

Sachbericht

Projekt:

Nationaler Transfer der in der INCANT Studie evaluierten MDFT als familienbasierter Frühintervention in der Jugendsuchthilfe

Kapitel 1502 Titel 68469 im Haushaltsjahr 2012/2013
Laufzeit: 1.09.2012- 31.12.2013

Projektleitung: Andreas Gantner

Projektmitarbeiterinnen: Birgit Spohr, Jeanine Bobbink, Elke Dangeleit,

Therapieladen e.V.
Potsdamerstr.131
10783 Berlin
Tel. 030 2360779-21
Email: a.gantner@therapieladen.de

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung

2. Einleitung

3. Arbeits- und Zeitplan

4. Durchführung

5. Ergebnisse

6. Ausblick

7. Publikationen

1. Zusammenfassung

Der in der europäischen INCANT-Studie erstmals auch in Berlin (Therapieladen e.V.) erfolgreich beforschte MDFT Ansatz (2006-2010) ist international sehr gut evaluiert und wurde in 2013 von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EMCDDA) als „Best Practice“ Ansatz für jugendliche Cannabiskonsumenten eingestuft. MDFT nutzt motivierende, aufsuchende Interventionen und verbindet Einzel- und familientherapeutisches Vorgehen in der Familie und dem außerfamiliären Umfeld. Mit Förderung des BMG konnte in einem Transferprojekt von Oktober 2012 bis Dez 2013 die MDFT als ambulante systemische Behandlungsmethode in 4 verschiedene Einrichtungen eingeführt werden. Es wurden jeweils Teams der *Therapiehilfe e.V. in Hamburg*, der *Jugend und Drogenberatungsstelle in Dresden*, des *SKM e.V. in Köln* und des *Condrobs e.V. in München* in dem Manual-orientierten MDFT- Programm trainiert. Dabei wurden die insgesamt 14 Mitarbeiter/innen von den MDFT Trainer/innen des *Therapieladen e.V.* in zentralen Seminaren geschult und in der praktischen Arbeit mit MDFT Fällen vor-Ort supervisorisch begleitet. Die Methode wurde von allen beteiligten Mitarbeiter/innen als sehr nützlich und bereichernd für die Arbeit mit Minderjährigen und deren Eltern eingeschätzt. Ob die MDFT in den 4 Einrichtungen dauerhaft etabliert werden kann, ist noch nicht absehbar. Zwei Träger haben sich derzeit nicht für eine Fortsetzung der MDFT Implementierung entschieden. Eine Herausforderung sind hier die längerfristigen strukturellen und organisatorischen Bedingungen die erforderlich sind, um MDFT entsprechend den erforderlichen Qualitätskriterien in den Einrichtungen zu verankern. Hierbei spielen personelle, finanzielle Ressourcen und notwendige Vernetzungsstrukturen zwischen Jugend- und Suchthilfe eine Rolle. Es bleibt zu wünschen, dass zukünftig MDFT von Kostenträgern der Jugend- und Suchthilfe anerkannt wird und die guten MDFT Forschungsbefunde der multizentrischen INCANT Studie Eingang in die Praxis findet.

2. Einleitung

Im Rahmen der multizentrischen europäischen INCANT Studie wurde MDFT seit 2006 in 5 europäischen Ländern eingeführt und evaluiert. In Deutschland wurde die INCANT Studie vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch die delphi GmbH in Berlin. Die Gesamtprojektleitung der transnationalen multizentrischen Studie hatte Prof. Dr. Henk Rigter von der Erasmus Universität Rotterdam.

Vor dem Hintergrund der bisherigen positiven Erfahrungen der Umsetzung von MDFT, sowie der fortgeschrittenen erfolgreichen Praxis-Implementierung in den Niederlanden und den USA, wurde nach der Studie ein weiterer Praxistransfer in den bisher beteiligten Ländern der INCANT Studie geplant. Hierzu wurde bereits im Februar 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (unter Beteiligung Niederländischer und Schweizer INCANT Experten) zu einer Expertenkonferenz eingeladen um Perspektiven für den nationalen Transfer von INCANT auszuloten (s. Protokollnotizen BMG Februar 2009)

Die „deutschsprachige“ MDFT Qualifizierung soll dabei nach vergleichbaren und von MDFT USA/Europe verbindlichen Qualitätsstandards unter Berücksichtigung länderspezifischer Besonderheiten umgesetzt werden. Mit der Erarbeitung des von den MDFT Entwicklern anerkannten deutschen MDFT Manuals und der damit verbundenen Qualifizierung von MDFT-Therapeuten/innen zu MDFT-Trainer/innen im Therapieladen e.V. wurde die Grundlage für eine längerfristig - von den USA unabhängige und lizenzfreie - Implementierung der MDFT Behandlungsmethode in Deutschland geschaffen.

Internationaler MDFT Trainingsstandard

Die niederländische *MDFT Academie* hat gemeinsam mit den MDFT-Entwicklern aus den USA die Qualitätsstandards für die Durchführung einer MDFT-Weiterbildung festgelegt. In der Regel werden Therapeuten/innen und Supervisor/innen als ganzes Team trainiert. Nach dem 1. Jahr erhalten die Trainingskandidaten/innen das MDFT „Basic Level“ Zertifikat, nach dem 2. Jahr das „Master Level“ Zertifikat. In ganz Europa gelten die gleichen Zertifizierungsanforderungen. Das „Master Level“ Zertifikat ist unbegrenzt gültig. Teams mit zertifizierten „Master Level“ Therapeuten/innen erhalten von der *MDFT Academie* eine kostenfreie Lizenz zur Durchführung von MDFT. Die Lizenz ist alle 3 Jahre erneuerbar.

Während in den europäischen Ländern vor allem in den Niederlanden MDFT von den verschiedenen Kostenträgern anerkannt und als evidenzbasiertes Verfahren schnell den Weg in die Praxis gefunden hat (derzeit arbeiten allein in den Niederlanden 40 MDFT Teams) sind wir in Deutschland noch weit entfernt von einer Anerkennung der MDFT durch verschiedene Kostenträger. Vor diesem Hintergrund ist es auch erklärbar, dass sich die Suche nach Einrichtungen, die MDFT einführen wollen, sehr schwierig gestaltete. Wir haben uns deshalb entschlossen das MDFT Training zunächst nur als 1 jähriges Trainingsprojekt mit Abschluss *Basic Level* anzubieten. Mit der 50% Förderung des Bundesministerium für Gesundheit konnten somit die Kosten für die Eigenbeteiligung der Träger niedriger gehalten werden, als auch eine gleich 2- jährige Verpflichtung der Träger vermieden werden. Wir stellten den beteiligten Einrichtungen jedoch in Aussicht, falls gewünscht, das vollständige MDFT Training im 2.Jahr fortzusetzen, um somit das unbefristete *Master-Level* Zertifikat zu erreichen.

3. Arbeits- und Zeitplan

Auswahl der Institutionen

Es wurden bereits im Vorfeld Kontakte zu an MDFT interessierten Kooperationspartnern hergestellt. Eine offizielle Anfrage durch das Bundesministerium für Gesundheit, im Sinne einer Interessenbekundung am MDFT Transfer zeigte wenig Resonanz. Im Sommer 2012 zeichnete sich dann ab, dass eine Beteiligung von 5 verschiedenen Institutionen/Teams möglich ist. In dem zweimonatigen Vorbereitungszeitraum (1.9.2012 -31.10.2012) sollten die Einrichtungen, die eine Kooperation verbindlich zugesagt hatten vor Ort besucht werden, um sowohl mit der Leitung und den ausgewählten Mitarbeiter/innen sich nochmals über die Bedingungen und Voraussetzungen der Teilnahme zu verständigen.

Kooperationsverträge

Mit folgenden 5 Trägern in 5 Städten wurde im September eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen:

Hamburg: **Therapiehilfe e.V.**
Dresden: **Jugend und Drogenberatungsstelle im Gesundheitsamt**
Köln: **SKM e.V.**
München: **Condrops e.V.**
Waldshut-Tiengen: **Fachstelle Sucht: Drogenberatung, BWLV**

Trainingsplan

Die MDFT -Qualifizierung eines Teams (3 bis 4 Teilnehmer/innen) sollte in 12 Monaten durchgeführt werden. In diesem Zeitraum sollte jede/r beteiligte Therapeut/in mindestens 3 MDFT- Fälle behandeln können (Behandlungszeitraum ca. 4- 6 Monate). Zunächst wird pro Team jeweils ein/e „Schlüsseltherapeut/in“ qualifiziert. Diese benötigen im zweiten Trainingsabschnitt zusätzliche Zeitressourcen für die Supervision der MDFT-Therapeut/innen.

Die MDFT- Qualifizierung für das 1. Jahr „Basic Level“ bestand aus zwei Phasen:

Monat 1 bis 5 : Schulung der „Schlüsseltherapeuten“ der Teams

- 4-tägiges Grundlagenseminar mit den identifizierten „Schlüsseltherapeut/innen“ der ausgewählten Institutionen (zukünftige MDFT Supervisor/innen) *Einführung in MDFT, Theoretische Grundlagen, MDFT-Interventionen, Strukturierung des MDFT-Therapieprozesses, Arbeitsinstrumente etc. anhand von praktischen Übungen, Fallbeispielen, Video-Analysen.*
- Behandlung von 3 Pilotfällen, wovon einer intensiv Praxis begleitend supervidiert wird
- Wöchentliche Rückmeldung per Email, 14 Tägig telefonische Supervision , 3x Videoanalyse und ausführliche Rückmeldung
- 4 Trainingstage in der Gruppe der Schlüsseltherapeut/innen (Fallbesprechung, Videoanalyse der laufenden Fälle)

Monat 6 - 12 : Schulung der MDFT-Teams und MDFT-Supervisor/innen:

- 4- tägiges Grundlagenseminar mit den weiteren Mitgliedern der beteiligten Teams (s.o.)
- Parallel: 2 Tage Qualifizierung der „Schlüsseltherapeut/innen“ zu MDFT- Supervisor/innen
- In Monat 7 und 9 je 2 Trainingstage mit den einzelnen Teams in der Institution. *Durchführung von MDFT- Live Supervision, Videoanalysen, Fallbesprechungen, separater Austausch mit dem/der Team-Supervisor/in*

- Regelmäßige 14 tägige supervisorische Begleitung der Team-Supervisor/innen durch die Trainer/innen telefonisch (evtl. über „skype“). Rückmeldung über die *Fallberichte / Wochenpläne / Contact Logs der einzelnen Therapeut/innen und Reflexion der MDFT-Teamentwicklung*
- Abschlussprüfung/Zertifizierung „MDFT Basic Level“

4. Durchführung

In den 5 verschiedenen Einrichtungen sollten insgesamt 17 Mitarbeiter/innen im Trainingsprojekt geschult werden.

Wie im Trainingsplan vereinbart, wurde mit der Qualifizierung der von den Einrichtungen ausgewählten Schlüsseltherapeuten/innen begonnen. Diese nahmen insgesamt an 4 zentralen Trainingsseminaren in Berlin teil.

1. Seminarblock: 13.11.2012- 16.11.2012(Schlüsseltherapeuten)
2. Seminarblock: 18.02.2013-19.02.2013 (Schlüsseltherapeuten)
3. Seminarblock: 18.03.2013- 21.3.2013 (MDFT Team)
4. Seminarblock: 13.05.2013-14.05.2013 (Schlüsseltherapeuten)

Neben den zentralen Veranstaltungen, die von den drei MDFT-Trainer/innen gemeinsam durchgeführt wurden, waren für die jeweilige individuelle Betreuung/Supervision der Teams folgende Trainer/innen zuständig:

Dipl.-Psych. Jeanine Bobbink: *Therapiehilfe e.V. /Hamburg und Fachstelle Sucht / Waldshut*
 Dipl.-Psych. Birgit Spohr: *SKM e.V./Köln und Drogenberatungsstelle/Dresden*
 Dipl.-Psych. Andreas Gantner: *Condrops e.V./München*

Im Anschluss an die ersten Seminartage sollten die Teilnehmer/innen die ersten MDFT Fälle aufnehmen und mit begleitender telefonischer Supervision der Trainer/innen damit arbeiten. Es wurde schnell ersichtlich, dass die BWLV Fachstelle aus Waldshut-Tiengen nicht in der Lage war, den personellen und zeitlichen Anforderungen des MDFT-Trainings zu entsprechen. Aufgrund mangelnder Personalressourcen in der kleinen Beratungsstelle schied die Fachstelle Sucht des BWLV vorzeitig im Januar 2013 aus dem Transferprojekt aus. Ab dem 18.2.2013 wurde somit das Training mit 4 Einrichtungen und insgesamt 14 Mitarbeiter/innen fortgesetzt.

Es zeigte sich im Weiteren, dass wir den vorgegebenen Trainingszeitplan etwas verändern mussten, da es bei zwei Einrichtungen Probleme bei der Fallaufnahme

von MDFT Familien gab. Hierbei spielten strukturell-organisatorische Probleme in der Zuweisung von Familien/Klienten, aber auch individuelle Probleme durch kurzfristige Erkrankung eine Rolle. Wir entschieden dann gemeinsam mit den beteiligten Partnern den gesamten Zeitablauf des Trainings auf zwei Monate bis zum 31.12.2013 zu verlängern.

Nach dem 3. Seminarblock mit den gesamten Teams (14 Teilnehmer/innen) gab es ab Mai 2014 bis Dezember 2014 je zwei bis vier Vor-Ort Besuche der zuständigen Trainer/innen, um gemeinsam mit dem MDFT-Team Fälle zu supervidieren. Dabei wurden auch „Live-Supervisionen“ mit anwesenden Familien durchgeführt.

In regelmäßigen Abständen wurden telefonische Supervisionen mit den Schlüsseltherapeuten angeboten, um das Manual-orientierte Umsetzen des MDFT Ansatzes zu gewährleisten. Alle Teilnehmer mussten ihre Fälle in MDFT Formaten dokumentieren, Videobänder von Familiensitzungen einsenden und zum Abschluss ein schriftliches Examen absolvieren.

Für die Evaluation der Trainingsergebnisse der einzelnen Teilnehmer hinsichtlich der MDFT Standards wurden Instrumente der *MDFT-Academie* eingesetzt. Darüber hinaus hatten die Teilnehmer/innen die Möglichkeit die Trainingsseminare in einem Standardformular zu evaluieren.

Im Juli 2013 wurden den 4 Teams und den Leitern der Einrichtungen eine inhaltlich ausführliche Rückmeldung über den bisherigen Verlauf des Trainings, sowie über die noch zu leistenden Aufgaben für den erfolgreichen Abschluss des Zertifikates *MDFT Basic-Level* zugesendet.

5. Ergebnisse

Wie bereits berichtet, schied eine beteiligte Beratungsstelle (des BWLV in Waldshut-Tiengen) frühzeitig aus. Hier wurde deutlich, dass aufgrund von komplexen Trägerstrukturen (zentrale Geschäftsstelle und regionale Fachstelle) wichtige Informationen intern nicht adäquat vermittelt wurden. Trotz klarer Beschreibung in den Voraussetzungen für die Teilnahme am Transferprojekt, konnte die Beratungsstelle die erforderlichen Personalressourcen nicht zur Verfügung stellen. Vermittlungsversuche unsererseits zwischen Geschäftsstelle und regionaler Fachstelle blieben erfolglos, so dass wir uns leider vorzeitig von einem Team verabschieden mussten.

Im Projektzeitraum bis zum 31.12.2013 konnten 11 Mitarbeiter/innen aus den Teams von Hamburg, Dresden und München die Kriterien für ein erfolgreiches Erreichen des MDFT „*BASIC Level*“ erreichen. Mit dem Kölner Team des SKM e.V. wurde eine Verlängerung des 1.Trainingsjahres vereinbart, da die Kriterien bis zum 31.12.2013 dort noch nicht in vollem Umfang erfüllt werden konnten. Nach derzeitigem Stand werden die drei beteiligten Mitarbeiter/innen im Verlängerungszeitraum bis Mai 2014 ebenfalls das 1.Trainingsjahr erfolgreich abschließen können.

Die Kriterien für das Zertifikat „MDFT Basic Level“ sind:

Persönliche Teilnahme an den zentralen Seminartagen
Persönliche Teilnahme den 4 Trainingstagen vor Ort

Kontinuierliche Einsendung von Wochenplänen/Verlaufsberichten,
Fallkonzeptionen/Behandlungsplanung, Kontakt Logs

Mindestens 2 vollständig behandelte MDFT Fälle. Vollständige Dokumentation eines MDFT-Falles

2 Video aufgezeichnete Familiensitzungen wurden erfolgreich nach MDFT Kriterien evaluiert:
Adheränz (MDFT Akademie Niederlande) und Kompetenz

Schriftliches Examen bestanden

Die Kriterien für MDFT Supervisoren/innen „Basic Level“ sind:

Zertifiziert als MDFT- Therapeut/in (s.o.)

Teilnahme am Einführungsblock MDFT Supervision

Durchführung von Team und Einzelsupervisionssitzungen in den verschiedenen
Supervisionsformaten (Fall,-DVD,-Live Supervision)

Durchführung regelmäßiger telefonische Supervisionssitzungen mit dem MDFT- Trainer

3 Supervisionsreports über Teamentwicklung, Therapeutenentwicklung

Einsendung von 2 Video aufgezeichneten MDFT-Supervisionssitzungen mit MDFT
Therapeuten

.

Die fachliche Zusammenarbeit mit den 4 verbleibenden MDFT-Teams verlief im Projektzeitraum insgesamt erfolgreich und aus Sicht der beteiligten Trainingsteilnehmer/innen gut bis sehr gut. Für die Bewertung der Zielerreichung und des Gesamtergebnisses des MDFT Transfers sind zwei Ebenen zu unterscheiden:

a) *Individuelles Lernen und Umsetzen des MDFT Vorgehens bei den einzelnen Mitarbeiter/innen:*

b) *Organisatorische-strukturelle Herausforderungen bei den Trägern*

Zu a) *Individuelles Lernen und Umsetzen des MDFT Vorgehens bei den einzelnen Mitarbeiter/innen:*

Auf der individuellen Ebene war bei allen Teilnehmer/innen ein großes Interesse am MDFT Ansatz zu beobachten. Die Herausforderungen beim Lernen der neuen systemischen Vorgehensweise wurden von allen Beteiligten gut angenommen, wobei

das Tempo der Umsetzung und die Lernfortschritte naturgemäß individuell unterschiedlich waren. Dabei spielten einerseits therapeutische Vorqualifikation und Erfahrung im Bereich der Sucht-, bzw. Familientherapie eine Rolle. Nicht alle Trainingsteilnehmer/innen verfügten über eine therapeutische Grundausbildung (als Suchttherapeut, Familientherapeut oder Psychotherapeut), obwohl dies für die Projektteilnahme empfohlen war. Aus pragmatischen Gründen haben wir darauf verzichtet, dass alle Beteiligten der Teams über eine bereits bestehende und abgeschlossene Therapieausbildung verfügen müssen. Im Trainingsverlauf wurde jedoch deutlich, dass das Erlernen von MDFT ohne vorherige therapeutische Qualifikation und damit ohne Selbsterfahrungsprozesse im Rahmen der Therapieausbildung schwierig werden kann. Für diese Teilnehmer/innen wären zusätzliche Seminare/Workshops hinsichtlich *Selbsterfahrung* (z.B. „Familienrekonstruktion“ oder ähnliches) oder in *Motivierender Gesprächsführung* zu empfehlen.

Andererseits wurde schnell ersichtlich, dass sich in der Anwendung der MDFT in den Einrichtungen strukturelle Probleme mit individuellen Aspekten der Trainingsteilnehmer vermischten. Im Einzelfall war schwer einzuschätzen, wie diese „Vermischung“ von persönlichen und institutionellen Herausforderungen zu bewerten war. Hierbei spielten z.B. der Umgang mit technischen Anforderungen (Videodokumentation), die Fallzuweisung innerhalb der Organisation, sowie die inhaltliche und zeitliche Überlappung mit anderen Tätigkeiten am Arbeitsplatz eine wichtige Rolle.

Aus eigener Trainingserfahrung und anschließender Therapieerfahrung mit dem MDFT-Ansatz wissen wir (bzw. ist es generell der Fall bei Therapieweiterbildungen), dass man sich erst mit mehreren unterschiedlichen Therapiefällen mit der zu erlernenden Methode vertraut machen kann. Nicht alle ausgewählten MDFT-Fälle sind gleichermaßen geeignet, um das manual-orientierte Vorgehen zu erlernen und umzusetzen. Wir ermutigten deshalb die Teilnehmer/innen im Trainingsprojekt mit mindestens drei oder mehr Familien Erfahrungen zu sammeln, um sich Schritt für Schritt in das MDFT Vorgehen einarbeiten zu können. Dabei stießen wir und die Teilnehmer jedoch teilweise an Grenzen, die mit den im Folgenden beschriebenen organisatorischen Problemen vor Ort einhergingen.

Zu b) Organisatorische-strukturelle Herausforderungen bei den Trägern

In den Vorgesprächen wurde mit den beteiligten Trägern kommuniziert, dass die Implementierung von MDFT in den Einrichtungen nicht nur eine „einfache Mitarbeiterschulung“ in einer Therapiemethode bedeutet, sondern längerfristig auch Voraussetzungen und Veränderungen in den beteiligten Institutionen geschaffen werden müssen, damit sich die MDFT nachhaltig etablieren kann. Dabei lag ein Ziel des Projekts gerade darin, diese organisatorischen Veränderungen in Gang zu bringen. Im Projektverlauf wurde bald deutlich, dass die organisatorisch-strukturellen Probleme der MDFT Implementierung sich als noch schwieriger herausstellten als bereits von uns vermutet. Folgende teilweise dicht zusammenhängende Problembereiche ließen sich beim Transfer identifizieren.

Problem der Zeitressourcen

Für die Umsetzung des Trainings sollten die Trainingsteilnehmer im Trainingsjahr 15 bis 20 Wochenstunden Zeit zur Verfügung haben, um im MDFT Format arbeiten und lernen zu können. Das intensive Arbeiten mit einer MDFT Familie erfordert durchschnittlich 5 Std/wö. pro Fall plus zusätzlicher Fallbesprechung/Supervision. Diese zeitliche Intensität unterscheidet sich bei Drogenberatungsstellen in der Regel von bisher gewohnten Zeitressourcen pro Familie/Woche und muss nach innen und außen fachlich begründet und vertreten werden. Bei Anbietern von sozialpädagogischen Jugendhilfeleistungen (wie z.B. *Condrops* oder auch *SKM e.V.*) sind andererseits sogar mehr Fachleistungsstunden pro Fall/Woche vorgesehen.

Es zeigte sich, dass diese formulierten Vorgaben für das Projekt (auf dem „Papier“) im realen Praxisalltag der Teams so nicht eins zu eins umgesetzt werden konnten. Eine klare, von allen Verantwortlichen getragene zeitliche Freistellung der Trainingsteilnehmer/innen war nicht immer erkennbar, bzw. wurde widersprüchlich kommuniziert. Es wurden auch trägerintern teamdynamische Aspekte bei der neuen angestrebten Personalressourcenverteilung deutlich, z.B. beim Thema Abgrenzung von bisherigen Tätigkeiten der Trainingsteilnehmer/innen und der Frage, wer dann diese bisherige Arbeit (z.B. Prävention/Beratung/Clearing) im Team machen sollte.

Dieser Aspekt steht selbstverständlich in engem Zusammenhang mit der generellen Frage der Ressourcenverteilung innerhalb eines Trägers, des strategischen Umgangs mit der Einführung eines neuen Konzeptes sowie deren aktuellen und längerfristigen Einbettung und Finanzierung. Im Ergebnis zeigte sich, dass die von uns übernommene Vorgabe der *MDFT Akademie* bezüglich des Personalressourceneinsatzes für zertifizierte MDFT Teams (mindestens 20Std/wö. pro MDFT Therapeut) sich im Praxisalltag der Jugend- und Suchthilfe kaum umsetzen lässt. Ob es längerfristig funktioniert, wird unter anderem abhängig sein von Finanzierungsmodellen der Kostenträger, womit wir zum nächsten Problembereich kommen.

Probleme der Finanzierung

Hier ist zu unterscheiden wie die Finanzierung der Mitarbeiter/innen während der Projektlaufzeit abgesichert war, ob oder welche Finanzierungsmodellplanungen für die zukünftige Arbeit mit MDFT verwirklicht werden können und wie der Stand zum Ende der Projektlaufzeit war.

Situation München/Condrops

Während in der Projektlaufzeit bei drei Trägern (Hamburg/Dresden/Köln) eine Pauschalfinanzierung der Mitarbeiter/innen für die MDFT Fallarbeit vorlag, wurde in München das Transferprojekt MDFT im Rahmen des Jugendhilfe-Einzelfall-finanzierten „Clearingangebotes“ von *Condrops* durchgeführt.

Der „Vorteil“ dieser bereits etablierten Fallpauschale vom Jugendamt für Jugendliche/Familien bei *Condrops* stand jedoch teilweise im Widerspruch zu den unterschiedlichen Konzepten von „Clearing“ und „MDFT“. Während „Clearing“ ein rein sozialpädagogisches Betreuungsangebot der Jugendhilfe ist, versteht sich MDFT als systemisches familientherapeutisches Therapieangebot. Dieser Unterschied wurde im Projektzeitraum aber noch nicht offensiv nach außen dem Jugendamt oder anderen Anbietern gegenüber vertreten und kommuniziert. Zunächst wollte man überprüfen, ob die Mitarbeiter/innen das MDFT Modell

erfolgreich erlernen und anwenden können und eine Verbesserung ihrer bisherigen Vorgehensweise erleben. Trotz einiger Herausforderungen in der Veränderung der bisherigen sozialpädagogischen Arbeitsweise mit Jugendlichen und Eltern konnten die Kollegen/innen einen deutlichen Zugewinn durch das MDFT-Training erfahren. Die bei *Condrops* im Hintergrund laufende Frage nach der „Wirksamkeit“ der MDFT Behandlung und deren Kosten lässt sich bei insgesamt 6 Trainingsfällen des Teams sicher nicht beantworten. Wir versuchten auch deutlich zu machen, dass diese Frage in der Suchtforschung durch zahlreiche MDFT-Studien bereits beantwortet und längst erwiesen ist. Es entstand der Eindruck, dass der Träger neben den schon erfolgreich etablierten sozialpädagogischen Jugendhilfemaßnahmen derzeit kein erweitertes kompaktes therapeutisches Angebot für jugendliche Drogenmissbraucher und deren Familien etablieren will, bzw. die Voraussetzungen dafür noch nicht gegeben sieht. Im Ergebnis wurde von *Condrops* eine Fortsetzung der MDFT Implementierung eine Absage erteilt mit der Begründung, dass der „Aufwand zeitlich und finanziell zu hoch sei“.

Aus Sicht des Trägers mag dies verständlich sein, zumal die Etablierung differenzierter suchtspezifischer (vor allem therapeutischer!) Angebote in der Jugendhilfe sich oft schwierig gestalten und ständig neuen Rahmenbedingungen unterworfen sind. Andererseits wird hier deutlich, dass Träger und Kostenträger der Jugendhilfe sich offensichtlich wenig für Befunde und Kriterien der „evidenzbasierten Therapieforschung“ interessieren und damit in die Offensive gehen. Es gibt im „Jugendsuchtbereich“ keinen anderen therapeutischen Ansatz, der so intensiv auf seine Wirksamkeit und Effektivität untersucht wurde wie die MDFT. Sie gilt mittlerweile auch in Europa als „Best-Practice Ansatz“ mit den höchsten Evidenzkriterien und wird in Zukunft auch in den „Diagnostischen Leitlinien für Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter“ verankert sein.

Situation Dresden/Jugend-Drogenberatung

Im Unterschied zu den drei anderen Trägern ist die Jugend und Drogenberatungsstelle Dresden als Suchthilfeeinrichtung in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge im Gesundheitsamt der Stadt Dresden angesiedelt. Die angestellten Mitarbeiter/innen sind generell pauschalfinanziert und eine Einzelfallorientierte Abrechnung ist in der Logik der öffentlichen Gesundheitsfürsorge nicht vorgesehen. Während des Projektzeitraums konnten die Mitarbeiter/innen sich zunächst ohne „Refinanzierungsdruck“ dem Training und der MDFT Durchführung widmen. Auch die Fallzuweisung bzw. Vermittlung von Jugendlichen funktionierte gut.

Dennoch hat sich das Dresdener Gesundheitsamt leider gegen eine Fortsetzung der MDFT Implementierung ausgesprochen. Obwohl die Trainingsteilnehmer/innen sehr erfolgreich und engagiert MDFT gelernt und umgesetzt haben und die Beratungsstelle dieses Angebot gern weiter vorgehalten hätte, sah die Amtsleitung keine Perspektive für eine dauerhafte Etablierung des MDFT Ansatzes in der Beratungsstelle. Obwohl im Projektzeitraum immer mehr Fälle aus der Jugendhilfe und des Jugendamtes an die Drogenberatungsstelle vermittelt wurden und das Jugendamt Dresden das MDFT Angebot sehr begrüßte, sieht sich die Drogenberatungsstelle im Gesundheitsamt selbst nicht in der Lage ihre Kapazität in diesem Bereich auszubauen, da sie ansonsten andere Beratungsangebote nicht mehr angemessen anbieten könnte. Als weitere Schwierigkeit hat sich herausgestellt, das MDFT als Therapieangebot nicht offensiv nach außen kommuniziert werden

kann, da die Suchtberatungsstelle gar keinen Therapieauftrag in ihrer Leistungsbeschreibung habe. Mit dieser Argumentation wäre hier auch kritisch zu fragen, wieso sich das Gesundheitsamt Dresden an der Einführung des MDFT Ansatz im Transferprojekt dennoch beteiligt hat. Alle Beteiligten vor Ort finden MDFT sehr gut und hilfreich für die Familien, aber es scheitert hier, wie so oft, an „Zuständigkeitsproblemen“ zwischen Jugend- und Suchthilfe, wobei in Dresden auch noch die Unterscheidung „freier“ und „öffentlicher“ Träger dazu kommt. Ein freier Träger hätte durchaus die Möglichkeit ein Therapieangebot zu etablieren und Verträge mit der Jugendhilfe über Fachleistungsstunden gemäß KJHG anzubieten, der öffentliche Träger der Drogenberatungsstelle kann dies nicht und Querfinanzierungen zwischen den öffentlichen Ressorts „Jugendhilfe“ und „Gesundheit“ sind offensichtlich schwierig umzusetzen.

Situation Köln/SKM e.V.

Der SKM e.V. hatte sich entschieden, das Transferprojekt mit Mitarbeitern aus dem Suchthilfebereich, als auch dem Jugendhilfebereich umzusetzen.

Diese Idee, das entstehende MDFT-Team des SKM fachbereichsübergreifend zu besetzen, brachte jedoch zusätzliche Herausforderungen. Es ergaben sich – zwangsläufig – neuartige strukturelle Fragestellungen aus der Situation, dass für das neu gebildete MDFT-Team mit dem Schlüsseltherapeut als Teamleitung die Strukturen für eine Integration in und Kooperation mit den bestehenden und bewährten Leitungsstrukturen im Fachbereich Jugendhilfe erst neu entwickelt werden müssen. Darüber hinaus gelten im Fachbereich Jugendhilfe andere Finanzierungsmodalitäten, die sich von denen in der Drogenberatungsstelle unterscheiden. Während im Fachbereich Jugendhilfe des SKM bereits eine Fachleistungsstundenvereinbarung für „Aufsuchende Familientherapie“ existiert und damit auch mit MDFT Fällen Einnahmen erzielt werden können, ist im Fachbereich Sucht die Drogenberatung pauschal finanziert. Es zeigte sich hier, dass nicht nur auf der Ebene der Kostenträger und Hilfesysteme die bekannten Schnittstellenprobleme auftauchen, sondern auch eine stärkere Verzahnung und Integration verschiedener Fachbereiche innerhalb eines Trägers offensichtlich mehr Zeit brauchen. Unter anderem ist es auch diesem Umstand geschuldet, dass das MDFT-Team des SKM e.V. die Trainingsziele im Projektjahr noch nicht erreicht hat, da z.B. zunächst nicht an einer gemeinsamen Strategie der Fallaufnahme und Zuweisung gearbeitet wurde. Nach unserer Einschätzung haben sich hier alle Beteiligten für konstruktive Lösungen engagiert. Inzwischen hat die Nachfrage nach MDFT beim Kölner Team deutlich zugenommen, der Übergang zwischen Klärungsphase und Therapiebeginn ist jedoch weiterhin unklar ebenso wie die Frage nach der Refinanzierung. Es ergeben sich daraus weitere Notwendigkeiten nach Austausch, Klärung, Abstimmung und weiterhin viele offene Fragen auch hinsichtlich einer langfristigen Verankerung der MDFT beim SKM e.V.

Situation Hamburg/Therapiehilfe e.V.

In Hamburg wurde der MDFT-Transfer vom Hamburger Drogenreferat mit gefördert. Innerhalb des Trägers wurden 2 Kolleginnen aus dem „Seehaus“-Projekt (Bereich ambulanter Rehabilitation) und 2 Kollegen/innen aus der mobilen Jugendsuchtberatung (Mobs) für den Trainingstransfer ausgewählt. Die Zusammenarbeit von je 2 Mitarbeitern aus den unterschiedlichen Arbeitsbereichen hat sich nach anfänglichen (organisatorischen) Schwierigkeiten, als sehr konstruktiv und nützlich auch hinsichtlich der trägerinternen Vernetzung herausgestellt. Im Unterschied zu den anderen beteiligten Projekten wurde in der Therapiehilfe e.V.

sehr schnell eine deutlich stärkere Öffentlichkeitsarbeit für den MDFT-Transfer durchgeführt. Es wurden Flyer gedruckt und Vor-Ort Veranstaltungen durchgeführt, um MDFT bekannter zu machen. Die ausgewählte „Schlüsseltherapeutin“ übernahm dabei eine sehr aktive Rolle und konnte mit Unterstützung der Geschäftsführung die erforderlichen Zeitressourcen für diese Vernetzungsarbeit nutzen. Für die geplante längerfristige Etablierung der MDFT innerhalb des Trägers werden derzeit Verhandlungen über ein MDFT- Fachleistungsstundebudget mit der Hamburger Jugendhilfe geführt. Somit könnte in Zukunft, vergleichbar mit dem Berliner Therapieladen, MDFT als reguläres ambulantes Therapieangebot auf der Basis des SGB III KJHG § 27,3/35a, angeboten werden.

Den bisherigen Erfolg des MDFT Transfers in Hamburg sehen wir als eine geglückte Kombination von ausgewähltem Fachpersonal, Trägerstruktur und Landesförderung.

Problem der Indikation und Zuweisung für MDFT Fälle

Im Rahmen der INCANT-Studie waren die Indikationskriterien für MDFT von der Forschung festgelegt. Die Vorauswahl fand dort jeweils durch ein/e Forschungsmitarbeiter/in statt, die die Kriterien in mindestens zwei Sitzungen untersucht und überprüft hatte.

Zugangskriterien zur INCANT Behandlungsstudie waren:

- Lebensalter 13-18 Jahre
- adäquate Sprachkenntnisse
- relative Wohnortnähe
- DSM-IV Abhängigkeit bzw. Missbrauch v. Cannabis
- Teilnahmebereitschaft zumindest eines Elternteils
- Einverständniserklärung des/der Jugendlichen und zumindest eines Elternteils

Ausgeschlossen wurden Personen, die unter einer schweren akuten psychiatrischen Erkrankung litten, sich aktuell in einer psychotherapeutischen Behandlung befanden oder für die die Indikation für eine andere spezifische Suchtbehandlung vorlag (z. B. stationäre Therapie).

Die in der Regel bei RCT- Studien naheliegend Kritik, dass es sich hierbei um eine hochselektive Studienstichprobe handele, kann in Bezug auf die INCANT Stichprobe zurückgewiesen werden. Wir hatte es national und international mit großen Bandbreite von Klienten mit „leichten“ und „schweren“ Cannabismissbrauch, mit zahlreichen komorbiden Störungen und mit Klienten mit und ohne „Auflagen“ zu tun. Auch wenn die Forschungsergebnisse nahelegen, dass MDFT insbesondere bei „schweren“ Drogenmissbrauch plus „externalisierenden komorbiden Störungen“ eine noch höhere Effizienz hat, ist im Praxisalltag bei der Aufnahme eine gezielte Selektion von Klienten schwer umsetzbar und im Aufnahmeverfahren auch diagnostisch nicht leicht zu lösen.

Für den MDFT Transfer waren deshalb keine spezifischen Diagnose- oder Forschungsinstrumente vorgegeben, um die „Indikation“ für MDFT vor Ort zu überprüfen. Die aus der Studie vorgegeben Indikationskriterien konnten somit

lediglich als Orientierung dienen. Aus pragmatischer Sicht waren somit Abweichungen von den Studienkriterien möglich (z. B. keine Cannabisstörung, stattdessen Alkohol und oder Amphetaminmissbrauch, auch junge Erwachsene bis 21, wenn diese noch Zuhause wohnen oder in Jugendhilfe betreut werden).

Neben der Frage, ob und wie eine klinische Suchtdiagnose erstellt wurde, spielt die Bereitschaft zur Mitwirkung von Eltern und Jugendlichen eine große Rolle. Diese jedoch ist wiederum abhängig von der motivierenden Strategie, die MDFT Therapeuten den Eltern und Jugendlichen vermitteln. Hier stellte sich nun die Herausforderung, diesen Zuweisungskontext trägerspezifisch abzuklären. Dabei war zu klären, ob die MDFT-Therapeuten selbst im Vorfeld des Beginns der MDFT den Beratungs-/Klärungsprozess durchführen, oder ob andere Kollegen/innen diese Vorarbeit übernehmen. Bei den Trägern gab es hier unterschiedliche personelle Lösungen, aber auch Unklarheiten und Unsicherheiten bei der MDFT- Fallaufnahme.

Für eine dauerhafte Implementierung des MDFT Angebotes sind sowohl innerhalb des Trägers als auch in der Vernetzung mit anderen Institutionen bzw. Kostenträger Kriterien und Abläufe der Indikationsklärung zu etablieren. Hierbei sind Kooperations- und Vernetzungsstrukturen weiter auszubauen, bzw. neu zu entwickeln.

Problem der Vernetzung

Die systemische Arbeit mit MDFT Fällen beinhaltet prinzipiell das Arbeiten in komplexen Netzwerken mit unterschiedlichen Kooperationspartnern. Kooperationspartner sind einerseits Akteure aus den unterschiedlichen öffentlichen Hilfs- und Versorgungssystemen, wie z.B. der Jugendhilfe, des Jugendgerichts, der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Schule, der Arbeitsagenturen. Andererseits sind es Anbieter (freie und öffentliche Träger) von Leistungen innerhalb der genannten Systeme mit denen eine Vernetzung bzw. Kooperation bezüglich der jugendlichen Klienten/Familien zu etablieren ist. MDFT-Therapeuten selbst sind auch als „Netzwerktherapeuten“ zu verstehen, deren Aufgabe es ist, im außerfamiliären Umfeld sowohl während als auch nach der MDFT Durchführung geeignete passgenaue Hilfen für Jugendliche und Eltern anzubauen bzw. zu organisieren. Je größer der Träger der MDFT anbietet ist, desto eher kann auch trägerintern auf Netzwerkressourcen zurückgegriffen werden. Dies setzt allerdings voraus, dass bei der Implementierung von MDFT, Geschäftsführung und Management diesen Prozess gezielt fördern und unterstützen. Kleinere Einrichtungen (wie z.B. die Jugend und Drogenberatungsstelle Dresden) sind deutlich stärker aufgefordert Kooperationsbeziehungen mit den Systemen und den anderen Beratungs- und Therapieanbietern aufzubauen. So hat beispielsweise in Berlin der *Therapieladen e.V.* über die Jahre mit den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachdiensten der Bezirke eine gute fachliche Kooperation aufgebaut. Den KJPD's ist das MDFT Angebot bekannt, diese vermitteln dann gezielt MDFT Fälle an die Einrichtung. Im Weiteren wurde mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Entzugsstation der Vivantes Klinik Berlin der Kontakt verbessert. Hier werden sowohl Jugendlichen aus laufenden MDFT Therapien bei Bedarf zur Entgiftung vermittelt, als auch von der Klinik selbst Klienten an uns zur ambulanten Weiterbehandlung vermittelt. Auch bezirkliche Jugend- und Drogenberatungsstellen, sowie Einrichtungen der stationären Jugendhilfe vermitteln Klienten an den Therapieladen zur ambulanten Behandlung mit MDFT.

Für diesen Prozess braucht es einerseits Öffentlichkeitsarbeit, um das Angebot bekannt zu machen und evtl. vor Ort vorzustellen. Andererseits verstärkt sich durch gelungene Kooperation und erfolgreicher Behandlung von Klienten die Kooperationsbeziehung mit den entsprechenden Akteuren. Es ist klar, dass mit dem Einstieg der beteiligten Träger in den MDFT Transfer und der Behandlung von noch wenigen Fällen im 1. Jahr dieser Prozess der Vernetzung erst am Anfang steht. Dauerhafte Implementierung braucht wesentlich mehr Zeit, gute förderliche Rahmenbedingungen und MDFT-engagierte Fachleute die diese Entwicklung fördern.

6. Ausblick

Von den 5 Einrichtungen die am MDFT Transfer mitwirkten, hat sich bisher nur die Hamburger Einrichtung „Therapiehilfe“ e.V. für eine Fortsetzung des MDFT Trainings und der Implementierung entschieden. In Hamburg konnten wir die beste Kombination von beteiligten Personen und strukturellen Rahmenbedingungen feststellen. Der SKM e.V. in Köln hat sich zunächst für eine Verlängerung des 1. Trainingsjahres entschieden, um bis zum 31.5.2014 die im Projektzeitraum anvisierten Ziele noch zu erreichen. Eine mögliche Fortsetzung des MDFT Transfers in Köln wird von der weiteren Entwicklung hinsichtlich der Fallaufnahme und zukünftiger finanzieller Ressourcenerschließung abhängig gemacht.

Die Geschäftsführer/Leiter der Condrobs e.V. München und Drogenberatungsstelle Dresden haben sich aus den oben beschriebenen Gründen gegen eine Fortsetzung des MDFT Transfers entschieden. Die Fachstelle Waldshut-Tiengen war bereits zu Beginn ausgeschieden.

Aus therapeutisch-fachlicher Sicht der Trainer/innen ist zunächst festzustellen, dass alle beteiligten Trainingsteilnehmer/innen vom MDFT-Transfer fachlich profitiert haben und den MDFT Ansatz als Bereicherung für ihre Arbeit bewerten. Als „Mitarberschulung“ konnte das Projekt in dieser Hinsicht positiv genutzt werden. Vom MDFT Konzept überzeugte Mitarbeiter/innen allein reichen aber nicht aus, um den neuen MDFT-Therapieansatz dauerhaft in der Einrichtung etablieren zu können. Hierzu bedarf es auch einer klaren und konsequenten Unterstützung durch die Geschäftsführung bzw. den Abteilungsleitern der jeweiligen Einrichtung. Diese wiederum benötigen eine strategische Perspektive, dass in den bestehenden regionalen Versorgungsstrukturen die MDFT nicht nur fachlich anerkannt wird, sondern auch zukünftig finanziell refinanziert und damit dauerhaft etabliert werden kann. Dies ist angesichts bestehender knapper finanzieller Ressourcen in Städten, Kommunen und Ländern, sowie zahlreicher konkurrierender oder ergänzenden Angeboten für Jugendliche eine große Herausforderung. Die Erfahrungen vor allen aus dem sehr erfolgreichen niederländischen MDFT Transfer (40 ausgebildete MDFT Teams!) nach der INCANT Studie zeigt, wie fundamental der Implementierungserfolg von der Anerkennung und Akkreditierung der Kostenträger abhängig ist. Die Einrichtung lassen dort ihre Teams in MDFT ausbilden, weil dieses Programm als effektives „evidenzbasiertes“ Verfahren von den Kostenträgern finanziert wird. Dieser Erfolg wurde in den Niederlanden allerdings mit viel Personal im Rahmen einer stiftungsfinanzierten *MDFT Academie* vorbereitet und erzielt. Die fachliche und finanzielle Anerkennung der MDFT wurde außerdem in den Niederlanden, sowie

derzeit auch ähnlich in Frankreich zentral von staatlichen Behörden gefördert und umgesetzt.

In Deutschland wurde nun seit 2004 mit Beginn der INCANT-Pilotstudie bis zum Abschluss des MDFT-Transfer Projekts in 2013, MDFT vom BMG gefördert. Trotz sehr guter Forschungsbefunde der MDFT, sowie der europäischen Anerkennung der MDFT als Best Practice Methode für jugendlichen Cannabismissbraucher (EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment/cannabis-users>) ist ein Transfer der MDFT auch aufgrund der föderalen Strukturen in die Länder und Kommunen in Deutschland offensichtlich sehr viel schwerer umzusetzen, als in anderen europäischen Ländern.

Hinzu kommt dass die *Systemische Therapie/Familientherapie* in Deutschland zwar seit 2008 ein „wissenschaftlich anerkanntes Verfahren“ darstellt, eine Anerkennung von Krankenkassen als „Psychotherapie-Richtlinienverfahren“ oder den Rentenversicherungsträgern als Suchtbehandlungsverfahren aber noch nicht erwirkt wurde. Auch wenn die *Systemische Therapie* vermutlich in ein paar Jahren eine sozialrechtliche Anerkennung durch den GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) erhalten wird, wären bei der Behandlung jugendlicher Suchtklienten immer noch viele Schnittstellenprobleme zu lösen, da die Zuständigkeit von Leistungen sowohl im SGBVIII, SGB IX als auch im SGB V liegen kann. Darüber hinaus ist noch nicht geklärt, ob MDFT als „störungsspezifisches Verfahren“ für Jugendliche eine spezifische Akkreditierung bekäme und sich als Spezialangebot mit eigener Ausbildungsrichtlinie und Zertifizierung bei den Systemischen Fachgesellschaften (DGSF/SG) behaupten könnte. Hierzu fanden bereits Gespräche mit der DGSF statt, um die Möglichkeiten einer anerkannten Zertifizierung der MDFT und eines damit verbundenen Ausbildungsganges durch die DGSF auszuloten. Die Erfahrung mit dem MDFT-Transferprojekt verweisen darauf, dass die Möglichkeiten und Voraussetzungen für die Qualifizierung von MDFT Teams derzeit aufgrund der geschilderten Probleme noch sehr begrenzt sind.

Mit dem Abschluss dieses MDFT-Transfer Projekts wird sich das Bundesministerium für Gesundheit aus der weiteren Förderung des MDFT Transfers verabschieden. Vor diesem Hintergrund ist einerseits zu befürchten, dass in Zukunft die MDFT in Deutschland ohne weitere Förderung durch Fachgesellschaften, Landesbehörden und kommunalen Kostenträgern eine lokale Angelegenheit von zwei oder drei Einrichtungen bleibt und sich in der Jugendsuchthilfe voraussichtlich nicht breiter etablieren wird. Andererseits besteht die Hoffnung, dass sich längerfristig evidenzbasierte Ansätze wie die MDFT im Hilfesystem durchsetzen und die überwiegend individuumszentrierten Methoden durch den wirksamen systemischen Ansatz für die ganze Familie bereichert werden.

7. Publikationen

Gantner, A. & Spohr, B. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) in der Praxis: Therapeutische Erfahrungen mit jugendlichen Cannabisabhängigen und ihren Familien. SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, JG 56, 2010 Heft 1: 71-76

Gantner, A., Spohr, B., Bobbink, J. & Becker, H. (2009): Pendeldiplomatie im Quadrat. Multidimensionale Familientherapie (MDFT): ein systemischer Therapieansatz für

Jugendliche mit Drogenproblemen und Verhaltensauffälligkeiten, deren Eltern und Bezugspersonen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Jg. 30 2007, Nr. 4:13-26

Gantner, A. (2011) Therapeutische Frühintervention: MDFT in der Jugendsuchthilfe. In: SuchtMagazin. Heft 05/2011. Kreuzlingen. Schweiz.

Tossmann, Jonas, Gantner. INCANT: Ergebnisbericht der INCANT Behandlungsstudie (unveröffentlicht 11/2010)

Tossmann et al_2012_MDFT bei cannabisbezogenen Störungen. In: SUCHT, 58 (3), 2012, 157 – 166. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Rigter, H., et al. (2014) From research to practice: The international implementation of Multidimensional Family Therapy (In Druck)

Rowe C., et al., (2013) Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial Journal of Substance Abuse Treatment 44 (2013) 391–399

Spohr, B./Gantner, A./Bobbink, J./Liddle, H. (2011): Multidimensionale Familientherapie. Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht