35	2.62	
Probleme mit Gleichaltrigen (SDQ)	Trampolin	107	2.11	2.01	.348
	Hüpfburg	63	2.43	2.28	
Prosoziales Verhalten (SDQ)	Trampolin	108	7.34	1.80	.702
	Hüpfburg	64	7.47	2.23	
Gesamtproblemwert (SDQ)	Trampolin	101	12.17	6.25	.237
	Hüpfburg	61	13.59	7.98	

In den Einschätzungen aus Elternsicht zeigten sich zusammenfassend weder bezüglich soziodemographischer Merkmale oder des Substanzkonsums der Eltern noch in der Elterneinschätzung der psychopathologischen Belastung ihrer Kinder ein statistisch bedeutsamer Unterschiede zwischen den Teilnehmern an den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen. Auch für die SDQ-Skalen wurden analog zum Vorgehen bei der Kinderstichprobe (vgl. Abschnitt 8.1.4) Drop-out-Analysen berechnet, dabei zeigte sich in der Elterneinschätzung zur psychopathologischen Belastung ihrer Kinder in keiner Skala ein signifikanter Unterschied zwischen Kindern, die aus der Studie ausgeschieden waren und den Teilnehmern zu allen drei Messzeitpunkten. Diese Ergebnisse sprechen, auch mit Blick auf die geringen Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern in den Kind-Urteilen, insgesamt für die



in Abschnitt 6.8 beschriebene Intention-To-Treat-Analyse, bei der alle Daten (auch die der Abbrecher) in Analysen verwendet werden.

## 8.2 Ergebnisse der Prozessevaluation

Die begleitende Prozessevaluation des Projektes erlaubt neben der Wirksamkeitsbeurteilung des „Trampolin“-Programms Aussagen über die Prozessqualität der Präventionsmaßnahme.

### 8.2.1 Datengrundlage

Die Fragebögen zur Stimmung und Befindlichkeit der Kinder zu Beginn und nach Beendigung der Module waren in hohem Maße von den Anwesenheitsfrequenzen der teilnehmenden Kinder abhängig. Im Durchschnitt nahmen 126 Kinder (davon 79 in der Interventionsgruppe „Trampolin“) pro Sitzung an der Prozessevaluation teil. Die Stichprobengrößen pro Modul werden aus *Tabelle 16* ersichtlich. 70.9 % der Kinder füllten mindestens 5 modulare Bewertungsbögen aus. Ausschließlich 26 Kinder (13.3 %) füllten in allen neun Sitzungen die Prozessevaluationsbögen aus. Es wurde zudem deutlich, dass die Anzahl ausgefüllter Prozessdokumentationsbögen kontinuierlich sank. Die Abschlussbewertung durch die Kinder, welche nach dem neunten Modul stattfand, wurde lediglich von 130 der 218 Kinder (59.6 %) korrekt ausgefüllt. Fehlende Bewertungsbögen kamen durch entschuldigte oder unentschuldigte Fehlzeiten der teilnehmenden Kinder, durch Programmteilnahmeabbrüche oder auch – jedoch nur in geringer Anzahl – durch Verweigerung der Kinder den Fragebogen auszufüllen zustande. Fehlende Daten entstanden außerdem durch inkorrektes Antwortverhalten oder Deutungsschwierigkeiten, welche vor allem durch Übermalen verursacht wurden. In einer detaillierten Auswertung nach Einrichtungen wurde zudem deutlich, dass die durchschnittliche Anzahl an rückläufigen Fragebögen über die Einrichtungen hinweg stark variierte.

*Tabelle 16: Datengrundlage der Stimmungsthermometer je Modul für Trampolin- und Hüpfburg-Kinder (Prozentangaben in Bezug zur Gesamtstichprobe der Prozessevaluation [N = 196])*

Modul	ausgefüllte Stimmungsthermometer					
	Gesamt	%	Trampolin	%	Hüpfburg	%
1	140	71.4%	85	68.5%	55	76.4%
2	153	78.1%	94	75.8%	59	81.9%
3	137	69.9%	87	70.2%	50	69.4%
4	135	68.9%	84	67.7%	51	70.8%
5	115	58.7%	74	59.7%	41	56.9%
6	114	58.2%	73	58.9%	41	56.9%
7	117	59.7%	78	62.9%	39	54.2%
8	108	55.1%	71	57.3%	37	51.4%
9	112	57.1%	66	53.2%	46	63.9%

Insgesamt bewerteten 27 Kursleiter das Angebot „Trampolin“ und 21 Kursleiter das Angebot „Hüpfburg“. Fast alle Fragebögen waren vollständig. Lediglich eine „Hüpfburg“-Gruppe wurde wegen zu geringer Teilnehmerzahl nach der vierten Sitzung abgebrochen. Eine „Trampolin“-Gruppe wurde von zwei Kursleitern – einem aktiven und einem passiven Co-Kursleiter– bewertet.

Die Eltern-Module sollten planmäßig in allen Einrichtungen, in welchen „Trampolin“ stattfand, durchgeführt werden. In 25 Einrichtungen kam eine Elterngruppe für das Eltern-Modul 1 zustande. Davon konnte in 21 Einrichtungen das folgende Eltern-Modul 2 durchgeführt werden. Insgesamt waren 74 Elternteile zur ersten Sitzung und 61 zur zweiten Sitzung anwesend. 40 Elternteile haben beide Module besucht. Nur in vier Fällen waren zwei (beide) Elternteile eines Kindes zu beiden Sitzungen anwesend (siehe *Tabelle 17*). Alle Elternteile füllten die Prozessevaluationsbögen der Eltern-Module aus.

*Tabelle 17: Anzahl anwesender Eltern in den Eltern-Modulen des Trampolin-Programms*

	erste Sitzung	zweite Sitzung	Insgesamt	davon zu beiden Sitzungen
Anwesende Eltern	74	61	135	40
<i>davon</i>				
Zwei "Elternteile" anwesend	10	6	16	4
Eltern von Geschwisterkindern	9	7	16	5

Tendenziell besuchten eher die Mütter die Elternsitzungen. Ihr Anteil betrug im ersten Eltern-Modul 64.9 % und im zweiten Modul 70.5 %. Väter nahmen mit einem wesentlich geringeren Anteil an den Gruppensitzungen für Eltern teil (1. Modul: 18.9 % und 2. Modul: 14.8 %). Darüber hinaus wurden die Eltern-Module von Pflege-, Adoptiv- oder Stiefmüttern bzw. –vätern (2.7 % bzw. 4.9 %), von Großeltern oder anderen Verwandten (2.7 % bzw. 1.6 %), von den Lebenspartnern der Mütter (1.4 % bzw. 3.3 %) oder von Erziehern bzw. Betreuern der Kinder (1.4 % bzw. 3.3 %) besucht.

### 8.2.2 Bewertung durch die teilnehmenden Kinder

Der Vergleich der abschließenden Gesamtbewertung zwischen IG und KG 1 ist in *Tabelle 18* dargestellt. Es wird deutlich, dass die teilnehmenden Kinder in beiden Gruppen „Gefallen an den anderen Kindern“ fanden, die Mittelwerte sich jedoch signifikant voneinander unterscheiden. Den Kindern der „Trampolin“-Gruppe gefielen die anderen teilnehmenden Kinder bedeutsam besser als den Teilnehmern der „Hüpfburg“-Gruppe, woraus sich schließen lässt, dass in den „Trampolin“-Gruppen ein signifikant besseres Gruppengefühl herrschte (siehe *Tabelle 18*). Es ist demnach davon auszugehen, dass „Trampolin“ vor allem durch die Übungen und den Erfahrungsaustausch eine höhere gegenseitige Akzeptanz unter den Kindern erzeugt und somit ein stärkeres Zusammengehörigkeitsgefühl und ein besseres Gruppenklima schafft. Auch würden die Kinder der „Trampolin“-Gruppe anderen betroffenen Kindern „Trampolin“ tendenziell eher anraten als die „Hüpfburg“-Teilnehmer die „Hüpfburg“-Gruppe.

Tabelle 18: Mittelwertvergleiche (t-Test) der Gesamtbewertungen durch die Kinder (quantitativer Fragebogenteil), Unterschiede zwischen „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Kindern

Item	Gruppe	N	Mittelwert (Note 1-5)	SD	Sig. (2-seitig)
Wie haben Dir die anderen Kinder gefallen?	Trampolin	57	1.95	1.20	<b>.043</b>
	Hüpfburg	49	2.55	1.73	
Würdest Du betroffenen Freunden empfehlen, auch einmal an der Gruppe teilzunehmen?	Trampolin	69	1.16	0.37	<b>.054</b>
	Hüpfburg	47	1.32	0.47	
Wie fandest Du insgesamt die Gruppe?	Trampolin	59	1.98	1.14	.946
	Hüpfburg	50	2.00	1.46	
Wie hat Dir der Kursleiter gefallen?	Trampolin	55	1.69	1.02	.791
	Hüpfburg	49	1.63	1.22	
Wie haben Dir die anderen Übungen und Spiele gefallen?	Trampolin	58	2.16	1.40	.678
	Hüpfburg	50	2.04	1.47	
Sollte es Deiner Meinung nach weiterhin Trampolin-/ Hüpfburg-Gruppen geben?	Trampolin	70	1.14	0.35	.596
	Hüpfburg	51	1.18	0.39	

Qualitative Auswertungen hinsichtlich der einzelnen Modulelemente ergaben, dass die Kapitän Nemo-Entspannungsgeschichten von den „Trampolin“-Teilnehmern (N = 84) nur in 7 Fällen (8.3%) explizit als „hat mir am besten gefallen“ benannt wurden. Dagegen gaben 27 der Kinder an, dass ihnen die Geschichten „am wenigsten“ gefallen haben (32.1%). Die beliebtesten Modulelemente waren die „Spiele“ (N = 22, 26.2 %). Auch die quantitative Auswertung der Benotung der Kapitän Nemo-Geschichten deutet darauf hin, dass die Kinder die Geschichten eher ablehnen. Im Vergleich zu den anderen zu bewertenden Sachverhalten (Rollenspiele, Übungen und Spiele) erzielten die Entspannungsgeschichten auffällig schlechte Werte (siehe *Tabelle 19*). Die ambivalenten Rückmeldungen zeigen sich in der Detailansicht, wo sich die Noten der Kinder für die Kapitän-Nemo-Geschichten bimodal verteilen. So wurden die Entspannungsgeschichten von einigen Kindern stark befürwortet und angenommen (N = 20; 33.3 %) und von anderen stark abgelehnt (N = 23; 38.3 %).

Tabelle 19: Mittelwerte der „Trampolin“-Abschlussbewertungen (Auszug versch. Modulelemente)

Item	N	Mittelwert*	SD
Wie haben Dir die Kapitän-Nemo-Geschichten gefallen?	60	3.47	2.23
Wie haben Dir die Rollenspiele gefallen?	57	2.11	1.42
Wie haben Dir die anderen Übungen und Spiele gefallen?	58	2.16	1.40

\* Die Mittelwerte sind wie Schulnoten zu bewerten (Wertebereich [1 - 6]).

Die modulare Veränderung der Stimmung der Kinder durch die Module (in Form der Differenz der Stimmung vor und nach der jeweiligen Sitzung) ist in *Abbildung 8* deskriptiv dargestellt. Von inferenzstatistischen Vergleichen der Untersuchungsgruppe mit der Kontrollgruppe wurde aufgrund der hohen Anzahl fehlender Werte abgesehen (vgl. Abschnitt 8.2.5).

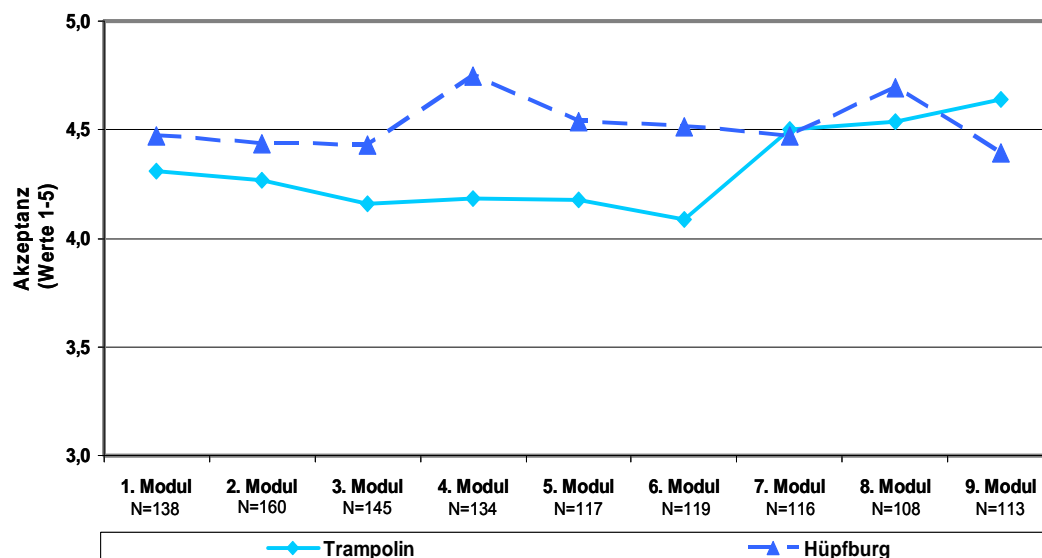


Abbildung 8: durchschnittliche Verbesserung der Stimmung der Kinder nach Modul und Gruppe

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass sich weder bei „Trampolin“ noch bei „Hüpfburg“ eine kontinuierliche Stimmungsveränderung im Sinne eines starken Trends nach oben oder unten über die Module hinweg erzeugten. Stattdessen sind deutliche Stimmungsschwankungen der Kinder von einer zur nächsten Sitzung ablesbar. Zu einer Stimmungsverschlechterung während der Sitzungen kam es in beiden Programme zu keinem Zeitpunkt. Auffallend positive Stimmungsverbesserungen konnten vor allem durch die „Trampolin“-Module 1, 4 und 7 erreicht werden. Inhalte dieser Sitzungen waren das gegenseitige Kennenlernen (Modul 1), die Psychoedukation (Modul 4) und das Erlernen von Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie (Modul 7). Insgesamt ist festzustellen, dass sowohl „Trampolin“ als auch „Hüpfburg“ durchgehend auf hohem Niveau bewertet wurden. Vor allem die letzten drei „Trampolin“-Module (7 – 9) erzielten sehr hohe Akzeptanz bei den Kindern. Nichtsdestotrotz wurden auch die ersten sechs Module im Durchschnitt mit „gut“ bis „sehr gut“ bewertet (vgl. *Abbildung 9*).

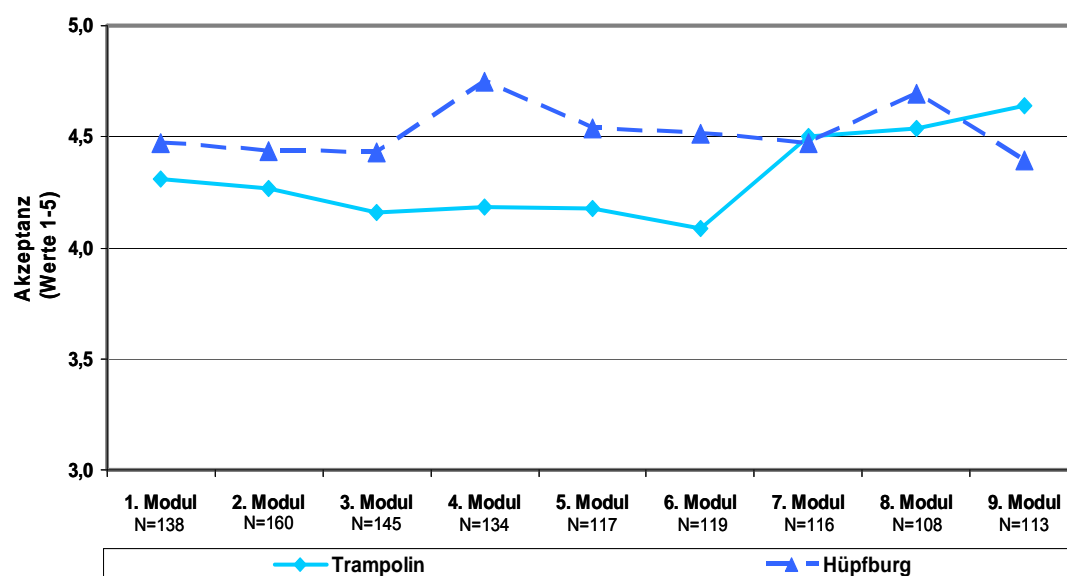


Abbildung 9: Akzeptanz der Sitzungen durch die Kinder nach Modul und Gruppe

### 8.2.3 Bewertung durch die Kursleiter

Die Gesamtbewertungsbögen<sup>3</sup> der Kursleiter wurden vor allem hinsichtlich der Verbesserungsmöglichkeiten des Manuals ausgewertet. Bezüglich der formalen und inhaltlichen Aspekte des Manuals (Abbildung 10) wird deutlich, dass die Arbeitsmaterialien insgesamt größtenteils<sup>4</sup> positiv und nur in 24% der Fälle (N = 5) mittelmäßig bewertet wurden.

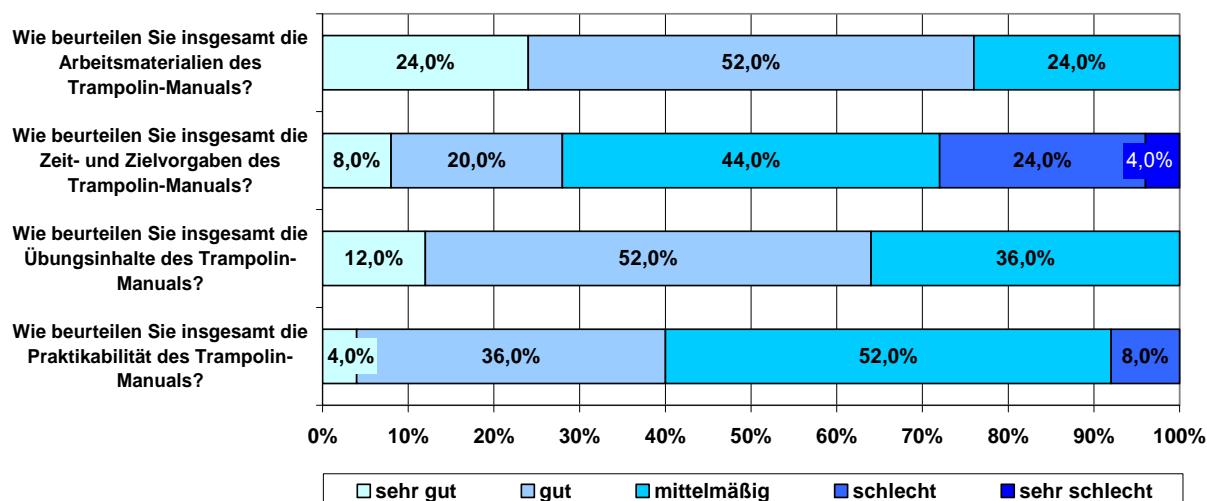


Abbildung 10: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – formale und inhaltliche Aspekte

Auch die Übungsinhalte des „Trampolin“-Manuals erzielten größtenteils positive Rückmeldungen (64.0% „gut“ bis „sehr gut“). Wesentlich schlechteres Feedback erhielten dagegen die Zeit- und Zielvorgaben, welche von 28.0% der Kursleiter mit „sehr schlecht“ oder „schlecht“ und von weiteren 44.0% mit „mittelmäßig“ bewertet wurden. Die Gesamtpraktikabilität des Manuals wurde von 60.0% der Kursleiter nicht schlechter als „gut“ bewertet. Schlussendlich stimmten nur 16.0% der Kursleiter (N = 3) einer Verbesserungsbedürftigkeit des gesamten Manuals völlig und 44.0% dieser ziemlich zu (siehe Abbildung 11).

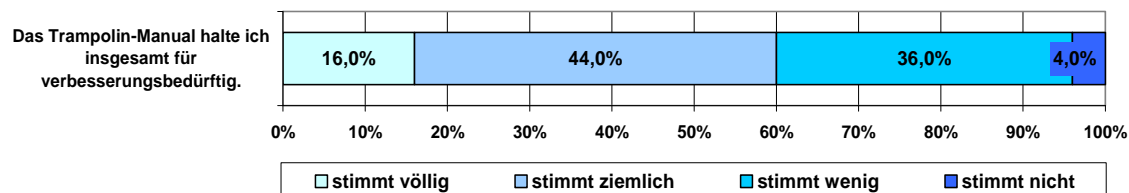


Abbildung 11: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – Verbesserungsbedürftigkeit

<sup>3</sup> Auf die Darstellung der modularen Kursleiterbewertung wurde aus ökonomischen Gründen verzichtet. Die Ergebnisse wurden vor allem in die Manualüberarbeitung einbezogen.

<sup>4</sup> Größtenteils bezieht sich an dieser Stelle auf die Addition der Häufigkeiten der Antwortalternativen „immer“ und „mehr als die Hälfte der Zeit“. Im weiteren Verlauf des Berichtes wird diese Form der Ergebnisdarstellung beibehalten, um positive und negative Bewertungen zu aggregieren und gegenüberzustellen.

Aus der Auswertung gruppenbezogener Prozessfaktoren geht hervor, dass die Kinder in den „Trampolin“-Gruppen größtenteils rege Eigenaktivität zeigten (73.1%) und sich selten langweilten (76.9%). Die Übungen wurden von 78,3% der Kursleiter als überwiegend dem Alter der Kinder angemessen eingestuft, die Kinder hatten ihrer Einschätzung nach größtenteils Spaß an den Gruppenstunden (62,5%), waren gegenüber den Inhalten des Programms offen (73.0%) und arbeiteten 80.0% der Kursleiter zufolge gut mit (siehe *Abbildung 12*).

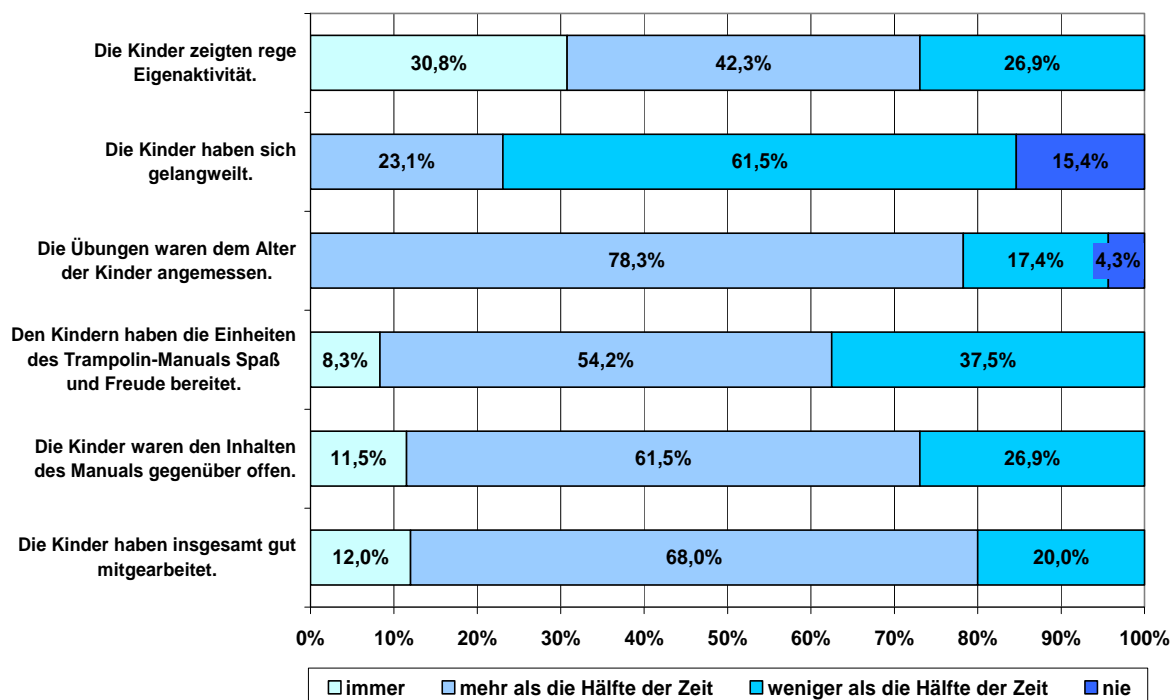


Abbildung 12: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – Gruppengeschehen

Keiner der Kursleiter empfand das „Trampolin“-Manual insgesamt als unbefriedigend oder hatte keinen Spaß bei dessen Umsetzung. Größtenteils wurde das Manual sehr positiv angenommen (siehe *Abbildung 13*).

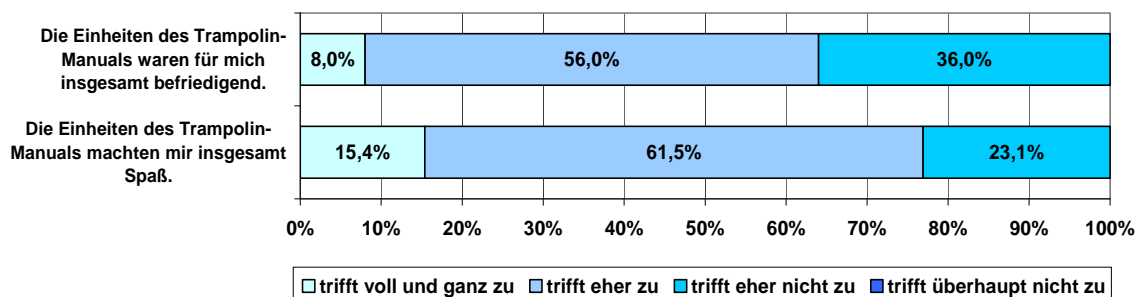


Abbildung 13: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – Zufriedenheit

### *Bewertung der Elternmodule durch die Kursleiter*

Auch die Eltern-Module des „Trampolin“-Angebots wurden von den Kursleitern hinsichtlich formaler und inhaltlicher Aspekte, der Verbesserungsbedürftigkeit, dem Gruppengeschehen und ihrer Zufriedenheit beurteilt. Lediglich die Zeit- und Zielvorgaben wurden dabei zum Teil mit „schlecht“ (22.2%) bewertet. Die Arbeitsmaterialien, Übungsinhalte und deren Praktikabilität hingegen erhielten von deutlich mehr als der Hälfte aller Kursleiter die Beurteilung „sehr gut“ oder „gut“. Nur 40.0% der Kursleiter stimmten einer Verbesserungsbedürftigkeit der Eltern-Module zu. Der quantitativen Bewertung des Gruppengeschehens ist zu entnehmen, dass sich die Eltern nach Angaben der Kursleiter selten langweilten, lediglich 8.9 % werteten dies so in mehr als der Hälfte der Zeit. Die Übungen waren größtenteils dem kognitiven Niveau der Eltern angemessen und wurden von den Eltern interessiert verfolgt. Die Eltern zeigten sich in 88.9% der Fälle immer oder in mehr als der Hälfte der Zeit offen gegenüber den Übungen und arbeiteten in 95.6% der Fälle größtenteils (immer oder in mehr als der Hälfte der Zeit) gut mit. Dementsprechend empfanden die Kursleiter die Elternsitzung eher bzw. voll und ganz befriedigend. In 93.2% stimmten sie der Aussage zu, dass ihnen die Sitzung Spaß bereitet habe.

Die qualitative Auswertung der modularen Bewertungen, welche sich aus den Anregungen von 35 Kursleitern (76.1%) zusammensetzen und in diesem Fall modulübergreifend ausgewertet wurden, ergab ebenfalls, dass vor allem die Zeitvorgaben den Kursleitern Probleme bei der Umsetzung des Manuals bereiteten. Jeder dritte Kursleiter (N = 15) bemängelte, dass das Manual zu viele Inhalte und Übungen pro Sitzung beinhalte, wodurch sie vor allem in den Eltern-Modulen dem starken Redebedarf der Eltern und dem Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch nicht gerecht werden konnten. Größtenteils entschieden sich die Kursleiter in diesen Fällen, den Bedürfnissen der Eltern den Vortritt zu lassen und strichen einige der vorgegebenen Übungen.

Von sieben Kursleitern wurde der Einwand erhoben, dass die Übungen nur für große Gruppen geeignet seien. Ambivalente, jedoch erwartungsgemäße Rückmeldungen betrafen die Angemessenheit der Übungen hinsichtlich des kognitiven Niveaus der Eltern. Vier Kursleiter erwähnten explizit, dass die Übungen für aufgeklärte und engagierte Eltern nicht passend seien. Andere Kursleiter (N = 3) kommentierten hingegen, dass die Übungen realitätsfern und auf zu hohem sprachlichem Niveau wären, und somit in einigen Fällen zur Verweigerung der Teilnahme durch die Eltern führten. In zwei weiteren Fällen wurde die Übung „Ich denke, das denkt mein Kind“ speziell als anregend hervorgehoben. Ein Kursleiter erwähnte, dass die Eltern-Module leider keinen Abschluss beinhalten würden.

#### 8.2.4 Bewertung des Eltern-Moduls durch die teilnehmenden Eltern

Insgesamt wurden die Elternsitzungen von 135 Elternteilen bewertet. Davon gingen 40 Elternbewertungen zweifach in die Auswertung ein, da sie an beiden Sitzungen teilgenommen haben. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Module auf positive Resonanz stießen. So gaben 95.5% der Eltern an, mit der jeweiligen Sitzung voll und ganz oder eher zufrieden gewesen zu sein. Des Weiteren gaben 88.7% der Eltern an, durch die Sitzung neue Erfahrungen gesammelt zu haben, 96.5% erwarben

mehr Verständnis für die Situation des Kindes und 85,6% der Eltern äußerten sich positiv im Hinblick auf ihre Zuversicht, in Zukunft besser mit problematischen Situationen im Zusammenhang mit ihrem Kind umgehen zu können (jeweils „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“; vgl. *Abbildung 14*).

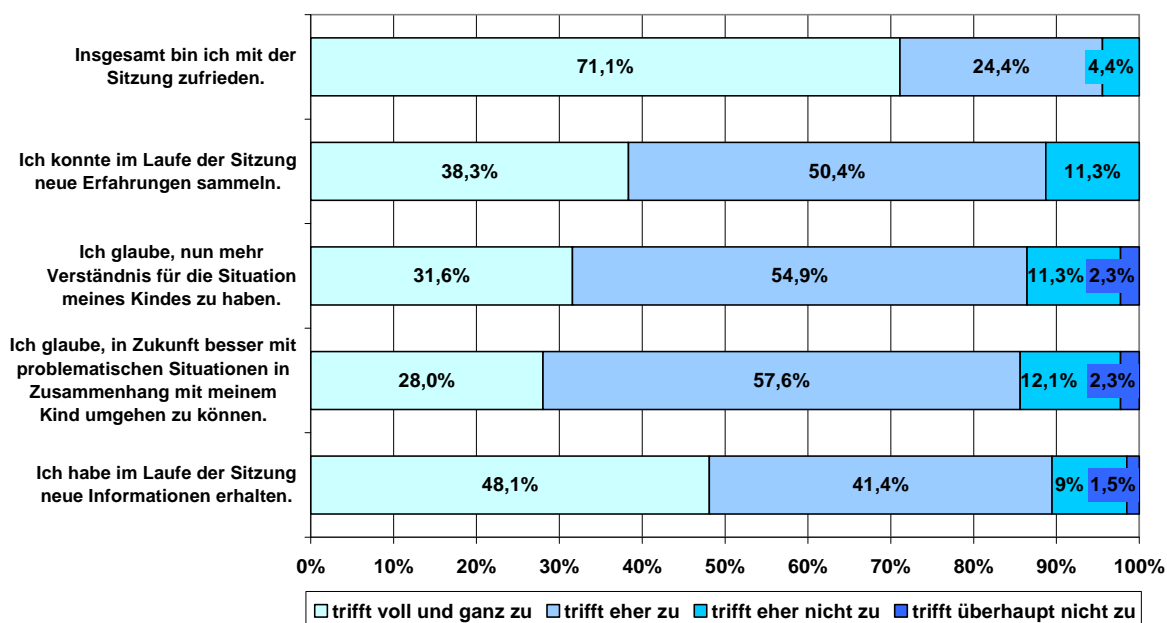


Abbildung 14: Elternbewertung der Eltern-Module – Akzeptanz der Sitzungen

## 8.2.5 Schlussfolgerungen

Die Auswertung der begleitenden Prozessevaluation eröffnet vertiefende Einblicke in die Implementierungsschwierigkeiten. Grundsätzlich zeugen die Beurteilungen durch Kinder, Eltern und Kursleiter von einer hohen Zufriedenheit mit dem Programm. Gleichzeitig ergaben sich in den Auswertungen zahlreiche Anknüpfungspunkte für Verbesserungen, Überarbeitungen und Veränderungen des modularen Gruppenprogramms „Trampolin“. So wurde vielschichtig deutlich, dass vor allem die Kapitän Nemo-Entspannungsgeschichten Probleme bereiteten, da sie von einer größeren Gruppe der Kinder nicht gut angenommen wurden, andere Kinder sich für sie wiederum sehr begeistern konnten. Da aus den Anmerkungen der Kursleiter hervorgeht, dass die Ablehnung anscheinend speziell auf die (geschlechtsspezifischen) Inhalte der Entspannungsgeschichten zurückzuführen ist und nicht an der Entspannungsübung generell lag, wurde eine Empfehlung in das Manual integriert, in diesen Fällen alternativ andere Imaginations- und Entspannungsgeschichten zu verwenden.

Durch die Begleitforschung konnte ebenfalls aufgedeckt werden, dass die teilnehmenden Kinder gelegentlich bis oft fehlten und in einigen Fällen das Programm abbrechen. Die Gründe für einen Abbruch werden in Abschnitt 8.9 genauer beleuchtet. Gelegentliches Fernbleiben ist mit vielfältigen Ursachen zu begründen (Ferien, Krankheit, Desinteresse, etc.). Gehäuft blieben die Kinder nach dem 4. Modul (Psychoedukation) vom Kurs fern. Ein zusätzliches, abschließendes Gespräch nach Modul 4 über den weiteren Verlauf des Programms und eine Vorbeugung von Widerstand sowohl auf Seiten der Kindern als auch der Eltern (zur Vermeidung unangenehmer Fragen im häuslichen Umfeld) könnten einem



Fernbleiben von „Trampolin“ entgegenwirken. Systematisches Fernbleiben kann zusätzlich durch Erinnerungen oder Begleitungen, wie z.B. einem Abholdienst, verringert werden. Zu vermuten ist, dass altershomogene Gruppen und stetes Loben der Kinder für ihr Kommen zu einer kontinuierlichen Teilnahme motivieren.

Inferenzstatistische Berechnungen bezüglich der Stimmungsveränderung durch die Interventionen waren aufgrund der hohen Anzahl fehlender Werte nicht vorschriftsmäßig durchführbar. Auch eine Imputation der Daten war nicht möglich, da die fehlenden Werte (Missings) nicht zufällig auftraten. Die Verteilungen der vollständigen und unvollständigen Datensätze unterschieden sich bedeutsam voneinander<sup>5</sup>. Um die Stimmungsveränderung auf Signifikanz zu prüfen, wäre eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (über 9 Module) angemessen gewesen. Diese konnte ohne Imputation jedoch nicht durchgeführt werden, da lediglich jene 26 Versuchspersonen in die Berechnung hätten einbezogen werden können, welche zu allen neun Messzeitpunkten anwesend waren.

Die Problematik der geringen Gruppenstärke kam sowohl in den Kindergruppen als auch während der Eltern-Module zum Vorschein. Die geringen Teilnehmerzahlen, vor allem in den Kindergruppen, und die daraus resultierenden kleinen Gruppenstärken sind einerseits kongruent mit den Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit einer entsprechendem Klientel, könnten jedoch andererseits auch durch den zusätzlichen Aufwand, den die Begleitforschung und das Ausfüllen der Prozessevaluationsdokumente verursacht haben, entstanden sein. Innerhalb der Elterngruppen konnte eine manultreue Durchführung zusätzlich aufgrund des starken Redebedarfes und das Bedürfnisses nach Erfahrungsaustausch auf Seiten der Eltern selten gewährleistet werden. Die Effektivität der Elterngruppen scheint, unter Anbetracht der positiven Bewertungen und Rückmeldungen durch die Eltern und Kursleiter, dennoch sehr hoch gewesen zu sein.

Alle Ergebnisse flossen in die finale Überarbeitung des „Trampolin“-Manuals ein. Das Manual, welches nach der Abgabe des vorliegenden Berichtes über einen psychologischen Fachverlag veröffentlicht wird, wird in seinen Grundzügen nicht verändert, da eine derartige Überarbeitung laut den Ergebnissen der Prozessevaluation nicht notwendig erscheint. Es werden aber an mehreren Stellen im Manual hilfreiche Hinweise und Anregungen gegeben, die zu einer Optimierung der Durchführung der Module beitragen können. Diese Hinweise beziehen sich zum einen auf die Gesamtdurchführung, aber auch auf die einzelnen Module. So befinden sich im veröffentlichten Manual bei grundsätzlichen Hinweisen sowie nach jedem Modul sogenannte „Info-Boxen“ mit vielfältigen Hinweisen für die praktische Durchführung.

---

<sup>5</sup> d.h. die MCAR-Analyse wurde signifikant Berechnung mittels T-Test: Vergleich der Versuchspersonen mit Missings zu Versuchspersonen ohne Missings

### 8.3 Programmadhärenz bei der Durchführung der „Trampolin“-Gruppen

#### 8.3.1 Vorgehen bei der Adhärenzmessung

Um die Manualtreue der Kursleiter bezüglich des „Trampolin“-Manuals zu gewährleisten, erhielten alle Einrichtungen bei Bedarf eine Videokamera, einige verwendeten ihre eigene (sofern vorhanden). Nach Beendigung der Intervention wurden die Videomitschnitte an die Ansprechpartner in den Instituten gesendet. Die Adhärenzprüfung des eingegangenen Videomaterials erfolgte am Studienstandort Hamburg. Bei den Raterinnen handelte es sich um eine Psychologie-Diplomandin und um eine studentische Hilfskraft. Nachdem zwischen beiden Raterinnen eine ausreichende Beurteilerübereinstimmung festgestellt wurde, beurteilten diese unabhängig voneinander die Programmadhärenz der jeweils aufgenommenen Sitzung. Hierfür wurden zwei selbst erstellte Beurteilungsbögen eingesetzt:

- 1) eine Checkliste zur Überprüfung der inhaltlichen Manualtreue, welche verifiziert, ob die zentralen Übungseinheiten der einzelnen Sitzungen manualgerecht durchgeführt worden sind.
- 2) ein weiterer Bogen zur Erfassung der Bedingungsfaktoren (Mitarbeit, Aktivität und Interesse der Kinder etc.) sowie der Kursleitereigenschaften (Vertrautheit mit und Vorbereitung der Materialien etc.) zur Beurteilung des Implementierungsprozesses und des Implementierungskontexts

Die Bearbeitung der unter 1) aufgeführten Checkliste erfolgte parallel zur Sichtung der Videos. Je Modul wurden damit acht bis 11 Manualelemente hinsichtlich ihrer Manualtreue beurteilt. Jedes Manualelement (z.B. Begrüßung, Besprechung der letzten Woche, Übungen, Spiele, Rollenspiele, Entspannungsgeschichte, Idee für die nächste Woche und Abschlussrunde (Glücksstein) etc.) wurde in sequentielle Handlungsschritte eingeteilt. Für jedes Manualelement wurden demnach mehrere Items überprüft. Nur manualtreu durchgeführte Handlungsschritte wurden gezählt. Daher wurde ein dichotomes Antwortformat (ja und nein) gewählt. Diese detaillierte Überprüfung der einzelnen Handlungsschritte wurde vorgenommen, um die Varianz zu erhöhen. Am Ende jeder Sitzung fand die unter 2) aufgeführte, abschließende Bewertung der Implementierungsbedingungen und der Kursleiterfaktoren durch die Rater statt. Diese wurden fünfstufig eingeschätzt, als Skalierung wurden die Abstufungen gar nicht, kaum, teilweise, überwiegend und vollkommen gewählt. Die Erhebung der Implementierungsbedingungen erfolgte in Anlehnung an die Prozessfaktoren von Law und Shek (2011) sowie in Anlehnung an die Angaben zur Durchführung des Projektes im Begleitheft für teilnehmende Einrichtungen und wurde im Rahmen einer Diplomarbeit durchgeführt. Erhoben wurden z.B. die Methoden der Kursleiter, die Vertrautheit und Gruppenatmosphäre, die Vorbereitung und der Umgang mit Störungen und Ärger. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Diplomarbeit steht noch aus.

Die beiden Raterinnen stimmten in ihrer Beurteilung bereits nach 13 Videos gut überein. Für die inhaltliche Manualtreue ließen sich Kappa-Werte mit einem Range von .46 bis 1.0 und einem Mittelwert von .85 erzielen. Für die Bewertung der Bedingungs- und Kursleiterfaktoren erreichten die Raterinnen eine Intraklassenkorrelation mit einem Range von .59 bis 1.0 und einem Mittelwert von ICC = .83.

Nach Landis und Koch (1977) liegen diese Reliabilitätswerte in den Bereichen von moderat (0.41 bis 0.60), substantiell (0.61 bis 0.80) bis fast perfekt (0.81 bis 1.0).

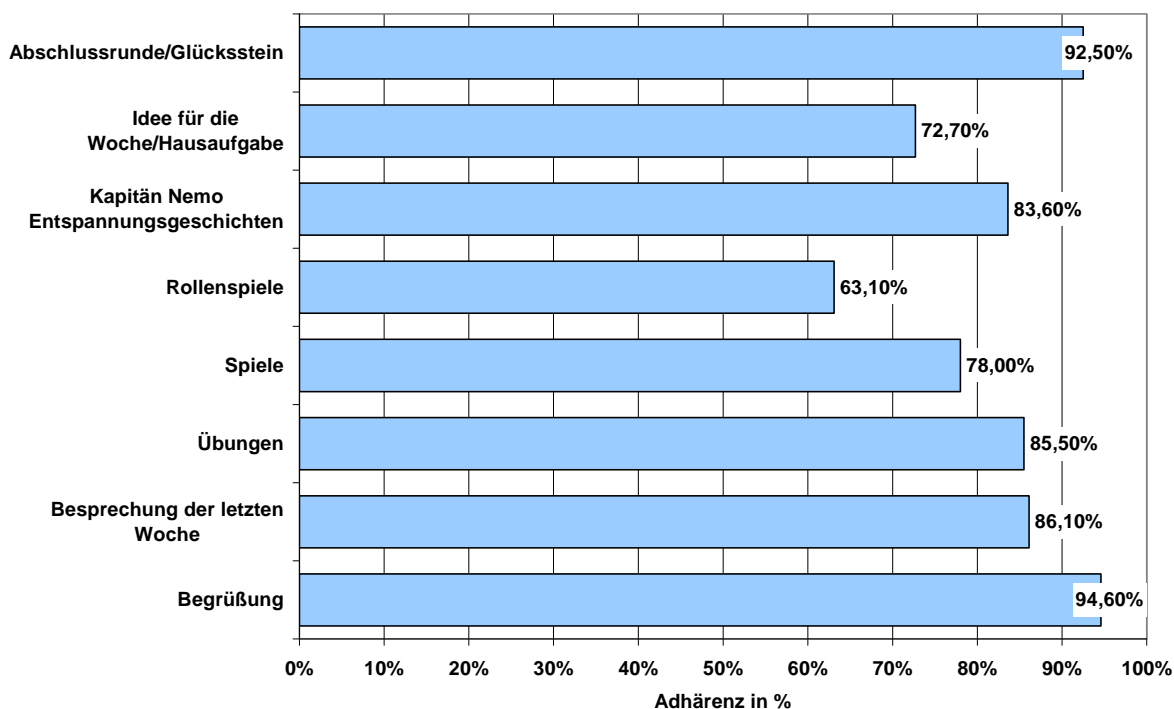
### 8.3.2 Ergebnisse der Adhärenzmessung

Insgesamt kamen 25 Einrichtungen dem Auftrag nach, Videos aufzuzeichnen. Es gingen 49 Videoaufnahmen ein, von welchen 40 Aufnahmen von 21 verschiedenen Einrichtungen vollständig waren und für die Adhärenzmessung verwertbar schienen. Die Verteilung der verwertbaren Videoaufnahmen auf die Module ist in *Tabelle 20* aufgeführt. Eine einzige Einrichtung zeichnete die Eltern-Module auf.

*Tabelle 20: Verteilung der für die Adhärenzmessung verwertbaren Videoaufnahmen auf die Module*

Modul	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Anzahl der Videos	2	3	4	3	6	6	4	5	5

Die Raterinnen beurteilten für die Erhebung der inhaltlichen Manualtreue, wie viele der Modulelemente pro Sitzung von den Kursleitern durchgeführt wurden. Dadurch ergab sich für jede Sitzung pro Raterin eine Prozentzahl, die angibt, in welchem Ausmaß die Kursleiter sich an das Manual gehalten hatten. Eine Sitzung, in der die Kursleiter alle Elemente gemäß Manual behandelt hatten, würde demnach einen Adhärenzwert von 100 % erhalten. Die Analyse der Beurteilungen ergab, dass die Manualtreue insgesamt über alle Einrichtungen ausreichend hoch war. Die Gesamtadhärenz über alle bewerteten Sitzungen beträgt 84.1 %. Für die modulübergreifenden Elemente ergaben sich folgende Prozentwerte für die Adhärenz (siehe *Abbildung 15*):



*Abbildung 15: Adhärenz in Prozentwerten für modulübergreifenden Modulelemente des Trampolin-Programms*

Im Vergleich ist zu erkennen, dass vor allem die Spiele und Rollenspiele weniger manualtreu durchgeführt wurden als die Übungen. Auch die „Ideen für die kommende Woche“ wurden weniger getreu dem Manual durchgeführt. Spezielle Modulelemente, welche nur in einigen Modulen auftraten, verzeichneten im Durchschnitt folgende Adhärenzwerte: Informationen (Modul 1) 93.8 %, „Festlegen von Regeln“ (Modul 1) 100 % und „Erfragen der Wünsche“ (Module 1) ebenfalls 100 %. Des Weiteren beträgt die Manualtreue der „Festlegung eines Gruppennamens“ (Modul 2) 93.3 %, des Liedes (Modul 5) 60 % und der Erinnerung an die erstellten Materialien (Modul 9) 70 %. In *Tabelle 21* ist die Adhärenz getrennt für die Module angegeben.

*Tabelle 21: Adhärenzwerte je Trampolin-Modul in Prozentwerten*

Modul	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Adhärenz in %	92.4	72.9	89.0	90.5	80.5	87.1	76.0	87.7	81.9

### 8.3.3 Schlussfolgerungen

Modul 1, 3 und 4 wurden am manualgetreuesten durchgeführt, wohingegen die Kursleiter in Modul 2 und 7 weniger adhärenz agierten. Auch die Eltern-Module sind hoch manualtreu durchgeführt worden. Aus einer Bewertung zweier Eltern-Module lässt sich schließen, dass die Übungen zu 86% manualgerecht durchgesetzt worden sind. Es ist zu vermuten, dass die wenigen niedrigen Adhärenzwerte mit den Inhalten zusammenhängen könnten. Eine Konfundierung mit den Kursleitern, z.B. mit deren Eigenschaften, deren Erfahrung oder deren Zufriedenheit mit dem Modul, konnte aufgrund der geringen Fallzahl nicht berechnet werden und daher ebenfalls nicht auszuschließen. Von einer Interpretation der Ergebnisse wird daher abgesehen. Dennoch kann – vor allem aufgrund der hohen Gesamtadhärenz – davon ausgegangen werden, dass das „Trampolin“-Programm in der Mehrzahl der Fälle so durchgeführt wurde, wie es von den Programmentwicklern entworfen worden war. Übereinstimmend kamen die beiden Raterinnen zu dem Schluss, dass insgesamt eine mittlere bis hohe Adhärenz erreicht wurde. Die Ergebnisse der Adhärenzprüfung sind ausschlaggebend für die Evaluation der Wirksamkeit des „Trampolin“-Programms, da bei hoher Adhärenz mit größerer Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass die Wirksamkeitsnachweise von „Trampolin“ auf das Programm zurückzuführen sind und Konfundierungen ausgeschlossen werden können (Law & Shek, 2011).

Eine Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Adhärenz und verschiedenen Implementierungsbedingungen (z.B. Interesse der Kinder, Gruppengröße, vertraute Atmosphäre, Vorbereitung der Materialien etc.) steht noch aus und wird im Rahmen einer Diplomarbeit bearbeitet.

## 8.4 Strukturmerkmale der Praxispartner

### 8.4.1 Ergebnisse

23 der 27 teilnehmenden Einrichtungen sandten den Fragebogen zu Strukturmerkmalen ihrer Institution (wie z.B. Mitarbeiter- und Klientenstruktur, Vernetzung, Erfahrung mit Kindern aus suchtbelasteten Familien usw.) ausgefüllt zurück. In der Ergebnisauswertung zeigte sich, dass ein Großteil der durchführenden Standorte im mittel- oder großstädtischen Raum angesiedelt ist; nur eine Einrichtung befindet sich an einem Standort mit unter 20.000 Einwohnern. Hinsichtlich der Trägerschaft befindet sich etwa die Hälfte der Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft oder sind gemeinnützige Vereine. Weniger als ein Viertel der Einrichtungen sind Nichtregierungsorganisationen. befinden sich in kommunaler Trägerschaft oder haben einen privaten Träger.

Mehr als zwei Drittel der Einrichtungen gehören zur Suchthilfe, ein Drittel ist in der Jugendhilfe anzusiedeln und ein Viertel in der Familienhilfe<sup>6</sup>. Des Weiteren werden allgemeine psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfe, Jugendarbeit, psychiatrische Institutsambulanz oder Ausbildungsinstitut als Kategorien genannt. Die Aufgabengebiete der Einrichtungen sind vielfältig: fast alle bieten Einzelgespräche, Gruppenangebote und Kontaktphase/Beratung für ihre Klientel an, betreiben Angehörigen- und Netzwerkarbeit und sind ebenso für Aufklärung, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Von mehr als zwei Drittel werden auch benannt Präventionsarbeit, Qualitätssicherung. Häufig genannt werden auch Suchtbegleitung, Weiterbildung, Nachsorge/Adaption/Übergangsphase, Sozialarbeit und Evaluation. Knapp die Hälfte der Einrichtungen ist für betreutes Wohnen und niedrigschwellige Maßnahmen (z.B. Kontaktcafé) zuständig. Selbsthilfe, Entwöhnungsbehandlungen, Psychotherapie und Familientherapie bietet ungefähr ein Drittel der Einrichtungen an. Ein Viertel bietet zudem Paartherapie und Substitutionsbehandlung, Streetwork oder Sonstiges an (z.B. Supervision, erlebnis- oder freizeitpädagogische Angebot, Jugendarbeit, Schulsozialarbeit oder ambulante Familienhilfe gemäß SGB VIII). Zwei Drittel der Einrichtungen arbeitet systemisch, verhaltenstherapeutisch (60.9%) oder an der motivierenden Gesprächsführung orientiert. Etwa ein Drittel bezeichnet ihr Grundkonzept als tiefenpsychologisch, gesprächs- oder gestalttherapeutisch fundiert.

Knapp die Hälfte der befragten teilnehmenden Einrichtungen beschäftigt 5-10 hauptamtliche Mitarbeiter, etwa ein Viertel gibt an, mehr als 20 hauptamtlich Beschäftigte zu haben. Etwas weniger als ein Viertel hat 10-20 hauptamtlich Beschäftigte und nur eine Einrichtung weniger als 5. Hierbei handelt es sich sowohl um Teilzeit- als auch um Vollzeitstellen. Hinsichtlich der Hintergrundausbildung handelt es sich bei den Hauptamtlichen hauptsächlich um Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter. Es folgen mit einigem Abstand Psychotherapeuten, Suchttherapeuten, Verwaltungsmitarbeiter und Erzieher/ Fachkräfte für soziale Arbeit. Ebenfalls benannt werden Psychologen, Ärzte, Zivildienstleistende/Praktikanten, (Heil-)Pädagogen sowie Ergotherapeuten, Pflegepersonal und Seelsorger. Ein Großteil der befragten Einrichtungen beschäftigt keine oder nur wenige (<5) Honorarkräfte. Ein ähnliches

---

<sup>6</sup> Im Fragebogen zu den Strukturmerkmalen der teilnehmenden Einrichtungen waren Mehrfachnennungen – sofern inhaltlich passend – in der Regel möglich.

Bild ergibt sich hinsichtlich ehrenamtlich Beschäftigten. Nahezu drei Viertel der Einrichtungen beschäftigen keine bzw. weniger als 5 ehrenamtliche Mitarbeiter.

### *Zielgruppe*

Als ihre Zielgruppe bezeichnen fast alle Einrichtungen Jugendliche, Kinder, Familien und Erwachsene. Etwa die Hälfte konzentriert sich ebenso auf Schwangere. Zwei Einrichtungen arbeiten nur mit Frauen bzw. Mädchen zusammen. Einige wenige benennen noch Sonstiges (Multiplikatoren, andere Fachkräfte, Öffentlichkeit). Bei den Problembereichen ihrer Klientel handelt es sich vornehmlich um suchtspezifische Problematiken wie Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Vielfach genannt werden auch Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit, Tabakmissbrauch/-abhängigkeit, pathologisches Spielen und pathologischer Internetgebrauch. Mehr als der Hälfte der Einrichtungen ist mit der Beratung bei psychiatrischen Störungen, psychosomatischen und Essstörungen ebenso befasst wie auch mit Komorbiditäten neben der Suchterkrankung. Zwei Stellen benennen als ihr Themengebiet noch Erziehungsprobleme bei sexuellem Missbrauch und häuslicher Gewalt (Jugendliche als Täter und Opfer).

Mehr als zwei Drittel der befragten Einrichtungen benennen explizit Kinder aus suchtbelasteten Familien als ihre Zielgruppe. In einem nahezu ausgewogenen Verhältnis handelt es sich sowohl um Kinder von suchtmittelabhängigen Vätern als auch suchtmittelabhängigen Müttern<sup>7</sup>. Hierbei stehen hauptsächlich Alkohol- und Opiatabhängigkeit im Vordergrund, doch es werden auch Polytoxikomanie, Amphetamin- und Cannabissmissbrauch und -abhängigkeit berichtet. Nahezu alle befragten Einrichtungen hielten bereits vor der Durchführung von „Trampolin“ ein Angebot für betroffene Kinder vor, neben Gruppenangeboten dominierten hier jedoch andersformatige Aktivitäten wie Weitervermittlung in andere Hilfen, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit und Informationsvermittlung/Schulungen für Multiplikatoren. Familiengespräche und Einzelgespräche mit den Kindern sowie begleitende Elternarbeit werden ebenfalls häufig angeboten. In weniger als die Hälfte der Einrichtungen werden freizeitpädagogische Aktivitäten, frühe Hilfen für Schwangere/Mütter und Nottelefon/Kristenintervention angeboten. Ein spezielles Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien gibt es nur in neun Einrichtungen. In nur wenigen Fällen werden noch Diagnostik, niedrigschwellige Angebote und Kinderbetreuung als Teil des bestehenden Angebots angeführt. In etwa einem Drittel der Fälle bestehen diese Maßnahmen schon seit über 10 Jahren. Ungefähr ein Viertel der Einrichtungen bietet die Maßnahmen erst seit ein oder zwei Jahren an. Finanziert werden diese Angebote in der Regel über Spenden/Stiftungen/Sonderförderungen, kommunale Mittel, Eigenmittel und Landesmittel. Eine nur geringe Rolle spielen Bundesmittel, Beiträge der Familien oder Finanzierungen durch die Krankenkasse.

---

<sup>7</sup> Daten von repräsentativen Studien (z.B. Lachner & Wittchen, 1997; Pabst & Kraus, 2008) zeigen, dass in der Regel insgesamt mehr Väter als Mütter bzw. mehr Männer als Frauen eine stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung aufweisen. Der hier gefundene etwa gleichgroße Anteil an suchtmittelabhängigen und -missbrauchenden Müttern in der vorliegenden Studie ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass zwei der befragten Stellen ausschließlich mit Frauen arbeiten.

### *Merkmale der Kindergruppen*

Ein besonderer Fokus der Befragung lag auf der Ausgestaltung möglicher anderer Gruppenangebote. 12 Einrichtungen gaben an, Gruppenarbeit außerhalb von „Trampolin“ und „Hüpfburg“ mit Kindern aus suchtbelasteten Familien durchzuführen. Es ergaben sich große Unterschiede hinsichtlich des zeitlichen Formats der Gruppen: die Dauer der Gruppen erstreckte sich in etwa gleichen Anteilen von weniger als 5 Gruppenstunden bis fortlaufend ohne zeitliche Begrenzung. Es gab wöchentliche oder zweiwöchentliche Gruppentreffen sowie einmalige oder fortlaufende Wochenendprogramme. Auch sporadische stattfindende Veranstaltungen wurden genannt. Die methodische Gestaltung der Gruppenangebote wurde als vielfältig beschrieben: in fast der Hälfte der Einrichtungen wurden in den Kindergruppen Spiele und/oder Freizeitaktivitäten durchgeführt sowie Rollenspiele, Gespräche und kreative Methoden. Mehr als ein Drittel bot Übungen und Geschichten sowie Psychoedukation, Rituale und Entspannungsmethoden an.

In nur vier Einrichtungen existierte ein schriftliches Konzept oder Manual zu dem Gruppenangebot. Dokumentiert wurde der Verlauf der Gruppenarbeit überwiegend in Statistiken, Jahresberichten, Protokollen/Übergabebüchern, Fragebögen und/oder in der Akte bzw. dem Abschlussbericht des jeweiligen Klienten. Eine Evaluierung des Gruppenangebots geschah – wenn überhaupt – größtenteils (aber nur in etwa einem Drittel der Fälle) über mündliche Rückmeldungen der Kinder und/ oder Eltern. Eine externe Evaluation wird nur von zwei Einrichtungen in Anspruch genommen. In fast der Hälfte der Fälle wurde die Kindergruppe von einem Sozialpädagogen/-arbeiter durchgeführt. Als weitere durchführende Personen wurden Fachkräfte mit therapeutischer Zusatzqualifikation, Pädagogen und Psychologen sowie Erzieher genannt. Mit nahezu gleicher Aufteilung richtete sich das Gruppenangebot an Kinder zwischen 7 und 13 Jahren. Nur ein Drittel der Einrichtungen hatte eine begleitende Elternarbeit integriert. Ungefähr ein Drittel der Einrichtungen führte ihre Kindergruppe parallel zum „Trampolin“-Kurs weiter.

### *Vernetzung*

Ein weiteres Augenmerk der Befragung richtete sich auf potentielle lokale und regionale Vernetzungen der teilnehmenden Einrichtungen. Alle befragten Einrichtungen gaben an, Mitglied eines lokalen oder regionalen Netzwerkes zu sein. Enge Vernetzungen bestehen mit dem Jugendamt, Einrichtungen der Familienhilfe, andere Beratungs- und Behandlungsstellen/Institutsambulanz/Fachambulanz. Ebenso bestehen fast in jeder Einrichtung Kooperationen mit Krankenhaus(abteilungen), ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen, der Selbsthilfe und Rehabilitationseinrichtungen sowie mit Heimen/betreutes Wohnen, niedrigschwelligen Einrichtungen, Schule und Kindergärten. Eine vergleichsweise eher untergeordnete Rolle spielt die Vernetzung mit dem Strafvollzug, diese wurde nur in etwa der Hälfte der Fälle angegeben. Als sonstige Anlaufpunkte wurden genannt: Präventionsrat, AG Jugendsozialarbeit, Kinderschwestern, Kindertherapien, Justiz (Straf-, Familiengericht), Bewährungshilfe, Pflegefamilien, Arbeitsamt (ARGE), Ausländerdienste und Arbeitgeber. Verbindliche Kooperationsverträge mit anderen Einrichtungen existierten in drei Viertel der Einrichtungen.

## 8.4.2 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Fragebogenstudie bieten einen Überblick über Strukturmerkmale der am Forschungsvorhaben beteiligten Einrichtungen. Insgesamt ergibt sich ein recht homogenes Bild. Als primär verantwortlich für die Präventionsarbeit von Kindern aus suchtbelasteten Familien scheint sich die Suchthilfe zu fühlen und nicht das Jugendamt oder die Familienhilfe. Auch die Klientel der Einrichtungen scheint ähnlich in Hinblick auf ihre Problemlagen. Interessanterweise stammt ein Großteil der Einrichtungen, die letztendlich am „Trampolin“-Projekt teilgenommen haben, eher aus dem urbanen Raum. Offensichtlich ist es in größeren Städten deutlich einfacher, betroffene Kinder zu rekrutieren. Wahrscheinlich liegt dies einerseits darin begründet, dass dort in einem kleineren Einzugsgebiet eine größere Zielgruppe vorhanden ist und andererseits darin, dass die Scham und Angst vor Stigmatisierung in ländlicheren Gegenden aufgrund der mangelnden Anonymität größer zu sein scheint. Die teilnehmenden Einrichtungen arbeiten mit eher geringer personeller Ausstattung, was eine aufwändige Rekrutierungsarbeit, wie sie in „Trampolin“ notwendig war (vgl. Abschnitt 7.4.2), erheblich erschwerte. Da auch die Finanzierung der angebotenen Maßnahmen häufig nicht dauerhaft gesichert (z.B. wegen Spenden) und dadurch nicht langfristig planbar ist, ist eine Aufstockung an qualifizierten Personalstellen oft nicht möglich.

Wie in der Status-Quo-Erhebung sowie in der Untersuchung von Arenz-Greiving und Kober (2007) zeigte sich, dass zwar einige Stellen ein eigenes Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien haben, diese Angebote aber in keiner Form als standardisiert bezeichnet werden können. Die Frequenz der Gruppenstunden variierte stark, es gab kaum verschriftlichte Konzepte oder empirisch fundierte Effektivitätsnachweise. Lediglich die Inhalte der Kindergruppen schienen sich zu decken. Die Angaben zu Vernetzungen unterstreichen, dass alle teilnehmenden Einrichtungen lokal und regional mit verschiedenen Institutionen gut vernetzt zu sein scheinen. Wie sich im Projekt „Trampolin“ später herausstellte, scheint dies für eine effektive Rekrutierung von Teilnehmern nur die Basis zu sein, eine zusätzliche Ausweitung der Netzwerke war häufig noch erforderlich (vgl. Abschnitt 7.4.2).

## 8.5 Genutzte Rekrutierungswege

### 8.5.1 Ergebnisse

Alle teilnehmenden Einrichtungen wurden zusätzlich hinsichtlich Vorgehen und Erfolg bei der Rekrutierung der Stichprobe befragt. Zur Art und Weise der Rekrutierung gaben jeweils die Hälfte der Einrichtungen „über Kontakte/Vernetzungen mit anderen Stellen“ oder „über Elternteil, dass bereits in der Einrichtung betreut wird“ als wichtigsten Weg an. Auch als zweitwichtigste Rekrutierungswege wurden von jeweils etwa einem Drittel die Vernetzungen und die Elternteile benannt, während als dritt- und viertwichtigste Rekrutierungswege von jeweils einem Viertel Medien/Öffentlichkeitsarbeit und Informationsveranstaltungen/ Akquise angeführt wurden.



Zum Erfolg der genutzten Rekrutierungswege stellte sich heraus, dass die Rekrutierung „über Eltern- teil, das bereits in der Einrichtung betreut wird“ auf einer sechsstufigen Skala (1 = „sehr erfolgreich“, 6 = „gar nicht erfolgreich“) im Mittel mit 1.96 bewertet wurde. „Über Kontakte/Vernetzungen mit anderen Stellen“ wurde im Mittelwert mit 2.11 bewertet. Als weniger erfolgreich erwies sich die Strategie „Über Medien/Öffentlichkeitsarbeit“: dieser Weg wurde im Mittelwert nur mit 4.60 bewertet, auch „über Informationsveranstaltungen/Akquise“ wurde im Durchschnitt nur mit 4.00 bewertet.

Hinsichtlich des Erfolges der Vernetzungen mit anderen Stellen zeigte sich, dass der Kontakt „anderen Beratungsstellen/Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen“ mit einem Mittelwert von 2.04 die beste Bewertung erhielt. „Kontakte mit dem Jugendamt“ wurden im Mittelwert mit 2.56 bewertet. Kontakte mit dem Gesundheitsbereich zeigten sich als weniger erfolgreich, sie wurden im Mittelwert nur mit 4.63 bewertet. Kontakte mit Selbsthilfegruppen wurden im Mittelwert mit 4.65 bewertet.

### 8.5.2 Schlussfolgerungen

Qualitative Rückmeldungen der teilnehmenden Einrichtungen unterstreichen die quantitativen Auswertungen. Insgesamt zeigen sich die Bedeutung und der Erfolg einer sehr breiten Streuung an Rekrutierungsanfragen, auch gerade an Stellen, von denen man zunächst wenig erwartet habe. Das bedeutet, dass Netzwerke zwischen vielen Einrichtungen aus unterschiedlichen Bereichen des Hilfesystems, die hilfebedürftige Familien vermitteln können, geknüpft werden müssen. Als hilfreich erlebt wurde, wenn die teilnehmende Einrichtung „von oben“ (z.B. durch das Landesministerium, Jugendämter etc.) bei der Durchführung unterstützt wurde. Darüber hinaus erleichtert ein vertrauensvolles Verhältnis der Eltern zu den behandelnden Einrichtungen den Zugang zu den Kindern.

## 8.6 Befragung nicht-teilnehmender Einrichtungen

### 8.6.1 Ergebnisse

Zu Beginn und noch im Verlauf des Projekts „Trampolin“ wurde eine Vielzahl an Einrichtungen kontaktiert, um diesen anzubieten, sich am Projekt zu beteiligen (vgl. Abschnitt 7.1). Bei den 179 Adressaten der im folgenden beschriebenen Kurzbefragung handelt es sich um ebendiese Einrichtungen, die sich - aus verschiedenen Gründen - überhaupt nicht am Projekt beteiligten oder zwar an der Schulung zu „Trampolin“ teilnahmen, dann aber wegen Rekrutierungsschwierigkeiten oder personellen Engpässen wieder aus dem Projekt ausstiegen. 99 Einrichtungen sandten den Fragebogen zurück, das entspricht einer Rücklaufquote von 56.9%. Die antwortenden Einrichtungen waren zu 77,9 % Suchtberatungsstellen, zu 8.4% Präventionsfachstellen, zu 4.2 % Einrichtungen der Familienhilfe und zu 3.2 % Selbsthilfeeinrichtungen. Erziehungsberatungsstellen, Kliniken/Praxen, Einrichtungen der Jugendhilfe und eingetragene Vereine waren zu je 2.1 % vertreten, Jugendamt und einige weitere Institutionen zu je 1.1 % (N = 95; einige Einrichtungen gaben Mehrfachantworten). Die antwortenden Personen aus o.g. Einrichtungen gehörten folgenden Berufsgruppen an: 58.5 % Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen,

23.4 % Pädagogen, 16.0 % Psychologen und 10.6 % Therapeuten. Sonderpädagogen, Ärzte und Sozialwissenschaftler waren zu je 2.1 % vertreten, kaufmännische Angestellte und ehrenamtliche Mitarbeiter zu je 1.1 % (N = 94; einige Befragte gaben Mehrfachantworten).

### *Angebotsformen und Zugangswege*

In 42 (44.7 %) der befragten Einrichtungen gab es zum Zeitpunkt der Befragung - Anfang 2012 - ein Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien (N = 94). Die Form des Hilfeangebots lässt sich wie folgt charakterisieren: 31 Einrichtungen (70.5 %) boten ein Gruppenangebot für Kinder/Jugendliche an, 13 Einrichtungen (29.5 %) ein Einzelangebot für Kinder/Jugendliche, und 18 Einrichtungen (40.9 %) ein Familienangebot. (b) Inhalt des Hilfeangebots für Kinder aus suchtbelasteten Familien: Mit Abstand am häufigsten wurden freizeitpädagogische o.ä. Angebote für die Kinder bzw. Jugendlichen genannt (59.1 %), gefolgt von Gesprächen (ohne Elterngespräche) (36.4 %) und Arbeit mit den Eltern (34.1 %). Immerhin noch jeweils etwa ein Viertel der Befragten nannte Beratung (27.3 %) und/oder Stärkung von konkreten Fertigkeiten und Kenntnissen der Kinder bzw. Jugendlichen (22.7 %).<sup>8</sup>

Die genannten Zugangswege zur Erreichung der Zielgruppe sind vielfältig (N = 46 Einrichtungen). Am häufigsten werden die Kinder und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien über Kontakte/Vernetzungen mit anderen Stellen (insgesamt 82.6 % der Einrichtungen) erreicht. Hier wurde mit Abstand am häufigsten das Jugendamt bzw. der ASD (54.3 %) – ggf. neben anderen Institutionen – genannt. Bei fast der Hälfte der Einrichtungen werden die Kinder und Jugendlichen über die eigenen Klienten (45.7 %) erreicht und bei mehr als einem Drittel der Einrichtungen über Kollegen, Kooperationspartner oder Selbstmelder in der eigenen Einrichtung (37.0 %). Medien bzw. Öffentlichkeitsarbeit stellt für 32.6 % der Einrichtungen einen Zugangsweg zur Zielgruppe dar.

Die Angeschriebenen wurden gefragt, ob in Ihrer Einrichtung überhaupt spezielle Angebote für Kinder, Jugendliche und/oder Erwachsene aus suchtbelasteten Familien eingerichtet werden sollten bzw. dort schon bestehen. Für Kinder und für Jugendliche aus suchtbelasteten Familien ist das Bild ähnlich: in 39.2 % bzw. 40.6 % der Einrichtungen besteht schon ein solches spezielles Angebot, in weiteren 35.4 % bzw. 36.2 % der Einrichtungen sollte es aus Sicht der Befragten eingerichtet werden. 25.3 % bzw. 23.2 % der Befragten gaben an, ein solches Angebot sollte in ihrer Einrichtung nicht eingerichtet werden. Für Erwachsene aus suchtbelasteten Familien besteht in 48.5 % der Einrichtungen schon ein solches spezielles Angebot, in weiteren 19.7 % der Einrichtungen sollte es aus Sicht des Befragten eingerichtet werden. 31.8 % der Befragten gaben an, ein solches Angebot sollte in ihrer Einrichtung nicht eingerichtet werden.

---

<sup>8</sup> Bei der Interpretation dieser und auch der folgenden Zahlen zur Art der Zugangswege ist zu beachten, dass keine vorgegebenen Antworten existierten. Die hier angegebenen Häufigkeiten sind daher als Mindestwerte bezüglich des Vorkommens der jeweiligen Formen und Inhalte des Hilfeangebots zu betrachten.

### Gründe für die Nicht-Teilnahme

Die für diese Kurzbefragung wichtigste Frage war, warum sich die Einrichtungen nicht am Projekt „Trampolin“ beteiligt hatten. Mehrfachantworten waren möglich und tatsächlich gaben nur 24.2 % der Befragten einen einzigen Grund an. 28.4 % gaben zwei Gründe an, 23,2 % drei Gründe und 24.2 % vier bis sieben Gründe (N = 95 Einrichtungen). Die mit Abstand am häufigsten genannten Gründe sind mit Ressourcen verbunden, nämlich zu geringe personelle Ressourcen für die Durchführung (58.9 %) und zu geringe finanzielle Mittel für die Durchführung (37,9 %). Daran anschließend folgen schon diverse andere Gründe (30.5 %). Ebenfalls noch von großer Bedeutung für die Ablehnung der Teilnahme am Projekt „Trampolin“ war der Aspekt, dass die Einrichtung schon ein anderes Programm zur selben Problematik durchführte bzw. auf andere Weise mit diesen Kindern/Jugendlichen arbeitete (20.0 %). Alle anderen Gründe wurden von weniger als 20.0 % der Befragten angekreuzt.

Auf die Frage, ob ihre Einrichtung an dem Projekt „Trampolin“ teilgenommen hätte, wenn die oben genannten hinderlichen Gründe nicht vorhanden gewesen wären, antworteten 76.3 % der Befragten mit „Ja“ und 23.7 % mit „Nein“ (N = 76). Von den 17 Einrichtungen, die auch unter diesen Umständen nicht an dem Projekt „Trampolin“ teilgenommen hätten, gaben vier – ggf. neben anderen Gründen – an, dass sie schon ein anderes Programm zur selben Problematik durchführen; fünf gaben an, solche Kinder und Jugendlichen an andere Stellen weiter zu vermitteln, zwei gaben an, dass es bei ihnen zu wenige Personen mit der entsprechenden Problematik gibt, und zwei gaben an, auf diesem Gebiet nicht zuständig zu sein. Daneben wurden Gründe genannt, die mit Ressourcen oder Randbedingungen des Projektes, nicht aber mit dem Programm an sich zu tun haben, z.B. keine Zeit für die Einarbeitungsphase gehabt zu haben. Gründe, die eventuell im Programm „Trampolin“ selbst zu finden sind, wurden nur von einer dieser Einrichtungen genannt: Dieser Einrichtung waren die Vorgaben zu starr. Das evaluierte Programm „Trampolin“ nunmehr in ihr Regelangebot übernehmen wollten lediglich 12.5 % der befragten Einrichtungen, 38.8 % waren noch unentschlossen und 48.8 % wollten das evaluierte Programm „Trampolin“ nicht als Regelangebot übernehmen (N = 80).

### 8.6.2 Schlussfolgerungen

Diese im Vergleich zur Status-Quo-Erhebung (vgl. Abschnitt 6.1) auf einer deutlich größeren Stichprobe basierenden Resultate bestätigen in wesentlichen Zügen die damaligen Ergebnisse. Außerdem wird deutlich, dass in relativ vielen Einrichtungen kein Angebot für Kinder und/oder Jugendliche aus suchtgefährdeten Familien existiert, obwohl es von den Einrichtungen als sinnvoll angesehen wird. Während es bei den Kindern und Jugendlichen also große Lücken in den befragten Einrichtungen gibt, sieht es bei den Erwachsenen anders aus: entweder besteht das Angebot für diese Klientel schon, oder es sollte aus Sicht der Befragten in ihrer Einrichtung auch gar nicht eingeführt werden.

Die überwiegende Zahl der befragten Einrichtungen hätte sich am Projekt „Trampolin“ beteiligt, wenn es keine Hindernisse gegeben hätte – welche zumeist aus zu geringen personellen und/oder finanziellen Ressourcen bestanden. Die eigenen laufenden Gruppen wollte fast ein Viertel der Befragten nicht

abbrechen, diese Kinder hätten jedoch aufgrund der Einschlusskriterien nicht an der Studie teilnehmen dürfen. So hätten zwei Angebote parallel laufen müssen, was den begrenzten Ressourcen entgegenstand. Auch die zurückhaltenden Antworten zur Übernahme des „Trampolin“-Programms nach der Evaluation sind möglicherweise als Ressourcenproblem zu bewerten, denn der Übernahme eines Programms in das eigene Regelangebot stehen noch deutlich mehr Hürden entgegen als der Teilnahme an einem Modellprojekt – und bereits hier erschienen die Hürden für die befragten Einrichtungen zu hoch (siehe oben). Es wäre jedoch noch interessant gewesen zu erfahren, warum das Programm nicht übernommen werden soll bzw. weshalb an dieser Stelle Unentschlossenheit herrscht. Möglicherweise besteht hier eine eher abwartende Haltung, die durch die Publikation der Ergebnisse und des Manuals verändert werden kann.

## 8.7 Kursleitermerkmale

Zusätzlich zur Evaluation der Kursleiterschulungen wurden verschiedene Charakteristika aller geschulten Kursleiter ausgewertet. Die hierfür notwendige Befragung geschah im Rahmen aller durchgeführten Kursleiterschulungen mithilfe eines speziell angefertigten Kursleiterfragebogens, der zum Ende der Schulungen von allen Teilnehmern ausgefüllt wurde. Der Fokus der Befragung lag auf demographischen Variablen sowie auf Persönlichkeitsmerkmalen.

Von den insgesamt 150 geschulten Kursleitern waren 118 (78.7%) weiblich und 32 (21.3%) männlich. Die Kursleiter waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 22 und 62 Jahre alt, das Durchschnittsalter liegt bei 39.7 Jahren ( $SD = 9.72$ ). Mehr als die Hälfte (56%) der Kursleiter gehörte einer Suchtberatungsstelle an, aus der Jugendhilfe waren weniger als ein Fünftel vertreten. Nur sehr vereinzelt gehörten andere Schulungsteilnehmer Einrichtungen der Familienhilfe, der Selbsthilfe oder anderen Institutionen an, wie z.B. Erziehungsberatungsstellen oder Präventionsfachstellen an. Knapp ein Zehntel machte von der Möglichkeit der Mehrfachnennung Gebrauch, d.h. ihre Einrichtung ist z.B. sowohl in der Sucht- als auch in der Familienhilfe zu verorten. Hinsichtlich des eigenen höchsten Bildungsabschlusses berichteten mehr als vier Fünftel der Kursleiter einen Hochschulabschluss zu besitzen (Uni, TH oder FH). Ein Zehntel gibt die Allgemeine (Fach-) Hochschulreife an und nur ein sehr geringer Anteil der Befragten benannte einen Abschluss der Realschule oder Sonstiges.

Bei der offenen Frage nach der Berufsausbildung der Kursleiter dominierten die Berufsbilder der Dipl.-Sozialpädagogen/Dipl.-Sozialarbeiter noch vor Dipl.-Psychologen und Erziehern. Weitere genannte Berufsabschlüsse waren Diplom-Pädagoge, Facharzt für Psychiatrie, Lehrer, Heilpädagoge, Ergotherapeut, Erziehungswissenschaftler, Musiker oder Arzthelfer. Es wird also deutlich, dass die Kursleiter hauptsächlich aus Berufsgruppen des sozialen Bereichs stammen. Etwas mehr als die Hälfte der Kursleiter verfügte über eine therapeutische oder sonstige Zusatzausbildung. Stark vertreten waren diesbezüglich die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie für die systemische Familientherapie. Insgesamt etwas mehr als ein Viertel verfügte über eine suchtspezifische Zusatzausbildung, hier dominiert deutlich der Abschluss als Suchttherapeut. Im Durchschnitt waren die Kursleiter seit 60.01 Monaten in der am Projekt teilnehmenden Einrichtung tätig ( $SD = 64.42$ , range: 0-

248), dies entspricht im Mittel etwa fünf Jahren. Einige Kursleiter, die neu in der Einrichtung waren, wurden speziell für das Projekt „Trampolin“ engagiert. Etwas mehr als vier Fünftel gaben an, bereits Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gesammelt zu haben, die durchschnittliche Dauer dieser Erfahrungen beträgt 13.09 Jahre (SD = 9.03, range: 1-35).

Zur Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale der Schulungsteilnehmer und künftigen Kursleiter wurde für jede Skala des BFI-10 ein Skalenwert ermittelt. Für die Berechnung dieses Wertes wurde zunächst das negative Item umgepolt, danach wird der Durchschnittswert über beide Items der Skala berechnet (Rammstedt, 2007). Die Skalenmittelwerte der Kursleiter-Stichprobe (n = 149) wurden mittels *t*-Tests für unabhängige Stichproben mit den Mittelwerten einer repräsentativen Normstichprobe deutscher Erwachsener (Rammstedt, 2007; n = 2567) verglichen. Wie aus *Tabelle 22* ersichtlich wird, zeigen sich hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Dimensionen Extraversion ( $t = 7.73$ ,  $p < .001$ ), Verträglichkeit ( $t = 6.65$ ,  $p < .001$ ) und Offenheit für Erfahrungen ( $t = 8.97$ ,  $p < .001$ ), mit jeweils einem höheren Punktwert für die im Rahmen des Projektes befragten Kursleiter (ein höherer Punktwert beschreibt eine stärkere Ausprägung des Merkmals).

*Tabelle 22: Mittelwertsvergleiche zwischen Kursleitern und einer Normstichprobe (t-Test für unabhängige Stichproben) über die BFI-10-Skalen*

	Kursleiter-Stichprobe (n = 149)	Normstichprobe (n = 2567)	
	<i>M (SD)</i>		<i>t</i>
Extraversion	3.81 (.78)	3.24 (.88)	7.73***
Verträglichkeit	3.66 (.63)	3.20 (.83)	6.65***
Gewissenhaftigkeit	4.20 (.63)	4.10 (.69)	1.73
Emotionale Stabilität	3.59 (.72)	3.49 (.85)	1.41
Offenheit für Erfahrungen	4.07 (.74)	3.41 (.88)	8.97***

df = 2714; \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$

Nicht alle der hier erfassten Kursleiter führten schlussendlich eine der „Trampolin“- oder „Hüpfburg“-Gruppen tatsächlich durch. Einige nahmen an der Schulung lediglich als Urlaubs- oder Krankenvertretung teil oder waren eher für einen späteren Durchlauf ohne wissenschaftliche Begleitforschung eingeplant. Da es sich bei den geschulten Kursleitern aber insgesamt um eine Gruppe mit recht homogenen Merkmalen handelt, ist davon auszugehen, dass die Gesamtergebnisse ohne größere Verzerrungen auf die Kursleiter, die die Gruppen tatsächlich durchgeführt haben, übertragen werden können.

## 8.8 Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie dargestellt. Es soll geklärt werden, ob Evidenz für das Programm „Trampolin“ bezüglich der in Abschnitt 6.1 definierten Outcome-Variablen über die Zeit hinweg besteht und ob sich darüber hinaus additive Effekte für das suchtspezifische Angebot „Trampolin“ im Vergleich zur suchtspezifischen Intervention „Hüpfburg“ zeigen. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Zunächst werden die Effekte des Programms bei den Kindern im Kindurteil (Abschnitt 8.8.1 – 8.8.3) und im Elternurteil (Abschnitt 8.8.4 – 8.8.6) dargestellt. Dann wird geprüft, ob es Evidenz für die Wirkung des Eltern-Moduls bei den teilnehmenden Eltern gibt (Abschnitt 8.8.7 und 8.8.8). Weiterhin wird untersucht, ob sich Einflüsse verschiedener Faktoren wie Geschlecht oder Alter auf die Ergebnisse der suchtspezifischen Intervention zeigen (Abschnitt 8.8.9 und 8.8.10). Abschließend erfolgt eine Effektstärkenanalyse (Abschnitt 8.8.11).

Zur Analyse der Messwiederholungen der longitudinalen Daten wurden Baseline-adjustierte, lineare, gemischte Modelle mit den Einflussgrößen Gruppe, Zeit, Baseline und der Wechselwirkung zwischen Gruppe und Zeit berechnet. Bei der Prüfung von Interaktionseffekten wurde jeweils noch eine Einflussgröße (z.B. Alter, Geschlecht) als Kovariate mit hinzugenommen und in ihrer Wirkung, auch im Hinblick auf mögliche Interaktionseffekte, überprüft. Der Vorteil dieser Methodik (vgl. Abschnitt 6.8) ist hierbei, dass simultan geprüft werden kann.

- a) ob sich *über beide Gruppen hinweg* ein signifikanter *Zeiteffekt* zeigt, genauer gesagt zwischen t1 (prä) und t2 (post), zwischen t1 (prä) und t3 (kat) sowie zwischen t2 (post) und t3 (kat),
- b) ob sich zu t2 und zu t3 jeweils ein signifikanter *Gruppenunterschied* zwischen „Trampolin“ und „Hüpfburg“ bei Angleichung der Ausgangsbedingungen (Baseline-Adjustierung) zeigt,
- c) ob sich die Gruppen über die Zeit signifikant unterschiedlich entwickeln (*Interaktionseffekt Zeit x Gruppe*).

Die Überprüfung von a) ist insofern wichtig, als die beiden Interventionen viele Gemeinsamkeiten aufweisen: ähnlich qualifizierte Trainer, gleiche „Dosis“, Kennenlernen anderer Kinder in der gleichen Situation, Zuwendung durch Kursleiter und Mit-Teilnehmende, Anbindung an eine Beratungsstelle. Es ist somit davon auszugehen, dass beide Interventionen Wirkung zeigen und durch die unter a) beschriebene Analyse wird diese sichtbar gemacht. Für die Effekte auf die Kinder im Kind- und Elternurteil werden im Folgenden zunächst diese Ergebnisse dargestellt, bevor anschließend die *additive Wirkung* der suchtspezifischen Intervention mit den Analysen unter b) und c) ermittelt wird. Gemäß den forschungsleitenden Hypothesen (vgl. Abschnitt 6.3) wird mittels dieser Analysen für alle Outcome-Variablen jeweils geprüft, ob sich die Ergebnisse der beiden Gruppen nach Ende der Intervention (t1-t2) und 6 Monate nach der Intervention (t1-t3) signifikant voneinander unterscheiden.

## 8.8.1 Allgemeine Zeiteffekte bei den Kindern (Kindurteil)

Zur Ermittlung der generellen Wirkung beider Interventionen wurden die Effekte - unabhängig von der Intervention - über die Zeit analysiert. *Tabelle 23* ist zu entnehmen, dass sich im Kindurteil zahlreiche signifikante Zeiteffekte zeigen. Die Messwerte entwickeln sich in diesen Fällen mit der Ausnahme der konstruktiv-palliativen Emotionsregulation alle in erwarteter d.h. hypothesenkonformer Richtung. Unterteilt werden die Zeiteffekte in a) Effekte direkt nach der Intervention, b) Effekte sechs Monate nach der Intervention im Vergleich zu t1 und c) Effekte im Katamnesezeitraum, also zwischen t2 und t3.

*Tabelle 23: Zeiteffekte im Kindurteil über beide Gruppen hinweg. Es werden nur signifikante Effekte berichtet.*

Skalen/ Indices	t1-t2	t	t1-t3	T	t2-t3	F	Richtung der Entwicklung
Vermeidende Stressbewältigung	<.0001***	-3.58	<.0001***	-4.97	n.s.		sinkt
Konstruktiv-palliative Emotionsregulation	n.s.		0.03*	-2.18	n.s.		sinkt
Suchtspezifisch: Vermeidende Stressbewältigung	n.s.		<.0001***	-4.00	.002**	10.13	sinkt
Summe negativer Stressbewältigungsstrategien	.003**	-3.06	<.0001***	-4.26	n.s.		sinkt
Suchtspezifisch: Summe negativer Stressbewältigungsstrategien	n.s.		<.0001***	-3.36	.070	3.34	sinkt
Psychische Belastung durch die elterliche Sucht	<.0001***	-4.09	<.0001***	-6.52	.017*	5.84	sinkt
Selbstkonzept: Kognitive Kompetenzen	n.s.		<.0001***	4.26	.002**	10.43	steigt
Selbstkonzept: Peerakzeptanz	n.s.		.001**	3.23	n.s.		steigt
Selbstkonzept: Selbstwert	.001**	3.27	<.0001***	5.38	.077	3.17	steigt
Selbstkonzept: Summenwert	.016*	2.43	<.0001***	5.62	.003**	8.82	steigt
Lebensqualität: psychisches Wohlbefinden	.017*	2.41	n.s.		n.s.		steigt
Lebensqualität in der Beziehung zu den Eltern und der Autonomie	n.s.		.001**	3.44	.005**	8.14	steigt

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant

Direkt nach der Intervention (t1-t2) weisen die Kinder beider Gruppen im Vergleich zu ihrem Ausgangswert signifikant weniger allgemeine vermeidende Stressbewältigung (t = -3.58, p < .001), weniger negative Stressbewältigungsstrategien insgesamt (t = -3.06, p = .003), geringere psychische Belastung (t = -4.09, p < .001), besseren Selbstwert (t = 3.27, p = .001) und ein insgesamt verbessertes Selbstkonzept (t = 2.43, p = .016) sowie höheres psychisches Wohlbefinden (t = 2.41, p = .016) auf.

Sechs Monate nach der Intervention (t1-t3) weisen die Kinder beider Gruppen im Vergleich zu ihrem Ausgangswert signifikant weniger vermeidende Stressbewältigung (allgemein ( $t = -4.97$ ,  $p < .001$ ) und suchtspezifisch ( $t = -4.00$ ,  $p < .001$ ), weniger konstruktiv-palliative Emotionsregulation ( $t = -2.18$ ,  $p = .030$ ), weniger negative Stressbewältigungsstrategien sowohl allgemein ( $t = -3.36$ ,  $p < .001$ ) als auch suchtspezifisch ( $t = -3.36$ ,  $p < .001$ ), geringere psychische Belastung ( $t = -6.52$ ,  $p < .001$ ), verbesserte kognitive Kompetenzen ( $t = 4.26$ ,  $p < .001$ ), Peerakzeptanz ( $t = 3.23$ ,  $p < .01$ ), verbesserten Selbstwert ( $t = 5.38$ ,  $p < .001$ ), ein insgesamt verbessertes Selbstkonzept ( $t = 5.62$ ,  $p < .001$ ) und eine bessere Lebensqualität in der Beziehung zu den Eltern und der Autonomie ( $t = 3.44$ ,  $p < .001$ ) auf.

Signifikante Veränderungen im Katamnesezeitraum (t2-t3) zeigen sich in der suchtspezifischen vermeidenden Stressbewältigung ( $F = 10.13$ ,  $p = .002$ ), der psychischen Belastung ( $F = 5.84$ ,  $p = .017$ ), bei den kognitiven Kompetenzen ( $F = 10.43$ ,  $p = .002$ ), dem Selbstkonzept insgesamt ( $F = 8.82$ ,  $p = .003$ ) und in der Lebensqualität in der Beziehung zu den Eltern ( $F = 8.14$ ,  $p = .005$ ).

### 8.8.2 Gruppeneffekte bei den Kindern (Kindurteil)

Zur Ermittlung der additiven Wirkung der suchtspezifischen Intervention „Trampolin“ wurden Gruppenunterschiede und Interaktionseffekte (*Gruppe x Zeit*) für alle Outcome-Variablen analysiert. Bei den Konstrukten „Wissen“, „Psychische Belastung“ und „Destruktiv-Ärgerbezogene Emotionsregulation“ wurden signifikante Effekte identifiziert, die im Folgenden dargestellt werden.

#### *Gruppenunterschied „Wissen“*

Für den Index „Wissen“ konnte ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen der Gruppenzugehörigkeit und der Zeit ( $F = 5.18$ ;  $p < .0024$ ) ermittelt werden (siehe *Tabelle 24*). D.h. der Wissensstand entwickelt sich in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe nach statistischer Kontrolle des Ausgangswissens signifikant unterschiedlich über die drei Messzeitpunkte hinweg (siehe *Abbildung 16*). Ein genereller Zuwachs an Wissen über die Zeit für alle Versuchspersonen ist jedoch ausgeschlossen (Zeiteffekt:  $F = 0.2$ ;  $p = .655$ ). Der Haupteffekt der Gruppe entfällt aufgrund der signifikanten Wechselwirkung.

*Tabelle 24: Test der festen Effekte des Indexes „Wissen“ (lineares gemischtes Modell)*

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	27.72	<.0001***
Zeit	1	0.20	.655
Gruppe * Zeit	1	5.18	.024*

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$



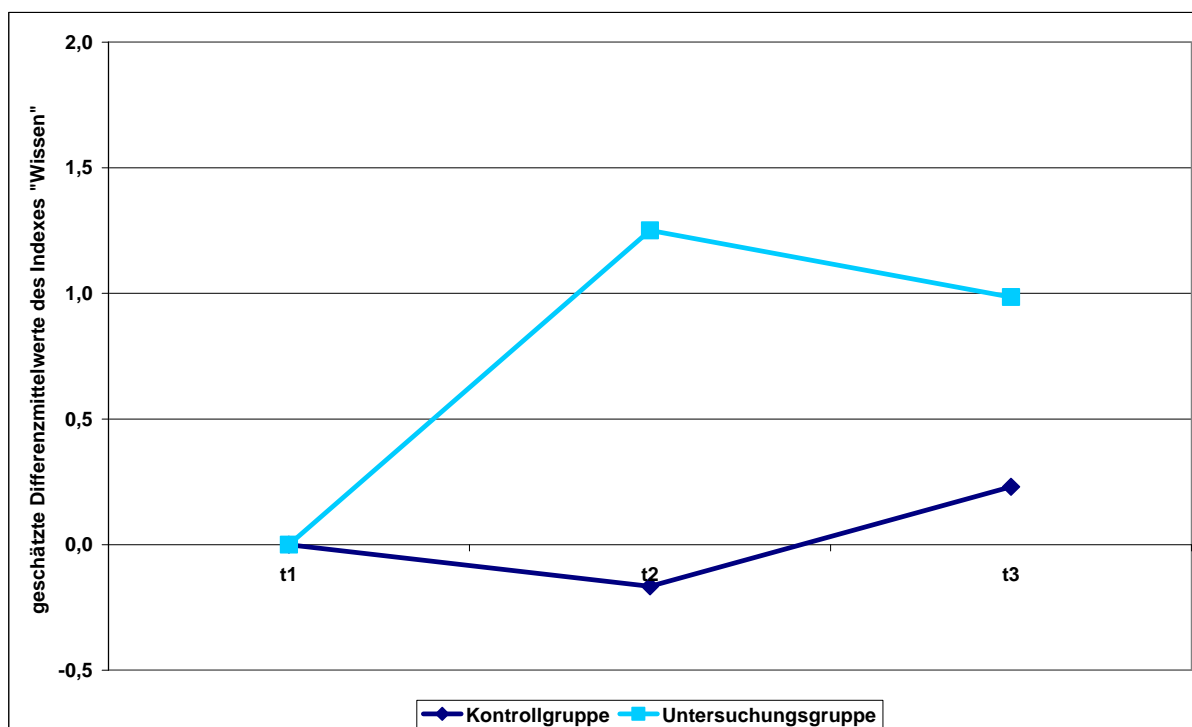


Abbildung 16: geschätzte Mittelwerte des Indexes „Wissen“ für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

Die Berechnungen basieren auf der Grundlage der Differenzen zwischen den Zeitpunkten, deren Mittelwerte *Tabelle 25* zu entnehmen sind. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe nehmen demnach im Durchschnitt signifikante 1.25 Wissenspunkte von t1 zu t2 und 0.99 signifikante Wissenspunkte von t1 zu t3 zu. Die Kontrollgruppe hingegen nimmt von t1 zu t2 gering ab (Differenz = -0.17) und von t1 zu t3 leicht zu (Differenz = 0.23). Die Werte der Kontrollgruppe sind jedoch nicht signifikant von der Baseline (Null) verschieden, wonach der Wissensverlust zu t2 und der Wissensanstieg zu t3 nicht bedeutsam sind.

Tabelle 25: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für den Index „Wissen“ je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Standardfehler der Differenzen
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	1.25	0.16
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	0.99	0.16
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	-0.17	0.19
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	0.23	0.20

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Durch die Analyse der Effektanteile (siehe *Tabelle 26*) kann die Wechselwirkung genauer spezifiziert werden. Betrachtet man die Effekte zu beiden Zeitkomponenten separat voneinander, so wird deutlich, dass sich die Kontroll- und Interventionsgruppe sowohl zum Zeitpunkt t2 ( $F = 32.41$ ;  $p < .0001$ ) als auch zum Zeitpunkt t3 ( $F = 8.72$ ;  $p = .004$ ) signifikant voneinander unterscheiden. Die Effektanteile

innerhalb der Kontroll- und Interventionsgruppe, jeweils über die Zeit gemittelt, unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander (KG:  $F = 3.04$ ;  $p = .083$ ; IG:  $F = 2.14$ ;  $p = .145$ ).

Tabelle 26: Test auf Effektanteile für den Interaktionseffekt Gruppe \* Zeit des Indexes „Wissen“

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	32.41	<.0001***
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	8.72	.004**
Gruppe * Zeit	Kontrollgruppe	1	3.04	.083
Gruppe * Zeit	Interventionsgruppe	1	2.14	.145

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

In den Baseline-adjustierten Mittelwertvergleichen der Differenzwerte wird erneut deutlich, dass sich Kontroll- und Interventionsgruppe zu beiden Zeitpunkten signifikant voneinander unterscheiden, wohingegen zwischen den Zeitpunkten keine allgemeine, gruppenunabhängige Veränderung in den Differenzmittelwerten zu erkennen ist (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den Differenzmittelwerten des Indexes „Wissen“

Vergleiche zwischen	Differenzen der Differenzmittel- werte	Standard- fehler	Signifikanz p-Werte
Gruppen („Trampolin“ – „Hüpfburg“ zeitunabhängig)	1.086	0.206	<.0001***
Zeitpunkte (1. MZP - 2. MZP gruppenunabhängig)	-0.065	0.145	.655

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Zwischen den Gruppen besteht also zu beiden Zeitpunkten ein signifikanter Unterschied im Wissensstand ( $t2$ :  $p < .0001$ ,  $t3$ :  $p = .0036$ ), der vor der Intervention nicht bestand (siehe Stichprobenbeschreibung). Innerhalb der jeweiligen Gruppen besteht jedoch kein Unterschied im Wissensstand zwischen den Zeitpunkten  $t2$  und  $t3$ , d.h. der erworbene Wissensstand der „Trampolin“-Teilnehmer zu  $t2$  bleibt zwischen  $t2$  und  $t3$  stabil, während der Wissensstand der „Hüpfburg“-Teilnehmer von  $t1$  zu  $t3$  nicht signifikant ansteigt. *Abbildung 16* veranschaulicht die Mittelwerte des Indexes „Wissen“ für die Interventions- und Kontrollgruppe nach Zeitpunkten.

Auch mit statistischer Kontrolle der potentiellen Einflussfaktoren Alter und Geschlecht bleiben sowohl der Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit als auch der Interaktionseffekt zwischen Gruppenzugehörigkeit und Zeit bestehen (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28: Test der festen Effekte des Indexes „Wissen“ (lineares gemischtes Modell), Alter und Geschlecht kontrolliert

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	27.26	<.0001***
Zeit	1	0.18	.670
Gruppe * Zeit	1	4.92	.028*

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

#### Gruppenunterschied „psychische Belastung“

Für den Index „psychische Belastung“ konnte ein signifikanter Gruppeneffekt ( $F = 4.38$ ;  $p < .038$ ) sowie ein signifikanter Effekt zwischen den Zeitpunkten ( $F = 5.84$ ;  $p < .017$ ) (siehe oben Zeiteffekte) ermittelt werden (siehe *Tabelle 29*). Wechselwirkungen bestehen nicht.

Tabelle 29: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) des Indexes „psychische Belastung“

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	4.38	.038*
Zeit	1	5.84	.017*
Gruppe * Zeit	1	1.41	.237

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Die Berechnungen basieren auf der Grundlage der Differenzen zwischen den Zeitpunkten, welche der *Tabelle 30* zu entnehmen sind. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe nehmen demnach auf der Belastungsskala im Durchschnitt vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt 1.34 Punkte und von t1 zu t3 sogar 2.45 Punkte ab. Die Kontrollgruppe hingegen nimmt von t1 zu t2 lediglich gering (Differenz = -0.76) aber von t1 zu t3 bedeutsam ab (Differenz = -1.14). Die Werte der Interventionsgruppe sind demnach sowohl direkt nach der Intervention als auch im Follow-up signifikant von der Baseline verschieden ( $p = .0001$ ). Die Kontrollgruppe hingegen unterscheidet sich erst zu t3 signifikant von ihrem Ausgangswert ( $p = .009$ ). *Abbildung 17* veranschaulicht den Verlauf der Belastung innerhalb der Gruppen.

Tabelle 30: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für den Index „psychische Belastung“ je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	-1.34	<.0001***
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	-2.45	<.0001***
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	-0.76	.061
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	-1.14	.009**

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

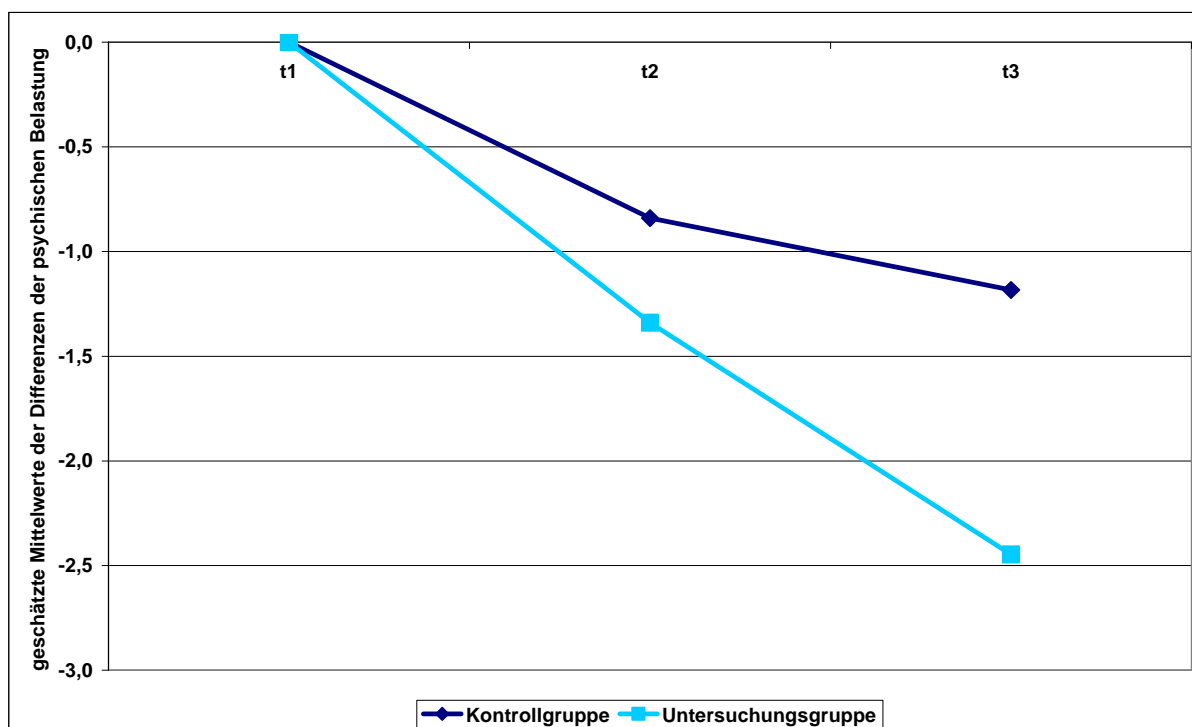


Abbildung 17: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „psychische Belastung“ für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

Durch die Analyse der Effektanteile (siehe *Tabelle 31*) können die beiden Haupteffekte genauer spezifiziert werden. In den Effektanteilen ist ein signifikanter Zeiteffekt von t1 zu t3 zu erkennen, welcher darauf hindeutet, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe zu t3 signifikant voneinander unterscheiden ( $F = 5.39$ ;  $p = .021$ ). Da sich die Interventionsgruppe sowohl zu t2 als auch zu t3 von der Baseline unterscheidet, ist für sie ein Zeiteffekt zu verzeichnen ( $F = 8.35$ ,  $p = .004$ ).

*Tabelle 31: Test auf Effektanteile für den Index „psychische Belastung“*

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	1.21	.327
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	5.39	.021*
Gruppe * Zeit	Kontrollgruppe	1	0.62	.433
Gruppe * Zeit	Interventionsgruppe	1	8.35	.004**

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Somit berichten beide Gruppen im Follow-up einen signifikanten Rückgang an Belastung durch die elterliche Sucht, dieser trat jedoch in der Interventionsgruppe bereits direkt nach der Intervention ein. Die Kinder der Interventionsgruppe zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe nach sechs Monaten zudem eine bedeutsam niedrigere Belastung durch die elterliche Sucht. Werden die Einflussfaktoren Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert bleiben sowohl der Haupteffekt der Gruppen ( $F = 3.84$ ;  $p = .036$ ) als auch der Haupteffekt der Zeitpunkte bestehen ( $F = 5.65$ ;  $p = .016$ ) (siehe *Tabelle 32*).

Tabelle 32: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) für den Index „psychische Belastung“, Alter und Geschlecht kontrolliert

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	3.84	.036
Zeit	1	5.65	.016*
Gruppe * Zeit	1	1.55	.226

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

#### Gruppenunterschied „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“

Für die Skala der destruktiv-ärgerbezogenen Stressbewältigung wurde ein marginal signifikanter Gruppeneffekt ( $F = 3.61$ ;  $p < .059$ ) ermittelt (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Skala destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	3.61	.059
Zeit	1	0.31	.580
Gruppe * Zeit	1	1.22	.271

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Bei separater Betrachtung der Baseline-adjustierten Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten und deren Vergleich zur Baseline (Tabelle 34) wird deutlich, dass lediglich die Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt (marginal) signifikant von ihrem Ausgangswert zum ersten Messzeitpunkt abweicht ( $p = .053$ ). Zum zweiten Messzeitpunkt besteht keine signifikante Abweichung zur Baseline. Deskriptiv betrachtet weicht die Interventionsgruppe leicht, aber zu keinem Messzeitpunkt signifikant von ihrem Ausgangswert ab. Eine detaillierte Auswertung der Effektanteile (Tabelle 35) zeigt, dass sich die Interventions- und Kontrollgruppe in ihren gemittelten Differenzen zwischen den Messzeitpunkten nur zum 1. Messzeitpunkt ( $t_2 - t_1$ ) signifikant voneinander unterschieden ( $F = 3.55$ ,  $p = .027$ ). Abbildung 18 veranschaulicht die Entwicklungsverläufe der Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten zu den Messzeitpunkten  $t_1$  bis  $t_3$ .

Tabelle 34: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Skala „destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung“ je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	0.477	.255
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	-0.137	.745
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	-0.998	.053
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	-0.794	.137

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Tabelle 35: Test auf Effektanteile für die Skala destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	3.55	.027*
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	0.93	.337
Gruppe * Zeit	Kontrollgruppe	1	0.13	.723
Gruppe * Zeit	Interventionsgruppe	1	2.67	.191

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

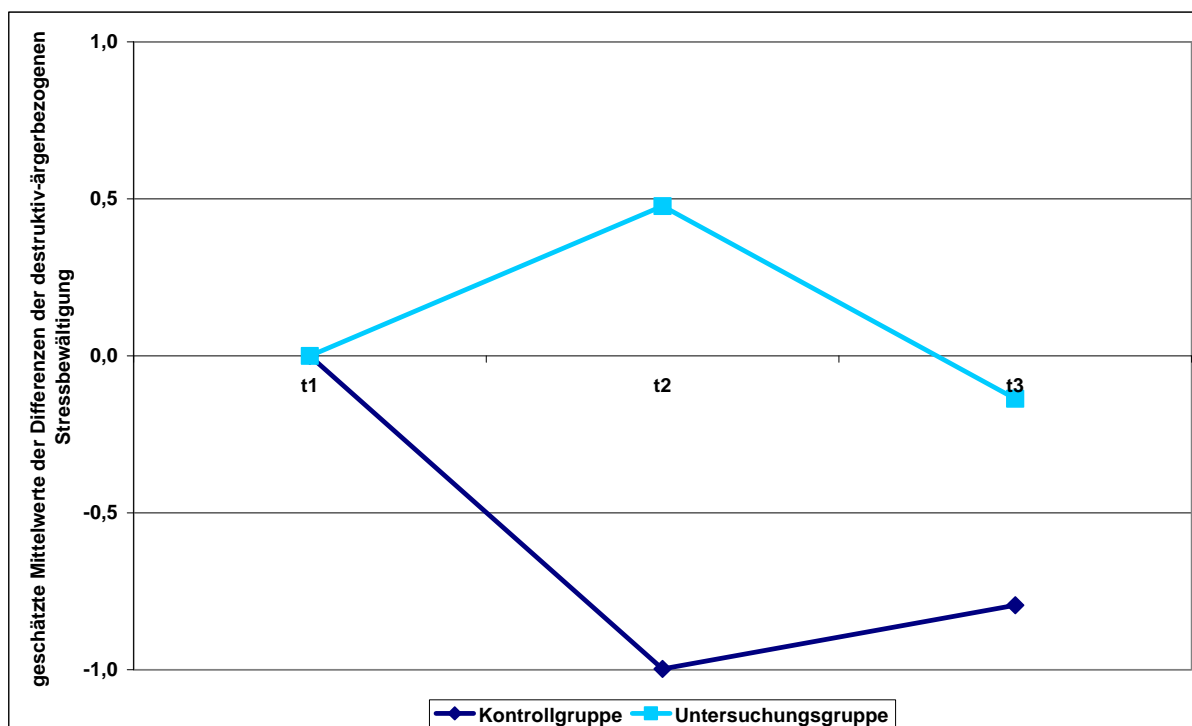


Abbildung 18: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Skala destruktiv-ärgerbezogenen Stressbewältigung für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Kontrollgruppe direkt zu t2 sowohl gegenüber der Interventionsgruppe als auch im Vergleich zum eigenen t1-Ausgangswert signifikant weniger destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigungsstrategien berichtete. Dieser Effekt war zum Zeitpunkt der Katamnese (t3 - t1) jedoch nicht mehr zu beobachten. Auch nach statistischer Kontrolle der Einflussfaktoren Alter und Geschlecht bleibt der Haupteffekt der Gruppen nur marginal signifikant ( $F = 3.04$ ;  $p = .083$ ) (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) für die Skala destruktiv-ärgerbezogenen Stressbewältigung, Alter und Geschlecht kontrolliert

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	3.04	.083
Zeit	1	0.32	.570
Gruppe * Zeit	1	1.21	.274

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

### 8.8.3 Schlussfolgerungen

#### *Zeiteffekte*

Die Auswertung der Outcome-Variablen aus den Kinderfragebögen macht deutlich, dass beide Interventionen, „Trampolin“ und „Hüpfburg“, auf ganz vielfältige Weise bei den teilnehmenden Kindern ankommen. Sie wirken einerseits kurzfristig, andererseits meist auch nachhaltig. Die Vergleiche t1-t2 sowie t1-t3 zeigen den relativen Nutzen der Interventionen im Vergleich zur Ausgangssituation. Obwohl die Interventionen vergleichsweise kurz sind (jeweils neun Treffen), weisen die Kinder nach Ende der Intervention in einigen Bereichen der Stressbewältigung, des Selbstwertes und -konzeptes, der psychischen Belastung und der Lebensqualität deutliche und statistisch signifikante Verbesserungen auf. Einer dieser Effekte ist nur kurzfristig identifizierbar: eine Verbesserung im psychischen Wohlbefinden lässt sich nach sechs Monaten nicht mehr erkennen. Die meisten Effekte aber sind durchaus als nachhaltig zu bezeichnen: Auch nach sechs Monaten weisen die Kinder Verbesserungen in der vermeidenden Stressbewältigung (sowohl allgemein als auch bezogen auf die elterliche Sucht), Reduzierungen der negativen Stressbewältigungsstrategien, geringere psychische Belastung und Verbesserungen im Selbstwert und im Selbstkonzept insgesamt auf. Entwicklungsbedingte Einflüsse sind vor allem bei den Veränderungen zwischen t1 und t2 eher unwahrscheinlich: In diesem kurzen Zeitraum ist wohl kaum davon auszugehen, dass es allein die kindliche Entwicklung ist, die diese Veränderungen hervorruft, zumal es sich aufgrund der breiten Altersspanne der Kinder doch um recht heterogene Entwicklungsstufen handelt.

Einige Effekte sind direkt nach der Intervention noch nicht zu erkennen, sondern nur im Vergleich t1-t3 (konstruktiv-palliative Emotionsregulation, suchtspezifische vermeidende Stressbewältigung, suchtspezifische negative Stressbewältigungsstrategien insgesamt, Verbesserung des Selbstkonzepts im Bereich der kognitiven Kompetenzen und der Peerakzeptanz, Verbesserung der Lebensqualität in der Beziehung zu den Eltern und der Autonomie). Dies weist auf mögliche „Sleeper“-Effekte, hin, d.h. auf Effekte, die durch die Intervention ausgelöst werden, aber erst langsam in den Monaten nach der Intervention stärker und somit statistisch nachweisbar werden. Wenn sich zusätzlich zwischen t2 und t3 ein signifikanter Effekt zeigt, ist nicht nur eine Verstärkung, sondern sogar eine signifikante Verbesserung des jeweiligen Merkmals über den Katamnesezeitraum hinweg zu beobachten. Dies ist bei der suchtspezifischen vermeidenden Stressbewältigung, der psychischen Belastung, einigen Skalen des Selbstkonzepts und der Lebensqualität in der Beziehung zu den Eltern der Fall. Bei Effekten im Katamnesezeitraum sind entwicklungsbedingte Einflüsse nicht auszuschließen. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass sie allein für die positiven Entwicklungen verantwortlich sind: Sofern keine Intervention erfolgt werden, stressbezogene, v.a. emotionsorientierte Copingstrategien von Jugendlichen erst ab dem 15. Lebensjahr effektiver eingesetzt (Lohaus & Klein-Heßling, 2006). Die in Abschnitt 4.1.1 beschriebenen Studien deuten eher darauf hin, dass Entwicklungsprobleme bei Kindern suchtbelasteter Eltern mit steigendem Alter zunehmen. Zusätzliche Analysen unserer eigenen Werte in der Ausgangsbefragung zeigen, dass ältere Kinder sich in einigen Punkten als kompetenter und weniger belastet beschreiben als jüngere Kinder (z.B. in der vermeidenden Stressbewältigung, der Peerakzeptanz).

tanz oder in der Beziehung zu den Eltern). In anderen Bereichen wiederum finden sich keine Unterschiede zwischen der älteren und der jüngeren Altersgruppe (z.B. bei der Summe negativer Stressbewältigungsstrategien insgesamt, dem Selbstwert und dem Selbstkonzept allgemein).

Beiden Interventionen ist eine intensive Zuwendung der Gruppenleiter (auch aufgrund kleiner Gruppengröße), die Unterstützung Gleichaltriger, die Regelmäßigkeit der Treffen selbst und der Spaß an unterschiedlichen pädagogischen Elementen gemeinsam. Es kann geschlussfolgert werden, dass es diese Einflüsse sind, die den Kindern unserer Studie jeweils zugute kommen und die positive Entwicklung in vielfältigen Bereichen (mit)beeinflussen. Bemerkenswert ist dabei die Feststellung, dass sich die geschilderten Zeiteffekte in der gewählten, konservativen „Intention-to-Treat-Analyse“ zeigen, d.h. es profitieren auch die Kinder, die an der Intervention nicht bis zum Ende teilnehmen. Eine zusätzliche Analyse der Teilnahmefrequenz zeigte ebenfalls, dass diese kaum Einfluss auf die Auswirkungen des Programms hatte. Dies ist eine positive Botschaft an die Praxiseinrichtungen, die solche Interventionen durchsetzen und häufig über die Unzuverlässigkeit in der Teilnahme dieser Kinder und Familien klagen: Auch Kindern, die nur einen Teil der Intervention erhalten, kommt diese zugute.

Bei fast allen Effekten handelt es sich um Verbesserungen, die hypothesenkonform sind. Unerwartet ist im Kindurteil einzig die Abnahme der konstruktiv-palliativen Emotionsregulation, die nur im Vergleich zwischen Baseline und Katamnesezeitpunkt erkennbar ist. Das Konstrukt der konstruktiv-palliativen Emotionsregulation umfasst Verhaltensweisen, die auf eine emotional unangenehme Situation mit Selbstberuhigung reagieren (Beispielitem: „Wenn mir so etwas passiert... dann mache ich es mir erst einmal richtig bequem“). Möglicherweise reduziert die Sensibilisierung für die Suchtproblematik der Eltern, die auch in der suchtspezifischen Intervention allein durch die Kursteilnahme (häufig an einer Suchtberatungsstelle) und den Austausch mit Gleichaltrigen entstanden sein dürfte, selbstberuhigende Verhaltensweisen zugunsten aktiverer Stressbewältigungsstrategien. Dafür spricht auch die Abnahme der vermeidenden Stressbewältigungsstrategien über die Zeit (Beispielitem: „Wenn mir so etwas passiert... dann gehe ich dem Problem aus dem Weg.“). Ein Entwicklungseffekt ist hier ebenso wieder denkbar, aber ebenfalls wenig wahrscheinlich (vgl. oben Lohaus & Klein-Heßling, 2006).

#### *Gruppeneffekte – Additive Wirkung von „Trampolin“*

Die additive Wirkung der suchtspezifischen Intervention zeigt sich an zwei zentralen Stellen: Zum einen verbessert sich der Kenntnisstand der „Trampolin“-Kinder im Hinblick auf die elterliche Sucht signifikant mehr als das Wissen der „Hüpfburg“-Kinder. Zum anderen ist die psychische Belastung der „Trampolin“-Kinder bereits direkt nach der Intervention, vor allem aber sechs Monate später deutlich niedriger, da sie im Katamnesezeitraum im Vergleich zur „Hüpfburg“-Gruppe noch signifikant absinkt. Beide Effekte sind auch dann noch statistisch signifikant, wenn sie um den Einfluss von Alter und Geschlecht bereinigt sind. Es ist nicht überraschend, dass der Vorteil der suchtspezifischen Intervention sich auch vor allem in suchtspezifischen Bereichen niederschlägt. Bemerkenswert ist allerdings, dass die „Trampolin“-Kinder sich nachhaltig und statistisch signifikant als weniger belastet erleben als die



„Hüpfburg“-Kinder, obwohl sie generell weniger belastet in die Intervention hineingingen als die „Hüpfburg“-Kinder (vgl. Abschnitt 8.1).

Es darf geschlussfolgert werden, dass die stärkere Reduzierung der psychischen Belastung durch die suchtspezifischen Inhalte von „Trampolin“ hervorgerufen wird. Sie hängt möglicherweise auch mit dem neu erworbenen Wissen über die elterliche Sucht zusammen. Dieses beschränkt sich nämlich nicht auf das Erlernen von Fakten über Substanzen und Suchterkrankung, sondern umfasst auch emotionale und kognitiv-bewertende Aspekte (Beispielitems: „Wenn ein Mensch Alkohol trinkt/ Drogen nimmt, denkt er oft nicht mehr genau nach, ob das, was er sagt, jemanden anders vielleicht ärgert oder traurig macht“ oder „Eltern trinken/ nehmen Drogen oft nur deshalb, weil ihre Kinder so anstrengend sind“.) Dieses Wissen verändert die Einstellung der Kinder gegenüber dem elterlichen Verhalten und auch gegenüber ihrer eigenen Rolle in der Familie und stellt somit eine wichtige Basis für die Entwicklung von Resilienzen dar (Wolin & Wolin, 1993, 1995).

Unerwartet ist der marginale Effekt in der Stressbewältigungsstrategie „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ (Beispielitem: „Wenn mir so etwas passiert... dann werde ich sauer und knalle die Tür hinter mir zu). Dieses Verhalten nimmt bei den „Hüpfburg“-Kindern tendenziell ab, während sie bei den „Trampolin“-Kindern deskriptiv leicht zunimmt (statistisch signifikant ist nur die Abnahme bei den „Hüpfburg“-Kindern). Diese marginale Unterschiedlichkeit in der Entwicklung ist möglicherweise im Lichte der Befürchtungen vieler Einrichtungen in der Entwicklungsphase von „Trampolin“ zu sehen: Häufig wurde die Sorge geäußert, dass Kinder durch die Erkenntnisse über das elterliche Suchtverhalten und die damit einhergehende Desillusionierung familiäre Diskussionen und Streitigkeiten hervorrufen könnten. Möglicherweise ist es tatsächlich so, dass „Trampolin“-Kinder ihre negativen Emotionen offensiver und aggressiver ausleben, während diese bei „Hüpfburg“ (möglicherweise durch den stärkeren Fokus auf Bewegung) eher gedämpft werden. Zudem erscheinen manche Items der Skala „Destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung“ beide Aspekte gleichzeitig abzufragen: Es wird nicht ganz klar, ob ein Trampolin-Kind dem oben beispielhaft genannten Item zustimmt, weil es sich inzwischen traut, auch ein negatives Gefühl zuzulassen statt es zu verdrängen, oder ob es dem Türenknallen zustimmt. Insgesamt findet sich dieser Effekt nur in der Selbstwahrnehmung der Kinder: Wie in Abschnitt 8.8.4 dargestellt werden wird, berichten die Eltern beider Gruppen eine Abnahme destruktiv-ärgerbezogener Emotionsregulationsstrategien.

Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich im Kindurteil in den meisten Bereichen der Stressbewältigung, des Selbstkonzepts und der Lebensqualität. Dies kann zum einen daran liegen, dass diese Bereiche in beiden Gruppen gefördert wurden. Darauf weisen die oben beschriebenen, für IG und KG gleichermaßen positiven Zeiteffekte hin. Andere Aspekte sind offensichtlich schwer durch eine Kurzzeitintervention veränderbar oder hängen, wie im Falle des körperlichen Wohlbefindens, vermutlich stärker von anderen Einflussfaktoren wie Ernährung oder Bewegung ab. Am meisten überrascht der fehlende Gruppenunterschied in der Suche nach sozialer Unterstützung, der Selbstwirksamkeit und des lösungsorientierten Angehens von Problemen. Diese Themen werden im „Trampolin“-Programm intensiv bearbeitet. Es erscheint so, als ob die Kinder sich in der Suchtfamilie dennoch

nicht als handlungsfähig genug erleben, um aktiv an ihrer Situation etwas zu verändern. Dies ist zwar zum einen auch durchaus realistisch (der Handlungsspielraum ist faktisch eingegrenzt), zum anderen sollen dem Kind durch die Intervention zunehmend Handlungsspielräume eröffnet werden. Möglicherweise müssten eine zukünftige Weiterentwicklung des Programms Eltern oder wichtige Bezugspersonen noch stärker mit einbeziehen, damit sich die Kinder noch mehr unterstützt fühlen, ihre Situation aktiv mitzugestalten. Auch hier fällt das Elternurteil wieder etwas anders aus. Dieses soll nun im Folgenden dargestellt werden.

#### 8.8.4 Allgemeine Zeiteffekte bei den Kindern (Elternurteil)

Wie bereits mit den Daten der Kinderbefragung geschehen, wurden auch für den Datensatz der Elternbefragung zunächst signifikante Entwicklungen über die Zeit unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit analysiert. *Tabelle 37* ist zu entnehmen, dass sich im Elternurteil zahlreiche signifikante Zeiteffekte zeigen. Diese zeigen sich mit der Ausnahme des *prosozialen Verhaltens im SDQ* alle in erwarteter d.h. hypothesenkonformer Richtung.

*Tabelle 37: signifikante Zeiteffekte unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit (UG und KG)*

Variable/Skala	t1-t2	t	t1-t3	t	t2-t3	F	Richtung der Entwicklung
Problemorientierte Bewältigung	n.s.		.003**	2.99	n.s.		steigt
Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation	.009**	-2.66	<.001***	-4.64	.033*	4.63	sinkt
Suchtspezifisch: Stressbewältigung durch Suche nach sozialer Unterstützung	.023*	2.31	<.001***	4.33	.027*	5.00	steigt
Suchtspezifisch: Problemorientierte Bewältigung	.006**	2.80	.006**	2.82	n.s.		steigt
Suchtspezifisch: Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation	.012*	-2.57	<.001***	-4.66	.026*	5.12	sinkt
Summe positiver Stressbewältigungsstrategien	n.s.		.012*	2.56	n.s.		steigt
Summe negativer Stressbewältigungsstrategien	.006**	-2.81	<.001***	-4.01	n.s.		sinkt
Suchtspezifisch: Summe positiver Stressbewältigungsstrategien	.005**	2.88	.001**	3.38	n.s.		steigt
Suchtspezifisch: Summe negativer Stressbewältigungsstrategien	n.s.		.001**	-3.47	.028*	4.94	sinkt
SDQ: Emotionale Probleme	<.001***	-5.31	<.001***	-5.22	n.s.		sinkt
SDQ: Verhaltensprobleme	n.s.		<.001***	-3.57	n.s.		sinkt
SDQ: Prosoziales Verhalten	n.s.		.016*	-2.43	.017*	5.88	sinkt

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; Es werden nur signifikante Effekte berichtet; n.s. = nicht signifikant

Direkt nach der Intervention (t1-t2) weisen die Kinder beider Gruppen aus Elternsicht im Vergleich zu ihrem Ausgangswert signifikant verbesserte Stressbewältigungsstrategien auf. Dies betrifft die Bereiche der destruktiv-ärgerbezogenen Emotionsregulation (allgemein ( $t = -2.66$ ,  $p = .009$ ) und suchtspezifisch ( $t = -2.57$ ,  $p = .012$ ), der Suche nach sozialer Unterstützung in suchtspezifischen Situationen ( $t = 2.31$ ,  $p = .023$ ), der suchtspezifischen problemorientierten Stressbewältigung ( $t = 2.80$ ,  $p = .006$ ), der Summe aller suchtspezifisch positiven Stressbewältigungsstrategien ( $t = 2.88$ ,  $p = .005$ ) und der Summe allgemeiner negativer Stressbewältigungsstrategien ( $t = -2.81$ ,  $p = .006$ ). Im SDQ zeigen sich nach den Interventionen im Elternurteil reduzierte emotionale Probleme ( $t = -5.31$ ,  $p < .001$ ).

Sechs Monate nach der Intervention (t1-t3) weisen die Kinder beider Gruppen *aus Elternsicht* im Vergleich zu ihrem Ausgangswert ebenfalls zahlreiche signifikante Veränderungen auf. Hoch signifikante Verbesserungen ergeben sich in den Bereichen der destruktiv-ärgerbezogenen Emotionsregulation (allgemein ( $t = -4.64$ ,  $p < .001$ ) und suchtspezifisch ( $t = -4.66$ ,  $p < .001$ ), der suchtspezifischen Stressbewältigung durch Suche nach sozialer Unterstützung ( $t = 4.33$ ,  $p < .001$ ) und der Summe negativer Stressbewältigungsstrategien ( $t = -4.01$ ,  $p < .001$ ). Auch die Ergebnisse im SDQ zeigen hochsignifikante Reduzierungen von emotionalen Problemen ( $p = -5.22$ ,  $p < .001$ ) und von Verhaltensproblemen ( $-3.57$ ,  $p < .001$ ) auf. Weitere signifikante Veränderungen betreffen die Bereiche der problemorientierten Bewältigung (allgemein ( $t = 2.99$ ,  $p = .003$ ) und suchtspezifisch ( $t = 2.82$ ,  $p = .006$ )), der Summe positiver Stressbewältigungsstrategien (allgemein ( $t = 2.56$ ,  $p = .012$ ) und suchtspezifisch ( $t = 3.38$ ,  $p = .001$ )), der Summe negativer Stressbewältigungsstrategien ( $t = -3.47$ ,  $p = .001$ ) und (in unerwarteter Richtung) der Abnahme des prosozialen Verhaltens ( $t = -2.43$ ,  $p = .016$ ).

Signifikante Veränderungen im Katamnesezeitraum (t2-t3) zeigen sich in den Bereichen der destruktiv-ärgerbezogenen Emotionsregulation (allgemein ( $F = 4.63$ ,  $p = .033$ ) und suchtspezifisch ( $F = 5.12$ ,  $p = .026$ )), der suchtspezifischen Suche nach sozialer Unterstützung ( $F = 5.00$ ,  $p = .027$ ) und der Summe aller negativen suchtspezifischen Stressbewältigungsstrategien ( $F = 4.94$ ,  $p = .028$ ). Im SDQ zeigt sich im Katamnesezeitraum eine signifikante Reduzierung des prosozialen Verhaltens ( $F = 5.88$ ,  $p = .017$ ).

### 8.8.5 Gruppeneffekte bei den Kindern (Elternurteil)

Gruppenunterschiede zwischen „Trampolin“- und „Hüpfburg“ Kindern wurden wiederum für alle Outcome-Variablen im Elternurteil geprüft. Bezüglich der Stressbewältigung wurden Unterschiede in der konstruktiv-palliativen Emotionsregulation, der Summe positiver Stressbewältigungsstrategien (marginal) sowie der vermeidenden Bewältigung in suchtspezifischen Situationen (marginal) gefunden. Im Hinblick auf Verhaltensaspekte im SDQ wurden Unterschiede bei den emotionalen Problemen, der Hyperaktivität, der Probleme mit Gleichaltrigen sowie der Summe aller Verhaltensprobleme gefunden. Diese Effekte werden im Folgenden näher ausgeführt.

*Gruppenunterschiede in der Stressbewältigung (Additive Wirkung der suchtspezifischen Intervention)*

Für das Elternurteil der Skala konstruktiv-palliative Emotionsregulation konnte ein signifikanter Gruppeneffekt ( $F = 4.94$ ;  $p < .028$ ) ermittelt werden (siehe *Tabelle 38*). Signifikante Wechselwirkungen bestehen nicht.

*Tabelle 38: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Skala konstruktiv-palliative Emotionsregulation*

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	4.94	.028*
Zeit	1	1.38	.243
Gruppe * Zeit	1	0.90	.344

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Anhand der Baseline-adjustierten Mittelwerte der Differenzen zwischen den Messzeitpunkten sowie durch deren Vergleich zur Baseline (siehe *Tabelle 39*) kann festgestellt werden, dass sich die Interventionsgruppe nicht direkt nach der Intervention ( $t_2$ ), aber in der Katamnese signifikant von ihrem Ausgangswert (Baseline) unterscheidet ( $p = .025$ ). Die Kontrollgruppe weicht hingegen zu keinem Messzeitpunkt signifikant von ihrem Ausgangswert ab. Der Test der Effektanteile (siehe *Tabelle 40*) zeigt zusätzlich, dass sich die Interventions- und die Kontrollgruppe in der Katamnese ( $t_3 - t_1$ ) signifikant voneinander unterscheiden ( $F = 5.24$ ,  $p = .024$ ). Der ermittelte Gruppenunterschied direkt nach der Intervention ( $t_2 - t_1$ ) ist nicht statistisch bedeutsam. Sowohl für die Kontroll- als auch für die Untersuchungsgruppe ist die Entwicklung über die Zeit nicht ausgeprägt genug, um signifikant zu werden. *Abbildung 19* veranschaulicht die Entwicklungsverläufe der Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten zu den Messzeitpunkten  $t_1$  bis  $t_3$  getrennt für Interventions- und Kontrollgruppe – allerdings nur zum Teil, da dort die starken Streuungen nicht dargestellt sind, welche verhindern dürften, dass die optisch deutlich auseinander liegenden Gruppenunterschiede auch schon zu  $t_2$  signifikant werden.

*Tabelle 39: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Skala konstruktiv-palliative Emotionsregulation je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten*

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	$t_2 - t_1$ (1. MZP)	0.225	.655
Trampolin	$t_3 - t_1$ (2. MZP)	1.220	.025*
Hüpfburg	$t_2 - t_1$ (1. MZP)	-0.870	.166
Hüpfburg	$t_3 - t_1$ (2. MZP)	-0.766	.262

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Tabelle 40: Test auf Effektanteile der Skala konstruktiv-palliative Emotionsregulation

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	1.86	.175
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	5.24	.024*
Gruppe * Zeit	Kontrollgruppe	1	0.02	.886
Gruppe * Zeit	Interventionsgruppe	1	2.85	.094

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

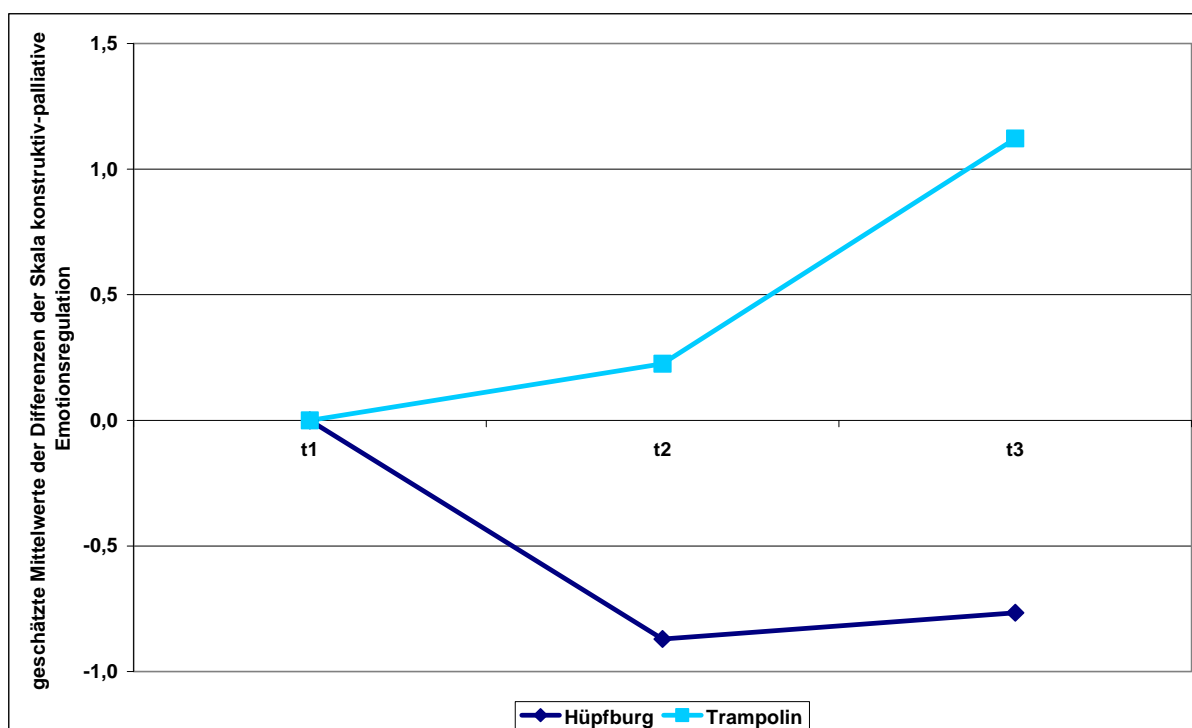


Abbildung 19: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Skala konstruktiv-palliativen Emotionsregulationsstrategien für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Kinder der Interventionsgruppe im Elternurteil zum Katamnesezeitpunkt (t3) sowohl im Vergleich zum eigenen Ausgangswert in der Anwendung konstruktiv-palliativer Emotionsregulationsstrategien verbessern und diesbezüglich zu t3 auch statistisch bedeutsam von der Kontrollgruppe abweichen.

Darüber hinaus sind zwei weitere marginale Effekte in der Stressbewältigung aus Elternsicht aufzuzeigen. So konnte für die Summenskala positiver Stressbewältigungsstrategien ein marginaler Gruppeneffekt ( $F = 3.32$ ;  $p = .071$ ) ermittelt werden (siehe *Tabelle 41*).

Tabelle 41: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Summenskala positive Stressbewältigung

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	3.32	.071
Zeit	1	1.42	.236
Gruppe * Zeit	1	0.10	.748

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Bei der Betrachtung der Baseline-adjustierten Mittelwerte der Differenzen der Summenskala zwischen den Messzeitpunkten (siehe *Tabelle 42*) zeigt sich, dass die Untersuchungsgruppe sowohl direkt nach der Intervention ( $p = .044$ ) als auch im Follow-up ( $p = .001$ ) statistisch signifikant vom adjustierten Ausgangswert abweicht. Die Kontrollgruppe hingegen weicht zu keinem Zeitpunkt signifikant von der Baseline ab. In den Effektanteilen werden keine signifikanten Gruppenunterschiede, lediglich ein marginaler Effekt zu t3, deutlich (siehe *Tabelle 43*). Daher kann zusammenfassend festgestellt werden, dass sich die Teilnehmer der Interventionsgruppe zu beiden Messzeitpunkten zwar signifikant vom Ausgangswert jedoch nicht bedeutsam von der Kontrollgruppe unterscheiden. *Abbildung 20* veranschaulicht die Effekte; auch hier sind wiederum die starken Streuungen nicht dargestellt, an welchen eine Signifikanz der optisch deutlich auseinander liegenden Gruppenunterschiede scheitert.

Tabelle 42: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Summenskala positive Stressbewältigung je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeit- punkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	2.115	.044*
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	3.528	.001**
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	-0.080	.951
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	0.730	.581

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Tabelle 43: Test auf Effektanteile der Summenskala positive Stressbewältigung

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	1.77	.184
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	2.83	.095
Gruppe * Zeit	Kontrollgruppe	1	0.31	.580
Gruppe * Zeit	Interventionsgruppe	1	1.46	.229

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

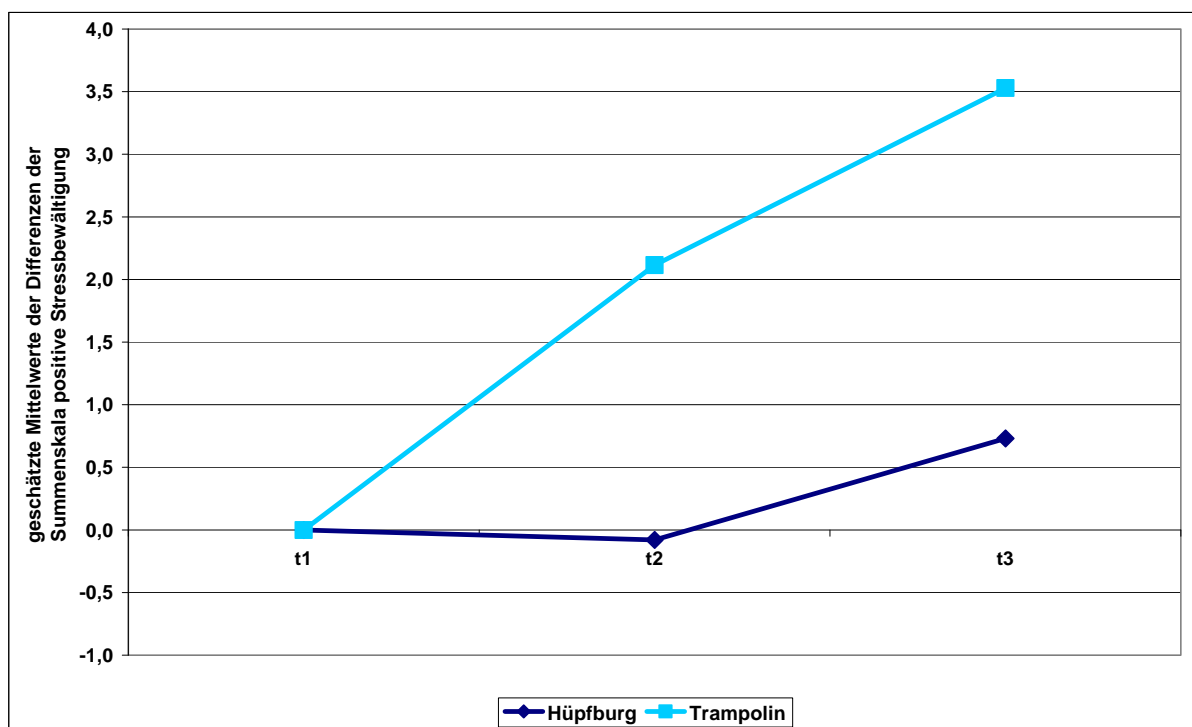


Abbildung 20: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Summenskala positive Stressbewältigung für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

Ebenfalls auf marginalem Signifikanzniveau befindet sich der Interaktionseffekt für die Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen ( $F = 3.38$ ;  $p = .069$ ) (siehe *Tabelle 44*). In den Effektanteilen zeigt sich, dass dieser Interaktionseffekt vor allem durch den signifikanten Unterschied der Gruppen direkt nach der Intervention (t2) bedingt ist ( $p = .049$ ; siehe *Tabelle 46*), welcher wiederum vor allem vom Anstieg der negativen Bewältigungsstrategien in der Kontrollgruppe (marginal signifikant:  $p = .066$ ; siehe *Tabelle 45*) bestimmt wird. Im Follow-up lässt sich der bedeutsame Unterschied nicht replizieren. *Abbildung 21* veranschaulicht die Ergebnisse.

*Tabelle 44: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen*

Effekte	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe	1	1.28	.260
Zeit	1	1.10	.296
Gruppe * Zeit	1	3.38	.069

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Tabelle 45: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	-0.425	.388
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	-0.054	.911
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	1.139	.066
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	-0.217	.716

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Tabelle 46: Test auf Effektanteile der Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	3.96	.049*
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	0.05	.832
Gruppe * Zeit	Kontrollgruppe	1	3.49	.065
Gruppe * Zeit	Interventionsgruppe	1	0.39	.535

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

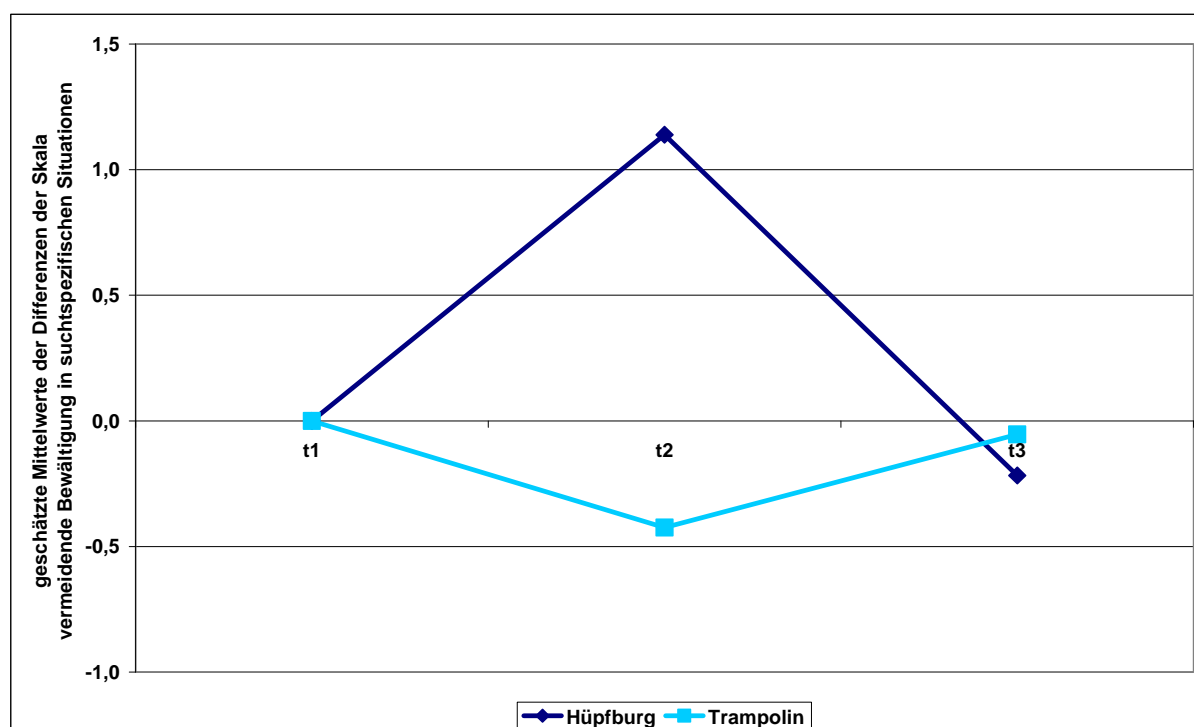


Abbildung 21: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe



*Gruppenunterschiede auf Verhaltensebene/ im SDQ (Additive Wirkung der suchtspezifischen Intervention)*

Für den SDQ-Gesamtproblemwert wurde ein signifikanter Interaktionseffekt ( $p = .039$ ) ermittelt. Zusätzlich zeigten sich marginale Gruppeneffekte für die Skalen emotionale Probleme ( $p = .091$ ) und die Skala Probleme mit Gleichaltrigen ( $p = .084$ ), sowie ein marginal signifikanter Interaktionseffekt für die Skala Hyperaktivität ( $p = .056$ ; siehe *Tabelle 47*). Im folgenden Abschnitt werden diese Effekte in der Reihenfolge der Skalen (*Tabelle 47*) näher ausgeführt.

*Tabelle 47: Übersicht der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der SDQ-Skalen*

SDQ-Skalen Elternurteil	Inhalt	Feste Effekte			
		Gruppe		Gruppe x Zeitpunkt	
		F-Wert	Signifikanz p-Werte	F-Wert	Signifikanz p-Werte
SDQ 1	Emotionale Probleme	2.91	.091	n.s.	
SDQ 2	Verhaltensprobleme		n.s.		n.s.
SDQ 3	Hyperaktivität		n.s.	3.73	.056
SDQ 4	Prosoziales Verhalten		n.s.		n.s.
SDQ 5	Probleme mit Gleichaltrigen	3.03	.084		n.s.
SDQ Summe	Gesamtproblemwert		n.s.	4.37	.039*

In den Baseline-adjustierten Differenzenmittelwerten der SDQ-Skala emotionale Probleme (siehe *Tabelle 48*) ist zu erkennen, dass sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten (t2 und t3) signifikant vom adjustierten Ausgangswert abweicht. Der marginal signifikant Gruppenunterschied für die SDQ-Skala emotionale Probleme ( $p = .091$ ) liegt im Detail im ebenfalls marginal signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zum Messzeitpunkt t2 ( $p = .057$ ) begründet (siehe *Tabelle 49*). Die Kontrollgruppe weist zu jenem Zeitpunkt (direkt nach der Intervention) tendenziell weniger emotionale Probleme als die Untersuchungsgruppe auf. Dieser Gruppenunterschied bleibt nach der Katamnese jedoch nicht bestehen. Die Gruppen nähern sich aneinander an (siehe *Abbildung 22*). Beide Gruppen können in der Katamnese im Vergleich zur Baseline eine Verringerung emotionaler Probleme verzeichnen. Sie unterscheiden sich dann nicht mehr signifikant.

*Tabelle 48: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die SDQ-Skala emotionale Probleme je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten*

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	-0.5717	.009**
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	-0.7616	.001**
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	-1.2202	<.0001***
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	-1.0296	.000***

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Tabelle 49: Test auf Effektanteile der SDQ-Skala emotionale Probleme

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	3.68	.057
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	0.61	.437

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

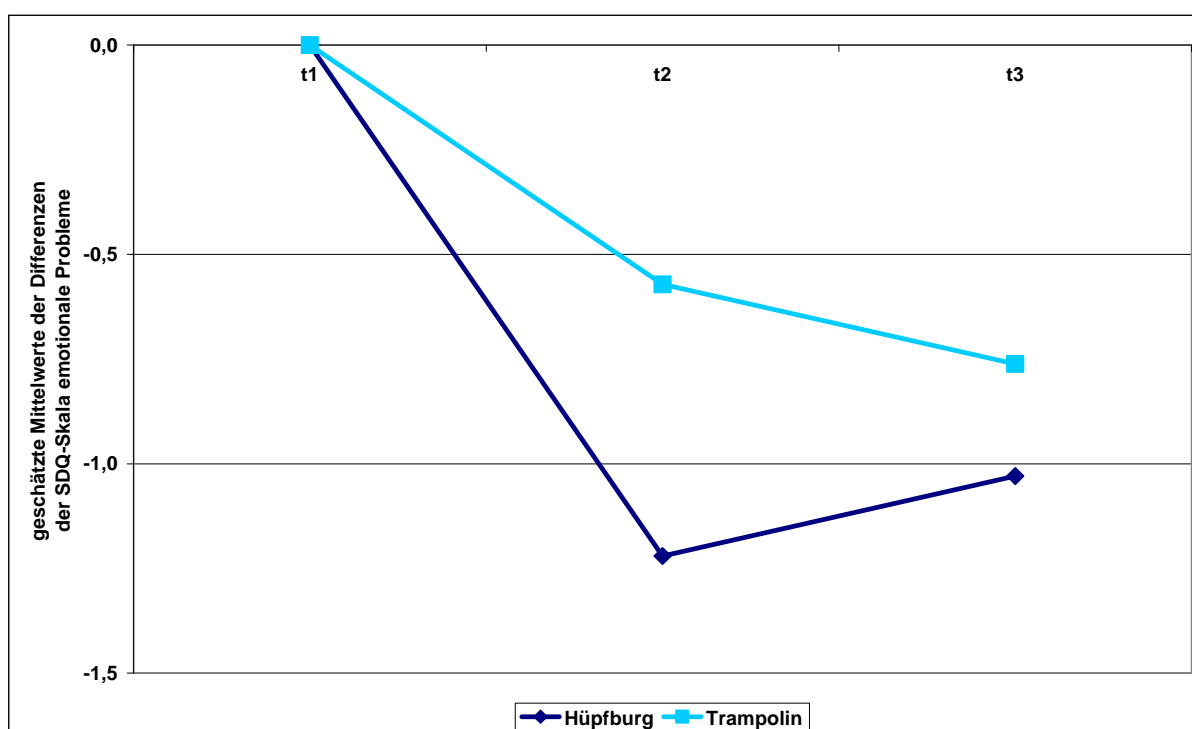


Abbildung 22: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Skala emotionale Probleme für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

Der marginal signifikante Interaktionseffekt der SDQ-Skala Hyperaktivität ( $p = .056$ ) lässt sich ebenfalls detailliert in den Vergleichen der adjustierten Differenzenmittelwerten (Tabelle 50) zum Ausgangswert erläutern. Hier wird deutlich, dass sich die Interventionsgruppe über die Zeit hinweg entgegen der Kontrollgruppe entwickelt. So unterscheidet sich die Kontrollgruppe bereits direkt nach der Intervention (zu t2) signifikant von ihrer Baseline ( $p = .006$ ) und nähert sich im Katamnesezeitraum dieser wieder an (siehe Abbildung 23). Die Untersuchungsgruppe hingegen differiert direkt nach der Intervention unbedeutend von ihrer Baseline, nimmt jedoch zum Katamnesezeitpunkt signifikant an Hyperaktivitätsproblematiken ab und unterscheidet sich zu t3 bedeutsam vom Ausgangswert t1 vor der Intervention ( $p = .017$ ). Die Gruppen unterschieden sich sowohl zu t2 als auch zu t3 nicht bedeutsam voneinander (siehe Tabelle 51).

Tabelle 50: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die SDQ-Skala Hyperaktivität je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	-0.2159	.282
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	-0.5450	.017*
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	-0.6658	.006**
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	-0.3463	.209

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Tabelle 51: Test auf Effektanteile der SDQ-Skala Hyperaktivität

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	2.10	.150
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	0.32	.576

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

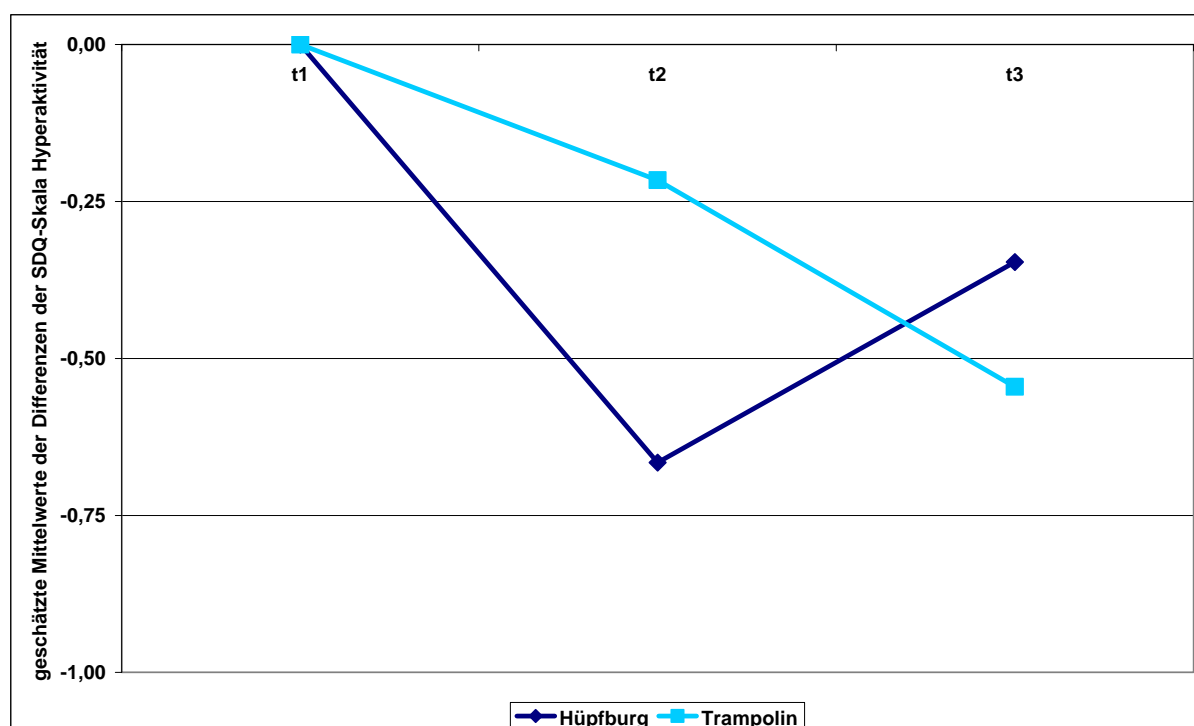


Abbildung 23: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Skala Hyperaktivität für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

Auch für die SDQ-Skala „Probleme mit Gleichaltrigen“ ( $p = .084$ ) konnte ein marginal signifikanter Gruppeneffekt errechnet werden. Bei Betrachtung der Effektanteile wird deutlich, dass dieser marginale Effekt als Aggregation verschiedener tendenzieller Effekte gewertet werden kann. Vor allem die marginale Baselineabweichung der Kontrollgruppe ( $p = .075$ ) zum Katamnesezeitpunkt (siehe *Tabelle 52*) und der Gruppenunterschied (siehe *Tabelle 53*) zum zweiten Messzeitpunkt ( $p = .110$ ) dürften

hierzu beigetragen haben. Signifikante Subeffekte sind jedoch nicht zu verzeichnen. *Abbildung 24* veranschaulicht den marginalen, kurzfristigen Effekt der Interventionsgruppe (Verringerung der Probleme mit Gleichaltrigen) und den marginalen, stabilen Effekt in der Kontrollgruppe (Zunahme an Problemen mit Gleichaltrigen).

*Tabelle 52: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die SDQ-Skala Probleme mit Gleichaltrigen je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten*

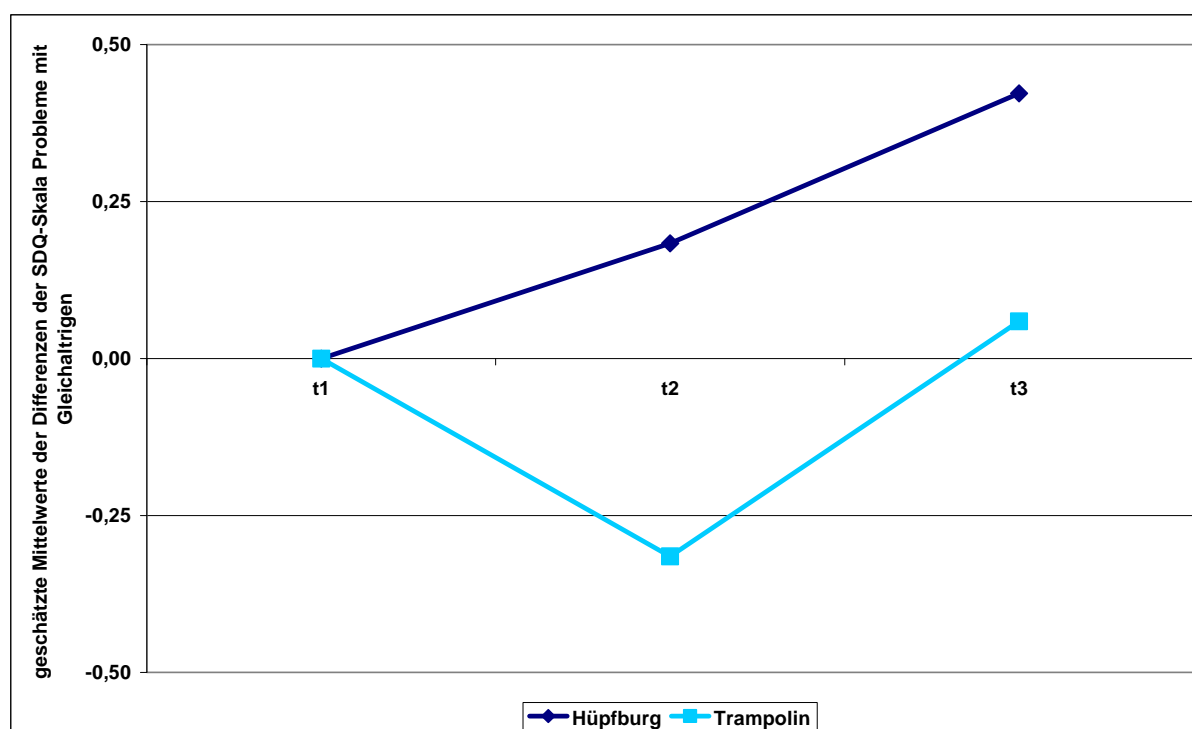
Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	-0.3152	.109
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	0.0592	.760
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	0.1834	.448
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	0.4223	.075

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

*Tabelle 53: Test auf Effektanteile der SDQ-Skala Probleme mit Gleichaltrigen*

Effekt	Zeit/ Gruppzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	2.59	.110
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	1.42	.235

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05



*Abbildung 24: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Skala Probleme mit Gleichaltrigen für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe*

Wesentlich ist vor allem der signifikante Interaktionseffekt der SDQ-Summenskala, der auch Interpretationshilfe für die unterschiedlichen Verläufen der SDQ-Gesamtproblemwerte der Gruppen Bedeutung gibt (siehe dazu *Abbildung 25*). Den Differenzmittelwerten zufolge (siehe *Tabelle 54*), unterscheidet sich die Kontrollgruppe sowohl zu t2 ( $p = .001$ ) als auch zu t3 ( $p = .015$ ) signifikant vom adjustierten Ausgangswert. Die Interventionsgruppe differiert jedoch erst zur Katamnese bedeutsam von der Baseline ( $p = .000$ ). Der Gruppenunterschied ist direkt nach der Intervention marginal signifikant ( $p = .063$ ) (siehe *Tabelle 55*). Da der zeitunabhängige Effektanteil der Kontrollgruppe jedoch keine Signifikanz aufweist ( $p = .441$ ), ist davon auszugehen, dass die Kontrollgruppe nicht kontinuierlich in ihrem SDQ-Gesamtproblemwert abnimmt. Der kurzzeitige positive Effekt der Kontrollgruppe bleibt im Katamnesezeitraum nicht bestehen und ist tendenziell eher rückläufig. Im Gegenteil dazu nehmen Verhaltensprobleme in der Interventionsgruppe kontinuierlich ab ( $p = .022$ ). Der Effekt ist jedoch nicht stark genug, dass zum Follow-up ein signifikanter Gruppenunterschied zugunsten der Intervention sichtbar wäre.

*Tabelle 54: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für den SDQ- Gesamtproblemwert je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten*

Gruppe	Zeitpunkte	Differenzen zwischen den Zeitpunkten (Differenzmittelwerte)	Vergleich zur Baseline; Signifikanz; p-Werte
Trampolin	t2 -t1 (1. MZP)	-0.6629	.276
Trampolin	t3 -t1 (2. MZP)	-2.2775	.000***
Hüpfburg	t2 -t1 (1. MZP)	-2.4772	.001**
Hüpfburg	t3 -t1 (2. MZP)	-1.7574	.015*

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

*Tabelle 55: Test auf Effektanteile des SDQ- Gesamtproblemwerts*

Effekt	Zeit/ Gruppenzugehörigkeit	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Zeit	t2 – t1	1	3.53	.063
Gruppe * Zeit	t3 – t1	1	0.33	.568
Gruppe * Zeit	Kontrollgruppe	1	0.68	.411
Gruppe * Zeit	Interventionsgruppe	1	5.39	.022*

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

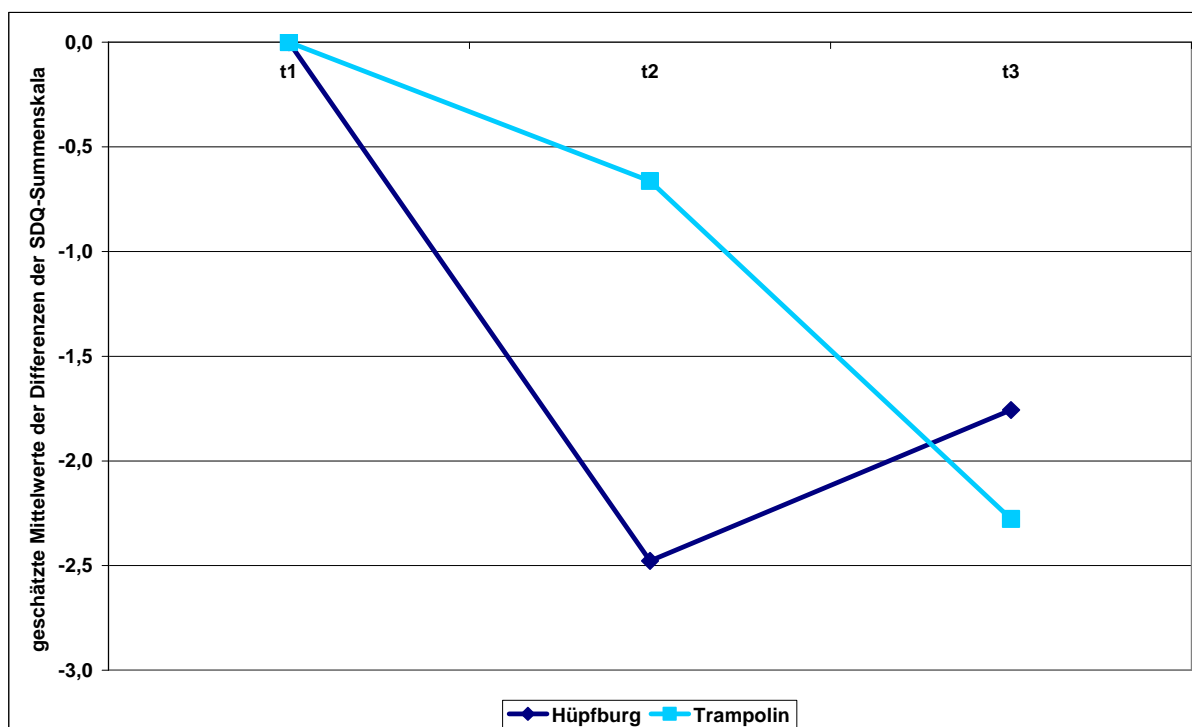


Abbildung 25: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Summenskala für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

### 8.8.6 Schlussfolgerungen

#### Zeiteffekte

Bei der Beurteilung der kindlichen Entwicklung durch die Eltern handelt es sich um eine neue Perspektive, gewissermaßen um einen Blick „von außen“. Dieser unterscheidet sich in vielen Studien von der Selbsteinschätzung der Kinder. Auch in der vorliegenden Untersuchung ist dies der Fall, wie im Folgenden genauer dargestellt wird. Der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdperspektive kann in den vorliegenden Daten bereits dadurch belegt werden, dass die Beurteilung der Stressbewältigungsstrategien, die bei Eltern und Kindern in gleicher Weise abgefragt wurden, nicht miteinander zusammenhängen. Eine Ausnahme stellt lediglich die Skala „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ dar, bei der Eltern- und Kindurteil sowohl im Hinblick auf allgemeines als auch auf die elterliche Sucht bezogenes Verhalten miteinander konvergieren. Der Grund hierfür ist vermutlich, dass die hier erfassten externalisierenden Verhaltensweisen (s.o.) besonders leicht „von außen“ erkennbar sind und auch ein Gesprächsthema zwischen Eltern und Kindern darstellen (Seiffge-Krenke, 1998). Insgesamt bietet die Einschätzung der Eltern eine wertvolle zusätzliche Sicht auf die Veränderungen durch „Trampolin“ und „Hüpfburg“.

Auch im Elternurteil sind wieder zahlreiche Zeiteffekte erkennbar. Kurzfristig (t1 - t2) zeigen sich diese im Rückgang der destruktiv-ärgerbezogenen Emotionsregulation (allgemein und suchtspezifisch), in der suchtspezifischen Suche nach sozialer Unterstützung und problemorientierten Bewältigung, im Rückgang negativer Stressbewältigungsstrategien allgemein und der Zunahme positiver suchtspezifi-

scher Stressbewältigungsstrategien sowie im Rückgang der emotionalen Probleme im SDQ. Langfristig (t1 - t3) bleiben alle Effekte signifikant. Zusätzlich verbessert sich noch die problemorientierte Bewältigung, während die negativen suchtspezifischen Stressbewältigungsstrategien sowie Verhaltensprobleme im Elternurteil insgesamt abnehmen, sich allerdings auch das prosoziale Verhalten verschlechtert.

Eine signifikante zusätzliche Steigerung über den Katamnesezeitraum zeigt sich bei der Abnahme der destruktiv-ärgerbezogenen Emotionsregulation (allgemein und suchtspezifisch), der Verbesserung der suchtbezogenen Suche nach sozialer Unterstützung sowie der Abnahme suchtspezifisch problematischer Stressbewältigungsstrategien allgemein und des prosozialen Verhaltens im SDQ. Bei letzterer Entwicklung handelt es sich um den einzigen Effekt im Elternurteil, der in eine unerwartete Richtung geht, d.h. die Kinder verschlechtern sich aus Elternsicht insgesamt bezüglich ihres sozialen Verhaltens. Dieser Effekt ist schwer zu interpretieren, denn in beiden Gruppen sollte das prosoziale Verhalten durch den Austausch mit anderen Kindern eher gefördert werden. Möglicherweise wird diese Skala seitens der Eltern etwas interpretiert und die Eltern vergleichen Verhaltensweisen ihrer Kinder mit ihrer Vorstellung davon, wie das Kind sich nach der Intervention aus ihrer Sicht verhalten „müsste“. Ein aktiveres Kind mit einer stärker Ärger bezogenen Emotionsregulation entspricht möglicherweise nicht dieser Vorstellung, so sehr dies u.U. klinisch auch wünschbar wäre.

Grundsätzlich können die Effekte im Elternurteil, was entwicklungsbedingte Einflüsse anbelangt, noch weniger eingeschränkt interpretiert werden als im Kindurteil: Hier lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung älterer und jüngerer Kinder bei den hier untersuchten Merkmalen zu t1 erkennen. Die hier beschriebenen Zeiteffekte sind daher sehr wahrscheinlich den Interventionen „Trampolin“ und „Hüpfburg“ zuzuschreiben. Sie belegen, dass auch in der Wirkung nach außen die Kinder von beiden Interventionen in vielfältiger Weise profitieren.

#### *Gruppeneffekte – additive Wirkung von „Trampolin“*

Die zusätzliche Wirkung der suchtspezifischen Intervention wird im Elternurteil an mehreren Stellen deutlich: Kinder, die an „Trampolin“ teilgenommen haben, sind nach der Intervention kompetenter in der Stressbewältigung als die „Hüpfburg“-Kinder. Dies manifestiert sich zum einen in der konstruktiv-palliativen Emotionsregulation, zum anderen tendenziell auch in der Summe positiver Stressbewältigungsstrategien insgesamt. Die Eltern nehmen ihre Kinder also anders als diese selbst nicht aggressiver, sondern als kompetenter im selbstregulierenden Umgang mit negativen Emotionen wahr, während diese Fähigkeit in der Kontrollgruppe (deskriptiv betrachtet) eher geringer wird. Somit lässt sich die Primärhypothese des Evaluationsdesigns, die auf die Veränderbarkeit der Stressbewältigungsstrategien abzielte, aus Elternsicht zumindest teilweise bestätigen.

Uneindeutig ist der marginale Interaktionseffekt bei der suchtspezifischen vermeidenden Stressbewältigungsstrategie. Deskriptiv betrachtet neigen „Trampolin“-Kinder zu t2 weniger zu vermeidender Stressbewältigung, bei „Hüpfburg“-Kindern steigt die Vermeidung an. Zu t3 nähern sich die Gruppen

einander wieder an. Möglicherweise fördert die suchtspezifische Intervention durch das „Nicht-Thematisieren“ der Sucht zunächst die Vermeidung, diese Entwicklung flacht dann in den darauf folgenden Monaten ab. Die suchtspezifische Intervention bewirkt erwartungsgemäß einen Rückgang vermeidender Stressbewältigung, diese Entwicklung flacht dann im Katamanesezeitraum dann ebenfalls, vielleicht durch familiäre Einflüsse, wieder etwas ab.

Bei den im SDQ ermittelten Verhaltensproblemen zeigt sich, dass die „Hüpfburg“-Kinder direkt nach der Intervention tendenziell weniger emotionale Probleme aufweisen. Dieser Gruppenunterschied ist sechs Monate später nicht mehr erkennbar. Der marginale Effekt im Bereich der Probleme mit Gleichaltrigen ist ähnlich schwer zu interpretieren wie der Rückgang prosozialen Verhaltens über die Zeit (Zeiteffekt); die oben angedeutete „Arbeitshypothese“ des Abweichens von der Elternerwartung ist ja stark interpretativ. Insgesamt steigen Probleme mit Gleichaltrigen in der „Hüpfburg“ etwas deutlicher an, sie tun es aber (langfristig) auch bei „Trampolin“-Kindern. Offenbar erleben die Eltern aller teilnehmenden Kinder ihre Kinder über die Zeit als etwas weniger sozial. Möglicherweise spiegelt sich hier die Selbsteinschätzung der Kinder wider, die sich ebenfalls tendenziell als „ausagierender“ beschreiben. Im Bereich der Hyperaktivität und im Summenwert der Probleme entwickeln sich die Gruppen signifikant unterschiedlich, und zwar in einem Muster, dass sich deskriptiv auch bei den emotionalen Problemen und den Verhaltensproblemen erkennen lässt: In der „Hüpfburg“-Gruppe sinken die Probleme direkt nach der Intervention zunächst stark ab, steigen dann aber in den Monaten danach wieder an. In der „Trampolin“-Gruppe sinken die Probleme nach der Intervention auch ab, aber weniger stark. Dafür gehen sie in den darauf folgenden Monaten auch noch weiter zurück. Zwar erreichen diese Entwicklungen mangels statistischer Power (kleineres N der Elternaussagen) im Detailvergleich selten statistische Bedeutsamkeit. Sie legen aber nahe, dass der kurzfristig entlastende Effekt der „Hüpfburg“-Gruppe durch Spiel, Spaß und Bewegung langfristig nicht anhält, während die Inhalte von „Trampolin“ sich zunächst nicht ganz so deutlich, dafür aber nachhaltig positiv im Verhalten der Kinder manifestieren.

### 8.8.7 Effekte des Eltern-Moduls bei den Eltern

#### *Ergebnisse*

Eine Analyse der Einflüsse des Eltern-Moduls des „Trampolin“-Programms auf die Eltern und deren Erziehungsverhalten, insbesondere auf die elterliche Sensibilität für die kindlichen Bedürfnisse und für die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder, auf das Selbstvertrauen in die eigene Erziehungskompetenz und die elterliche Bereitschaft, weitere Hilfen bei der Erziehung in Anspruch zu nehmen, ergab keine signifikanten Gruppeneffekte oder Wechselwirkungen.

Eine Gesamtbetrachtung der Angaben aller Eltern, unabhängig von der Teilnahme am Eltern-Modul und unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit des Kindes („Trampolin“ oder „Hüpfburg“) weist jedoch darauf hin, dass sich gewisse Aspekte der Sensibilität für die kindlichen Bedürfnisse und für die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder über die Zeit hinweg verändern. So konnte ein signifikanter Zeitef-



fekt hinsichtlich der Sensibilität bezüglich des Einflusses der Sucht auf den Familienalltag ermittelt werden. Die Eltern sind für die Auswirkungen ihrer Abhängigkeit zum Katamnesezeitpunkt stärker sensibilisiert ( $p = .024$ ). Hinsichtlich der Einschätzung der kindlichen Wahrnehmung der elterlichen Sucht durch die Eltern lässt sich zusätzlich ein marginal signifikanter Anstieg der Sensibilität im Katamnesezeitraum ( $t_2$  zu  $t_3$ :  $p = .066$ ) verzeichnen (s. *Tabelle 56*).

*Tabelle 56: signifikante Zeiteffekte unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit (UG und KG)*

Variable/Inhalt	Zeit	t-Wert	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Auswirkungen der elterlichen Sucht 1/ Kind bekommt etwas mit	$t_2 - t_1$	1.03		.304
	$t_3 - t_1$	-1.26		.210
	$t_2 - t_3$		3.48	.066
Auswirkungen der elterlichen Sucht 3/ Einfluss auf den Familienalltag und das Klima zuhause	$t_2 - t_1$	-0.28		.783
	$t_3 - t_1$	-2.30		.024*
	$t_2 - t_3$		3.26	.075

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; Es werden nur signifikante Effekte berichtet

Generell schätzten sich die Eltern, die das Elternmodul besuchten, überwiegend bereits als sehr kompetent ein, wie die Mittelwerte der Ausgangsbefragung zeigen. So beschrieben sie z.B. ihre elterliche Selbstwirksamkeitsüberzeugung im Mittel mit gut bis sehr gut: Gesamtmittelwert $_{t_1} = 2.16$  und Median $_{t_1} = 2.20$  bei einer Antwortmöglichkeit von 0 bis 3). Bei ihren Kindern nahmen diese Eltern im Vergleich zu nicht-teilnehmenden Eltern in der Ausgangsbefragung zu  $t_1$  wesentlich geringere positive Stressbewältigungsfähigkeiten wahr ( $p = .014$ ). Dazu zählte vor allem die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung (allgemein:  $p = .026$ ; suchtspezifisch:  $p = <.0001$ ). Ebenso beschrieben jene Eltern ihre Kinder als signifikant weniger psychisch ( $p = <.0001$ ) als auch physisch ( $p = .018$ ) belastet.

### 8.8.8 Schlussfolgerungen

Es zeigten sich keine spezifischen Wirkungen des Eltern-Moduls bei teilnehmenden Eltern. Zwar zeigen sich im Bereich der Sensibilität für die Auswirkung der Sucht Entwicklungen bei den Eltern generell (also auch bei denen, die nicht am Eltern-Modul teilnahmen). Diese Effekte sind jedoch nicht den Inhalten des Eltern-Moduls zuzuordnen. Möglicherweise führte allein die Teilnahme an der Intervention selbst zu mehr Gespräch und Austausch innerhalb der Familie, wodurch sich wiederum die Sensibilisierung erhöhte. Dieser Befund muss im Lichte der sehr kurzen Dosis (1 Modul à zwei Sitzungen), der verkleinerten Stichprobe (es wurden nur die Eltern berücksichtigt, die den Fragebogen ausfüllten und an mindestens einer der Sitzungen teilnahmen) und des Schweregrads der familiären Problematik betrachtet werden. Viele Eltern nahmen zudem nur an einem der beiden Elterntreffen teil. Es steht zu vermuten, dass es wohl häufig eher die ohnehin schon kompetenten Eltern gewesen sein dürften, die die Elternabende besucht haben, wie sich an der eigenen -hohen- Kompetenzeinschätzung im Bereich der elterlichen Selbstwirksamkeit ablesen lässt. Hinzu kommt, dass Eltern, die am Eltern-Modul teilnahmen, offenbar von vorneherein wesentlich sensibler für die Auswirkungen der Suchtproblematik auf das Kind zu sein scheinen. So nahmen eher diejenigen Eltern an Eltern-Sitzungen teil, die fehlen-

de Kompetenzen ihrer Kinder im Bereich der Stressbewältigung erkannten. Gleichzeitig schätzen sie ihre Kinder als weniger psychisch und physisch belastet ein als nicht-teilnehmende Eltern. Diese Befunde sprechen insgesamt für bereits sehr kompetente und engagierte Eltern, so dass an dieser Stelle auch ein Deckeneffekt vorliegen könnte, d.h. ein Messfehler, der auf Überschreitung des Messbereichs beruht.

#### 8.8.9 Zusätzliche Einflüsse auf die Effekte der Interventionen

Um Aussagen über die Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse treffen zu können, wurden die Einflüsse verschiedener Variablen auf die signifikanten Effekte der Interventionen (geringe Belastung und erhöhter Wissensstand in der Untersuchungsgruppe sowie marginal weniger destruktiv-ärgerbezogene Emotionsstrategien in der Kontrollgruppe) ermittelt. *Tabelle 57* fasst die Haupteffekte und Wechselwirkungen der Variablen Geschlecht, Alter, Setting, Art der elterlichen Abhängigkeit, Einkommen, Migration und Geschlecht des süchtigen Elternteils auf die Wirkung der Programme übersichtlich zusammen. Ursprünglich sollten die Analysen auch für ländliche und städtische Gegenden gemacht werden. Es stellte sich jedoch heraus, dass sich die letztlich teilnehmenden Einrichtungen überwiegend in mittelgroßen oder großen Städten befanden. Eine Unterteilung nach dieser Variable war so sehr durch die Störvariablen Migrationshintergrund, Geschlecht des süchtigen Elternteils, Art der Abhängigkeit des süchtigen Elternteils/konsumierende Substanz (Alkohol oder illegale Drogen), monatliches Haushaltseinkommen und Teilnahmefrequenz des Kindes am Programm konfundiert, sodass sie in der folgenden Darstellung nicht mehr berücksichtigt wird. Sogenannte „Großstädter“ wiesen eher einen Migrationshintergrund auf, lebten eher mit suchtkranken Müttern zusammen und blieben dem Programm eher fern. Ihre Eltern konsumierten häufiger illegale Drogen und hatten ein geringeres Einkommen. Dem Konstrukt „Großstadt“ wird daher eine vielschichtige Bedeutung zuteil, deren Einzelaspekte in einer Interaktion nicht mehr nach zu verfolgen sind.

Im folgenden Abschnitt wird detailliert auf die einzelnen signifikanten Einflüsse eingegangen.

Tabelle 57: Einflüsse (Haupteffekte und Interaktionseffekte) verschiedener Variablen auf die signifikanten Interventionseffekte Belastung, Wissen und destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation

Einflussvariablen	Psychische Belastung			Wissen			destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation		
	Haupteffekt der Variable	Interaktion mit Gruppe	Interaktion mit Zeit	Haupteffekt der Variable	Interaktion mit Gruppe	Interaktion mit Zeit	Haupteffekt der Variable	Interaktion mit Gruppe	Interaktion mit Zeit
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Altersgruppen: jüngere Kinder (bis 9 Jahre) und ältere Kinder (ab 9 Jahren)	n.s.	n.s.	n.s.	<b>.046*</b>	<b>.014*</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Setting (Suchthilfe versus andere)	n.s.	n.s.	n.s.	<b>.020*</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Art der elterlichen Substanzabhängigkeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Einkommen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Migration	n.s.	n.s.	n.s.	<b>.019*</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Geschlecht des süchtigen Elternteils	n.s.	n.s.	<b>.043*</b>	n.s.	<b>&lt;.0001***</b>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

\*\*\* p &lt; .001; \*\* p &lt; .01; \* p &lt; .05

Zunächst ist festzustellen, dass der Effekt der Kontrollintervention auf die destruktiv-ärgerbezogenen Emotionsregulation in keinem Fall durch eine der ausgewählten, zusätzlichen Variablen beeinflusst wurde. Die Variablen „Geschlecht der Teilnehmer“, „Art der elterlichen Substanzabhängigkeit“ und „Einkommen“ beeinflussten die Effekte der Gruppenprogramme ebenfalls nicht signifikant. Die Variable „Altersgruppen“ hingegen, welche die Teilnehmer in jüngere Kinder (bis 9 Jahre) und ältere Kinder (ab 9 Jahre) einteilt, nimmt den Berechnungen zufolge auf die Erhöhung des Wissensstandes ( $p = .046$ ) signifikanten Einfluss. In den Effektanteilen (siehe *Tabelle 58*) zeigt sich, dass beide Altersgruppen über die Zeit gemittelt, signifikant an Wissen zunehmen, der Effekt für die jüngeren Kinder jedoch wesentlich stärker ausfällt ( $p = .0001$ ).

*Tabelle 58: Effektanteile für den Index „Wissen“ getrennt nach Altersgruppen*

Effekt	Einflussvariable	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Altersgruppe	höheres Alter	1	4.65	.032*
Gruppe * Altersgruppe	niedrigeres Alter	1	29.24	<.0001***

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Auch in Wechselwirkung mit der Gruppenzugehörigkeit beeinflussen die Altersgruppen den Wissensstand der Kinder zum Katamnesezeitpunkt ( $p = .014$ ) (siehe oben). Die Wechselwirkung entsteht im Detail daraus, dass die Teilnehmer der Intervention, sowohl die jüngeren Kindern ( $p = .0001$ ), als auch die älteren Kindern ( $p = .0001$ ) signifikant an Wissen zunehmen (stärker jedoch die jüngeren Kinder), in der Kontrollintervention hingegen lediglich die älteren Teilnehmer signifikant an Wissen hinzugewinnen ( $p = .030$ ). Die jüngeren Kinder der Kontrollgruppe nehmen sogar tendenziell an drogenspezifischem Wissen ab (s. *Tabelle 59* und *Abbildung 26*).

*Tabelle 59: Baseline-adjustierte Differenzmittelwerte insgesamt für den Index „Wissen“ nach Altersgruppen*

Zeitpunkt	Einflussvariable	Differenzmittelwerte	Standardfehler der Differenzen	F-Wert	p-Werte
Trampolin	höheres Alter	1.0923	0.1732	6.31	<.0001***
	niedrigeres Alter	1.1528	0.1977	5.83	<.0001***
Hüpfburg	höheres Alter	0.4920	0.2243	2.19	.030*
	niedrigeres Alter	-0.4555	0.2326	-1.96	.052

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

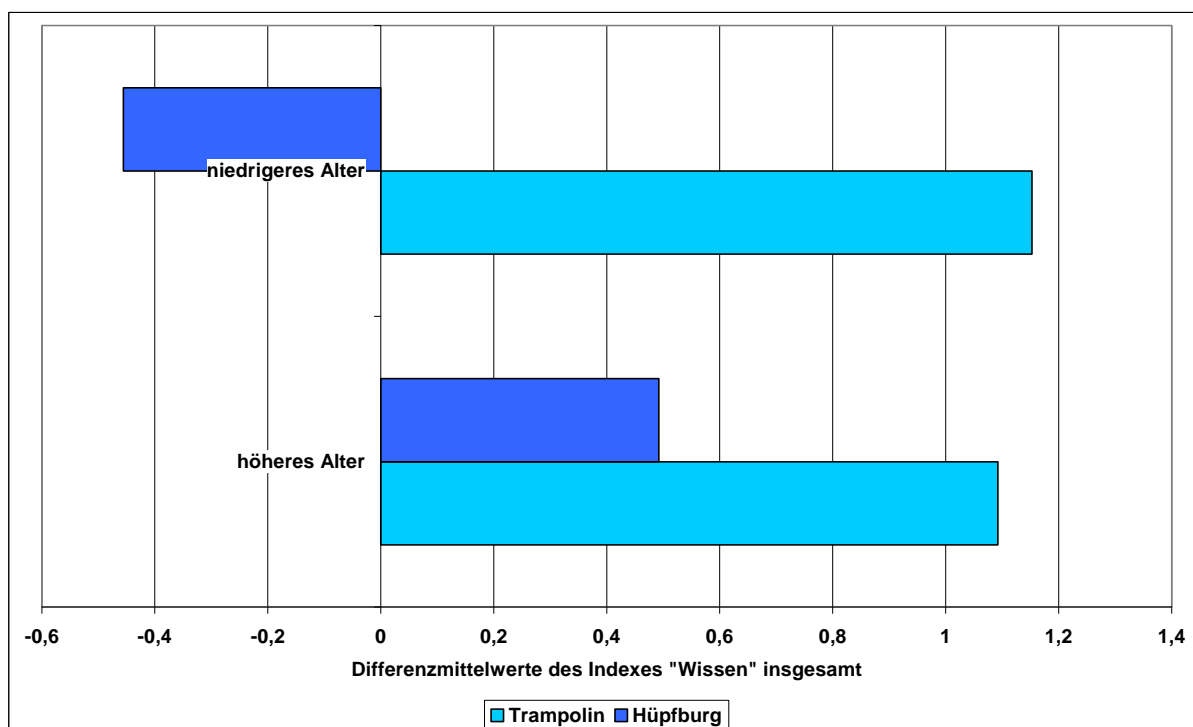


Abbildung 26: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „Wissen“ insgesamt getrennt nach Altersgruppen

Auch das Setting, in dem die Intervention durchgeführt worden ist, beeinflusst das Ergebnis des Wissensstandes signifikant ( $p = .020$ ). In den Differenzmittelwerten (siehe *Tabelle 60*) wird deutlich, dass sich der Wissensstand in den Gruppen, die in der reinen Suchthilfe stattfanden, signifikant mehr erhöht, d.h. stärker vom Ausgangswert abwich ( $p < .0001$ ) als in den Gruppen, die in der kombinierten Suchthilfe durchgeführt worden sind ( $p = .020$ ). Beide Settings sind jedoch wirksam, wie *Tabelle 60* zeigt.

Tabelle 60: Baseline-adjustierte Differenzmittelwerte insgesamt für den Index „Wissen“ nach Setting

Einflussvariable	Differenzmittelwerte	Standardfehler der Differenzen	F-Wert	p-Werte
Suchthilfe in Kombination mit Jugend- oder Familienhilfe	0.3350	0.1451	2.31	.020*
reine Suchthilfe	0.8192	0.1451	5.65	<.0001***

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Der Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Effektivität der Intervention beschränkt sich auf den Wissensseffekt. Eine detaillierte Analyse der Differenzmittelwerte zeigt, dass sowohl Kinder mit Migrationshintergrund ( $p < .0001$ ) als auch ohne Migrationshintergrund ( $p < .0001$ ) von der Intervention profitieren und insgesamt signifikant vom adjustierten Ausgangswert abweichen (siehe *Tabelle 61*). Die Kinder mit Migrationshintergrund gewinnen jedoch signifikant mehr Wissen dazu ( $p = .019$ ).

Tabelle 61: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen insgesamt für den Index „Wissen“ nach Migrationshintergrund versus deutsche Nationalität

<b>Einflussvariable</b>	<b>Differenzmittelwerte</b>	<b>Standardfehler der Differenzen</b>	<b>F-Wert</b>	<b>Signifikanz p-Werte</b>
Migrationshintergrund	1.1586	0.2636	4.39	<.0001***
deutsch	0.4821	0.1109	4.35	<.0001***

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Auch das Geschlecht des süchtigen Elternteils zeigt statistisch signifikante Einflüsse. So wird der Effekt *Belastungsverringerung bei Intervention* durch eine Wechselwirkung zwischen der Zeit und dem Geschlecht des süchtigen Elternteils ( $p = .043$ ) beeinflusst.

Bei Betrachtung der Differenzmittelwerte und der Effektanteile im Interaktionsdesign mit dem Geschlecht des süchtigen Elternteils ist zu erkennen, dass alle Kinder direkt nach der Intervention im Mittel an psychischer Belastung abnahmen. Die Kinder, die nur ein süchtiges Elternteil haben, unabhängig ob Mutter oder Vater, nehmen jedoch auch über die Zeit hinweg signifikant an psychischer Belastung ab. Jene weichen sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Messzeitpunkt (direkt nach der Intervention und im Follow-up) signifikant von der Baseline ab (siehe *Tabelle 62*). Für die Kinder, deren Mutter suchtbelastet ist, gilt dies kontinuierlich stärker über die Zeit hinweg ( $p = .004$ ) (s. *Tabelle 63*). Die Differenzmittelwerte der Kinder mit zwei suchtbelasteten Elternteilen variieren stärker, wodurch der Standardfehler ansteigt und die Belastungsabnahme zu t3 nicht signifikant wird ( $p = .393$ ). Zu beiden Messzeitpunkten konnte jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Ausprägungen der Einflussvariable *Geschlecht des süchtigen Elternteils* (beide, männlich, weiblich) verzeichnet werden. Festzuhalten ist daher, dass der Effekt der Belastungsabnahme für die Kinder deren Eltern beide suchtbelastet sind im Katamnesezeitraum tendenziell eher abnimmt. *Abbildung 27* veranschaulicht die Unterschiede.

Tabelle 62: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen für den Index „psychische Belastung“ nach Zeitpunkten und Geschlecht des süchtigen Elternteils

<b>Zeitpunkt</b>	<b>Einflussvariable</b>	<b>Differenzmittelwerte</b>	<b>Standardfehler der Differenzen</b>	<b>F-Wert</b>	<b>p-Werte</b>
1. MZP (t2 - t1)	beide	-1.3940	0.6684	-2.09	.039*
	männlich	-1.1865	0.4104	-2.89	.004**
	weiblich	-0.9307	0.3989	-2.33	.021*
2. MZP (t3 - t1)	beide	-0.6072	0.7085	-0.86	.393
	männlich	-1.9431	0.4332	-4.49	<.0001***
	weiblich	-2.3074	0.4304	-5.36	<.0001***

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

Tabelle 63: Effektanteile für den Index „psychische Belastung“ getrennt für Zeitpunkte und Geschlecht des süchtigen Elternteils

Effekt	Einflussvariable	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Zeit * Geschlecht süchtiges Elternteil	beide	1	1.22	.272
Zeit * Geschlecht süchtiges Elternteil	männlich	1	2.59	.109
Zeit * Geschlecht süchtiges Elternteil	weiblich	1	8.51	.004**
Zeit * Geschlecht süchtiges Elternteil	1. MZP	2	0.21	.814
Zeit * Geschlecht süchtiges Elternteil	2. MZP	2	2.11	.124

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

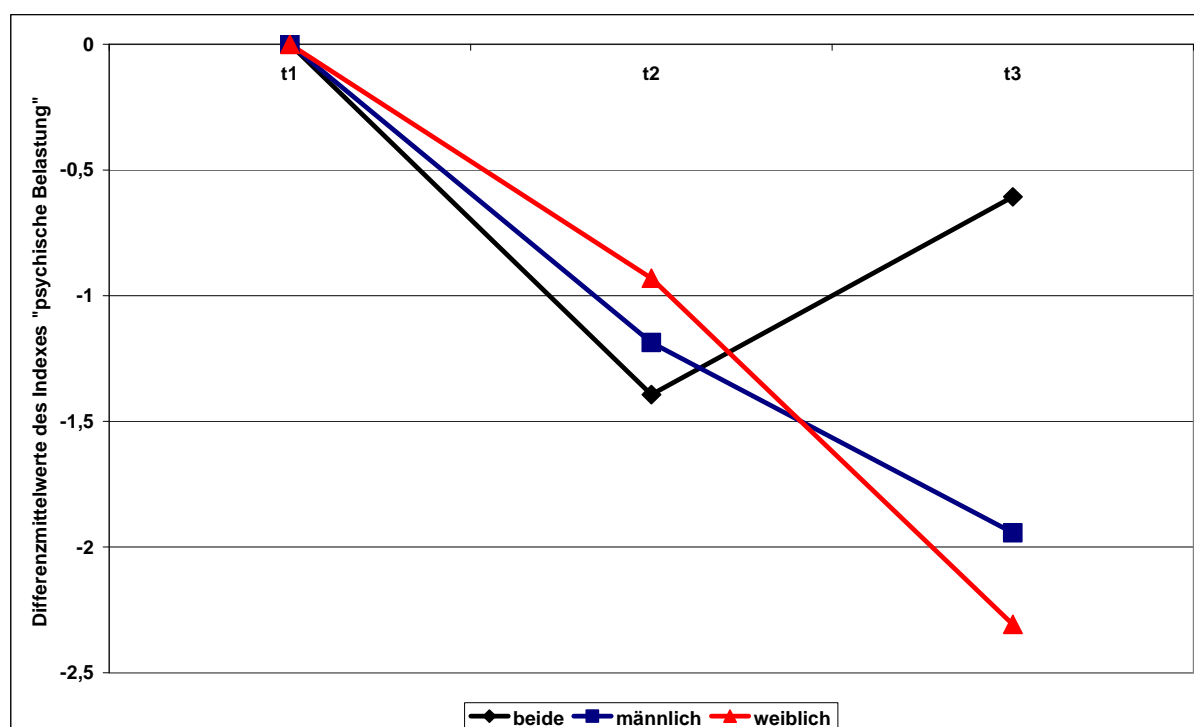


Abbildung 27: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „psychische Belastung“ für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach dem Geschlecht des süchtigen Elternteils

Für den Zuwachseffekt an Wissen konnte ebenfalls ein Einfluss ermittelt werden. Hier wirkt eine Wechselwirkung zwischen der Gruppenzugehörigkeit (IG versus KG) und dem Geschlecht des süchtigen Elternteils ( $p < .0001$ ) auf die Wissenssteigerung ein. In den Differenzmittelwerten wird deutlich, dass „Trampolin“ unabhängig vom Geschlecht des Elternteils wissenssteigernd wirkt (siehe *Tabelle 64*), da Kinder der Interventionsgruppe insgesamt (zu beiden Messzeitpunkten) von der Baseline abweichen. Für die Kinder der Kontrollgruppe ist sogar ein signifikanter Rückgang an Wissen bei den Teilnehmern, mit zwei suchtbelasteten Elternteilen, zu verzeichnen ( $p = .020$ ). Die Kinder der Kontrollgruppe, deren Mütter suchtbelastet sind, nehmen hingegen an drogenspezifischem Wissen zu ( $p = .010$ ). Signifikante Gruppenunterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe konnten daher nur für die Kinder, wo die Väter ( $p = .0001$ ) oder beide Elternteile ( $p = .0001$ ) suchtbelastet sind, ermit-

telt werden (siehe *Tabelle 65*). Für Kinder mit suchtblasteten Müttern ließ sich keine bedeutsame, interventionsspezifische Zunahme an drogenspezifischem Wissen erkennen, weil diese auch in der Kontrollgruppe einen Wissenszuwachs aufwiesen. *Abbildung 28* stellt den Wissenszuwachs bzw. die Wissensabnahme (in Differenzmittelwerten) getrennt nach Geschlecht des süchtigen Elternteils dar.

*Tabelle 64: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen für den Index „Wissen“ nach Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht des süchtigen Elternteils*

Gruppe	Einflussvariable	Differenzmittelwerte	Standardfehler der Differenzen	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Trampolin	beide	1.2635	0.2633	4.80	<.0001***
Trampolin	männlich	1.3299	0.1896	7.01	<.0001***
Trampolin	weiblich	0.6900	0.2095	3.29	.001***
Hüpfburg	beide	-1.1031	0.4786	-2.31	.020*
Hüpfburg	männlich	-0.4621	0.2667	-1.73	.085
Hüpfburg	weiblich	0.5741	0.2089	2.75	.010*

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05

*Tabelle 65: Effektanteile für den Index „Wissen“ getrennt für das Geschlecht des süchtigen Elternteils*

Effekt	Einflussvariable	df	F-Wert	Signifikanz p-Werte
Gruppe * Geschlecht süchtiges Elternteil	beide	1	18.83	<.0001***
Gruppe * Geschlecht süchtiges Elternteil	männlich	1	29.75	<.0001***
Gruppe * Geschlecht süchtiges Elternteil	weiblich	1	0.15	.695

\*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05



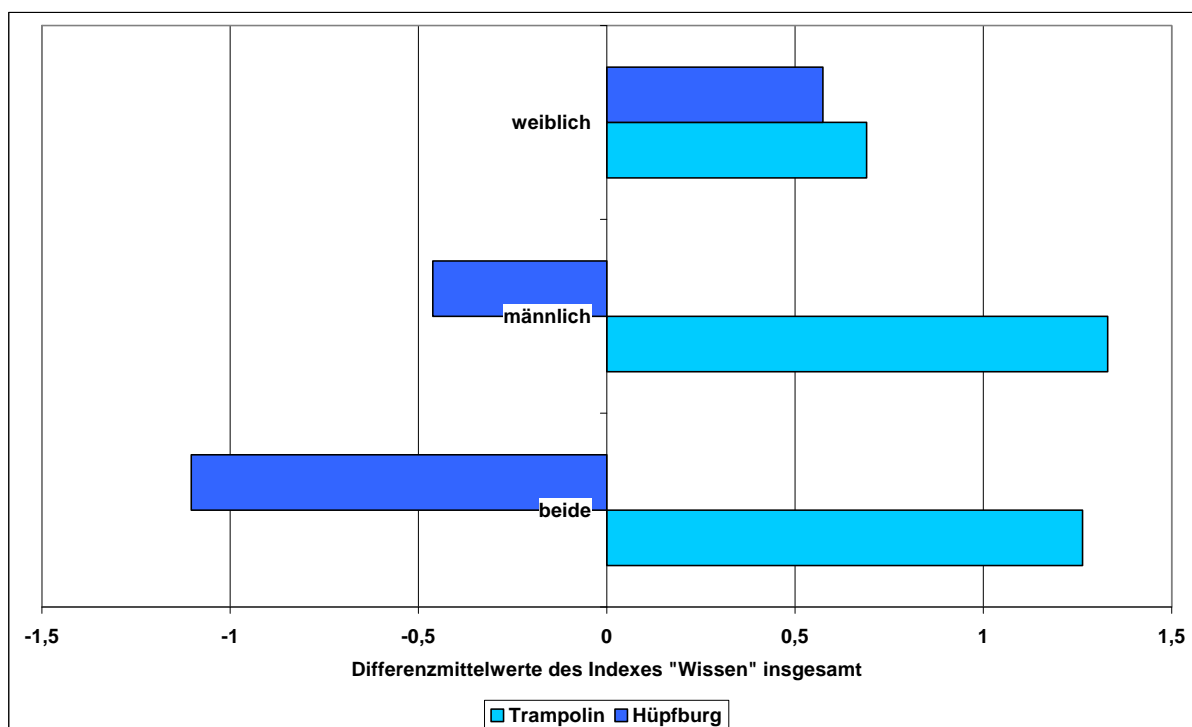


Abbildung 28: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „Wissen“ insgesamt getrennt nach dem Geschlecht des süchtigen Elternteils

#### 8.8.10 Schlussfolgerungen

In explorativen Fragestellungen war im Evaluationsdesign verankert worden, die eingangs benannten Einflüsse auf die Wirkung der suchtspezifischen Intervention „Trampolin“ zu überprüfen. Somit wurde untersucht, welche Faktoren sich auf die Effekte des Wissenszuwachses, der Reduktion psychischer Belastung und des marginalen Gruppenunterschieds in der destruktiv-ärgerbezogenen Emotionsregulation auswirken. Für das *Geschlecht der Kinder* konnte kein Einfluss verzeichnet werden, so dass geschlussfolgert werden darf, dass beide Geschlechter in gleicher Weise von der Intervention profitieren. Ob die Eltern *nur Alkohol konsumierten und/ oder noch andere Substanzen einnahmen* wirkte sich ebenso wenig auf die Ergebnisse aus wie das *Einkommen* der Familie. Letzterer Befund ist bemerkenswert, er weist darauf hin, dass Kinder unterschiedlicher sozialer Schichten in gleicher Weise von „Trampolin“ erreicht werden können. Kinder mit *Migrationshintergrund* profitieren sogar stärker als deutsche Kinder von dem Programm, indem sie (bei bereinigten Ausgangsbedingungen) einen signifikant stärkeren Wissenszuwachs aufweisen.

Für das *Alter der Kinder* wurde ein Einfluss auf die Entwicklung des Wissenszuwachses insgesamt festgestellt. Ältere Kinder wissen mehr über die elterliche Sucht. Die Diskrepanz im Wissen zeigte sich in der „Hüpfburg“-Gruppe nach Bereinigung von Anfangsunterschieden als signifikant größer (hier nahm das Wissen der „Hüpfburg“-Kinder über die Zeit sogar leicht ab), vermutlich weil diese Kinder keine Informationen erhielten, die das Wissen zwischen ihnen hätten angleichen können. Bei „Trampolin“ profitieren alle Altersstufen in punkto Wissen, wie die altersadjustierte Berechnung der Effekte

zeigt. Das Setting (reine Suchthilfe vs. alles andere) wirkte sich ebenfalls auf das Wissen aus: Kinder, die in Suchthilfeeinrichtungen am Programm teilnahmen, wussten nach der Intervention mehr über die elterliche Sucht als Kinder, die diese in Einrichtungen mit gemischtem Schwerpunkt (z.B. Sucht- und Jugendhilfe) oder anderem Schwerpunkt (z.B. Familienhilfe) erhielten. Möglicherweise ist dies einer intensiveren Konfrontation mit dem Thema „Sucht“ in Suchthilfeeinrichtungen geschuldet.

Das *Geschlecht des suchtkranken Elternteils* hat ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der Belastung und des Wissens. Die Belastung sinkt stärker über die Zeit, wenn es die Mutter ist, die Substanzen konsumiert. Da es häufig die Mutter ist, bei der die Kinder leben (vgl. Abschnitt 8.1) leuchtet dies ein, denn die Kinder sind von der mütterlichen Sucht durch den Wohnort viel unmittelbarer betroffen. Sind beide Eltern suchtbelastet, ist der Effekt der Interventionen für „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Teilnehmer gleichermaßen über die Katamnesen wieder rückläufig, vermutlich aufgrund der besonders hohen Belastung dieser Kinder. Hier wären wohl umfassendere bzw. langfristige Hilfsangebote notwendig, um die Belastung für die Kinder zu reduzieren.

Für die Entwicklung des Wissens zeigt sich eine hochsignifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des suchtkranken Elternteils und der Entwicklung in „Trampolin“ oder „Hüpfburg“: Bei „Trampolin“ steigt das Wissen unabhängig davon an, ob die Mutter oder der Vater konsumiert, oder ob beide konsumieren. Bei „Hüpfburg“-Teilnehmern hingegen steigt das Wissen, wenn die Mutter suchtkrank ist, nimmt aber ab, wenn der Vater suchtkrank ist oder beide Eltern suchtkrank sind. Dieser Effekt bleibt schwer interpretierbar. Der Anstieg des Wissens bei Teilnehmern resultiert hier nicht aus Inhalten der Intervention. Möglicherweise sind suchtkranke Mütter offener, ein Gespräch über ihre Abhängigkeitserkrankung und deren Auswirkungen zu führen, so dass das Wissen in diesen Fällen zunimmt. Eine zusätzliche Analyse, die bei Bedarf angefordert werden kann, zeigte, dass es bei diesen Effekten keine zusätzliche Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des Kindes und des suchtkranken Elternteils gab, so dass die Wohn- und Beziehungskonstellation vermutlich eher den Ausschlag gibt.

#### 8.8.11 Effektstärken

Eine Effektstärkenanalyse für den Outcome gemäß Kinderurteil soll eine Diskussion der Anschlussfähigkeit an international publizierte Studien ermöglichen (Bröning et al., 2012). Eine Effektstärkenanalyse für den Outcome gemäß Elternurteil entfällt an dieser Stelle, weil hierzu keine entsprechenden Vergleichsdaten publiziert sind. Es ergeben sich zu Gunsten der Trampolin-Kinder die in *Tabelle 66* aufgeführten Effekte, ausgedrückt über das Maß  $d$  nach Cohen und die Korrelation  $r$ , wie sie in Meta-Analysen gebräuchlich sind (Rosenthal & DiMatteo, 2000).

Tabelle 66: Effektstärken (*d* und *r*) in zentralen Outcome-Maßen zu *t*2 und *t*3 zu Gunsten der Interventionsgruppe

Zeitpunkt	Konstruktiv-palliative Emotionsregulation		Psychische Belastung durch die elterliche Sucht		Wissen über Suchterkrankung und ihre Folgen	
	<i>d</i>	<i>r</i>	<i>ldl</i>	<i>r</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
<i>t</i> 2	.14	.09	.31	.18	.64	.36
<i>t</i> 3	.07	.04	.49	.28	.34	.22

Die deutlichsten Effekte zu *t*2 zeigen sich demnach in der reduzierten Belastung durch die elterliche Sucht mit einem kleinen Effekt sowie mit einem mittleren Effekt bzgl. eines größeren Wissens über Substanzen. Für *t*3 ergibt sich ein etwa mittlerer Effekt in der Reduktion von psychischer Belastung. Diese Effektstärken sind zum einen „typisch“, zum anderen vor dem Hintergrund des vorliegenden Studiendesigns zu sehen (keine Warte-Kontrollgruppe, sondern eine Interventions-Kontrollgruppe) – worauf im Diskussionsteil näher eingegangen wird.

## 8.9 Qualitative Analyse von Kursabbrüchen

In einigen Fällen wurde die Teilnahme an „Trampolin“ bzw. an der „Hüpfburg“ abgebrochen. Die Gründe hierfür wurden nach Möglichkeit von den Kursleitern in Erfahrung gebracht und aufgezeichnet. Insgesamt brachen nach dieser Dokumentation 9 Kinder der Interventionsgruppe und 11 Kinder der Kontrollgruppe offiziell die Teilnahme ab. Die Gründe hierfür lagen z. T. in der Person des Kindes bzw. dessen Eltern, z. T. außerhalb dieser Personen, und lassen sich wie folgt kategorisieren:

- a) in der Person des Kindes gelegen (Kind wollte nicht mehr teilnehmen, war zu schüchtern)
- b) in der Person der Mutter gelegen (Mutter hatte kein Interesse mehr, untersagte dem Kind die Programmteilnahme)
- c) Zusammensetzung der jeweiligen Gruppen (Kind war mit der Gruppe überfordert; Kind war erheblich älter als die übrigen Gruppenteilnehmer)
- d) Inhalt des Programms (Kind empfand die Inhalte als nicht altersgerecht, Kind hatte kein Interesse an den Inhalten)
- e) Konflikt mit anderem Termin (Förderunterricht)
- f) zu geringe Teilnehmerzahl durch Ausfälle

In vier Fällen (20 %) konnten die Gründe für den Abbruch nicht in Erfahrung gebracht werden, drei dieser Kinder gehörten der Interventionsgruppe an. Bei den anderen sechs Kindern der Interventionsgruppe, die die Teilnahme an „Trampolin“ abgebrochen haben, wurde in drei Fällen der Programminhalt als Grund angegeben, in einem Fall wurden konkurrierende Termine angegeben, in jeweils einem weiteren Fall wurde ein Grund angegeben, der in der Person des Kindes bzw. der Person der Mutter lag (s.o.). In zehn von elf Fällen, die als Abbrüche in der Kontrollgruppe benannt wurden, ist der Grund für den Abbruch der Teilnahme bekannt: In drei Fällen lag der Grund im Kind selbst, bei einem Fall in der Person der Mutter und bei zwei Fällen in der Zusammensetzung der Gruppe. Außerdem wurde

eine mit vier Teilnehmern sowieso schon kleine Gruppe nach dem vierten Modul aufgelöst, weil vorher in keinem der Module (außer dem ersten) alle Teilnehmer anwesend waren und nach Auffassung der Kursleiter insgesamt zu wenige Kinder erschienen, um die Module durchführen zu können.

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass in erfreulich wenigen Fällen die Teilnahme am Programm abgebrochen wurde. In diesen Fällen wiederum lag nur selten der Grund für den Abbruch der Teilnahme an Aspekten des Programms. Dies spricht ebenso wie die Bewertung der Programme durch die Kinder (vgl. Abschnitt 8.2.2) dafür, dass das Programm „Trampolin“, aber auch das Programm „Hüpfburg“, beim überwiegenden Teil der Kinder positiv angekommen ist.

## 9 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die in Kapitel 8 dargestellten Studienergebnisse in ein Gesamtbild integriert und diskutiert. Die Ausgangsbasis hierfür stellen Überlegungen zur Belastbarkeit der Studienergebnisse sowie zu Stärken und Limitationen der Untersuchung dar (Abschnitt 9.1). Im Anschluss werden die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie diskutiert (Abschnitt 9.2). Nach der Diskussion der Akzeptanz des „Trampolin“-Programms (Abschnitt 9.3) wird ein abschließendes Fazit gezogen (Abschnitt 9.4).

### 9.1 Belastbarkeit der Studienergebnisse

#### *Effektstärken*

Ein systematischer Review zu international publizierten Kurzzeitinterventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien weist in verschiedenen Bereichen positive Veränderungen auf Seiten der Kinder nach (vgl. Bröning et al., 2012, oder den Überblick im Trampolin-Manual [Anlage A.4, Abschnitt II]). Die Art und Ergebnisse dieser Interventionen und Studien hatten einen Einfluss sowohl auf die strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung des Programms Trampolin wie auch v.a. auf die Hypothesen, mit denen die Wirksamkeit dieses Programms überprüft werden sollte. Auf der Basis der publizierten Studien war nicht davon auszugehen, dass jede einzelne unserer Hypothesen bestätigt werden würde, denn die Befundlage war nicht einhellig (vgl. Bröning et al., 2012). Dementsprechend gingen bereits in die Hypothesenformulierung Unwägbarkeiten mit ein. Zum anderen sind die in diesen Studien verwendeten Designs und Methoden nicht direkt mit den unseren vergleichbar (z.B. hinsichtlich Stichprobengröße, Art der Kontrollgruppe, Wahl der Messzeitpunkte). Schließlich ergeben sich in Projekten, „die in realen Praxiskontexten oder durch Dritte (...) umgesetzt werden“, häufig geringere Effektstärken als unter Laborbedingungen, was mitunter auf Unterschiede in der Konzepttreue bei der Implementation wie auch im Engagement der Beteiligten für die Programmevaluation hindeutet (Beelmann, 2006). Allerdings werden für die vorliegende Studie nach den Resultaten der Adhärenzprüfung (vgl. Abschnitt 8.3.) solche Einflüsse ausgeschlossen: Angesichts der hohen Gesamtadhärenz lässt sich behaupten, dass das Trampolin-Programm in der Mehrzahl der Fälle so durchgeführt wurde wie von den Programmentwicklern entworfen.

Die im Ergebnisteil berichteten Effektstärken zugunsten der Trampolin-Intervention liegen im kleinen bis mittleren Bereich. In publizierten Studien liegen die gefundenen Effekte für „Wissen“ bei  $r = .37$  bis  $.70$ , für „Coping“ bei  $r = .24$  bis  $.54$  und bei  $r = .29$  für „psychische Belastungsreduktion“ (Bröning et al., 2012). Diese Werte sind zwar höher als die für Trampolin gefundenen, beruhen aber i.d.R. auf Vergleichen zu (unbehandelten) Warte-Kontrollgruppen, während das vorliegende Design auf einem Vergleich zwischen einer neuen Intervention und einer komplexen quasi „treatment as usual“-Intervention beruht. Dies erklärt die niedrigeren Effektstärken, die auf direkten Vergleichen zu den jeweiligen Endpunkten beruhen: Trampolin hatte einen starken „Wettbewerber“. Insgesamt also schließen sich die Trampolin-Ergebnisse an die von international publizierten Studien durchaus an.

### *Interne und externe Validität*

Die interne Validität der Studienergebnisse kann aufgrund der fast erreichten Randomisierung und der statistischen Kontrollberechnungen (v.a. der Baseline-Adjustierung und der Verwendung von „mixed model“-Varianzanalysen) als hoch eingeschätzt werden. Die berichteten Besserungen über die Zeit – unabhängig davon, ob die Unterschiede zwischen Trampolin oder Hüpfburg jeweils signifikant waren – können kaum durch Reifungsprozesse erklärt werden, da entsprechende Prozesse in den jeweiligen Bereichen nach entwicklungswissenschaftlichen Erkenntnissen (ohne externe Förderung) erst im Lebensalter von etwa 15 Jahren einsetzen (Lohaus & Klein-Heßling, 2006; Seiffge-Krenke, 1998). Der Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe war zwar ursprünglich angestrebt, konnte aber trotz großer Bemühungen nicht umgesetzt werden (vgl. Abschnitt 7.4.1), während eine Warte-Kontrollgruppe von den beteiligten Praxispartnern aus ethischen Gründen einhellig und nachdrücklich abgelehnt wurde. Der Einsatz einer „treatment as usual“-Intervention muss im gegebenen Kontext allerdings nicht nur als Nachteil in Bezug auf Effektstärken, sondern kann durchaus auch als Vorteil gesehen werden, denn er erhöht die externe und v.a. ökologische Validität der vorliegenden Befunde (Westermann & Krohn, 2010): Die Generalisierbarkeit der Studie und die Abschätzung der unter Alltagsbedingungen zu erwartenden Effekte fallen durch das vorliegende Design realistischer aus.

### *Limitationen der Studie*

Neben dem bereits beschriebenen Fehlen einer unbehandelten Kontrollgruppe sind noch weitere Limitationen der Studie zu benennen. Ein wichtiger zu besprechender Punkt ist, dass sich die Kinder in der vorliegenden Studie als weniger auffällig bzw. weniger belastet schilderten, als für diese Zielgruppe zu erwarten gewesen wäre. Dies gilt vor allem bezüglich der Stressbewältigungsstrategien (im Vergleich zu Normwerten einer deutschen Stichprobe; Eschenbeck, Kohlmann & Lohaus, 2007), zum Teil auch für Aspekte der im KIDSCREEN gemessenen Lebensqualität (im Vergleich zu Normwerten einer europäischen Stichprobe; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). In mit dem SDQ gemessenen Verhaltensproblemen zeigte sich hingegen im Elternurteil eher eine höhere Belastung der Kinder dieser Studie (Stadelmann et al., 2010). Es ist somit schwer entscheidbar, inwiefern es sich bei den Kindern der vorliegenden Studie um eine selektierte Stichprobe handelt. Ein Selektionseffekt könnte möglicherweise durch die Schuld- und Schamhaftung des Themas „Sucht“ entstanden sein; so ist es etwa denkbar, dass stark suchtblastete Eltern aus Furcht vor zuviel Einblick in das Familienleben eine Teilnahme am Kurs eher ablehnten. Für beide Gruppen ist darüber hinaus nicht auszuschließen, dass auch diese Kinder schon Erfahrungen mit einem Suchtpräventionsprogramm gemacht haben (kontrolliert wurde dies nur für den Zeitraum von sechs Monaten vor Beginn der Trampolin-Gruppen). Bei Baseline-Werten im nahezu „normalgesunden“ Bereich ist es wenig wahrscheinlich, dass sich die Werte über die Zeit in einen „extrem gesunden“ Bereich verbessern, schon gar nicht bei einer Kurzintervention („Deckeneffekt“, vgl. Abschnitt 8.8.7). Möglicherweise hätten bei einer schwerer belasteten Stichprobe noch weitere Effekte identifiziert werden können.

Eine weitere Einschränkung der Studie stellt die Verwendung selbst entwickelter Indizes in den Bereichen des Wissens über Suchterkrankungen und ihre Folgen sowie der psychischen Belastung dar. Für diese Altersgruppe etablierte Instrumente mit entsprechenden psychometrischen Kennwerten fehlen bislang, so dass dieser Weg beschritten werden musste. Eine genauere Überprüfung und Verfeinerung der neu entwickelten Erhebungsinstrumente in zukünftigen Studien erscheint aber geboten. Eine weitere Einschränkung stellen die unterschiedlichen Gruppengrößen der Untersuchungsgruppe ( $N_{t1} = 130$ ) und der Kontrollgruppe ( $N_{t1} = 88$ ) dar. Diese Unterschiede entstanden dadurch, dass die Randomisierung nicht für jeden beteiligten Standort gelang: Einigen Einrichtungen war es aufgrund der beschriebenen Rekrutierungsschwierigkeiten nicht möglich, beide Gruppen, „Trampolin“ und „Hüpfburg“ durchzuführen<sup>9</sup>. Durch die in der Studie verwendete Auswertungstechnik konnte diese Einschränkung jedoch methodisch aufgefangen werden.

Schließlich wäre es wünschenswert gewesen, Daten auch zu einem zweiten Katamnesezeitpunkt mit größerem zeitlichem Abstand erheben zu können. Dies hätte ermöglicht, „Sleeper“-Effekte aufzudecken – manche Wirkung der Intervention zeigt sich ggf. erst in der langfristigen Perspektive. Verschiedene komparative klinische Studien weisen nach, dass Patienten sich häufiger auch nach Behandlungsabschluss positiv weiterentwickeln (McLellan, O'Brien, Metzger et al. 1992; Markus, Lange, Pettigrew 1990). In einer systemischen Familientherapiestudie zeigten sich die deutlichsten Besserungen erst in der 2-Jahres-Katamnese (Thomasius, 2004). In Zukunft sollte also, wenn möglich, noch mindestens eine weitere Erhebungswelle erfolgen. Ein entwicklungswissenschaftlich relevanter Zeitpunkt für eine diesbezügliche Überprüfung wäre die Pubertät, ein relevantes Prüfkriterium ein etwaiger eigener Alkohol- bzw. Drogenkonsum der Kinder.

## 9.2 Effekte der Interventionen und Mehrwert durch „Trampolin“

In vielfältigen Bereichen profitierten sowohl die Kinder aus der Interventionsgruppe als auch die Kinder aus der Kontrollgruppe von der jeweiligen Maßnahme, ohne dass sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen benennen ließen. Beobachtet wurden für beide Gruppen bedeutsame Besserungen in den Bereichen der vermeidenden Stressbewältigung, der konstruktiv-palliativen Stressbewältigung, der negativen Stressbewältigung insgesamt, der psychischen Belastung durch die elterliche Sucht, des psychischen Wohlbefindens als einem Aspekt der Lebensqualität sowie des Selbstkonzepts. Es überrascht nicht, dass sich in unserer Studie auch die Kontrollgruppe in einigen Bereichen verbesserte, da es sich ja nicht um eine (vollständig unbehandelte) Warte-Kontrollgruppe handelte. Vielmehr erfuhr die Kontrollgruppe mit dem „Hüpfburg“-Programm eine in ihrer Dosis vergleichbare, aber suchtspezifische Intervention, inklusive der Erfahrung einer unter fachlicher Anleitung und Aufsicht stehenden Gruppe und des daraus resultierenden Gemeinschaftserlebens mit Kindern in der gleichen Lebenslage. Auch Zuwendung und Wertschätzung, Anerkennung und Erfolgserlebnisse im Spiel erlebten Kinder beider Gruppen gleichermaßen. In anderen Evaluationsstudien zu Angeboten für Kinder suchtspezifischer Eltern zeigten sich ebenso vergleichsweise wenige Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. So ergab sich z.B. in den Studien von Short et al. (1995) und von

<sup>9</sup> Eine alleinige Durchführung der „Hüpfburg“-Gruppe lehnten die meisten dieser Einrichtungen ab.

Dore et al. (1999) kein signifikanter Effekt der untersuchten Programme auf den Selbstwert. Bei Short et al. (1995) war nur einer der untersuchten Effekte langfristiger Natur, bei Dore et al. (1999) gab es zwar mehrere Veränderungen in die erwartete Richtung, aber nur ein Effekt war signifikant.

### *Mehrwert durch Trampolin*

Erwartungsgemäß waren diejenigen Bereiche identifizierbar, in denen die suchtspezifische Intervention alleine oder in stärkerem Maße als die suchtspezifische Intervention zu positiven Veränderungen geführt hat. Bei diesen Bereichen – die konkret mit dem Thema Sucht in Beziehung gebracht werden können – zeigt sich der Mehrwert von Trampolin gegenüber einer suchtspezifischen Intervention. So verbesserten nur die Kinder der Interventionsgruppe ihr Wissen zum Thema Alkohol und Drogen, und dies auch langfristig. Dieser Effekt steht im Einklang mit den Resultaten z.B. aus Gance-Cleveland und Mays (2008), Short et al. (1995) und Woodside et al. (1997) und ist letzten Endes naheliegend. Störungsthematische Wissensvermittlung ist jedoch nicht ohne Grund Bestandteil aller psychoedukativen Interventionsprogramme. Sie ist bedeutsam, wenn man sich ihre Implikationen vor Augen hält: Kinder eignen sich nicht nur Wissen an, das für sich genommen eher abstrakt und nutzlos sein könnte, sondern reduzieren durch dieses Wissen auch ein Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber einer sonst nicht fassbaren Bedrohung; sie entwickeln darauf aufbauend potenziell auch kognitive Strategien, die ihnen im Umgang mit der elterlichen Sucht behilflich sein können. Darüber hinaus kann dieses Wissen den Kindern helfen, mit der eigenen – bei Kindern aus suchtbelasteten Familien ja deutlich höheren – Suchtgefährdung adäquater umzugehen. Kinder möchten Sucht- bzw. andere psychische Krankheiten Ihrer Eltern verstehen (Lenz, 2008), wie auch der Erfolg entsprechender Ratgeber-Bilderbüchern für Kinder nahelegt (z.B. Homeier & Schrappe, 2009).

Primär bedeutsam für die Kinder – und ein wesentliches Ziel des „Trampolin“-Programms – ist der Rückgang der psychischen Belastung. Dieser Befund trifft – vermutlich bedingt durch den hohen motorisch-kinetischen Anteil sowie die oben angemerkten positiven Gemeinschaftserlebnisse des „Hüpfburg“-Programms – zwar auch auf die Kontrollgruppe zu, auf die Interventionsgruppe aber in deutlich stärkerem Maße. Außerdem ist dieser zentrale Effekt langfristiger Natur, d.h. er ist, genau wie die Verbesserung des Wissens, sechs Monate nach Ende des Kurses identifizierbar.

Dass die Kinder der Hüpfburg-Gruppe nach der Intervention eine – wenn auch nur tendenziell – niedrigere destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung zeigen würden, war nicht erwartet. Bei dieser Form der Emotionsregulation handelt es sich um eher destruktive spannungslösende Aktivitäten, die auf das (materielle oder menschliche) Umfeld gerichtet werden (z.B. Türen schlagen). Insgesamt handelt es sich jedoch nur um einen kurzfristigen Effekt. Es ist durchaus vorstellbar, dass die motorisch-kinetische „Hüpfburg“ und das spielpädagogische Arbeiten den Kindern ein kurzfristiges „Ventil“ für Aggressionen und innere Spannungen bot. Der leichte Anstieg bei den Trampolin-Kindern ist dagegen nur deskriptiv erkennbar (wird also nicht signifikant) und hat möglicherweise mit der Desillusionierung hinsichtlich der elterlichen Sucht zu tun, auf die aggressiv reagiert wird. Auf die z.T. ungünstige For-



mulierung der Items wurde im Ergebnisteil bereits hingewiesen, die eine Interpretation dieses Befunds etwas erschwert.

#### *Mehrwert durch „Trampolin“ aus Elternsicht*

In den meisten Studien äußerten sich entweder nur die Kinder selbst oder aber nur Erwachsene (Eltern, Lehrer, Gruppenleiter) über die Kinder. In der vorliegenden Studie wurden einige Aspekte sowohl über das Selbsturteil der Kinder als auch über das Fremdurteil der Eltern über die Kinder erfragt, was als Stärke der Untersuchung anzusehen ist. Die oben erwähnte Tendenz der Kinder der Interventionsgruppe zur vermehrten Anwendung von destruktiv-ärgerbezogenen Strategien der Emotionsregulation zeigt sich in der Einschätzung der Eltern nicht. Ganz im Gegenteil bescheinigen die Eltern der Kinder aus der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Eltern der Hüpfburg-Kinder ihren Kindern nach der Intervention eine bessere konstruktiv-palliative Stressbewältigung. Es mag sein, dass sich die Kinder selbst als aggressiver erlebten oder entsprechende Impulse überhaupt bei sich wahrnahmen, dieses aber von den Eltern nicht als Aggression aufgefasst wurde – sofern sie dies überhaupt beobachtet haben. Im „offenen“ Verhalten haben die Eltern möglicherweise häufiger konstruktiv-palliatives Handeln bemerkt. Dies deutet darauf hin, dass die Kinder zu ihrer Stressbewältigung zwei „Ventile“, also Entlastungsmöglichkeiten, nutzen: eine eher „heimliche“ impulsive bzw. Ärgerthematische und eine „offene“ reflektive Strategie.

In Bezug auf die Reduktion von Verhaltensproblemen im SDQ profitierten die Interventionsgruppe wie auch die Kontrollgruppe über die Zeit hinweg von der Gruppe. Betrachtet man die einzelnen Bereiche des SDQ, so zeigt sich in einigen Subskalen wie der Hyperaktivität, aber auch in der Summe der Verhaltensprobleme ein ähnliches Muster. Zunächst ergab sich nach Einschätzung der Eltern zum Grad der Hyperaktivität ihrer Kinder bei den Kindern aus der Hüpfburg-Kontrollgruppe nach dem Kurs ein deutlicher Rückgang, der im Katamnese-Zeitraum aber wieder einen Trend nach oben zeigt, wohingegen bei den Kindern der Interventionsgruppe ein kontinuierlicher Rückgang auch noch im Follow-up zu beobachten war. Während der Effekt in der Kontrollgruppe also nur kurzfristig und wohl durch den großen Spielanteil bedingt war, hat die Trampolin-Intervention aus Elternsicht eine zunächst weniger intensive, dafür aber nachhaltig reduzierende Wirkung auf den Grad der Hyperaktivität und andere Verhaltensprobleme.

#### *Elternmodul*

Bei den Eltern, die am Eltern-Modul teilnahmen, ergaben sich bezüglich der aus den Zielen abgeleiteten Merkmale keine statistisch signifikante Veränderung im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern. Eine Ursache, warum sich das Elternmodul nicht signifikant auf die Sensibilität für die kindlichen Bedürfnisse, die Erhöhung des elterlichen Selbstvertrauens in die eigene Erziehungskompetenz sowie die Motivation zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen ausgewirkt hat, könnte zum einen darin liegen, dass Zeitspanne und Intensität dieser Intervention zu gering waren, um wirksam sein zu können. Zudem nahmen viele Eltern nur an einem der beiden Elterntreffen teil. Aus den Rückmeldungen der Kursleiter

ging hervor, dass jedoch insbesondere die an beiden Treffen teilnehmenden Eltern hohen Gesprächsbedarf hatten und gern mehr diskutiert, gehört und geübt hätten. Positiv ist auch, dass sich bei den Eltern der Trampolin-Kinder zumindest in der Sensibilisierung für die Auswirkungen der elterlichen Sucht positive Tendenzen zeigen. Für die Zukunft wäre zu überlegen, die Elternarbeit bei Trampolin stärker auszubauen, vielleicht sogar parallele Elterngruppen zu den Kindergruppen anzubieten. Eine andere – vielleicht zusätzliche – Ursache für die fehlenden Effekte könnte aber auch sein, dass es überwiegend die kompetenteren Eltern waren, die zu Eltern-Treffen kamen, und sich dadurch keine allzu großen Verbesserungen ergeben konnten. Dies lässt sich allerdings nicht statistisch signifikant (möglicherweise mangels statistischer „Power“) im Mittelwertsvergleich unser Daten belegen.

### **9.3 Akzeptanz des „Trampolin“-Gruppenprogramms**

Als erfreulich erwiesen sich die guten Bewertungen des Programms durch die teilnehmenden Kinder und Eltern: In der Prozessevaluation (vgl. Abschnitt 8.2) wurde eine hohe Akzeptanz beider Angebote, Trampolin und Hüpfburg, deutlich. Diese ist sicher auch auf die fundierte Ausbildung und die Offenheit und Freundlichkeit der durchführenden Kursleiter zurückzuführen (vgl. Abschnitt 8.7). Bezüglich des Gruppengefühls und der Frage danach, ob das Kind den Kurs weiterempfehlen würde, war der Trampolin-Kurs der Hüpfburg-Gruppe überlegen. Das ist insofern bemerkenswert, als die Kinder in Trampolin eher mit Psychoedukation und „schulähnlichen“ Einheiten konfrontiert waren, während sie in der Hüpfburg-Gruppe die ganze Zeit spielen konnten. Der gegenseitige Austausch über das Thema der elterlichen Sucht könnte der Grund für das intensivere Gruppengefühl sein.

Trampolin wirkte bei den Kindern durchgehend stimmungsaufhellend – besonders war dies nach Modul 4 der Fall, in dem ein besonders großer Informationsblock über die elterliche Sucht integriert ist. Dies deutet darauf hin, dass die Effekte „Wissen“ und „Belastungsreduktion“ nicht unabhängig voneinander zu bewerten sind, sondern es gerade die neue Bewertungsmöglichkeit der eigenen Situation ist, die zu einer stärkeren psychischen Entlastung – auch schon kurzfristig – beiträgt. Die vergleichbar geringe Abbruchquote und die nicht nur programmbezogenen, sondern sehr heterogenen Gründe für den Abbruch weisen ebenfalls daraufhin, dass die Programminhalte und deren Vermittlung sehr gut ankommen.

Die Bewertung des Programms durch die Kursleiter war ebenfalls erfreulich gut, jedoch deutlich differenzierter als die Bewertung durch die Eltern und Kinder. Kritik wurde vor allem an den Zeitvorgaben und der Umsetzbarkeit der Inhalte in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit geäußert. Zum einen ist ein stark vorstrukturiertes, manualisiertes Arbeiten für viele Kursleiter ausgesprochen ungewohnt. Dies wird auch in der Untersuchung der Strukturmerkmale der Einrichtungen (vgl. Abschnitt 8.4) deutlich: bei den angebotenen Kindergruppen handelt es sich häufig um offene Gruppenstunden ohne verschriftlichte Konzepte. Zum anderen befanden sich nach Aussagen der Kursleiter häufig verhaltensauffällige Kinder unter den Kursteilnehmern, die durch ihren Bewegungsdrang und eine geringere Konzentrationsfähigkeit die strukturierte Durchführung des Kurses häufig erschwert hätten. Die Adhärenzmessung (vgl. Abschnitt 8.3) zeigt, dass eine manualgetreue Umsetzung des Programms den-

noch meist möglich ist und gelang. Viele Kursleiter meldeten zudem zurück, dass die Kürze des Programms sehr wertvoll sei, um für die Familien ein niedrighschwelliges Angebot zu schaffen.

#### 9.4 Fazit

Zusammenfassend gesagt zeigen die Prä-Post-Follow-Up-Vergleiche, dass das Programm Trampolin in vielen Bereichen langfristig wirksam ist. Wirksamkeit ergab sich allerdings auch für das Programm der Kontrollgruppe. Der zusätzliche Wert des Programms Trampolin liegt besonders in den Bereichen, die stark suchtspezifisch sind – nämlich dem suchtbetogenen Wissen und der suchtbetogenen psychischen Belastung. Hier sind Sleeper-Effekte auf so wichtige Aspekte wie z.B. das eigene spätere Alkoholkonsumverhalten denkbar, so dass es – wie bereits oben gesagt – wünschenswert wäre, bei derselben Stichprobe in ca. fünf Jahren eine weitere Katamnese-Erhebung durchzuführen. Seitens der teilnehmenden Eltern, der Kinder und der Kursleiter wird das Programm positiv bewertet und genießt eine hohe Akzeptanz. Aus der Kursleiterbewertung wird jedoch auch deutlich, dass „Trampolin“ im Spannungsfeld zwischen der erwünschten Knappheit einer Kurzintervention einerseits und der Schwere der Problematik des Aufwachsens in suchtbetetzten Familien andererseits steht. Diese Spannung lässt sich nicht auflösen, es ist jedoch – und in dieser Form haben die eben benannten Rückmeldungen auch in das Manual Eingang gefunden – jeder Einrichtung und jedem Kursleiter überlassen, hier für sich und seine Klientel „eine gute Mitte“ zu finden, sei es durch Verlängerung einzelner Kurseinheiten um eine halbe Stunde, durch das Auslassen unwichtigerer Zwischenspiele zugunsten wesentlicherer inhaltlicher Einheiten je nach Gruppenzusammensetzung oder andere Maßnahmen. Das Manual gibt hier detaillierte Hinweise, um Beliebigkeiten auszuschließen. Ein vergleichbares Vorgehen ist auch bei anderen manualisiert evidenz-basierten, psychoedukativen Gruppenprogrammen anzutreffen, etwa dem aus den USA stammenden „Seeking Safety“ („Sicherheit finden“) für Menschen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Substanzmissbrauch (Najavits, 2009).

Und noch ein weiteres Spannungsfeld spiegelt sich in den Ergebnissen der Studie auf vielfältige Weise wider: Dem großen Bedarf gemäß der eingangs genannten Prävalenzen steht nur ein vergleichsweise geringes Angebot und – aufgrund der schwierigen, mit Scham und Schuld besetzten Thematik – auch nur eine vergleichsweise geringe, von den Betroffenen offen geäußerte Nachfrage gegenüber. Wie die vorliegende Untersuchung der genutzten Rekrutierungswege (Abschnitt 8.5) unterstreicht, ist für die schwierig zu erreichende Gewinnung von Teilnehmern für die Kindergruppen eine aktive und intensive Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und die Etablierung des Programms als regelhaftes Angebot im Helfersystem unabdingbar. Diese Vernetzungs- und Rekrutierungsarbeit geht aber weit über die häufig übliche „Komm-Struktur“ hinaus und verschlingt z.T. beträchtliche personelle und finanzielle Ressourcen. In der Befragung nicht-teilnehmender Einrichtungen wird das Fehlen dieser Ressourcen als ein Hauptgrund für die Nicht-Teilnahme genannt (Abschnitt 8.6). Mit dem nunmehr evaluierten Programm „Trampolin“ wurde ein Qualitätsstandard geschaffen, der zu besseren Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten von Angeboten für Kinder aus suchtbetetzten Familien und damit zu einer größeren Erreichungsquote dieser Kinder in einer schwierigen Lebenssituation führen dürfte.

## 10 Gender Mainstreaming Aspekte

Bei der Planung, Durchführung und Bewertung des „Trampolin“-Projektes wurde in Hinblick auf die Gender-Mainstreaming-Strategie eine Geschlechtergleichstellung berücksichtigt. Das „Trampolin“-Manual richtet sich an Mädchen und Jungen gleichermaßen, was sich in einzelnen Modulen widerspiegelt. So werden beispielsweise in Modul 6 zur Durchführung der Übung „Fünf Schritte des Problemlösens“ Arbeitsblätter bearbeitet, die explizit geschlechtsspezifisch sind. Die jeweils geschilderte Situation ist für Mädchen und Jungen unterschiedlich, damit sich weibliche bzw. männliche Kinder einfacher in der Situation wiederfinden können.

Im Kontrollgruppen-Design wurden für das „Hüpfburg“-Manual die Spiele so ausgewählt, dass sich sowohl Jungen als auch Mädchen in gleicher Weise angesprochen fühlen und durch die Vielfalt sowie Verschiedenartigkeit der Übungen Spaß und Spielfreude bei allen Kindern erreicht wird.

Bei der Gestaltung der „Trampolin“-Homepage und der Werbematerialien (Flyer, Plakate) wurde darauf geachtet, dass diese hinsichtlich der farblichen Gestaltung und der verwendeten Symbolik Jungen und Mädchen gleichermaßen ansprechen.

Im Rahmen der Evaluation bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente fanden geschlechtsspezifische Aspekte ebenfalls Berücksichtigung, so dass z.B. in den Fragebögen für die Kinder generell der allgemeine Begriff ‚Kinder‘ genutzt wird und nicht die Begriffe ‚Jungen‘ oder ‚Mädchen‘ verwendet wurde. Ein weiteres Beispiel zeigt sich in den Fragebögen für die Eltern in der Skala zur Erfassung elterlicher Erziehungshaltungen. Einzelne Items sind geschlechtsspezifisch formuliert, indem entsprechend des Geschlechtes des Kindes in der Familie die Begriffe Sohn oder Tochter verwendet werden.

Ein fester Bestandteil bei der Untersuchung der Wirksamkeit des Programms ist die Überprüfung geschlechtsspezifischer Effekte. In ihren Ausgangswerten unterscheiden sich Mädchen und Jungen, wie in vielen Studien, an einigen Stellen. So schätzten sich Mädchen als signifikant kompetenter in den Stressbewältigungsstrategien „Suche nach sozialer Unterstützung“, „Problemorientierte Bewältigung“ und „Vermeidende Bewältigung“ ein als Jungen. Im Selbstwert und im Summenwert des Selbstkonzepts beurteilten sie sich selbst signifikant niedriger als Jungen und berichteten überdies ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden und eine höhere physische Stressbelastung.

Es zeigte sich jedoch kein Einfluss des Geschlechts auf die Wirkung der Intervention, d.h. beide Geschlechter profitieren von beiden Interventionen. Die additiven Wirkungen von „Trampolin“ blieben auch bereinigt um die Wirkung des kindlichen Geschlechts (Einbeziehung als Kovariate) noch signifikant.

## 11 Gesamtbeurteilung

Im Projekt „Trampolin“ wurde ein suchtspezifisches, modulares Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien entwickelt und auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Das neu entstandene „Trampolin-Programm“ schließt eine gravierende Lücke in der deutschen Präventionslandschaft (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Ruths et al., in Druck): Bislang fehlte – trotz vielfältiger Einzelangebote an Einrichtungen der Sucht-, Familien-, Jugend- und Selbsthilfe – eine standardisierte, niedrighschwellige, wissenschaftlich evaluierte Präventionsmaßnahme für die hoch belastete und in ihrer Entwicklung gefährdete Zielgruppe der Kinder suchtkranker Eltern.

In das „Trampolin“-Programm flossen in einem kontinuierlichen Optimierungsprozess mit vielfältiger Rückkopplung zur Praxis sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse als auch bisherige Erfahrungen aus bestehenden Gruppenangeboten ein. Die wertvollen Rückmeldungen der Praxispartner, mit denen im Projekt eine sehr gute Kooperation bestand, hinsichtlich ihrer Erfahrungen bei der Durchführung der „Trampolin“-Gruppen wurden ebenfalls in das Manual integriert. So kann das Anfang 2013 im Hogrefe-Verlag erscheinende Manual als theoretisch fundiert und äußerst praxistauglich zugleich gelten. Das methodisch anspruchsvolle Design der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde mit Unterstützung des fachkundigen Wissenschaftlichen Beirats entwickelt und bietet durch die Befragung von Kindern und Eltern eine mehrdimensionale Perspektive auf die Effekte des Programms. Letztere sind vielschichtig und zeigen, dass „Trampolin“ sowohl die Kognitionen der Kinder über das Geschehen in der Suchtfamilie und ihre eigene Rolle darin, als auch die Emotionen der Kinder, insbesondere ihre psychische Belastung, spürbar und nachhaltig zum Positiven hin verändert. Diese Ergebnisse sind für ambulante oder stationäre Einrichtungen, die Hilfen für Kinder suchtbelasteter Eltern anbieten oder anbieten möchten, von hoher Relevanz. Mit dem Gruppenangebot „Trampolin“ und seiner Evaluation wurde die wichtigste Basis dafür geschaffen, ein evidenzbasiertes Manual in die Beratungs- und Versorgungspraxis zu bringen.

Ebenfalls von großer Bedeutung für Politik und Öffentlichkeit ist die Erfahrung der aufwändigen und schwierigen Rekrutierung teilnahmebereiter Kinder im Projekt „Trampolin“. Sie zeigt, dass es nach wie vor großer Anstrengungen und personeller wie finanzieller Ressourcen bedarf, um familiäre Hemmschwellen zu überwinden und betroffene Kinder zu erreichen. Ideen zum Umgang mit dieser Herausforderung und zur weiteren Verbreitung des „Trampolin“-Programms nach Abschluss des Projekts wurden im Projektverlauf erarbeitet und in einem Transferkonzept festgehalten. Eine Schlussfolgerung aus diesen Erfahrungen für zukünftige Grundlagen- und Praxisforschung ist, dass familiäre Beziehungen und Bindungen stärker in den Fokus rücken sollten, um die Genese von Resilienz bzw. Vulnerabilität für die Entwicklung eigener psychopathologischer Probleme bei Kindern suchtkranker Eltern im Längsschnitt genauer klären zu können. Für den Bereich der Programmentwicklung und -evaluation kann resümiert werden, dass im nächsten Schritt eine Intensivierung der begleitenden Arbeit mit den Eltern und dem Familiensystem erfolgen sollte, die z.B. in die Evaluation eines ergänzenden Elternangebots münden könnte. Das Präventions- und Versorgungssystem sollte stärker in Richtung Familienorientierung und transgenerationaler Perspektive entwickelt bzw. umgebaut werden.

## 12 Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

### 12.1 Publikationen

Die Publikationen im Projekt Trampolin sind im Kapitel 14 aufgeführt.

### 12.2 Kongressbeiträge

1. Bröning, S., Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Jordan, S., Ruths, S., Thomasius, R. & Klein, M. (2009, September). *Modulares Präventionskonzept für Kinder suchtkranker Familien – Ergebnis der Manualentwicklung*. Vortrag auf dem 2. Deutscher Suchtkongress, Köln.
2. Bröning, S., Moesgen, D., Ruths, S., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2010, März). *Projekt Trampolin – ein modulares Präventionskonzept für Kinder suchtkranker Eltern: Ergebnis der Manualentwicklung und Forschungsdesign*. Vortrag auf der 3. Wissenschaftlichen Tagung für Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter, Berlin.
3. Bröning, S., Kruse, A., Sack, P.-M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Klein, M. & Thomasius, R. (2010, September). *Evidenzbasierung von Präventionsprogrammen für Kinder suchtkranker Eltern und Implikationen für das Projekt Trampolin*. Vortrag auf dem 3. Deutscher Suchtkongress, Tübingen.
4. Bröning, S., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2010, Juni). *Project Trampoline – designing and evaluating a modular prevention program for children from substance-affected families*. Posterpräsentation auf dem 18. Annual Meeting of the Society for Prevention Research (SPR), Denver/USA.
5. Jordan, S. (2008, November). *Suchtkranke Eltern – leidende Kinder? Fachtagung „Eltern und Sucht – Wer hilft wem?“* Vortrag im LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen, Bernhard-Salzmann-Klinik (BSK), Gütersloh.
6. Jordan, S. (2009, April). *Entwicklung und Evaluation eines modularen Gruppenangebots zur Prävention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien*. Vortrag auf dem Fachausschuss Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen, Hamburg.
7. Jordan, S. (2009, März). *Prävention und Intervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien*. Vortrag auf dem XXXI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Hamburg.
8. Klein, M. (2008, November). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Risiken, Entwicklungsverläufe und Hilfen. „Vergessene Kinder – verlorene Kindheit“ zu den Lebenswirklichkeiten und Entwicklungschancen von Kindern in Suchtfamilien*. Vortrag im Fortbildungsinstitut im Jugendhilfe-Verband der Diakonie Düsseldorf, Düsseldorf-Holzhausen.
9. Klein, M. (2008, November). *Kinder aus suchtbelasteten Familien – Fakten, Risiken, Lösungen*. Vortrag auf dem 10. Bayerischen Forum für Suchtprävention „Prävention bei Kindern suchtbelasteter Familien“ Nürnberg.

10. Klein, M. (2008, November). *Suchtkranke Mütter und ihre Kinder: Innovative Konzepte für die Zukunft der Suchttherapie*. Vortrag auf dem Lindenhof Forum 2008 „All inclusive?!“ der Rehaklinik Lindenhof, Schallstadt bei Freiburg (i. Brsg.).
11. Klein, M. (2008, November). *Suchtbelastete Familien – Risiken und Hilfen für betroffene Kinder*. Vortrag auf der Fachtagung anlässlich der 25-Jahr-Feier der Drogenberatungsstelle des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Dinslaken, Dinslaken.
12. Klein, M. (2008, November). *Sucht und Familie*. Vortrag auf der Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj), Landesverband Brandenburg, 20.09.2008, Zeuthen.
13. Klein, M. (2009, März). *Kinder aus suchtbelasteten Familien: Stand der Forschung*. Vortrag auf dem XXXI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Hamburg.
14. Moesgen, D., Bröning, S., Ruths, S., Pflug, E., Schaunig-Busch, I., Thomasius, R. & Klein, M. (2010, November). *Projekt Trampolin: Ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien - Ergebnisse der Manualentwicklung*. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2010, Berlin.
15. Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Bröning, S., Ruths, S., Pflug, E., Thomasius, R. & Klein, M. (2010, September). *Trampolin - Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Eine prospektive randomisiert-kontrollierte Multicenter-Studie*. Posterpräsentation auf den Fachbereichtagen Soziale Arbeit, Berlin.
16. Moesgen, D. & Klein, M (2011, Juni). *Projekt Trampolin. Ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien*. Vortrag auf den Hamburger Suchttherapietagen 2011, Hamburg.
17. Pflug, E., Moesgen, D., Bröning, S., Ruths, S., Schaunig-Busch, I., Thomasius, R. & Klein, M. (2010, Juni). *Trampolin – ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien*. Vortrag auf dem III. ENCARE-Symposium „Gesundheitliche Ungleichheiten als Folge elterlichen Problemtrinkens – Strategien, Praxis, Prävention“, Bad Honnef.
18. Ruths, S., Schaunig-Busch, I., Jordan, S., Klein, M. & Thomasius, R. (2009). *Präventionsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme*. Zweiter Deutscher Suchtkongress, Köln, 16. bis 19. September.
19. Ruths, S. (2009). *Prävention und Intervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien*. Fachveranstaltung: Hilfe für Kinder von Alkoholkranken, Hilfen für suchtkranke Eltern, Hamburg: Such(T)- und Wendepunkt e.V., 1. Juli.
20. Ruths, S., Bröning, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2010, Dezember). *Projektvorstellung 'Trampolin': Ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien*. Vortrag auf der Fachtagung „Kinder in suchtbelasteten Familien“, Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen, Suchtpräventionsfachstelle Potsdam.
21. Ruths, S., Bröning, S., Moesgen, D., Klein, M. & Thomasius, R. (2010, November). *Präventionsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme*. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2010, Berlin.

22. Schaunig-Busch, I. (2009, März). *Sucht und elterliche Stressbelastung: Förderung der Erziehungsfähigkeit*. XXXI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Hamburg.
23. Wartberg, L., Bröning, S., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2011, März), *Projekt Trampolin: ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien – Erste Ergebnisse einer multizentrischen Evaluation*. Vortrag auf dem DGKJP-Kongress 2011, Essen.
24. Wartberg, L., Bröning, S., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2011, März), *Projekt Trampolin: ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien– Erste Ergebnisse einer multizentrischen Evaluation*. Vortrag auf dem DGKJP-Kongress, Essen.
25. Wiedow, A., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2011, September). *Projekt Trampolin: ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien– Ergebnisse einer multizentrischen Evaluation*. Vortrag auf dem 4. Deutschen Suchtkongress, Frankfurt am Main.

### 12.3 Präsentationen bei Projektpartnern

1. Kindermann, S. „Präventionskonzept Trampolin – Erste Ergebnisse zum Gruppenprogramm für Kinder aus suchtbelasteten Familien“. Vortrag im Arbeitskreis (AK) Kinder von Suchtbelasteten Eltern am 21.11.11 in Hamburg.
2. Kindermann, S. *Präsentation des Projekts Trampolin*. Wilhelmshaven: Fachstelle Sucht des Diakonischen Werks Wilhelmshaven e.V., 26.05.2011.
3. Moesgen, D. (2010). *Präsentation des Projekts „Trampolin“*. Dormagen: AHG-Klinik, 25. November.
4. Ruths, S. (2010). *Präsentation des Projekts „Trampolin“*. Leipzig: Soteria Klinik, 20. August.
5. Ruths, S. (2010). *Präsentation des Projekts „Trampolin“* in der Teamsitzung des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD), Bezirk Hamburg-Mitte, 10. Februar.
6. Ruths, S. (2010). *Präsentation des Projekts „Trampolin“*. Kassel: Drogenhilfe Nordhessen e.V., Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht, 19. April.
7. Ruths, S. (2010). *Präsentation des Projekts „Trampolin“*. Geesthacht: Alkohol- und Drogenberatung im Kreis Herzogtum Lauenburg gGmbH, 26. Oktober.
8. Ruths, S. (2010). *Präsentation des Projekts „Trampolin“*. Potsdam: Chill Out, Fachstelle für Suchtprävention, 18. November.
9. Ruths, S. (2011). *Präsentation des Projekts Trampolin*. Hildesheim: Jugendamt der Stadt Celle, Fachdienst Jugendarbeit, 12.01.2011.
10. Ruths, S. *Präsentation des Projekts Trampolin*. Magdeburg: Magdeburger Stadtmission e.V., 17.01.2011.
11. Ruths, S. (2011). *Präsentation des Projekts Trampolin*. Bad Oldesloe: Sucht- und Drogenberatungsstelle Bad Oldesloe, 24.01.2011



12. Ruths, S. (2011). *Präsentation des Projekts Trampolin*. Fehmarn: ATS Suchtberatungsstelle für den Kreis Ostholstein, 01.02.2011.
13. Ruths, S. (2011). *Präsentation des Projekts Trampolin*. Braunschweig: Fachambulanz Braunschweig der Lukas-Werk Suchthilfe, 13.04.2011.
14. Ruths, S. (2011). *Präsentation des Projekts Trampolin*. Interviewerschulung. Hamburg, 28.01.2011.

## 12.4 Pressearbeit

### a) Veröffentlichungen in Printmedien

1. Jordan, S. & Ruths, S. (2009). Prävention für Kinder suchtkranker Eltern. Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung, 65, S. 14.
2. Mit "Trampolin" gelingt Kindern der Absprung von der Sucht ihrer Eltern. Ärzte Zeitung, 29.10.2009.
3. Dieses „Trampolin“ macht Kinder stark. Nürnberger Zeitung, 20.02.2010.
4. Präventive Hilfe für den Nachwuchs Suchtkranker. Nürnberger Nachrichten, 20.02.2010.
5. fdr-Bericht 02/2010: Bericht aus Berlin.
6. EMCDDA (2010). Selektive Prävention: Risikofamilien. Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010.
7. Zwei neue Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Bürger Kurier Rhein-Sieg-Westerwald, 12.03.2010.
8. Neue Gruppenangebote. „Trampolin“ hilft Acht- bis Zwölfjährigen ihre Stärken zu entdecken. Lokalanzeiger Westerwald Rundschau, 24.03.2010
9. „Trampolin“ hilft Kindern aus Sucht-Familien. Dresdener Amtsblatt, 09.04.2010.
10. Wenn Süchte die Familie belasten. Südwest Presse, 21.04.2010.
11. Neues Angebot soll Kinder stärken. Schwäbische Zeitung, 24.03.2010.
12. Was tun, wenn Mama mich betrunken von der Schule abholt? - Projekte stützen Risikokinder. Ärzte Zeitung, 01.12.2010.
13. Kinder lernen, mit der Sucht der Eltern umzugehen. Sächsische Zeitung.
14. Hilfe für Kinder von Abhängigen. Hildesheimer Allgemeine Zeitung, 17.02.2011.
15. SUCHT: „Trampolin“ federt die Sorgen ab. Wenn Papa trinkt, belastet das auch die Kinder / Neues Projekt hilft. Märkische Allgemeine, 19.02.2011.
16. Neues Projekt für Kinder in suchtbelasteten Familien. Potsdamer Neuste Nachrichten, 10.12.2010.
17. Hilfe für Kinder von Abhängigen. Hildesheimer Allgemeine Zeitung, 17.02.2011.
18. SUCHT: „Trampolin“ federt die Sorgen ab. Wenn Papa trinkt, belastet das auch die Kinder / Neues Projekt hilft. Märkische Allgemeine, 19.02.2011.

b) Online-Veröffentlichungen

1. Kinder aus suchtbelasteten Familien. Unabhängig! Newsletter der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, Juni 2010. [http://www.berlin-suchtpraevention.de/upload/newsletter/Newsletter\\_Suchtpraevention\\_Berlin\\_Nr\\_18.pdf](http://www.berlin-suchtpraevention.de/upload/newsletter/Newsletter_Suchtpraevention_Berlin_Nr_18.pdf)
2. Neue Formen der Suchthilfe. Radio Regenbogen, 04.11.2010. [http://www.radio-regenbogen-rosenheim.de/htmls/sendung.php?send\\_id=extra](http://www.radio-regenbogen-rosenheim.de/htmls/sendung.php?send_id=extra)
3. „Trampolin“ - Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Stadtbote – das illustrierte Bekanntmachungsblatt der Stadt Bergen auf Rügen, Mai 2010. [http://www.stadtbergen-auf-ruegen.de/media/custom/1838\\_73\\_1.PDF?1282203004](http://www.stadtbergen-auf-ruegen.de/media/custom/1838_73_1.PDF?1282203004)
4. „Trampolin“ - Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Der Amtsbote am Peenestrom, 17.03.2010. [http://www.wolgast.de/Dateien/amtsbote/2010/1010\\_Wolgast\\_oW.pdf](http://www.wolgast.de/Dateien/amtsbote/2010/1010_Wolgast_oW.pdf)
5. „Trampolin“ - Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. <http://www.suchthilfe-aachen.de/feuervogel-trampolin.php>
6. „Trampolin“ - Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Dresdener Wolf, 06.10.2010. <http://www.dresdnerwolf.de/neuigkeiten/trampolin-%E2%80%93-kinder-aus-suchtbelasteten-familien-entdecken-ihre-starken/>
7. „Trampolin“ hilft acht- bis 12jährigen ihre Stärken zu entdecken. Ende März starten die Kurse des Diakonischen Werks. Evangelischer Kirchenkreis Altenkirchen, März 2010. <http://www.kirchenkreis-altenkirchen.de/Archiv/Altes/ProjektTrampolin.html>
8. Aktuelles: Projekt „Trampolin“. Drogenberatungsstelle Mönchengladbach. [https://www.drogenberatung-mg.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=36&Itemid=58](https://www.drogenberatung-mg.de/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=58)
9. Suchtverhalten wandelt sich. Oberbayerisches Volksblatt Online, 05.10.2010. <http://www.ovb-online.de/lokales/rosenheim/landkreis/suchtverhalten-wandelt-sich-947212.html?cmp=defrss>
10. Neue Hilfe für Suchtkranke. Rosenheim24.de, 23.09.2010. <http://www.rosenheim24.de/stadt/rosenheimer-suchthilfetag-rosenheim24-930554.html>
11. „Trampolin“ - Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Peene Echo; Amtliches Mitteilungsblatt des Landkreises Ostvorpommern, [www.kreis-ovp.de/uploads/media/Amtsblatt\\_Nr\\_04\\_vom\\_05.April\\_2010.pdf](http://www.kreis-ovp.de/uploads/media/Amtsblatt_Nr_04_vom_05.April_2010.pdf)
12. Projekt „Trampolin“. icelle, 09.09.2010. <http://icelle.polisperten.de/index.php/unsere-stadt/34-stadt/277-projekt-trampolin>
13. „Trampolin“ hilft Kindern suchtkranker Eltern. CelleHeute, 26.04.2010. <http://celleheute.de/trampolin-hilft-kindern-suchtkranker-eltern/>
14. „Trampolin“ startet jetzt. Hamburger WochenBlatt, 07.04.2010. [http://www.hamburger-wochenblatt.de/fileadmin/SystemOrdner/Ausgaben/Barmbek\\_KW14.pdf](http://www.hamburger-wochenblatt.de/fileadmin/SystemOrdner/Ausgaben/Barmbek_KW14.pdf)
15. Modellprojekt – Hilfe für Kinder suchtkranker Eltern. Osthessen-sport.de, 25.08.2010. <http://www.osthessen-sport.de/einzelansicht/news/2010/august/modellprojekt-hilfe-fuer-kinder-suchtkranker-eltern.html>
16. Wenn Eltern süchtig sind. WZ newslines Westdeutsche Zeitung, 15.09.2010. <http://www.wz-newslines.de/?redid=943764>

17. Neues Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien. rausch – das unabhängige Magazin für Suchtfragen, 22.08.2010. <http://www.zeitschrift-rausch.de/index.php/20100822690/neues-angebot-fuer-kinder-aus-suchtbelasteten-familien.html>
18. Damit Sucht nicht vererbt wird. Ratgeber. ARD.de, Zugriff 03.11.11. Verfügbar unter <http://www.ard.de/ratgeber/gesundheit/kinder-alkoholsucht-eltern/-/id=13280/nid=13280/did=2173236/o8yhly/>
19. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) „Wenn Eltern süchtig sind“: Fachtagung des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am UKE. LifePR, 09.09.2011. Zugriff am 12.09.2011. Verfügbar unter <http://www.lifepr.de/pressemeldungen/universitaetsklinikum-hamburg-eppendorf-uke/...>
20. 9. September 2011. Fachtagung des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am UKE. UKE Medien, 18.09.2011. Zugriff am 26.09.2011. Verfügbar unter [http://www.uke.de/medien/index\\_77123.php?id=-1\\_-1\\_-1&as\\_link=http%3A//...](http://www.uke.de/medien/index_77123.php?id=-1_-1_-1&as_link=http%3A//...)
21. Suchtkongress 2011: Kinder alkoholabhängiger Eltern sind größte Risikogruppe für Suchtstörungen. Psychologie-aktuell.com, 23.09.2011. Verfügbar unter <http://www.idw-online.de/de/news442143>
22. Interview zum Alkoholmissbrauch in Familien. Damit Sucht nicht vererbt wird. In Deutschland wachsen etwa 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil auf. Mehr als ein Drittel von ihnen wird als Erwachsene selbst abhängig. Denn die Probleme dieser Kinder werden oft übersehen, so der Suchtexperte Professor Michael Klein. ARD.de sprach mit ihm über die Ursachen und das Präventionsprogramm „Trampolin“. ARD.de, 03.10.2011. Zugriff am 04.10.2011. Verfügbar unter <http://www.ard.de/ratgeber/gesundheit/kinder-alkoholsucht-eltern/-/id=13280/vv=print/pv=print/nid=13280/did=2173236/e14vos/index.html>

#### 12.4 „Trampolin“-Homepage

Die unter der Adresse [www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de) erreichbare „Trampolin“-Homepage wird derzeit überarbeitet und in Zukunft sowohl hinsichtlich relevanter neuer Informationen zum Projekt als auch in Bezug auf die Kontaktdaten der kooperierenden Projektpartner kontinuierlich aktualisiert.

## 13 Verwertung der Projektergebnisse: Nachhaltigkeit und Transferpotenzial

### 13.1 Nachhaltigkeit durch Austausch und Vernetzung

Die Nachhaltigkeit eines Programms kann nur im Austausch mit beteiligten Experten und Fachkräften aus der Praxis ermessend werden. Dieser Austausch erfolgte im Projekt „Trampolin“ zum einen laufend in der Kommunikation mit den Praxispartnern. Zum anderen gab es drei Zusammenkünfte, die hier von besonderer Bedeutung waren und an dieser Stelle daher kurz benannt werden.

#### *Netzwerkkonferenz*

In der ersten Projektphase fand am 18.-19.06.2009 im AZIMUT Hotel Köln City Center als erster wesentlicher Meilenstein eine Netzwerkkonferenz statt, an der neben den Projektmitarbeitern 23 Vertreter der teilnehmenden Einrichtungen, fünf Personen des wissenschaftlichen Beirates und eine Vertreterin des Projektträgers (Frau Dr. Richter, DLR) teilnahmen. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Netzwerkkonferenz lag auf der inhaltlichen Ausgestaltung des modularen Gruppenpräventionskonzepts „Trampolin“: Wie in Abschnitt 6.2.1 beschrieben, wurde den Teilnehmern vor der Netzwerkkonferenz eine erste Fassung des „Trampolin“-Manuals zur Verfügung gestellt. Diese Fassung des Manuals wurde den Teilnehmern im Rahmen der Netzwerkkonferenz nochmals vorgestellt und bildete die Grundlage zur Diskussion über mögliche Optimierungsmöglichkeiten, die im späteren Verlauf auch zu großen Teilen umgesetzt wurden (vgl. Abschnitt 6.2.1). Weiterhin wurde intensiv über die Umsetzung des Programms sowie Inhalt und Durchführung der wissenschaftlichen Begleitforschung diskutiert.

#### *Praxisbeiratstreffen*

Um die Nachhaltigkeit des Projektes in einer späteren Projektphase sicher zu stellen und den Transfer in die breite öffentliche Praxis zu gewährleisten, wurde ein Praxisbeirat formiert, der die Aufgabe wahrnahm, den Praxistransfer des Präventionskonzeptes nach Abschluss der Evaluation des Programms zu begleiten. Unmittelbar nach Abschluss der Feldphase wurde zur Konkretisierung der weiteren Planung hinsichtlich der Datenauswertung, der Manualüberarbeitung und zur Umsetzung des Praxistransfers von Erfahrungen und Erkenntnissen aus dem Projekt ein gemeinsames Treffen von Mitgliedern des Praxisbeirats und des Wissenschaftlichen Beirates einberufen. Das Praxisbeiratstreffen fand am 21.09.2011 in einem Tagungsraum des Restaurant MAZZA in Hamburg statt. Insgesamt nahmen 25 Personen an der eintägigen Tagung teil, darunter zwei Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates sowie Herr Kern (BMG) und Frau Dr. Richter (DLR) als Vertreter des Projektträgers. Ziel der Durchführung des Praxisbeiratstreffens war die Rückmeldungen der Vertreter aus Wissenschaft und Praxis für die Erweiterung des sich an den Primärhypothesen gemäß Projektantrag orientierenden Auswertungskonzept zu nutzen sowie die Diskussion über die Durchführbarkeit des Gruppenprogramms in der Praxis auszuwerten und das gewonnene Material in eine Überarbeitung des bisherigen Manuals einfließen zu lassen. Darüber hinaus stand insbesondere die Thematisierung des Transfers

von Erkenntnissen und den Projektergebnissen in die Fachöffentlichkeit und die Versorgungslandschaft im Fokus.

### *Abschlusskonferenz*

Die Abschlusskonferenz hatte ebenfalls zum Ziel, die Nachhaltigkeit des Projekts und die Vernetzung mit der Praxis zu sichern und zu etablieren. Sie fand vom 23.02.-24.02.2012 in Köln mit rund 70 Teilnehmern statt. Etwa die Hälfte der teilnehmenden Personen stammte aus einer Einrichtung, die Praxispartner des Projekts ist. Inhaltlich wurden am ersten Tag das entstandene Manual, die Durchführung sowie erste, vorläufige Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung präsentiert und in vertiefenden Workshops diskutiert. Am zweiten Tag wurden Fragen der Nachhaltigkeit (Transfer in die „Regelversorgung“ der Einrichtungen, Modifikationen des „Trampolin“-Programms, Aspekte der Vernetzung) vorgestellt und diskutiert.

## **13.2 Transferpotenzial**

Die Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Hinweise des Praxisbeiratstreffens sowie der „Trampolin“-Abschlusskonferenz, deren Fokus ebenfalls auf der nachhaltigen Verankerung von „Trampolin“ in die Regelversorgung lag, flossen in ein Transferkonzept ein, das Strategien zur Implementierung von „Trampolin“ in die Praxis aufzeigt (siehe Anlage A.15). Zusammengefasst wurden folgende Empfehlungen zur flächendeckenden Verbreitung des Trampolin-Gruppenangebotes in die Praxis erarbeitet:

1. *Familien- und Kinderorientierung in der Alltagsarbeit:* Das Hilfesystem arbeitet nach wie vor zu individualorientiert und vernachlässigt dabei häufig Angehörige von Suchtkranken. Es gilt generell mehr Kinder suchtkranker Eltern zu identifizieren, zu erreichen und ihnen langfristige Hilfen zuzusichern. Dafür müssen zunächst Fachkräfte stärker für die Arbeit mit Kindern motiviert und vor allem qualifiziert werden, damit Belastungen der Kinder frühzeitig erkannt werden, z.B. durch „Trampolin“-Schulungen.
2. *Vernetzung von Selbsthilfeeinrichtungen mit der Suchthilfe:* Selbsthilfeeinrichtungen sind häufig die ersten Anlaufstellen für Menschen mit Suchterkrankungen und stellen damit einen vielversprechenden Zugangsweg für mit suchtkranken Eltern zusammen lebende Kinder dar. Selbsthilfeeinrichtungen sollten über das bestehende regionale Angebot an Trampolin-Gruppen informiert und dazu angeregt werden, das Thema der elterlichen Sucht und deren Auswirkungen auf die Kinder stärker zu thematisieren.
3. *Stationäres Angebot von Trampolin-Gruppen in Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Rehabilitationskliniken:* Diverse Fachkliniken nehmen mittlerweile neben den Eltern auch deren Kinder mit auf, was den erforderlichen Rahmen für eine kombinierte Betreuung des suchtkranken Elternteils und der betroffenen Kinder bietet.
4. *Engmaschige Betreuung der Eltern über die durchführenden Einrichtungen:* Wesentlich für die Arbeit mit den Kindern ist das Einverständnis der Eltern, dass mit diesen über die elterliche Sucht gesprochen werden darf. Gleichzeitig bedarf es der Motivation der Eltern, sich selbst mit

ihrer Suchtproblematik auseinander zu setzen. Elternarbeit als paralleles Angebot neben der Trampolin-Gruppe ist daher ein wichtiger Faktor. Des Weiteren haben sich die räumliche Nähe des Kurs-Ortes zum Wohnort und eine auf die Bedürfnisse der Familien abgestimmte Kurszeit sowie Hilfestellungen wie ein Abholdienst für teilnehmende Kinder als förderlich für die kontinuierliche Gruppenteilnahme der Kinder erwiesen.

5. *Vernetzung mit Kindertagesstätten, Schulen, Familienhelfern und Kinderärzten:* KiTas, Schulen und Arztpraxen haben häufig einen guten Kontakt zu betroffenen Familien; dasselbe gilt für Familienhelfer. Hier wären folglich eine bessere Vernetzung der durchführenden Einrichtungen mit dem Gesundheitsbereich und eine direkte Verantwortungsübernahme seitens Erziehern, Lehrern und Ärzten wünschenswert, wie sie z.B. durch Arbeitsfeld übergreifende Kooperationen zwischen den Berufsgruppen entstehen könnte.
6. *Sicherung der Finanzierungsgrundlagen:* Als potentielle Geldgeber für eine regelhafte Implementierung von Trampolin könnten in erster Linie Kommunen angesprochen werden. Auch für Krankenkassen könnte die Finanzierung im Sinne einer präventiven, möglicherweise längerfristig wirksamen Maßnahme interessant sein. Der zeitlich befristete Charakter von Trampolin ermöglicht eine transparente Kostenaufstellung und Planungssicherheit für jeden potentiellen Geldgeber.
7. *Öffentlichkeitsarbeit:* Der Sicherung der Nachhaltigkeit und des Transfers von Trampolin sind in erster Linie die Ergebnisse der Evaluationsstudie und die Herausgabe des modularisierten Manuals zum Gruppenangebot dienlich. Zur Förderung der flächendeckenden Verbreitung der Evaluationsergebnisse soll zudem auch über die reguläre Laufzeit des Projektes hinaus das Online-Angebot des Projekts als Informationsportal für Interessierte nutzbar gemacht werden.

Insgesamt können die Veröffentlichung des „Trampolin“-Manuals sowie der Studienbefunde als Hauptergebnisse des Forschungsprojekts bezeichnet werden. Die im vorliegenden Bericht gewonnenen Erkenntnisse der Evaluationsstudie sollen auf Fachtagungen (z.B. Deutscher Suchtkongress, DGPPN- und DGKJ-Kongress) und in nationalen und internationalen Fachzeitschriften publiziert werden. Darüber hinaus werden weitere Fragestellungen in geplanten Auswertungen des Datenmaterials bearbeitet und durch Publikationen der internationalen Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Dazu gehören insbesondere die Frage nach Genderaspekten bei Kindern suchtbelasteter Eltern, die Frage nach der Auswirkung von Unterschieden in der elterlichen Sucht (welcher Elternteil ist suchtkrank, welche Substanz wird in welcher Intensität und mit welcher Wirkung konsumiert) sowie die Frage nach möglichen Hinweisen auf Resilienz oder Vulnerabilität des Kindes. Viele weitere Fragestellungen sind denkbar.

Durch die Einbeziehung und Schulung einer großen Anzahl von Einrichtungen, die mit Kindern aus suchtbelasteten Familien arbeiten, wurde von Anfang an ein wesentlicher Beitrag zur Nachhaltigkeit und zur Vernetzung der Einrichtungen untereinander geleistet. So wurden insgesamt über 150 Fachkräfte in allen Bundesländern (außer Bremen und Thüringen) sowie aus Österreich geschult (vgl. Abschnitt 7.1). Es wurde ein Programm entwickelt, das mit vergleichsweise kleinem Aufwand, niedrighschwellig und kostengünstig in die Praxis zu implementieren ist. Die Entwicklung des Pro-

gramms orientierte sich dabei an bestehenden Angeboten und erfolgte nicht „im Elfenbeinturm“, sondern im intensiven Austausch mit der Praxis. So ist es nicht verwunderlich, dass die Kursleiter auch in der Prozessevaluation inhaltlich mit dem Programm zufrieden waren. Auch auf der Abschlusskonferenz wurde das Programm inhaltlich durchweg positiv bewertet. Es wurde deutlich, dass mehrere kooperierende Praxispartner aus der Feldphase beabsichtigen, „Trampolin“ nach Erscheinen des überarbeiteten Manuals weiterhin in ihren Einrichtungen anzubieten. Die vorliegende Evaluation stellt im Unterschied zu vielen anderen Angeboten aus der Praxis ein Qualitätsmerkmal des Angebots „Trampolin“ dar und ist ein überzeugendes Argument für Entscheider aus Politik, Wirtschaft und Öffentlichkeit.

Die in Abschnitt 7.5.2 beschriebenen Rekrutierungsschwierigkeiten waren – so die Auskunft der Fachkräfte – zu einem nicht unerheblichen Teil auch dem Studiendesign geschuldet (enger Zeitrahmen, Randomisierung, hohe Hemmschwelle durch Befragung der Kinder) und dürften künftig etwas geringer ausfallen. Die Erfahrungen aus der Evaluationsstudie sind in das Manual eingeflossen und werden somit an zukünftige Kursleiter weitergegeben. Laufende Schulungsanfragen, die die Forschergruppe kontinuierlich erreichen, sind ein weiteres Indiz für das ungebrochen hohe Interesse an Kurzinterventionen wie „Trampolin“. Das Manual wird zu Beginn des Jahres 2013 im psychologisch orientierten Hogrefe-Verlag veröffentlicht und soll dann frei verkäuflich im Handel erworben werden können. Nach Erscheinen des Manuals werden seitens des Forscherteams „Trampolin“-Schulungen für Fachkräfte in Köln und Hamburg angeboten werden. Hierfür gibt es bereits eine Warteliste, die von der Forschergruppe laufend aktualisiert wird. Darüber hinaus bestehen Überlegungen, im Rahmen europäischer und außereuropäischer Förderungen internationale Adaptationen des Programms zu entwickeln. So sind langfristig auch weitere Schulungsaktivitäten außerhalb des deutschsprachigen Raums denkbar.

Ein wichtiges Mittel zur Verankerung von „Trampolin“ stellt die geplante Überarbeitung der „Trampolin“-Homepage sowie eine begleitende Öffentlichkeitskampagne dar. Beides befindet sich zum Zeitpunkt der Berichtslegung in Vorbereitung. Die „Trampolin“-Homepage wird vollständig überarbeitet werden und zukünftig intensiver nicht nur über das Programm sondern auch über allgemeine Belange der Zielgruppe sowie über anbietende Einrichtungen informieren. Eine Drive-to-Web-Kampagne soll öffentliche Aufmerksamkeit auf die Homepage lenken und so eine Rekrutierungsunterstützung für Anbieter in ganz Deutschland darstellen. Derzeit wird sowohl mit einer Werbeagentur als auch mit Praxisexperten (Henning Mielke, NACOA; Carolin Hagenguth, Kompass e.V.; Irene Ehmke, Büro für Suchtprävention, Hamburg) an der Ausarbeitung dieser Kampagne gearbeitet. Die Website selbst wird über die nachfolgenden Jahre fortlaufend aktualisiert und bildet somit einen bundesweiten „Knotenpunkt“ für geschulte „Trampolin“-Anbieter. Dieser gewährleistet auch einen Austausch der Einrichtungen untereinander.

## 14 Publikationen im Projekt

1. Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*.
2. Bröning, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S.S., Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: a randomized controlled trial – design, evaluation, recruitment issues. *BMC Public Health*, 12, 223.
3. Bröning, S., Moesgen, D., Klein, M. & Thomasius, R. (eingereicht). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Kindern aus Suchtfamilien. Das Beispiel "Trampolin". *Psychotherapie im Dialog*.
4. Moesgen, D. & Klein, M. (2010). Kinder aus suchtbelasteten Familien. *Public Health Forum*, 67, 18-19.
5. Moesgen, D., Bröning, S., Ruths, S., Pflug, E., Schaunig-Busch, I., Thomasius, R., Klein, M. (in Druck). „Trampolin“ – Ein Präventionsprogramm für Kinder aus suchtbelasteten Familien. *Sucht*.
6. Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Klein, M. & Thomasius, R. (in Druck). Präventionsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Suchttherapie*.

### Qualifikationsarbeiten:

Name der Promovendin: **Katja Kruse**, Ärztin, Medizinische Fakultät der Universität Hamburg

Titel: *Zur Evidenzbasierung von Präventionsprogrammen für Kinder von psychisch und insbesondere suchtbelasteten Eltern: Ein Systematischer Review*

Datum der Fertigstellung: 2011

Note: sehr gut

Name der Diplomandin: **Maren Kasch**, Studierende der Psychologie, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg

Titel: *Überprüfung der Adhärenz im Projekt „Trampolin“: Zusammenhang zwischen Adhärenz, Implementationsprozessfaktoren und Kursleiterbewertungen*

Datum der Fertigstellung: 2012

Note: noch unbekannt (Arbeit befindet sich zum Zeitpunkt der Berichterstellung in Begutachtung)



## 15 Literatur

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). *Metastudie. Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Asendorpf, J.B. & Aken, M.A.G.v. (1993). *Self-Perception Profile for Children - deutsche Fassung (SPPC-D)*. Berlin: Humboldt-Universität, Institut für Psychologie.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S.I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, U., Beckung, E., Dickinson, H.O., Fauconnier, J., Marcelli, M., McManus, V., Colver, A. (2008). Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*, 121 (1), 54-64.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barnow, S., Lucht, M., Fischer, W. & Freyberger, H.-J. (2001). Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). *Suchttherapie*, 2, 137-142.
- Barnow, S., Lucht, M., Hamm, A., John, U. & Freyberger, H.-J. (2004). The Relation of a Family History of Alcoholism, Obstetric Complications and Family Environment to Behavioural Problems among 154 Adolescents in Germany: Results from the Children of Alcoholics Study in Pomerania. *European Addiction Research*, 10, 8-14.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgswissenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 151-162.
- Bender, R. & Lange, S. (2001). Adjusting for multiple testing – when and how? *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 343-349.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. Pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S.117-145). Berlin: Springer.
- Bernstein, S. & Lowy, L. (1982). *Untersuchungen zur Sozialen Gruppenarbeit in Theorie und Praxis*. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag.
- Bieg, S. & Behr, M. (2005). *Mich und dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotionalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientierungsstufenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Bijttebier, P., Goethals, E. & Ansoms, S. (2006). Parental Drinking as a Risk Factor for Children's Maladjustment: The Mediating Role of Family Environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (2), 126–130.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bröning, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S.S., Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: a randomized controlled trial – design, evaluation, recruitment issues. *BMC Public Health*, 12, 223.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*.
- Brunner, I. (2011). *Angebote für Kinder aus alkoholbelasteten Familien in der Schweiz. Bestandesaufnahme 2011*. Sucht Schweiz: Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.

- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Aalborg, A. E., Plasencia, A. V., & Keagy, C. D. (2010). Implementation fidelity in adolescent family-based prevention programs: Relationship to family engagement. *Health Education Research, 25*(4), 531-541.
- Campbell, J.M. & Oei, T.P. (2010). A cognitive model for the intergenerational transference of alcohol use behaviour. *Addictive Behaviours, 35* (2), 73-83.
- Case, R. (1995). *Intellectual development*. New York: Academic.
- Case, R. & Griffin, S. (1990). Child cognitive development. In C.A. Hauert (Ed.), *Developmental psychology*. Amsterdam: North-Holland (p.193-230).
- Chalder, M., Elgar, F.J. & Bennett, P. (2006). Drinking and Motivations to Drink Among Adolescent Children of Parents With Alcohol Problems. *Alcohol & Alcoholism, 41* (1), 107-113.
- Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C. & Todd, M. (1999). A Longitudinal Study of Children of Alcoholics: Predicting Young Adult Substance Use Disorders, Anxiety, and Depression. *Journal of Abnormal Psychology, 108* (1), 106-119.
- Dore, M. M., Nelson-Zlupko, L. & Kaufmann, E. (1999). "Friends in Need": Designing and implementing a psycho-educational group for school children from drug-involved families. *Social Work & Society, 44* (2), 179-190.
- Ekundayo, D.T. (2008). *Das Erziehungsverhalten der Eltern aus der Sicht von Kindern mit und ohne Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Unveröffentlichte Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes.
- Ellis, D.A., Zucker, R.A. & Fitzgerald, H.E. (1997). The Role of Family Influences in Development and Risk. *Alcohol Health & Research World, 21* (3), 218-226.
- Emshoff, J.G. (1990). A preventive intervention with children of alcoholics. *Prevention in Human Services, 7* (1), 225-253.
- Emshoff, J.G. & Price, A.W. (1999). Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics, 103* (5), Suppl, 1112-1121.
- Erickson, E.H. (1959). *Identity and the life circle*. New York: Norton.
- Eschenbeck, H., Kohlmann, C.W., Lohaus, A. (2007). Gender Differences in Coping Strategies in Children and Adolescents. *Journal of Individual Differences, 28*, 18-26.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *Drugs and Vulnerable Groups of Young People. Selected Issue 2008*. Lissabon: EMCDDA.
- Faul, F., Erdfelder, F., Lang, A.G. & Buchner, A. (2007). G\*Power3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Flitner, A. (1978). *Das Kinderspiel*. München: R. Piper & Co. Verlag.
- Franke, G.H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R) (2.Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, H.F., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 16*, 41-55.
- Franz, M., Gertheinrichs, T., Güttgemanns, J., Haubold, S. & Schäfer, R. (2008): News from PALME – effect of a structured attachment oriented parental training for single mothers. 59. Jahrestagung des DKPM und 16. Jahrestagung der DGPM, Freiburg 12.-15. März 2008, Freiburg; *Psychologische Medizin, Abstractband, S.46*.
- Fritz, J. (1993). *Theorie und Pädagogik des Spiels*. Weinheim und München: Juventa.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Gance-Cleveland, B. & Mays, M.Z. (2008). School-Based Support Groups for Adolescents With a Substance-Abusing Parent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14 (4), 297-309.
- Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (1999). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Gilder, D.A., Wall, T.L., & Ehlers, C.L. (2002). Psychiatric Diagnoses among Mission Indian Children with and without a Parental History of Alcohol Dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (1), 18-23.
- Goodman, R. (1997). The Strength and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strength and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Grant, B.F. (2000). Estimates of U.S. children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90, 112-115.
- Haber, J.R., Buchholz, K.K., Jacob, T.T., Grant, J.D., Scherrer, J.F., Sartor, C.E., Duncan, A.E., et al. (2010). Effect of paternal alcohol and drug dependence on offspring conduct disorder: gene-environment interplay. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (5), 652-663.
- Haggerty, R.J., Sherrod, L.R., Garnezy, N. & Rutter, M. (1994) (Eds). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haggerty, K.P., Skinner, M., Fleming, C.B., Gainey, R.R. & Catalano, R.F. (2008). Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction*, 103 (12), 2008-2016.
- Hahlweg, K. (2005). *Internationaler Stand der Präventionsforschung zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenz*. Vortrag auf der internationalen Fachtagung „Erziehungsspaß – mit Elternpass“ an der Akademie Schönbühl in Lindau.
- Hardt, J., Egle, U.T., Kappis, B., Hessel, A. & Brähler, E. (2004). Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 214-223.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children (Technical Report)*. Denver, CO: University of Denver.
- Havighurst, R.J. (1982). *Developmental tasks and education* (1st ed. 1948). New York: Longman.
- Heck, R.H., Thomas S.L. & Tabata, L.N. (2010). *Multilevel and longitudinal modeling with IBM SPSS*. New York: Routledge.
- Hill, S.Y., Shen, S., Lowers, L., Locke-Wellman, J., Matthews, A.G. & McDermott, M. (2008). Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental alcohol dependence: A prospective study during childhood and adolescence. *Psychiatry Research*, 160, 155-166.
- Hill, S.Y., Tessner, K.D. & McDermott, M.D. (2011). Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent females probands: a prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (3), 285-294.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2008). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Gesundheitswesen*, 70, 154-163.
- Homeier, S. & Schrappe, A. (2009). *Flaschenpost nach irgendwo. Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Huurte, T., Lintonen, T., Kaprio, J., Pelkonen, M., Marttunen, M. & Aro, H. (2009). Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009 Apr 11. [Epub ahead of print].

- John, O.P., Donahue, E.M. & Kentle, R.L. (1991). *The Big Five Inventory –versions 4a and 5*. Berkeley, CA: University of Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Johnson, J.L., Gryczynski, J. & Moe, J. (2011). Treatment Issues and Interventions with Young Children and Their Substance-Abusing Parents. In S.L.A. Straussner & C.H. Fewell (Eds.), *Children of Substance-Abusing Parents. Dynamic and Treatment*. New York: Springer.
- Jones, J.W. (1983). *Children of Alcoholics Screening Test: Test Manual*. Chicago: Camelot Unlimited.
- Julius, H. & Goetze, H. (1998). Die Förderung adaptiver Ressourcen bei Risikokindern. Erste Ergebnisse aus einem Attributionstraining. *Sonderpädagogik*, 28 (1), 26-39.
- Kelley, M.L., Pearson, M.R., Trinh, S., Klostermann, K. & Krakowski, K. (2011). Maternal and paternal alcoholism and depressive mood in college students: parental relationships as mediators of ACOA-depressive mood link. *Addictive Behaviours*, 36 (7), 700-706.
- Kihlstrom, J.F. & Klein, S.B. (1994). The Self as a Knowledge Structure. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of Social Cognition (Vol. 1: Basic Processes, 2nd. Ed., pp. 153-208)*. Hillsdale: Erlbaum.
- King, K.M. & Chassin, L. (2008). Adolescent Stressors, Psychopathology, and Young Adult Substance Dependence: A Prospective Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 69 (5), 629-638.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. & Goodman, R. (2000). Comparing the German Versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Klein, M. (2005). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalanalyse, Konsequenzen*. Regensburg: Roderer.
- Klein, M. (2008). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren* (S. 114-127). Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M., Ferrari, T. & Kürschner, K. (2003). *Kinder (un)behandelter suchtkranker Eltern: Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen*. Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin. Zugriff am 12.12.2011. Verfügbar unter [http://www.encare.de/content/documents/Abschlussbericht\\_KinderUnbehandelter\\_Suchtkranker\\_KLEIN.pdf](http://www.encare.de/content/documents/Abschlussbericht_KinderUnbehandelter_Suchtkranker_KLEIN.pdf).
- Klein, M. & Quinten, C. (2002). Zur Langzeitbehandlung von Kindern stationär behandelte alkoholabhängiger Eltern. *Suchttherapie*, 3, 233-240.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2000). *Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter* (2., erweiterte und aktualisierte Auflage des Trainingsmanuals zu 'Bleib locker'). Göttingen: Hogrefe.
- Klöber, G.M. & Weimer-Ludwig, B. (2008). Kinder und Jugendliche mit familiären Alkohol-Suchterfahrungen in der stationären Jugendhilfe. *Evangelische Jugendhilfe*, 5, 280-287.
- Kołoło, H. & Mazur, J. (2006). Does second-hand smoking get children's and adolescents' quality of life worse? *Przegl Lek*, 63 (10), 1027-30.
- Knopik, V.S., Jacob, T., Haber, J.R., Swenson, L.P. & Howell, D.N. (2009). Paternal alcoholism and offspring ADHD-problems: a children of twins design. *Twin Research and Human Genetics*, 12 (1), 53-62.
- Kumpfer, K.L. (1999a). Factors and processes contributing to resilience: the resilience framework. In M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: positive life adaptations* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Plenum Publisher.
- Kumpfer, K.L. (1999b). Outcome measures of interventions in the study of children of substance abusing parents. *Pediatrics*, 103 (5), 1128-1144.
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S.43-89). Göttingen: Hogrefe.
- Laging, M. (2004). *Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention*. Hamburg: Dr. Kovač.

- Landis, J.R., Koch, G.G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29, 260-270.
- Law, B. M. F., Shek, D. T. L., (2011). Process evaluation of a positive youth development program: Project P:A:T:H:S. *Research on Social Work Practice*, 21:539.
- Lazarus, R.S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, pp. 321–333.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lieberman, D.Z. (2000). Children of alcoholics: an update. *Current Opinion in Pediatrics*, 12 (4), 336–340.
- Lohaus, A., Fleer, B., Freytag, P. & Klein-Heßling, J. (1996). Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter – SSK. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A. & Klein-Heßling, J. (2006) Stress und Stressbewältigung. In: Lohaus, A., Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 325-347). Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A. & Klein-Heßling, J. (2003). Problemlösungen sind erlernbar. Zur Evaluation von Stressbewältigungs- und Entspannungstrainings für Kinder im Grundschulalter. *report psychologie*, 28 (2), 96-102.
- Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W. & Klein-Heßling, J. (2006). *Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter – SSKJ 3-8*. Göttingen: Hogrefe.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaption in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- MacPherson, P.S.R., Stewart, S.H. & McWilliams, L.A. (2001). Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring. Examining the mediating role of anxiety sensitivity components. *Addictive Behaviours*, 26, 917-934.
- Marmorstein, N.R., Iacono, W.G. & McGue, M. (2008). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological Medicine*, 39, 149-155.
- Marshal, M.P., Molina, B.S.G., Pelham, W.E. & Cheong, J. (2007). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Moderates the Life Stress Pathway to Alcohol Problems in Children of Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (4), 564-574.
- McKenna, T. & Pickens, R. (1981). Alcoholic children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 1021-1029.
- Moesgen, D. (2010). *Die Bedeutung kognitiver Faktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien*. Unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität Braunschweig. Zugriff am 12.12.2011. Verfügbar unter: <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=00036722>.
- Molina, B.S., Donovan, J.E. & Belendiuk, K.A. (2010). Familial loading for alcoholism and offspring behaviour: mediating and moderating influences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34 (11), 1972-1984.
- NACOA Deutschland (2006). *Kinder aus suchtbelasteten Familien. Hilfen zur Unterstützung in Kindertagesstätte und Grundschule*. Berlin: NACOA Deutschland – Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.
- Najavits, L.M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“*. Göttingen: Hogrefe.

- Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., Heinrichs, N., Hahlweg, K. (2007). Förderung der Elternkompetenz durch Triple P-Elterntrainings. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 676-690.
- O'Brien, K.S. & Kyprie, K. (2008). Alcohol industry sponsorship and hazardous drinking among sportspeople. *Addiction*, 103, 1961-1966.
- Oerter, R. (2002). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 2-11). Stuttgart: Thieme.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (1), 36-46.
- Pearlin, I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981): The stress process. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, 337-356.
- Pérula de Torres, L.A., Rebollo, E.M., Ruiz-Moral, R., Fernández-García, J.A., Vega, R.A., Palomino, M.M. (2009). Diagnostic usefulness of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire for the detection of hazardous drinking and dependence on alcohol among Spanish patients. *The European Journal of General Practice*, 15 (1), 15-21.
- Petermann, F. (1997). Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Niebank, K. (1999). Entwicklungspsychopathologie – Konzepte und Ergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, 257-264.
- Petermann, U. (2009). *Die Kapitän-Nemo-Geschichten: Geschichten gegen Angst und Stress*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Price, A.W. & Emshoff, J.G. (1997). Breaking the circle of addiction: Prevention and intervention with children of alcoholics. *Alcohol Health & Research Word*, 21 (3), 241-246.
- Price, A.W. & Emshoff, J.G. (1999). Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics*, Suppl., 1112-1121.
- Rammstedt, B. (2007). The 10-Item Big Five Inventory. Norms, Values and Investigation of Sociodemographic Effects Based on a German Population Representative Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 193-201.
- Rammstedt, B. & John, O.P. (2007). Measuring personality in a minute or less: a 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203-212.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.
- Reijden-Lakeman, I.van der, Slijper, F.M., Dongen-Melman, J.E. van, Waal, W.J. de & Verhulst, F.C. (1996). Self-Concept Before and After two Years of Growth Hormone Treatment in Intrauterine Growth-retarded Children. *Hormone Research*, 46 (2), 88-94.
- Reitzle, M., Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (2001). Eltern und Kinder: Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten. *Diagnostica*, 47, 196-207.
- Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Roosa, M.W., Gensheimer, L.K., Short, J.L., Ayers, T.S. & Shell, R. (1989). A Preventive Intervention for Children in Alcoholic Families: Results of a Pilot Study. *Family Relations*, 38, 295-300.
- Rosenthal, R., DiMatteo, M.R. (2001). Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annu Rev Psycho*, 52, 9-82.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (609).

- Rothman, E.F., Edwards, E.M., Heeren, T. & Hingson, R.W. (2008). Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers. *Pediatrics*, 122 (2), 298-304.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2001). Deutsche Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). In: A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Hrsg.). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Klein, M. & Thomasius, R. (in Druck). Präventionsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Suchttherapie*.
- Rutter, M. (2001). Psychosocial adversity: risk, resilience and recovery. In J.M. Richman & M.W. Fraser (Hrsg.), *The context of youth violence: resilience, risk and protection* (pp. 13-41). Westport: Praeger Publishers.
- Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. New York: Guilford.
- Schick, A. & Cierpka, M. (2004). Evaluation „FAUSTLOS in Kindergärten“. Schriftenreihe der Landesstiftung Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Schuckit, M.A. (1991). A Longitudinal Study of Children of Alcoholics. *Recent Developments in Alcoholism*, 9, 5-19.
- Schuckit, M.A. & Smith, T.L. (2001). The clinical course of alcohol dependence associated with a low level of response to alcohol. *Addiction*, 96, 903-910.
- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Pierson, J., Trim, R. & Danko, G.P. (2008). Externalizing disorders in the offspring from the San Diego prospective study of alcoholism. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 644-652.
- Schuckit, M., Smith, T.L., Radzinski, S. & Heynemann, E.K. (2000). Behavioural Symptoms and Psychiatric Diagnoses among 162 Children in Non-alcoholic or Alcoholic Families. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1881-1883.
- Schumacher, M. & Schulgen, G. (2008). *Methodik klinischer Studien* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarz, B. & Gödde, M. (1998). *Dokumentation der Erhebungsinstrumente der 2. Erhebung 1997*. Berichte aus der Arbeitsgruppe "Familienentwicklung nach der Trennung" # 29/1997.
- Schwarz, B., Walper, S., Gödde, M. & Jurasic, S. (1997). *Dokumentation der Erhebungsinstrumente der 1. Haupterhebung*. Berichte aus der Arbeitsgruppe "Familienentwicklung nach der Trennung" # 14/1997.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescent's health. A development perspective*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Short, J.L., Roosa, M.W., Sandler, I.N., Ayers, T.S., Gensheimer, L.K., Braver, S.L. & Tein, J.-Y. (1995). Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology*, 23 (2), 223-247.
- Sørensen, H.J., Manzardo, A.M., Knop, J., Penick, E.C., Madarasz, W., Nickel, E.J., Becker, U. & Mortensen, E.L. (2011). The contribution of parental alcohol use disorders and other psychiatric illness to the risk of alcohol use disorders in the offspring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (7), 1315-1320.
- Stadelmann, S., Perren, S., Kölich, M., Groeben, M., Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern - Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 72 – 81.

- Stegemann, T., Sack, P.M., Rosenthal, S., Langenbach, T., Kroll, M., Sinzig, J.K., Zepf, F., Hohmann, S., Barth, G. & Hebebrand, J. (2009). *MUSYK: Multicenter-Untersuchung zu Substanzkonsum im Kindes- und Jugendalter: YIBcap-Kooperationsprojekt*. Vortrag gehalten auf dem XXXI. DGKJP-Kongress in Hamburg, 5.3.2009.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Lengerich: Pabst.
- Thomasius, R. (2004). *Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs. Eine Studie zu Therapieeffekten und -prozessen*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Thomasius, R., Jung, M. & Schulte-Markwort, M. (2008). Suchtstörungen. In Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. 2., vollständig überarbeitete und erw. Aufl. (S. 885-918) Stuttgart: Schattauer.
- Thomasius, R. & Küstner, U. J. (Hrsg.) (2005). *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Thomasius, R., Stolle, M. & Sack, P.M. (2009): Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P. (Hrsg.), *Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 139–146). Stuttgart: Schattauer.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J. & Riedesser, P. (Hrsg.) (2009). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Trim, R.S. & Chassin, L. (2004). Drinking Restraint, Alcohol Consumption and Alcohol Dependence in Children of Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 65 (1), 122-125.
- Uhl, A., Springer, A., Kobra, U. & Matt, B. (2008). *Alkohol und erhöhte Vulnerabilität in Kindheit und Jugend? Expertise des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung über die „Auswirkung von Alkohol auf Kinder und Jugendliche“*. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung.
- Ulrich, I., Stopsack, M. & Barnow, S. (2010). Risiko- und Resilienzfaktoren von adoleszenten Kindern alkoholkranker Eltern. Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 5 (1), 47-61.
- Velleman, R. & Templeton, L. (2003). Alcohol, drugs and the family: results from a long running research programme within the UK. *European Addiction Research*, 9, 103-112.
- Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M. & Moesgen, D. (2008). Domestic Abuse Experienced by Young People living in Families with Alcohol Problems: Results from a Cross-European Study. *Child Abuse Review*, 17, 387-409.
- Vickers, A. J. & Altman, D. G. (2001). Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. *British Medical Journal*, 323, 1123-1124.
- Waldron, M., Martin, N.G. & Heath, A.C. (2009). Parental Alcoholism and Offspring Behaviour Problems: Findings in Australian Children of Twins. *Twin Research and Human Genetics*, 12 (5), 433-440.
- Wech, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M. & Stangier, U. (2011). Behandlungsintegrität: Implementierung, Messung, Evaluation und Zusammenhänge zum Therapieerfolg. *Verhaltenstherapie*, 21, 99-107.
- Weitzmann, E.R. & Wechsler, H. (2000). Alcohol Use, Abuse, and Related Problems among Children of Problem Drinkers. Findings from a National Survey of College Alcohol Use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (3), 148-154.
- Werner, E.E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13, 262-268.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Westermann, R. & Krohn, J. (2010). Gütekriterien. In: Holling, H. & Schmitz, B. (Hrsg.), *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation* (S. 71-86). Göttingen: Hogrefe.



- 
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Noonan, D.L. & Teitelbaum, M.A. (1980). Disrupted Family Rituals. A Factor in the Intergenerational Transmission of Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41 (3), 199-214.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience Among Youth Growing Up In Substance-Abusing Families. *Pediatric Clinics of North America*, 42 (2), 415-429.
- Woodside, M., Bishop, R., Miller, L., Swisher J. Experimental Evaluation of "The Images Within": An Alcohol Education and Prevention Program. *Journal of Drug Education*, Vol.27(1) 53-65, 1997.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.
- Zimbardo, P.G. (1995). *Psychologie (6. Auflage)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Zimmermann, U., Mick, I. & Mann, K.F. (2008). Neurobiologische Aspekte des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 54 (6), 335-345.
- Zobel, M. (2000). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen*. Göttingen: Hogrefe.

---

## Anlagen (ab A.3 als elektronische Dateien auf CD-ROM)

- A.1 Tabellenverzeichnis
- A.2 Abbildungsverzeichnis
- A.3 Artikel zu den Ergebnissen der Status-Quo-Erhebung
- A.4 „Trampolin“-Manual
- A.5a „Hüpfburg“-Manual
- A.5b „Hüpfburg“-Manual – Materialteil
- A.6 Kinderfragebogen (Ausgangsbefragung)
- A.7 Elternfragebogen (Ausgangsbefragung)
- A.8 Study Protocol
- A.9 Betreuungskonzept
- A.10 Rekrutierungskonzept
- A.11a Werbeflyer Eltern
- A.11b Werbeflyer Fachkräfte
- A.12 Werbeposter
- A.13 „Trampolin“-Begleitheft
- A.14 Interviewer-Leitfaden
- A.15 Transferkonzept

## Anlage 1: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziele und Inhalte der Kinder-Module im Trampolin-Programm .....	28
Tabelle 2: Ziele und Inhalte des Eltern-Moduls im Trampolin-Programm .....	30
Tabelle 3: Erhebungsinstrumente in den Kinderfragebögen der Trampolin-Evaluation (Gesamtbearbeitungszeit: ca. 92 Min).....	42
Tabelle 4: Erhebungsinstrumente in den Elternfragebögen der Trampolin-Evaluation (Gesamtbearbeitungszeit: ca. 96 Min.) .....	47
Tabelle 5: Evaluationsergebnisse der Trampolin-Kursleiterschulungen: Mittelwerte und Streuungen (n = 140; Skala: 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft) .....	54
Tabelle 6: Prozentangaben zur Geschlechterverteilung in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests.....	63
Tabelle 7: Mittlere Altersangaben in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben .....	63
Tabelle 8: Prozentangaben zu eigenem Zimmer in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests .....	64
Tabelle 9: Prozentangaben zur Lebenszeitprävalenz des Nikotinkonsums in den „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen und Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests .....	66
Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zur Mutter (Enge vs. Distanziertheit) sowie Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben .....	67
Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zur Mutter (Spannung vs. Harmonie) sowie Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben .....	67
Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zum Vater (Enge vs. Distanziertheit) sowie Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben .....	67
Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen für die Beziehung zum Vater (Spannung vs. Harmonie) sowie Ergebnis des t-Tests für unabhängige Stichproben .....	68
Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichungen für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen in den Fragebogen-Skalen und Ergebnisse der t-Tests f. unabhängige Stichproben .....	68
Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychopathologischen Belastung der Kinder nach Elterneinschätzung für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen sowie Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben .....	72
Tabelle 16: Datengrundlage der Stimmungsthermometer je Modul für Trampolin- und Hüpfburg-Kinder (Prozentangaben in Bezug zur Gesamtstichprobe der Prozessevaluation [N = 196]) .....	73
Tabelle 17: Anzahl anwesender Eltern in den Eltern-Modulen des Trampolin-Programms .....	74
Tabelle 18: Mittelwertvergleiche (t-Test) der Gesamtbewertungen durch die Kinder (quantitativer Fragebogenteil), Unterschiede zwischen „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Kindern.....	75
Tabelle 19: Mittelwerte der „Trampolin“-Abschlussbewertungen (Auszug versch. Modulelemente)...	75
Tabelle 20: Verteilung der für die Adhärenzmessung verwertbaren Videoaufnahmen auf die Module	83
Tabelle 21: Adhärenzwerte je Trampolin-Modul in Prozentwerten .....	84
Tabelle 22: Mittelwertvergleiche zwischen Kursleitern und einer Normstichprobe (t-Test für unabhängige Stichproben) über die BFI-10-Skalen .....	93
Tabelle 23: Zeiteffekte im Kindurteil über beide Gruppen hinweg. Es werden nur signifikante Effekte berichtet.....	95

Tabelle 24: Test der festen Effekte des Indexes „Wissen“ (lineares gemischtes Modell) .....	96
Tabelle 25: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für den Index „Wissen“ je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten.....	97
Tabelle 26: Test auf Effektanteile für den Interaktionseffekt Gruppe * Zeit des Indexes „Wissen“ .....	98
Tabelle 27: Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den Differenzmittelwerten des Indexes „Wissen“ .	98
Tabelle 28: Test der festen Effekte des Indexes „Wissen“ (lineares gemischtes Modell), Alter und Geschlecht kontrolliert .....	99
Tabelle 29: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) des Indexes „psychische Belastung“ .....	99
Tabelle 30: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für den Index „psychische Belastung“ je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten.....	99
Tabelle 31: Test auf Effektanteile für den Index „psychische Belastung“ .....	100
Tabelle 32: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) für den Index „psychische Belastung“, Alter und Geschlecht kontrolliert .....	101
Tabelle 33: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Skala destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung .....	101
Tabelle 34: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Skala „destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung“ je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten .....	101
Tabelle 35: Test auf Effektanteile für die Skala destruktiv-ärgerbezogene Stressbewältigung .....	102
Tabelle 36: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) für die Skala destruktiv-ärgerbezogenen Stressbewältigung, Alter und Geschlecht kontrolliert .....	102
Tabelle 37: signifikante Zeiteffekte unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit (UG und KG).....	106
Tabelle 38: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Skala konstruktiv-palliative Emotionsregulation .....	108
Tabelle 39: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Skala konstruktiv-palliative Emotionsregulation je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten .....	108
Tabelle 40: Test auf Effektanteile der Skala konstruktiv-palliative Emotionsregulation .....	109
Tabelle 41: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Summenskala positive Stressbewältigung .....	110
Tabelle 42: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Summenskala positive Stressbewältigung je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten .....	110
Tabelle 43: Test auf Effektanteile der Summenskala positive Stressbewältigung .....	110
Tabelle 44: Test der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen .....	111
Tabelle 45: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten .....	112
Tabelle 46: Test auf Effektanteile der Skala vermeidende Bewältigung in suchtspezifischen Situationen .....	112
Tabelle 47: Übersicht der festen Effekte (lineares gemischtes Modell) der SDQ-Skalen.....	113
Tabelle 48: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die SDQ-Skala emotionale Probleme je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten.....	113
Tabelle 49: Test auf Effektanteile der SDQ-Skala emotionale Probleme .....	114

---

Tabelle 50: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die SDQ-Skala Hyperaktivität je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten .....	115
Tabelle 51: Test auf Effektanteile der SDQ-Skala Hyperaktivität.....	115
Tabelle 52: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für die SDQ-Skala Probleme mit Gleichaltrigen je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten .....	116
Tabelle 53: Test auf Effektanteile der SDQ-Skala Probleme mit Gleichaltrigen .....	116
Tabelle 54: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen zwischen den Zeitpunkten für den SDQ-Gesamtproblemwert je für Interventions- und Kontrollgruppe getrennt nach Zeitpunkten .....	117
Tabelle 55: Test auf Effektanteile des SDQ- Gesamtproblemwerts .....	117
Tabelle 56: signifikante Zeiteffekte unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit (UG und KG) .....	121
Tabelle 57: Einflüsse (Haupteffekte und Interaktionseffekte) verschiedener Variablen auf die signifikanten Interventionseffekte Belastung, Wissen und destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation	123
Tabelle 58: Effektanteile für den Index „Wissen“ getrennt nach Altersgruppen.....	124
Tabelle 59: Baseline-adjustierte Differenzmittelwerte insgesamt für den Index „Wissen“ nach Altersgruppen.....	124
Tabelle 60: Baseline-adjustierte Differenzmittelwerte insgesamt für den Index „Wissen“ nach Setting .....	125
Tabelle 61: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen insgesamt für den Index „Wissen“ nach Migrationshintergrund versus deutsche Nationalität .....	126
Tabelle 62: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen für den Index „psychische Belastung“ nach Zeitpunkten und Geschlecht des süchtigen Elternteils.....	126
Tabelle 63: Effektanteile für den Index „psychische Belastung“ getrennt für Zeitpunkte und Geschlecht des süchtigen Elternteils.....	127
Tabelle 64: Baseline-adjustierte Mittelwerte der Differenzen für den Index „Wissen“ nach Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht des süchtigen Elternteils.....	128
Tabelle 65: Effektanteile für den Index „Wissen“ getrennt für das Geschlecht des süchtigen Elternteils .....	128
Tabelle 66: Effektstärken (d und r) in zentralen Outcome-Maßen zu t2 und t3 zu Gunsten der Interventionsgruppe .....	131

## Anlage 2: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeits- und Zeitplan des Projekts Trampolin .....	21
Abbildung 2: Studiendesign für Interventions- und Kontrollgruppe inklusive der Teilnehmeranzahl für die Messzeitpunkte Status-, Abschluss- und Katamneseerhebung.....	32
Abbildung 3: Teilnehmende Praxisstandorte im Projekt Trampolin .....	56
Abbildung 4: Verteilung der Altersgruppen in der gesamten Kinderstichprobe (UG+KG) .....	64
Abbildung 5: Verteilung zu den angegebenen Lebensmittelpunkten (Selbstauskunft der Kinder) in der Stichprobe .....	65
Abbildung 6: Prozentangaben zur Lebenszeit-Prävalenz von Alkohol in der Kinderstichprobe sowie getrennt für die „Trampolin“- und „Hüpfburg“-Gruppen .....	66
Abbildung 7: Prozentangaben zu den Substanzabhängigkeiten der Eltern der gesamten Kinderstichprobe (UG+KG) .....	71
Abbildung 8: durchschnittliche Verbesserung der Stimmung der Kinder nach Modul und Gruppe .....	76
Abbildung 9: Akzeptanz der Sitzungen durch die Kinder nach Modul und Gruppe .....	76
Abbildung 10: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – formale und inhaltliche Aspekte .....	77
Abbildung 11: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – Verbesserungsbedürftigkeit.....	77
Abbildung 12: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – Gruppengeschehen.....	78
Abbildung 13: „Trampolin“-Gesamtbewertung der Kursleiter – Zufriedenheit.....	78
Abbildung 14: Elternbewertung der Eltern-Module – Akzeptanz der Sitzungen .....	80
Abbildung 15: Adhärenz in Prozentwerten für modulübergreifenden Modulelemente des Trampolin-Programms .....	83
Abbildung 16: geschätzte Mittelwerte des Indexes „Wissen“ für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	97
Abbildung 17: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „psychische Belastung“ für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	100
Abbildung 18: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Skala destruktiv-ärgerbezogenen Stressbewältigung für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	102
Abbildung 19: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Skala konstruktiv-palliativen Emotionsregulationsstrategien für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	109
Abbildung 20: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Summenskala positive Stressbewältigung für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	111
Abbildung 21: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der Skala vermeidende Bewältigung in sucht-spezifischen Situationen für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	112
Abbildung 22: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Skala emotionale Probleme für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	114
Abbildung 23: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Skala Hyperaktivität für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	115
Abbildung 24: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Skala Probleme mit Gleichaltrigen für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe.....	116
Abbildung 25: geschätzte Mittelwerte der Differenzen der SDQ-Summenskala für die Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe .....	118
Abbildung 26: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „Wissen“ insgesamt getrennt nach Altersgruppen .....	125

Abbildung 27: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „psychische Belastung“ für die  
Zeitpunkte t1 bis t3 getrennt nach dem Geschlecht des süchtigen Elternteils..... 127

Abbildung 28: geschätzte Mittelwerte der Differenzen des Indexes „Wissen“ insgesamt getrennt nach  
dem Geschlecht des süchtigen Elternteils ..... 129