Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I (Weissenau)
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Kaschka
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Weissenau
Chefärztin: Prof. Dr. med. Renate Schepker

Evaluation der Suchttherapie der Jugenddrogenentzugsstation clean.kids für sehr junge Patientinnen und Patienten im Alter von 12 bis 15 Jahren

---

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von
Johannes Greiner
geboren in
Esslingen am Neckar

2017

Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Renate Schepker

2. Berichterstatter: Prof. Dr. rer. biol. hum. Ferdinand Keller

Tag der Promotion: 13.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis iii
1 Einleitung 1
1.1 Epidemiologie 2
1.2 Substanzkonsum aus entwicklungspsychologischer Sicht 4
1.3 Gendertypische Aspekte 5
1.4 Besonderheiten von sehr jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten 7
1.4.1 Risikofaktoren 8
1.4.2 Substanzwirkung auf das sich entwickelnde Gehirn 10
1.5 Behandlungsansatz von clean.kids 12
1.6 Fragestellung 14
1.6.1 Beschreibung der Personengruppe 15
1.6.2 Hypothesenprüfung 17
1.6.3 Qualitativer Teil 20
2 Material und Methoden 22
2.1 Untersuchungsdesign 22
2.2 Untersuchungsinstrumente 24
2.3 Stichprobenkonstruktion 28
2.4 Untersuchungsgruppen 29
2.5 Quantitativer Teil 31
2.5.1 Beschreibung der Personengruppe 31
2.5.2 Hypothesenprüfung 31
2.6 Qualitativer Teil 32
2.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring 33
2.6.2 Systematische Erarbeitung des Kodierleitfadens 34
2.6.3 Gütekriterien 35
2.6.4 Auswertung 37
2.7 Hilfsmittel bei der statistischen Auswertung und Testwahl 38
3 Ergebnisse 40
3.1 Darstellung der Untersuchungsgruppen 40
3.2 Beschreibung der Personengruppe 46
3.2.1 Soziodemographische Aspekte 46
3.2.2 Behandlungsindikationen 53

3.2.3 Akzeptanz des Behandlungsansatzes ... 61
3.2.4 Subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs ... 65
3.3 Hypothesenprüfung ... 70
3.3.1 Hypothese 1: Reduktion des Substanzkonsums ... 70
3.3.2 Hypothese 2: Soziale Adaption ... 74
3.3.3 Hypothese 3: Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen ... 77
3.3.4 Hypothese 4: Externalisierende Verhaltensstörungen ... 87
3.3.5 Hypothese 5: Art der Behandlungsbeendigung ... 96
3.3.6 Hypothese 6: Konsumierendes Umfeld ... 101
3.3.7 Hypothese 7: Abstinenzorientierung im Verlauf ... 102
3.4 Qualitativer Teil ... 104
3.4.1 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse ... 104
3.4.2 Vergleich der Antworten von clean.kids und clean.kick ... 112
3.4.3 Hypothesenprüfung ... 118
4 Diskussion ... 119
4.1 Beschreibung der Personengruppe ... 119
4.2 Hypothesenprüfung ... 139
4.3 Qualitativer Teil ... 159
4.4 Exkurs: Prävention des Cannabiskonsums ... 170
4.5 Einschränkungen ... 174
4.6 Schlussfolgerung und Ausblick ... 178
5 Zusammenfassung ... 182
6 Literaturverzeichnis ... 184
Tabellenverzeichnis ... v
Abbildungsverzeichnis ... vii
Danksagung ... ix
Lebenslauf ... x
Anhang ... xi

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ICD-10, F90.x)
BADO	Basisdokumentation
BtM	Betäubungsmittel
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
clean.kick	Jugenddrogenentzugsstation (16 bis 19 Jahre) am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
clean.kids	Jugenddrogenentzugsstation (12 bis 15 Jahre) am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
d	Cohens d, Maß für Effektgröße
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
et al.	und andere (lateinisch: et alii)
ext.	externalisierend
H	Kruskal-Wallis-H-Test
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
inkl.	inklusive
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
M	Mittelwert
m	männlich
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters

max.	Maximum
MDMA	3,4-Methylendioxymethamphetamin
min.	Minimum
N / n	Personenanzahl
n.s.	nicht signifikant
p	p-Wert (Irrtumswahrscheinlichkeit)
Pat.	Patientinnen / Patienten
Psych-VG	Psychiatrie-Personalverordnung
Psych-VVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
r_s	Spearman‘s Rho (Korrelationskoeffizient)
s.	siehe
S.	Seite
SD	Standardabweichung (englisch: standard deviation)
s.o.	siehe oben
SSV	Störung des Sozialverhaltens (ICD-10, F91.x)
Tab.	Tabelle
u. / &	und
u.a.	unter anderem
vs.	versus
w	weiblich
z	Prüfgröße bei Mann-Whitney-U- und Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test
z.B.	zum Beispiel
ZfP	Zentrum für Psychiatrie (Südwürttemberg)
ZNS	Zentralnervensystem
zw.	zwischen
*	$p \leq 0{,}05$, signifikantes Ergebnis bei Signifikanzniveau 5%
χ^2	Chi-Quadrat(-Test)

1 Einleitung

„Viele der heute gängigen legalen und illegalen Drogen haben in Europa eine lange Tradition und fielen, je nach kultureller, politischer, ökonomischer und nicht zuletzt medizinischer Bewertung, unterschiedlichsten Bedeutungszuschreibungen anheim.“ (Schepker et al. 2012) In Deutschland konsumieren die meisten Menschen regelmäßig legale oder illegale Drogen. Dabei sind die legalen und gesellschaftlich akzeptierten Substanzen Alkohol und Tabak nicht nur die am häufigsten konsumierten, sondern gleichzeitig auch diejenigen Substanzen, welche die größten volkswirtschaftlichen Kosten verursachen. Zahlen aus dem Jahr 2007 beziffern den verursachten Schaden durch Alkoholmissbrauch und riskanten Konsum von Alkohol auf 26,7 Milliarden Euro pro Jahr. Nach neuesten Berechnungen könnten die Kosten sogar noch weitaus höher liegen (Effertz et al. 2016). Daran zeigt sich, dass insbesondere mit Alkohol in Deutschland ein sehr sorgloser Umgang vorherrscht. In der erwachsenen Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren beträgt der Anteil an Alkoholabhängigen 1,77 Millionen, während weitere 1,61 Millionen Menschen dieser Altersgruppe Alkohol in missbräuchlicher Weise konsumieren. Jährlich sterben 74 000 Menschen an den Folgen von missbräuchlichem Alkoholkonsum in Kombination mit Tabakrauchen. Rauchen gilt in Deutschland seit Jahren als das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. Die Zahl der Raucherinnen und Raucher beträgt in Deutschland 14,7 Millionen und jährlich sterben hierzulande 110 000 Menschen an den Folgen des aktiven und passiven Tabakrauchens. Gefolgt von Kokain und anderen Amphetaminen ist Cannabis in allen untersuchten Altersgruppen mit großem Abstand die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in Deutschland.
(Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014)

Der Einstieg in den Substanzkonsum erfolgt fast immer vor Erreichen des Erwachsenenalters, weshalb die Jugendphase eine zentrale Stellung bei der Entwicklung individueller Konsummuster einnimmt (Hummel et al. 2013). Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen können auch schon im Kindes- oder frühen Jugendalter beobachtet werden, daher richtet sich die Jugenddrogenentzugsstation clean.kids speziell an sehr junge Patientinnen und Patienten im Alter von 12 bis 15 Jahren.

1.1 Epidemiologie

„Rauchen liegt bei den meisten Jugendlichen heute nicht mehr im Trend." (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014) Laut einer Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2013 zum Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener, hat mit knapp 72% eine Mehrheit der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren noch nie geraucht. Von den restlichen Jugendlichen gelten 12% als gelegentliche oder ständige Raucherinnen und Raucher und knapp 5% rauchen täglich, wobei es in dieser Altersgruppe keine Geschlechtsunterschiede gibt. Das Einstiegsalter liegt bei 14,4 Jahren.

Die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen liegt bei knapp 70%. Der regelmäßige Konsum (mindestens wöchentlich) bei 12- bis 15-Jährigen ist mit ungefähr 4% angegeben und 1% der Jugendlichen in dieser Altersgruppe konsumieren Alkoholmengen, die bei Erwachsenen als gesundheitsschädlich eingestuft werden. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben gut 17% der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen mindestens einmaliges Rauschtrinken, den Konsum von mehr als vier (Frauen) bzw. fünf (Männer) Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit, praktiziert. Bei den Klinikeinweisungen aufgrund einer Alkoholvergiftung gab es in der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen einen Rückgang um 2,5% im Vergleich zum Vorjahr. In der jungen Altersgruppe der 12- bis 15-jährigen Jugendlichen existieren bei den Konsumgewohnheiten noch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (BZgA 2014; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014).

Im Bereich der illegalen Drogen wird in der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren überwiegend Cannabis konsumiert. Die BZgA (2014) beziffert die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum mit knapp 8%. In den letzten 12 Monaten haben knapp 6% der Jugendlichen mindestens einmal und gut 1% mehr als zehnmal Cannabis konsumiert. Bei der Lebenszeitprävalenz und der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums gibt es Geschlechtsunterschiede. In beiden Fällen ergeben sich bei den Jungen höhere Werte.

In der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) aus dem Jahr 2011 von Hibell et al. (2012) wurden Jugendliche der 9. und 10. Klassenstufe (Durchschnittsalter: 15,8 Jahre) aus 36 Ländern zu ihrem Konsum befragt. In Deutschland nahmen fünf Bundesländer an der Erhebung teil.

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland bei der 30-Tages-Prävalenz des Rauchens mit 33% im oberen Mittelfeld (europäischer Durchschnitt 28%).

Was die 30-Tages-Prävalenz und die 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums betrifft, rangiert Deutschland im europäischen Vergleich auf den vordersten Plätzen. Fast drei Viertel der deutschen Jugendlichen haben zum Zeitpunkt der Datenerhebung in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, für die letzten 12 Monate beträgt dieser Anteil sogar 89%. Nur in Dänemark und Tschechien wurden in diesen beiden Kategorien noch höhere Werte ermittelt. Einen Alkoholrausch hatte in Europa und Deutschland ungefähr die Hälfte der Jugendlichen mindestens einmal in ihrem Leben. Betrachtet man die 30-Tages-Prävalenz eines Alkoholrauschs, so waren ein Viertel der deutschen Jungen mindesten einmal betrunken und sind damit in der europäischen Spitzengruppe vertreten (Durchschnitt 18%). Die Mädchen bewegen sich mit 16% auf Höhe des europäischen Durchschnitts. Fragt man die Jugendlichen nach positiven und negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums, so schreiben Jugendliche aus Ländern mit einem überdurchschnittlichen Alkoholkonsum dem Genuss von Alkohol überwiegend positive Eigenschaften zu, umgekehrt werden in Ländern mit einer unterdurchschnittlichen Prävalenz des Alkoholkonsums dem Genuss überwiegend negative Eigenschaften zugeordnet.

In Europa haben 18% der Jugendlichen (Jungen 21%, Mädchen 15%) schon einmal eine illegale Substanz konsumiert, in Deutschland sind es 26% der Jungen und 16% der Mädchen. Den weitaus größten Anteil am Konsum illegaler Drogen in Deutschland und Europa hat Cannabis. In Deutschland haben ein Viertel der Jungen und 15% der Mädchen schon einmal Cannabis konsumiert, dies entspricht in etwa dem europäischen Durchschnitt. Mindestens einmal während der letzten 30 Tage hat jeder zehnte Junge und jedes zwanzigste Mädchen in Deutschland Cannabis konsumiert. Ungefähr doppelt so viele Jungen (10%) wie Mädchen (6%) haben in Deutschland mindestens einmal andere illegale Substanzen außer Cannabis konsumiert. Die Werte liegen leicht über dem europäischen Durchschnitt.

Bei der Risikobewertung des regelmäßigen Alkohol- und Cannabiskonsums durch die Jugendlichen, zeigt sich in Ländern mit einer hohen Konsumprävalenz für diese Substanzen, dass die Risiken des Konsums geringer eingeschätzt werden als in Ländern, in denen eine niedrige Prävalenz des Alkohol- und Cannabiskonsums vorherrscht. Nationale Konsumgewohnheiten scheinen daher einen messbaren Einfluss auf die Risikobewertung des Substanzkonsums durch Jugendliche zu haben (Hibell et al. 2012).

Alle in diesem Abschnitt zitierten epidemiologischen Ergebnisse entstammen repräsentativen Untersuchungen zum Substanzkonsum der jugendlichen Bevölkerung. Die Trends für

den Konsum der meisten Substanzen sind in den letzten Jahren tendenziell fallend oder zumindest relativ stabil (BZgA 2011). Es ist hierbei zu beachten, dass dieser Trend keine Aussagen über besonders suchtgefährdete oder bereits abhängige Jugendliche zulässt, die gesamtgesellschaftlich nur eine kleine Randgruppe darstellen. In Europa steht bei der Suchttherapie von Kindern und Jugendlichen ein hoher Therapiebedarf einem unzureichenden Therapieangebot gegenüber (EMCDDA 2007).

1.2 Substanzkonsum aus entwicklungspsychologischer Sicht

Kindheit und Jugend dienen Heranwachsenden als Phase des Experimentierens, in der sie durch Risiko- und Grenzerfahrungen die eigenen Fähigkeiten besser kennenlernen. Die Gründe hierfür sind zahlreich und reichen von Streben nach sozialer Anerkennung über Hedonismus bis hin zu Neugier und Abenteuerlust. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist dieses Verhalten normal und schließt auch das Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen ein. Die legalen Drogen Alkohol und Tabak sind in unserer Gesellschaft allgegenwärtig, nicht zuletzt, weil diese Substanzen in den Medien aktiv beworben werden und der routinierte Umgang mit ihnen ab einem gewissen Alter sogar erwartet wird. So erscheint es nicht abwegig, das „hineinwachsen in die Drogenkultur der Gesellschaft“ (Franzkowiak u. Schlömer 2003) als eine Aufgabe zu betrachten, die Jugendliche in ihrer Entwicklung zu bewältigen haben. Auch wenn im Zuge dieser experimentellen Phase von manchen Jugendlichen sehr große, potentiell gesundheitsschädigende Mengen an Substanzen konsumiert werden, lässt die Mehrheit dieses Konsumverhalten während ihrer Entwicklung auch ohne institutionelle Interventionen hinter sich. Aus diesen Gründen ist ein Ziel der Suchtprävention die Unterstützung der Jugendlichen bei der Entwicklung einer lebenslangen Risikokompetenz aus gesammelten Erfahrungen während des Experimentierens mit verschiedenen psychoaktiven Substanzen (Franzkowiak u. Schlömer 2003; Cullen 2006).

Durch längere Ausbildungszeiten und später eintretende finanzielle Unabhängigkeit in westlichen Gesellschaften, bei gleichzeitig immer schneller erreichter biologischer Reife, kann eine Problematik in Bezug auf die soziale Identität von Jugendlichen entstehen. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann in diesem Sinne sowohl ein gewisses Gefühl der Eigenständigkeit bzw. des Erwachsenseins zum Ausdruck bringen als auch Distinktionszwecke erfüllen (Thomasius et al. 2009b). Zudem hat der Konsum innerhalb des Peerkontextes eine nicht zu unterschätzende soziale Dimension (Farke 2009). Engels und Knibbe (2000) haben gezeigt, dass Jugendliche, die in einem typischen gesellschaftlichen Rahmen (Partys, Bars)

Alkohol konsumieren, öfter in romantische Beziehungen involviert sind als andere Jugendliche. Jedoch lassen sich vor allem wenig gefestigte Jugendliche mit Eltern, die kein angemessenes Erziehungsverhalten zeigen, von einer problematischen Peergroup in Bezug auf Substanzkonsum und deviantes Verhalten negativ beeinflussen (Lohaus et al. 2010). Laut einer deutschen Studie gehört der Kontakt zu sozial auffälligen Peers sogar zu den Hauptrisikofaktoren für problematischen Alkoholkonsum (Hinckers et al. 2005).
Gross et al. (2014) gehen bei jugendlichem Alkoholkonsum von typischem (gemeinsam mit Peers am Wochenende) und untypischem (allein, als Problembewältigung, unter der Woche trotz Schulpflicht) Trinkverhalten aus. Dabei zeigen sie, dass Jugendliche mit untypischem Trinkverhalten auch mehr illegale Drogen konsumieren und bei ihnen häufiger die Diagnose einer substanzbezogenen Störung oder einer anderen psychischen Störung vorliegt. Daher kann untypisches Trinkverhalten ein erstes Indiz für eine Suchtgefährdung darstellen und eine präventive Intervention sinnvoll erscheinen lassen.
„Der Konsum psychotroper Substanzen bietet darüber hinaus die Möglichkeit einer kurzfristigen Erleichterung in unterschiedlichen psychischen, schulischen und sozialen Konfliktfeldern und stellt damit eine Bewältigungsstrategie für negative Gefühle (im Sinne einer Scheinlösung) dar.“ (Thomasius et al. 2009b) Sofern eine normale Entwicklung durchlaufen wird und keine psychischen Erkrankungen bestehen, verliert der Substanzkonsum als Problembewältigungsstrategie im Erwachsenenalter an Bedeutung und soziale Beziehungen treten als protektive Faktoren hinzu. Die Mehrheit der Jugendlichen schafft im Zuge ihrer Entwicklung den Schritt in Richtung eines maßvollen Konsums und damit die Bewältigung der entsprechenden Entwicklungsaufgabe. Ein Teil konsumiert jedoch Substanzen in missbräuchlicher Form oder entwickelt Symptome einer Abhängigkeit. In beiden Fällen kann kurz- und langfristig eine Gefährdung der Gesundheit nicht mehr ausgeschlossen werden (Thomasius et al. 2009b).

1.3 Gendertypische Aspekte

„Gender beeinflusst das Körperbewusstsein, das Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Vorsorgeuntersuchungen, Krankheit und Tod sowie die Geschlechter-Segregation bei den Gesundheits- und Sozialberufen.“ (Zenker 2009a)
Somit ist auch von einem gendertypischen Verhalten beim Konsum von psychoaktiven Substanzen auszugehen. Die bereits dargestellten Zahlen der BZgA, des Drogen- und Suchtberichts und des ESPAD Reports zeigen, dass die Geschlechtsunterschiede beim Substanzkonsum umso geringer sind, je jünger die Konsumierenden sind. Auch wenn beide Geschlechter

mit zunehmendem Alter mehr konsumieren, sind nach wie vor die Jungen deutlich stärker von riskanten oder schädlichen Konsumformen betroffen. Es existiert jedoch eine Tendenz der Mädchen, die Genderlücke mehr und mehr zu schließen, sodass Gender als Prädiktor für Substanzkonsum an Bedeutung verliert (Measham 2002). In einer Untersuchung mit englischen Schülerinnen und Schülern wurde dies von Pritchard und Cox (2007) verdeutlicht, da in ihrer Studie die Mädchen bei Rauschtrinken und sexueller Aktivität den Jungen sogar schon voraus waren.

Einer Suchterkrankung mit multiplem Substanzmissbrauch im Jugendalter gehen sehr wahrscheinlich schwere Störungen der Identitätsentwicklung und des Selbstwertgefühls bei unzureichenden Selbstregulationsmechanismen voraus. Neben dem Konsum psychotroper Substanzen („doing gender with drugs“ Stöver (2015)), versuchen Jungen häufig durch nach außen gerichtete und daher auffällige Verhaltensweisen (Externalisierung), wie zum Beispiel Delinquenz, eine defizitäre Geschlechtsidentität zu kompensieren (Koch-Möhr 2006). Dieses Verhalten kann durch das Dominanzstreben erklärt werden, das der männlichen Geschlechterrolle von der Gesellschaft als klassische Eigenschaft zugeschrieben wird. Männern, denen aufgrund eines niedrigen sozioökonomischen Status diese dominante Stellung verwehrt bleibt, bietet der Drogenkonsum eine Möglichkeit, Männlichkeit zu beweisen oder Angst und Verletzlichkeit zu verbergen (Zenker 2009a).

Das traditionelle weibliche Geschlechterstereotyp beinhaltet Anspruchslosigkeit, Passivität und die Leugnung eigener Bedürfnisse zugunsten anderer. Dies kann eine Erklärung für die internalisierenden Verhaltensweisen (Rückzug, Depression, selbstverletzendes Verhalten) darstellen, mit denen Mädchen weitaus häufiger als Jungen auf psychosoziale Belastungs- und Überlastungssituationen reagieren. Entlastung kann für diese Mädchen über ein gestörtes Essverhalten oder (heimlichen) Konsum von Substanzen und Medikamenten erfolgen. Betrachtet man die Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit, Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating-Störung, so fällt auf, dass hier die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten weiblich ist. Ferner kann der offene Substanzkonsum bei Frauen auch ein bewusster Ausdruck von Emanzipation sein (Zenker 2009a). Im Vergleich zu Männern haben Suchterkrankungen bei Frauen gravierendere medizinische Konsequenzen, was eventuell auch ein höheres Risiko für komorbide psychiatrische Störungen birgt (Weiss et al. 2003).

Es konnte bereits gezeigt werden, dass ein multipler Substanzkonsum bei Mädchen und Jungen in Zusammenhang mit häufigerem ungeschützten Sex steht (Kokkevi et al. 2014). Eine

aktuelle Studie verdeutlicht jedoch, dass Mädchen unter 16 Jahren mit multiplem Substanzgebrauch deutlich häufiger als gleichaltrige Jungen mit demselben Risikoprofil durch ungeschützten Geschlechtsverkehr gefährdet sind (Chan et al. 2016).

Mädchen sind in suchttherapeutischen Angeboten in allen Altersgruppen in der Unterzahl. Das Verhältnis von unter 15-jährigen Jungen und Mädchen, die sich aufgrund einer substanzbezogenen Störung in eine Therapie begeben liegt bei 2,5 zu 1, wobei das Verhältnis von Männern und Frauen derselben Klientel ab 19 Jahren bei 4 zu 1 liegt. Gründe für den Unterschied zwischen diesen beiden Altersgruppen könnten die verzögerte psychosoziale Entwicklung bei Jungen im Vergleich zu Mädchen sein oder ein älterer männlicher Partner, über den Mädchen früher Zugang zu Substanzen bekommen (EMCDDA 2007).
Was die Behandlung betrifft, so erfordert gendertypisches Suchtverhalten auch eine genderspezifische Therapie. Die Suchttherapie ist nicht nur zahlenmäßig männlich dominiert, sondern auch oft auf Männer zugeschnitten, so erfüllen beispielsweise gemischte Gruppen tendenziell eher männliche Therapiebedürfnisse. Reine Frauengruppen erleichtern den Teilnehmerinnen, mit ihrem Fokus auf mehr frauenspezifische, emotionale und interpersonelle Konflikte, die Partizipation und Offenbarung, insbesondere dann, wenn Missbrauch durch Männer in der Vorgeschichte eine Rolle spielt (Hodgins et al. 1997). „[Daher] scheinen Mädchenspezifische Angebote dahin gehend sinnvoll, dass die Behandlungsergebnisse sich dann nicht von denen der Jungen unterscheiden.“ (Schepker 2002)

1.4 Besonderheiten von sehr jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten

Das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) veröffentlichte 2007 erstmals einen Bericht, der den Substanzkonsum und die drogeninduzierten Probleme bei sehr jungen europäischen Menschen unter 15 Jahren betrachtet. In Europa beträgt der Anteil der bekannten unter 15-jährigen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten in den meisten Ländern unter 1%. Trotzdem ist der Bedarf an Therapieplätzen in dieser Altersgruppe nicht gedeckt.
Junge Suchtpatientinnen und -patienten unter 15 Jahren, die sich in einer europäischen suchttherapeutischen Einrichtung vorstellen, konsumieren in der Mehrzahl der Fälle Cannabis als primäre Droge, gefolgt von einem geringeren Anteil Jugendlicher, die sich wegen Inhalati-

onsgasen als primäre Droge in Behandlung begeben. Nur ein marginaler Anteil der Patientinnen und Patienten konsumiert als primäre Droge Opioide oder andere illegale Drogen. Die Vorstellung erfolgt bei ihnen meist nicht aus eigenem Antrieb heraus, sondern auf Anregung der Familie, öffentlicher Einrichtungen oder einer richterlichen Anordnung.
Da nur in etwa einem Drittel der Länder in Europa Therapieangebote für sehr junge Suchtkranke vorhanden sind, werden Kinder und Jugendliche häufig zusammen mit Erwachsenen therapiert. Dies ist als problematisch anzusehen, da die Wenigsten von ihnen extrem schädliche illegale Substanzen wie Opioide oder Kokain als primäre Drogen konsumieren und zu befürchten ist, dass der Kontakt zu diesen Substanzen durch den Umgang mit abhängigen Erwachsenen erleichtert wird. Außerdem verlangen die anderen Lebensumstände von abhängigen Kindern und Jugendlichen einen gesonderten Therapieansatz. Die meisten Therapieangebote für junge Suchtpatientinnen und Suchtpatienten arbeiten mit individuell zugeschnittenen Behandlungsplänen, die zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie und Motivationstraining beinhalten. Ein weiterer zentraler Ansatz ist das Miteinbeziehen der Familie in die Therapie und der Kontakt zu öffentlichen Einrichtungen aus den Bereichen Bildung, Gesundheit und Jugendhilfe (EMCDDA 2007).

1.4.1 Risikofaktoren

Es existieren verschiedene Risikofaktoren, die im Zusammenspiel bestimmte Gruppen von Kindern als Hochrisikopopulation bezüglich der Entwicklung einer substanzbezogenen Störung im weiteren Lebensverlauf erscheinen lassen. Eine substanzbezogene Störung bei den Eltern, das Vorliegen einer psychischen Störung im Kindesalter und das frühzeitige Experimentieren mit Alkohol und Tabak sind solche bedeutenden Risikofaktoren und können für die Einschätzung des individuellen Risikos und des Interventionsbedarfs eine wichtige Rolle spielen (Clark et al. 2005).
Betrachtet man diese von Clark et al. (2005) an 10- bis 12-jährigen Kindern untersuchten Risikofaktoren näher, so ist festzustellen, dass sie eng miteinander verknüpft sind, häufig gemeinsam auftreten und sich gegenseitig beeinflussen. Kinder und Jugendliche die durch frühen Drogengebrauch auffällig sind, befinden sich häufig in einer psychosozial komplexen Situation aus familiären Problemen, Schulschwierigkeiten und psychischen Auffälligkeiten (Dumas et al. 1999). Hochproblematisch wird es, wenn der Konsum in einem direkten Zusammenhang mit diesen Stresssituationen steht und davon ausgegangen werden muss, dass die Betroffenen den Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie für Konfliktsituationen nut-

zen (Cullen 2006). Kinder und Jugendliche aus substanzbelasteten Familien sind häufig körperlicher und emotionaler Vernachlässigung ausgesetzt, was die normale psychosoziale Entwicklung empfindlich stören kann. Des Weiteren erlernen sie in der Familie, dass Konsum zur Problembewältigung eingesetzt wird. Wachsen Kinder und Jugendliche unter diesen Bedingungen auf, haben sie ein erhöhtes Risiko später im Leben an gravierenden emotionalen und sozialen Problemen zu leiden (Bancroft et al. 2004). Entwickeln Kinder und Jugendliche aus solchen Familien selbst eine substanzbezogene Störung, so haben sie ein erhöhtes Risiko für eine schlechte Langzeitprognose ihrer Suchterkrankung, das positiv mit dem Ausmaß der Substanzbelastung innerhalb der Familie korreliert (Khoddam et al. 2015).

Was die hohe Belastung junger Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit psychiatrischen Komorbiditäten betrifft, so existieren „komplexe[n] Wechselwirkungen zwischen den substanzbezogenen und den komorbiden Störungen“ (Stolle u. Thomasius 2009a). Auf der einen Seite können substanzbezogene Störungen psychiatrische Komorbiditäten bedingen, auf der anderen Seite haben Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung. Zuletzt wirkt sich ein fortgesetzter Konsum psychotroper Substanzen bei Jugendlichen mit komorbiden Störungen negativ auf deren Verlauf aus (Stolle u. Thomasius 2009a).

Externalisierende Verhaltensstörungen (Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens) sind im suchttherapeutischen Bereich besonders relevante Komorbiditäten, da ihre Assoziation mit substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen gut dokumentiert ist (Brinkman et al. 2015). In der Allgemeinbevölkerung erfüllen ungefähr 8% der Kinder und Jugendlichen die Kriterien für ADHS. Sie konsumieren im Vergleich zu ihren Altersgenossen ohne diese Störung früher psychoaktive Substanzen, haben ein erhöhtes Risiko für den Missbrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen und weisen häufiger multiplen Substanzgebrauch auf. ADHS ist außerdem ein Risikofaktor für eine substanzbezogene Störung im Erwachsenenalter (Harstad u. Levy 2014). Hyperkinetische Störungen können medikamentös mit Amphetamin-Derivaten behandelt werden, die ihrerseits ein hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential besitzen (Lakhan u. Kirchgessner 2012). In der Debatte über Schaden und Nutzen der Stimulanzientherapie bei Jugendlichen im suchttherapeutischen Bereich existiert in der Literatur jedoch noch kein breiter Konsens, daher wird der Einsatz dieser Präparate aktuell kontrovers diskutiert. Es gibt Hinweise, dass die Stimulanzientherapie nicht nur die Symptome von ADHS lindert, sondern möglicherweise auch einen protektiven Effekt bezüglich der Entwicklung einer substanzbezogenen Störung hat (Upadhyaya 2008). In anderen Untersuchungen konnten bei Patientinnen und Patienten mit

einer hyperkinetischen Störung wiederum keine Auswirkungen der Stimulanzientherapie auf das spätere Konsumverhalten beobachtet werden (Harty et al. 2011). Liegt bei den ADHS-Patientinnen und –Patienten oder in deren Familien eine substanzbezogene Störung vor, ist die Stimulanzientherapie besonders kritisch zu hinterfragen. Faktisch werden verschreibungspflichtige Stimulanzienpräparate in großem Umfang auf dem Schwarzmarkt weiterverkauft (Colaneri et al. 2017).

1.4.2 Substanzwirkung auf das sich entwickelnde Gehirn

Kinder und Jugendliche haben gegenüber psychoaktiven Substanzen eine geringere Toleranz und entwickeln schneller eine Abhängigkeit als Erwachsene (Fowler et al. 2007). Das Jugendalter ist ein Zeitraum neuronaler Reifung des Gehirns. Verschiedene Hirnregionen und Transmittersysteme unterliegen Entwicklungsprozessen und diese sich entwickelnden Neurone sind anfälliger für potentiell schädigende Einflüsse durch psychoaktive Substanzen als reife Neuronen bei Erwachsenen (Vetreno et al. 2014).

Durch seine gesellschaftliche Akzeptanz und die leichte Zugänglichkeit ist besonders der Alkoholkonsum unter Jugendlichen weit verbreitet. Zahlreiche Studien weisen auf die Neurotoxizität von Alkohol auf das junge Gehirn hin. Starker Alkoholkonsum in der Jugend führt durch Störung der kortikalen Reifung zu veränderten exekutiven Funktionen, was sich in impulsivem Verhalten und einem erhöhten Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit widerspiegeln kann (Crews et al. 2007). Hierbei steht vor allem das intermittierende Rauschtrinken[1] im Fokus, das von Jugendlichen meist in monatlichen oder wöchentlichen Intervallen praktiziert wird und zum festen Bestandteil der Jugendkultur geworden ist (Ehlers et al. 2011; Thomasius et al. 2009a). Rauschtrinken ist ein spezifisch jugendliches Phänomen, wobei ein starker Alkoholkonsum typischerweise am Wochenende erfolgt, während zu Beginn der Woche meist eine mehrtägige Abstinenz vorherrscht (Coleman et al. 2014). Aus der Aufnahme großer Mengen Alkohol innerhalb eines kurzen Zeitraums resultiert eine relativ hohe Blutalkoholkonzentration, wodurch ein erwünschter Rauschzustand erreicht werden kann. Diese Form des Konsums ist Jugendlichen aus physiologischen Gründen besser möglich als Erwachsenen, da bei ihnen der sedierende Effekt von Alkohol weniger ausgeprägt ist (Vetreno u. Crews 2013). Vetreno et al. (2014) haben im Tierversuch gezeigt, dass episodisches Rauschtrinken im Gehirn jugendlicher Versuchstiere, jedoch

[1]In den letzten Jahren prägte in diesem Zusammenhang insbesondere das Schlagwort „Komasaufen“ die mediale Debatte. Ein Versuch, den englischen Begriff für einen Alkoholexzess mit Rauschintention, *binge drinking,* in die deutsche Sprache zu übersetzen.

nicht im Gehirn erwachsener Tiere, langanhaltenden cholinergen Zelluntergang im basalen Vorderhirn und eine reduzierte hippocampale Neurogenese nach sich zieht. Dies wird als Zeichen der erhöhten Anfälligkeit des jugendlichen Gehirns für alkoholinduzierte Neurotoxizität gewertet, die insbesondere das cholinerge System betrifft. Auf die Praxis bezogen legen diese Befunde die Vermutung nahe, dass die im Tiermodell und an jugendlichen Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinkern beobachteten Verhaltensauffälligkeiten Folgen einer globalen cholinergen Dysfunktion sind und dass Rauschtrinken einen langfristigen Effekt auf cholinerge Reifungsprozesse im ZNS hat. Coleman et al. (2014) konnten ebenfalls am Tiermodell zeigen, dass bei episodischem Rauschtrinken in der Jugend noch Jahre später strukturelle Veränderungen im Gehirn, erhöhte Ängstlichkeit, Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten beobachtet werden können, die bis in das Erwachsenenalter persistieren.

Zu den Auswirkungen von Cannabis auf das sich entwickelnde Gehirn ist die Datenlage noch begrenzt. Es gilt als erwiesen, dass früher Cannabiskonsum bei genetischer Prädisposition und bestimmten Umwelteinflüssen das Risiko für die Entwicklung einer schizoaffektiven, schizophrenen und depressiven Störung erhöhen und den Weg in eine Drogenabhängigkeit bahnen kann. Ein bestimmter prädisponierender Faktor, der in Verbindung mit Cannabiskonsum die Entwicklung einer psychischen Erkrankung sicher vorhersagbar macht, existiert bis heute nicht und es muss weiterhin von einer komplexen multifaktoriellen Genese ausgegangen werden (Chadwick et al. 2013). Winward et al. (2014) haben bei regelmäßigen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten (4-5x/Woche) Defizite in der Bearbeitungsgenauigkeit von Aufgaben, dem Verbalgedächtnis und der Psychomotorik festgestellt. Hierbei fällt auf, dass sich die Defizite im Verbalgedächtnis umso stärker nachweisen lassen, je höher Lebenszeitkonsum und aktueller Konsum von Cannabis sind. In einem umfangreichen Review stellt Hall (2015) die zahlreichen negativen psychosozialen Folgen eines frühzeitigen Cannabiskonsums dar, darunter Lernschwierigkeiten, Schulversagen, Nähe zu devianten Peers oder ein erhöhtes Risiko, andere illegale Substanzen und Tabak zu konsumieren.

Amphetamine und verwandte Stoffe (z.B. MDMA, Kokain, Methamphetamin) sind unter anderem aufgrund ihrer stimulierenden, euphorisierenden, anorektischen oder entaktogenen Wirkung beliebte psychotrope Substanzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Carvalho et al. 2012). Im Tiermodell hat sich gezeigt, dass der Reifungszustand des Gehirns einen großen Einfluss auf das neurotoxische Potential von Amphetaminen und verwandten Stoffen hat. Das sich entwickelnde Gehirn in der Kindheit und Jugend ist im Vergleich zum reifen erwachsenen Gehirn weniger anfällig für neurotoxische Schäden dieser Substanzen,

deshalb stellt das Alter bei Exposition den entscheidenden Faktor für das Neurotoxizitätspotential dar. Allerdings ergaben retrospektive Untersuchungen bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die regelmäßig Amphetamine und verwandte Stoffe konsumierten, radiologische Hinweise auf Hirnschäden. Auch klinisch zeigten diese Konsumentinnen und Konsumenten Auffälligkeiten in Form von Gedächtnisstörungen, kognitiven Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten (Teixeira-Gomes et al. 2014).

1.5 Behandlungsansatz von clean.kids

Mit clean.kids existiert am ZfP Südwürttemberg seit 2010 eine qualifizierte Drogenentzugsstation mit acht Behandlungsplätzen für 12- bis 15-jährige Jugendliche mit substanzinduzierten Störungen, typischerweise in Verbindung mit anderen psychiatrischen Komorbiditäten. Qualifizierte Entzugsbehandlung heißt: „Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung." (Mann u. Stetter 1991) Das Einzugsgebiet umfasst hauptsächlich Baden-Württemberg, aber auch andere Bundesländer. Als Vorbild für das Behandlungskonzept von clean.kids diente die Station clean.kick, die seit 2002 am ZfP Südwürttemberg besteht und sich an 16- bis 19-jährige Suchtkranke richtet. Die Station clean.kick wurde ursprünglich für 14- bis 18-jährige Jugendliche konzipiert. Im Behandlungsalltag zeigte sich jedoch, dass Gruppengröße und Altersspektrum zu groß waren und für sehr junge Patientinnen und Patienten aufgrund unterschiedlicher Voraussetzungen ein gesonderter Therapieansatz nötig ist. Der Erfolg der Behandlung von clean.kick wurde in zwei Studien bereits evaluiert (Bernhardt et al. 2004; Fetzer 2008) und es wird davon ausgegangen, dass sich das Therapiekonzept in angepasster Form ebenso für die jüngeren Patientinnen und Patienten von clean.kids eignet.

„Als oberstes Gebot für eine tragfähige effektive Behandlung ist die Freiwilligkeit anzusehen." (Schepker et al. 2012) Daher ist clean.kids eine offen geführte Station. Ein weiterer grundlegender Ansatz von clean.kids ist die Niedrigschwelligkeit des Angebots, dadurch soll den Betroffenen ein möglichst einfacher Zugang zu Beratung und Therapie verschafft und somit ein frühzeitiges Auffangen gefährdeter Jugendlicher sichergestellt werden.

Die Behandlung bei clean.kids beträgt im Regelfall 12 Wochen und ist in verschiedene Teilabschnitte gegliedert. Die Aufnahmephase dient der Entgiftung, dem Kennenlernen der Umgebung und der Anamneseerhebung. In der darauffolgenden Eingangsphase bekommen die Jugendlichen eine feste Bezugsperson im Team zugewiesen und werden langsam in den Stationsalltag eingeführt. Außerdem werden gemeinsam mit den Jugendlichen individuelle Therapieinhalte und Therapieziele festgelegt. Mit Eintritt in die erste Behandlungsstufe wird

den Jugendlichen schrittweise mehr Verantwortung übertragen, mit der Arbeit an Therapiezielen begonnen und die Familie in die Therapie miteinbezogen. Gleichzeitig wird den Jugendlichen wieder mehr Kontakt nach außen gestattet (Besuche, erweiterte Anrufliste, Ausgang). Außerdem findet während der Therapie für alle Patientinnen und Patienten regelmäßig Schulunterricht innerhalb der Station statt.

In der zweiten und letzten Behandlungsstufe werden die Jugendlichen auf ein drogenfreies Leben außerhalb der Station vorbereitet. So verbringen sie beispielsweise zum Zweck einer „Realitätsprüfung" probeweise Zeit in ihrem gewohnten Umfeld und können so selbst Risiken und Grenzen testen und die erreichten Ziele und eventuell noch bestehenden Problemfelder kritisch reflektieren. Bei Rückfällen oder anderen Krisen kann jederzeit eine Rückstufung auf vorherige Stufen erfolgen.

Die Grundpfeiler der Behandlung von clean.kids sind Bezugspersonenarbeit, Familientherapie, Mastery-Erfahrungen, Traumasensibilität, verschiedenste Alltagsaktivitäten und die Vernetzung/Entlassungsvorbereitung. Durch die Bezugspersonenarbeit können die oft stark vernachlässigten Jugendlichen die Erfahrung einer vertrauensvollen, verlässlichen Beziehung zu einem anderen Menschen machen („sichere Basis"). Im Zuge der Familientherapie soll der erzieherische Einfluss der Eltern und deren Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden, außerdem werden Suchterkrankungen oder andere psychiatrische Erkrankungen der Eltern berücksichtigt. Mastery-Erfahrungen sind selbst erreichte Erfolgserlebnisse und wirken sich positiv auf Resilienz und Selbstwirksamkeitserwartung der Jugendlichen aus. Ferner sind traumatisierende Erfahrungen aus der Kindheit bei vielen Patientinnen und Patienten ein Problem, daher bietet die Station ein gewaltfreies und sicheres Umfeld, in dem sich die Jugendlichen angstfrei bewegen können. Verschiedenste Alltagsaktivitäten dienen als Anregung zur Gestaltung eines drogenfreien Alltags. Im Hinblick auf die Zeit nach der Therapie ist die Vernetzung mit Familien, Schulen, Jugend- und Suchthilfeeinrichtungen, KJP und Jugendämtern ein zentrales Anliegen und alle Jugendlichen werden mit einem individuell zugeschnittenen Nachsorgeangebot aus der Therapie entlassen. Typisch sind beispielsweise eine ambulante Psychotherapie, eine spezielle Suchtberatung oder unterstützende Maßnahmen für die Familien der Jugendlichen im Anschluss an die Behandlung (Amann 2013).

1.6 Fragestellung

Es existieren bereits mehrere Arbeiten, die sich mit der Station clean.kick am ZfP Südwürttemberg befassen (Bernhardt et al. 2004; Fetzer 2008; Wüstner 2015; Töpper 2015). Obwohl vor der Zeit von clean.kids suchtkranke Jugendliche unter 15 Jahren bei clean.kick behandelt wurden und Daten dieser Altersgruppe somit bereits in die oben erwähnten Untersuchungen miteingeflossen sind, war diese Patientengruppe bei clean.kick über Jahre hinweg deutlich unterrepräsentiert (Töpper 2015). Es gibt bisher keine Evaluation der Therapie von clean.kids und damit einhergehend auch keine isolierte Betrachtung der Altersgruppe der 12- bis 15-jährigen Jugendlichen, die suchttherapeutisch am ZfP Südwürttemberg behandelt wurden.

Generell ist die Datenlage bezüglich des Erfolgs von suchttherapeutischen Interventionen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich momentan noch unzureichend. Außerdem liegt das Augenmerk bei vielen Programmen hauptsächlich auf der Veränderung des Substanzkonsums, anstatt weitere wichtige Faktoren zu berücksichtigen, die im Lebensalltag von jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten eine entscheidende Rolle spielen (Thomasius u. Stolle 2009). Thomasius und Stolle (2009) merken weiterführend an: „Newcomb und Bentler (1989) [haben] relevante Bewertungskriterien für den Behandlungserfolg von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen vorgeschlagen: *Schulerfolg, soziale Integration, Substanzkonsum, Behandlungsdauer, reguläre Behandlungsbeendigung*. Leider werden diese sehr brauchbaren Kriterien noch viel zu selten in der Praxis angewandt.“ Des Weiteren haben Williams und Chang (2000) in ihrem Review Vorschläge zur Durchführung zukünftiger Evaluationsstudien geliefert, die in dieser Arbeit berücksichtigt werden sollen. Dazu zählen u.a. die systematische Betrachtungsweise von Pretreatment-Merkmalen und die differenzierte Dokumentation des Outcomes bezüglich spezifischer Charakteristika, beispielsweise die Quantifizierung der Konsumreduktion.

Ziel dieser Arbeit ist es, zum einen die Altersgruppe der Jugendlichen von clean.kids differenziert-deskriptiv darzustellen und etwaige Unterschiede zu älteren Jugendlichen von clean.kick herauszuarbeiten. Zum anderen soll eine quantitative und qualitative Therapieevaluation durchgeführt werden, um eine erste Aussage über die Wirksamkeit der therapeutischen Intervention von clean.kids treffen zu können. Diese Evaluationsergebnisse sollen wiederum den Ergebnissen aus den Evaluationsstudien von clean.kick und anderen Ergebnissen aus der Literatur gegenübergestellt werden.

Es stellt sich also die Frage, inwiefern ein Behandlungserfolg der Jugenddrogenentzugsstation clean.kids unter den oben genannten Aspekten von Newcomb und Bentler (1989), erweitert um die Vorschläge von Williams und Chang (2000), nachweisbar ist, inwiefern sich sehr junge Suchtpatientinnen und Suchtpatienten von Älteren unterscheiden und ob bestimmte Faktoren für den Erfolg der Behandlung entscheidend sind. Außerdem soll überprüft werden, wie der niederschwellige, offene Therapieansatz von den Jugendlichen selbst angenommen und beurteilt wird, in welchem Maße die betroffenen Jugendlichen selbst hilfreiche Hinweise in Bezug auf eine erfolgreiche Suchttherapie für ihre Altersgruppe geben können und ob sich diese Angaben von denen der Jugendlichen von clean.kick unterscheiden.

Basierend auf den Vorarbeiten von Bernhardt et al. (2004) und Fetzer (2008) zu clean.kick, wird das Studiendesign noch einmal überarbeitet, sodass die Fragestellung nicht nur den speziellen Anforderungen der jungen Zielgruppe von clean.kids gerecht wird, sondern durch Erweiterungen und Abänderungen eine zusätzliche Präzision und Differenzierung innerhalb des inhomogenen Patientenkollektivs erreicht werden kann. Hierbei wurde im Rahmen der Optimierung des Untersuchungsdesigns stets darauf geachtet, das Grundgerüst von Bernhardt et al. (2004) und Fetzer (2008) beizubehalten, um eine spätere Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen.

„Deskriptive und Induktive Statistik erfüllen im Forschungsprozess [somit] unterschiedliche Aufgaben, sodass eine differenzierte Betrachtung dieser beiden Bereiche als sinnvoll erachtet werden kann und in der Lehre häufig auch in verschiedenen Veranstaltungsteilen abgehandelt werden.“ (Cleff 2015) Entsprechend dieser Feststellung werden in den verschiedenen Bereichen der Statistik unterschiedliche Fragestellungen behandelt. Daher gliedert sich der quantitative Teil dieser Arbeit in einen deskriptiven und einen induktiven (hypothesenprüfenden) Teil. Außerdem schließt sich dem quantitativen Teil ein qualitativer Teil an. Im Folgenden werden die Fragestellungen dargestellt, die für diese drei Teilbereiche herausgearbeitet wurden.

1.6.1 Beschreibung der Personengruppe

Da zu clean.kids bisher noch keine Arbeiten in Zusammenhang mit einer größeren Datenerhebung vorliegen, wird in diesem Teil die Zielpopulation für einen ersten Überblick unter ausgewählten Gesichtspunkten dargestellt. Folgende Fragen erscheinen hierbei relevant:

1. Wie stellt sich das Kollektiv der Jugendlichen von clean.kids im Untersuchungszeitraum unter soziodemographischen Aspekten dar?

Dargestellt werden die Merkmale Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Schichtzugehörigkeit der Eltern, substanzbezogene Störungen in der Familie, Schulform und Schulbesuch, Peergroup, legale und illegale Einkünfte und rechtliche Probleme. Mit Ausnahme des Alters und des Schulbesuchs (Intervallskala) wurden die übrigen Merkmale nominalskaliert erfasst.

2. Welche Behandlungsindikationen gibt es?

Bei der Darstellung der Behandlungsindikationen liegt das Augenmerk sowohl auf den Hauptdiagnosen und komorbiden Störungen als auch auf den psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums sowie der Einschätzung der ordinalskalierten Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung durch die zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten. Ferner soll die Konsumhäufigkeit für Alkohol, Cannabis und Stimulanzien betrachtet werden. Die Quantifizierung des Konsums erfolgte über eine fünfstufige Ordinalskala.

3. Wie wird die Behandlung von den Jugendlichen angenommen?

Es soll betrachtet werden, inwiefern die Patientinnen und Patienten im Vorfeld der Behandlung bereits Hilfsangebote bezüglich eines Substanzmissbrauchs in Anspruch genommen haben. Neben der Motivationslage für die Behandlung, die in der BADO nominalskaliert erfasst wird, werden Aufenthaltsdauer, Wiederaufnahmequote und Art der Behandlungsbeendigung dargestellt. Außerdem wird die Bewertung von clean.kids, die von den Jugendlichen nach Therapieende in Form von Schulnoten (Ordinalskala) abgegeben wurde, betrachtet.

4. Wie schätzen die Therapeutinnen und Therapeuten und die Jugendlichen selbst den Behandlungserfolg ein?

Bei Beendigung der Therapie wird von den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten eine Einschätzung des Behandlungserfolgs abgegeben. In den Fragebögen bzw. den Katamneseinterviews wurden die Patientinnen und Patienten gebeten, bezüglich derselben Aspekte eine Selbsteinschätzung abzugeben. Die Fremd- und Selbsteinschätzungen sollen einander gegenübergestellt werden. Die Daten zur Einschätzung des Behandlungserfolgs wurden für diesen Zweck mithilfe einer fünfstufigen Ordinalskala erfasst.

1.6.2 Hypothesenprüfung

In einer hypothesenprüfenden Untersuchung soll eine statistische Evaluation der Therapie von clean.kids unter den oben genannten Aspekten erfolgen. Hierfür wurden folgende Hypothesen generiert, die es zu überprüfen gilt:

Hypothese 1

Die Jugendlichen von clean.kids weisen im Katamnesezeitraum[1] einen reduzierten Konsum von Alkohol, Cannabis, Stimulanzien und illegalen Drogen insgesamt auf, verglichen mit dem Konsum vor der Therapie.

Die zuvor beschriebenen Ein-Jahres- bzw. Vier-Monats-Katamnesestudien von clean.kick haben gezeigt, dass es nach der Therapie bei den älteren Jugendlichen zu einer signifikanten Reduktion des Konsums von Alkohol und illegalen Drogen kommt. Ähnliche Ergebnisse werden für die Stichprobe von clean.kids erwartet. Neben anderen Aspekten handelt es sich bei der Reduktion des Substanzkonsums um eines der Haupttherapieziele von clean.kids, daher ist die Überprüfung eines Therapieeffekts bezüglich des Substanzkonsums ein wichtiges Ziel dieser Untersuchung.

Hypothese 2

Die Jugendlichen von clean.kids weisen im Katamnesezeitraum ein höheres Maß an sozialer Adaption, in Form eines häufigeren Schulbesuchs, eines Rückgangs der psychosozialen Folgekomplikationen durch den Substanzkonsum und eines Rückgangs der illegalen Einkünfte auf, verglichen mit den Werten vor der Therapie.

Neben der Reduktion des Drogenkonsums wird als weiteres zentrales Therapieziel von clean.kids die Reintegration der Jugendlichen in ein geregeltes soziales Umfeld angestrebt, was laut Literatur sowohl mit Blick auf die zukünftige psychosoziale Entwicklung als auch auf den Substanzkonsum entscheidende Auswirkungen hat.

Hypothese 3, a) und b)

a) Unterschiede vor und in der Therapie

[1]Definition: Die letzten 30 Tage vor dem Katamneseinterview.

Mädchen und Jungen von clean.kids unterscheiden sich hinsichtlich der Diagnosen, des Substanzkonsums, der Behandlungsdaten, ausgewählter psychosozialer Aspekte und der Folgekomplikationen durch den Substanzkonsum nicht.

b) Unterschiede im Katamnesezeitraum

Mädchen und Jungen von clean.kids unterscheiden sich im Katamnesezeitraum hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums, der Zunahme des Schulbesuchs, der Abnahme von Folgekomplikationen des Substanzkonsums, des Rückgangs illegaler Einkünfte und des Auftretens neuer rechtlicher Probleme nicht.

Aus der Literatur geht hervor, dass sich bei sehr jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten noch keine deutlichen Geschlechtsunterschiede beim Konsumverhalten beobachten lassen. Der deutlich höhere und riskantere Substanzkonsum von Jungen im Vergleich zu Mädchen lässt sich bisher nur in älteren Populationen beobachten. Auch in anderen Teilbereichen zeigt sich eine Verkleinerung der Genderlücke, je jünger die Patientinnen und Patienten sind. Es soll anhand mehrerer relevanter Merkmalen untersucht werden, ob es in der Inanspruchnahmepopulation von clean.kids überhaupt Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt.

Hypothese 4, a) und b)

a) Unterschiede vor und in der Therapie

Jugendliche von clean.kids mit einer externalisierenden Verhaltensstörung in den Nebendiagnosen unterscheiden sich hinsichtlich des Substanzkonsums, der Behandlungsdaten, ausgewählter psychosozialer Aspekte und der Folgekomplikationen durch den Substanzkonsum in der Weise von Mitpatientinnen und Mitpatienten ohne diese Nebendiagnose, dass von einer ungünstigeren (Ausgangs-)Situation gesprochen werden kann.

b) Unterschiede im Katamnesezeitraum

Jugendliche von clean.kids mit einer externalisierenden Verhaltensstörung in den Nebendiagnosen haben im Katamnesezeitraum hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums, der Zunahme des Schulbesuchs, der Abnahme von Folgekomplikationen des Substanzkonsums, des Rückgangs illegaler Einkünfte und des Auftretens neuer rechtlicher Probleme eine schlechtere Prognose als Mitpatientinnen und Mitpatienten ohne diese Nebendiagnose.

Externalisierende Störungsbilder wie hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens sind sehr häufig diagnostizierte Komorbiditäten im suchttherapeutischen Bereich. Suchtkranke Jugendliche, die zusätzlich an diesen Störungen leiden, haben laut Literaturlage auch mit einer Therapie eine schlechtere Prognose als suchtkranke Jugendliche ohne diese Störungen.

Hypothese 5

Eine reguläre Beendigung der Therapie geht bei den Jugendlichen von clean.kids im Katamnesezeitraum mit einer günstigeren Prognose bezüglich des Substanzkonsums, des Schulbesuchs, der Folgekomplikationen des Substanzkonsums und der Abnahme illegaler Einkünfte einher.

Die reguläre Behandlungsbeendigung ist ein anerkanntes Bewertungskriterium für eine suchttherapeutische Intervention. Es wird erwartet, dass Jugendliche, die die Behandlung regulär beenden, auch eine günstigere Prognose im Katamnesezeitraum aufweisen.

Hypothese 6

Im Katamnesezeitraum besteht bei den Jugendlichen von clean.kids ein Zusammenhang zwischen der Meidung eines konsumierenden Umfelds und einem selteneren Substanzkonsum.

Als einer der größten Einflussfaktoren auf die psychosoziale Entwicklung von Jugendlichen wird die Peergroup angesehen. Ein konsumierendes Umfeld ist daher ein bedeutender Risikofaktor für Substanzkonsum. Es wird erwartet, dass Jugendliche, die weniger Umgang mit einem konsumierenden Freundeskreis haben, auch seltener konsumieren.

Hypothese 7

Hinsichtlich der Zielsetzung für den zukünftigen Umgang mit psychotropen Substanzen unterscheiden sich Jugendliche von clean.kids zum Zeitpunkt der Entlassung gegenüber dem Zeitpunkt der Katamnese in der Weise, dass die Zielsetzung der vollständigen Abstinenz in der Häufigkeit abnimmt und die Zielsetzung des reduzierten Substanzkonsums in der Häufigkeit zunimmt.

Die Ein-Jahres-Katamnese von clean.kick zeigte, dass die Patientinnen und Patienten ihren Substanzkonsum zwar reduzierten, jedoch nur ein sehr geringer Anteil der Jugendlichen

nach einem Jahr vollständig abstinent war. Die oberste Zielsetzung von clean.kick, die vollständige Abstinenz von allen Substanzen, wurde folglich auf lange Sicht größtenteils nicht erreicht. Die Befunde decken sich weitgehend mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen zu Abstinenzraten in der Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen. In der Behandlung von clean.kids hat die zukünftige Abstinenz von allen Substanzen ebenfalls höchste Priorität. Es wird daher erwartet, dass die Patientinnen und Patienten durch die strikt abstinenzorientierte stationäre Therapie bei clean.kids zum Zeitpunkt der Entlassung zwar eine hohe Motivation bezüglich der absoluten Abstinenz angeben, diese jedoch im Alltag der Jugendlichen nicht aufrechterhalten werden kann und zugunsten der Zielsetzung eines zumindest reduzierten Substanzkonsums relativiert wird.

1.6.3 Qualitativer Teil

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung stellt sich die Frage, inwiefern die jüngeren Jugendlichen von clean.kids in der Lage sind, analog zu den älteren Jugendlichen von clean.kick, hilfreiche und problematische Prozessindikatoren während der Behandlung zu benennen und mehrere Monate nach der Therapie differenzierte Angaben bezüglich Protektiv- und Risikofaktoren für Drogenabstinenz bzw. -konsum zu machen. Außerdem wurden die Jugendlichen nach einem Ratschlag gefragt, den sie einem konsumierenden Freund geben würden. Für die Befragung wurden aus der Arbeit vom Fetzer (2008) fünf Fragen ausgewählt, die den Patientinnen und Patienten bei clean.kids vorgelegt wurden. Auf diese Weise sollen Ähnlichkeiten und Unterschiede bei den Antworten zwischen den jüngeren Jugendlichen von clean.kids und den Älteren von clean.kick untersucht werden. Neben der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse und dem Vergleich zwischen clean.kids und clean.kick soll zusätzlich die im Folgenden formulierte und erläuterte Hypothese statistisch überprüft werden.

Hypothese

Die Jugendlichen von clean.kids benennen bei der Frage nach subjektiven Schwierigkeiten in der Behandlung Konflikte mit Mitpatientinnen und Mitpatienten seltener als die Jugendlichen von clean.kick.

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse der Voruntersuchung bei clean.kick zeigte sich, dass bei der Frage nach erlebten Schwierigkeiten in der Therapie Konfliktsituationen mit Mitpatientinnen und Mitpatienten an zweiter Stelle bei den am häufigsten benannten

Schwierigkeiten lagen. Fast 30% der untersuchten Jugendlichen gaben an, Konfliktsituationen mit Mitpatientinnen und Mitpatienten während der Therapie als schwierig in der Behandlung erlebt zu haben. Neben den speziellen Anforderungen an die jüngere Altersgruppe wurde das Therapieangebot von clean.kids auch deshalb geschaffen, weil sich die Anzahl der bei clean.kick angebotenen Behandlungsplätze an der oberen Grenze der empfohlenen Stationsgröße bewegte. Man erhoffte sich durch Schaffung eines zweiten Therapiekonzepts, mit dem Resultat einer kleineren Gruppengröße durch die bessere Verteilung, unter anderem eine Entspannung bezüglich der benannten Konfliktsituationen (Fetzer 2008).

2 Material und Methoden

„Evaluationsforschung beinhaltet die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme.“ (Bortz u. Döring 2006) Sie ist in diesem Sinne keine eigenständige Disziplin, sondern ein Teilbereich der empirischen Forschung und zur Beurteilung des Behandlungserfolgs von suchttherapeutischen Angeboten geeignet. Im Vergleich zur gut erforschten Suchttherapie bei Erwachsenen, mangelt es diesen Therapieangeboten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie qualitativ und quantitativ an empirischer Evidenz (Barkmann et al. 2009). Bisher kann lediglich festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme einer Therapie besser ist, als gar keine Therapie in Anspruch zu nehmen (Deas u. Thomas 2001; Williams u. Chang 2000). Weitere Evaluationsstudien zu suchttherapeutischen Interventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen sind daher, vor allem im europäischen Raum, erforderlich.

2.1 Untersuchungsdesign

Im Zuge dieser Untersuchung wurden einmal rekrutierte Personen zu drei verschiedenen Zeitpunkten befragt: bei der Aufnahme, bei der Entlassung und vier Monate nach der Entlassung aus der Therapie. Somit handelt es sich um eine Längsschnittstudie bzw. Panel-Untersuchung, da dieselben Personen zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten befragt wurden und die Fragen jeweils größtenteils gleich oder nur leicht abgeändert waren. Paneldaten erscheinen im Rahmen der Evaluationsforschung in der Suchttherapie als besonders geeignet, da Merkmale und deren Veränderungen im zeitlichen Verlauf beobachtet werden können (Döring u. Bortz 2016).

Für die Untersuchungsteilnahme gab es keine bestimmten Einschlusskriterien, damit wurde sichergestellt, dass die für eine Evaluationsuntersuchung benötigte Betrachtung aller Fälle erfolgen konnte und keine unerwünschte Vorselektion stattfand. Das einzige Ausschlusskriterium für die Teilnahme am Katamneseinterview war die Inanspruchnahme eines anderen stationären suchttherapeutischen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebots in den ersten vier Monaten nach der Entlassung aus clean.kids, da hierdurch ein therapeutischer Effekt der Behandlung von clean.kids nicht mehr zugeordnet werden könnte. Intern

wurde zunächst diskutiert, eine sehr kurze Behandlungsepisode als weiteres Ausschlusskriterium zu definieren. Einer der Gründe dafür war die relativ lange Regelbehandlungszeit bei clean.kids von 12 Wochen. Es kann folglich argumentiert werden, dass eine nur sehr kurze Behandlungsdauer bei einem langfristig angelegten und in Stufen gegliederten Behandlungskonzept keinen nennenswerten Effekt auf die Suchterkrankung der Patientinnen und Patienten hat. Auf der anderen Seite ist ein Leitgedanke des Behandlungskonzepts, dass jeder drogenfreie Tag zählt. Daher erschien die Definition einer bestimmten Aufenthaltsdauer, die bei Unterschreitung zu einem Ausschluss der Jugendlichen aus der Untersuchung geführt hätte, sehr willkürlich und die Möglichkeit einer unerwünschten Selektion wäre nicht auszuschließen gewesen. Zudem gibt es bisher nur mangelnde Kenntnisse darüber, inwiefern sehr junge Suchtpatientinnen und Suchtpatienten unter 16 Jahren von kurzen oder langen Aufenthalten profitieren und ab welcher Mindestbehandlungsdauer ein Therapieeffekt nachweisbar ist. Folglich wurde diese Überlegung verworfen und die Aufenthaltsdauer stellte kein Ausschlusskriterium für die weitere Erhebung dar.

Die Aufnahmeroutine bei clean.kids beinhaltet unter anderem die Durchführung eines ausführlichen Anamnesegesprächs mit allen Patientinnen und Patienten (Grundgesamtheit N) und die damit verbundene Anlage der Basisdokumentation (BADO) durch die betreuenden Therapeutinnen und Therapeuten. Sie ist damit die wichtigste Datengrundlage und stellt den ersten Erhebungszeitpunkt dar. Bei Beendigung der Therapie oder einem Abbruch erhielten die Jugendlichen, die in die Studienteilnahme eingewilligt hatten, einen Entlassungsfragebogen, der auf die Erfahrungen in der Therapie, eigene Einschätzungen der Lebenssituation und die gesteckten Ziele für die Zukunft abzielt und handschriftlich bearbeitet wurde (Gruppe B, Entlassungsfragebogen-Gruppe). Vier Monate nach der Entlassung erfolgte die dritte Befragung der Jugendlichen in Form eines hochstrukturierten Telefoninterviews (Gruppe A, Interview-Gruppe). Dieses Interview beinhaltet unter anderem Fragen aus der BADO und einen Großteil der Fragen aus dem Entlassungsfragebogen (näheres zu den Untersuchungsinstrumenten s. Abschnitt 2.2). Die Fragen beziehen sich hauptsächlich auf den Katamnesezeitraum, der als *die letzten 30 Tage vor dem Telefoninterview* definiert ist.

Ursprüngliches Ziel der Datenerhebung war, am Ende von allen Jugendlichen die BADO, einen Entlassungsfragebogen und ein katamnestisches Telefoninterview vorliegen zu haben, was sich bedauerlicherweise nur bei einem kleinen Teil der Stichprobe verwirklichen ließ. Konnten die Jugendlichen weder durch den Entlassungsfragebogen, noch durch das Telefoninterview erreicht werden oder verweigerten sie die Teilnahme nachträglich, wurden sie als Drop-Out behandelt (Gruppe C).

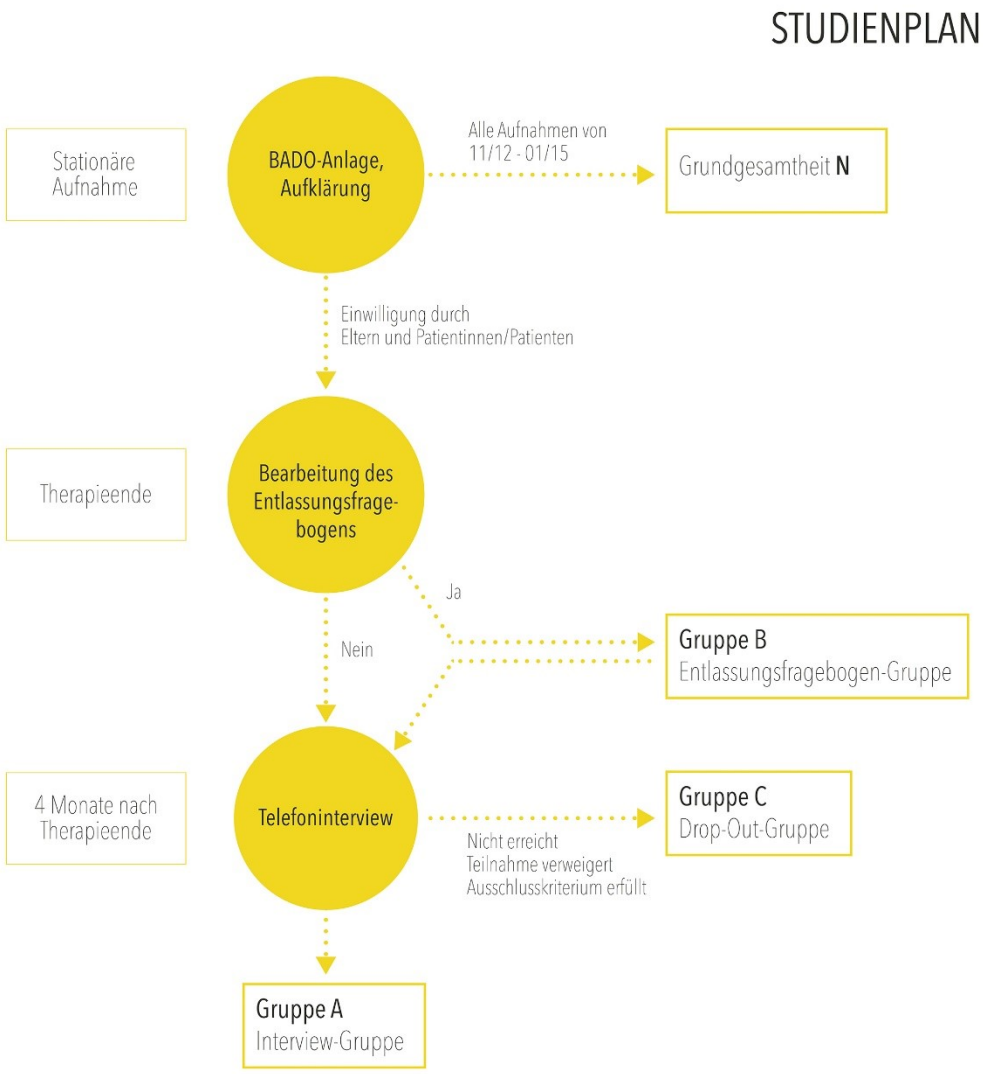

Abb. 1: Studienplan

2.2 Untersuchungsinstrumente

In der empirischen Humanwissenschaft ist die Datenerhebung durch Befragung die mit 90% am häufigsten verwendete Methode. Grundsätzlich stehen hierfür zwei Untersuchungsinstrumente zur Verfügung: die Interviewtechnik oder die Fragebogentechnik. Welche der beiden Techniken für eine bestimmte Fragestellung die geeignetere ist, muss individuell geprüft werden (Bortz u. Döring 2006). In dieser Studie erschienen beide Möglichkeiten als sinnvoll und folglich kamen sowohl Fragebögen als auch Telefoninterviews im Zuge der Datenerhebung zum Einsatz.

Vor Beginn der Datenerhebung wurden die Jugendlichen und deren Erziehungsberechtigte über die Studie aufgeklärt. Mit der Unterzeichnung der Einwilligungserklärung gaben die Jugendlichen und die Erziehungsberechtigten ihre Zustimmung, dass ihre Daten aus dem später bearbeiteten Entlassungsfragebogen und dem katamnestischen Telefoninterview vier Monate nach der Therapie erfasst und ausgewertet werden. Nachdem ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Ulm vorlag (Aktenzeichen: 371/12 – CL/bal), konnte die Datenerhebung beginnen.

Basisdokumentation (BADO)

„Eine adäquate Basisdokumentation ist als Grundlage für die vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung unverzichtbar." (Englert et al. 1998) Deshalb wird bei clean.kids von allen Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aufnahmeroutine die Basisdokumentation der DGKJP, erweitert um das Modul *Sucht* und Teile des *European Addiction Severity Inde*x, angelegt (Englert et al. 1998, 1999; Gsellhofer et al. 1997). Die Dokumentationen werden von den dafür geschulten pädagogischen, psychologischen oder ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt und enthalten alle wichtigen psychopathologischen, soziodemographischen und diagnostischen Informationen über die Jugendlichen. Erweiterungen wurden außerdem für die Bereiche Sprache, Schulsituation und Anwesenheit während der letzten 30 Tage, soziale Integration, Lebensunterhalt, Schulden, Ausgaben für Substanzen, Rauschtrinken und Wohnsituation nach Entlassung vorgenommen. Zum Zeitpunkt der Entlassung werden Teile der BADO bearbeitet, in denen von den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten eine Prognose zum Behandlungserfolg abgegeben wird.

Diese erweiterte Basisdokumentation hat sich über die Jahre auf verschiedenen Suchtstationen am ZfP Südwürttemberg bewährt und durch regelmäßige BADO-Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird eine hohe Qualität der Datenerhebung gewährleistet.
Hinsichtlich der Eignung der BADO für Forschungsfragestellungen, halten Jaeger et al. (2011) die Daten mit einigen Einschränkungen für reliabel und daher grundsätzlich nutzbar. Für diese Untersuchung wurden hauptsächlich BADO-Daten zu soziodemographischen, erkrankungsbezogenen und behandlungsbezogenen Merkmalen verwendet. Insbesondere für diese drei Bereiche bescheinigen Jaeger et al. (2011) der BADO eine sehr hohe Reliabilität.

Entlassungsfragebogen

Der Fragebogen zur Entlassung aus clean.kids wurde für diese Untersuchung neu entwickelt. Da sich die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Befragung (kurz vor der Entlassung) noch auf der Station befanden, konnte entweder eine persönliche Befragung durchgeführt oder die schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens vorgenommen werden. Die persönliche Befragung wäre mit einem erheblichen Personalaufwand verbunden gewesen, da die Jugendlichen aus Gründen der Anonymität nicht von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Station clean.kids interviewt werden durften. Zudem wäre in diesem Fall zu befürchten gewesen, dass die Jugendlichen gegenüber dem Stationspersonal nicht die Wahrheit gesagt hätten, da in der Befragung unter anderem die Therapie subjektiv bewertet werden sollte. Die Rücklaufquote von Fragebögen variiert in der Literatur stark, van Koolwijk und Wieken-Mayser (1974) beziffern sie mit 10% bis 90%. Trotzdem stellte die schriftliche Befragung in diesem Fall das besser geeignete Untersuchungsinstrument dar.

Der quantitative Teil des Fragebogens zielt auf die sozialen Ressourcen der Jugendlichen ab. Ein weiteres Augenmerk liegt auf der Selbsteinschätzung in Bezug auf die subjektiv erreichten Fortschritte durch die Therapie und die individuellen Ziele für die Zukunft. Außerdem wurden die Jugendlichen gebeten, die Therapie von clean.kids zu bewerten. Fetzer (2008) hat in einer Evaluationsstudie der Station clean.kick gezeigt, dass junge Suchtpatientinnen und Suchtpatienten reflektierte Erklärungsmodelle für ihre eigene Situation liefern und wertvolle Hinweise für die Suchttherapie von Jugendlichen geben können. Daher werden die Jugendlichen im qualitativen Teil des Entlassungsfragebogens gebeten, Auskunft darüber zu geben, was ihnen während der Therapie besonders geholfen hat und wo Schwierigkeiten aufgetreten sind.

Es wurde versucht möglichst einfache Formulierungen und eine altersentsprechende Sprache zu verwenden, um den Jugendlichen die Beantwortung der Fragen so einfach wie möglich zu machen.

Telefoninterview

Für die Verlaufsbeobachtung wurde nach der Entlassung der Jugendlichen aus clean.kids ein Zeitraum von vier Monaten veranschlagt. Zwar wird für Evaluationsstudien in der Suchttherapie von Kindern und Jugendlichen von Williams und Chang (2000) empfohlen, die Nachbefragung erst nach einem halben Jahr durchzuführen, dieser Zeitraum hätte jedoch bei nur 8 Behandlungsplätzen und 12 Wochen Regelbehandlungszeit bei clean.kids eine noch längere Rekrutierungsphase in Anspruch genommen, um die benötigte Stichprobengröße zu

erreichen. Daher musste ein Kompromiss gefunden werden. In einer internen Untersuchung bei clean.kick hat sich die Vier-Monats-Katamnese zudem bereits bewährt (Bernhardt et al. 2004) und ein längerer Katamnesezeitraum hätte wiederum die Vergleichbarkeit erschwert.
„Erste Studien zum Einsatz von standardisierten Telefoninterviews in der Therapieevaluation zeigen, dass diese Form der Datenerhebung nicht nur deutlich ökonomischer ist als persönliche Befragungen, sondern dass damit auch günstigere Teilnahmequoten erreicht werden können als bei persönlichen oder schriftlichen Befragungen. Zudem ist die Gefahr einer systematischen Verzerrung der Stichprobe geringer.“ (Mattejat et al. 2006)
Die Atmosphäre eines Telefoninterviews wird als anonymer und weniger die Privatsphäre bedrängend erlebt. Neben dem geringen Aufwand ist dies ein weiterer wichtiger Grund für die bessere Akzeptanz von Telefoninterviews im Vergleich zu persönlichen Interviews. Allerdings entstehen dadurch auch Nachteile. So sind die interviewten Personen am Telefon auch weniger bereit, sehr persönliche Angaben gegenüber der interviewenden Person zu machen als im persönlichen Gespräch, da hierbei eine gewisse Vertrauensbasis zwischen Interviewenden und Interviewten aufgebaut werden kann. Sowohl bei einem persönlichen Interview als auch bei einem Telefoninterview können interviewende Personen das Ergebnis der Befragung entscheidend mitbeeinflussen. Man spricht von einem Interviewerfehler oder dem Intervieweffekt, der dem Untersuchungsleitereffekt ähnlich ist und ebenso zu einer Verfälschung des Untersuchungsergebnisses führen kann. Es existieren deshalb besondere Anforderungen an Interviewerinnen und Interviewer, die als Voraussetzung für eine gelungene Interviewführung gelten. So müssen die entsprechenden Personen in der Lage sein, eine gelöste Gesprächsatmosphäre aufrecht erhalten zu können, bei unangenehmen Reaktionen der Interviewten ausreichend belastbar sein, sich durch ein hohes Anpassungsvermögen in Bezug auf eine geänderte Stimmungslage des Gegenübers auszeichnen und die Fähigkeit besitzen ihr eigenes Verhalten streng kontrollieren zu können, um die Antworten der Befragten nicht durch verbale und nonverbale Reaktionen zu beeinflussen (Bortz u. Döring 2006).
Mehrere Autorinnen und Autoren haben die Nutzung des Telefoninterviews in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht und kamen zu dem Schluss, „dass die Methode des katamnestischen Telefoninterviews bedeutsame Vorteile im Vergleich zu anderen methodischen Ansätzen aufweist und in der Zukunft in der Qualitätssicherung und Therapieevaluation routinemäßig genutzt werden sollte“ (Mattejat et al. 2003). Entsprechend dieser Erkenntnisse kamen Telefoninterviews bereits für die Vier-Monats-Katamnese von Bernhardt et al. (2004) und die Ein-Jahres-Katamnese bei clean.kick von Fetzer (2008) zum Einsatz.

Diese Interviews bestehen aus einem hochstrukturierten quantitativen und einem halbstandardisierten qualitativen Anteil mit offenen Fragen. Mit Blick auf die junge Zielgruppe wurde darauf geachtet, die Fragen so verständlich, einfach und neutral wie möglich zu formulieren.

Der Katamnesefragebogen für das Telefoninterview basiert auf den Fragebögen für das telefonische Katamneseinterview aus den beiden Voruntersuchungen von Bernardt et al. (2004) und Fetzer (2008). Dieser besteht aus einem umfangreichen quantitativen und einem kleineren qualitativen Teil. Es wurden geringe Änderungen vorgenommen, die im Sinne einer späteren Vergleichbarkeit der Daten möglichst zurückhaltend durchgeführt wurden. Zusätzlich wurde der Katamnesefragebogen für das Telefoninterview in dieser Untersuchung um das Modul zur Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten aus dem Entlassungsfragebogen erweitert. Die Interviewdauer lag insgesamt bei 15 bis 20 Minuten und überstieg damit nicht die geforderte Maximaldauer von Telefoninterviews (Bortz und Döring 2006).

Bei vorliegender Einwilligungserklärung wurden die Patientinnen und Patienten vier Monate nach der Entlassung aus clean.kids unter der angegebenen Telefonnummer angerufen. Kam kein persönlicher Kontakt zu Stande, war es aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich den aktuellen Aufenthaltsort bzw. alternative Telefonnummern ausführlich zu recherchieren. Zu Beginn des Interviews stellte sich der Autor vor und erläuterte den Jugendlichen noch einmal das Vorhaben. Die Jugendlichen erhielten erneut die Möglichkeit in die Befragung mündlich einzuwilligen oder die Teilnahme zu verweigern. Der Autor dieser Dissertation gehört nicht zum Personal der Station clean.kids und weder kennt er die Jugendlichen, noch kennen sie ihn. Somit war nicht mit einer Beschönigung der Antworten zu rechnen, die einer eventuell persönlichen Verbundenheit mit der interviewenden Person aus Zeiten der zurückliegenden Therapie geschuldet sein könnte. Die Antworten auf die qualitativen Fragen wurden wörtlich mitprotokolliert.

2.3 Stichprobenkonstruktion

Der Datenerhebungszeitraum war ursprünglich auf ein bis zwei Jahre angesetzt, es zeigte sich jedoch im Verlauf, dass sich die Erreichbarkeit der Klientel als problematisch erwies. In Verbindung mit der Anzahl von nur 8 Behandlungsplätzen bei clean.kids und einer gleichzeitig relativ langen Regelbehandlungsdauer von 12 Wochen wurde die angestrebte Stichprobengröße nicht im erwarteten Zeitraum erreicht, sodass die Rekrutierungsphase verlängert werden musste und sich letztendlich von November 2012 bis Januar 2015 erstreckte. In diesem Zeitraum wurden 110 Patientinnen und Patienten bei clean.kids aufgenommen und

über die Teilnahme an der Studie aufgeklärt, diese Zahl entspricht der Grundgesamtheit (N=110). Die in diesem Zeitraum nach irregulärer Behandlungsbeendigung wieder aufgenommenen Patientinnen und Patienten wurden nicht als neue Aufnahmen gewertet, folglich handelt es sich bei der beschriebenen Grundgesamtheit um 110 Individuen. Einverständniserklärungen konnten von 71 Patientinnen und Patienten und deren Erziehungsberechtigten eingeholt werden. Davon zogen zwei Personen durch Verweigerung, sowohl des Ausfüllens des Entlassungsfragebogens als auch der Teilnahme am Katamneseinterview, ihre Einwilligung zurück. Die sogenannte Interventionsstichprobe wird daher von 69 Patientinnen und Patienten gebildet. Eine weitere Person wurde von der Teilnahme am Katamneseinterview ausgeschlossen, da sie sich nach der Entlassung aus clean.kids zwischenzeitlich einer anderen stationären Suchttherapie unterzogen hatte. Es ergibt sich somit eine Anzahl von 68 Patientinnen und Patienten, die die Möglichkeit hatten einen Entlassungsfragebogen zu bearbeiten und Angaben im Rahmen des katamnestischen Telefoninterviews zu machen. Von diesen 68 Jugendlichen konnte mit 28 das Telefoninterview durchgeführt werden und 15 dieser Jugendlichen füllten zusätzlich den Entlassungsfragebogen aus. Von 24 weiteren Personen wurde zumindest der Entlassungsfragebogen abgegeben (insgesamt bearbeiteten demnach 39 Jugendliche den Entlassungsfragebogen). Addiert man die Gruppen der Personen mit einem durchgeführten Katamneseinterview und/oder einem bearbeiteten Entlassungsfragenbogen, so erhält man eine Anzahl von 52 Personen, von denen Informationen nach Beendigung der Therapie gesammelt werden konnten. Trotz vorhandener Einwilligung lag von 16 Jugendlichen kein Entlassungsfragebogen vor und auch für das Katamneseinterview konnten diese Jugendlichen telefonisch nicht erreicht werden.

2.4 Untersuchungsgruppen

Für die Hypothesentests und die qualitative Untersuchung wurde aus der Interventionsstichprobe (n=69) die folgenden drei Untersuchungsgruppen gebildet:

Gruppe A (n=28): Interview-Gruppe
Mit den Jugendlichen in dieser Gruppe konnte vier Monate nach Beendigung der Therapie bei clean.kids das katamnestische Telefoninterview durchgeführt werden.

Gruppe B (n=24)[1]: Entlassungsfragebogen-Gruppe
Von den Jugendlichen in dieser Gruppe liegen Daten aus dem Entlassungsfragebogen vor, der von den Patientinnen und Patienten am Tag der Entlassung aus clean.kids handschriftlich bearbeitet wurde.

Gruppe C (n=17): Drop-out
Diese Gruppe repräsentiert die Studienausscheidenden. Alle Patientinnen und Patienten, die zwar in die Studienteilnahme einwilligten, jedoch im Verlauf weder einen Entlassungsfragebogen bearbeiteten noch für ein Telefoninterview zur Verfügung standen bzw. nicht erreichbar waren, wurden als Drop-Out behandelt. Des Weiteren findet sich in Gruppe C ein Jugendlicher, der das Ausschlusskriterium erfüllte.

„Um mit Hilfe einer Stichprobenerhebung (anstelle einer Vollerhebung) gültige Aussagen über eine Population treffen zu können, muss die Stichprobe repräsentativ sein, d. h., sie muss in ihrer Zusammensetzung der Population möglichst stark ähneln." (Bortz u. Döring 2006) Für die statistische Überprüfung dieser Voraussetzung wurden daher acht relevante Merkmale bestimmt:

-Geschlecht
-Alter
-Behandlungsdauer
-Wiederaufnahmen
-Alkoholkonsum im Monat vor Therapiebeginn
-Cannabiskonsum im Monat vor Therapiebeginn
-Externalisierende Verhaltensstörung
-Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

[1]Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, liegt von 15 der Jugendlichen aus Gruppe A neben dem Telefoninterview auch noch ein Entlassungsfragebogen vor. Insgesamt beläuft sich die Entlassungsfragebogen-Gruppe demnach auf 39 Personen. Um eine Mehrfachdarstellung der Personen innerhalb der Untersuchungsgruppen zu vermeiden, wird Gruppe B im Zuge der statistischen Betrachtung (Abschnitt 3.1) ohne die entsprechenden 15 Jugendlichen, die bereits in Gruppe A repräsentiert sind, dargestellt. Im weiteren Ergebnisteil wird Gruppe B hingegen stets in ihrer Gesamtheit (n=39) betrachtet.

2.5 Quantitativer Teil

2.5.1 Beschreibung der Personengruppe

Historisch betrachtet ist die deskriptive Statistik die weitaus Ältere, da die Anfänge der induktiven (hypothesenprüfenden) Statistik erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts einzuordnen sind. So bildet die deskriptive Statistik durch ihr beschreibendes Wesen oftmals die Grundlage für einen Erkenntnisgewinn, der weiterführend anhand einer Stichprobe mithilfe der induktiven Statistik überprüft werden soll, wenn eine Vollerhebung nicht möglich ist oder zu aufwändig erscheint (Cleff 2015).

Grundlage für den deskriptiven Teil dieser Arbeit ist die BADO. Zum einen werden aus den anonymisierten Daten der 110 Patientinnen und Patienten, die im Untersuchungszeitraum aufgenommen wurden, wichtige Merkmale zu Soziodemographie und Psychopathologie ausgewählt und dargestellt. Des Weiteren konzentriert sich der beschreibende Teil der Arbeit auf die Akzeptanz des Therapiekonzepts von clean.kids und die erreichten Therapieerfolge. Hierfür wurden Angaben der Jugendlichen aus den Entlassungsfragebögen bzw. die Dokumentationen der Therapeutinnen und Therapeuten, die diese am Ende der Therapie anlegen, ausgewertet.

Da in dieser Arbeit der Fokus auf der Evaluation des Therapieerfolgs der Station clean.kids liegt, wird an den deskriptiven Teil der Arbeit nicht der Anspruch einer vollständigen Abbildung aller relevanten BADO-Daten durch die Mittel der deskriptiven Statistik gelegt. Vielmehr soll eine prägnante Zusammenschau wichtiger Merkmale erfolgen, um die Gruppe der jugendlichen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten von clean.kids erstmals in differenzierter Form darzustellen, worauf in weiterführenden zukünftigen Untersuchungen aufgebaut werden kann.

2.5.2 Hypothesenprüfung

Hypothesenprüfende Untersuchungen lassen Aussagen über Zusammenhänge, Unterschiede und Veränderungen von Merkmalen in einer ausgewählten Population zu. Weitere Ziele dieser Forschungsmethode sind prognostische Aussagen und die Erklärung von Effekten. Obwohl sich Kausalität durch empirisches Vorgehen nie zweifelsfrei belegen lässt, leisten hypothesenprüfende Untersuchungen dennoch einen Beitrag zur Stützung von Erklärungen von Ursache-Wirkungs-Beziehungen (Bortz u. Döring 2006).

Da in dieser Studie insbesondere die Bewertungskriterien für den suchttherapeutischen Behandlungserfolg in der KJP von Newcomb und Bentler (1989) berücksichtigt werden sollen,

beziehen sich die Hypothesen neben dem Aspekt des Substanzkonsums ebenso auf Aspekte der sozialen Integration und Art der Behandlungsbeendigung. Außerdem sollen neben gendertypischen Merkmalen relevante psychiatrische Komorbiditäten und deren prognostische Bedeutung näher betrachtet werden. Zuletzt wird der Einfluss einer konsumierenden Peergroup nach der Therapie und die Abstinenzorientierung der Jugendlichen im Verlauf untersucht.

Alle in Abschnitt 1.6.2 formulierten Hypothesen sind Alternativhypothesen. Die Testrichtung (einseitig oder zweiseitig) ergibt sich aus der Formulierung der jeweiligen Alternativhypothese. Teilweise werden in einer Alternativhypothese Aussagen über mehrere Merkmale getroffen, die im Verlauf getrennt getestet und im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse ebenfalls differenziert besprochen werden.

2.6 Qualitativer Teil

„Quantitative Methoden sind nicht angemessen, wenn das Erleben des Menschen im Mittelpunkt der Untersuchung steht.“ (Hussy et al. 2013) Diese Kritik an der quantitativen Methodik bezieht sich darauf, dass mit ihr Zusammenhänge mithilfe definierter Variablen zergliedert und isoliert, möglichst ohne den Einfluss alltäglicher Störfaktoren, dargestellt werden sollen. Wohingegen der Anspruch der qualitativen Methodik gerade darin besteht, Gegenstände und Zusammenhänge zu untersuchen, ohne diese losgelöst aus dem Kontext einer individuellen, komplex konstituierten Lebenswirklichkeit eines Menschen zu betrachten (Mayring 2010b). Als Ergänzung zu quantitativen Forschungsmethoden wurde deshalb die qualitative Forschung entwickelt, auch wenn eine strikte Trennung nicht immer vorgenommen werden kann. Es existiert eine Vielzahl von kaum überschaubaren qualitativen Forschungsmethoden. Aus diesem Grund ist es schwierig eine einheitliche Definition für qualitative Forschung zu finden, die allen Ansätzen gleichermaßen gerecht wird. Sowohl die quantitative als auch die qualitative Forschung sind empirische und systematische Ansätze, Unterschiede gibt es in der Bedeutung von Flexibilität. Ihr wird in der qualitativen Forschung ein höherer Stellenwert zugeschrieben, auch wenn darunter unter Umständen die Systematik leidet. So nimmt beispielsweise die Rekonstruktion von Bedeutung, im Gegensatz zur quantitativen Forschung, in der qualitativen Forschung eine zentrale Rolle ein (Hussy et al. 2013; Sedlmeier u. Renkewitz 2008). Mayring (2010b) beschreibt dies folgendermaßen: „Der qualitativ-verstehende Ansatz »versteht« sich dabei immer dahingehend, Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur analysieren zu können, sondern sich

in sie hineinzuversetzen, sie nachzuerleben oder sie zumindest nacherlebend sich vorzustellen.“

2.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Momentan lässt sich in den meisten sozialwissenschaftlichen Disziplinen ein übergreifender Trend hin zu qualitativen Forschungsmethoden beobachten (Mayring 2010b).
Für die qualitative Auswertung kommt in dieser Studie die Arbeitstechnik der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2000) zum Einsatz. Mit ihrem Ursprung in den Kommunikationswissenschaften wurde die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring weiterentwickelt und auf qualitativ-interpretative Auswertungsschritte übertragen. Das Datenmaterial kann jede Art von festgehaltener Kommunikation sein, z.B. Gesprächsprotokolle, Dokumente oder Video- und Tonmaterial (Mayring 2000). „Die qualitative Inhaltsanalyse stellt also einen Ansatz empirischer, methodisch kontrollierter Auswertung auch größerer Textkorpora dar, wobei das Material, in seinen Kommunikationszusammenhang eingebettet, nach inhaltsanalytischen Regeln ausgewertet wird, ohne dabei in vorschnelle Quantifizierungen zu verfallen.“ (Mayring 2000) Mayring betont mehrfach die Bedeutung der Systematik für das von ihm entwickelte methodische Vorgehen, so soll die Inhaltsanalyse stets regelgeleitet, anhand eines konkreten Ablaufmodells vollzogen werden, um sie überprüfbar zu machen (Mayring 2010b).

Die vorgeschlagenen drei Grundtechniken der qualitativen Inhaltsanalyse sind:

- *Zusammenfassen* des Textes auf die wesentlichen Bestandteile und Darstellung der Kernaussagen, induktive Kategorienbildung als wichtige Vorgehensweise.
- *Explikationen* sollen durch Rückgriff auf den Kontext der Textstelle unklare Textstellen verständlich machen.
- *Strukturierung* soll eine Querauswertung im Textmaterial ermöglichen, dabei wird mit bereits gebildeten Kategorien gearbeitet, wodurch eine Systematisierung des Textmaterials ermöglicht wird.

(Mayring 2010a)

Zentraler Bestandteil der Inhaltsanalyse ist das Kategoriensystem (Mayring 2010b). Die Zuordnung der Kategorien zu bestimmten Textstellen erfolgt nach vorher genau festgelegter

Definition der Kategorien bzw. Gruppierung in Hauptkategorien im Rahmen einer regelgeleiteten Interpretation. Hierbei werden Interpretationsentscheidungen getroffen (Mayring 2010a). Es werden zwei Formen der Kategoriendefinition unterschieden: Im Rahmen der *deduktiven* Kategoriendefinition werden Kategorien durch neue theoretische Überlegungen, unter Einbezug des Forschungsstands oder durch Übernahme aus Voruntersuchungen, bestimmt. Bei der *induktiven* Kategoriendefinition werden Kategorien hingegen direkt aus der Arbeit mit dem Ausgangsmaterial abgeleitet und keine vorformulierten Konzepte berücksichtigt (Mayring 2010b).

2.6.2 Systematische Erarbeitung des Kodierleitfadens

Das von Mayring geforderte systematische Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse verlangt zunächst die Festlegung des Ausgangsmaterials und die Definition von Analyseeinheiten wie Kodiereinheiten und Auswertungseinheiten.

Das Ausgangsmaterial für die qualitative Inhaltsanalyse in dieser Arbeit stammt von zwei unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten und –formen. Im ersten Teil wurde Antwortmaterial aus zwei offenen Fragen als Bestandteil des Entlassungsfragebogens verwendet. Hierbei handelt es sich um handschriftliche Aufzeichnungen der Jugendlichen, kurz vor der Entlassung aus der Therapie bei clean.kids. Der zweite Teil des Antwortmaterials wurde im Rahmen des katamnestischen Telefoninterviews mit den Jugendlichen, vier Monate nach deren Entlassung aus clean.kids, durch drei offene Fragen gewonnen. Alle Patientinnen und Patienten konnten sowohl im Entlassungsfragebogen als auch während des Katamneseinterviews auf jede Frage beliebig viele Antworten geben. Die so gewonnenen Antworten der Jugendlichen liegen mehrheitlich als knappe, stichwortartige Aufzeichnungen vor.

Aufgrund dieser extrem komprimierten Form des Ausgangsmaterials wurde die Kodiereinheit, also die minimale Texteinheit für die eine Kategorie zugeteilt werden kann, entsprechend minimalistisch auf ein einzelnes Wort festgelegt. Kennzeichnend für die Antworten sind außerdem die stark umgangssprachliche Form sowie der jugendtypische Jargon. Als Auswertungseinheit wurde jeweils eine Frage definiert.

Oft liegt zu Beginn einer qualitativen Inhaltsanalyse für jede Probandin und jeden Probanden ein großer Umfang an festgehaltener Kommunikation vor, der nicht selten mehrere Seiten umfasst. Hieraus leiten sich die Zusammenfassung als weiterer Analyseschritt ab. Sie hat zum Ziel, die inhaltsanalytisch relevanten Teile in eine komprimierte Form zu transformieren, anhand derer die Bildung von Kategorien möglich wird. Aufgrund der Kürze der meisten Antworten der Jugendlichen war eine Zusammenfassung nicht nötig. Es wurden keine

Textpassagen gestrichen und aufgrund der Prägnanz der meisten Antworten auch keine nennenswerten Paraphrasierungen, wie sie von Mayring vorgeschlagen werden, vorgenommen. Die insgesamt fünf offenen Fragen wurden aus dem Katamnesefragebogen der Vorarbeit bei clean.kick von Fetzer (2008) übernommen. Zunächst erfolgte die Festlegung der Kategorien ohne vorherige Durchsicht des Materials mithilfe der Technik der deduktiven Kategorienbildung. Hierbei diente das von Fetzer (2008) erstellte Kategoriensystem als Grundlage, da der Schwerpunkt der qualitativen Inhaltsanalyse in dieser Arbeit auf einem Vergleich der Daten von clean.kids mit den qualitativen Daten aus der Vorarbeit bei clean.kick liegen soll und für die Vergleichbarkeit der Daten ein möglichst ähnliches Kategoriensystem wünschenswert ist. Anschließend wurde das Material in einem Probedurchgang mit den deduktiv gebildeten Kategorien kodiert. Es zeigte sich, dass sich die Kategorien aus der Vorarbeit bei clean.kick auch für das Material aus clean.kids grundsätzlich eignen. Nichtsdestotrotz wurden durch induktive Kategorienbildung, also der Ableitung und Präzision der Kategorien aus dem Material selbst, einige Erweiterungen und Anpassungen vorgenommen. In mehreren Probedurchgängen wurden die definierten Kategorien, Ankerbeispiele und Kodierregeln am Material angewendet, überarbeitet und ein vorläufig gültiges Kategoriensystem erstellt.
Da die Kodierung zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität[1] später von mehreren Personen durchgeführt werden sollte, wurde ein Kodierleitfaden (s. Anhang) erstellt, den alle Beteiligten zusammen mit dem nach Fragen gegliederten Antwortmaterial ausgehändigt bekamen. Dieser Leitfaden enthält neben Informationen zum Ablauf des Kodierprozesses auch das Kategoriensystem. Jede Kategorie ist darin präzise definiert, mit Ankerbeispielen aus dem Material versehen und um Kodierregeln erweitert, falls Abgrenzungsprobleme zwischen bestimmten Kategorien bestünden. Er diente den externen Ratern als Hilfestellung. Dadurch sollte gewährleistet werden, dass trotz ihres geringeren Kenntnisstands bezüglich des Materials eine eindeutige und regelgeleitete Kodierung der Antworten erfolgen konnte.

2.6.3 Gütekriterien

„Wenn die Inhaltsanalyse den Status einer sozialwissenschaftlichen Forschungsmethode für sich beanspruchen will, so muss sie sich Gütekriterien stellen, muss jede einzelne Analyse anhand solcher Gütekriterien auf ihre Tauglichkeit hin eingeschätzt werden.“ (Mayring 2010b) Es zeigte sich jedoch, dass eine Übertragung der „klassischen“ Gütekriterien auf die

[1] inhaltsanalytisches Gütekriterium (s. Abschnitt 2.6.3)

qualitative Inhaltsanalyse nicht ohne weiteres erfolgen kann und daher spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien entwickelt werden mussten (Mayring 2010b).

Zwei bedeutende Gütekriterien in der Inhaltsanalyse stellen die Intrarater-Reliabilität und in besonderem Maße die Interrater-Reliabilität dar. Bei der Überprüfung der Intrarater-Reliabilität wird nach Abschluss der Analyse das Textmaterial von derselben Person erneut durchgearbeitet, ohne dass die bereits erstellte Kodierung angesehen wird. Ergibt sich daraus eine hohe Übereinstimmung, so ist das Verfahren als stabil anzusehen. Die Interrater-Reliabilität ist eines der wichtigsten Gütekriterien der Inhaltsanalyse. Das Material und ein Kodierleitfaden werden hierbei einer oder mehreren anderen Personen vorgelegt, die die Kodierung unter denselben Rahmenbedingungen wie die erstkodierende Person durchführen. Treten Nicht-Übereinstimmungen auf, werden die entsprechenden Textstellen in einer Kodierkonferenz besprochen. Eine Nicht-Übereinstimmung ist erst gültig, wenn die zweitkodierende Person der erstkodierenden Person eine Fehlkodierung nachweisen kann, weil die erstkodierende Person in der Regel über mehr Hintergrundwissen zum Textmaterial und zur Stichprobe verfügt. Es ist nicht wahrscheinlich, dass bei induktiver Kategorienbildung eine hundertprozentige Übereinstimmung erzielt wird. Erweisen sich die nach diesem Verfahren erarbeiteten Kategorien in Bezug auf bestimmte Textstellen als stabil, so entspricht dies bereits dem Ergebnis der Analyse (Mayring 2010a).

Mayring (2010b) hält das von Krippendorf vorgestellte Konzept zu inhaltsanalytischen Gütekriterien für geeignet. Darin werden vier Quellen von Nicht-Reliabilität beschrieben, die es zu überprüfen und auszuschließen gilt. Miteingeschlossen ist die Interrater-Reliabilität, die mittels Cohens Kappa quantifiziert werden kann. Mayring (2010b) benennt für die Interrater-Reliabilität einen Cohens Kappa Wert von 0,7 und höher als ausreichend. Landis und Koch (1977) schlagen die folgende genauere Einordnung errechneter Werte mit dem Cohens Kappa vor:

$\kappa < 0$: mangelhafte Übereinstimmung

$\kappa = 0$ - 0,20: geringfügige Übereinstimmung

$\kappa = 0{,}21$ - 0,40: ausreichende Übereinstimmung

$\kappa = 0{,}41$ - 0,60: mittelgradige Übereinstimmung

$\kappa = 0{,}61$ - 0,80: weitgehende Übereinstimmung

$\kappa = 0{,}81$ - 1,00: (nahezu) vollständige Übereinstimmung

Im Verlauf der in dieser Arbeit durchgeführten Inhaltsanalyse wurde das Antwortmaterial zusammen mit dem Kodierleitfaden zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von clean.kids vorgelegt und von diesen bearbeitet. Darunter die Chefärztin, die therapeutische Leiterin, ein Oberarzt und der Autor. Alle vier Personen sind mit der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse vertraut und kodierten die Antworten unabhängig voneinander.

2.6.4 Auswertung

Die Darstellung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der qualitativen Inhaltsanalysen von clean.kids und clean.kick erfolgt zunächst deskriptiv. Als Grundlage für den Vergleich dienen die inhaltsanalytischen Ergebnisse aus der Arbeit von Fetzer (2008). Die Stichprobengröße in dieser Voruntersuchung beträgt n=37 und ist daher mit den Stichprobengrößen der Gruppen A (n=28) und B (n=39) in dieser Untersuchung vergleichbar. Unterschiede gibt es bei der Art und dem Zeitpunkt der Datenerhebung. In der Untersuchung von Fetzer (2008) waren die fünf offenen Fragen Teil des Katamneseinterviews, das ein Jahr nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten aus clean.kick durchgeführt wurde. Für clean.kids wurde das Untersuchsdesign, basierend auf den Erfahrungen aus der Vorarbeit bei clean.kick, modifiziert. Die Fragen, die sich direkt auf die Erfahrungen in der Therapie beziehen, wurden in den Entlassungsfragebogen integriert. Man erhoffte sich durch die Einführung des Entlassungsfragebogens und die Verkürzung des Katamnesezeitraums noch mehr Patientinnen und Patienten zu erreichen, da Fetzer (2008) Probleme bei der telefonischen Erreichbarkeit der Jugendlichen beschreibt.
Da für die qualitative Erhebung bei clean.kids dieselben Fragen verwendet wurden wie in der Voruntersuchung bei clean.kick und das Kategoriensystem aus clean.kick für die Antworten der Patientinnen und Patienten von clean.kids nur an wenigen Stellen modifiziert werden musste, ist ein Vergleich der Unterschiede zwischen den Antworthäufigkeiten von clean.kick und clean.kids möglich. Es wurden alle Kategorien einer Frage zwischen clean.kids und clean.kick mit dem Chi-Quadrat-Test auf Unterschiede überprüft, die sich im Kategoriensystem für die jeweilige Frage in beiden Arbeiten glichen.

Mit der in Abschnitt 1.6.3 formulierten Hypothese soll außerdem statistisch überprüft werden, ob Jugendliche von clean.kids seltener Konfliktsituationen mit Mitpatientinnen und Mitpatienten als problematisch beschreiben als die Jugendlichen von clean.kick. Für diesen Zweck wurde eine Kreuztabelle erstellt, in der das nominalskalierte Merkmal „Konflikte mit

Mitpatientinnen und Mitpatienten“ (ja / nein) als abhängige Variable, die beiden Untersuchungsgruppen von clean.kids (n=39) und clean.kick (n=37) als unabhängige Variable diente.

2.7 Hilfsmittel bei der statistischen Auswertung und Testwahl

Aus allen im Untersuchungszeitraum erhobenen Daten wurde ein Datensatz mit der Software IBM SPSS Statistics 24 angelegt. Es erfolgten mehrfach Korrekturdurchgänge, um Eingabefehler vor der Auswertung der Daten zu erkennen. Für alle Auswertungsverfahren und Grafiken wurde IBM SPSS Statistics 24 verwendet. Vor der Auswahl des jeweiligen statistischen Testverfahrens wurde geprüft, ob die Voraussetzungen der Daten für die Testanwendungen erfüllt waren und gegebenenfalls alternative Tests verwendet, wenn die Voraussetzungen verletzt wurden.

Für alle Tests wurde ein Signifikanzniveau von 5% gewählt ($p \leq 0,05$). Auf eine nachträgliche qualitative Interpretation der Irrtumswahrscheinlichkeit (z.B. $p<0,01$: hoch signifikant oder $p<0,001$: höchst signifikant) wurde verzichtet, da dies der Logik des klassischen Signifikanztests widerspricht (Döring u. Bortz 2016).

Im Falle eines signifikanten Ergebnisses bei der Hypothesenprüfung ist die Effektstärke angegeben, um die Ergebnisse bezüglich ihrer praktischen Bedeutung interpretierbar zu machen. Für die Berechnung und Angabe der Effektstärke existieren zahlreiche Prüfgrößen. In dieser Arbeit wird das etablierte standardisierte Effektgrößenmaß Cohens d verwendet. Gegebenenfalls wurden andere Prüfgrößen in die Prüfgröße d umgerechnet (Lenhard u. Lenhard 2014).

Für das Gruppendifferenzmaß *Cohens d* bei zwei Gruppen werden die folgenden, von Döring u. Bortz (2016) benannten Referenzwerte angegeben:

0,20: geringer Effekt

0,50: mittlerer Effekt

0,80: starker Effekt.

Bei der Interpretation des *Korrelationskoeffizienten r* werden nach Cohen (1988) die folgenden Intervalle verwendet:

0,1 bis 0,3: kleiner Effekt

0,3 bis 0,5: mittlerer Effekt

>0,5: starker Effekt.

Die metrischen Daten wurden vor der Testwahl mit dem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft. Die Tests zeigen in allen Fällen eine Verteilung der Daten, die nicht der Normalverteilung entspricht, somit wurden für diese Daten anstelle des t-Tests und der Varianzanalyse die entsprechenden nicht-parametrischen Tests verwendet. Die gewählten Tests sind jeweils im Ergebnisteil mit angegeben.

Für dichotom-kodierte Merkmale wurde der Chi-Quadrat-Test bzw. der McNemar-Test eingesetzt, je nachdem ob die Stichproben unabhängig oder verbunden sind. Trat bei einem Chi-Quadrat-Test eine erwartete Häufigkeit <5 in einer oder mehreren Zellen auf, wurde der Fisher-Yates-Test (Exakter Chi-Quadrat-Test) eingesetzt. Bei einem Chi-Quadrat-Test mit einer Anzahl der Fälle von n<60, ist bei der Teststatistik die Yates-Korrektur (Kontinuitätskorrektur) angegeben.

Bei ordinal- und kardinalskalierten Daten und zwei Untersuchungsgruppen wurde der Mann-Whitney-U-Test und der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test eingesetzt, je nachdem ob die Stichproben unabhängig oder verbunden sind. Bei Stichprobengrößen von n<25 wurde bei der Wahl dieser beiden Testverfahren die exakte Teststatistik verwendet. Für den Vergleich von mehr als zwei Untersuchungsgruppen wurde für ordinal- und kardinalskalierte Daten der Kruskal-Wallis-H-Test verwendet.

(Bortz et al. 2008, Janssen u. Laatz 2013)

3 Ergebnisse

3.1 Darstellung der Untersuchungsgruppen

Im Folgenden werden die drei Untersuchungsgruppen statistisch auf Unterschiede bezüglich der acht relevanten Merkmale überprüft. Statistisch signifikante Unterschiede bei mehreren untersuchten Merkmalen würden die Repräsentativität der Stichproben A bis C in Frage stellen. In einem solchen Fall wäre zu vermuten, dass es bei den verschiedenen Gruppen zu einer unbeabsichtigten Selektion der Patientinnen und Patienten gekommen ist. In der Evaluationsforschung werden Untersuchungen an Populationen, die sich bei mehreren relevanten Merkmalen von der Grundgesamtheit deutlich unterscheiden, als nicht aussagekräftig beurteilt.

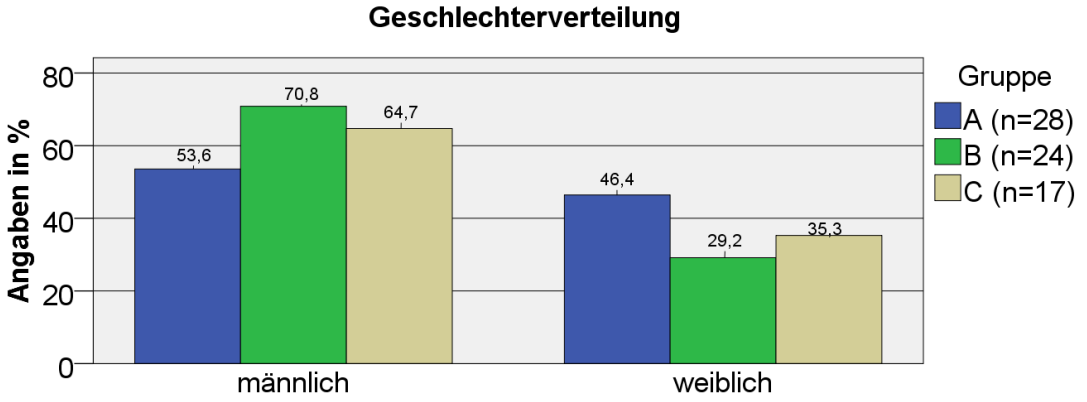

Abb. 2: Geschlechterverteilung, Gruppe A – C
Geschlechterverteilung innerhalb der Interventionsstichprobe (n=69) nach Aufteilung in 3 Untersuchungsgruppen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Betrachtet man die Verteilung der Geschlechter, so sind die Mädchen in jeder Gruppe in der Unterzahl (Abb. 2). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung unterscheiden sich die drei Gruppen nicht signifikant ($\chi^2(2,N=69)=1{,}695$, $p=0{,}429$ n.s.).

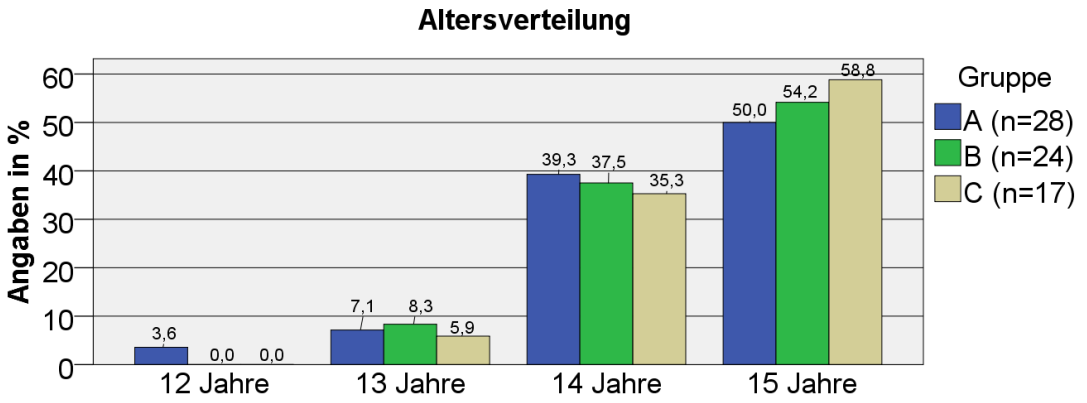

Abb. 3: Altersverteilung, Gruppe A – C
Altersverteilung innerhalb der Interventionsstichprobe (n=69) nach Aufteilung in 3 Untersuchungsgruppen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Bei der Altersverteilung zeigt sich eine klare Tendenz: 15-jährige Jugendlichen machen in jeder Gruppe den größten Anteil aus, gefolgt von den 14-Jährigen (Abb. 3). Die 12- bis 13-jährigen Jugendlichen sind in allen Gruppen deutlich unterrepräsentiert. Unterschiede in der Altersverteilung zwischen den drei Gruppen sind nicht signifikant (H(2,N=69)=0,447, p=0,800 n.s.).

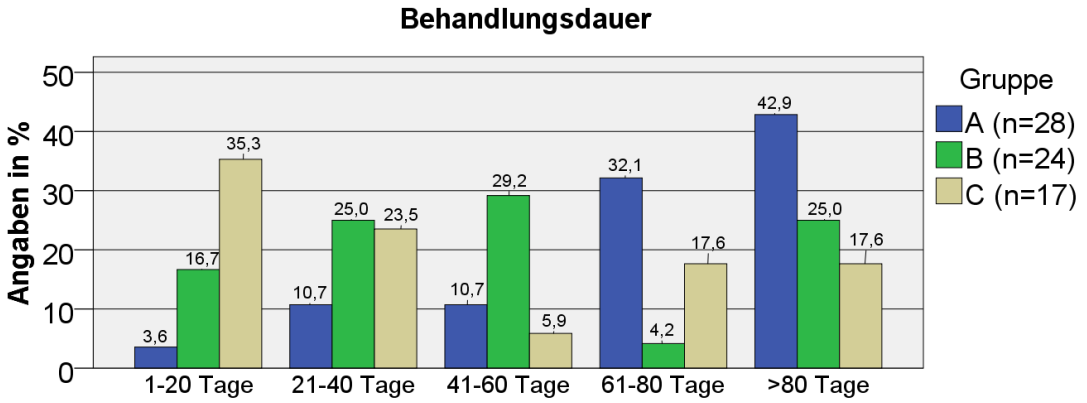

Abb. 4: Behandlungsdauer, Gruppe A – C
Behandlungsdauer innerhalb der Interventionsstichprobe (n=69) nach Aufteilung in 3 Untersuchungsgruppen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Statistisch signifikante Unterschiede bei der Merkmalsverteilung zwischen den Gruppen A bis C bestehen bei der Behandlungsdauer (Abb. 4; H(2,N=69)=12,227, **p=0,002***). Jugendliche der Gruppe A hatten durchschnittlich die längste Behandlungsdauer (M=70,71, SD=22,49), gefolgt von Gruppe B (M=49,63, SD=33,37). Die kürzeste Behandlungsdauer ist in Gruppe C zu verzeichnen (M=40,82, SD=31,60).

Bei der Anzahl der Wiederaufnahmen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen A bis C (H(2,N=69)=5,884, p=0,054 n.s.). Die meisten Patientinnen und Patienten aus allen drei Gruppen hatten entweder nur einen Aufenthalt bei clean.kids oder wurden einmal wiederaufgenommen.

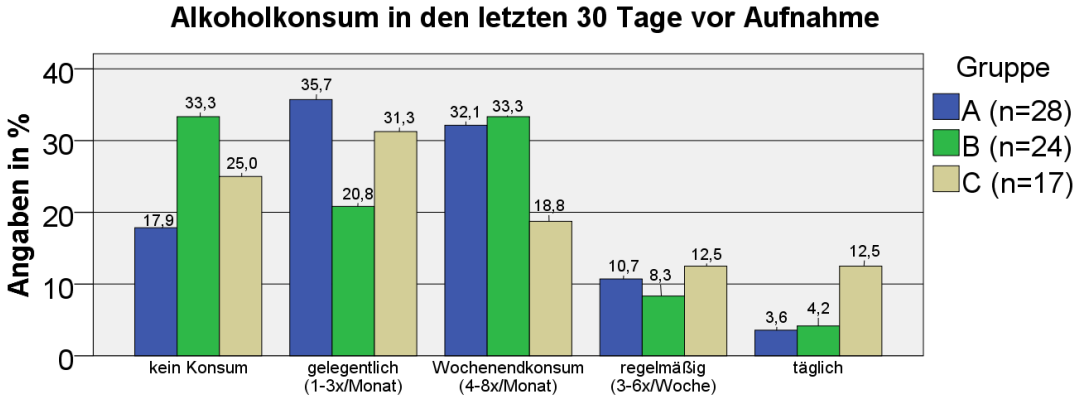

Abb. 5: Alkoholkonsum vorher, Gruppe A – C
Alkoholkonsum der Jugendlichen aus der Interventionsstichprobe (n=69) vor der Therapie bei clean.kids nach Aufteilung in 3 Untersuchungsgruppen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Beim Konsumverhalten von Alkohol zeigt sich in allen Gruppen ein Verteilungsmuster, das sich am ehesten als moderater Konsum beschreiben lässt. Regelmäßig oder täglich konsumierte nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten aus den Gruppen A bis C (Abb. 5). Im statistischen Test sind die Unterschiede in der Konsumhäufigkeit von Alkohol zwischen den Untersuchungsgruppen nicht signifikant (H(2,N=69)=0,442, p=0,802 n.s.).

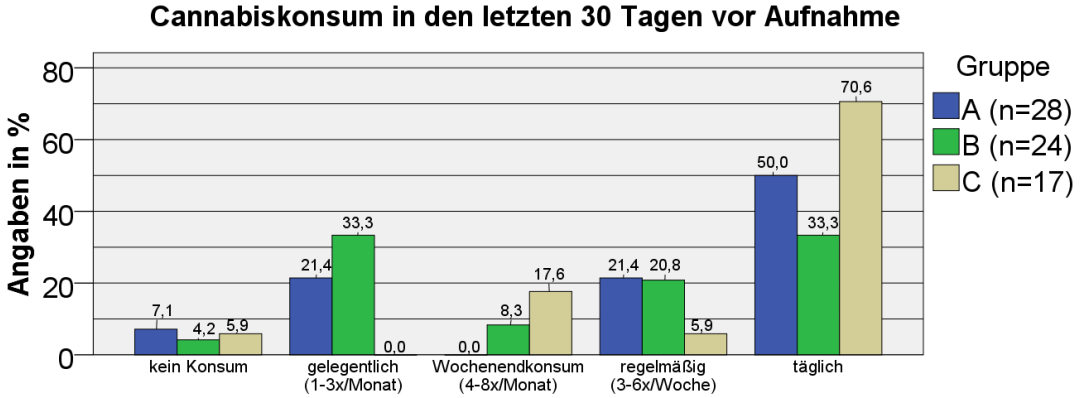

Abb. 6: Cannabiskonsum vorher, Gruppe A – C
Cannabiskonsum der Jugendlichen aus der Interventionsstichprobe (n=69) vor der Therapie bei clean.kids nach Aufteilung in 3 Untersuchungsgruppen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Betrachtet man das Konsumverhalten von Cannabis vor der Therapie, so zeigt sich im Vergleich zum Alkoholkonsum ein im weitesten Sinne gegensätzliches Bild (Abb. 6). In allen Gruppen konsumierte ein großer Teil der Jugendlichen in den vier Wochen vor Therapiebeginn regelmäßig oder täglich Cannabis, wohingegen nur wenige Jugendliche ein moderates Konsumverhalten aufwiesen. Die Unterschiede in der Konsumhäufigkeit sind zwischen den Gruppen auch in diesem Fall nicht signifikant (H(2,N=69)=5,065, p=0,079 n.s.).

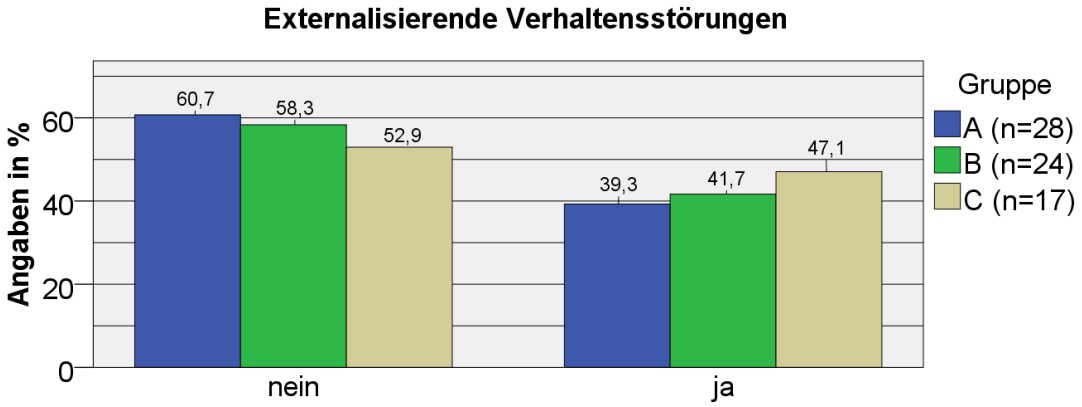

Abb. 7: Externalisierende Verhaltensstörung, Gruppe A – C
Anteil der Jugendlichen aus der Interventionsstichprobe (n=69) mit der Diagnose einer externalisierenden Verhaltensstörung nach Aufteilung in 3 Untersuchungsgruppen. Zu den externalisierenden Verhaltensstörungen zählen Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Unter dem Begriff der externalisierenden Verhaltensstörungen werden die Hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens zusammengefasst. Es ist zu erkennen, dass innerhalb der Gruppen zwischen 39% bis 47% der Patientinnen und Patienten als Komorbidität eine externalisierende Verhaltensstörung aufweisen (Abb. 7). Im Chi-Quadrat-Test zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens einer externalisierenden Verhaltensstörung zwischen den Gruppen A bis C (χ^2(2,N=69)=0,264, p=0,876 n.s.).

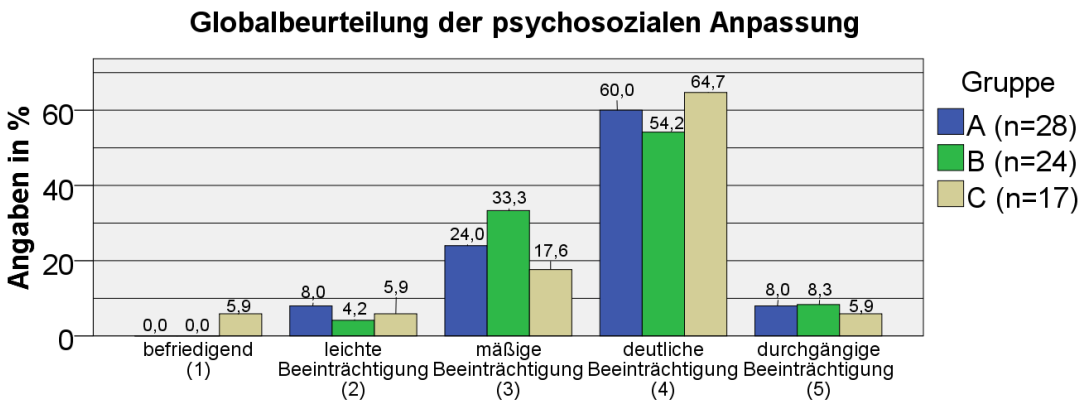

Abb. 8: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Gruppe A – C
Die Abbildung zeigt die während der Behandlung bei clean.kids vorgenommene Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung der Jugendlichen aus der Interventionsstichprobe (n=69) nach Aufteilung in 3 Untersuchungsgruppen. Die Quantifizierung der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung erfolgt über eine neunstufige Ordinalskala (Skalenwert 0=herausragende Funktion, Skalenwert 8=tiefe/durchgängige soziale Beeinträchtigung). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Aus Abbildung 8 geht hervor, dass der Grad der Beeinträchtigung in Bezug auf die in Achse VI der im MAS kodierten Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung in den Gruppen A bis C weitestgehend homogen verteilt ist. Im Kruskal-Wallis-H-Test sind die Unterschiede in der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung zwischen den drei Gruppen nicht signifikant (H(2,N=69)=0,282, p=0,869 n.s.).

Nach der differenzierten Betrachtung der Gruppen A bis C soll nun noch überprüft werden, ob die Einwilligung der Eltern und der Jugendlichen in die Teilnahme an der Studie ein Selektionskriterium darstellte. Für diesen Zweck wurden alle Patientinnen und Patienten, die im Untersuchungszeitraum nicht für die Studienteilnahme gewonnen werden konnten, der Gruppe D (n=41) zugewiesen und deren BADO-Daten betrachtet. Alle zuvor zwischen den Gruppen A bis C durchgeführten Test wurden jetzt noch einmal zwischen den vier Gruppen A bis D wiederholt und auf statistisch signifikante Unterschiede hin überprüft. Die Ergebnisse sind der folgenden Übersicht zu entnehmen (Tab. 1).
Auch in der Betrachtung aller Gruppen zeigt sich für das Merkmal Behandlungsdauer ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Alle anderen getesteten Merkmale weisen hingegen in ihrem Verteilungsmuster zwischen den Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede auf.

Tab. 1: Vergleich der Untersuchungsgruppen, Überblick

*Die Tabelle zeigt die Ergebnisse der statistischen Berechnungen signifikanter Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen A-C bzw. A-D in Bezug auf relevante Merkmale. Die Gruppen A-C entsprechen zusammen der Interventionsstichprobe (n=69), die Gruppen A-D bilden zusammen die Grundgesamtheit (N=110). Die Quantifizierung des Alkohol- bzw. Cannabiskonsums erfolgte über eine fünfstufige Ordinalskala (Skalenwert 1=kein Konsum, Skalenwert 5=täglicher Konsum). Die Quantifizierung der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung erfolgte über eine neunstufige Ordinalskala (Skalenwert 0=herausragende Funktion, Skalenwert 8=tiefe/durchgängige soziale Beeinträchtigung). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, min.=minimal, max.=maximal, m=männlich, w=weiblich, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, χ2=Chi-Quadrat, H=Kruskal-Wallis-H-Test, bzw.=beziehungsweise.*

	Gruppe A (n=28)	**Gruppe B (n=24)**	**Gruppe C (n=17)**	**Gruppe D (n=41)**	**Unterschiede Gruppen A – C** Chi-Quadrat-Test, Kruskal-Wallis H-Test	**Unterschiede Gruppen A – D** Chi-Quadrat Test, Kruskal-Wallis H-Test
Geschlecht	m=15 w=13	m=17 w=7	m=11 w=6	m=24 w=17	$\chi^2(2,N=69)=1,695$, p=0,429 n.s.	$\chi^2(3,N=110)=1,826$, p=0,609 n.s.
Alter	M=14,36 SD=0,78	M=14,46 SD=0,66	M=14,54 SD=0,62	M=14,49 SD=0,75	H(2,N=69)=0,447, p=0,800 n.s.	H(3,N=110)=0,813, p=0,846 n.s.
Behandlungsdauer (Tage)	M=70,71 SD=22,49	M=49,63 SD=33,37	M=40,82 SD=31,60	M=38,00 SD=31,28	H(2,N=69)=12,227, p=0,002*	H(3,N=110)=19,279, p=0,000*
Wiederaufnahmen	M=0,50 SD=1,04	M=0,79 SD=0,78	M=0,35 SD=0,61	M=0,44 SD=0,71	H(2,N=69)=5,884, p=0,054 n.s.	H(3,N=110)=6,690, p=0,082 n.s.
Alkoholkonsum vorher (min. 1, max. 5)	M=2,46 SD=1,04	M=2,29 SD=1,16	M=2,56 SD=1,37	M=2,54 SD=1,23	H(2,N=69)=0,442, p=0,802 n.s.	H(3,N=110)=0,550, p=0,908 n.s.
Cannabiskonsum vorher (min. 1, max. 5)	M=3,86 SD=1,43	M=3,46 SD=1,38	M=4,35 SD=1,17	M=3,98 SD=1,29	H(2,N=69)=5,065, p=0,079 n.s.	H(3,N=110)=5,502, p=0,139 n.s.
Externalisierende Verhaltensstörung	39,3%	41,7%	47,1%	53,7%	$\chi^2(2,N=69)=0,264$, p=0,876 n.s.	$\chi^2(3,N=110)=1,658$, p=0,646 n.s.
Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (min. 0, max. 8)	M=3,74 SD=0,76	M=3,67 SD=0,70	M=3,59 SD=0,94	M=4,12 SD=0,73	H(2,N=69)=0,282, p=0,869 n.s.	H(3,N=110)=6,426, p=0,093 n.s.

3.2 Beschreibung der Personengruppe

Falls nicht explizit gekennzeichnet, beziehen sich alle Grafiken und Angaben in diesem Teil der Arbeit auf die Grundgesamtheit (N=110). Fehlende oder unbekannte Werte werden als solche gekennzeichnet und dargestellt.

3.2.1 Soziodemographische Aspekte

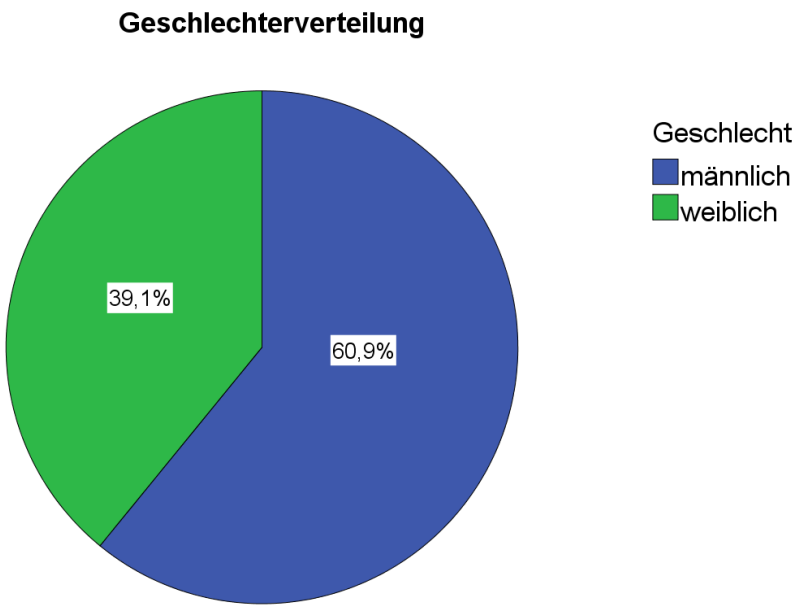

Abb. 9: Geschlechterverteilung
Geschlechterverteilung innerhalb der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Von den 110 Patientinnen und Patienten, die im Untersuchungszeitraum von November 2012 bis Januar 2015 aufgenommen wurden, sind 67 männlich und 43 weiblich. Dies entspricht einem Jungen-Mädchen-Verhältnis von ungefähr 1,6 zu 1 (Abb. 9).

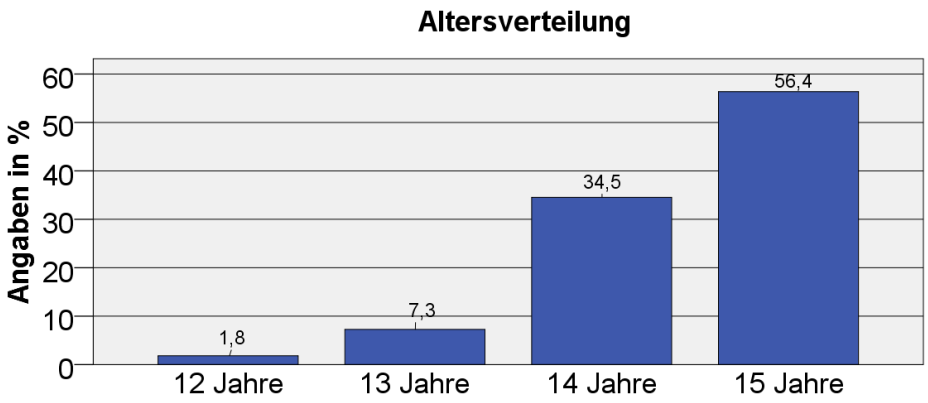

Abb. 10: Altersverteilung
Altersverteilung innerhalb der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Bei der Altersverteilung wird deutlich, dass die Gruppe der 12- und 13-Jährigen mit knapp 10% deutlich unterrepräsentiert ist (Abb. 10). Über 90% der Jugendlichen waren zum Aufnahmezeitpunkt 14 oder 15 Jahre alt. Das mittlere Alter der Stichprobe beträgt 14,45 Jahre (SD=0,712).

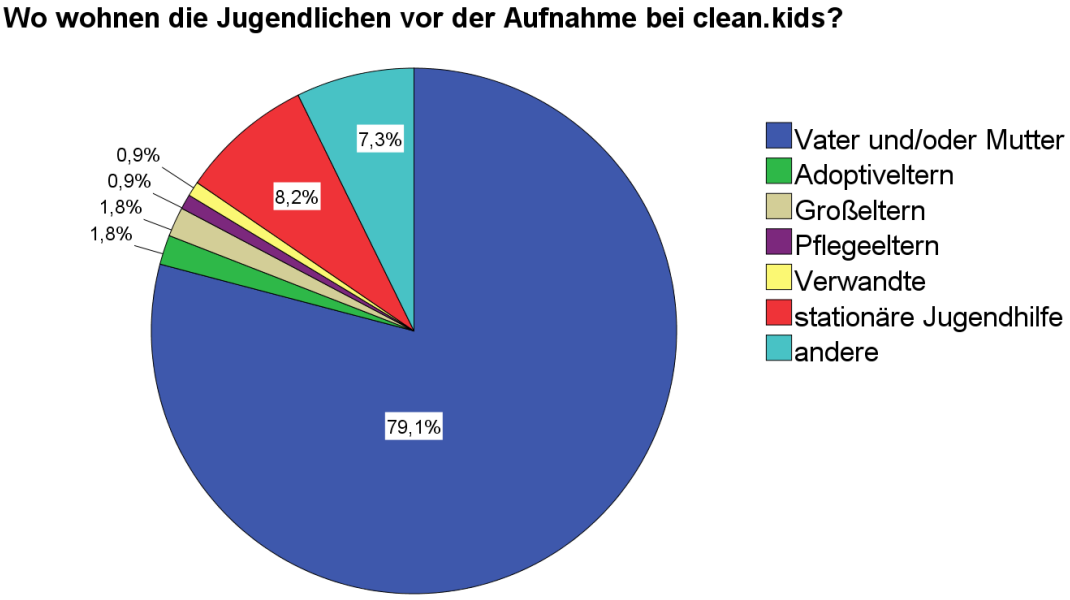

Abb. 11: Wohnsituation vorher
Wohnsituation der Jugendlichen vor der Aufnahme bei clean.kids. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Es zeigt sich, dass die meisten Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme bei mindestens einem leiblichen Elternteil wohnten (Abb. 11), gefolgt von einer Unterbringung

im Rahmen der stationären Jugendhilfe. Alle andere Wohnverhältnisse spielten kaum eine Rolle.

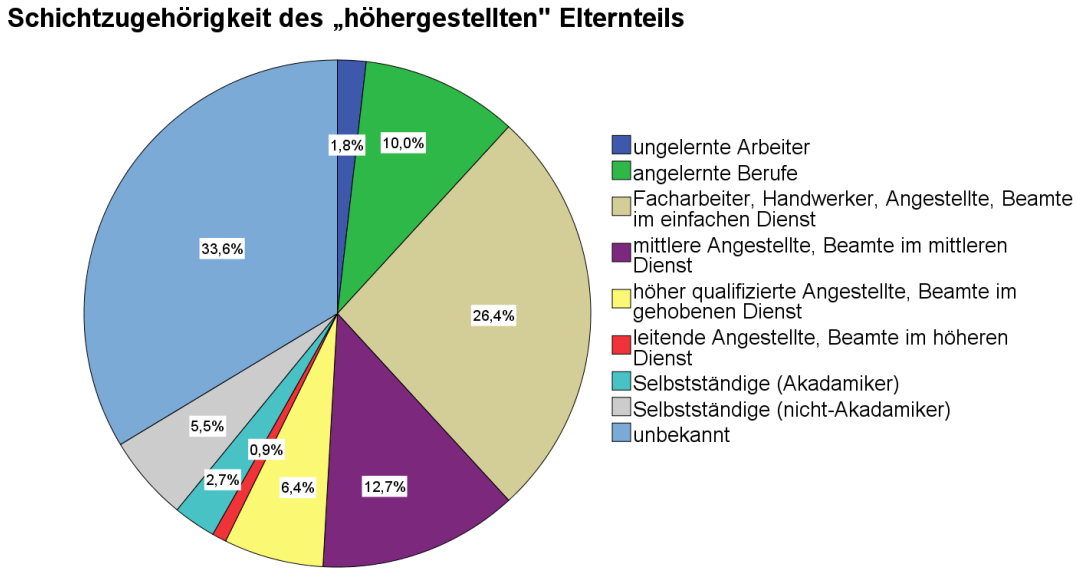

Abb. 12: Schichtzugehörigkeit des höhergestellten Elternteils
Schichtzugehörigkeit der Eltern der Jugendlichen innerhalb der Grundgesamtheit (N=110). Es wurde jeweils nur der höchste Bildungsabschluss eines Elternteils erfasst. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

In dieser Darstellung wird deutlich, dass ungefähr 40% der Patientinnen und Patienten einer eher niedrigen sozioökonomischen Gesellschaftsschicht („Arbeiterschicht“) angehören (Abb. 12). Knapp 20% der Jugendlichen kommen aus einem Elternhaus, in dem mindestens ein Elternteil mittel- oder höherqualifiziert ist. Nur 1% der Jugendlichen haben Eltern, die in der Arbeitswelt Führungspositionen einnehmen (Selbstständige ausgenommen). Von einem Drittel der Patientinnen und Patienten lagen keine Daten zur Schichtzugehörigkeit der Eltern vor.

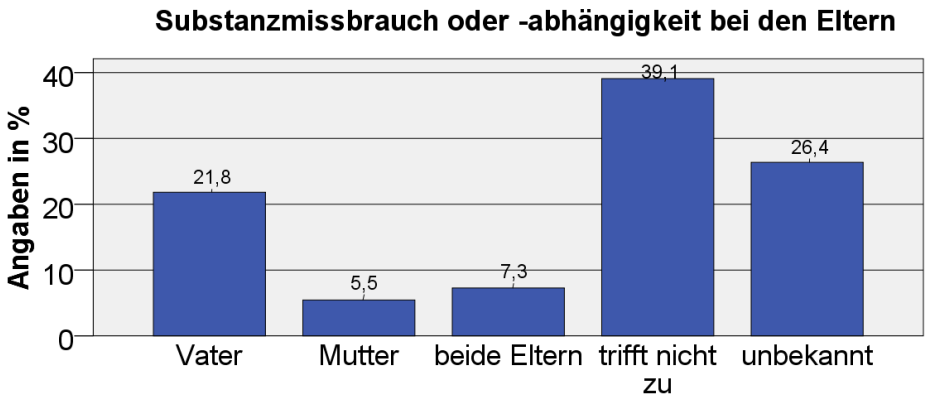

Abb. 13: Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit bei den Eltern
Substanzbezogene familiäre Belastung (Eltern) der Jugendlichen innerhalb der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Werden substanzbezogene Probleme der Eltern betrachtet (Abb. 13), ist zu erkennen, dass knapp 40% der Jugendlichen einem Elternhaus entstammen, in dem bei beiden Elternteilen weder ein Missbrauchsverhalten noch eine Abhängigkeit von Substanzen festzustellen ist. Gut jeder fünfte Vater und jede zwanzigste Mutter ist von einem Substanzmissbrauch oder einer Substanzabhängigkeit betroffen, bei über 7% der Jugendlichen sind es sogar Mutter und Vater. Insgesamt besteht bei über einem Drittel (34,9%) der Jugendlichen eine familiäre Situation, in der entweder ein Elternteil oder beide Eltern Substanzen in missbräuchlicher Weise konsumieren oder eine Abhängigkeitserkrankung haben.

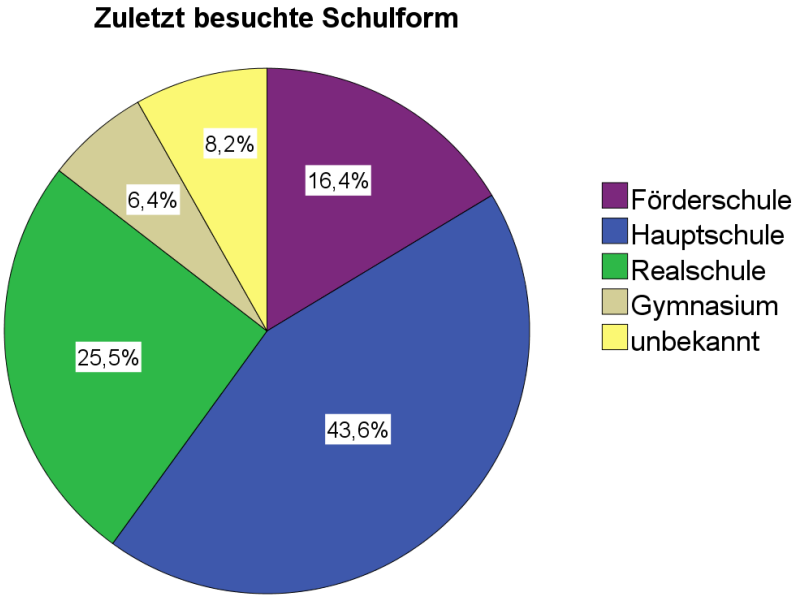

Abb. 14: Zuletzt besuchte Schulform
Zuletzt besuchte Schulform der Jugendlichen vor der Aufnahme bei clean.kids innerhalb der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

In Analogie zur vorangegangenen Darstellung der Schichtzugehörigkeit, zeigt sich bei der zuletzt besuchten Schulform, dass die meisten Patientinnen und Patienten (60%) die Haupt- oder Förderschule, also eine eher niedrigere Schulform, besuchten (Abb. 14). Ein Viertel besuchte die Realschule und nur 6,4% das Gymnasium.

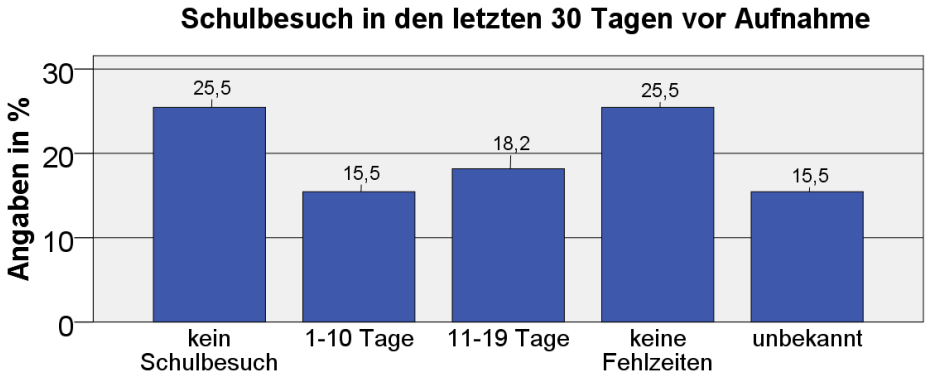

Abb. 15: Schulbesuch vorher
Anzahl der Tage an denen die Jugendlichen in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids die Schule besucht haben. Die Antwort 0 Tage entspricht in der Grafik der Bezeichnung „kein Schulbesuch"; die Antwort 20 Tage entpricht in der Darstellung der Bezeichnung „keine Fehlzeiten" und stellte in der Erhebung die maximale Anzahl an möglichen Schultagen pro Monat dar. Erhobene Daten aus der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Bei der Betrachtung des Schulbesuchs in den letzten vier Wochen vor der Aufnahme bei clean.kids wird deutlich, dass es keine klare Tendenz in der Regelmäßigkeit des Besuchs gibt (Abb. 15). Ein Viertel der Jugendlichen hatte keine Fehlzeiten, ein weiteres Viertel besuchte die Schule gar nicht. Dazwischen zeigen sich ebenfalls nur kleine Unterschiede, ähnlich viele Jugendliche besuchten die Schule eher unregelmäßig (1 bis 10 Tage) und eher regelmäßig (11 bis 19 Tage).



Abb. 16: Freizeitverhalten vorher
Soziales Umfeld in dem sich die Jugendlichen vor der Aufnahme bei clean.kids in ihrer Freizeit bewegt haben. Erhobene Daten aus der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Weit über die Hälfte aller Patientinnen und Patienten verbrachte die meiste freie Zeit vor der Therapie in einem konsumierenden Umfeld (Abb. 16). Nur insgesamt 18,2% der Jugendlichen verbrachten den Großteil ihrer Freizeit in einem Peer-Kontext, in dem Substanzkonsum keine wichtige Rolle spielte.

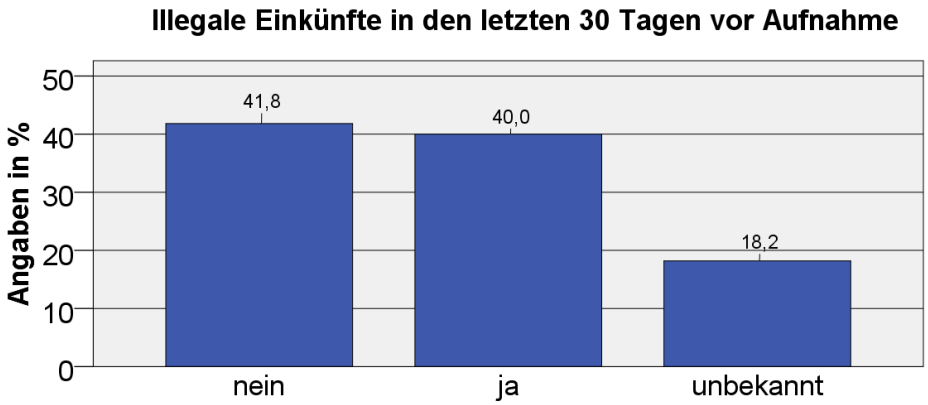

Abb. 17: Illegale Einkünfte vorher
Die Abbildung stellt dar, wie groß der Anteil der Jugendliche aus der Grundgesamtheit (N=110) ist, die 30 Tage vor der Aufnahme bei clean.kids finanzielle Einkünfte aus illegalen Quellen hatten (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl, z.B.=zum Beispiel.

Die Zahl der Jugendlichen, die vier Wochen vor der Therapie illegale Einkünfte hatten, ist ungefähr so groß wie die Zahl der Jugendlichen, die vor der Therapie keine illegalen Einkünfte hatte (Abb. 17).

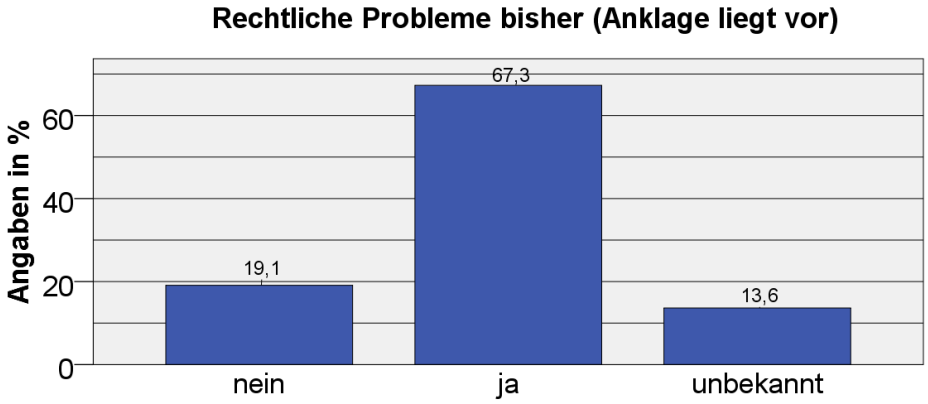

Abb. 18: Rechtliche Probleme (Anklagen)
Die Abbildung stellt dar, wie groß der Anteil der Jugendliche aus der Grundgesamtheit (N=110) ist, die zum Zeitpunkt der Aufnahme bei clean.kids schon einmal rechtliche Probleme im Sinne von laufenden oder abgeschlossenen Strafverfahren hatten, unabhängig davon, ob es zu Verurteilungen kam oder nicht. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Über zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten sind vor der Therapie schon mindestens einmal mit dem Gesetz in Konflikt geraten und wurden deshalb angeklagt (Abb. 18). In Tabelle 2 ist dargestellt, um welche Art von Delikten es sich bei den Anklagen handelt.

Tab. 2: Bisherige Anklagen
Die Tabelle stellt dar, um welche Art von Delikten es sich bei den bisherigen Anklagen (s. Abb. 18) handelt. Erhoben anhand der bisher angeklagten Jugendlichen (n=74) aus der Grundgesamtheit (N=110). Mehrfachanklagen sind typisch und erklären die höhere Anzahl von Anklagen im Vergleich zu Beklagten. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, s.=siehe, Abb.=Abbildung, BtM=Betäubungsmittel.

Bisherige Anklagen (Mehrfachantworten)	**Anzahl der Fälle (%)**
BtM-Delikte	37 (33,6%)
Beschaffungsdelikte	29 (26,4%)
Gewaltdelikte	43 (39,1%)
Andere	45 (40,9%)

Unter soziodemographischen Gesichtspunkten lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Mehrzahl der untersuchten Patientinnen und Patienten männlich ist, die Mädchen jedoch keineswegs eine so deutliche Minderheit darstellen, wie es im suchttherapeutischen Bereich normalerweise üblich ist. Obwohl sich das Behandlungskonzept auch ausdrücklich an sehr junge Patientinnen und Patienten richtet, sind die 12- und 13-jährigen Jugendlichen deutlich in der Minderheit. Die allermeisten Patientinnen und Patienten wurden aus einem familiären Kontext heraus aufgenommen und es zeigt sich eine relativ hohe Belastung der leiblichen Eltern durch substanzinduzierte Störungen. Annähernd die Hälfte der Jugendlichen aus der Stichprobe entstammt einem sozial eher schwachen Milieu und nur ein sehr kleiner Teil aus Elternhäusern mit akademischem Hintergrund. Über die Hälfte der untersuchten Patientinnen und Patienten besuchte zuletzt eine eher niedrige Schulform, bei der Regelmäßigkeit des Schulbesuchs bietet sich ein sehr heterogenes Bild. Eine Mehrheit der Jugendlichen verbrachte vor der Therapie den Großteil der Freizeit innerhalb eines konsumierenden Freundeskreises. Vor der Therapie hatte knapp die Hälfte aller Jugendlichen illegale Einkünfte und eine deutliche Mehrheit war zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits aufgrund verschiedener Vergehen auffällig und wurde deswegen angeklagt.

3.2.2 Behandlungsindikationen

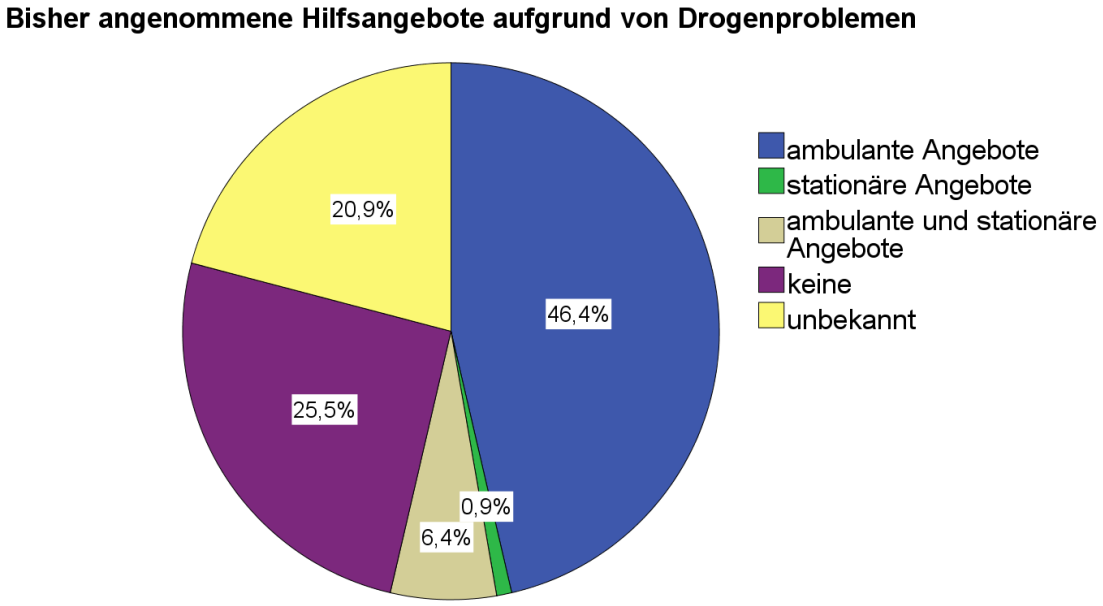

Abb. 19: Bisher angenommene Hilfsangebote
Die Abbildung zeigt die von den Jugendlichen bisher wegen Drogenproblemen in Anspruch genommenen Hilfsangebote vor der Aufnahme bei clean.kids. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Es wird deutlich, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten bereits vor der Aufnahme bei clean.kids Hilfsangebote wegen Drogenproblemen in Anspruch genommen hat (Abb. 19). Meistens waren diese Angebote ambulant (z.B. Drogenberatung). Erfahrung mit stationären Behandlungen bzw. stationären und ambulanten Angeboten hatten vor der Aufnahme bei clean.kids ungefähr 7% der Jugendlichen. Für ein Viertel der Patientinnen und Patienten stellte die stationäre Aufnahme bei clean.kids den ersten Kontakt überhaupt zu einem suchttherapeutischen Behandlungsangebot dar.

In Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) der ICD-10 sind unter F10 bis F19 Störungen durch psychoaktive Substanzen zusammengefasst. Die Kodierung der Substanzen erfolgt an dritter Stelle (Beispiel: F1x.1), das klinische Erscheinungsbild wird durch die vierte Stelle kodiert (Beispiel: F12.x). In der BADO werden die Hauptdiagnosen in der Achse I des MAS kodiert.

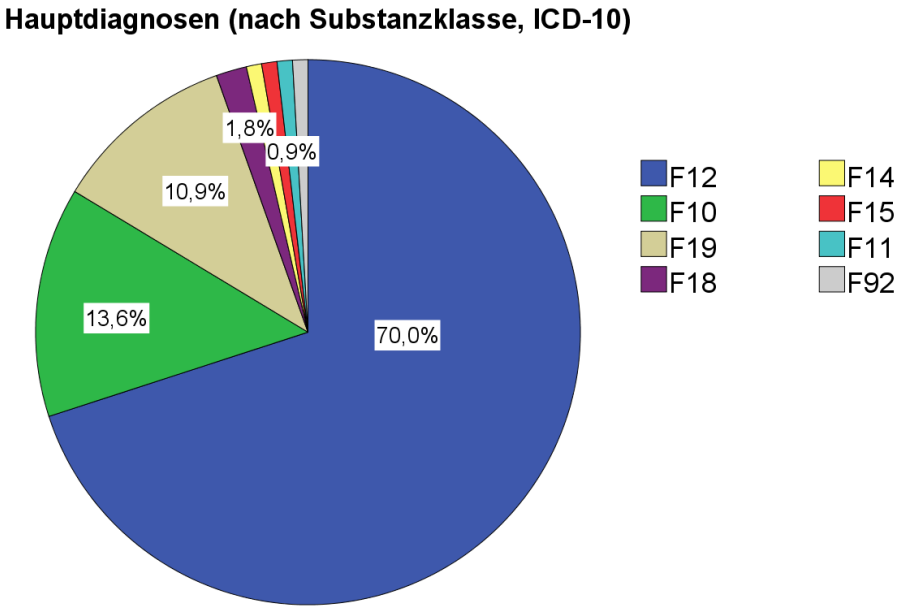

Abb. 20: Hauptdiagnosen nach Substanzklasse
Die Abbildung zeigt die Hauptdiagnosen (ICD-10), jeweils nur bezüglich der Substanzklasse, ohne die klinische Ausprägung zu berücksichtigen (vierte Stelle der ICD-10 Kodierung). F12: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, F18: Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel, F14: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, F15: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein, F11: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (1 Person hatte als Hauptdiagnose eine nichtsubstanzbezogene Diagnose erhalten). Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl, ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Wie Abbildung 20 zu entnehmen ist, wurde bei 99,1% der Patientinnen und Patienten als Hauptdiagnose eine substanzinduzierte Störung diagnostiziert. Mit 70% stellen Cannabinoide (F12) mit weitem Abstand die größte Substanzgruppe innerhalb der Hauptdiagnosen dar.

Tab. 3: Hauptdiagnosen, detaillierte Übersicht
Hauptdiagnosen (ICD-10) unter Berücksichtigung der klinischen Ausprägung (vierte Stelle der ICD-10-Kodierung). Unter „F1 Restliche" sind alle nicht einzeln aufgeführten substanzbezogenen Hauptdiagnosen zusammengefasst. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl, ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Hauptdiagnosen (ICD-10)	**Anzahl der Fälle (%)**
F12.2 Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom	50 (45,5%)
F12.1 Cannabinoide, Schädlicher Gebrauch	27 (24,5%)
F10.1 Alkohol, Schädlicher Gebrauch	13 (11,8%)
F19.1 Multipler Substanzgebrauch, Schädlicher Gebrauch	7 (6,4%)
F1 Restliche	12 (10,9%)
F92.8 Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	1 (0,9%)
Gesamt	110 (100%)

Betrachtet man die beiden häufigsten Syndrome innerhalb der Hauptdiagnosen, so wurde bei 50 Patientinnen und Patienten (45,5%) ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert, bei 47 (42,7%) ein Schädlicher Gebrauch (Tab. 3). Zusammengefasst lässt sich daher feststellen, dass die meisten der Patientinnen und Patientin (88,2%) in der Hauptdiagnose entweder ein Abhängigkeitssyndrom oder einen Schädlichen Gebrauch zum Zeitpunkt der Aufnahme aufwiesen.

Es wurden jedoch bei der Mehrzahl aller Patientinnen und Patienten zusätzlich zur Hauptdiagnose noch weitere F1-Diagnosen gestellt. Die häufigsten Substanzklassen und Syndrome sind in den folgenden Tabellen 4 und 5 dargestellt.

Tab. 4: Weitere F1-Diagnosen nach Substanzklasse
Weitere substanzbezogene Diagnosen (ICD-10) neben den Hauptdiagnosen ohne Berücksichtigung der klinischen Ausprägung (vierte Stelle der ICD-10-Kodierung). Mehrfache Nebendiagnosen pro Person sind häufig. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl, ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Weitere F1-Diagnosen (nach Substanzklasse) (Mehrfachdiagnosen möglich)	**Anzahl der Fälle (%)**
F10.x Alkohol	27 (24,5%)
F12.x Cannabinoide	10 (9,1%)
F14.x Kokain	2 (1,8%)
F15.x andere Stimulanzien	15 (13,6%)
F16.x Halluzinogene	2 (1,8%)
F18.x flüchtige Lösungsmittel	2 (1,8%)
F19.x multipler Substanzgebrauch	20 (18,2%)
Gesamt	78 (70,9%)

Tab. 5: Weitere F1-Diagnosen nach Syndrom
Weitere substanzbezogene Diagnosen (F1x, ICD-10) neben den Hauptdiagnosen (s. Tab. 3) unter ausschließlicher Berücksichtigung der klinischen Ausprägung (vierte Stelle der ICD-10-Kodierung). Mehrfache Nebendiagnosen pro Person sind häufig. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. s.=siehe, Tab.=Tabelle, N=Personenanzahl, ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Weitere F1-Diagnosen (nach Syndrom) (Mehrfachdiagnosen möglich)	**Anzahl der Fälle (%)**
F1x.1 Schädlicher Gebrauch	63 (57,3%)
F1x.2 Abhängigkeitssyndrom	10 (9,1%)
F1x.3 Entzugssyndrom	2 (1,8%)
F1x.5 Psychotische Störung	3 (2,7%)
Gesamt	78 (70,9%)

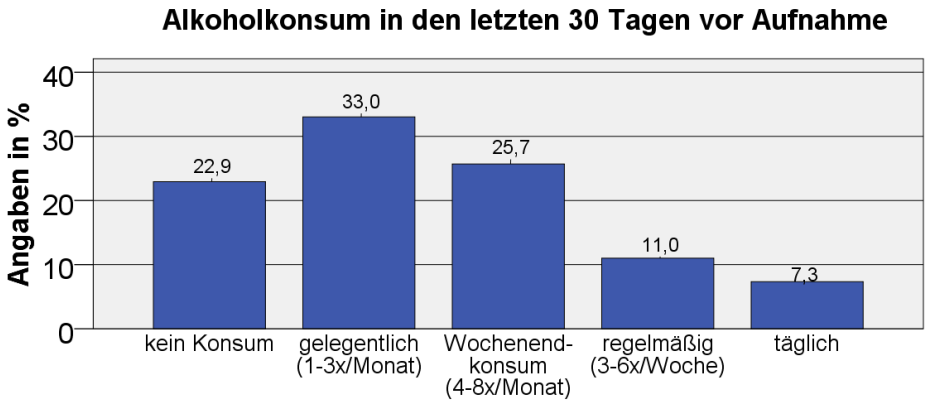

Abb. 21: Alkoholkonsum vorher
Häufigkeit des Alkoholkonsum der Jugendlichen in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

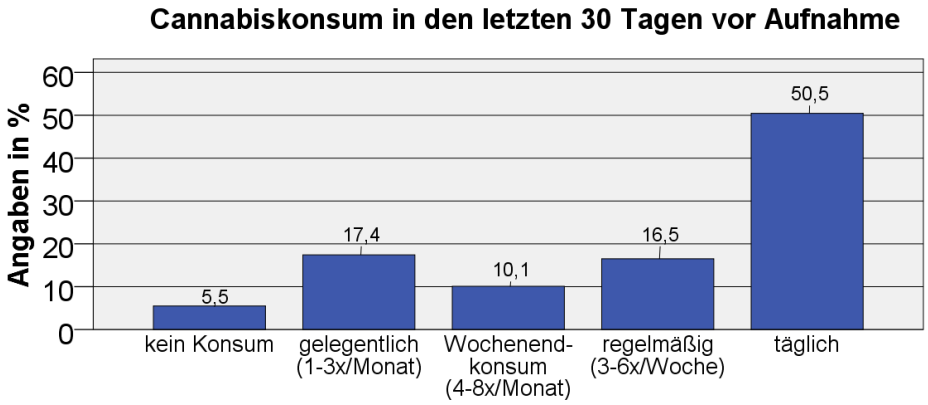

Abb. 22: Cannabiskonsum vorher
Häufigkeit des Cannabiskonsums der Jugendlichen in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

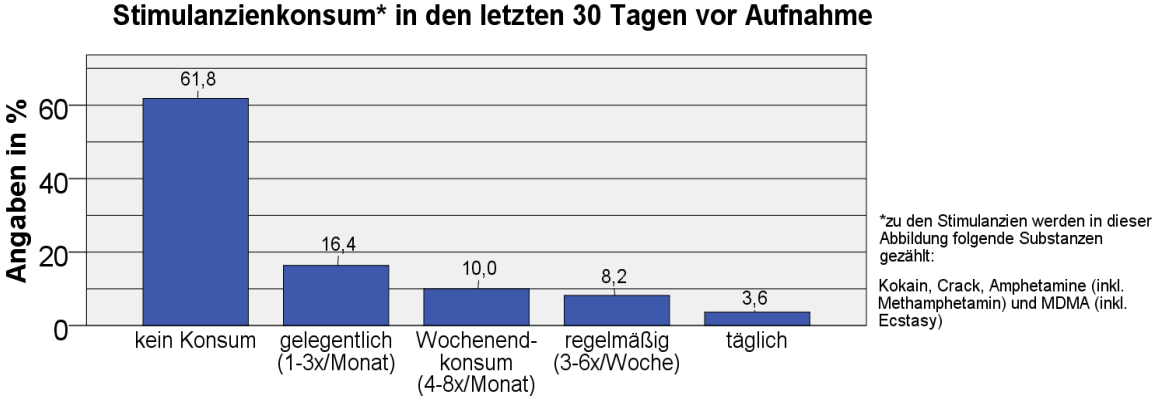

Abb. 23: Stimulanzienkonsum vorher
Häufigkeit des Stimulanzienkonsums der Jugendlichen in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl, inkl.=inklusive, MDMA=3,4-Methylendioxymethamphetamin.

Betrachtet man die Konsumhäufigkeit der drei meistkonsumierten Substanzen 30 Tage vor der Aufnahme bei clean.kids (Abb. 21-23), so sind die beobachteten Häufigkeiten gut mit den gestellten Hauptdiagnosen vereinbar (Tab. 3). Mit weitem Abstand war Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz. Mehr als zwei Drittel der Patientinnen und Patienten konsumierten vier Wochen vor der Aufnahme bei clean.kids mindestens regelmäßig Cannabis, über die Hälfte sogar täglich. Nur 5,5% der Jugendlichen konsumierten 30 Tage vor der Therapie überhaupt kein Cannabis. Alkohol war die zweithäufigste konsumierte Substanz, gefolgt von der Substanzklasse der Stimulanzien. Regelmäßiger oder täglicher Konsum dieser beiden Substanzklassen fand bei der Mehrzahl der Jugendlichen im untersuchten Zeitraum nicht statt. Wurden Alkohol und Stimulanzien konsumiert, erfolgte dies mehrheitlich gelegentlich oder am Wochenende.

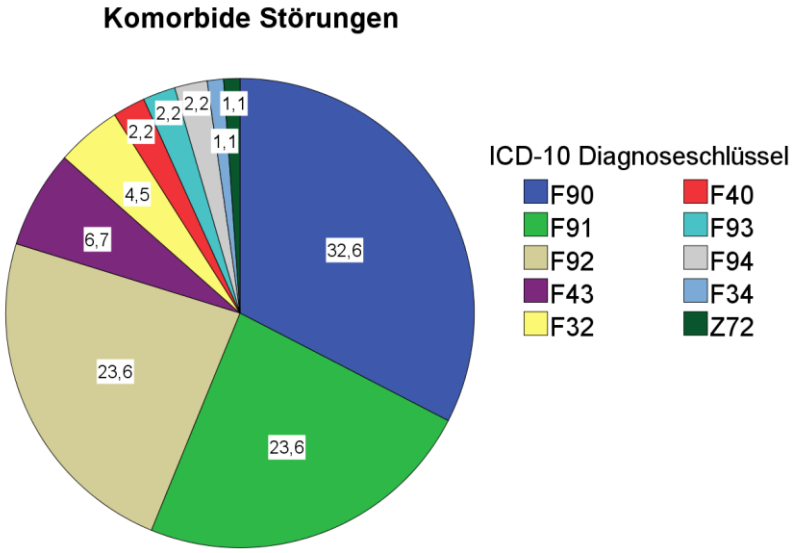

Abb. 24: Komorbide Störungen
Die Abbildung zeigt die nicht substanzbezogenen psychiatrischen Komorbiditäten (ICD-10) der Jugendlichen innerhalb der Grundgesamtheit (N=110). Angaben in Prozent. F90: Hyperkinetische Störungen, F91: Störungen des Sozialverhaltens, F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, F32: Depressive Episode, F40: Phobische Störungen, F93: Emotionale Störungen des Kindesalters, F94: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, F34: Anhaltende affektive Störungen, Z72: Probleme mit Bezug auf die Lebensführung. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl, ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Nicht-substanzbezogene komorbide Störungen wurden bei 80,9% der Patientinnen und Patienten diagnostiziert. Hyperkinetische Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91) und Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) waren mit großem Abstand die häufigsten Komorbiditäten und machten zusammen knapp 80% aller Nebendiagnosen aus (Abb. 24). Bei ca. 10% der Jugendlichen wurden zwei oder mehr komorbide Störungsbilder diagnostiziert.

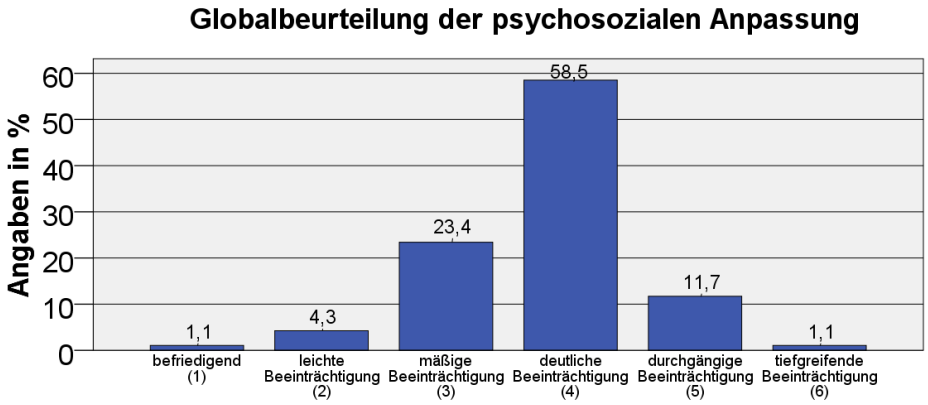

Abb. 25: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung
Die Abbildung zeigt die während der Behandlung bei clean.kids vorgenommene Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung. Die Quantifizierung erfolgt über eine neunstufige Ordinalskala (Skalenwert 0=herausragende Funktion, Skalenwert 8=tiefe/durchgängige soziale Beeinträchtigung). Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Der Grad der Beeinträchtigung in Bezug auf die in Achse VI des MAS kodierten Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Abb. 25) wird von den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten festgelegt. Es können Werte zwischen 0 (hervorragende/gute soziale Anpassung) bis 8 (tiefe durchgängige Beeinträchtigung mit Notwendigkeit einer 24h Betreuung) vergeben werden. Über 90% der Patientinnen und Patienten erreichten bei der Aufnahme einen Wert von mindestens 3 (mäßige Beeinträchtigung), 70% waren sogar deutlich (4), durchgängig (5) oder tiefgreifend (6) beeinträchtigt, was für die Betroffenen erhebliche Einschränkungen in den meisten Lebensbereichen mit sich bringt. Eine Minderheit von ungefähr 5% hatte nur eine leichte Beeinträchtigung oder ein befriedigendes Funktionsniveau. In keinem Fall wurde der beste Wert (0) für eine hervorragende bzw. gute soziale Anpassung vergeben.

Tab. 6: Psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums
Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Folgekomplikationen (Mehrfachantworten möglich)	**Anzahl der Fälle (%)**	Unbekannt
Probleme mit Eltern	72 (65,5%)	17 (15,4%)
Probleme mit Partner / Partnerin	18 (16,4%)	40 (36,4%)
Probleme in der Schule	80 (72,7%)	14 (12,7%)
Vernachlässigung von Interessen	66 (60%)	20 (18,2%)
Soziale Isolation	19 (17,3%)	22 (20%)
Keine Probleme	6 (5,5%)	---

Betrachtet man die substanzinduzierten psychosozialen Probleme vor der Therapie (Tab. 6), werden drei Hauptproblemfelder sichtbar. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten berichtete von Problemen mit den Eltern, Schulproblemen und der Vernachlässigung von Interessen. Sozial isoliert waren vor der Therapie ungefähr 17% der Jugendlichen. Ähnlich selten wurden Partnerschaftskonflikte durch den Drogenkonsum benannt. Hierbei ist anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Erfassung nicht alle Jugendlichen in einer festen Partnerschaft waren. Insgesamt zeigt sich hier jedoch ein hohes Maß an psychosozialer Belastung der Jugendlichen durch die Folgekomplikationen des Substanzmissbrauchs. Nur sechs Patientinnen und Patienten (5,5%) waren überhaupt nicht durch psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums belastet.

Zusammengefasst zeigt sich bei den Behandlungsindikationen, dass mit einer Ausnahme bei allen Patientinnen und Patienten als Hauptdiagnose eine substanzinduzierte Störung festgestellt wurde. In drei Vierteln der Fälle war diese bedingt durch Cannabinoidkonsum, gefolgt von Störungen durch Alkoholkonsum. Eine Hälfte der Patientinnen und Patienten praktizierte zum Zeitpunkt der Aufnahme einen schädlichen Gebrauch von Substanzen, die andere Hälfte erfüllte bereits die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom. Zusätzliche nicht-substanzbezogene komorbide Störungen sind innerhalb der Stichprobe nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Die Mehrzahl der komorbiden Störungen lässt sich den externalisierenden Verhaltensstörungen zuordnen. In der Betrachtung der Konsummuster der am häufigsten konsumierten Substanzen konnte Cannabis klar als Leitsubstanz identifiziert werden, da

nur ein äußerst kleiner Anteil der Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme angab, überhaupt kein Cannabis zu konsumieren. Eine Mehrheit konsumierte Cannabis vor der Therapie sogar täglich. Alkohol wurde von den Jugendlichen am zweithäufigsten konsumiert, jedoch im Schnitt deutlich seltener als Cannabis. Stimulanzien liegen an dritter Stelle bei der Konsumhäufigkeit und wurden von einer Mehrheit der Patientinnen und Patienten vor der Therapie gar nicht konsumiert. Zuletzt wird in der Betrachtung der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung und der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums deutlich, dass die Mehrzahl der Jugendlichen in ihrer globalen sozialen Funktion und wichtigen Lebensbereichen vor der Therapie erheblich beeinträchtigt war.

3.2.3 Akzeptanz des Behandlungsansatzes

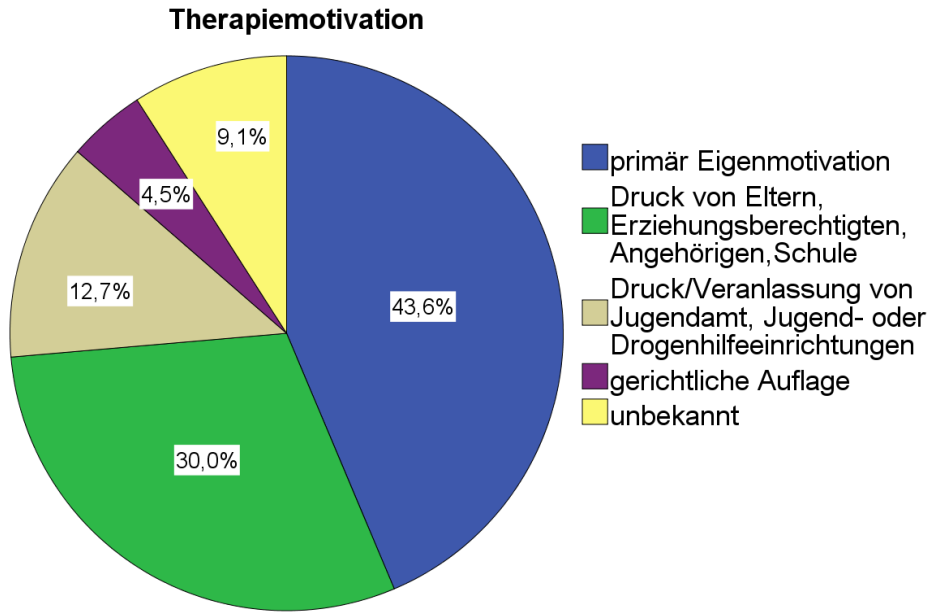

Abb. 26: Therapiemotivation
Primäre Motivation der Jugendliche die stationäre Therapie bei clean.kids zu beginnen. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Bei Therapiebeginn äußerte knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten primär Eigenmotivation als Grund für die Aufnahme der Behandlung bei clean.kids (Abb. 26). Ungefähr ein Drittel stellte sich aufgrund von Druck aus dem direkten sozialen Umfeld (Eltern, Angehörige, Schule) vor. In knapp jedem fünften Fall wurde die Therapie von institutioneller Seite aus veranlasst oder eine gerichtliche Auflage lag vor, die die Jugendlichen zu einer stationären Therapie verpflichtete.

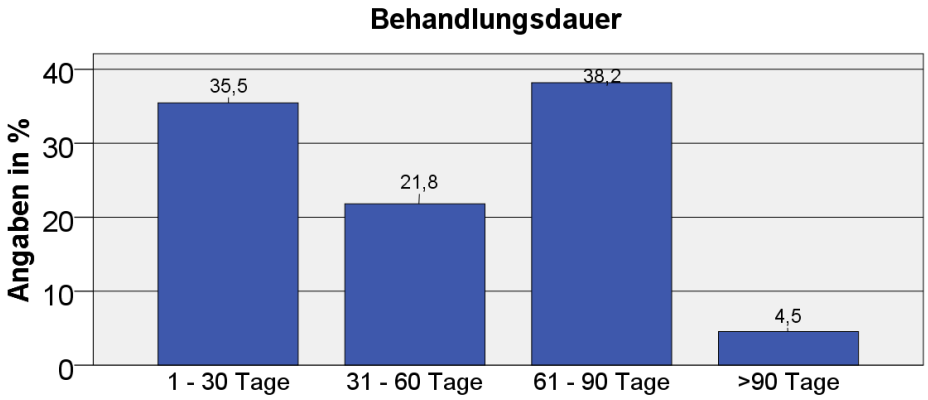

Abb. 27: Behandlungsdauer
Aufenthaltsdauer der Jugendlichen bei clean.kids. Die Regelbehandlungszeit beträgt 12 Wochen. Im Fall einer unmittelbar erfolgten Wiederaufnahme in den folgenden Tagen bzw. Wochen nach unplanmäßiger Entlassung aus der Therapie wurde die Behandlung fortgeführt und daher die Behandlungsdauer der verschiedenen Aufenthalte addiert. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

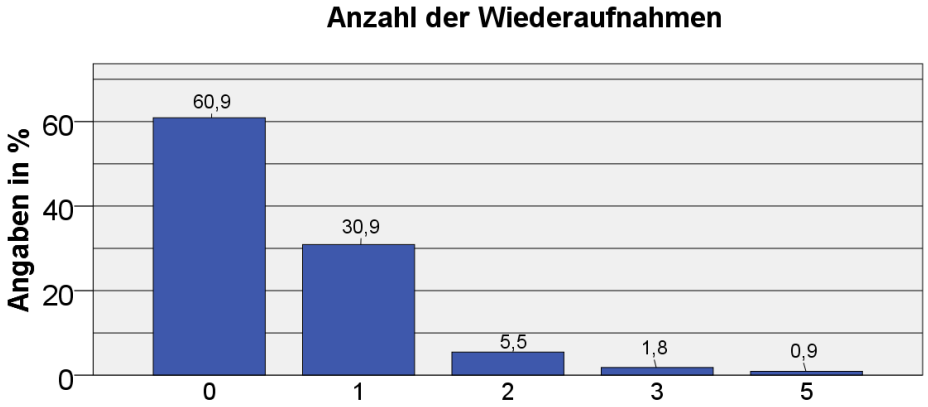

Abb. 28: Anzahl der Wiederaufnahmen
Anzahl der Wiederaufnahmen der Jugendlichen bei clean.kids. Als Wiederaufnahmen wurden erneute Aufnahmen nach einer vorzeitigen Behandlungsbeendigung gezählt, die sich unmittelbar (Tage oder wenige Wochen) an die Entlassung anschlossen. Die Behandlung kann in diesem Fall fortgesetzt werden und muss nicht von neuem begonnen werden. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

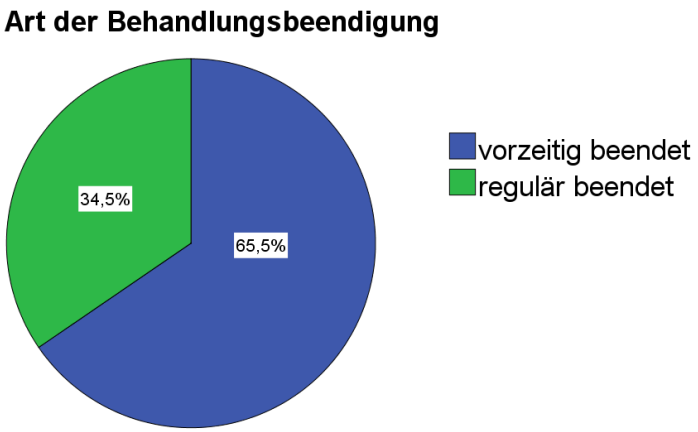

Abb. 29: Art der Behandlungsbeendigung
Als vorzeitiges Ende wird in dieser Darstellung jeder Abbruch gewertet, egal ob dieser vom Personal von clean.kids oder den Jugendlichen selbst bzw. deren Erziehungsberechtigten veranlasst wurde. Als regulär beendet wird jede Behandlung gewertet, in deren Verlauf mindestens die Regelbehandlungszeit durchlaufen wurde und grundlegende individuelle Therapieziele erreicht wurden. Auch Jugendliche mit Abbrüchen und unmittelbaren Wiederaufnahmen im Rahmen einer Behandlung können eine reguläre Behandlungsbeendigung erreichen. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl.

Die Regelbehandlungsdauer bei clean.kids beträgt 12 Wochen. Im Falle eines individuell schwierigen Behandlungsverlaufs und mehrfachen Wiederaufnahmen, kann sich die Regelbehandlungszeit auch verlängern. Die Abbildungen 27 bis 29 müssen in ihrem wechselseitigen Kontext betrachtet werden. Wie aus Abbildung 27 hervorgeht, gab es in jeder Phase der Behandlung Therapieabbrüche. Bei etwa einem Drittel der Patientinnen und Patienten kam es nach einer Aufenthaltsdauer von unter einem Monat zu einem Therapieabbruch, bei einem weiteren Fünftel im Lauf des zweiten Monats. Allerdings waren über 40% der Jugendlichen zwei Monate und länger auf der Station in Behandlung. Die mittlere Behandlungsdauer im Untersuchungszeitraum betrug 49 Tage (M=49,3, SD=23,3). Therapieabbrüche waren nicht die Ausnahme, sondern eher die Regel. 80,9% der Jugendlichen hatten im Verlauf ihrer Behandlung mindestens einen Therapieabbruch. Von diesen Jugendlichen wurde jedoch fast die Hälfte (48,3%) mindestens einmal wiederaufgenommen. Die Therapie muss im Fall einer Wiederaufnahme in der Regel nicht ganz von vorn begonnen werden, so ist es theoretisch möglich, die Behandlung auch trotz mehrerer Abbrüche in Regelbehandlungszeit abzuschließen. Von allen Jugendlichen beendete im Untersuchungszeitraum ein Drittel die Therapie regulär, bei zwei Dritteln kam es zu einem vorzeitigen Abbruch. Die Therapieabbrüche wurden in der Mehrzahl der Fälle von Seiten der Station aufgrund von Regelverstößen oder mangelnder Therapiebereitschaft veranlasst.

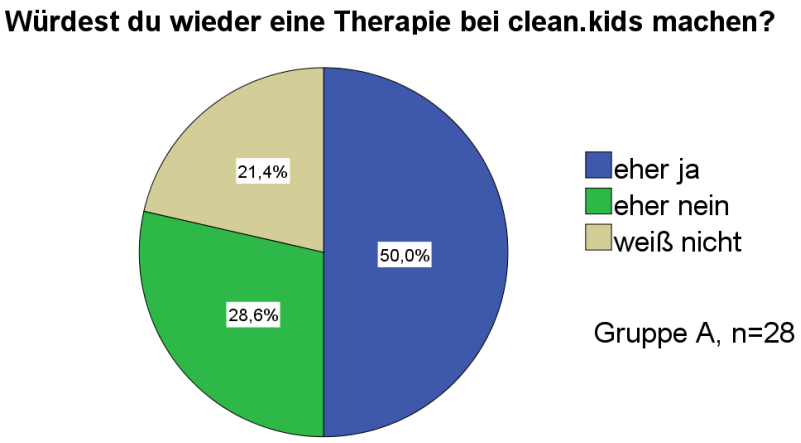

Abb. 30: Würdest du wieder eine Therapie bei clean.kids machen?
Daten erhoben anhand der mit Untersuchungsgruppe A durchgeführten Telefoninterviews. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

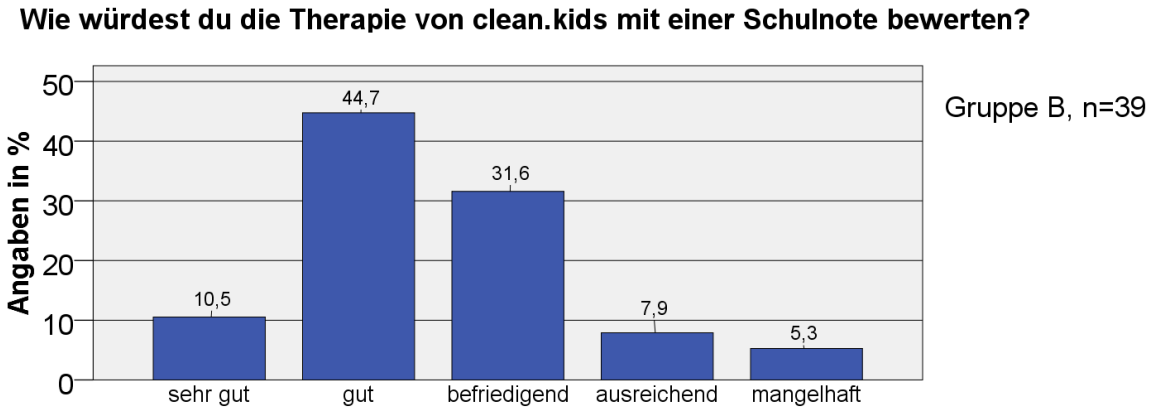

Abb. 31: Bewertung von clean.kids
Daten erhoben anhand der von Untersuchungsgruppe B bearbeiteten Entlassungsfragebögen. Auswahlmöglichkeiten waren die typischen, den Jugendlichen bekannten Schulnote (1=sehr gut bis 6=ungenügend). Die Schulnote 6 wurde in keinem Fall vergeben und ist daher in der Grafik nicht dargestellt. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Die Daten zur Zufriedenheit mit der Behandlung von clean.kids wurden nicht anhand der Grundgesamtheit erhoben, sondern anhand der Untersuchungsgruppen A und B. Im Katamneseinterview wurde den Jugendlichen aus Gruppe A vier Monate nach Therapieende die Frage gestellt, ob sie noch einmal eine Therapie bei clean.kids machen würden. Abbildung 30 zeigt, dass genau die Hälfte der befragten Jugendlichen sich eher noch einmal für clean.kids entscheiden würde. Knapp 30% würden die Therapie nicht noch einmal wählen und etwa ein Fünftel war sich nicht sicher.

Im Entlassungsfragebogen sollten die Jugendlichen die Behandlung von clean.kids mit einer Schulnote bewerten (Abb. 31). Der Entlassungsfragebogen wurde allen Jugendlichen zum Zeitpunkt des Therapieendes ausgehändigt, unabhängig davon, ob die Behandlung vorzeitig

oder regulär beendet wurde. Von den 39 Jugendlichen die den Fragebogen bearbeiteten (Gruppe B), vergaben bei der Frage nach der Bewertung der Therapie 85% Schulnoten zwischen sehr gut und befriedigend. Unter Berücksichtigung aller abgegebenen Noten erreichte die Therapie von clean.kids einen Notendurchschnitt von 2,5.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die untersuchten Jugendlichen zu einem großen Teil bereits vor der Behandlung Kontakt zu suchtspezifischen Hilfsangeboten hatten. Das stationäre suchttherapeutische Setting von clean.kids stellte hingegen für fast alle Patientinnen und Patienten eine neuartige Erfahrung dar, da sich stationäre Aufenthalte in suchttherapeutischen Einrichtungen nur bei einem sehr kleinen Teil in der Vorgeschichte fanden. Bei der Therapiemotivation zeigt sich, dass knapp die Hälfte der Jugendlichen die Behandlung primär eigenmotiviert antraten, insgesamt jedoch noch etwas mehr Patientinnen und Patienten im Aufnahmegespräch eine Fremdmotivation durch Druck von außen benannten. Obwohl die Regelbehandlungszeit auf 12 Wochen festgelegt ist und die Patientinnen und Patienten die Therapie mehrheitlich irregulär beendeten, deutet die durchschnittliche Behandlungsdauer von sieben Wochen und die relativ hohe Wiederaufnahmequote darauf hin, dass die Therapie von den Jugendlichen zumindest ein gewisses Maß an Akzeptanz erfuhr. Wurden die Jugendlichen im Rahmen des Entlassungsfragebogens bzw. der Katamnese direkt befragt, ob sie sich noch einmal für die Therapie entscheiden würden und welche Schulnote sie dem Behandlungskonzept geben würden, so äußerten sie sich in hohem Maße positiv über die Therapie.

3.2.4 Subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs

In die Betrachtung des Therapieerfolgs fließen Daten der Jugendlichen der Gruppe B (n=39) und damit Daten ein, die zum Zeitpunkt der Entlassung erhoben wurden. Diese Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten wird mit der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten verglichen, die diese ebenfalls zum Zeitpunkt des Therapieendes abgaben.

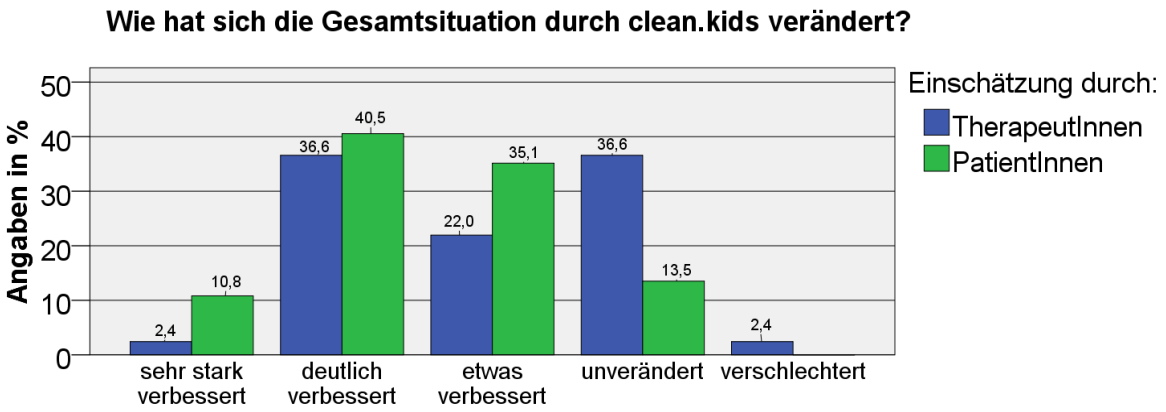

Abb. 32: Veränderung der Gesamtsituation
Die Einschätzung der Veränderung der Gesamtsituation der Jugendlichen durch clean.kids erfolgte von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten vor der Entlassung der Jugendlichen (n=39). Die Daten der Jugendlichen selbst entstammen den durch die Untersuchungsgruppe B (n=39) bearbeiteten Entlassungsfragebögen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Die Grafik zeigt, dass die Therapeutinnen und Therapeuten den Erfolg in Bezug auf die Verbesserung der Gesamtsituation insgesamt zurückhaltender einschätzten als die Patientinnen und Patienten selbst (Abb. 32). In knapp 40% der Fälle schätzten Therapeutinnen und Therapeuten die Gesamtsituation nach der Therapie als unverändert oder verschlechtert ein. Hingegen wurde diese Ansicht nur von einem sehr kleinen Teil der Patientinnen und Patienten (13,5%) geteilt. Insgesamt sahen die Jugendlichen in 86,4% der Fälle eine Verbesserung ihrer Gesamtsituation. Demgegenüber steht die Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten, die immerhin in 61% der Fälle eine Verbesserung der Gesamtsituation sahen.

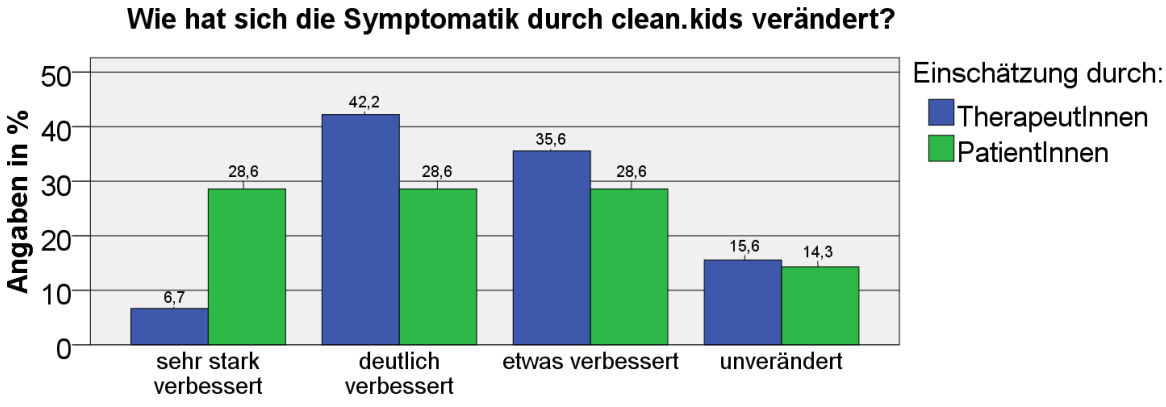

Abb. 33: Veränderung der Symptomatik
Die Einschätzung der Veränderung der Symptomatik (z.B. Suchtdruck oder Symptomatik bezüglich der weiteren psychiatrischen Komorbiditäten) der Jugendlichen durch clean.kids erfolgte von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten vor der Entlassung der Jugendlichen (n=39). Die Auswahlmöglichkeit „verschlechtert" wurde in keinem Fall gewählt und ist daher nicht dargestellt. Die Daten der Jugendlichen selbst entstammen den durch die Untersuchungsgruppe B (n=39) bearbeiteten Entlassungsfragebögen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, z.B.=zum Beispiel.

Bei der Einschätzung der Veränderung der Symptomatik hinsichtlich der substanzbezogenen Störungen (Suchtdruck, Entzugssymptome), gehen die Einschätzungen zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten besonders im positiven Bereich auseinander (Abb. 33). In knapp einem Drittel der Fälle sahen die Patientinnen und Patienten bei sich eine sehr starke Verbesserung bezüglich der Symptomatik. Die Therapeutinnen und Therapeuten teilten diese Einschätzung hingegen kaum, dafür sahen sie im Vergleich zu den Patientinnen und Patienten eher eine deutliche Verbesserung. Insgesamt lässt sich feststellen, dass Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten nahezu gleich häufig irgendeine Verbesserung der Symptomatik sahen (84,5% gegenüber 85,8%).

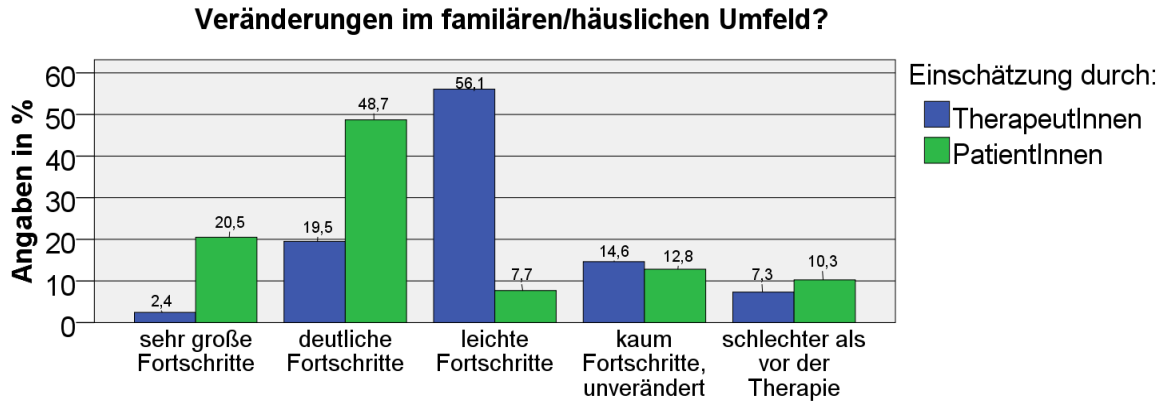

Abb. 34: Veränderungen im familiären/häuslichen Umfeld
Die Einschätzung der Veränderung der häuslichen Situation (z.B. Einhaltung von Absprachen, Streitverhalten, Regelbeachtung) der Jugendlichen durch clean.kids erfolgte von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten vor der Entlassung der Jugendlichen (n=39). Die Daten der Jugendlichen selbst entstammen den durch die Untersuchungsgruppe B (n=39) bearbeiteten Entlassungsfragebögen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, z.B.=zum Beispiel.

Bei den Veränderungen im familiären Kontext zeigt sich, dass sich die Einschätzungen der Therapeutinnen und Therapeuten und der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Fortschritte insgesamt kaum unterscheiden (78% gegenüber 76,9%, Abb. 34). Die größten Unterschiede gibt es wie zuvor bei der Bewertung des Ausmaßes der erreichten Fortschritte. In über 50% der Fälle sahen die Therapeutinnen und Therapeuten nur leichte Fortschritte, in der Hälfte der Fälle bewerteten hingegen die Patientinnen und Patienten die erreichten Fortschritte als deutlich. Sehr große Fortschritte sahen die Jugendlichen bei sich sogar zehnmal häufiger als die Therapeutinnen und Therapeuten.

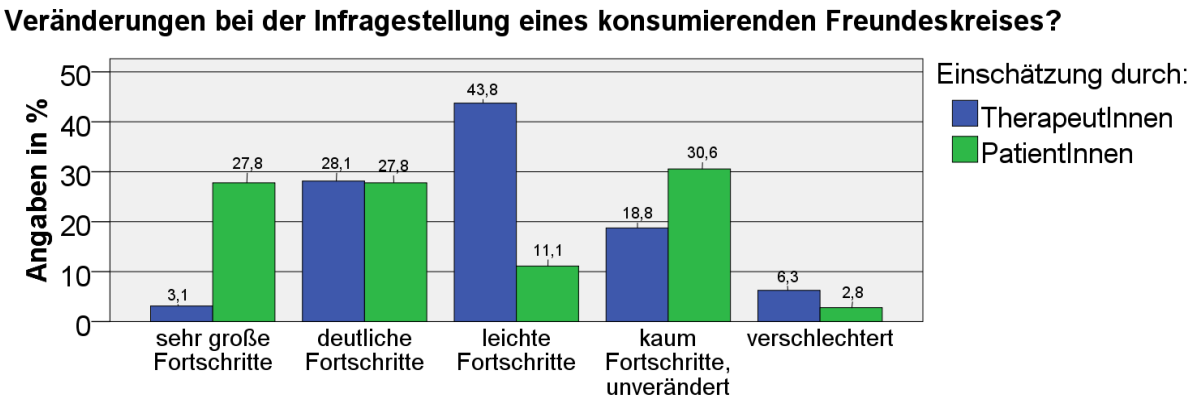

Abb. 35: Veränderungen im Freundeskreis
Die Einschätzung der Fortschritte bezüglich der Infragestellung eines konsumierenden Freundeskreises durch clean.kids erfolgte von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten vor der Entlassung der Jugendlichen (n=39). Die Daten der Jugendlichen selbst entstammen den durch die Untersuchungsgruppe B (n=39) bearbeiteten Entlassungsfragebögen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

In Abbildung 35 zeigt sich bei der Bewertung der Veränderungen der Infragestellung eines konsumierenden Freundeskreises, dass die Therapeutinnen und Therapeuten in drei Viertel der Fälle zwar ein wenig vorsichtiger, aber trotzdem etwas optimistischer waren als die Jugendlichen selbst. Mehrheitlich erreichten die Jugendlichen aus ihrer Sicht leichte Fortschritte. Die Jugendlichen schätzten ihren erreichten Erfolg bei der Infragestellung konsumierender Freundinnen und Freunde insgesamt etwas pessimistischer ein, obwohl jeweils ungefähr ein Viertel der Patientinnen und Patienten angab, den Kontakt entweder ganz abbrechen oder stark einschränken zu wollen. In knapp einem Drittel der Fälle äußerten die Jugendlichen, den Kontakt zu konsumierenden Freundinnen und Freunden nicht in Frage stellen zu wollen und gaben an, gleich viel Kontakt wie vor der Therapie zu diesem Umfeld haben zu wollen. Sehr große Fortschritte sahen wiederum fast zehnmal mehr Jugendliche als Therapeutinnen und Therapeuten.

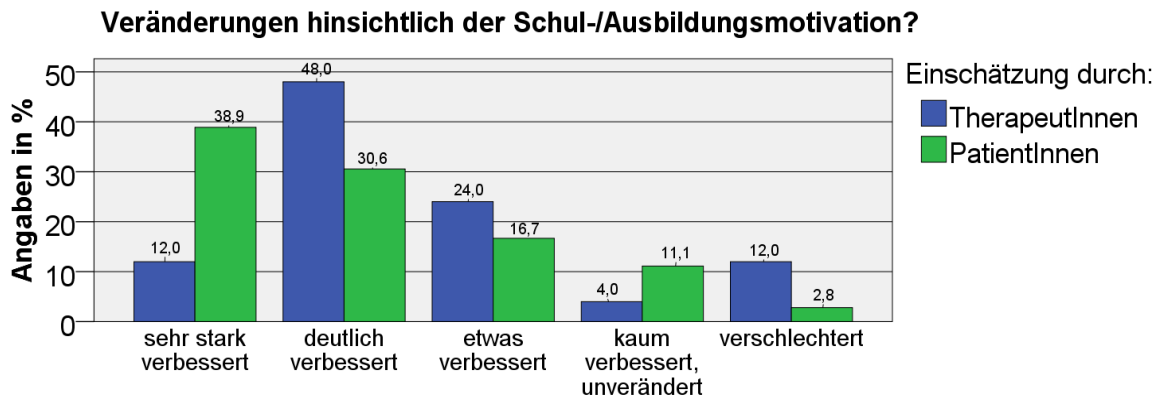

Abb. 36: Veränderung der Schulmotivation
Die Einschätzung der Veränderungen bezüglich der schulischen/beruflichen Motivation durch clean.kids erfolgte von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten vor der Entlassung der Jugendlichen (n=39). Die Daten der Jugendlichen selbst entstammen den durch die Untersuchungsgruppe B (n=39) bearbeiteten Entlassungsfragebögen. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Bei den Verbesserungen insgesamt gibt es zwischen den beiden Einschätzungen von Therapeutinnen und Therapeuten und den Patientinnen und Patienten kaum Unterschiede. In ungefähr 85% der Fälle sahen beide Seiten Fortschritte (Abb. 36). Auch in diesem Fall bewerteten die Jugendlichen ihre eigenen Fortschritte etwas höher als die Therapeutinnen und Therapeuten. Nur in den wenigsten Fällen sahen Jugendliche und Therapeutinnen und Therapeuten keine Veränderung oder sogar Rückschritte.

Abschließend kann festgestellt werden, dass sowohl die Therapeutinnen und Therapeuten als auch die Jugendlichen selbst, in allen Teilbereichen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle subjektiv positive Veränderungen benennen. Hierbei wird bis auf eine Ausnahme (Infragestellung eines konsumierenden Freundeskreises) deutlich, dass die Jugendlichen ihre eigenen Fortschritte tendenziell optimistischer bewerten als die Therapeutinnen und Therapeuten. Trotzdem sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei der Bewertung der insgesamt erreichten Fortschritte über alle Teilbereiche hinweg sehr gering.

3.3 Hypothesenprüfung

Mit Ausnahme der Hypothesen 3, 4 und 7 wird in diesem Teil ausschließlich die Untersuchungsgruppe A betrachtet, da hauptsächlich Daten im Sinne eines Vorher-Nachher Vergleichs untersucht werden und nur von Patientinnen und Patienten der Gruppe A Daten aus dem Katamneseinterview vorliegen. Bei Hypothese 3 und 4 werden verschiedene Vergleiche zwischen Mädchen und Jungen bzw. Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung durchgeführt. Da in diesen beiden Fällen auch Daten relevant sind, die zum Zeitpunkt der Aufnahme erhoben wurden, werden sowohl Daten der Grundgesamtheit aus der BADO als auch aus dem Katamneseinterview der Gruppe A verwendet. Bei Hypothese 7 werden Daten der Jugendlichen aus dem Entlassungsfragebogen und dem Katamneseinterview miteinander verglichen, daher werden ausschließlich Jugendliche betrachtet, von denen sowohl ein Entlassungsfragebogen als auch ein Katamneseinterview vorliegt.

3.3.1 Hypothese 1: Reduktion des Substanzkonsums

Die Jugendlichen von clean.kids weisen im Katamnesezeitraum einen reduzierten Konsum von Alkohol, Cannabis, Stimulanzien und illegalen Drogen insgesamt auf, verglichen mit dem Konsum vor der Therapie.

Stichprobe: Gruppe A, n=28

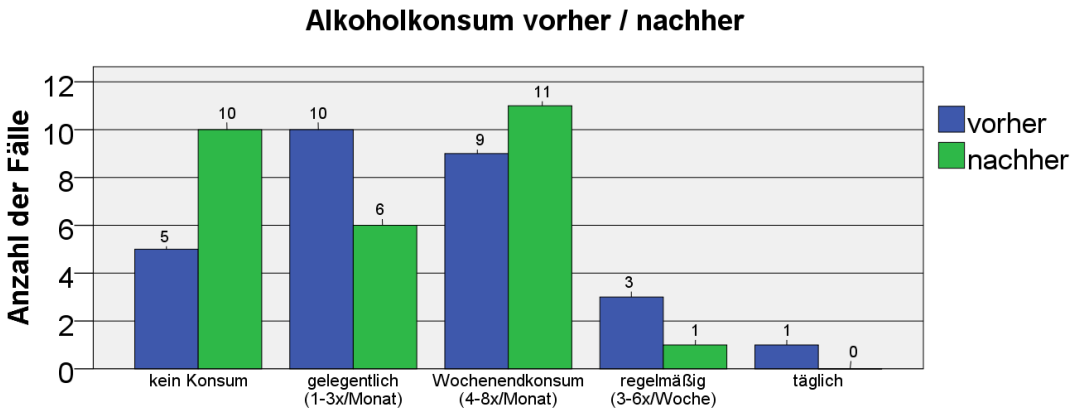

Abb. 37: Alkoholkonsum vorher / nachher
Vergleich der Häufigkeit des Alkoholkonsum der Jugendlichen vor und nach der Therapie bei clean.kids. „vorher“: Konsumhäufigkeit in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher“: Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Beim Alkoholkonsum in den vier Wochen vor Therapiebeginn ist zu erkennen, dass die wenigsten Jugendlichen regelmäßig oder täglich konsumierten, vielmehr konsumierte über die Hälfte der Jugendlichen gelegentlich oder am Wochenende (Abb. 37). Vier Monate nach der Therapie konsumierten doppelt so viele Jugendlichen als vor der Therapie gar keinen Alkohol mehr. Weniger Patientinnen und Patienten konsumierten nach vier Monaten Alkohol gelegentlich, beim Wochenendkonsum gab es jedoch einen leichten Anstieg. Insgesamt zeichnet sich grafisch kein eindeutiger Trend ab. Die Reduktion des Alkoholkonsums im Katamnesezeitraum ist in der Berechnung mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test nicht signifikant (z=-1,467, p=0,071 n.s.).

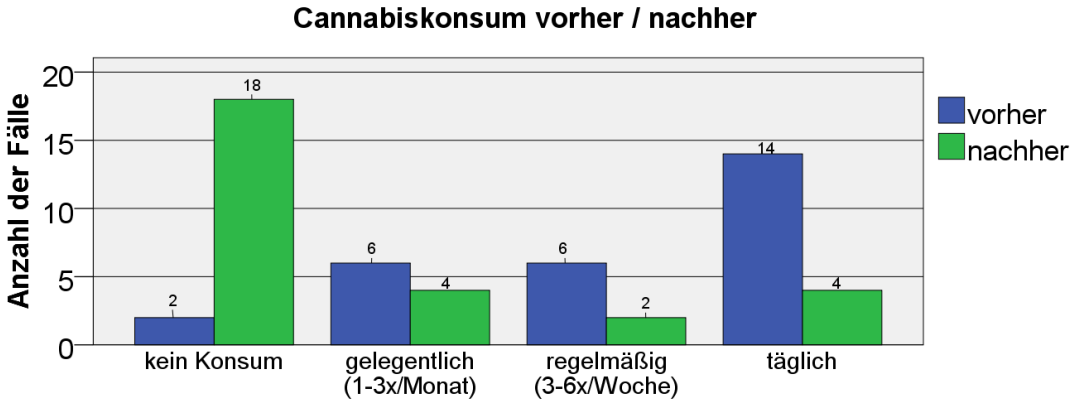

Abb. 38: Cannabiskonsum vorher / nachher
Vergleich der Häufigkeit des Cannabiskonsums der Jugendlichen vor und nach der Therapie bei clean.kids. „vorher“: Konsumhäufigkeit in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher“: Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Die Antwortmöglichkeit „Wochenendkonsum (4-8x/Monat)“ wurde sowohl vor der Therapie als auch vier Monate nach der Therapie nicht ausgewählt und ist daher in der Grafik auch nicht dargestellt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

In Abbildung 38 wird deutlich, dass zwischen der Konsumhäufigkeit vor der Therapie und vier Monate nach der Entlassung große Unterschiede bestehen. Fast drei Viertel der Jugendlichen konsumierten vier Wochen vor der Therapie regelmäßig oder täglich Cannabis. Nach der Therapie konsumierte die Mehrheit der Patientinnen und Patienten überhaupt kein Cannabis mehr. Nur noch ein Fünftel konsumierte vier Monate nach der Therapie regelmäßig oder täglich Cannabis. Diese Reduktion des Cannabiskonsums ist statistisch signifikant (Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, z=-3,930, **p=<0,001***) und die Effektstärke weist auf einen sehr großen Effekt hin (d=2,22).

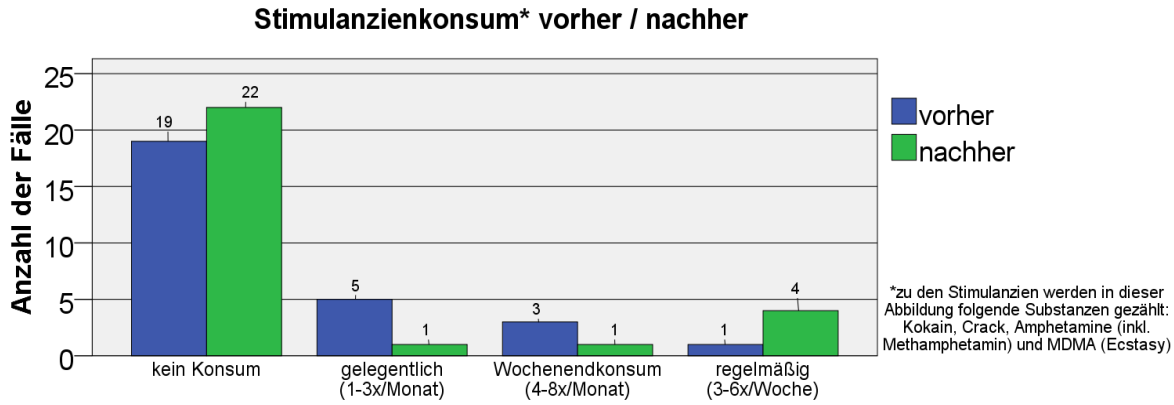

Abb. 39: Stimulanzienkonsum vorher / nachher
Vergleich der Häufigkeit des Stimulanzienkonsums der Jugendlichen vor und nach der Therapie bei clean.kids. „vorher": Konsumhäufigkeit in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher": Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Die Antwortmöglichkeit „täglicher Konsum" wurde sowohl vor der Therapie als auch vier Monate nach der Therapie nicht ausgewählt und ist daher in der Grafik auch nicht dargestellt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, inkl.=inklusive, MDMA=3,4-Methylendioxymethamphetamin.

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten konsumierte sowohl vor der Therapie als auch im Katamnesezeitraum keine Stimulanzien (Abb. 39). Nach der Therapie konsumierten noch etwas mehr Jugendliche gar keine Stimulanzien, jedoch war im Katamnesezeitraum auch bei Einzelnen ein Anstieg des regelmäßigen Konsums zu verzeichnen. Im Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test zeigt sich keine signifikante Konsumreduktion (z=-0,122, p=0,452 n.s.).

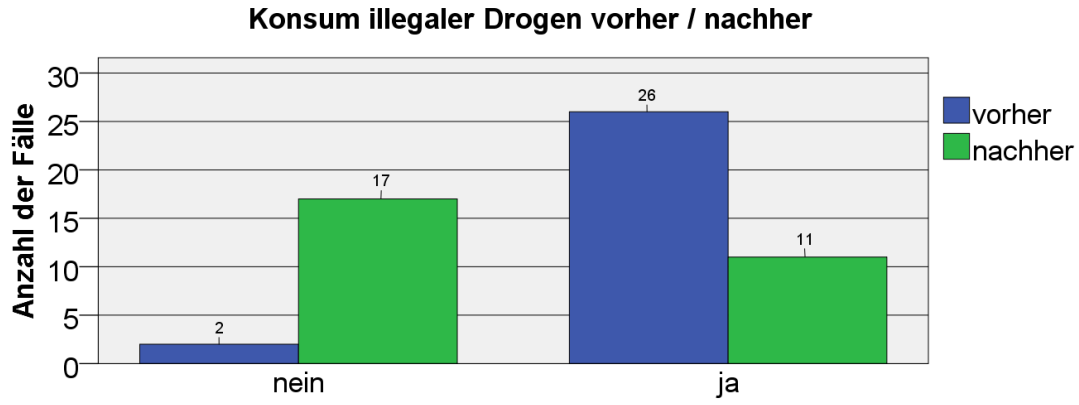

Abb. 40: Illegale Drogen vorher / nachher
Konsum von illegalen Drogen durch die Jugendlichen vor und nach der Therapie bei clean.kids (alle illegalen Substanzen miteingeschlossen). „vorher": Konsum in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher": Konsum in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Bei der Betrachtung des Konsums illegaler Drogen insgesamt wird deutlich, dass über 90% aller untersuchten Patientinnen und Patienten vier Wochen vor der Aufnahme bei clean.kids

illegale Drogen konsumierten. Im Katamnesezeitraum konsumierten hingegen 60% der Jugendlichen keine illegalen Drogen mehr (Abb. 40). Diese Abnahme des Konsums illegaler Drogen im Katamnesezeitraum ist im McNemar-Test signifikant (**p=<0,001***).

Das Therapieziel der absoluten Abstinenz erreichten im Katamnesezeitraum 8 der 28 untersuchten Patientinnen und Patienten aus Gruppe A (28,6%). Die Mehrheit, 20 Jugendliche (71,4%), konsumierte im Katamnesezeitraum Substanzen und erreichte damit dieses Therapieziel nicht. Bei einer differenzierteren Betrachtung der Konsumreduktion in Bezug auf verschiedene Substanzklassen zeigt sich, dass beim Alkoholkonsum keine signifikante Reduktion zum Katamnesezeitpunkt zu verzeichnen ist. Zwar konsumierten nach der Therapie doppelt so viele Jugendlichen gar keinen Alkohol mehr, bei der Betrachtung des gelegentlichen Konsums und des Wochenendkonsums gibt es aber kaum Unterschiede. Vielmehr lässt sich eine Verschiebung hin zu einem häufigeren Wochenendkonsum zu Lasten des gelegentlichen Konsums beobachten. In der Vorher-Nachher-Betrachtung des Stimulanzienkonsums zeichnet sich kein eindeutiger Trend ab. Statistisch war keine signifikante Konsumreduktion nachweisbar. Der weitaus größte Unterschied im Vorher-Nachher-Vergleich zeigt sich bei der Reduktion des Cannabiskonsums und des Konsums der illegalen Drogen insgesamt. In beiden Fällen ist die Reduktion statistisch signifikant. Auch deskriptiv zeigt sich eine deutliche Verschiebung der Konsummuster. Konsumierten vor der Therapie noch die meisten Patientinnen und Patienten regelmäßig oder täglich Cannabis bzw. illegale Drogen, so sind diese Jugendlichen im Katamnesezeitraum eindeutig in der Unterzahl.

3.3.2 Hypothese 2: Soziale Adaption

Die Jugendlichen von clean.kids weisen im Katamnesezeitraum ein höheres Maß an sozialer Adaption, in Form eines häufigeren Schulbesuchs, eines Rückgangs der psychosozialen Folgekomplikationen durch den Substanzkonsum und eines Rückgangs der illegalen Einkünfte auf, verglichen mit den Werten vor der Therapie.

Stichprobe: Gruppe A, n=28

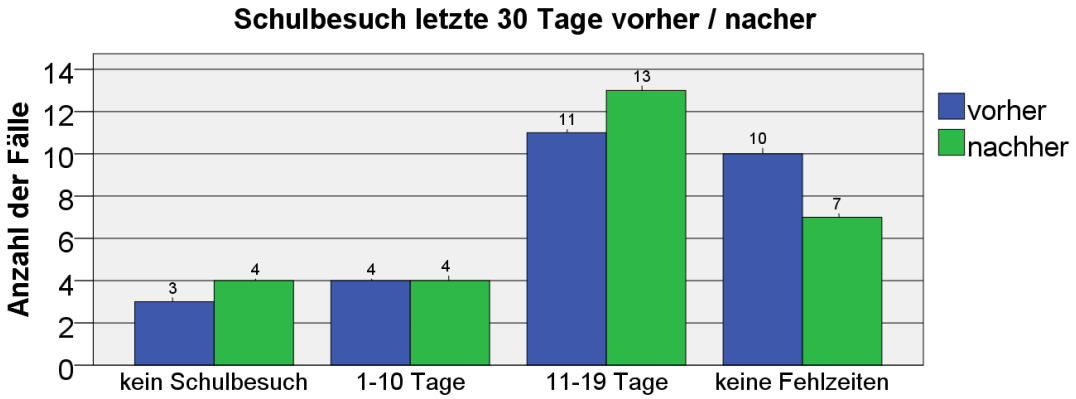

Abb. 41: Schulbesuch letzte 30 Tage vorher / nachher
Häufigkeit des Schulbesuchs der Jugendlichen vor und nach der Therapie bei clean.kids. „vorher“: Schulbesuch in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher“: Schulbesuch in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Die Antwort 0 Tage entspricht in der Grafik der Bezeichnung „kein Schulbesuch“; die Antwort 20 Tage entpricht in der Darstellung der Bezeichnung „keine Fehlzeiten“ und stellte in der Ergebung die maximale Anzahl an möglichen Schultagen pro Monat dar. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Beim Schulbesuch in den letzten 30 Tagen zeigen sich grafisch im Vorher-Nachher-Vergleich kaum Unterschiede (Abb. 41). Auch die Berechnung mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test macht deutlich, dass es keine signifikante Zunahme in der Häufigkeit des Schulbesuchs im Katamnesezeitraum gibt (z=-0,529, p=0,299 n.s.).

Tab. 7: Psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums, vorher / nachher
*Darstellung der Abnahme der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums im Katamnesezeitraum anhand der Angaben der Jugendlichen während des Telefoninterviews im Vergleich zu den bei Aufnahme bei clean.kids erhobenen Daten. Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Folgekomplikationen	**Abnahme im Katamnesezeitraum** (McNemar-Test)
Probleme mit Eltern	**p=<0,001***
Probleme mit Partner / Partnerin	p=0,188 n.s.
Probleme in der Schule	**p=<0,001***
Vernachlässigung von Interessen	**p=<0,001***
Soziale Isolation	p=0,188 n.s.

Bezüglich der psychosozialen Folgekomplikationen des Drogenkonsums ist in drei von fünf Bereichen eine statistisch signifikante Abnahme zu verzeichnen (Tab. 7). Für die Interpretation der Ergebnisse muss darauf hingewiesen werden, dass in den drei Bereichen, bei denen eine signifikante Abnahme berechnet wurde, zum Zeitpunkt der Aufnahme von 75% bis 93% der Jugendlichen Probleme bejaht wurden. In den beiden anderen Bereichen bejahten nur jeweils 14% der Jugendlichen Probleme vor der Therapie.

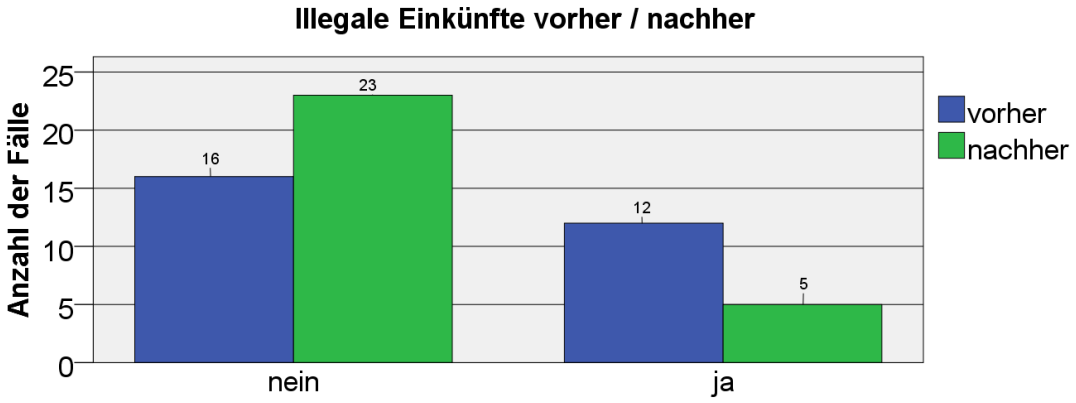

Abb. 42: Illegale Einkünfte vorher / nachher
Die Abbildung stellt dar, wie groß der Anteil der Jugendliche aus Gruppe A (n=28) ist, die 30 Tage vor der Aufnahme bei clean.kids („vorher“) bzw. im Katamnesezeitraum („nachher“) finanzielle Einkünfte aus illegalen Quellen hatten (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, bzw.=beziehungsweise, z.B.=zum Beispiel.

Knapp die Hälfte der Jugendlichen hatte vor Therapiebeginn finanzielle Einnahmen, die aus illegalen Quellen stammten (Abb. 42). Im Katamnesezeitraum hatten nur noch fünf Patientinnen und Patienten illegale Einkünfte. Diese Reduktion der Häufigkeit illegaler Einkünfte ist statistisch signifikant (McNemar-Test, **p=0,033***).

Betrachtet man das Auftreten neuer rechtlicher Probleme nach der Entlassung aus clean.kids, zeigt sich, dass 25 Jugendliche (89,3%) seit der Entlassung nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerieten. Drei Jugendliche (10,7%) waren von neu hinzugekommenen rechtlichen Problemen betroffen.

Bezüglich der sozialen Adaption lässt sich zusammenfassend feststellen, dass bei der Häufigkeit des Schulbesuchs im Vorher-Nachher-Vergleich deskriptiv kein klarer Trend erkennbar ist und sich auch statistisch keine signifikante Zunahme zeigt. Es kam im Katamnesezeitraum zu einer statistisch signifikanten Reduktion der drogeninduzierten psychosozialen Folgekomplikationen und der illegalen Einkünfte. Die überwiegende Mehrzahl der Jugendlichen war im Katamnesezeitraum nicht mehr durch neue rechtliche Probleme auffällig.

3.3.3 Hypothese 3: Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen

a) Unterschiede vor und in der Therapie

Mädchen und Jungen von clean.kids unterscheiden sich hinsichtlich der Diagnosen, des Substanzkonsums, der Behandlungsdaten, ausgewählter psychosozialer Aspekte und der Folgekomplikationen durch den Substanzkonsum nicht.

Grundgesamtheit (N=110), Mädchen: n=43, Jungen: n=67

Die Geschlechterverteilung wurde bereits im deskriptiven Teil dargestellt (Abb. 9). Beim Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme gibt es praktisch keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern: im Schnitt waren die Jungen bei der Aufnahme 14,5 Jahre alt (SD=0,683), die Mädchen 14,4 Jahre (SD=0,757).

Tab. 8: Mädchen / Jungen, Hauptdiagnosen
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen von clean.kids bezüglich der gestellten Hauptdiagnosen. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, χ2=Chi-Quadrat, ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.*

Hauptdiagnose (ICD-10)	**Mädchen** (n=43)	**Jungen** (n=67)	**Unterschiede Mädchen / Jungen** (Chi-Quadrat-Test)
F12.2 Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom	14 (32,6%)	36 (53,7%)	$\chi^2(1,N=110)=4,736$, **p=0,030***
F12.1 Cannabinoide, Schädlicher Gebrauch	12 (27,9%)	15 (22,4%)	$\chi^2(1,N=110)=0,431$, p=0,512 n.s.
F10.1 Alkohol, Schädlicher Gebrauch	6 (14,0%)	7 (10,4%)	$\chi^2(1,N=110)=0,309$, p=0,578 n.s.
F19.1 Multiple Substanzen, Schädlicher Gebrauch	4 (9,3%)	3 (4,5%)	Exakter χ^2-Test, p=0,429 n.s.
andere F1-Diagnosen	7 (16,3%)	6 (9,0%)	$\chi^2(1,N=110)=1,348$, p=0,246 n.s.

Tab. 9: Mädchen / Jungen, Konsumhäufigkeit
Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen von clean.kids bezüglich der Konsumhäufigkeit der 3 relevantesten Substanzen in den 30 Tagen vor Beginn der Therapie bei clean.kids. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. N=Personenanzahl, z=Prüfgröße bei Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant.

Substanzklasse	**Konsumhäufigkeit, Unterschiede Mädchen / Jungen** (Mann-Whitney-U-Test)
Alkohol	z=-0,581, p=0,561 n.s.
Cannabinoide	z=-0,299, p=0,765 n.s.
Stimulanzien	z=-0,640, p=0,522 n.s.

Tab. 10: Mädchen / Jungen, Komorbide Störungen
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen von clean.kids bezüglich der komorbiden psychiatrischen Störungen. Mehrfachdiagnosen sind möglich. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, χ2=Chi-Quadrat, ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.*

Komorbide Störung (ICD-10)	**Mädchen** (n=43)	**Jungen** (n=67)	**Unterschiede Mädchen / Jungen** (Chi-Quadrat-Test)
F90 Hyperkinetische Störung	8 (18,6%)	22 (32,8%)	$\chi^2(1,N=110)=2,674$, p=0,102 n.s.
F91 Störung des Sozialverhaltens	10 (23,3%)	12 (17,9%)	$\chi^2(1,N=110)=0,300$, p=0,584 n.s.
Externalisierende Verhaltensstörungen insgesamt (F90, F91)	18 (41,9%)	34 (50,7%)	$\chi^2(1,N=110)=0,830$, p=0,362 n.s.
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	14 (32,6%)	6 (9,0%)	$\chi^2(1,N=110)=9,808$, **p=0,002***

Bezüglich der Häufigkeit der Hauptdiagnosen gibt es nur bei der Diagnose F12.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom) statistisch signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen (Tab. 8). Bei den Jungen von clean.kids wurde häufiger eine Cannabisabhängigkeit diagnostiziert als bei den Mädchen.

Bei der Häufigkeit der anderen Hauptdiagnosen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

Bei der Konsumhäufigkeit der drei am häufigsten konsumierten Substanzklassen gibt es zwischen Mädchen und Jungen in den vier Wochen vor der Aufnahme keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tab. 9).

Hinsichtlich der häufigsten diagnostizierten Komorbiditäten gibt es zwischen Mädchen und Jungen bei den externalisierenden Verhaltensstörungen (F90: Hyperkinetische Störungen, F91: Störung des Sozialverhaltens) keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tab. 10). Eine Sonderform stellt die Diagnose F92 (Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen) dar. Diese Störung umfasst sowohl Komponenten der externalisierenden (Störung des Sozialverhaltens) als auch der internalisierenden Verhaltensstörungen (Störung der Emotionen). Bei einem Drittel der Mädchen, aber nur knapp jedem zehnten Jungen, wurde die Diagnose F92 gestellt.

Tab. 11: Mädchen / Jungen, Schulbesuch, illegale Einkünfte, rechtliche Probleme
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen von clean.kids bezüglich der Häufigkeit der Schulbesuchs und des Vorhandenseins von Einkünften aus illegalen Quellen (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub) 30 Tage vor der Aufnahme bei clean.kids sowie des Vorliegens von Anklagen bzw. Verurteilungen aufgrund von begangenen Straftaten. Da nicht von allen Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme Daten zu illegalen Einkünften und rechtlichen Problemen vorlagen, sind die Fallzahlen entsprechend angegeben. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, max.=maximal, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, χ2=Chi-Quadrat, z=Prüfgröße bei Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, bzw.=beziehungsweise, z.B.=zum Beispiel.*

	Mädchen	**Jungen**	**Unterschiede Mädchen / Jungen** (Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Test)
Schulbesuch, letzte 30 Tage (max. 20)	M=10,36 SD=8,73	M=10,95 SD=8,47	z=-0,418, p=0,676 n.s.
Illegale Einkünfte	8 (23,5%) n=34	36 (64,3%) n=56	χ^2(1,N=90)=14,063, **p=<0,001***
Rechtliche Probleme bisher (Anklagen)	29 (76,3%) n=38	45 (78,9%) n=57	χ^2(1,N=95)=0,092, p=0,762 n.s.

Mädchen und Jungen weisen hinsichtlich der Häufigkeit des Schulbesuchs in den letzten 30 Tagen vor der Aufnahme und den bisherigen rechtlichen Problemen keine statistisch signifikanten Unterschiede auf (Tab. 11). Bei den illegalen Einkünften sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern statistisch signifikant. Jungen hatten im Vergleich zu Mädchen vor der Therapie fast drei Mal so häufig illegale Einkünfte.

Tab. 12: Mädchen / Jungen, psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen von clean.kids bezüglich der psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums vor der Therapie. Da nicht von allen Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme Daten zu den Folgekomplikationen vorlagen, sind die Fallzahlen für jede Folgekomplikation separat dargestellt. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, χ2=Chi-Quadrat.*

Folgekomplikationen	**Mädchen**	**Jungen**	**Unterschiede Mädchen / Jungen** (Chi-Quadrat-Test)
Probleme mit Eltern	29 (80,6%) n=36	43 (75,4%) n=57	$\chi^2(1,N=93)=0,330$, p=0,565 n.s.
Probleme mit Partner / Partnerin	5 (20,8%) n=24	13 (28,3%) n=46	$\chi^2(1,N=70)=0,455$, p=0,500 n.s.
Probleme in der Schule	28 (73,7%) n=38	52 (89,7%) n=58	$\chi^2(1,N=96)=4,216$, **p=0,040***
Vernachlässigung von Interessen	24 (68,6%) n=35	42 (76,4%) n=55	$\chi^2(1,N=90)=0,664$, p=0,415 n.s.
Soziale Isolation	7 (20,6%) n=34	12 (22,2%) n=54	$\chi^2(1,N=88)=0,033$, p=0,856 n.s.

Tab. 13: Mädchen / Jungen, Daten zur Behandlung
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen von clean.kids bezüglich der Behandlungsdauer, der Anzahl der Wiederaufnahmen und des regulären Therapieendes. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, χ2=Chi-Quadrat, z=Prüfgröße bei Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

	Mädchen (n=43)	**Jungen** (n=67)	**Unterschiede Mädchen / Jungen** (Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Test)
Behandlungsdauer (Tage)	M=51,02 SD=32,24	M=48,19 SD=32,52	z=-0,696, p=0,487 n.s.
Anzahl der Wiederaufnahmen	M=0,53 SD=0,94	M=0,51 SD=0,73	z=-0,220, p=0,826 n.s.
Behandlung regulär beendet	20 (46,5%)	18 (26,9%)	$\chi^2(1,N=110)=4,471$, **p=0,034***

Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Folgekomplikationen des Substanzkonsums waren nur bei schulischen Problemen statistisch signifikant (Tab. 12). Mehr Jungen als Mädchen berichteten zum Zeitpunkt der Aufnahme von schulischen Problemen.

Bei der Behandlungsdauer und der Anzahl der Wiederaufnahmen unterscheiden sich Mädchen und Jungen statistisch nicht signifikant (Tab. 13). Bei der Art der Behandlungsbeendigung gibt es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Jungen beendeten die Behandlung deutlich seltener regulär als Mädchen.

b) Unterschiede im Katamnesezeitraum

Mädchen und Jungen von clean.kids unterscheiden sich im Katamnesezeitraum hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums, der Zunahme des Schulbesuchs, der Abnahme von Folgekomplikationen des Substanzkonsums, des Rückgangs illegaler Einkünfte und des Auftretens neuer rechtlicher Probleme nicht.

Stichprobe: Gruppe A (n=28), Mädchen: n=13, Jungen: n=15

Im ersten Teil wurde die Grundgesamtheit betrachtet, in den nachfolgenden Untersuchungen wird Gruppe A im Vorher-Nachher-Vergleich zwischen Mädchen und Jungen untersucht.

Um Aussagen über Veränderungen im Katamnesezeitraum treffen zu können, muss vorher überprüft werden, ob es innerhalb der Gruppe A vor der Therapie Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt. Diese Tests werden jeweils in den letzten Spalten der Tabellen wiedergegeben.

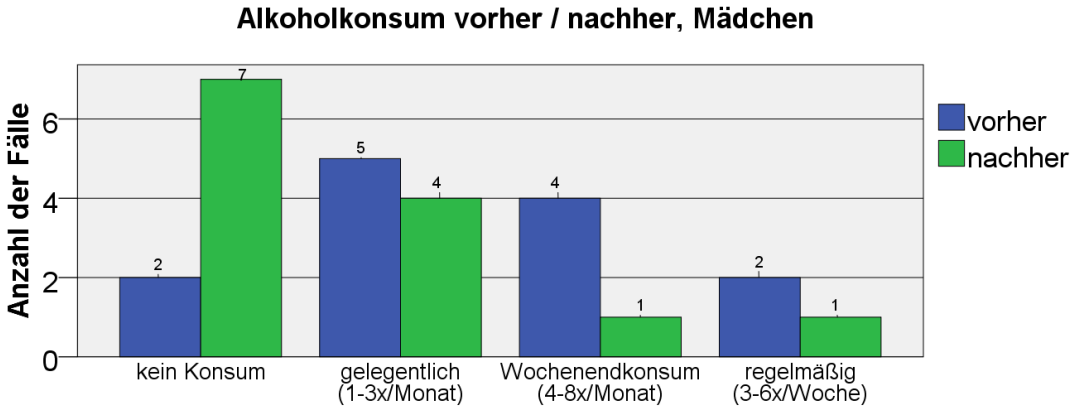

Abb. 43: Alkoholkonsum vorher / nachher, Mädchen
Vergleich der Häufigkeit des Alkoholkonsum der Mädchen vor und nach der Therapie bei clean.kids. „vorher": Konsumhäufigkeit in den 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher": Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Die Antwortmöglichkeit „täglicher Konsum" wurde bei beiden Befragungen nicht genannt und ist deshalb nicht dargestellt. Erhoben anhand der Mädchen aus Untersuchungsgruppe A (n=13). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Bei der Konsumhäufigkeit der drei betrachteten Substanzklassen gibt es vor der Therapie keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen der Gruppe A. Im Katamnesezeitraum weisen die Mädchen jedoch eine statistisch signifikante Reduktion des Alkoholkonsums auf (Abb. 43, Tab. 14). Der Effekt ist hinsichtlich der Konsumreduktion sehr groß (d=1,50). Bei den Jungen zeigt sich hingegen keine statistische signifikante Reduktion des Alkoholkonsums. Dieser Unterschied ist insbesondere mit Blick auf Hypothese 1 relevant, da in der Gesamtbetrachtung von Gruppe A im Katamnesezeitraum keine statistisch signifikante Reduktion des Alkoholkonsums zu verzeichnen ist. Bezüglich des Cannabiskonsums zeigt sich bei beiden Geschlechtern gleichermaßen eine statistisch signifikante Abnahme der Konsumhäufigkeit nach der Therapie und ein sehr großer Effekt bezüglich der Konsumreduktion (d=2,01 bzw. 2,47). Bei der Reduktion des Stimulanzienkonsums zeigt sich analog zu den Ergebnissen der Gesamtbetrachtung von Gruppe A keine statistisch signifikante Konsumreduktion bei beiden Geschlechtern. Vergleicht man die Reduktion des Konsums illegaler Drogen insgesamt, so verdeutlicht der McNemar-Test, dass sowohl Mädchen als auch Jungen im Katamnesezeitraum statistisch signifikant seltener illegale Drogen konsumierten.

Das Ziel der absoluten Abstinenz erreichten im Katamnesezeitraum 6 der 13 Mädchen (46,2%) und 2 der 15 Jungen (13,3%). Dieser Unterschied ist statistisch jedoch nicht signifikant (Exakter Chi-Quadrat-Test, p=0,096 n.s.).

Tab. 14: Mädchen / Jungen, Konsumreduktion
*Geschlechterspezifische Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Konsumreduktion der 3 relevantesten Substanzen bzw. der illegalen Drogen insgesamt im Katamnesezeitraum. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei der Konsumhäufigkeit statistisch signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, Mädchen n=13, Jungen n=15). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, z=Prüfgröße bei Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-/Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, d=Effektstärke, bzw.=beziehungsweise.*

Substanzklasse	**Konsumreduktion Mädchen** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Konsumreduktion Jungen** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Unterschiede bei der Konsumhäufigkeit zw. Mädchen & Jungen aus Gruppe A vorher** (Mann-Whitney-U-Test)
Alkohol	z=-2,157, **p=0,023*, d=1,50**	z=-0,047, p=0,500 n.s.	z=-0,096, p=0,923 n.s.
Cannabinoide	z=-2,558, **p=0,004*, d=2,01**	z=-3,008, **p=0,001*, d=2,47**	z=0,846, p=0,397 n.s.
Stimulanzien	z=-1,342, p=0,188 n.s.	z=-0,921, p=0,250 n.s.	z=-0,120, p=0,230 n.s.
	(McNemar-Test)	(McNemar-Test)	Exakter χ^2-Test
Illegale Drogen insgesamt	**p=0,004***	**p=0,008***	p=0,206 n.s.

Tab. 15: Mädchen / Jungen, Zunahme Schulbesuch
Geschlechterspezifische Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Zunahme des Schulbesuchs im Katamnesezeitraum. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei der Häufigkeit des Schulbesuchs statistisch signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, Mädchen n=13, Jungen n=15). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, n=Personenanzahl, z=Prüfgröße bei Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-/Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant.

Zunahme Schulbesuch Mädchen (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Zunahme Schulbesuch Jungen** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Unterschiede in der Häufigkeit des Schulbesuchs zw. Mädchen & Jungen der Gruppe A vorher** (Mann-Whitney-U-Test)
z=-0,455, p=0,336 n.s.	z=-0,283, p=0,398 n.s.	z=-0,071, p=0,943 n.s.

Tab. 16: Mädchen / Jungen, Abnahme der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums
*Geschlechterspezifische Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Abnahme der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums im Katamnesezeitraum. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei den psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums statistisch signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, Mädchen n=13, Jungen n=15). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Folgekomplikationen	**Abnahme Mädchen** (McNemar-Test)	**Abnahme Jungen** (McNemar-Test)	**Unterschiede in der Häufigkeit der Folgekomplikationen zw. Mädchen & Jungen der Gruppe A vorher** (Exakter χ^2-Test)
Probleme mit Eltern	**p=0,011***	**p=<0,001***	p=1,00 n.s.
Probleme mit Partner / Partnerin	p=0,500 n.s.	p=0,125 n.s.	p=0,603 n.s.
Probleme in der Schule	**p=0,019***	**p=<0,001***	p=0,583 n.s.
Vernachlässigung von Interessen	**p=0,001***	**p=0,011***	p=0,593 n.s.
Soziale Isolation	p=0,125 n.s.	p=0,750 n.s.	p=0,322 n.s.

In der Häufigkeit des Schulbesuchs unterscheiden sich Jungen und Mädchen der Gruppe A vor der Therapie nicht statistisch signifikant (Tab. 15). Im Katamnesezeitraum lässt sich keine statistisch signifikante Zunahme der Häufigkeit des Schulbesuchs bei beiden Geschlechtern beobachten.

Hinsichtlich der Abnahme psychosozialer Folgekomplikationen des Substanzkonsums im Katamnesezeitraum gibt es statistisch keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen (Tab. 16).

Tab. 17: Mädchen / Jungen, Abnahme illegaler Einkünfte
*Geschlechterspezifische Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Abnahme illegaler Einkünfte (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub) im Katamnesezeitraum. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei den illegalen Einkünften statistisch signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, Mädchen n=13, Jungen n=15). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, z.B.=zum Beispiel.*

Abnahme illegaler Einkünfte Mädchen (McNemar-Test)	**Abnahme illegaler Einkünfte Jungen** (McNemar-Test)	**Unterschiede in der Häufigkeit illegaler Einkünfte zw. Mädchen & Jungen der Gruppe A vorher** (Chi-Quadrat-Test)
p=0,500 n.s.	**p=0,035***	$\chi^2(1,N=28)=2,516$, p=0,113 n.s.

Auf Seiten der Jungen kam es bei den illegalen Einkünften im Katamnesezeitraum zu einer statistisch signifikanten Reduktion im Vergleich zu den illegalen Einkünften vor der Therapie (Tab. 17). Bei den Mädchen sind die Unterschiede im Vorher-Nachher-Vergleich statistisch nicht signifikant. Die Zahlen zeigen jedoch, dass vor der Therapie nur 3 der 13 Patientinnen illegale Einkünfte hatten, nach der Therapie waren es zwei Patientinnen.
Wird das Auftreten neuer rechtlicher Probleme im Katamnesezeitraum zwischen den beiden Geschlechtern verglichen, zeigt sich, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt (Exakter Chi-Quadrat-Test, p=0,226 n.s.).

Insgesamt gibt es bei clean.kids bezüglich der verschiedenen untersuchten Teilgebiete und Aspekte sowohl vor der Therapie als auch im Katamnesezeitraum Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Diese Unterschiede treten jedoch meist nur punktuell auf. Hierbei ist das Teilgebiet der Hauptdiagnosen zu nennen: Jungen erhielten häufiger als Mädchen die Diagnose einer Cannabisabhängigkeit. Auf der anderen Seite waren Mädchen häufiger als Jungen von einer Kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen betroffen. Jungen beendeten die Therapie deutlich seltener als Mädchen regulär, hatten vor der Therapie häufiger illegale Einkünfte und öfter Schulprobleme. Bei den Beobachtungen im Katamnesezeitraum ist hervorzuheben, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen einen reduzierten Alkoholkonsum aufwiesen und im Vergleich zu den Jungen keine Abnahme der Häufigkeit

illegaler Einkünfte zeigten. In allen anderen untersuchten Bereichen gibt es keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede.

3.3.4 Hypothese 4: Externalisierende Verhaltensstörungen

a) Unterschiede vor und in der Therapie

Jugendliche von clean.kids mit einer externalisierenden Verhaltensstörung in den Nebendiagnosen unterscheiden sich hinsichtlich des Substanzkonsums, der Behandlungsdaten, ausgewählter psychosozialer Aspekte und der Folgekomplikationen durch den Substanzkonsum in der Weise von Mitpatientinnen und Mitpatienten ohne diese Nebendiagnose, dass von einer ungünstigeren (Ausgangs-)Situation gesprochen werden kann.

Grundgesamtheit (N=110), Externalisierende Verhaltensstörung: 46,4% (n=51)

Tab. 18: Ext. Verhaltensstörung, Konsumhäufigkeit
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung von clean.kids bezüglich der Konsumhäufigkeit der 3 relevantesten Substanzen in den 30 Tagen vor Beginn der Therapie bei clean.kids. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, Pat.=Patientinnen und Patienten, N=Personenanzahl, z=Prüfgröße bei Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Substanzklasse	**Unterschiede zw. Pat. mit und ohne ext. Verhaltensstörung** (Mann-Whitney-U-Test)
Alkohol	z=-1,039, p=0,150 n.s.
Cannabinoide	z=-0,488, p=0,313 n.s.
Stimulanzien	**z=-2,286, p=0,011***

Bezüglich der Häufigkeit des Alkohol- und Cannabiskonsums in den vier Wochen vor der Therapie unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung statistisch nicht signifikant (Tab. 18). Bei der Häufigkeit des Stimulanzienkonsums sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikant. Unter Einbezug der deskriptiven Statistik ist hierbei jedoch festzustellen, dass keineswegs Patientinnen und Patienten ohne externalisierende Verhaltensstörung seltener Stimulanzien konsumierten, sondern umgekehrt, dass die Gruppe ohne diese Störung in den Nebendiagnosen statistisch signifikant häufiger Stimulanzien konsumierte.

Tab. 19: Ext. Verhaltensstörung, Schulbesuch, illegale Einkünfte, rechtliche Probleme
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung bezüglich der Häufigkeit der Schulbesuchs und des Vorhandenseins von Einkünften aus illegalen Quellen (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub) 30 Tage vor der Aufnahme bei clean.kids sowie des Vorliegens von Anklagen bzw. Verurteilungen aufgrund von begangenen Straftaten. Da nicht von allen Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme Daten zu illegalen Einkünften und rechtlichen Problemen vorlagen, sind die Fallzahlen entsprechend angegeben. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, n/N=Personenanzahl, max.=maximal, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, χ2=Chi-Quadrat, z=Prüfgröße bei Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, z.B.=zum Beispiel, bzw.=beziehungsweise.*

	Ext. Verhaltensstörung	**Keine ext. Verhaltensstörung**	**Unterschiede zw. Pat. mit und ohne ext. Verhaltensstörung** (Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Test)
Schulbesuch, letzte 30 Tage (max. 20)	M=8,95 SD=10,00	M=12,31 SD=8,79	z=-1,845, **p=0,033***
Illegale Einkünfte	24 (58,5%) n=41	20 (40,8%) n=49	χ^2(1,N=90)=2,805, **p=0,047***
Rechtliche Probleme bisher (Anklagen)	39 (86,7%) n=45	35 (70,0%) n=50	χ^2(1,N=95)=3,821, **p=0,026***

Anhand ausgewählter Aspekte der sozialen Adaption zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten mit einer externalisierenden Verhaltensstörung vor der Therapie in allen Bereichen schlechtere Ausgangsbedingungen hatten (Tab. 19). Jugendliche mit dieser Komorbidität besuchten seltener die Schule, hatten häufiger illegale Einkünfte und wurden häufiger aufgrund von Gesetzesverstößen angeklagt. Diese Unterschiede sind statistisch signifikant.

Tab. 20: Ext. Verhaltensstörung, psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung bezüglich der psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums vor der Therapie. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Da nicht von allen Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme Daten zu den Folgekomplikationen vorlagen, sind die Fallzahlen für jede Folgekomplikation separat dargestellt. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, Pat.=Patientinnen und Patienten, n/N=Personenanzahl, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, χ2=Chi-Quadrat.*

Folgekomplikationen	**Ext. Verhaltensstörung**	**Keine ext. Verhaltensstörung**	**Unterschiede zw. Pat. mit und ohne ext. Verhaltensstörung** (Chi-Quadrat-Test)
Probleme mit Eltern	36 (85,7%) n=42	36 (70,6%) n=51	$\chi^2(1,N=93)=3,014$, **p=0,042***
Probleme mit Partner / Partnerin	9 (28,1%) n=32	9 (23,7%) n=38	$\chi^2(1,N=70)=0,179$, p=0,336 n.s.
Probleme in der Schule	39 (86,7%) n=45	41 (80,4%) n=51	$\chi^2(1,N=96)=0,678$, p=0,205 n.s.
Vernachlässigung von Interessen	32 (76,2%) n=42	34 (70,8%) n=48	$\chi^2(1,N=90)=0,329$, p=0,283 n.s.
Soziale Isolation	7 (17,1%) n=41	12 (25,5%) n=47	$\chi^2(1,N=88)=0,925$, p=0,168 n.s.

Betrachtet man die drogeninduzierten psychosozialen Folgekomplikationen ist zu erkennen, dass Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung vor der Therapie statistisch signifikant häufiger Probleme mit den Eltern nannten (Tab. 20). In den anderen Bereichen gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tab. 21: Ext. Verhaltensstörung, Daten zur Behandlung
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung bezüglich der Behandlungsdauer, der Anzahl der Wiederaufnahmen und des regulären Therapieendes. Erhoben anhand der Grundgesamtheit (N=110). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, Pat.=Patientinnen und Patienten, n/N=Personenanzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, χ2=Chi-Quadrat, z=Prüfgröße bei Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

	Ext. Verhaltensstörung (n=51)	**Keine ext. Verhaltensstörung** (n=59)	**Unterschiede zw. Pat. mit und ohne ext. Verhaltensstörung** (Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Test)
Behandlungsdauer (Tage)	M=42,70 SD=34,00	M=55,02 SD=33,31	z=-1,922, **p=0,028***
Anzahl der Wiederaufnahmen	M=0,47 SD=0,58	M=0,56 SD=0,97	z=-0,379, p=0,353 n.s.
Behandlung regulär beendet	9 (17,6%)	29 (49,2%)	χ^2(1,N=110)=12,008, **p=<0,001***

In der Darstellung ausgewählter Behandlungsdaten wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten mit einer externalisierenden Verhaltensstörung eine statistisch signifikant kürzere Behandlungsdauer hatten (Tab. 21). Gleichermaßen beendeten Jugendliche mit dieser Komorbidität die Behandlung statistisch signifikant seltener regulär. Bei der Anzahl der Wiederaufnahmen waren die Unterschiede nicht statistisch signifikant.

b) Unterschiede im Katamnesezeitraum

Jugendliche von clean.kids mit einer externalisierenden Verhaltensstörung in den Nebendiagnosen haben im Katamnesezeitraum hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums, der Zunahme des Schulbesuchs, der Abnahme von Folgekomplikationen des Substanzkonsums, des Rückgangs illegaler Einkünfte und des Auftretens neuer rechtlicher Probleme eine schlechtere Prognose als Mitpatientinnen und Mitpatienten ohne diese Nebendiagnose.

Stichprobe: Gruppe A (n=28), Externalisierende Verhaltensstörung: 39,3% (n=11)

Im ersten Teil wurde die Grundgesamtheit betrachtet. In den nachfolgenden Untersuchungen wird Gruppe A im Vorher-Nachher-Vergleich zwischen Patientinnen und Patienten mit und

ohne eine externalisierende Verhaltensstörung in der Nebendiagnose untersucht. Um Aussagen über Veränderungen im Katamnesezeitraum treffen zu können, muss vorher überprüft werden, ob es vor der Therapie Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung gibt (s. jeweils letzte Spalte).

Tab. 22: Ext. Verhaltensstörung, Konsumreduktion
*Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Konsumreduktion der 3 relevantesten Substanzen bzw. der illegalen Drogen insgesamt im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium des Vorliegens einer externalisierenden Verhaltensstörung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei der Konsumhäufigkeit statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, externalisierende Verhaltensstörung n=11, keine externalisierende Verhaltensstörung n=17). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, Pat.=Patientinnen und Patienten, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, z=Prüfgröße bei Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-/Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, d=Effektstärke, bzw.=beziehungsweise.*

Substanzklasse	**Konsumreduktion ext. Verhaltensstörung** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Konsumreduktion Keine ext. Verhaltensstörung** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Unterschiede bei der Konsumhäufigkeit zw. Pat. mit und ohne ext. Verhaltensstörung aus Gruppe A vorher** (Mann-Whitney-U-Test)
Alkohol	z=-0,289, p=0,441 n.s.	z=-2,230, **p=0,018*, d=1,29**	z=-1,475, p=0,140 n.s.
Cannabinoide	z=-2,354, **p=0,012*, d=2,02**	z=-3,165, **p=<0,001*, d=2,40**	z=-1,576, p=0,115 n.s.
Stimulanzien	z=-0,577, p=0,500 n.s.	z=-0,625, p=0,406 n.s.	z=-0,427, p=0,669 n.s.
	(McNemar-Test)	(McNemar-Test)	Exakter χ^2-Test
Illegale Drogen insgesamt	**p=0,031***	**p=0,001***	p=1,0 n.s.

Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung konsumierten im Katamnesezeitraum statistisch signifikant seltener Cannabis und illegale Drogen insgesamt (Tab. 22). Die Effektstärke bei der Reduktion des Cannabiskonsums ist in beiden Fällen sehr groß (d>2). Bei der Reduktion des Alkoholkonsums wird deutlich, dass diese bei Patientinnen und Patienten ohne eine externalisierende Verhaltensstörung statistisch signifikant

ist, die Effektstärke ist hierbei ebenfalls sehr groß (d=1,29). Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung zeigten hingegen keinen statistisch signifikant reduzierten Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum. Da die Ergebnisse sehr ähnlich ausfallen wie bei der vorausgegangenen Betrachtung der Konsumreduktion zwischen Mädchen und Jungen, wurde das Geschlechterverhältnis der beiden Gruppen überprüft. Eine mehrheitlich aus Jungen bestehende Gruppe mit externalisierender Verhaltensstörung würde die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken. Es zeigt sich jedoch, dass das Geschlechterverhältnis in der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit externalisierender Verhaltensstörung nahezu ausgeglichen ist (m=6, w=5).

Patientinnen und Patienten ohne externalisierende Verhaltensstörung waren im Katamnesezeitraum nicht häufiger abstinent (Exakter Chi-Quadrat-Test, p=1,00).

Tab. 23: Ext. Verhaltensstörung, Zunahme Schulbesuch
Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Zunahme des Schulbesuchs im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium des Vorliegens einer externalisierenden Verhaltensstörung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei der Häufigkeit des Schulbesuchs statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, externalisierende Verhaltensstörung n=11, keine externalisierende Verhaltensstörung n=17). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, Pat.=Patientinnen und Patienten, z=Prüfgröße bei Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-/Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant.

Zunahme Schulbesuch ext. Verhaltensstörung (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Zunahme Schulbesuch Keine ext. Verhaltensstörung** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Unterschiede bei der Häufigkeit des Schulbesuchs zw. Pat. mit und ohne ext. Verhaltensstörung der Gruppe A vorher** (Mann-Whitney-U-Test)
z=-0,311, p=0,390 n.s.	z=-0,569, p=0,294 n.s.	z=-1,064, p=0,288 n.s.

Eine statistisch signifikante Zunahme des Schulbesuchs konnte bei Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung nicht nachgewiesen werden (Tab. 23).

Tab. 24: Ext. Verhaltensstörung, Abnahme der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums
*Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Abnahme der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium des Vorliegens einer externalisierenden Verhaltensstörung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei den psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, externalisierende Verhaltensstörung n=11, keine externalisierende Verhaltensstörung n=17). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, Pat.=Patientinnen und Patienten, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Folgekomplikationen	**Abnahme Ext. Verhaltens-störung** (McNemar-Test)	**Abnahme Keine ext. Ver-haltensstörung** (McNemar-Test)	**Unterschiede bei der Häufigkeit der Folge-komplikationen zw. Pat. mit und ohne ext. Ver-haltensstörung der Gruppe A vorher** (Exakter χ^2-Test)
Probleme mit Eltern	**p=0,002***	**p=0,001***	p=0,505 n.s.
Probleme mit Partner / Partnerin	p=0,250 n.s.	p=0,500 n.s.	p=0,584 n.s.
Probleme in der Schule	**p=0,004***	**p=0,002***	p=0,258 n.s.
Vernachlässigung von Interessen	**p=0,008***	**p=0,002***	p=0,604 n.s.
Soziale Isolation	p=0,500 n.s.	p=0,313 n.s.	p=0,626 n.s.

Hinsichtlich der Abnahme psychosozialer Folgekomplikationen des Substanzkonsums im Katamnesezeitraum gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung (Tab. 24).

Tab. 25: Ext. Verhaltensstörung, Reduktion illegale Einkünfte
*Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Abnahme der illegalen Einkünfte (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub) im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium des Vorliegens einer externalisierenden Verhaltensstörung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei den illegalen Einkünften signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, externalisierende Verhaltensstörung n=11, keine externalisierende Verhaltensstörung n=17). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, ext.=externalisierend, Pat.=Patientinnen und Patienten, n=Personenanzahl, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, z.B.=zum Beispiel.*

Abnahme illegaler Einkünfte ext. Verhaltensstörung (McNemar-Test)	**Abnahme illegaler Einkünfte Keine ext. Verhaltensstörung** (McNemar-Test)	**Unterschiede bei der Häufigkeit illegaler Einkünfte zw. Pat. mit und ohne ext. Verhaltensstörung der Gruppe A vorher** (Exakter Chi-Quadrat-Test)
p=0,031*	p=0,344 n.s.	p=0,441 n.s.

Bei den illegalen Einkünften zeigen nur Patientinnen und Patientin mit einer externalisierenden Verhaltensstörung eine statistisch signifikante Abnahme im Katamnesezeitraum (Tab. 25).
Bei der Häufigkeit neuer rechtlicher Probleme im Katamnesezeitraum unterscheiden sich Jugendliche mit und ohne externalisierende Verhaltensstörungen nicht (Exakter Chi-Quadrat-Test, p=1,00 n.s.).

Fasst man die Ergebnisse zusammen lässt sich feststellen, dass Jugendliche mit der Nebendiagnose einer externalisierenden Verhaltensstörung insbesondere vor der Therapie und während der Behandlung eine ungünstigere Ausgangssituation bzw. Prognose haben. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei den ausgewählten Aspekten der sozialen Adaption und den Problemen mit den Eltern in der Zeit vor der Therapie. Auch bei den Behandlungsdaten wird deutlich, dass Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung schlechtere Werte bei der Behandlungsdauer und der regulären Behandlungsbeendigung hatten. Im Katamnesezeitraum sind die Unterschiede weniger eindeutig. Beide Gruppen erreichten zwar eine deutliche Reduktion des Cannabiskonsums und einen Rückgang des Konsums illegaler Drogen insgesamt, beim Alkoholkonsum ist jedoch bei den Jugendlichen mit externalisierender Verhaltensstörung, im Gegensatz zu Jugendlichen ohne dieses Störungsbild, keine Reduktion des Konsums zu verzeichnen. In anderen Teilbereichen lässt sich nicht belegen, dass Patientinnen und Patienten mit externalisierenden Störungen eine ungünstigere Prognose hätten. Bei den illegalen Einkünften im Katamnesezeitraum zeigt sich sogar nur

bei Jugendlichen mit einer externalisierenden Verhaltensstörung ein statistisch signifikanter Rückgang.

3.3.5 Hypothese 5: Art der Behandlungsbeendigung

Eine reguläre Beendigung der Therapie geht bei den Jugendlichen von clean.kids im Katamnesezeitraum mit einer günstigeren Prognose bezüglich des Substanzkonsums, des Schulbesuchs, der Folgekomplikationen des Substanzkonsums und der Abnahme illegaler Einkünfte einher.

Stichprobe: Gruppe A, n=28, vorzeitig beendet: n=12, regulär beendet: n=16

Tab. 26: Art der Beendigung der Behandlung, Konsumreduktion
*Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Konsumreduktion der 3 relevantesten Substanzen bzw. der illegalen Drogen insgesamt im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium einer regulären Therapiebeendigung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei der Konsumhäufigkeit statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne regulärem Therapieende gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, reguläres Therapieende n=12, vorzeitiges Therapieende n=16). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, Pat.=Patientinnen und Patienten, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, z=Prüfgröße bei Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-/Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant, d=Effektstärke, bzw.=beziehungsweise.*

Substanzklasse	**Konsumreduktion vorzeitig beendet** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Konsumreduktion regulär beendet** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Unterschiede bei der Konsumhäufigkeit zw. Pat. der beiden Gruppen vorher** (Mann-Whitney-U-Test)
Alkohol	z=-0,749, p=0,307 n.s.	z=-1,308, p=0,127 n.s.	z=-0,543, p=0,631 n.s.
Cannabinoide	z=-2,546, **p=0,004*, d=2,20**	z=-3,048, **p=0,001*, d=2,40**	z=-0,401, p=0,732 n.s.
Stimulanzien	z=-0,962, p=0,250 n.s.	z=-1,134, p=0,250 n.s.	z=0,00 p=1,00 n.s.
	(McNemar-Test)	(McNemar-Test)	Exakter χ^2-Test
Illegale Drogen insgesamt	p=0,063 n.s.	**p=<0,001***	p=0,175 n.s.

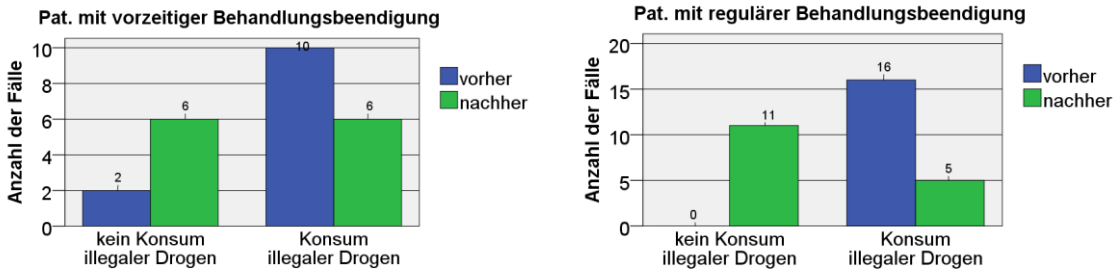

Abb. 44: Vorzeitige / reguläre Behandlungsbeendigung, Konsum illegaler Drogen vorher / nachher
Vergleich des Konsums illegaler Drogen insgesamt vor und nach der Therapie bei clean.kids zwischen Patientinnen und Patienten mit regulärem und vorzeitigem Therapieende. „vorher": Konsum illegaler Drogen 30 Tagen vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher": Konsum illegaler Drogen in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, reguläres Therapieende n=12, vorzeitiges Therapieende n=16). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, Pat.=Patientinnen und Patienten.

Vor der Therapie gibt es zwischen den beiden Untergruppen keine statistisch signifikanten Konsumunterschiede (Tab. 26). Bezüglich der Reduktion des Alkohol-, Cannabis- und Stimulanzienkonsums im Katamnesezeitraum unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit regulärem und irregulärem Behandlungsende in ihrer Prognose nicht. Sowohl bei regulärem als auch bei vorzeitigem Therapieende reduzierten die Jugendlichen ihren Alkohol- und Stimulanzienkonsum nicht statistisch signifikant. Beim Cannabiskonsum kam es hingegen zu einer statistisch signifikanten Konsumreduktion bei beiden Gruppen. Der Effekt bezüglich der Reduktion des Cannabiskonsums ist bei beiden Gruppen sehr groß (d>2). Bei der Konsumreduktion von illegalen Drogen insgesamt gibt es jedoch Unterschiede zwischen den beiden Untergruppen. Patientinnen und Patienten, die die Behandlung regulär beendeten, konsumierten nach der Therapie statistisch signifikant seltener illegale Drogen. Im Falle eines vorzeitigen Therapieendes kam es im Katamnesezeitraum zu keiner statistisch signifikanten Abnahme des Konsums illegaler Drogen. Die Hälfte dieser Patientinnen und Patienten gab im Telefoninterview an, nach wie vor illegale Drogen zu konsumieren. In der Gruppe der Jugendlichen mit regulärem Therapieende konsumierten im Katamnesezeitraum mehr als zwei Drittel keine illegalen Drogen mehr (Abb. 44).

Patientinnen und Patienten mit irregulärem Therapieende waren im Befragungszeitraum nicht seltener vollständig abstinent (Exakter Chi-Quadrat-Test, p=0,691 n.s.).

Tab. 27: Art der Behandlungsbeendigung, Zunahme Schulbesuch
Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Zunahme des Schulbesuchs im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium einer regulären Therapiebeendigung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei der Häufigkeit des Schulbesuchs statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne regulärem Therapieende gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, reguläres Therapieende n=12, vorzeitiges Therapieende n=16). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, zw.=zwischen, Pat.=Patientinnen und Patienten, z=Prüfgröße bei Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-/Mann-Whitney-U-Test, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant.

Zunahme Schulbesuch vorzeitig beendet (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Zunahme Schulbesuch regulär beendet** (exakter Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test)	**Unterschiede bei der Häufigkeit des Schulbesuchs zw. Pat. der beiden Gruppen vorher** (Mann-Whitney-U-Test)
z=-0,393, p=0,359 n.s.	z=-0,144, p=0,082 n.s.	z=-1,765, p=0,078 n.s.

In der Prognose bezüglich der Zunahme des Schulbesuchs unterscheiden sich beide Untergruppen statistisch nicht signifikant (Tab. 27).

Tab. 28: Art der Behandlungsbeendigung, Abnahme psychosozialer Folgekomplikationen des Substanzkonsums
*Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Abnahme psychosozialer Folgekomplikationen des Substanzkonsums im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium einer regulären Therapiebeendigung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei der Belastung durch psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne regulärem Therapieende gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, reguläres Therapieende n=12, vorzeitiges Therapieende n=16). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, Pat.=Patientinnen und Patienten, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Folgekomplikationen	**Abnahme vorzeitig beendet** (McNemar-Test)	**Abnahme regulär beendet** (McNemar-Test)	**Unterschiede bei der Häufigkeit der Folgekomplikationen zw. Pat. der beiden Gruppen vorher** (Exakter χ^2-Test)
Probleme mit den Eltern	**p=0,001***	**p=0,002***	p=0,492 n.s.
Probleme mit Partner / Partnerin	p=0,250 n.s.	p=0,500 n.s.	p=1,00 n.s.
Probleme in der Schule	**p=0,001***	**p=0,006***	p=1,00 n.s.
Vernachlässigung von Interessen	**p=0,035***	**p=<0,001***	p=1,00 n.s.
Soziale Isolation	p=0,500 n.s.	p=0,250 n.s.	p=1,00 n.s.

Sowohl vor der Therapie als auch im Katamnesezeitraum gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Patientinnen und Patienten, die die Therapie regulär beendeten und vorzeitig beendeten, bezogen auf die Häufigkeit bzw. Abnahme von Folgekomplikationen des Substanzkonsums (Tab. 28).

Tab. 29: Art der Behandlungsbeendigung, Abnahme illegaler Einkünfte
*Darstellung der Ergebnisse der statistischen Berechnung der Abnahme illegaler Einkünfte (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub) im Katamnesezeitraum nach dem Kriterium einer regulären Therapiebeendigung. In der letzten Spalte wurde untersucht, ob es vor der Therapie bei den illegalen Einkünften statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne regulärem Therapieende gibt. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, reguläres Therapieende n=12, vorzeitiges Therapieende n=16). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. zw.=zwischen, Pat.=Patientinnen und Patienten, n=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Abnahme illegaler Einkünfte vorzeitig beendet (McNemar-Test)	**Abnahme illegaler Einkünfte regulär beendet** (McNemar-Test)	**Unterschiede bei der Häufigkeit illegaler Einkünfte zw. Pat. der beiden Gruppen vorher** (Chi-Quadrat-Test)
p=0,750 n.s.	**p=0,020***	$\chi^2(1,N=28)=1,607$, p=0,205 n.s.

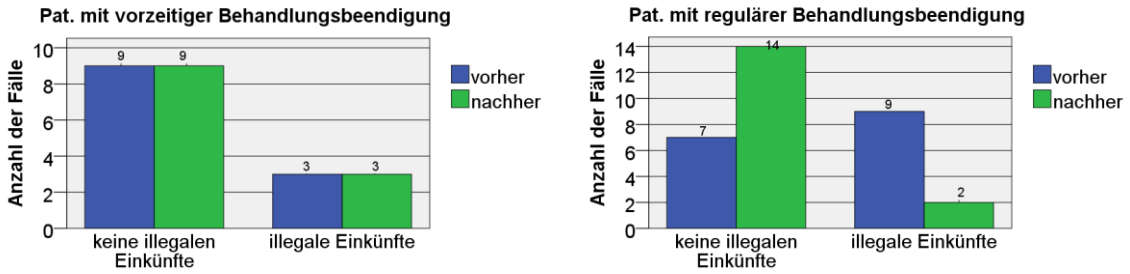

Abb. 45: Art der Behandlungsbeendigung, illegale Einkünfte vorher / nachher
Vergleich der illegalen Einkünfte (z.B. Drogengeschäfte, Diebstahl, Raub) vor und nach der der Therapie bei clean.kids zwischen Patientinnen und Patienten mit regulärem und vorzeitigem Therapieende. „vorher“: illegale Einkünfte 30 Tage vor der Aufnahme bei clean.kids; „nachher“: illegale Einkünfte in den letzten 30 Tagen vor dem Telefoninterview (4 Monate nach der Therapie). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28, reguläres Therapieende n=12, vorzeitiges Therapieende n=16). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, Pat.=Patientinnen und Patienten, z.B.=zum Beispiel.

Bei der Betrachtung der illegalen Einkünfte im Katamnesezeitraum wird deutlich, dass sich in absoluten Zahlen in der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit irregulärem Therapieende keine Veränderungen zeigen (Abb. 45). In der Gruppe der Jugendlichen, die die Therapie bei clean.kids regulär beendeten, nahm hingegen die Häufigkeit von illegalen Einkünften statistisch signifikant ab (Tab. 29). Es ist jedoch anzumerken, dass in der Gruppe der

Jugendlichen mit vorzeitigem Therapieende schon vor der Therapie nur wenige Personen angaben, illegale Einkünfte gehabt zu haben.
Da Mädchen die Therapie insgesamt statistisch signifikant häufiger regulär beendeten (s. Abschnitt 3.3.3), könnte das Geschlecht in dieser Betrachtung als Störfaktor wirken. Es zeigt sich jedoch, dass in Gruppe A ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vorherrscht (m=15, w=13), daher ist von einer Verzerrung der Ergebnisse durch das Merkmal Geschlecht nicht auszugehen.

In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigt sich, dass Jugendliche, die die Therapie regulär beendeten, hinsichtlich der untersuchten Merkmale, trotz fehlender Unterschiede in manchen Teilbereichen, insgesamt eine bessere Prognose haben als Patientinnen und Patienten, die durch einen oder mehrere Therapieabbrüche vorzeitig aus der Behandlung bei clean.kids ausschieden. Besonders deutlich wird der Unterschied bei der Konsumreduktion illegaler Drogen und der Abnahme illegaler Einkünfte im Katamnesezeitraum. Nur Jugendliche mit einem regulären Therapieende zeigten in diesen Bereichen statistisch signifikante Verbesserungen.

3.3.6 Hypothese 6: Konsumierendes Umfeld

Im Katamnesezeitraum besteht bei den Jugendlichen von clean.kids ein Zusammenhang zwischen der Meidung eines konsumierenden Umfelds und einem selteneren Substanzkonsum.

Stichprobe: Gruppe A (n=28)

Tab. 30: Zusammenhang konsumierendes Umfeld und Substanzkonsum
*Ergebnisse der statistischen Berechnung der Korrelation der Meidung eines konsumierenden Umfelds nach der Therapie mit einem niedrigeren Substanzkonsum der Jugendlichen im Katamnesezeitraum. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl. r_s=Spearman's Rho (Korrelationskoeffizient), p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Substanzklasse	**Zusammenhang** (Spearman Korrelation)
Alkohol	r_s=0,418, **p=0,014***
Cannabinoide	r_s=0,387, **p=0,021***
Stimulanzien	r_s=0,289, p=0,068 n.s.

In der Korrelation nach Spearman wird deutlich, dass es bei Alkohol und Cannabis einen statistisch signifikanten mittleren Zusammenhang zwischen der Meidung eines konsumierenden Umfelds und einem selteneren Substanzkonsum gibt (r_s>0,3, Tab. 30). Bei Stimulanzien ist dieser Zusammenhang nicht statistisch signifikant.

3.3.7 Hypothese 7: Abstinenzorientierung im Verlauf

Hinsichtlich der Zielsetzung für den zukünftigen Umgang mit psychotropen Substanzen unterscheiden sich Jugendliche von clean.kids zum Zeitpunkt der Entlassung gegenüber dem Zeitpunkt der Katamnese in der Weise, dass die Zielsetzung der vollständigen Abstinenz in der Häufigkeit abnimmt und die Zielsetzung des reduzierten Substanzkonsums in der Häufigkeit zunimmt.

Von 15 Patientinnen und Patienten liegen zu dieser Fragestellung sowohl Angaben aus dem Entlassungsfragebogen als auch aus dem Katamneseinterview vor. Zuerst soll die Abstinenzorientierung anhand der Angaben aus dem Entlassungsfragebogen und dem Katamneseinterview gegenübergestellt werden, bevor die statistische Überprüfung der Hypothese folgt. Abschließend wird zusätzlich dargestellt, wie sich die Angaben von Jugendlichen unterscheiden, je nachdem ob diese im Katamnesezeitraum abstinent oder nicht abstinent waren.

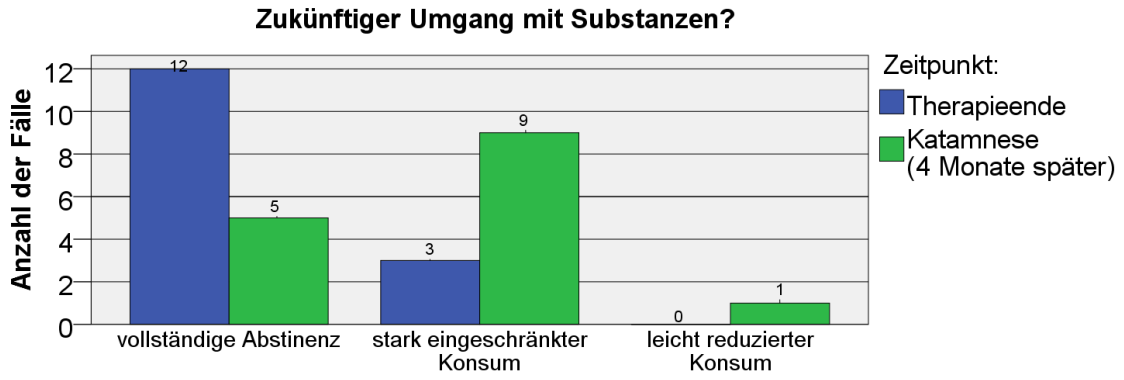

Abb. 46: Abstinenzorientierung im Verlauf
Meinung der Jugendlichen zum zukünftigen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Therapie bei clean.kids und des Telefoninterviews 4 Monate nach der Therapie. Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Von diesen 28 Personen lagen von 15 vorher/nachher-Angaben zu dieser Fragestellung vor, die für die Überprüfung der Hypothese herangezogen werden konnten. Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl.

Zum Zeitpunkt der Entlassung gaben 80% der Patientinnen und Patienten an, zukünftig gar keine psychoaktiven Substanzen mehr konsumieren zu wollen (Abb. 46). Nur drei Jugendliche gaben schon bei der Entlassung an, den Konsum lediglich stark reduzieren zu wollen. Zum Zeitpunkt des Katamneseinterviews, vier Monate nach der Entlassung, gab nur noch ein Drittel der Patientinnen und Patienten an zukünftig abstinent bleiben zu wollen. Zwei Drittel der Jugendlichen äußerten weiterhin konsumieren zu wollen, wenn auch in eingeschränkter Form. Zu beiden Befragungszeitpunkten gab niemand an, zukünftig unverändert

oder sogar stärker konsumieren zu wollen, daher sind diese beiden Antwortmöglichkeiten nicht dargestellt.
Für die statistische Überprüfung der Hypothese werden differenzierte Angaben zum Ausmaß der Reduktion des Konsums unter der Kategorie „reduzierter Konsum“ zusammengefasst, damit die Antworten dichotom vorliegen und ein McNemar-Test erfolgen kann.
Es wird deutlich, dass im Vergleich zu den Angaben bei der Entlassung statistisch signifikant mehr Jugendliche zum Zeitpunkt der Katamnese den reduzierten Konsum als zukünftige Zielsetzung für den Umgang mit Substanzen nannten und dementsprechend weniger Jugendliche die Abstinenzorientierung zum Ziel hatten (McNemar-Test, **p=0,008***).

Ergänzend zu diesen Ergebnissen soll explorativ dargestellt werden, inwiefern sich Veränderungen der Abstinenzorientierung auch bei Patientinnen und Patienten zeigen, die im Katamnesezeitraum nicht konsumierten. Aus der untersuchten Gruppe der 15 Patientinnen und Patienten waren fünf im Katamnesezeitraum vollständig abstinent. Bei diesen Jugendlichen gab es hinsichtlich der Abstinenzorientierung keine Unterschiede zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung und der Katamnese. Sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung als auch zum Zeitpunkt der Katamnese gaben vier von fünf dieser Jugendlichen an, zukünftig abstinent bleiben zu wollen. Demnach unterscheiden sich abstinente Patientinnen und Patienten von nicht-abstinenten Patientinnen und Patienten bezüglich der Veränderungen der Abstinenzorientierung in den vier Monaten nach der Therapie.

3.4 Qualitativer Teil

Mit dem Fleiss‘ Kappa wurde die Interrater-Reliabilität, also die bei Kodierung der Antworten erzielte Übereinstimmung zwischen den vier Ratern, für jede Frage berechnet und in Tabelle 31 dargestellt.

Tab. 31: Interrater-Reliabilität
Interrater-Reliabilität (Gütekriterium der Qualitativen Inhaltsanalyse) zwischen den 4 Ratern nach Auswertung der insgesamt 5 offenen Fragen aus dem Entlassungsfragebogen und dem telefonischen Katamneseinterview. Der Fleiss‘ Kappa ist eine Abwandlung des Cohens Kappa für mehr als 2 Rater. Interpretation des Fleiss‘ Kappa: κ<0: mangelhafte Übereinstimmung, κ=0-0,20: geringfügige Übereinstimmung, κ=0,21-0,40: ausreichende Übereinstimmung, κ=0,41-0,60: mittelgradige Übereinstimmung, κ=0,61-0,80: weitgehende Übereinstimmung, κ=0,81-1,00: (nahezu) vollständige Übereinstimmung. Die Daten aus dem Entlassungsfragebogen stammen aus der Untersuchungsgruppe B (n=39), die Daten aus dem Katamneseinterview stammen aus der Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, κ=Fleiss‘ Kappa.

	Übereinstimmung zwischen den Ratern (Fleiss‘ Kappa)
Entlassungsfragebogen	
Frage 1	κ=0,91
Frage 2	κ=0,96
Katamneseinterview	
Frage 1	κ=0,98
Frage 2	κ=0,98
Frage 3	κ=0,89

3.4.1 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

Entlassungsfragebogen (Gruppe B, n=39)

Der Entlassungsfragebogen und die beiden darin enthaltenen offenen Fragen wurden von 39 Patientinnen und Patienten bearbeitet. Mehrfachantworten waren erwünscht und die Jugendlichen gaben insgesamt 102 Antworten ab. Auf Frage 1 entfielen 62 Antworten, auf Frage 2 40 Antworten. Pro Person wurden im Schnitt 2,6 Antworten abgegeben.

Frage 1: *Was hat dir in der Behandlung von clean.kids am meisten geholfen?*

Tab. 32: Antworten Frage 1 (Entlassungsfragebogen)
Antwortkategorien und die Häufigkeit deren Nennung aus der ersten offenen Frage des Entlassungsfragebogens. Da von vielen Jugendlichen pro Frage mehr als eine Antwort abgegeben wurde kam es vor, dass mehrere Antworten einer Person zu einer Frage derselben Kategorie zugeordnet werden konnten. Dies hätte bei der Berechnung der Häufigkeit einer Antwort hinsichtlich aller Patientinnen und Patienten zu einer verzerrten Darstellung geführt. Dementsprechend wurden solche Mehrfachnennungen nicht berücksichtigt. Der Prozentwert in der 2. Spalte gibt an, wieviel Prozent der Patientinnen und Patienten diese Antwort genannt haben und nicht wie oft diese Antwort in Bezug auf alle abgegebenen Antworten genannt wurde. Numerierung der Antwortkategorien laut Kodierleitfaden (s. Anhang). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe B (n=39). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, s.=siehe.

Kategorie	**Häufigkeit der Antworten** (in Bezug auf alle Patientinnen und Patienten der Gruppe B)
K4: Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten	23,1%
K5: Eigener Antrieb	20,5%
K2: Umgang der Betreuerinnen und Betreuer	15,4%
K8: Freizeitaktivitäten / Ausgang	12,8%
K1: Psychotherapie / Therapeutinnen und Therapeuten	10,3%
K9: Therapeutische Angebote (außer Psychotherapie)	10,3%
K6: Erfahrung clean zu sein / drogenfreier Alltag	10,3%
K3: Unterstützung durch Bezugspersonen (Eltern, Partner, Freunde)	7,7%
K7: Reflexion der eigenen Situation	7,7%
K10: Strukturierter Alltag / Ablenkung	7,7%
K11: Nichts hat geholfen	5,1%
K12: Restkategorie	15,4%

Auf die erste Frage des Entlassungsfragebogens wurden pro Patientin oder Patient im Durchschnitt 1,6 Antworten abgegeben. Anzahl und Heterogenität der Antworten führten bei dieser Frage zur Bildung von 11 Kategorien und einer Restkategorie. Die Häufigkeitsverteilung der Antworten in Tabelle 32 zeigt daher auch eine relativ breite Streuung zwischen den Kategorien. Am häufigsten wurde der Austausch mit den anderen Jugendlichen von clean.kids

(K4) als hilfreich benannt. Als zweithäufigste Antwort gaben acht Jugendliche an, den eigenen Antrieb (K5) während der Therapie als hilfreich erlebt zu haben. Betrachtet man diese acht Patientinnen und Patienten näher, so zeigt sich, dass von ihnen drei Viertel die Behandlung regulär beendeten und nur ein Viertel die Behandlung vorzeitig abbrach. An dritter und vierter Stelle folgen der Umgang der Betreuerinnen und Betreuer mit den Patientinnen und Patienten (K2) und Freizeitaktivitäten oder Ausgang (K8). Je 10,3% der Jugendlichen empfanden die psychotherapeutischen und weiteren therapeutischen Angebote und die Erfahrung des „clean" seins als hilfreiche Faktoren in der Behandlung. Zwei Patienten gaben an, dass nichts geholfen hätte. In beiden Fällen kam es zu einem vorzeitigen Therapieabbruch.

Frage 2: *Was hast du als schwierig in der Behandlung von clean.kids erlebt?*

Tab. 33: Antworten Frage 2 (Entlassungsfragebogen)
Antwortkategorien und die Häufigkeit deren Nennung aus der zweiten offenen Frage des Entlassungsfragebogens. Da von vielen Jugendlichen pro Frage mehr als eine Antwort abgegeben wurde kam es vor, dass mehrere Antworten einer Person zu einer Frage derselben Kategorie zugeordnet werden konnten. Dies hätte bei der Berechnung der Häufigkeit einer Antwort hinsichtlich aller Patientinnen und Patienten zu einer verzerrten Darstellung geführt. Dementsprechend wurden solche Mehrfachnennungen nicht berücksichtigt. Der Prozentwert in der 2. Spalte gibt an, wieviel Prozent der Patientinnen und Patienten diese Antwort genannt haben und nicht wie oft diese Antwort in Bezug auf alle abgegebenen Antworten genannt wurde. Numerierung der Antwortkategorien laut Kodierleitfaden (s. Anhang). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe B (n=39). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, s=siehe.

Kategorie	**Häufigkeit der Antworten** (in Bezug auf alle Patientinnen und Patienten der Gruppe B)
K3: Rauchverbot	35,9%
K2: Strukturierter Alltag / Regeln	10,3%
K6: Nichts war schwierig	10,3%
K5: Einschränkung des Kontakts nach außen	7,7%
K7: Alles war schwierig	7,7%
K4: Konflikte mit anderen Patientinnen und Patienten	5,1%
K1: Entzug / Anfangsphase	5,1%
K8: Restkategorie	20,5%

Bei durchschnittlich einer abgegebenen Antwort pro Person und einer etwas größeren Homogenität des Antwortmaterials konnten sieben Kategorien und eine Restkategorie gebildet

werden (Tab. 33). Über ein Drittel der Patientinnen und Patienten erlebten das Rauchverbot (K3) auf der Station als schwierig in der Behandlung. Zur Einordnung dieses Ergebnisses muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme nahezu alle Patientinnen und Patienten der Gruppe B angaben, dass sie rauchten (davon knapp 90% täglich). Am zweithäufigsten wurde von den Jugendlichen angegeben, dass ihnen der strukturierte Alltag und das Stationsregelwerk (K2) Schwierigkeiten in der Behandlung bereitete. Im engeren Sinne gehört auch das Rauchverbot zum Regelwerk der Station, es wurde jedoch wegen seiner expliziten und häufigen Nennung isoliert dargestellt. Fasst man die beiden Kategorien zusammen, lässt sich feststellen, dass der strukturierte und regelgeleitete Stationsalltag fast der Hälfte der Jugendlichen (46,2%) Schwierigkeiten bereitete. Von den vier Patientinnen und Patienten, die äußerten gar keine Schwierigkeiten gehabt zu haben (K6), beendeten drei die Behandlung regulär. Demgegenüber wurde die Behandlung bei allen Patientinnen und Patienten vorzeitig abgebrochen, die antworteten, dass alles in der Behandlung als schwierig erlebt wurde (K7). Nur jede oder jeder Zwanzigste benannte Konflikte mit anderen Patientinnen und Patienten von clean.kids und die Entzugsphase am Anfang als schwierige Faktoren während der Behandlung.

Katamneseinterview (Gruppe A, n=28)

Am Katamneseinterview nahmen 28 Patientinnen und Patienten teil. Auch bei den darin enthaltenen drei Fragen waren Mehrfachantworten möglich und erwünscht. Die Jugendlichen gaben insgesamt 97 Antworten ab. Dabei entfielen 41 Antworten auf Frage 1, 29 auf Frage 2 und 27 auf Frage 3. Im Schnitt wurden pro Person 3,5 Antworten abgegeben.

Frage 1: *Was war nach der Behandlung in clean.kids für dich hilfreich, es zu schaffen keine Drogen zu konsumieren?*

Tab. 34: Antworten Frage 1 (Katamneseinterview)
Antwortkategorien und die Häufigkeit deren Nennung aus der ersten offenen Frage des Katamneseinterviews. Da von vielen Jugendlichen pro Frage mehr als eine Antwort abgegeben wurde kam es vor, dass mehrere Antworten einer Person zu einer Frage derselben Kategorie zugeordnet werden konnten. Dies hätte bei der Berechnung der Häufigkeit einer Antwort hinsichtlich aller Patientinnen und Patienten zu einer verzerrten Darstellung geführt. Dementsprechend wurden solche Mehrfachnennungen nicht berücksichtigt. Der Prozentwert in der 2. Spalte gibt an, wieviel Prozent der Patientinnen und Patienten diese Antwort genannt haben und nicht wie oft diese Antwort in Bezug auf alle abgegebenen Antworten genannt wurde. Numerierung der Antwortkategorien laut Kodierleitfaden (s. Anhang). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, s.=siehe.

Kategorie	**Häufigkeit der Antworten** (in Bezug auf alle Patientinnen und der Gruppe A)
K1: Prägende Erfahrungen aus der Therapie	53,6%
K3: Selbstermächtigung / Anwendung erlernter Strategien gegen den Suchtdruck	21,4%
K2: Unterstützung durch Bezugspersonen (Eltern, Partner, Freunde)	14,3%
K6: Strukturierter Alltag	10,7%
K5: Kein Kontakt zu früheren Freundinnen und Freunden / anderes Umfeld	7,1%
K7: Negative Zukunftsaussichten durch fortgesetzten Konsum	7,1%
K4: Eigener Antrieb	3,6%

Auf die erste offene Frage im Katamneseinterview (Tab. 34) gaben die Jugendlichen durchschnittlich 1,5 Antworten, insgesamt wurden sieben Kategorien festgelegt. Vier Monate nach Therapieende benannte über die Hälfte der Jugendlichen die Erfahrungen aus der Therapie (K1) als protektiven Faktor für die Drogenabstinenz. Ein Fünftel der Patientinnen und Patienten empfand die Erfahrung, sich dem Suchtdruck eigenmächtig stellen zu können bzw. die Anwendung erlernter Strategien gegen den Suchtdruck (K3) als hilfreich bezüglich der Vermeidung des Konsums. Ein strukturierter Alltag (K6), soziale Ressourcen in Form von Bezugspersonen (K2) und ein geändertes soziales Umfeld (K5) waren für etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten hilfreich bei der Drogenabstinenz. Zwei Jugendlichen gaben

an, die negativen Zukunftsaussichten bei fortgesetztem Konsum als hilfreich gegen den Suchtdruck empfunden zu haben.

Frage 2: *In welchen Situationen war es schwierig keine Drogen zu konsumieren?*

Tab. 35: Antworten Frage 2 (Katamneseinterview)
Antwortkategorien und die Häufigkeit deren Nennung aus der zweiten offenen Frage des Katamneseinterviews. Da von vielen Jugendlichen pro Frage mehr als eine Antwort abgegeben wurde kam es vor, dass mehrere Antworten einer Person zu einer Frage derselben Kategorie zugeordnet werden konnten. Dies hätte bei der Berechnung der Häufigkeit einer Antwort hinsichtlich aller Patientinnen und Patienten zu einer verzerrten Darstellung geführt. Dementsprechend wurden solche Mehrfachnennungen nicht berücksichtigt. Der Prozentwert in der 2. Spalte gibt an, wieviel Prozent der Patientinnen und Patienten diese Antwort genannt haben und nicht wie oft diese Antwort in Bezug auf alle abgegebenen Antworten genannt wurde. Numerierung der Antwortkategorien laut Kodierleitfaden (s. Anhang). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, s.=siehe.

Kategorie	**Häufigkeit der Antworten** (in Bezug auf alle Patientinnen und Patienten der Gruppe A)
K5: Konsumierendes Umfeld	28,6%
K6: Keine Schwierigkeiten	17,5%
K1: Konflikt- und Stresssituationen	14,3%
K2: Psychische Probleme	7,1%
K3: Feiern / Partys	7,1%
K4: Gewohnheitssituationen	7,1%
K7: Restkategorie	14, 3%

Bei Frage 2 des Katamneseinterviews gaben die Jugendlichen durchschnittlich eine Antwort ab, es konnten daraus sechs Kategorien und eine Restkategorie differenziert werden (Tab. 35). Eine konsumierende Peergroup (K5) benannten 28,6% der Patientinnen und Patienten als problematisch in Bezug auf die Drogenabstinenz. Mit je 7,1% waren außerdem Partys (K3) und Gewohnheitssituationen (K4) weitere subjektive Risikofaktoren. Diese drei genannten Kategorien beinhalten eine starke soziale Komponente. Fasst man ihre Häufigkeiten zusammen, so lässt sich feststellen, dass für über 40% der Jugendlichen ein bestimmtes Umfeld oder eine bestimmte soziale Situation ein Problem hinsichtlich der Abstinenz vom Drogenkonsum darstellte. Konfliktsituationen, Stress (K1) und psychische Probleme (K2) stellten für ungefähr 20% der Jugendlichen weitere Problemfelder bei der Drogenabstinenz dar.

Diese lassen sich nicht als primär soziale, sondern vielmehr als intrapersonelle Problemsituationen zusammenfassen. Als zweithäufigste Antwort wurde von den Jugendlichen benannt, dass es keine Schwierigkeiten bei der Drogenabstinenz gab. Von den fünf Jugendlichen die diese Antwort abgaben, waren drei im Katamnesezeitraum tatsächlich vollständig abstinent, bei den beiden anderen war im Katamnesezeitraum keine Reduktion des Konsums zu verzeichnen.

Frage 3: *Was würdest du einem Freund raten, wenn du merkst, dass er Drogen konsumiert?*

Tab. 36: Antworten Frage 3 (Katamneseinterview)
Antwortkategorien und die Häufigkeit deren Nennung aus der dritten offenen Frage des Katamneseinterviews. Da von vielen Jugendlichen pro Frage mehr als eine Antwort abgegeben wurde kam es vor, dass mehrere Antworten einer Person zu einer Frage derselben Kategorie zugeordnet werden konnten. Dies hätte bei der Berechnung der Häufigkeit einer Antwort hinsichtlich aller Patientinnen und Patienten zu einer verzerrten Darstellung geführt. Dementsprechend wurden solche Mehrfachnennungen nicht berücksichtigt. Der Prozentwert in der 2. Spalte gibt an, wieviel Prozent der Patientinnen und Patienten diese Antwort genannt haben und nicht wie oft diese Antwort in Bezug auf alle abgegebenen Antworten genannt wurde. Numerierung der Antwortkategorien laut Kodierleitfaden (s. Anhang). Erhoben anhand Untersuchungsgruppe A (n=28). Untersuchungszeitraum 11/2012 – 01/2015 bei clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n=Personenanzahl, s.=siehe.

Kategorie	**Häufigkeit der Antworten** (in Bezug auf alle Patientinnen und Patienten der Gruppe A)
K3: Kontrollierter Konsum	25,0%
K4: Keinen Rat erteilen	25,0%
K5: Pauschales abraten	17,9%
K2: Therapie vorschlagen / Hilfe annehmen	10,7%
K1: Folgen des Drogenkonsums aufzeigen	7,1%
K6: Restkategorie	7,1%

Auf die letzte Frage wurde ebenfalls durchschnittlich eine Antwort pro Person abgegeben (Tab. 36). Es ließen sich fünf Kategorien und eine Restkategorie definieren. Ein Viertel der Jugendlichen würde einem konsumierenden Freund raten, den Konsum unter Kontrolle zu halten (K3). Typisch für die Antworten, die mit K3 kodiert wurden, war der Rat nicht zu viel zu konsumieren („Übertreibs nicht!“) oder eine Differenzierung, die bezüglich bestimmter Substanzen vorgenommen wurde („Ich würde sagen kiffen ist OK, alles andere nicht.“). Ein weiteres Viertel würde keinen Rat erteilen (K4), dabei wurde häufig auf die Bedeutung der gesammelten Erfahrungen verwiesen oder darauf, dass ein Rat in einer solchen Situation

nichts nütze („Es bringt nichts, weil man nichts damit bewirkt. Wenn jemand konsumieren will, konsumiert er weiter. Es muss aus einem selbst kommen, wenn man aufhören will."). Ungefähr jede oder jeder Fünfte würde dem Freund pauschal vom Konsum jeglicher Drogen abraten (K5). Ein kleinerer Teil der Jugendlichen würde dem Freund dazu raten, sich professionelle Hilfe zu holen (K2) oder ihm die Folgen des Drogenkonsums aufzeigen (K1).

3.4.2 Vergleich der Antworten von clean.kids und clean.kick[1]

Frage 1: *Was hat dir in der Behandlung von clean.kids / clean.kick am meisten geholfen?*

Bei der Frage nach subjektiv als hilfreich erlebten Prozessindikatoren während der Behandlung konnten bei clean.kids 11 und bei clean.kick 8 Kategorien definiert werden. Alle 8 Kategorien von clean.kick sind auch im Kategoriensystem von clean.kids vertreten und konnten daher für den Vergleich herangezogen werden.

Tab. 37: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 1)
Ergebnisse aus der statistischen Berechnung der Unterschiede bei den Antworten zwischen den beiden Drogenentzugsstationen clean.kick (für ältere Jugendliche) und clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. Berechnung anhand von Daten aus clean.kick aus der Untersuchung von Fetzer 2008 (n=37) und Daten der Untersuchungsgruppe B (n=39) aus dem Entlassungsfragebogen bei clean.kids. Untersuchungszeitraum bei clean.kick 2006-2007, bei clean.kids 11/2012 – 01/2015 am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant.

Kategorie	**Unterschiede clean.kids / clean.kick** (Chi-Quadrat-Test)
Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten	$\chi^2(1,N=76)=0{,}564$, $p=0{,}453$ n.s.
Strukturierter Alltag / Ablenkung	$\chi^2(1,N=76)=2{,}976$, $p=0{,}085$ n.s.
Umgang der Betreuerinnen und Betreuer	$\chi^2(1,N=76)=3{,}053$, $p=0{,}081$ n.s.
Freizeitaktivitäten / Ausgang	$\chi^2(1,N=76)=1{,}672$, $p=0{,}196$ n.s.
Psychotherapie / Therapeutinnen und Therapeuten	$\chi^2(1,N=76)=1{,}151$, $p=0{,}283$ n.s.
Therapeutische Angebote (außer Psychotherapie)	$\chi^2(1,N=76)=0{,}590$, $p=0{,}442$ n.s.
Erfahrung clean zu sein / drogenfreier Alltag	$\chi^2(1,N=76)=0{,}105$, $p=0{,}746$ n.s.
Nichts hat geholfen	Exakter χ^2-Test $p=0{,}256$ n.s.

[1]Antworten, die mit der Restkategorie kodiert wurden, sind vom Vergleich ausgenommen. Die Fragen sind zwar die Gleichen wie im vorausgegangenen Teil, für den Vergleich eignet sich die zuvor verwendete Nummerierung für Fragen aus dem Entlassungsfragebogen und dem Katamneseinterview jedoch nicht, sodass eine fortlaufende Nummerierung gewählt wurde.

Hinsichtlich der verglichenen Kategorien gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen clean.kids und clean.kick (Tab. 37). Anschaulicher ausgedrückt bedeutet dies, dass sich die untersuchten, als subjektiv hilfreich beschriebenen Prozessindikatoren während der Behandlung, in der Häufigkeit der Nennung zwischen den Patientinnen und Patienten von clean.kids und clean.kick nicht statistisch signifikant unterscheiden.
Auffällig war, dass bei clean.kids die Kategorie *Eigener Antrieb* gebildet wurde, die im Kategoriensystem von clean.kick nicht existiert. Ein Fünftel der Patientinnen und Patienten von clean.kids benannten den eigenen Antrieb als hilfreich in der Behandlung.

Frage 2: *Was hast du als schwierig in der Behandlung von clean.kids / clean.kick erlebt?*

Bei dieser Frage konnten drei identische Kategorien zwischen clean.kids und clean.kick verglichen werden.

Tab. 38: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 2)
*Ergebnisse aus der statistischen Berechnung der Unterschiede bei den Antworten zwischen den beiden Drogenentzugsstationen clean.kick (für ältere Jugendliche) und clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. Berechnung anhand von Daten aus clean.kick aus der Untersuchung von Fetzer 2008 (n=37) und Daten der Untersuchungsgruppe B (n=39) aus dem Entlassungsfragebogen bei clean.kids. Untersuchungszeitraum bei clean.kick 2006-2007, bei clean.kids 11/2012 – 01/2015 am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. s.=siehe, n/N=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, **=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Kategorie	**Unterschiede clean.kids / clean.kick** (Chi-Quadrat-Test)
Strukturierter Alltag / Regeln	$\chi^2(1,N=76)=13{,}607$, **p=<0,001***
Nichts war schwierig	$\chi^2(1,N=76)=0{,}614$, p=0,433 n.s.
Entzug / Anfangsphase	Exakter χ^2-Test, p=0,184 n.s.
Konflikte mit Mitpatientinnen und Mitpatienten	s. Abschnitt 3.4.3

Bei der Häufigkeit der Nennung des strukturierten Alltags bzw. der Regeln auf der Station, sind die Unterschiede zwischen den beiden Stationen statistisch signifikant (Tab. 38). Allerdings sind aufgrund der Zeitdifferenz zwischen den Studien und des Altersunterschiedes auch die Regelwerke nicht ganz vergleichbar. Den älteren Jugendlichen von clean.kick war beispielweise das Rauchen während der Behandlung damals noch erlaubt.

Das Rauchverbot kann im engeren Sinne zu den Regeln im Stationsalltag gezählt werden. Fasst man die beiden Kategorien zusammen, ergibt sich ein Anteil von 46,2% der Patientinnen und Patienten von clean.kids, die die Regelbeachtung im Stationsalltag als Schwierigkeit benannten. Führt man die statistische Berechnung mit dem Chi-Quadrat-Test zwischen den beiden Gruppen noch einmal mit diesem neuen Wert durch, so zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen clean.kids und clean.kick dann nicht mehr statistisch signifikant sind ($\chi^2(1,N=76)=1,266$, p=0,260 n.s.).

Frage 3: *Was war nach der Behandlung in clean.kids / clean.kick für dich hilfreich, es zu schaffen keine Drogen zu konsumieren?*

Hinsichtlich dieser Frage gibt es große Unterschiede zwischen den Kategoriensystemen, sodass nur zwei gleiche Kategorien identifiziert und statistisch verglichen werden konnten (Tab. 39). Der größte Teil des Vergleichs erfolgt daher deskriptiv.

Tab. 39: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 3)
Ergebnisse aus der statistischen Berechnung der Unterschiede bei den Antworten zwischen den beiden Drogenentzugsstationen clean.kick (für ältere Jugendliche) und clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. Berechnung anhand von Daten aus clean.kick aus der Untersuchung von Fetzer 2008 (n=37) und Daten der Untersuchungsgruppe A (n=28) aus dem Telefoninterview bei clean.kids. Untersuchungszeitraum bei clean.kick 2006-2007, bei clean.kids 11/2012 – 01/2015 am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant.

Kategorie	**Unterschiede clean.kids / clean.kick**
Unterstützung durch Bezugspersonen	Exakter χ^2-Test, p=0,745 n.s.
Kein Kontakt zu früheren Freundinnen und Freunden / anderes Umfeld	Exakter χ^2-Test, p=0,692 n.s.

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen clean.kids und clean.kick lassen sich bezüglich der in Tabelle 39 dargestellten Kategorien nicht feststellen.
Über die Hälfte der Patientinnen und Patienten von clean.kids nannte prägende Erfahrungen aus der Therapie als protektiven Faktor bezüglich der Drogenabstinenz, gefolgt von einer gefühlten Selbstermächtigung durch die Anwendung erlernter Strategien aus der Therapie. Beide Kategorien kommen im Kategoriensystem von clean.kick für diese Frage nicht vor. Die Patientinnen und Patienten von clean.kick benannten therapeutische Weiterbetreuung,

Freizeitaktivitäten, Auflagen von außen oder den eigenen Antrieb als wichtige protektive Faktoren.

Frage 4: *In welchen Situationen war es nach der Behandlung für dich schwierig, keine Drogen zu konsumieren?*

Bei dieser Frage aus dem Katamneseinterview zeigt sich zwischen den beiden Kategoriensystemen aus clean.kids und clean.kick eine große Übereinstimmung und bei fünf der jeweils sechs Kategorien konnte ein statistischer Vergleich erfolgen.

Tab. 40: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 4)
*Ergebnisse aus der statistischen Berechnung der Unterschiede bei den Antworten zwischen den beiden Drogenentzugsstationen clean.kick (für ältere Jugendliche) und clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. Berechnung anhand von Daten aus clean.kick aus der Untersuchung von Fetzer 2008 (n=37) und Daten der Untersuchungsgruppe A (n=28) aus dem Telefoninterview bei clean.kids. Untersuchungszeitraum bei clean.kick 2006-2007, bei clean.kids 11/2012 – 01/2015 am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Kategorie	**Unterschiede clean.kids / clean.kick** (Chi-Quadrat-Test)
Konsumierendes Umfeld	$\chi^2(1,N=65)=0{,}112$, $p=0{,}738$ n.s.
Psychische Probleme	$\chi^2(1,N=65)=5{,}082$, **$p=0{,}024$***
Konflikt- und Stresssituationen	$\chi^2(1,N=65)=2{,}828$, $p=0{,}093$ n.s.
Feiern / Partys	Exakter χ^2-Test, $p=0{,}689$ n.s.
Keine Schwierigkeiten	Exakter χ^2-Test, $p=1{,}000$ n.s.

Auch bei dieser Frage gibt es bei der Antworthäufigkeit der verglichenen Kategorien bis auf eine Ausnahme keine Unterschiede zwischen den beiden Stationen (Tab. 40). Statistisch signifikant ist der Unterschied bei der Nennung von psychischen Problemen als Risikofaktor für den Konsum. Jugendliche der Station clean.kick gaben häufiger an, psychische Probleme als Risikofaktor für den Konsum von Drogen erlebt zu haben.

Frage 5: *Was würdest du einem Freund raten, wenn du merkst, dass er Drogen konsumiert?*

Bei dieser Frage ließen sich vier der fünf gebildeten Kategorien aus dem Kategoriensystem von clean.kids mit den Kategorien aus dem Kategoriensystem von clean.kick aufgrund ihrer Ähnlichkeit untersuchen.

Tab. 41: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 5)
*Ergebnisse aus der statistischen Berechnung der Unterschiede bei den Antworten zwischen den beiden Drogenentzugsstationen clean.kick (für ältere Jugendliche) und clean.kids am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. Berechnung anhand von Daten aus clean.kick aus der Untersuchung von Fetzer 2008 (n=37) und Daten der Untersuchungsgruppe A (n=28) aus dem Telefoninterview bei clean.kids. Untersuchungszeitraum bei clean.kick 2006-2007, bei clean.kids 11/2012 – 01/2015 am Zentrum für Psychiatrie Weissenau. n/N=Personenanzahl, χ2=Chi-Quadrat, p=Signifikanzniveau, *=signifikant, n.s.=nicht signifikant.*

Kategorie	**Unterschiede clean.kids / clean.kick** (Chi-Quadrat-Test)
Keinen Rat erteilen	$\chi^2(1,N=65)=0{,}102$, p=0,749 n.s.
Pauschales abraten	$\chi^2(1,N=65)=3{,}850$, **p=0,050***
Therapie vorschlagen / Hilfe annehmen	Exakter χ^2-Test, p=0,721 n.s.
Folgen des Drogenkonsums aufzeigen	$\chi^2(1,N=65)=6{,}032$, **p=0,014***

Bei der Frage nach einem Rat, den die Jugendlichen einem Freund geben würden wenn dieser Drogen konsumiere, gibt es mehrere Unterschiede zwischen der Häufigkeit der Antwortkategorien von clean.kids und clean.kick (Tab. 41). Der am häufigsten genannte Ratschlag der Jugendlichen von clean.kick ist das pauschale Abraten von jeglicher Form des Drogenkonsums, ungefähr 40% der Patientinnen und Patienten würden diesen Ratschlag erteilen. Hingegen würden nur knapp 18% der Patientinnen und Patienten von clean.kids dem Freund pauschal vom Drogenkonsum abraten. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Ein weiterer statistisch signifikanter Unterschied lässt sich beim Aufzeigen der Folgen des Drogenkonsums feststellen. Nur ein geringer Anteil von 7% der Jugendlichen der Station clean.kids würde einem Freund die Folgen des Drogenkonsums aufzeigen, jedoch würde dies knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten von clean.kick gegenüber einem konsumierenden Freund äußern. Zuletzt taucht die von den Jugendlichen bei clean.kids am häufigsten be-

nannte Antwortkategorie *Kontrollierter Konsum* im Kategoriensystem von clean.kick überhaupt nicht auf. Von den Jugendlichen aus clean.kids würde hingegen ein Viertel dem konsumierenden Freund zum kontrollierten Konsum von Substanzen raten. Bei den anderen beiden Ratschlägen (*Therapie vorschlagen; Keinen Rat erteilen*) gibt es keine Unterschiede zwischen den beiden Stationen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zwischen den beiden Kategoriensystemen von clean.kids und clean.kick, die im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse erarbeitet wurden, bei vier der fünf untersuchten Fragen eine relativ hohe Übereinstimmung besteht, wodurch eine gute Vergleichbarkeit der Antworthäufigkeiten möglich war. In über 80% die Fälle zeigt der Vergleich der jeweils gleichen Antwortkategorien, dass bei den häufigsten Antworten der Patientinnen und Patienten aus beiden Stationen keine statistisch signifikanten Unterschiede erkennbar sind, obwohl die Patientinnen und Patienten von clean.kids jünger sind und die Befragung bei clean.kick ein Jahr (bezüglich der Fragen aus dem Entlassungsfragebogen von clean.kids) bzw. acht Monate (bezüglich der Fragen aus der Katamnese von clean.kids) später erfolgt ist. Eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der Antworten ergab sich bei Frage 2, da die beiden Kategoriensysteme bei dieser Frage sehr heterogen sind. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Antworten gibt es bei den erlebten Schwierigkeiten in der Behandlung, wobei für die jüngeren Patientinnen und Patienten von clean.kids die Beachtung des Rauchverbots am häufigsten als Problem in der Behandlung erlebt wurde, das bei clean.kick zum Befragungszeitpunkt noch nicht existierte. Die älteren Jugendlichen von clean.kick benannten dagegen mehrheitlich erlebte Schwierigkeiten mit der generellen Regelakzeptanz und des strukturierten Alltags auf der Station. Patientinnen und Patienten von clean.kids erlebten außerdem psychische Probleme signifikant seltener als problematisch bezüglich der Drogenabstinenz. Die meisten Unterschiede gibt es bei der letzten Frage, dem Ratschlag, den die Jugendlichen einem konsumierenden Freund erteilen würden. Die am häufigsten genannte Antwortkategorie von Jugendlichen der Station clean.kids *Kontrollierter Konsum* ist im Kategoriensystem von clean.kick überhaupt nicht vertreten. Außerdem unterscheidet sich die Häufigkeit der Antworten bei der Hälfte der untersuchten Kategorien signifikant zwischen den beiden Stationen.

3.4.3 Hypothesenprüfung

Die Jugendlichen von clean.kids benennen bei der Frage nach subjektiven Schwierigkeiten in der Behandlung Konflikte mit Mitpatientinnen und Mitpatienten seltener als die Jugendlichen von clean.kick.

Als Antwort auf die Frage, was von den Patientinnen und Patienten während der Behandlung als schwierig empfunden wurde, benannten 5,1% der Jugendlichen von clean.kids Konflikte mit Mitpatientinnen und Mitpatienten als schwierig. Bei clean.kick gaben im Katamneseinterview 29,7% der Jugendlichen an, Schwierigkeiten in der Behandlung durch Konflikte mit Mitpatientinnen und Mitpatienten erlebt zu haben. Dieser große Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist auch statistisch signifikant ($\chi^2(1,N=76)=8{,}104$, **p=0,002***).

4 Diskussion

Die weitreichenden Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, von der Art des Konsums, den Konsummotiven, dem Problembewusstsein, bis hin zur Rolle komorbider psychiatrischer Störungen wurden in den letzten Jahrzehnten immer besser dokumentiert und sind mittlerweile in der Praxis, in Form von getrennten Therapieansätzen für verschiedene Altersgruppen, immer mehr etabliert (Winters et al. 2011). Aktuell tritt in der Forschung zunehmend die Inhomogenität innerhalb der Gruppe sehr junger Suchtpatientinnen und Suchtpatienten in den Vordergrund, die sich ebenfalls im vorausgegangenen Ergebnisteil widerspiegelt. Auch innerhalb des ZfP Südwürttemberg in Ravensburg-Weissenau liegt mit dieser Studie die erste detaillierte Beschreibung der Zielgruppe mit ihren Besonderheiten und eine orientierende Evaluation des Therapieerfolgs vor. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus clean.kids unter Berücksichtigung aktueller Forschungsarbeiten analysiert und diskutiert.

4.1 Beschreibung der Personengruppe

Soziodemographische Aspekte

Geschlechterverhältnis

Bei der untersuchten Stichprobe von clean.kids mit einem Durchschnittsalter von 14,45 Jahren kommt auf 1,6 Jungen ein Mädchen. Dieser verhältnismäßig geringe Jungenüberschuss ist in der Suchttherapie ungewöhnlich und scheint eine Besonderheit der sehr jungen Altersgruppe von clean.kids darzustellen. In der Untersuchung von 765 Erstdokumentationen der Station clean.kick zwischen 2002 und 2010 zeigt sich ein Geschlechterverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Patientinnen und Patienten von 3 zu 1, bei einem Durchschnittsalter von 16,68 Jahren (Töpper 2015). In seinem Bericht zu Suchterkrankungen bei unter 15-jährigen Jugendlichen benennt das EMCDDA (2007) ein Geschlechterverhältnis zwischen Jungen und Mädchen von 2,5 zu 1, im Vergleich zu einem Männern-Frauen-Verhältnis von 4,1 zu 1 bei suchtkranken jungen Erwachsenen ab 19 Jahren.

Männliche und weibliche Jugendliche unterscheiden sich in ihrer Entwicklung in verschiedenen Bereichen, wie dem Einsetzen der Pubertät oder der neuronalen Reifung. Trotzdem gibt es bisher kaum Untersuchungen, die sich auf die geschlechtsspezifische Vulnerabilität bezüglich des Substanzkonsums in dieser Lebensphase konzentrieren (Hammerslag u. Gulley 2016). Die oben dargestellten Daten zeigen zwar, dass Jungen bzw. Männer in suchttherapeutischen Angeboten über alle Altersklassen hinweg dominieren, sich dieser Unterschied jedoch bei jüngeren Suchtpatientinnen und Suchtpatienten zugunsten der Mädchen deutlich verkleinert. Neuere Untersuchungen stützen diese Beobachtung, wonach Männer Substanzen zwar durchschnittlich in einem größeren Ausmaß als Frauen konsumieren und ihren Konsum mit der Zeit sogar steigern. Gerade in der frühen Adoleszenz unterscheiden sich Mädchen jedoch bezüglich des Konsums kaum von den Jungen oder weisen sogar häufiger multiplen Substanzmissbrauch auf (Charak et al. 2015; Seglem et al. 2016). Bei Mädchen wird außerdem eine schnellere Eskalation eines einmal begonnenen Substanzkonsums beschrieben (Kuhn 2015).

Missbrauchserfahrungen sind bei beiden Geschlechtern mit einem erhöhten Risiko für multiplen Substanzkonsum und psychische Störungen assoziiert. Bei Jungen sind körperliche Misshandlungen häufiger, bei Mädchen sexueller Missbrauch. Missbrauchte Mädchen haben jedoch ein noch höheres Risiko besonders schwere Formen von multiplem Substanzmissbrauch zu entwickeln als missbrauchte Jungen (Meng u. D'Arcy 2016; Charak et al. 2015). Andere Studien legen nahe, dass Mädchen, die sehr jung in die Pubertät eintreten, durch den häufigeren Kontakt zu älteren Peers gefährdet sind, vermehrt altersunangemessene Erfahrungen zu machen, z.B. in Form eines frühen experimentellen Substanzkonsums. Verschärfend kommt hinzu, dass Mädchen mit einem sehr frühen Pubertätseintritt geringer ausgeprägte kognitive und emotionale Ressourcen besitzen, verglichen mit ihren Altersgenossinnen die später in die Pubertät eintreten und dieser Umstand riskantes Verhalten wie den Substanzkonsum begünstigt (Hummel et al. 2013).

Unter Berücksichtigung des relativ ausgeglichenen Geschlechterverhältnisses bei clean.kids und den Ergebnissen aus aktuellen Forschungsarbeiten, erscheint die Weiterentwicklung mädchenspezifischer therapeutischer Interventionsstrategien im traditionell eher männlich geprägten suchttherapeutischen Bereich, insbesondere in der Altersgruppe der sehr jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, sinnvoll.

Sozioökonomische Situation

Die meisten Patientinnen und Patienten von clean.kids entstammen einer sozioökonomisch eher schwachen Gesellschaftsschicht, ihre Eltern sind der Arbeiterschicht zugehörig. Nur bei knapp einem Zehntel der Jugendlichen ist mindestens ein Elternteil beruflich höher qualifiziert. Mit diesem mehrheitlich eher niedrigen sozioökonomischen Hintergrund haben diese Jugendlichen in Deutschland eine deutlich geringere Chance einen höheren Schulabschluss zu erlangen als Jugendliche aus Familien mit akademischem Hintergrund. Die Möglichkeit der vertikalen sozialen Mobilität, in Form eines Aufstiegs in eine höhere sozioökonomische Gesellschaftsschicht, ist für Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien in der deutschen Gesellschaft kaum vorhanden (Solga 2008).

Entsprechend zeigt sich, dass 60% der Jugendlichen von clean.kids zuletzt die Haupt- oder Förderschule, also eher niedrige Schulformen, besuchten. Ein Viertel besuchte die Realschule und nur 6,4% das Gymnasium. In einer Studie mit französischen Jugendlichen konnte nachgewiesen werden, dass es bei den Konsumgewohnheiten von psychotropen Substanzen deutliche bildungsabhängige Unterschiede gibt. Höher gebildete Jugendliche aus wohlhabenden Familien äußerten mit Blick auf die Zukunft häufiger akademische Ambitionen als weniger gebildete Jugendliche aus ärmeren Familien. Bezüglich des Konsums von Cannabis war bei Jugendlichen aus höheren Bildungsschichten zwar häufiger ein moderater Konsum nachzuweisen, ein regelmäßiger oder täglicher Cannabiskonsum war bei diesen Jugendlichen jedoch mit negativen Zukunftsaussichten für ihre Bildungslaufbahn assoziiert und seltener anzutreffen. Jugendliche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien assoziierten einen starken Cannabiskonsum hingegen seltener mit negativen Auswirkungen auf ihre zukünftige berufliche Laufbahn. Bei der Konsumhäufigkeit zeigte sich, dass weniger gebildete Jugendliche in einem höheren Maß gefährdet waren, dass ihr beginnender Cannabiskonsum in einen täglichen Cannabiskonsum überging (Legleye et al. 2016). Ein ähnliches Muster lässt sich beim Alkoholkonsum beobachten: Zwar weisen Jugendliche mit höherem Bildungsgrad einen relativ hohen Alkoholkonsum auf, alkoholbezogene Störungen im jungen Erwachsenenalter kommen in dieser Gruppe jedoch seltener vor als bei jungen Erwachsenen mit niedrigerem Bildungsstand (Stone et al. 2012).

Unter der Annahme, dass sich Jugendliche von clean.kids noch in einem frühen Stadium ihrer Suchterkrankung befinden, ist bei gleichbleibenden Lebensumständen ein weiterer Abstieg im Bildungssystem zu befürchten. Die Zahlen aus clean.kick stützen diese These, da sich der prozentuale Anteil der älteren Jugendlichen, die vor der Therapie die Realschule oder das Gymnasium besuchten, im Vergleich zu clean.kids mehr als halbiert hat (Töpper

2015). Auch die Angaben über die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs in den vier Wochen vor der Aufnahme weisen in diese Richtung. Ein Viertel der Jugendlichen von clean.kids besuchte keine Schule, weitere 15,5% nahmen nur noch sehr unregelmäßig am Unterricht teil. In der Altersgruppe von clean.kids ist die besondere Relevanz der schulischen Situation und deren Dynamik hervorzuheben. Eine Untersuchung mit schwedischen Jugendlichen legt nahe, dass im Alter von 15 bis 16 Jahren fallende Leistungen in der Schule mit einem steilen Anstieg des Risikos für eine alkoholbezogene Störung im jungen Erwachsenenalter assoziiert sind (Gauffin et al. 2015).

Wohnsituation

Bei der Wohnsituation der Jugendlichen vor der Aufnahme ist der Vergleich mit den Ergebnissen von clean.kick von Interesse. Bernhardt et al. (2004) werteten von 2002 bis 2004 von 315 Patientinnen und Patienten von clean.kick soziodemographische Daten der BADO aus. Das Durchschnittsalter beträgt in dieser Untersuchung 17,4 Jahre. In 62% der Fälle wohnten die Jugendlichen von clean.kick vor der Therapie noch bei mindestens einem leiblichen Elternteil. In der Altersgruppe von clean.kids wohnten vor der Therapie hingegen noch deutlich mehr Jugendliche bei einem oder beiden leiblichen Eltern, knapp 80%. Bei clean.kick wohnten außerdem 18,6% der Jugendlichen vor der Therapie in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung. Bei clean.kids war der Anteil weniger als halb so groß: nur 8,2% waren vor der Aufnahme im Rahmen der stationären Jugendhilfe untergebracht. Normalerweise beginnen Kinder und Jugendliche mit dem Substanzkonsum in einer Lebensphase, in der sie noch bei ihren Familien wohnen. Daher ist beispielsweise die familientherapeutische Frühintervention ein bedeutender suchttherapeutischer Ansatz (Kustner et al. 2009). Die Zahlen legen nahe, dass die jüngeren Patientinnen und Patienten von clean.kids in ihrer Konsumlaufbahn und der damit oftmals einhergehenden zunehmenden Verschlechterung der psychosozialen Lebenssituation noch nicht so weit fortgeschritten sind wie die älteren Jugendlichen von clean.kick. Dieser Umstand spiegelt sich womöglich auch in der Wohnsituation wider. Außerdem verfolgen die Jugendämter oft zunächst eher ambulante Hilfestrategien unter Belassung der Kinder in der Familie und gerade bei jüngeren Kindern wird mit dem Wunsch nach einer Inobhutnahme zögerlicher umgegangen.

Eine desolate familiäre Situation mit Versagen der Eltern hinsichtlich ihrer Fürsorgepflicht ist ein häufiger Grund für eine institutionelle Unterbringung von Kindern und Jugendlichen. Neuere Untersuchungen zeigen jedoch, dass konsumierende Jugendliche selbst einen erheblich negativen Einfluss auf die familiäre Situation ausüben können. Bei Jungen konnte ein

Zusammenhang zwischen dem Konsum von Substanzen und körperlicher Gewalt gegenüber den Eltern nachgewiesen werden. Bei konsumierenden Mädchen ließ sich dieser Zusammenhang nur für psychische Gewalt nachweisen (Calvete et al. 2015). Somit kann angenommen werden, dass neben elterlichem Versagen suchtkranke Jugendliche durch ihr Verhalten auch selbst dazu beitragen, dass eine institutionelle Unterbringung im Verlauf der Erkrankung wahrscheinlicher wird.

Familiäre Situation

Aktuell rückt die familiäre Situation suchtgefährdeter Jugendlicher, mit besonderem Fokus auf Suchterkrankungen der Eltern, wieder vermehrt in den Mittelpunkt der Forschung (Donovan 2016). Eine konfliktbelastete familiäre Situation im späten Kindesalter und während der Jugend war in einer Untersuchung von Herrenkohl et al. (2012) der stärkste Prädiktor für psychische Gesundheit und Ausmaß des Substanzkonsums im jungen Erwachsenenalter. Ebenso ist inzwischen auch der Einfluss genetischer Faktoren auf das individuelle substanzbezogene Risikoprofil gut dokumentiert (Palmer et al. 2015; Grant et al. 2015; Melchior 2015).

Die familiäre Belastung der Jugendlichen von clean.kids hinsichtlich Missbrauchs- oder Abhängigkeitserkrankungen der Eltern, ist mit 34,6% ungefähr doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (Klein et al. 2003). Das Risiko für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung erhöht sich für den Nachwuchs insbesondere dann, wenn die Eltern eine Vorgeschichte bezüglich des Missbrauchs von illegalen Drogen haben und eine antisoziale Persönlichkeitsstruktur aufweisen (Kosty et al. 2015). In alkoholbelasteten Familien haben Jungen und Mädchen gleichermaßen eine schlechtere Beziehung zu den Eltern und ein erhöhtes Risiko eine internalisierende Störung zu entwickeln. Hierbei existiert ein Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Erfahrungen in Verbindung mit dem Alkoholkonsum der Eltern und der Häufigkeit des Auftretens von internalisierenden Störungen bei den Kindern. Es scheint dabei keine Rolle zu spielen, ob die Jugendlichen mit dem alkoholkranken Elternteil zusammenleben oder nicht (Pisinger et al. 2016). Alkoholbezogene Störungen bei den Eltern sind außerdem mit schlechteren Schulleistungen im Jugendalter assoziiert. Diese Zusammenhänge zeigen sich unabhängig davon, ob die Mutter oder der Vater von einer alkoholbezogenen Störung betroffen ist (Berg et al. 2016).

Eltern mit substanzbezogenen Störungen zeichnen sich durch eine weniger strenge erzieherische Kontrolle aus, gleichzeitig sind mangelhafte erzieherische Fähigkeiten und wenig

Kontrolle durch die Eltern Risikofaktoren für problematischen Substanzgebrauch bei Jugendlichen (Blustein et al. 2015). In weiteren Untersuchungen konnte zudem gezeigt werden, dass den Familien bei der Heranführung von Jugendlichen an den Alkoholkonsum eine Schlüsselrolle zukommt. Die Eltern begreifen dies oftmals als erforderliche Maßnahme, um ihre Kinder auf das Leben in einer Gesellschaft vorzubereiten, in der Alkohol akzeptiert und allgegenwärtig ist. Oftmals erfolgt der Erstkonsum von Alkohol in der frühen Jugend unter Aufsicht der Eltern. Eine zentrale Rolle wird den Eltern bei der Vermittlung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol, Aufzeigen von Gefahren des Konsums und der Ziehung von Grenzen zugeschrieben (Gilligan u. Kypri 2012; Jacobs et al. 2016). Hierbei stellt sich die Frage, inwiefern suchtkranke Eltern durch die fehlende Vorbildfunktion überhaupt in der Lage sind, diese Rolle gegenüber ihren Kindern einzunehmen oder ausreichend zu erfüllen. Elterlicher Substanzmissbrauch kann zudem die intrafamiliäre Kommunikation erheblich negativ beeinflussen (Finan et al. 2015).

Diese Befunde aus der aktuellen Forschung sind demnach gut vereinbar mit unseren Daten, die zeigen, dass die Eltern der Jugendlichen von clean.kids außerordentlich häufig mit substanzbezogenen Störungen belastet sind und eine elternorientierte Prävention des Substanzkonsums ein bedeutender Ansatz sein kann, um Suchterkrankungen auch bei Kindern und Jugendlichen vorzubeugen.

Peergroup, rechtliche Probleme

Mit Blick auf die Freizeitaktivitäten vor der Therapie wird deutlich, dass fast zwei Drittel der Jugendlichen vor der Therapie den größten Teil ihrer Freizeit in einem konsumierenden Umfeld verbrachten. Nur 18,2% der Jugendlichen gaben an, hauptsächlich Zeit mit nichtkonsumierenden Freundinnen und Freunden zu verbringen. Es zeigt sich dabei eine klare Tendenz, dass Jugendliche mit Drogenproblemen auch in ihrer Freizeit vorrangig in einem Umfeld integriert sind, das die eigenen Konsumgewohnheiten teilt. Die Daten stehen im Einklang mit dem in der Literatur hinreichend belegten Umstand, dass im Jugendalter Einstellungen, Verhaltensweisen und Wertvorstellungen bezüglich des Substanzkonsums hauptsächlich und am weitreichendsten von der jeweiligen Peergroup geprägt werden (Jacobs et al. 2016). Nähe zu devianten Peers ist wiederum ein bedeutender Risikofaktor für riskanten Substanzkonsum im Jugendalter (Blustein et al. 2015; Kuhn 2015). Es ist deshalb wahrscheinlich, dass sich der Zusammenhang zwischen Konsum und Peergroup bidirektional darstellt. Lynskey und Hall (2000) beschreiben insbesondere den frühen Cannabiskon-

sum als Risikofaktor für die Entwicklung eines unkonventionellen Lebensstils, charakterisiert durch die Nähe zu einem konsumierenden und kriminellen Umfeld, Schulversagen und negative Zukunftsaussichten.
Auch unsere Daten bestätigen, dass suchtkranke Patientinnen und Patienten von clean.kids trotz ihres sehr jungen Alters bereits in einem enormen Ausmaß durch rechtliche Probleme belastet sind. Bei über zwei Dritteln der Jugendlichen lagen zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits eine oder mehrere Anklagen vor. Am häufigsten waren Gewaltdelikte, gefolgt von BtM-Delikten und Beschaffungsdelikten. Gleichzeitig gaben 40% der Jugendlichen an, in den letzten 30 Tagen vor der Therapie illegale Einkünfte gehabt zu haben. Damit ist die Belastung durch rechtliche Probleme bei clean.kids sogar höher als bei den älteren Jugendlichen von clean.kick. Bernhardt et al. (2004) dokumentierten bei 57,2% der Jugendlichen von clean.kick rechtliche Probleme in Form von Anklagen. Die Häufigkeitsverteilung hinsichtlich der Art der Delikte entspricht weitestgehend der von clean.kids.

Unter soziodemographischen Gesichtspunkten weisen die Jugendlichen von clean.kids vielfach Merkmale auf, die eine zukünftig hochproblematische psychosoziale Entwicklung und einen sozialen Abstieg sehr wahrscheinlich machen. Zu vordergründigen Drogenproblemen und psychiatrischen Komorbiditäten, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird, gesellen sich ein überwiegend niedriger sozioökonomischer Status, überproportional häufig substanzbelastete familiäre Verhältnisse, als eher niedrig zu bezeichnende besuchte Schulformen, Schulschwierigkeiten mit unregelmäßigem oder ausbleibendem Schulbesuch, eine konsumpositive Peergroup und eine hohe Belastung der Jugendlichen durch rechtliche Probleme.

Behandlungsindikationen

Bisherige Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Hinsichtlich der bisherigen Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfsangeboten zeigt sich bei den Patientinnen und Patienten von clean.kick, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits 72,6% Hilfe angenommen hatten, 37,7% der Jugendlichen hatten sogar bereits Erfahrungen mit stationären Hilfsangeboten (Bernhardt et al. 2004). Bei clean.kids nahmen hingegen nur 46,4% der Jugendlichen bisher Hilfe im ambulanten Bereich (hauptsächlich Drogenberatung) in Anspruch und gerade einmal 7,3% wurden vor clean.kids im Rahmen einer stationären Suchttherapie behandelt. Damit hatten Patientinnen und Patienten von clean.kick bereits fünf Mal häufiger Erfahrung mit stationären Hilfsangeboten. Hier wird deutlich, dass clean.kids für die gefährdeten Jugendlichen zwar in der Mehrzahl der Fälle nicht die erste Ansprechstation bei der Hilfesuche darstellte, jedoch für über 90% die erste stationäre suchttherapeutische Intervention war.

Ein zentraler Ansatz des stationären Therapieangebots von clean.kids, die Niedrigschwelligkeit des Angebots und damit einhergehend das Erreichen gefährdeter Kinder und Jugendlichen in einem möglichst frühen Stadium ihrer Suchterkrankung, scheint damit in ausreichendem Maße zu greifen.

Cannabis

Im Untersuchungszeitraum war Cannabis bei den Patientinnen und Patienten von clean.kids die am häufigsten konsumierte Substanz. In den Hauptdiagnosen wurde von den Therapeutinnen und Therapeuten bei 70% der Jugendlichen eine cannabisinduzierte Störung (F12.1 u. F12.2) vergeben. Die Hälfte aller Patientinnen und Patienten von clean.kids konsumierte in den 30 Tagen vor Beginn der Therapie täglich Cannabis und weitere 16,5% konsumierten regelmäßig. Insgesamt erfüllten demnach zwei Drittel der Jugendlichen von clean.kids die Kriterien eines schweren Cannabiskonsums: täglicher oder annähernd täglicher Konsum (Hall 2015). Nur 5,5% der Jugendlichen konsumierten in den vier Wochen vor der Therapie keine Cannabisprodukte. Es liegt daher nahe, dass der missbräuchliche Cannabiskonsum für einen Großteil der Jugendlichen von clean.kids der Bewältigung des Alltags diente und fest in den Tagesablauf integriert zu sein schien.

Die Befunde decken sich in der Weise mit den Ergebnissen der Untersuchungen bei clean.kick, dass Cannabis auch in diesen Studien die Leitsubstanz bei den Hauptdiagnosen darstellt. Auffällig ist jedoch, dass der Anteil der cannabisinduzierten Störungen innerhalb

der Hauptdiagnosen bei den älteren Jugendlichen von clean.kick niedriger liegt als bei den jüngeren Jugendlichen von clean.kids. Bernhardt et al. (2004), Fetzer (2008) und Töpper (2015) geben bei clean.kick Werte zwischen 50% und 60% an. Damit liegt der Anteil einer cannabisinduzierten Störung in den Hauptdiagnosen bei clean.kids um 10% bis 20% höher als bei clean.kick. Im Gegenzug wurde bei clean.kick eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch als Hauptdiagnose bei ungefähr einem Drittel der Patientinnen und Patienten diagnostiziert, bei clean.kids jedoch nur bei 6,4%. Während in der Altersgruppe von clean.kids noch eindeutig Cannabis als Leitsubstanz erkennbar ist, wird bei den älteren Jugendlichen der multiple Substanzgebrauch neben den cannabisinduzierten Störungen immer relevanter.

Besorgniserregend sind unter diesem Gesichtspunkt die zahlreichen neueren Untersuchungen, die die tiefgreifend negativen Auswirkungen eines frühzeitigen Cannabiskonsums beschreiben, die nahezu alle Lebensbereiche der jungen Konsumentinnen und Konsumenten betreffen. Regelmäßiger Cannabiskonsum in einem jungen Alter ist mit schlechteren Schulleistungen, schlechterem Bildungsoutcome, erhöhtem Psychoserisiko, delinquentem Verhalten, erhöhtem Risiko für eine spätere Drogenproblematik, kognitiven Defiziten und Veränderungen in der hirnorganischen Struktur assoziiert (Schlossarek et al. 2016; D'Amico et al. 2016; Green et al. 2016; Hall 2015; Stiby et al. 2015; Jacobus et al. 2015; Charak et al. 2015; Griffith-Lendering et al. 2013).

Alkohol

Alkohol ist die zweithäufigste konsumierte Substanz bei Jugendlichen von clean.kids. Als Hauptdiagnose wurde jedoch nur bei 13,6% der Jugendlichen eine alkoholbezogene Störung vergeben. In der Zweitdiagnose sind alkoholbezogene Störungen mit einem Anteil von 24,5% jedoch am häufigsten vertreten. Auch bei clean.kick liegen alkoholbezogene Störungen bei den primär diagnostizierten Störungen in den Hauptdiagnosen hinter den cannabisinduzierten Störungen (Bernhardt et al. 2004; Fetzer 2008; Töpper 2015). Die Daten aus clean.kids machen deutlich, dass Alkohol in den meisten Fällen eher als Beikonsum zu werten ist, der überwiegend gelegentlich oder am Wochenende stattfand. Im Vergleich zum Cannabiskonsum besteht auch ein deutlicher Unterschied beim Anteil der Jugendlichen, die gar keinen Alkohol konsumierten. Cannabisabstinenz war in der Stichprobe vor der Therapie fast gar nicht anzutreffen, demgegenüber waren 22,9% der Jugendlichen vor der Aufnahme alkoholabstinent. Der Anteil von 18,3% der Jugendlichen, die vor der Therapie regelmäßig

oder täglich Alkohol konsumierten, ist im Vergleich zum Ausmaß des Cannabiskonsums ebenfalls eher klein.

Kuttler et al. (2016) untersuchten Jugendliche, die mit einer Alkoholintoxikation in deutschen Kliniken behandelt wurden und beschreiben die in Deutschland unter Jugendlichen weit verbreitete Praxis des partybezogenen Rauschtrinkens am Wochenende. Zwar lag in ihrer Studie die Zahl der Jugendlichen, die öfter als zwei Mal pro Woche Alkohol zu sich nahmen, unter dem Wert, der bei clean.kids beobachtet wurde. Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass auch Patientinnen und Patienten von clean.kids Alkohol zu einem großen Teil eher im Kontext eines wochenendbezogenen Partyverhaltens konsumieren und die Substanz weniger im Sinne einer täglichen Alltagsbewältigung missbraucht wird.

Alkoholkonsum ist bei Jugendlichen ein Hauptrisikofaktor für Verletzungen und häufig mit sexuellen Erfahrungen verknüpft, die nachträglich negativ bewertet werden. Ebenso wie bei Cannabis ist ein frühzeitiger Alkoholkonsum mit prognostisch ungünstigen Verläufen in zahlreichen Lebensbereichen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen assoziiert (Livingston 2014; Pedersen et al. 2015). Oftmals wird zur Einschätzung des Risikos des jugendlichen Alkoholkonsums das Alter des ersten Konsums als Kriterium herangezogen. Diese Praxis wird in einer aktuellen Publikation von Kuntsche et al. (2016) jedoch mit Verweis auf Operationalisierungsschwierigkeiten, schwache Reliabilität der Messungen und schwache Evidenzlage heftig kritisiert. Es deutet jedoch vieles darauf hin, dass sich das Risiko für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit, rechtliche Probleme, Konsum illegaler Drogen, antisoziales Verhalten und soziale Dysfunktion erhöht, falls der regelmäßige Konsum in einer frühen Phase der Jugend, beispielsweise im Altersspektrum von clean.kids, beginnt (Hammerslag u. Gulley 2016; Chen et al. 2009).

Stimulanzien

An dritter Stelle steht bei den Hauptdiagnosen der multiple Substanzgebrauch. Die Ergebnisse für den multiplen Substanzgebrauch wurden bereits weiter oben mit den Befunden aus clean.kick verglichen. In den meisten Fällen konsumierten diese Jugendlichen Alkohol, Cannabis und weitere Drogen. Substanzen aus der Klasse der Stimulanzien waren die am dritthäufigsten konsumierten Substanzen in der Stichprobe von clean.kids. 21,8% der Jugendlichen konsumierten Stimulanzien mindestens ein bis zwei Mal wöchentlich, davon 11,8% sogar regelmäßig oder täglich. In diesem Fall unterscheiden sich die Daten von clean.kids von den Ergebnissen der EMCDDA (2007), die als dritthäufigste konsumierte Substanzklasse bei suchtkranken Jugendlichen unter 15 Jahren Inhalanzien benennt. Bei clean.kids

konsumierten jedoch nur 5,5% der Patientinnen und Patienten mindestens wöchentlich Inhalanzien.

Unter dem Oberbegriff der Stimulanzien werden in dieser Studie Kokain, Amphetamin („Speed“), Methamphetamin („Crystal Meth“) und MDMA („Ecstasy“) zusammengefasst. Bei clean.kids erfüllten 15,4% der Patientinnen und Patienten bereits die Kriterien einer Störung, die durch Kokain oder andere Stimulanzien bedingt war. In Anbetracht des Umstands, dass diese Substanzen in der Regel einen erfahrenen Umgang mit legalen und illegaler Substanzen anzeigen und Stimulanzien in den seltensten Fällen Einstiegsdrogen sind, kann bei diesen Jugendlichen womöglich bereits ein fortgeschrittenes Stadium der Drogenproblematik bestehen (Kuhn 2015). Lieb et al. (2002) konnten zeigen, dass Jugendliche, die auch die bei clean.kids sehr beliebte Partydroge „Ecstasy“ konsumierten, ein höheres Risiko hatten eine substanzbezogene Störung zu entwickeln. Außerdem war bei Ecstasy-Konsumentinnen und -Konsumenten das Risiko für nahezu alle untersuchten psychiatrischen Komorbiditäten erhöht. Auch das neurotoxische Potential, insbesondere im Fall von MDMA, und amphetamininduzierte Psychosen, sind bekannte Gefahren des Stimulanzienmissbrauchs (Steinkellner et al. 2011).

Sehr junge Patientinnen und Patienten von clean.kids, die regelmäßig Stimulanzien konsumieren, stellen aus den genannten Gründen womöglich eine besonders gefährdet Risikogruppe für schwere Verläufe dar, auch wenn ihr Anteil in Bezug auf alle Jugendlichen der Station eher gering erscheint.

Andere Drogen

Der Anteil der Patientinnen und Patienten von clean.kids, die vor der Therapie regelmäßig andere Drogen außer Alkohol, Cannabis und Stimulanzien konsumierten, war sehr gering. Daher wurden diese Substanzklassen nicht einzeln aufgelistet, sondern im Ergebnisteil nur in der Gesamtbetrachtung der illegalen Drogen berücksichtigt.

Vor der Therapie konsumierten mindestens wöchentlich 2,7% der Jugendlichen Opioide, 4,5% Hypnotika, 6,4% Halluzinogene, 5,5% Inhalanzien und 6,4% andere Substanzen. In den meisten weiteren Fällen wurden zwar ebenfalls Drogen aus den oben genannten Substanzklassen konsumiert, der Konsum erfolgte jedoch nur sporadisch.

Vor der Therapie rauchten nur 0,9% der Patientinnen und Patienten überhaupt nicht. Von den 99,1% der restlichen Jugendlichen die rauchten, gaben 93,5% einen täglichen Konsum an. Rauchstopp ist kein primäres Ziel der Behandlung bei clean.kids, daher wurde der Outcome bezüglich des Rauchens in dieser Arbeit nicht untersucht.

Komorbiditäten

Neben der Behandlung der substanzinduzierten Störungen liegt ein weiterer Hauptbehandlungsschwerpunkt von clean.kids auf der Therapie von komorbiden psychiatrischen Störungen. Außer ihrer Substanzdiagnose erhielten 80,9% der Patientinnen und Patienten von clean.kids eine psychiatrische Komorbidität als Nebendiagnose, ein Zehntel sogar eine zweite komorbide Störungsdiagnose. Ein sehr großer Anteil, der jedoch keineswegs überrascht, da in der Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen komorbide Störungen nicht die Ausnahme, sondern eher die Regel sind. Patientinnen und Patienten mit einer komorbiden Störung weisen zudem häufig einen schwereren Drogenkonsum auf (Hulvershorn et al. 2015; Burdzovic et al. 2015).

Von clean.kick liegen aus der Arbeit von Bernhardt et al. (2004) ähnliche Zahlen vor: über drei Viertel (77,7%) der älteren Jugendlichen waren von einer komorbiden Störung betroffen. Auch bei der Art der komorbiden Störungen gibt es wenig Unterschiede zwischen clean.kick und clean.kids. Am häufigsten waren Störungen aus der F9-Gruppe (ICD-10). In der Stichprobe von clean.kids hat diese Gruppe einen Anteil von knapp 80%, bei clean.kick ist dieser Anteil mit 73% angegeben. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und Depressive Episoden (F32) waren die zweithäufigsten Störungen neben jenen aus der F9-Gruppe. Andere Störungen waren mit jeweils unter 1% sehr selten und werden daher nicht näher betrachtet. Innerhalb der F9-Gruppe kann man die Diagnosen Hyperkinetische Störungen (ADHS, F90.x) und Störungen des Sozialverhaltens (SSV, F91.x) zur Gruppe der externalisierenden Verhaltensstörungen zusammenfassen. Diese machen bei clean.kids einen hohen Anteil von 56,2% aller komorbiden Störungen aus. Die ebenfalls häufig vertretene Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) stellt einen Sonderfall dar, hierbei treten sowohl internalisierende als auch externalisierende Verhaltensstörungen auf (Laucht et al. 2000).

Über die Rolle komorbider Störungen im Rahmen von Suchterkrankungen existieren mehrere Theorien, jedoch kein bisher vollständig gesicherter Erklärungsansatz. In der Forschung häufig zitierte Erklärungsansätze stellen die General-Strain-Theorie und die Selbstmedikationshypothese dar. In der General-Strain-Theorie von Agnew (1992) wird davon ausgegangen, dass Gewalt und Missbrauchserfahrungen bei Jugendlichen die Entwicklung von substanzbezogenen Störungen begünstigen, antisoziales Verhalten fördern und Involvierung in kriminelle Handlungen wahrscheinlich machen. Bei der Selbstmedikationshypothese wird angenommen, dass Jugendliche einen durch eine psychiatrische Erkrankung bedingten Leidensdruck dadurch zu bewältigen versuchen, dass sie sich durch den Konsum psychoaktiver

Substanzen Linderung verschaffen (Charak et al. 2015). Andere Autorinnen und Autoren merken wiederum an, dass kein Erklärungsansatz allein für die komplexe Assoziation von substanzbezogenen und psychiatrischen Störungen in Frage kommt und die besten Behandlungsergebnisse erzielt werden, wenn das Therapieangebot, wie auch bei clean.kids, den Fokus auf die Behandlung beider Störungen gleichermaßen legt (Morisano et al. 2014).

Besonders relevant sind im suchttherapeutischen Bereich die externalisierenden Verhaltensstörungen. ADHS und SSV zeigen beim Übergang vom Kindes- in das Jugendalter die größte Persistenz im Vergleich zu anderen häufigen Störungen wie Angststörungen oder affektiven Störungen (Castagnini et al. 2016). Patientinnen und Patienten mit einer externalisierenden Verhaltensstörung stellen eine besonders große Herausforderung für suchttherapeutische Einrichtungen dar, da ihr Verhalten oftmals durch Impulsivität und emotionale Dysregulation im Umgang mit stark negativen oder positiven Gefühlen geprägt ist (Pedersen et al. 2016). Das erhöhte Risiko für Patientinnen und Patienten mit ADHS für einen schlechteren Bildungsoutcome, kognitive Defizite, problematisches Sozialverhalten und eine erhöhte Anfälligkeit für eine substanzbezogene Störung ist in der Literatur gut dokumentiert (Harty et al. 2011). Aktuell rückt die Rolle der SSV vermehrt in den Blick der Forschung, besonders wenn die Störung in Kombination mit ADHS auftritt. Ein gemeinsames Auftreten von ADHS und SSV kann bei 30% bis 50% der Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose beobachtet werden. Diese Jugendlichen neigen zu stärkerer Impulsivität und besonders schweren Formen von ADHS, außerdem gibt es Hinweise, dass ihre Therapieprognose schlechter ist (Tamm et al. 2013). Obwohl beide Diagnosen mit einem erhöhten Risiko für eine substanzbezogene Störung und einem frühen Konsumbeginn assoziiert sind, erhöht sich das Risiko noch einmal drastisch, wenn beide Störungen gemeinsam auftreten. Dies konnten Brinkman et al. (2015) anhand einer Stichprobe von 12- bis 15-jährigen Jugendlichen nachweisen. Jedoch scheint auch schon das alleinige Vorliegen einer SSV und oppositionelles Verhalten in der Kindheit ein zuverlässiger Prädiktor für ein erhöhtes Risiko bezüglich eines späteren Substanzmissbrauchs zu sein (Verweij et al. 2016; Zohsel et al. 2016).

Hulvershorn et al. (2015) warnen jedoch vor einer zu starken Konzentration auf die Rolle der externalisierenden Verhaltensstörungen in der Suchttherapie, da nicht abschließend geklärt ist, ob nicht vielmehr gemeinsame Umwelteinflüsse bei diesen Patientinnen und Patienten als moderierende Faktoren eine größere Rolle spielen als die Komorbiditäten selbst. Sie sehen darin die Gefahr, dass diese Fixierung zu Lasten der internalisierenden Störungen geht, obwohl Jugendliche mit internalisierenden Störungen sogar besser auf eine Therapie ansprechen als Jugendliche mit externalisierenden Verhaltensstörungen. Auch bei clean.kids

war mindestens ein Viertel der Patientinnen und Patienten, unter anderem im Rahmen einer kombinierten Störung F92, von einer internalisierenden Verhaltensstörung betroffen.

Psychosoziale Belastung

Die Patientinnen und Patienten von clean.kids zeigten sich bei Aufnahme in den meisten Lebensbereichen mehrheitlich psychosozial schwer belastet. In der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung konnte in keinem Fall eine normale oder gute Anpassung von den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten festgestellt werden. „Dabei sollen die Bereiche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie, Bewältigung von sozialen Situationen im Alltag, schulische beziehungsweise berufliche Anpassung und Interessen beziehungsweise Freizeitaktivitäten bei der Beurteilung berücksichtigt werden.“ (Feldmann u. Stolle 2009)

Ein Vergleich mit den Befunden bei clean.kick von Bernhardt et al. (2004) verdeutlicht, dass Patientinnen und Patienten von clean.kids noch schwerer psychosozial belastet waren. Bei clean.kick konnte bei zwei Dritteln (67,1%) eine mindestens mäßige Beeinträchtigung (Stufe 3) festgestellt werden, bei clean.kids zeigten hingegen fast alle Jugendlichen (94,7%) eine mindestens mäßige Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung. Den größten Unterschied zwischen clean.kick und clean.kids gibt es bei der deutlichen Beeinträchtigung (Stufe 4). Während bei clean.kick nur ein Viertel (25,2%) der Patientinnen und Patienten deutlich in ihrer psychosozialen Funktion beeinträchtigt waren, wurden bei clean.kids 58,5% der Jugendlichen dieser Stufe zugeordnet. Zwei Erklärungsansätze für diesen Unterschied könnten lauten, dass Jugendliche von clean.kids zum einen schon vor Beginn ihres problematischen Drogenkonsums psychosozial schwerer belastet waren als Jugendliche von clean.kick und dies ihren frühen problematischen und behandlungsbedürftigen Drogenkonsum begünstigt hat (General-Strain-Theorie, Selbstmedikationshypothese). Zum anderen könnte bei den sehr jungen und dadurch vulnerableren Jugendlichen von clean.kids der frühzeitige und schwere Substanzmissbrauch selbst für schwerwiegende psychosoziale Probleme verantwortlich sein oder bestehende Probleme noch einmal verschärft haben. Auch hier muss jedoch vorwiegend von einer sehr komplexen multifaktoriellen Genese der Suchterkrankung ausgegangen werden, die nicht vollständig durch vereinfachte Ansätze erklärt werden kann. Werden drogeninduzierte psychosoziale Probleme differenziert betrachtet, wird deutlich, dass sich bei den meisten Patientinnen und Patienten drei Hauptproblemfelder offenbarten: Probleme mit den Eltern (65,5%), Schulprobleme (72,7%) und die Vernachlässigung von Interessen (60%). Ein relativ kleiner Teil der Jugendlichen gab Probleme mit Partnerinnen

oder Partnern sowie soziale Isolation an, was darauf hindeutet, dass sich die meisten Jugendlichen von clean.kids nach wie vor in einem mehr oder weniger intakten sozialen Umfeld bewegten und in diesem auch integriert waren. Die Ergebnisse decken sich größtenteils mit den Befunden bei älteren Jugendlichen von clean.kick (Bernhardt et al. 2004).

Fazit Behandlungsindikationen

Jugendliche von clean.kids erfüllen trotz ihres sehr jungen Alters schon alle Voraussetzungen, die eine stationäre suchttherapeutische Intervention rechtfertigen, Stolle und Thomasius (2009b) nennen dafür die folgenden Punkte:

„-ausgeprägter Substanzkonsum
-Konsummuster mit häufigem polyvalenten Substanzgebrauch
-relevante Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus durch den Substanzkonsum (Auswirkungen auf Schulbesuch, Freundeskreis, Familie, Kriminalität etc.)
-vorliegende Entwicklungsstörungen
-assoziierte komorbide psychische Störungen,
-vorangegangene ambulante Entzüge,
-erschwerende soziale Umgebungsfaktoren (z.B. dysfunktionales familiäres Umfeld mit eigenem Substanzkonsum oder Gewaltausübung)“

Akzeptanz des Behandlungsansatzes

Bei clean.kick gaben 40,8% der Patientinnen und Patienten an, die Therapie aus Eigenmotivation begonnen zu haben (Bernhardt et al. 2004). Auch bei clean.kids lag die Quote an eigenmotiviert vorstelligen Jugendlichen mit 43,6% in einem ähnlichen Bereich. Es kann daraus geschlossen werden, dass das niedrigschwellige Angebot und das offene Therapiesetting für die junge Altersgruppe von clean.kids attraktiv ist und die Freiwilligkeit auch bei diesen Jugendlichen einen hohen Stellenwert einnimmt. Auf der anderen Seite gab eine knappe Mehrheit (47,2%) der Jugendlichen Fremdmotivation als Grund für den Therapiebeginn an.

„Fremdmotivation durch eine drohende Gefängnisstrafe, einen drohenden Verweis aus der Jugendhilfeeinrichtung oder dem elterlichen Haus ist nicht selten Anlass, Hilfe anzunehmen. Die anfängliche Fremdmotivation muss im Laufe der Behandlung in Eigenmotivation umgewandelt werden. Längerfristig können Hilfen nur bei ausreichender Eigenmotivation fruchten. Dennoch beurteilen Jugendliche den Druck von außen im Nachhinein oft positiv." (Möller 2009) Diese Einschätzung scheint auch auf die Patientinnen und Patienten von clean.kids zuzutreffen. Im Katamneseinterview gab die Hälfte der Befragten an, dass sie wieder eine Therapie bei clean.kids machen würden, etwa ein Fünftel (21,4%) war sich nicht sicher und nur 28,6% würden im Nachhinein die Therapie bei clean.kids nicht noch einmal wählen. Auch bei der Benotung der Behandlung zum Zeitpunkt des Therapieendes zeichnet sich ein überwiegend positives Bild ab. Clean.kids wurde von den Patientinnen und Patienten mit der Durchschnittsnote 2,5 bewertet, obwohl bei knapp zwei Dritteln (65,5%) die Therapie vorzeitig beendet wurde. Dabei vergab über die Hälfte (55,2%) aller befragten Jugendlichen die Noten „sehr gut" oder „gut". Knapp ein Drittel (31,6%) fand die Therapie „befriedigend" und nur eine Minderheit (13,2%) vergab die Noten „ausreichend" oder „mangelhaft". Mit „ungenügend" wurde die Therapie in keinem Fall bewertet.

Die Quote der regulären Therapiebeendigung lag bei etwas über einem Drittel (34,5%) und damit in einem, für ein niedrigschwelliges suchttherapeutisches Angebot, relativ hohen Bereich (Bernhardt et al. 2004). Der Wert war sogar noch etwas höher als bei clean.kick, wo die Quote der regulären Therapiebeendigung in den letzten Jahren bei 29,8% lag (Töpper 2015). Ein Erklärungsansatz für den etwas besseren Outcome bezüglich des regulären Therapieendes bei clean.kids könnte der deutlich höhere Mädchenanteil sein, da Mädchen bei clean.kids die Therapie signifikant häufiger regulär beendeten als Jungen (s. Abschnitt 3.3.3).

Weitere Indikatoren für die gute Akzeptanz der Behandlung werden bei der Betrachtung ausgewählter Behandlungsdaten deutlich. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei clean.kids betrug 49,3 Tage. Die älteren Patientinnen und Patienten von clean.kick hatten eine mittlere Behandlungsdauer von 29,3 (Bernhardt et al. 2004) bzw. 25,7 Tagen (Fetzer 2008). Die fast doppelt so lange Behandlungsdauer bei clean.kids hängt jedoch auch mit der angestrebten Maximaldauer der Behandlung zusammen: 63 Tage bei clean.kick und 84 Tage bei clean.kids, weil primär eingeschätzt wurde, dass jüngere Jugendliche längere Entwicklungszeiten benötigen. Bei clean.kids liegt der durchschnittliche Anteil an der Maximalzeit trotzdem deutlich höher (58,7%) als bei clean.kick (40,8%), das heißt, das Team von clean.kids hat eine recht gute „Haltefähigkeit“ entwickelt.

Behandlungsabbrüche waren mit insgesamt 80,9% zwar häufig, nahezu die Hälfte (48,3%) dieser Jugendlichen wurde jedoch im Verlauf wiederaufgenommen. Ein relativ hoher Wert, auch im Vergleich zur Station clean.kick, wo immerhin in einem Drittel (33,7%) der Fälle Therapieabbrüchen eine Wiederaufnahme folgte (Bernhardt et al. 2004). Eine hohe Wiederaufnahmequote ist von Seiten der Station ausdrücklich erwünscht und spricht für ein gewisses Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Behandlung von clean.kids. „Abbrüche der Behandlung seitens der Behandelnden oder seitens der Patienten stellen eher die Regel als die Ausnahme dar, ebenso Rückfälle, die jeweils spezifisch therapeutisch zu bearbeiten sind. […] Ein Wiederkommen nach Abbruch muss möglich sein.“ (Schepker et al. 2012) Bei den älteren Jugendlichen von clean.kick konnte gezeigt werden, dass die subjektive Selbstwirksamkeitserwartung mit der Dauer der Behandlung ansteigt (Wüstner 2015). Es ist daher als ein positives Signal zu werten, dass fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten aus der Stichprobe von clean.kids eine Aufenthaltsdauer von über 60 Tagen hatte.

Eine kritische Phase stellt offensichtlich der erste Monat dar, da über ein Drittel (35,5%) der Jugendlichen in diesem Zeitraum die Behandlung abbrachen, so viele wie in keiner anderen Behandlungsphase. Unter der Annahme, dass in den ersten Wochen neben der abrupten Drogenabstinenz die Eingliederung in eine völlig neue Umgebung, das Arrangement mit anderen Jugendlichen, die Annahme des Stationsregelwerks und der therapeutischen Interventionen gleichzeitig erfolgen, sind die Patientinnen und Patienten in dieser Phase einer sehr hohen Stressbelastung ausgesetzt. Es ist wahrscheinlich, dass dadurch Therapieabbrüche begünstigt werden. Des Weiteren dürften Loyalitätskonflikte zu den oft problematischen Elternhäusern durch die deutlich anderen pädagogischen Haltungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von clean.kids entstehen.

Insgesamt zeigt sich bei clean.kids, wie aus clean.kick bereits bekannt, dass das Behandlungsangebot eine hohe Akzeptanz von Seiten der Jugendlichen erfährt. Hervorzuheben ist, dass die Akzeptanz im Vergleich zu clean.kick bei den jungen Patientinnen und Patienten von clean.kids noch einmal höher ausfällt. Dies zeigt sich an der besseren „Haltequote“ und der etwas höheren Quote an regulär beendeten Therapien, trotz der längeren Ziel-Verweildauer bei clean.kids. Obwohl beide Altersgruppen vor der Therapie vergleichbar schwerwiegend psychosozial belastet waren und einen hochgradig problematischen Substanzkonsum aufwiesen, schienen sich die jüngeren Jugendlichen von clean.kids noch etwas besser auf die Behandlung einlassen zu können als die älteren Jugendlichen von clean.kick. Dies wird möglicherweise durch die Rahmensetzung der Erwartung einer längeren Behandlungsdauer nach Überwinden der ersten kritischen Wochen positiv gefördert.

Subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs

Ziel dieser Studie ist es, neben der hypothesengestützten Prüfung des Therapieerfolgs einen Überblick über die subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Patientinnen und Patienten und die zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten zu erhalten und einen Vergleich der beiden Einschätzungen durchzuführen. Allgemein ist hervorzuheben, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Therapeutinnen und Therapeuten eine überwiegend positive Einschätzung zum Zeitpunkt des Therapieendes abgaben. Nur sehr selten sahen Jugendliche und therapeutisches Personal keine Veränderungen oder Verschlechterungen der Situation.

Betrachtet man die positiven Einschätzungen beider Seiten, zeigt sich, dass es bei der Einschätzung der insgesamt erreichten Fortschritte zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten kaum Unterschiede gibt. Ein Trend, der sich jedoch bei vier der fünf Fragen abzeichnet, ist die teilweise deutlich optimistischere Einschätzung der Jugendlichen über die Qualität des erreichten Fortschritts. Therapeutinnen und Therapeuten waren dabei eher etwas zurückhaltender. Diese Beobachtung entspricht dem Trend in anderen Therapieevaluationsstudien, zum Beispiel in der Psychosomatik für Erwachsene (Heuft et al. 1995, 1996; Wolf et al. 2011). Während die Jugendlichen selbst häufig sehr starke Fortschritte sahen, gingen die Therapeutinnen und Therapeuten eher von deutlichen oder leichten Fortschritten aus. Das therapeutische Personal hat oft jahrelange Erfahrung im Umgang mit suchtkranken Jugendlichen und äußert sich aufgrund dessen vermutlich eher vorsichtig was Erfolge im superlativen Bereich angeht, da die Rückfallquote erfahrungsgemäß hoch ist.

Interessant ist dabei, dass sich dieses Muster bei den erreichten Fortschritten bezüglich der Infragestellung eines konsumierenden Freundeskreises nicht in dieser Deutlichkeit wiederfand. Fortschritte insgesamt sahen drei Viertel der Therapeutinnen und Therapeuten jedoch nur knapp zwei Drittel der Patientinnen und Patienten. Auffällig ist bei dieser Frage auch, dass 30,6% der Jugendlichen kaum Fortschritte bzw. eine unveränderte Situation sahen. Ein ähnlich großer Anteil an pessimistischen Einschätzungen ließ sich von Seiten der Jugendlichen bei keiner anderen Frage beobachten.

Zwei Drittel der Jugendlichen verbrachten vor der Therapie die meiste Freizeit innerhalb eines konsumierenden Freundeskreises. Für manche Jugendliche bedeutet die Distanzierung von einem konsumierenden Umfeld während und nach der Therapie daher unter Umständen den Verlust eines großen Teils des Freundeskreises. Es ist denkbar, dass der Wegfall dieser

wichtigen sozialen Ressource für die Jugendlichen, die sich ohnehin in einer psychosozial äußerst belasteten Situation befinden, eine Überforderung darstellt und der Bruch mit dem konsumierenden Umfeld aus diesem Grund nicht immer gewagt wird.

4.2 Hypothesenprüfung

Hypothese 1: Reduktion des Substanzkonsums

Ziel der Behandlung bei clean.kids ist ein drogenfreier Alltag, auch nach der Entlassung der Jugendlichen aus der Therapie. Williams und Chang (2000) geben in ihrem Review eher moderate Abstinenzraten in der Suchttherapie für Kinder und Jugendliche von 30% bis 55% nach sechs Monaten an. Auch aus den beiden Vorläuferstudien bei clean.kick ist bekannt, dass es nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten schafft, in der Zeit nach der Behandlung vollständig auf den Substanzkonsum zu verzichten. Fetzer (2008) nennt in der durchgeführten Ein-Jahres-Katamnese bei clean.kick eine Abstinenzrate von 16,2%. Bei clean.kids waren in der Vier-Monats-Katamnese 28,6% der Jugendlichen in den letzten 30 Tagen vollständig abstinent. Ein direkter Vergleich ist zwar aufgrund des unterschiedlichen Katamnesezeitraums nicht möglich, der Wert könnte jedoch ein erster Hinweis darauf sein, dass sehr junge Suchtpatientinnen und Suchtpatienten eine bessere Abstinenzprognose aufweisen als die älteren Jugendlichen von clean.kick. Ein weiteres Indiz für diese Einschätzung ist die von Bernhardt et al. (2004) benannte Abstinenzquote für illegale Drogen in der Vier-Monats-Katamnese von clean.kick. In diesem Fall sind die Daten von clean.kick und clean.kids aufgrund gleicher Katamnesezeiträume vergleichbar. Bei clean.kick gaben 44% der Jugendlichen an, in den letzten 30 Tagen keine illegalen Drogen konsumiert zu haben, bei clean.kids liegt dieser Anteil bei 60,7% und ist damit deutlich größer.

Trotzdem wurde die Hypothese in Bezug auf eine Reduktion des Substanzkonsums und nicht bezüglich einer Abstinenz formuliert, da auch eine Konsumreduktion einen Therapieerfolg darstellen kann und eine Dokumentation der Reduktion des Konsums von Williams und Chang (2000) für Evaluationsstudien ausdrücklich empfohlen wird. Auch Smyth et al. (2015) weisen in ihrer aktuellen Studie zum Therapie-Outcome bei suchtkranken Jugendlichen darauf hin, dass junge Patientinnen und Patienten nur in seltenen Fällen eine nachhaltige Abstinenz einhalten (knapp über 10%). Demnach nimmt Schadensbegrenzung in Form eines möglichst geringen Substanzkonsums nach der Behandlung laut den Autorinnen und Autoren eine bedeutende Rolle ein und die Konsumreduktion sollte dementsprechend dokumentiert und als Therapieerfolg verbucht werden.

Der Alkoholkonsum war bei den meisten Jugendlichen aus Gruppe A zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht das zentrale Problem, sondern fand hauptsächlich unregelmäßig oder am

Wochenende statt. Die Konsumreduktion ist im Katamnesezeitraum nicht statistisch signifikant. Zwar konsumierten doppelt so viele Jugendliche wie vor der Therapie gar keinen Alkohol mehr, die Konsumfrequenz im oberen Bereich änderte sich jedoch kaum. In den 30 Tagen vor der Aufnahme konsumierten 46,4% der Jugendlichen mindestens ein bis zwei Mal wöchentlich Alkohol, nach der Therapie waren es immer noch 42,9%. Der Wochenendkonsum zeigte sogar eine leichte Zunahme, der regelmäßige und tägliche Konsum jedoch auch eine geringe Abnahme.

Bei den älteren Jugendlichen von clean.kick gibt es unterschiedliche Ergebnisse. Fetzer (2008) konnte nach einem Jahr eine statistisch signifikante Reduktion des Alkoholkonsums nachweisen, jedoch konsumierten im Vergleich zu clean.kids in der Stichprobe von clean.kick vor der Therapie auch deutlich mehr Jugendliche regelmäßig oder täglich. Bernhardt et al. (2004) konnten bei clean.kick in der Vier-Monats-Katamnese keine Änderung des Alkoholkonsummusters nach der Therapie dokumentieren.

Alkohol als allgegenwärtige und gesellschaftlich akzeptierte Substanz könnte insbesondere bei den Jugendlichen, die schon vor der Therapie „nur“ im Rahmen von Wochenendaktivitäten in einem sozialen Kontext konsumierten, als eher unproblematische Droge wahrgenommen werden. Gestützt wird diese These dadurch, dass es bei clean.kids vor allem bei moderatem Alkoholkonsum fast keine Veränderungen zwischen Therapiebeginn und Katamnesezeitpunkt gibt. Aufgrund der breiten Akzeptanz des Alkoholkonsums besteht vor allem bei einem moderaten Alkoholkonsum die Gefahr der Bagatellisierung. Prävention und Interventionen können so nicht in ausreichendem Maße greifen, obwohl sich das langfristige Risiko, negative Konsequenzen durch Alkoholkonsum zu erleiden, für Jugendliche auch schon ab einem wöchentlichen Konsum erhöht (Patton et al. 2007).

Die deutlichste Konsumreduktion im Katamnesezeitraum ist bei Cannabis zu erkennen, der Droge, die bei den meisten Patientinnen und Patienten im Vorfeld der Therapie die am häufigsten konsumierte Substanz darstellte. Aus Gruppe A konsumierte vor der Therapie die Hälfte der Jugendlichen täglich Cannabis und nur 7,1% gar nicht. Im Katamnesezeitraum gaben hingegen 64,3% der Jugendlichen an, in den letzten 30 Tagen nicht konsumiert zu haben. Ungefähr ein Fünftel (21,4%) konsumierte Cannabis im Katamnesezeitraum regelmäßig oder täglich. Diese Reduktion des Cannabiskonsums ist statistisch signifikant und die umfangreiche Reduktion wird nicht zuletzt durch die sehr große Effektstärke von d=2,22 verdeutlicht.

Zum Vergleich gibt es bei clean.kick bisher keine Dokumentation spezifischer Angaben zur Häufigkeit des Cannabiskonsums vorher und der Konsumreduktion im Katamnesezeitraum, da Cannabis in den Vorläuferstudien lediglich im Rahmen der Gesamtbetrachtung des Konsums illegaler Drogen berücksichtigt wurde. Unter dem Gesichtspunkt, dass Cannabis mit weitem Abstand die am häufigsten konsumierte Substanz bei clean.kids und clean.kick darstellt und innerhalb der Gruppe der illegalen Drogen damit eine Sonderstellung einnimmt, ist für zukünftige Untersuchungen eine differenzierte Darstellung und Quantifizierung sowohl des Cannabiskonsums vor der Therapie als auch der Reduktion des Cannabiskonsums im Katamnesezeitraum empfehlenswert. Auch Green et al. (2016) weisen darauf hin, dass sich eher das Kriterium Konsumfrequenz und nicht die dichotome Betrachtungsweise *Konsum oder Abstinenz* eignet, um die Wahrscheinlichkeit einer problematischen Konsumentwicklung abzuschätzen.

Aufgrund des hohen Anteils von cannabisinduzierten Störungen bei den Patientinnen und Patienten von clean.kids ist diese Substanz von höchster Relevanz. Insbesondere unter Berücksichtigung der dokumentierten umfangreichen Reduktion des Cannabiskonsums soll dies anhand aktueller Forschungsergebnisse noch einmal verdeutlicht werden.

Das niedrige Alter der Patientinnen und Patienten und die in den meisten Fällen noch relativ junge Suchterkrankung sind mit Blick auf das niedrigschwellige Angebot von clean.kids von entscheidender Bedeutung. Hines et al. (2015) weisen in einer Studie erstmals darauf hin, dass bei Jugendlichen die Geschwindigkeit des Übergangs vom ersten Cannabiskonsum bis zu weiteren Fällen von Cannabiskonsum einen entscheidenden Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für zukünftige Probleme im Umgangs mit Cannabis liefern kann. Jugendliche, die zu Beginn ihres Cannabiskonsums einen solchen schnellen Übergang zeigen und damit laut dieser Studie eine Hochrisikogruppe darstellen, könnten dadurch frühzeitig identifiziert werden und von einem niedrigschwelligen Angebot wie clean.kids besonders profitieren. Somit könnte man diese Jugendlichen erreichen, bevor ein schwerer Cannabiskonsum erst einsetzt, der im Jugendalter nachweislich in vielerlei Hinsicht eine sehr negative Prognose aufweist (s. Abschnitt 4.1, Behandlungsindikationen).

Wie sinnvoll eine frühzeitige Intervention sein kann, zeigen auch weitere aktuelle Untersuchungen. Selbst bei sehr jungen Jugendlichen, die einen schweren Cannabiskonsum aufwiesen, jedoch erst seit kurzer Zeit konsumierten, hatte der Konsum noch keine negativen Auswirkungen auf ihre emotionale Funktion. Während hingegen ältere Jugendliche, die ähnlich stark und bereits länger konsumierten, schon Einbußen in ihrer emotionalen Funktion und

eine verminderte Resilienz zeigten (Heitzeg et al. 2015). Mit zunehmender Dauer des Cannabiskonsums steigt außerdem das Abhängigkeitspotential an. Von den regelmäßigen oder täglichen Konsumentinnen und Konsumenten entwickeln im Verlauf 20% bis 50% eine Cannabisabhängigkeit (Legleye et al. 2016).
Mit Blick auf die Cannabisabstinenz 6 bis 12 Monate nach einer Therapie zeichnet Hall (2015) ebenfalls ein eher zurückhaltendes Bild, betont jedoch auch nachdrücklich reduzierte Konsumfrequenzen und den Rückgang von Problemen, die sich bei den meisten Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Therapie dokumentieren lassen. Die Relevanz dieser Problem- und Konsumreduktion verdeutlicht besonders die Untersuchung von Pardini et al. (2015), die zeigt, dass ein geringer oder moderater Cannabiskonsum im frühen Jugendalter keine tiefgreifende Verschlechterung der Aufmerksamkeit und der schulischen Leistungen bewirkt und dass bestehende Defizite, die eventuell durch einen regelmäßigen Cannabiskonsum in der Vorgeschichte bedingt sind, nach einem Jahr der Abstinenz reversibel sind.
Unter Berücksichtigung dieser aktuellen Forschungsarbeiten ist eine bloße Reduktion des Cannabiskonsums anstelle der vollständigen Abstinenz im Katamnesezeitraum keineswegs als Therapieversagen oder persönliches Scheitern der Jugendlichen zu werten. Auch eine deutliche Reduktion des Konsums bei ehemals starken Konsumentinnen und Konsumenten, scheint einen wesentlichen Beitrag zur Schadensbegrenzung zu leisten. Nicht zuletzt weist Liu (2017) darauf hin, dass sich anhand einer taxometrischen Analyse in einer großen Kohortenstudie ein dimensionaler Ansatz bei substanzinduzierten Störungen, allen voran cannabisinduzierte Störungen, am ehesten anbietet.

Beim Konsum von Stimulanzien ist im Katamnesezeitraum keine statistisch signifikante Reduktion zu verzeichnen. Die Ausgangssituation vor der Therapie verdeutlicht jedoch bereits, dass nur ein geringer Anteil der Jugendlichen der Gruppe A Stimulanzien konsumierte. Die Abstinenzquote lag im Katamnesezeitraum etwas höher als vor der Therapie. Beim regelmäßigen Konsum im Katamnesezeitraum ist hingegen auch ein nicht unerheblicher Anstieg zu verzeichnen.

Wird der Konsum illegaler Drogen insgesamt betrachtet, zeigt sich bei clean.kids eine statistisch signifikante Abnahme. Konsumierten vor der Therapie noch fast alle Jugendlichen illegale Drogen (92,9%), so hat sich diese Zahl im Katamnesezeitraum auf 39,3% verkleinert und damit mehr als halbiert. Bei clean.kick lag der Anteil der Jugendlichen, die illegale Drogen konsumierten, in der Vier-Monats-Katamnese bei 46% (Bernhardt et al. 2004) bzw.

40,5% in der Ein-Jahres Katamnese (Fetzer 2008) und damit in einem mit clean.kids vergleichbaren Bereich

Die Alternativhypothese kann bezüglich der Reduktion des Alkohol- und Stimulanzienkonsums nicht angenommen werden. Bei Cannabis und den illegalen Drogen insgesamt wird jedoch eine ausgeprägte Konsumreduktion deutlich, die auch statistisch signifikant ist.

Hypothese 2: Soziale Adaption

Jugendliche erfahren vor allem durch den Schulbesuch eine Strukturierung des Alltags. Aus den Untersuchungen bei clean.kick ist bekannt, dass Patientinnen und Patienten in den 30 Tagen vor der Therapie mehrheitlich die Schule gar nicht mehr besuchten. In der Studie von Bernhardt et al. (2004) gingen vor der Therapie 58,7% der Jugendlichen nicht zur Schule und führten keine andere Tätigkeit aus. Für die Stichprobe von Fetzer (2008) wird ein Wert von 56,8% angegeben. Beide Studien zeigen auch eine dichotome Entwicklung dahingehend, dass die Jugendlichen entweder gar nicht oder relativ regelmäßig bzw. immer zur Schule gingen. Bei clean.kids nahmen hingegen in den 30 Tagen vor der Therapie die meisten Jugendlichen am Unterricht teil, eine knappe Mehrheit sogar regelmäßig oder täglich. In der Katamnese konnte in beiden Studien bei clean.kick eine statistisch signifikante Zunahme des Schulbesuchs bzw. der Erwerbstätigkeit berichtet werden.

In Gruppe A lag die Häufigkeit des Schulbesuchs vor der Therapie über dem Durchschnitt der anderen Gruppen und es gab bei der Häufigkeit des Schulbesuchs praktisch keinen Unterschied zwischen den Werten vor der Therapie und im Katamnesezeitraum. Zu beiden Messzeitpunkten besuchten etwa drei Viertel der Jugendlichen regelmäßig oder täglich die Schule. Dementsprechend konnte auch keine statistisch signifikante Zunahme des Schulbesuchs im Katamnesezeitraum, wie in der Hypothese formuliert, beobachtet werden.

Diese Befunde können jedoch keinesfalls Grund für eine Entwarnung darstellen, da an dieser Stelle noch einmal bedacht werden sollte, dass die Jugendlichen von clean.kids trotz ihres starken Substanzkonsums erst eine vergleichsweise kurze Konsumlaufbahn hinter sich haben. Der hohe Anteil der älteren Jugendlichen von clean.kick, die keine Schule besuchten und keiner Erwerbstätigkeit vor der Therapie nachgingen, ist bezogen auf die Ergebnisse von clean.kids (hier lag der Anteil bei 25,5%) mehr als doppelt so hoch (s.o.). Teilweise hatten die älteren Jugendlichen dann bereits über längere Zeit hochproblematische Schulkarrieren, einige auch abgebrochene Berufsanbahnungs- und Lehrverhältnisse, was bei den jüngeren Jugendlichen von clean.kids zeitlich noch nicht möglich war. Auch wenn die direkten

Folgen noch nicht so deutlich hervortreten wie bei älteren Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, ist die Prognose für Mädchen und Jungen von clean.kids bei fortgesetztem Konsum bezüglich der schulischen und beruflichen Karriere voraussichtlich äußerst ungünstig.
Jugendliche, die vor dem 15. Lebensjahr mit dem Konsum von Cannabis beginnen, haben ein erhöhtes Risiko die Schule frühzeitig ohne Abschluss zu beenden (Hall 2015). Der Zusammenhang zwischen Schulversagen und Substanzkonsum erscheint ferner bidirektional zu verlaufen, da in anderen Studien gezeigt werden konnte, dass bei schlechten Leistungen in der Schule wiederum das Risiko für einen Substanzmissbrauch erhöht ist (Stiby et al. 2015; Gauffin et al. 2015).
Bei der Reduktion der psychosozialen Folgekomplikationen durch den Substanzkonsum wird deutlich, dass Jugendliche aus Gruppe A in den drei Feldern *häusliches Umfeld, Schule und Vernachlässigung von Interessen* im Katamnesezeitraum jeweils einen Rückgang der Probleme angaben der auch statistisch signifikant ist. In diesem Zusammenhang muss auf eine Einschränkung hingewiesen werden. Während zum Zeitpunkt der Aufnahme meistens die Eltern der Patientinnen und Patienten ebenfalls anwesend sind und eine sehr ausführliche Erörterung der psychosozialen Situation erfolgt, wobei die Einschätzung der Eltern ebenso eine wichtige Rolle bei der Dokumentation der Probleme spielt, stützen sich die Daten über den Rückgang von Problemen im Katamnesezeitraum ausschließlich auf Aussagen der Jugendlichen selbst. Es besteht durchaus die Gefahr, dass an dieser Stelle eine Bagatellisierung von Problemen durch die Jugendlichen erfolgt ist. Während im Eingangsgespräch vor Beginn der Therapie genaue Angaben zum Konsum häufig erst gemacht werden, wenn sich die Eltern nicht mehr im selben Raum befinden, erscheint bei der Einschätzung der Folgekomplikationen ein gegenteiliger Effekt möglich. Eventuell weisen erst die Eltern explizit auf innerfamiliäre Konflikte und Schulprobleme hin. Zukünftige Evaluationsstudien können den Ansatz verfolgen, für die Beurteilung der psychosozialen Probleme im Katamnesezeitraum zusätzlich Angehörige telefonisch zu befragen, um einen erweiterten Einblick in den Lebensalltag der Jugendlichen zu erlangen.
Trotzdem ist der Rückgang drogeninduzierter psychosozialer Probleme durchaus vergleichbar mit den Ergebnissen aus clean.kick. Sowohl Fetzer (2008) als auch Bernhardt et al. (2004) beschreiben ebenfalls für die drei Hauptproblemfelder *häusliches Umfeld*, *Schule* und *Vernachlässigung von Interessen* eine statistisch signifikante Problemreduktion. Auch in anderen Studien wird ein Rückgang psychosozialer Probleme im Anschluss an eine Therapie beschrieben (Hall 2015).

Deviantes Verhalten und rechtliche Probleme sind unter jugendlichen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten weit verbreitet, so auch bei clean.kids (s. Abschnitt 3.2.1). Dementsprechend sind rechtliche Probleme weitere Faktoren, die für Aussagen über die soziale Adaption der Jugendlichen nach der Therapie herangezogen werden können. Fast zwei Drittel der Patientinnen und Patienten aus Gruppe A (64,3%) wurden zu Beginn der Therapie schon einmal aufgrund von Rechtsverstößen unterschiedlicher Art angeklagt. Nach der Entlassung aus clean.kids gaben fast alle Jugendlichen (89,3%) an, zumindest keine neuen rechtlichen Probleme mehr gehabt zu haben. Da unter diese Angaben nur die belangten Straftaten fallen, wurde zusätzlich der Anteil der Jugendlichen erfasst, der vor bzw. nach der Therapie Einkünfte aus illegalen Quellen bezog. Dieser Anteil konnte im Vergleich zu den Werten vor der Therapie mehr als halbiert werden (42,9% gegenüber 17,9%). Ein deutlicher Rückgang der illegalen Aktivitäten von Jugendlichen nach der Inanspruchnahme einer suchttherapeutischen Behandlung wird auch in den meisten anderen Evaluationsstudien berichtet, wie Williams und Chang (2000) in ihrem Review feststellen.
Fast alle Patientinnen und Patienten aus Gruppe A konsumierten vor der Therapie Cannabis. Es ist wahrscheinlich, dass Jugendliche durch den Konsum dieser illegalen Substanz einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten (Green et al. 2016). Der deutliche Rückgang illegaler Einkünfte im Katamnesezeitraum kann mit dem bereits diskutierten reduzierten Cannabiskonsum in Verbindung gebracht werden. Der größtenteils regelmäßig betriebene Konsum von Cannabis vor der Therapie dürfte in finanzieller Hinsicht für viele minderjährige Jugendliche eine große Belastung dargestellt und die Beschaffungskriminalität durch dealen oder Diebstähle gefördert haben. Ein reduzierter oder ganz eingestellter Cannabiskonsum im Katamnesezeitraum könnte die Jugendlichen daher in vielen Fällen finanziell entlastet haben, wodurch sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die Beschaffungskriminalität reduziert hat.

Die Hypothese, dass sich die soziale Adaption bezüglich aller untersuchten Aspekte nach der Therapie positiv entwickelt, kann nicht in vollem Umfang bestätigt werden, da es keine Zunahme bei der Häufigkeit des Schulbesuchs im Katamnesezeitraum gibt. Bezüglich drogeninduzierter Probleme im sozialen Umfeld, rechtlicher Probleme und illegaler Einnahmen, kann die Alternativhypothese jedoch aufgrund der statistisch signifikanten Reduktion angenommen werden.

Hypothese 3: Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen

Genderspezifischem Konsum- und Suchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird in der Forschung momentan eine große Bedeutung zugeschrieben und es wird immer wieder die Notwendigkeit für weiterführende Studien auf diesem Gebiet formuliert (Melchior 2015). Auch die Befunde von clean.kids decken sich größtenteils mit aktuellen Ergebnissen aus der Literatur, die verdeutlichen, dass es in der Altersgruppe der sehr jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten nur wenige Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt (Kuhn 2015).

Mit Blick auf die Hauptdiagnosen zeigte sich, dass statistisch signifikant mehr Jungen als Mädchen die Diagnose einer Cannabisabhängigkeit erhielten. Bei den restlichen Hauptdiagnosen sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant. Dieser Unterschied ist jedoch nicht mehr nachvollziehbar, wenn die Konsumhäufigkeit von Mädchen und Jungen verglichen wird. Bei der Konsumfrequenz von Cannabis, Alkohol und Stimulanzien in den 30 Tagen vor der Therapie gibt es bei der Stichprobe von clean.kids keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Zuletzt wurden die diagnostischen Kriterien für eine Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der 4. Auflage (DSM-IV) aufgrund der problematischen Trennschärfe zwischen den beiden Störungsbildern wiederholt kritisiert (Liebregts et al. 2015), sodass in der Neuauflage des Manuals (DSM-V) nicht mehr zwischen Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen unterschieden wird. Im vorliegenden Fall werden die Unterschiede bei den Hauptdiagnosen unter dem Gesichtspunkt der fehlenden Unterschiede bei der Konsumfrequenz als wenig sensitiv gewertet und es ist davon auszugehen, dass letztendlich kein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen in Bezug auf die Schwere des Substanzkonsums zum Zeitpunkt der Aufnahme besteht.

Bei den komorbiden Störungen gibt es hinsichtlich der externalisierenden Verhaltensstörungen (F90, F91) Unterschiede, vor allem beim Auftreten von ADHS. Jungen waren hiervon, den epidemiologischen Erwartungen entsprechend, häufiger betroffen. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Auch bei SSV und externalisierenden Verhaltensstörungen insgesamt sind die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen statistisch nicht signifikant. Die Ergebnisse sind durchaus überraschend, da besonders externalisierende Verhaltensstörungen in der Literatur als typisch männliche Komorbiditäten beschrieben werden.

Dass statistisch signifikant mehr Mädchen die Diagnose einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) erhielten, ist wiederum mit Ergebnissen aus der Forschung vereinbar, da diese Störung internalisierende Verhaltensmuster umfasst, die häufiger bei Mädchen beobachtet werden (Kuhn 2015).

Unter psychosozialen Aspekten zeigt sich bei der Regelmäßigkeit des Schulbesuchs zwar kein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Beide Geschlechter besuchten die Schule vor der Therapie im Mittel nur jeden zweiten Tag, Schulprobleme wurden von den Jungen jedoch noch einmal statistisch signifikant häufiger angegeben. Bei allen anderen Problembereichen ist kein Geschlechterunterschied festzustellen. Besonders hervorzuheben ist der Befund, dass Mädchen nahezu in gleicher Weise von rechtlichen Problemen betroffen waren, auch wenn Jungen im Vergleich zu den Mädchen vor der Therapie annähernd drei Mal so häufig Einkünfte aus illegalen Quellen bezogen. Eine deutlich geringere Belastung der Mädchen durch Rechtsverstöße, wie in der Literatur beschrieben (Zenker 2009b), konnte in der Stichprobe von clean.kids nicht beobachtet werden. Möglicherweise stellen die Mädchen in clean.kids, alle psychosozialen Aspekte zusammengenommen, eine negative Auslese dar.

Bei der Behandlungsdauer und der Anzahl der Wiederaufnahmen unterscheiden sich Jungen und Mädchen von clean.kids statistisch nicht signifikant. Die Mädchen hatten eine marginal längere mittlere Behandlungsdauer (51 Tage) gegenüber den Jungen (48 Tage). Werden hier die Daten von Fetzer (2008) aus clean.kick zum Vergleich herangezogen, zeigt sich, dass Mädchen bei clean.kick eine kürzere Aufenthaltsdauer (22 Tage) hatten als Jungen (29 Tage). Inwiefern das deutlich ausgewogenere Mädchen-Jungen-Verhältnis bei clean.kids im Vergleich zu clean.kick (1/1,6 gegenüber 1/3) dazu führt, dass sich Mädchen in der Therapie wohler fühlen und daher auch länger bleiben, ist künftig zu klären.
Hervorzuheben ist außerdem, dass Mädchen die Behandlung annähernd doppelt so häufig regulär beendeten wie Jungen (46,5% gegenüber 26,9%), obwohl sich die beiden Geschlechter bei der Behandlungsdauer und der Anzahl der Wiederaufnahmen nicht unterscheiden. Ein Hinweis darauf, dass Mädchen während der Therapie eventuell etwas weniger Probleme damit haben auch langfristig Regeln einzuhalten und sich hinsichtlich des Ziels eines erfolgreichen Therapieabschlusses kooperativer und motivierter zeigen.

Wird die Reduktion des Substanzkonsums der Gruppe A im Katamnesezeitraum nach Geschlechtern betrachtet, sind Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen nur bei der Reduktion des Alkoholkonsums statistisch signifikant. Hinsichtlich aller anderen untersuchten Substanzklassen (Cannabis, Stimulanzien, illegale Drogen insgesamt) gibt es keine Geschlechterunterschiede.

Ein auffallend deutlicher Unterschied existiert bei der absoluten Abstinenz im Katamnesezeitraum zwischen Mädchen und Jungen (46,2% gegenüber 13,3%), statistisch signifikant ist dieser Unterschied jedoch nicht. Hier deutet sich bereits eine Limitierung der Aussagekraft hinsichtlich der Vorher-Nachher-Tests in der Gruppe A an, da die Stichprobengröße relativ klein ist (weitere Ausführungen dazu folgen in Abschnitt 4.5).

Die Reduktion des Alkoholkonsums ist bei den Mädchen, im Gegensatz zu den Jungen, statistisch signifikant und der Umfang der Konsumreduktion wird zudem in der großen Effektstärke (d=1,50) sichtbar. Am deutlichsten ist der Unterschied bei den alkoholabstinenten Mädchen: ihr Anteil hat sich im Vergleich zu den Angaben vor der Therapie mehr als verdreifacht. Nur noch zwei Mädchen konsumierten im Katamnesezeitraum mindestens wöchentlich Alkohol. Auch in der Ein-Jahres-Katamnese bei clean.kick konnten sowohl Jungen als auch Mädchen ihren Konsum von illegalen Drogen signifikant reduzieren, jedoch war auch bei clean.kick auffällig, dass nur die Mädchen ihren Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum statistisch signifikant reduzierten (Fetzer 2008).

Gerade sehr junge Mädchen scheinen Alkohol insbesondere dann in missbräuchlicher Weise zu konsumieren, wenn damit negativen Emotionen entgegengewirkt werden soll („coping“) (Hammerslag u. Gulley 2016). Mädchen, die in ihrer Kindheit Gewalt und sexuellen Missbrauch erlebt haben, sind stärker gefährdet eine alkoholbezogene Störung zu entwickeln als Jungen mit ähnlichen Erfahrungen. Aus diesem Grund können für Mädchen gerade therapeutische Interventionen hilfreich sein, die den Fokus auf die Vermittlung von Coping-Fähigkeiten legen (Meng u. D’Arcy 2016). Das Erlernen dieser Techniken ist Teil der Therapie bei clean.kids und könnte einen Erklärungsansatz für das bessere Abschneiden der Mädchen bei der Reduktion des Alkoholkonsums liefern.

In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Mädchen ihren Drogenkonsum nicht nur schneller eskalieren als Jungen, sodass eine Behandlung nötig wird, sondern auch größere Schäden durch substanzinduzierte Störungen erleiden. Ferner sind besonders Mädchen mit einer SSV gefährdet eine substanzinduzierte Störung zu entwickeln (Melchior 2015; Kuhn 2015). Daher kann die Relevanz der dokumentierten Reduktion des Substanzkonsums der Mädchen nicht genug betont werden, insbesondere mit Blick auf die relativ

hohe Belastung der Mädchen von clean.kids mit den als prognostisch ungünstig geltenden externalisierenden Verhaltensstörungen (41,9%).
Eine den Jungen von der Gesellschaft zugeschriebene Geschlechterrolle könnte einen Erklärungsansatz für die nicht in gleicher Weise erfolgte Reduktion des Alkoholkonsums auf männlicher Seite liefern. *Männlichkeit* ist in der jugendlichen Entwicklung oftmals durch Risikoverhalten in verschiedenen Lebensbereichen geprägt („sensation seeking"), so auch hinsichtlich eines gesundheitsschädigenden Lebensstils. Hierzu kann auch der riskante Substanzkonsum gezählt werden. Traditionell stellt in vielen westlichen Kulturen der Alkoholkonsum für Jungen einen wichtigen Aspekt bei der Entwicklung einer männlichen Identität dar, auch in Abgrenzung gegenüber dem anderen Geschlecht. Ein Umstand, der beispielsweise aus der negativ konnotierten Redewendung „Jemand (*m*) trinke wie eine Frau" abgeleitet werden kann (Mahalik et al. 2015). Dieses Beispiel aus dem allgemeinen Sprachgebrauch legt nicht nur eine reale Problematik im Umgang mit Alkohol offen, die internalisierte Verharmlosung des Konsums, sondern fördert zusätzlich eine sexistische Komponente zu Tage, die bei näherer Betrachtung irrational erscheint. Erstens ist es nur schwer nachvollziehbar, warum ein hoher Alkoholkonsum unter Männern ein positiv besetztes Distinktionskriterium darstellt und warum Männer, die wenig oder keinen Alkohol konsumieren, sogar sanktioniert werden. Zweitens wirkt es abwegig, dass in diesem Fall der geringere Alkoholkonsum von Frauen als Makel begriffen wird und dadurch eine Abwertung erfolgt. Dabei ist eine Reduktion des Alkoholkonsums bei den Jungen von großer gesundheitspolitischer Relevanz. Männer, die früh in der Jugend mit dem Alkoholkonsum beginnen und eine persistierende alkoholbezogenen Störung entwickeln, müssen mit drastischen psychosozialen Folgen im Erwachsenenalter rechnen. Hingegen unterscheiden sich Männer, die in der Vorgeschichte eine überwundene alkoholbezogene Störung im Jugendalter aufweisen, in ihrer psychosozialen Funktion nicht von Männern, die noch nie von einer alkoholbezogenen Störung betroffen waren (Hicks et al. 2010).

Nach der Therapie kam es bei beiden Geschlechtern zu keiner Zunahme der Häufigkeit des Schulbesuchs. Für die Interpretation dieses Befundes kann auf den vorausgegangenen Abschnitt (Hypothese 2: Soziale Adaption) verwiesen werden, da sowohl Mädchen als auch Jungen der Gruppe A schon vor der Therapie überwiegend regelmäßig die Schule besuchten. Drogeninduzierte Probleme gingen bezüglich der drei Hauptproblemfelder *häusliches Umfeld*, *Schule* und *Vernachlässigung von Interessen* im Katamnesezeitraum gleichermaßen bei Jungen und Mädchen statistisch signifikant zurück.

Überraschend ist jedoch, dass in Gruppe A nur bei den Jungen die illegalen Einkünfte im Katamnesezeitraum statistisch signifikant zurückgegangen sind, obwohl sich Jungen und Mädchen der Gruppe A hinsichtlich dieses Merkmals vor der Therapie nicht unterschieden.

Die Hypothese, dass sich Mädchen und Jungen in der Altersgruppe von clean.kids hinsichtlich der untersuchten Merkmale nicht unterscheiden, kann so in vollem Umfang nicht angenommen werden. Insbesondere zum Zeitpunkt der Aufnahme sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern jedoch bei den Konsumgewohnheiten, den komorbiden Störungen und psychosozialen Aspekten äußerst gering. Auch die Untersuchungen zum Therapie-Outcome zeigen, dass sowohl Mädchen als auch Jungen in den meisten Bereichen prognostisch günstige Merkmalsveränderungen aufweisen. Ein Hinweis darauf, dass Mädchen sogar etwas mehr von der Therapie bei clean.kids profitieren könnten als Jungen, zeigt sich im deutlich höheren Anteil der Mädchen bei der regulären Beendigung der Behandlung, der besseren Prognose bezüglich der Reduktion des Alkoholkonsums und der deutlich höheren Abstinenzquote im Katamnesezeitraum.

Hypothese 4: Externalisierende Verhaltensstörungen (ADHS/SSV)

Auch die Ergebnisse der Untersuchung von clean.kids verdeutlichen, dass Patientinnen und Patienten mit einer externalisierenden Verhaltensstörung sowohl vor der Therapie schwerer belastet sind als auch nach der Therapie eine ungünstigere Prognose aufweisen als Patientinnen und Patienten ohne externalisierende komorbide Störungen. Die Befunde decken sich in dieser Hinsicht mit den zahlreich in der Literatur dokumentierten Nachteilen, die diese Problemgruppe unter anderem im Bereich der Suchttherapie hat (s. Abschnitt 4.1, Behandlungsindikationen).

Eine isolierte Betrachtung der Konsumhäufigkeit von Alkohol, Cannabis und Stimulanzien offenbart zunächst keine Nachteile für Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung. Es wurde sogar deutlich, dass Patientinnen und Patienten mit einer externalisierenden Verhaltensstörung vor der Therapie statistisch signifikant seltener Stimulanzien konsumierten. Wenn die erwünschte pharmakologische Wirkung tatsächlich eintritt, dann erfahren ADHS-Patientinnen und -Patienten durch Stimulanzien keinen Kick, sondern Beruhigung und der Konsum ist für sie nicht so spannend, sofern keine extrem hohen Dosen eingenommen werden (Sadock u. Sadock 2009). Problematisch erscheint, dass bei Jugendlichen, die diese Medikamente regelmäßig verschrieben bekommen, ein Stimulanzienmissbrauch durch

eigenmächtige Aufdosierung sehr leicht erfolgen kann und dabei kaum zu kontrollieren ist. Missbrauch von verschreibungspflichtigen Stimulanzien zur Leistungssteigerung oder als Partydrogen, ist unter ADHS-Patientinnen und -Patienten ein wachsendes und weit verbreitetes Phänomen (Lakhan u. Kirchgessner 2012).

Werden Schulbesuch, illegale Einkünfte und bisherige Anklagen vor der Therapie zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne externalisierende Verhaltensstörung verglichen, werden die ungünstigeren Voraussetzungen der Jugendlichen mit dieser Störung offensichtlich. Betroffene Personen hatten statistisch signifikant schlechtere Werte in allen drei Bereichen und waren dadurch in ihrem Alltag vermutlich auch tiefgreifender eingeschränkt. Obwohl ein Großteil aller Jugendlichen im Vorfeld Probleme mit den Eltern angab, waren diejenigen mit einer externalisierenden Verhaltensstörung noch einmal signifikant häufiger von Problemen mit den Eltern betroffen.

Externalisierende Verhaltensstörungen sind häufig durch emotionale Dysregulation und Impulsivität charakterisiert. Durch mangelnde Compliance stellen Patientinnen und Patienten mit diesen Störungen daher eine besondere Herausforderung an therapeutische Einrichtungen. Ihre Prognose ist auch nach einer Therapie schlechter (Pedersen et al. 2016; Kaye et al. 2013). Auch bei clean.kids hatten Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung eine statistisch signifikant kürzere mittlere Behandlungsdauer (43 Tage gegenüber 55 Tage) und beendeten die Behandlung statistisch signifikant seltener regulär. Hier waren die Unterschiede zu Patientinnen und Patienten ohne externalisierende Verhaltensstörung besonders deutlich (17,6% gegenüber 49,2%). Bei Jugendlichen mit externalisierenden Verhaltensstörungen sind Therapieabbrüche, bedingt durch störende und destruktive Verhaltensweisen, sehr viel wahrscheinlicher (Tamm et al. 2013). Dieser Befund erscheint mit Blick auf die fast doppelt so häufige reguläre Therapiebeendigung der Jugendlichen ohne ADHS/SSV auch für clean.kids zutreffend.

Wird der Outcome von Patientinnen und Patienten der Gruppe A unter dem Faktor der Nebendiagnose einer externalisierenden Verhaltensstörung betrachtet, zeigt sich, dass Jugendliche sowohl mit als auch ohne diese Störung eine statistisch signifikante Reduktion des Cannabiskonsums und des Konsums illegaler Drogen insgesamt erreicht haben. Eine statistisch signifikante Reduktion des Alkoholkonsums konnte jedoch nur bei Patientinnen und Patienten ohne externalisierende Verhaltensstörung beobachtet werden. Dieser Befund lässt

sich auch aufrechterhalten, nachdem das weibliche Geschlecht als moderierende Variable überprüft wurde. Auch die Untersuchung bei clean.kick verdeutlicht, dass Jugendliche mit und ohne ADHS/SSV den Konsum illegaler Drogen statistisch signifikant reduzierten, jedoch ebenfalls nur Patientinnen und Patienten ohne eine externalisierende Verhaltensstörung ihren Alkoholkonsum statistisch signifikant reduzierten konnten (Fetzer 2008). Alkohol scheint für die Gruppe der Jugendlichen mit einer externalisierenden Verhaltensstörung eine besonders problematische Substanz darzustellen. Cerda et al. (2016) konnten zeigen, dass besonders sehr junge Jugendliche mit einer SSV auf eine Verschlechterung der Symptomatik mit einem erhöhten Alkoholkonsum reagieren, allerdings wurden in der Studie nur männliche Patienten mit einer SSV untersucht.

Eine schlechtere Prognose der Jugendlichen mit externalisierender Verhaltensstörung aus Gruppe A kann bei der Zunahme des Schulbesuchs und der Reduktion drogeninduzierter Probleme im sozialen Umfeld nicht festgestellt werden. In allen drei Hauptproblembereichen reduzierten sich die Probleme der Jugendlichen nach der Therapie statistisch signifikant, unabhängig von den Nebendiagnosen ADHS/SSV. Besonders überraschend sind die Ergebnisse bei den illegalen Einkünften nach der Therapie. Während zum Zeitpunkt der Aufnahme kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen bestand, konnten Patientinnen und Patienten mit einer externalisierenden Verhaltensstörung die Einkünfte aus illegalen Quellen statistisch signifikant reduzieren, während Jugendliche ohne ADHS/SSV keine statistisch signifikante Reduktion der illegalen Einkünfte hatten.

Grundsätzlich ist die Hypothese, dass Jugendliche von clean.kids, die an einer externalisierenden Verhaltensstörung leiden, sowohl schlechtere Voraussetzungen mitbringen als auch im Katamnesezeitraum einen prognostisch ungünstigeren Verlauf aufweisen, zutreffend.

In der Stichprobe von clean.kids zeigte sich, dass Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung zwar vor der Therapie einen ähnlich schweren Substanzmissbrauch wie Jugendliche ohne diese Störung aufwiesen, psychosozial jedoch stärker belastet waren. Die Daten aus der Therapie lassen zudem auf einen komplizierteren Behandlungsverlauf schließen, an dessen Ende bei Patientinnen und Patienten mit AHDS/SSV nur sehr selten ein reguläres Therapieende stand. Unter Berücksichtigung dieser deutlich schlechteren Ausgangsbedingungen, die Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung hatten, zeigt sich im Katamnesezeitraum jedoch kein derart eindeutiger Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Nur bei der Reduktion des Alkoholkonsums war die Prognose bei einer

AHDS/SSV-Diagnose schlechter, allerdings beim Rückgang der illegalen Einkünfte wiederum sogar besser.
Aufgrund der relativ kleinen Stichprobengröße wurde in dieser Studie nicht zwischen den Konstellationen *ADHS oder SSV* und *ADHS und SSV* unterschieden. Somit war es auch nicht möglich Patientinnen und Patienten getrennt zu untersuchen, die ADHS und eine SSV als Nebendiagnosen hatten. Eine Kombination, die einen sehr großen Risikofaktor für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung darstellt (Howard et al. 2015).

Eine Erklärung dafür, dass selbst Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung trotz ihrer schlechteren Ausgangsbedingungen und komplizierteren Therapieverläufe prognostisch relativ günstige Verläufe nach der Therapie zeigen, könnte ein weiteres Mal der niedrigschwellige Therapieansatz von clean.kids liefern. Jugendliche mit einer externalisierenden Verhaltensstörung sind besonders gefährdet in ein deviantes Umfeld zu geraten, womit sich das Risiko für Drogenkonsum und andere Probleme erhöht (Cerda et al. 2016). Außerdem zeigen diese Jugendlichen einen schnelleren Übergang vom Einsetzen des Konsums bis zur Entwicklung einer Abhängigkeit. Wird eine Therapie erst zu einem späten Zeitpunkt begonnen, wenn schon ein schwerer Substanzmissbrauch vorliegt, ist die Prognose sowohl hinsichtlich der ADHS-Symptomatik als auch des Substanzkonsums sehr schlecht (Tamm et al. 2013). Werden hingegen psychische Störungen frühzeitig in der Jugend behandelt, ist die Prognose auch bezüglich substanzbezogener Störungen in der späten Adoleszenz günstiger (Cerda et al. 2016). Es konnte nachgewiesen werden, dass nicht nur Verbesserungen der ADHS-Symptomatik, sondern allein schon die Stabilität der Symptomatik und kein erneutes delinquentes in Erscheinung treten mit einer Reduktion des Substanzkonsums einhergeht (Howard et al. 2015). Unter diesem Gesichtspunkt ist es als überaus positives Signal zu werten, dass Jugendliche von clean.kids, die an einer externalisierenden Verhaltensstörung leiden, im Katamnesezeitraum signifikant seltenere illegale Einkünfte bezogen als vor der Therapie.
Die einzige verfügbare medikamentöse Therapie für die Behandlung von externalisierenden Verhaltensstörungen ist die Einnahme von Psychostimulanzien. Neuere Studien weisen darauf hin, dass sowohl Jugendliche mit ADHS als auch mit einer SSV durch die Reduktion von impulsivem Verhalten von einer Stimulanzientherapie profitieren und sich der Outcome einer psychiatrischen Behandlung verbessert (Tamm et al. 2013). Auch Pedersen et al. (2016) betonen in einer aktuellen Untersuchung die Relevanz impulsiver Charakterzüge für die Entwicklung substanzbezogener Störungen. Sie weisen insbesondere darauf hin, dass bei

Jugendlichen, die eine Tendenz zu Impulsivität haben, schädliche impulsgeleitete Entscheidungen sowohl im Kontext negativer als auch positiver emotionaler Situationen getroffen werden. So kann bei diesen Jugendlichen der Substanzkonsum nicht nur der regelmäßigen Bewältigung negativer Emotionen dienen, sondern auch im Rahmen positiver Freizeitaktivitäten, wie beispielsweise Partys, im Übermaß erfolgen. Therapeutische Einrichtungen sollten daher Jugendliche, die zu impulsivem Verhalten neigen, darin schulen, eine problematische impulsive Entscheidungsfindung im Rahmen stark positiver und negativer Emotionen zu vermeiden (Pedersen et al. 2016).

Howard et al. (2015) merken an, dass ADHS als potentiell chronische Erkrankung verstanden werden muss, deren Ursprung in der Kindheit liegt und die den Beginn eines externalisierenden Entwicklungspfads darstellt. Treten diese Jugendlichen im Verlauf delinquent in Erscheinung und entwickeln eine SSV, wird auch das Auftreten einer substanzinduzierten Störung begünstigt. Einem regelmäßigen Monitoring der ADHS-Symptome und deren Fluktuation käme demnach eine wichtige präventive Bedeutung zu. Sie begründen diese These mit der Beobachtung, dass die Verschlechterung der ADHS-Symptomatik und gesteigertes delinquentes Verhalten Hochrisikofaktoren für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung darstellen. Möglicherweise können Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose, die eine solche Symptomverschlechterung zeigen, frühzeitig therapeutisch aufgefangen werden, sofern ein adäquater und störungsbezogener Therapieansatz angeboten wird.

Hypothese 5: Art der Behandlungsbeendigung

Williams und Chang (2000) benennen in ihrem Review die reguläre Beendigung der Therapie als einen der beständigsten Faktoren für eine günstigere Prognose in der Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen. Sie empfehlen daher, dass therapeutische Einrichtungen Behandlungsabbrüche so gering wie möglich halten sollten und bei allen Patientinnen und Patienten möglichst ein reguläres Therapieende anzustreben ist. Clean.kids versucht auch bei vorzeitigen Therapieabbrüchen, unabhängig davon welche Seite den Abbruch veranlasst hat, den Kontakt zu den Jugendlichen zu halten und schon zum Zeitpunkt der Entlassung ein Angebot für eine Wiederaufnahme zu unterbreiten. Dieses Angebot nahmen in der Stichprobe von clean.kids ungefähr die Hälfte der Patientinnen und Patienten an, die vorzeitig aus der Therapie entlassen wurden. Auch wenn mehrere Wiederaufnahmen erfolgen, kann bei clean.kids ein reguläres Therapieende erreicht werden und die Jugendlichen müssen in der Regel nicht wieder ganz von vorne anfangen. Vielmehr wird versucht, die Regelbehandlungszeit von 12 Wochen auch nach Wiederaufnahme einzuhalten und auf den bestehenden

therapeutischen Beziehungen aufzubauen. Diese Maßnahmen sorgen dafür, dass die Jugendlichen auf den bereits erreichten Erfolgen aufbauen können, ein vorzeitiges Scheitern in der Therapie kein Totalversagen darstellt und die Therapie trotz Rückschlägen aus eigener Kraft erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Auch die Ergebnisse von clean.kids machen deutlich, dass die reguläre Behandlungsbeendigung mit einer besseren Prognose im Katamnesezeitraum assoziiert ist. Sowohl Patientinnen und Patienten mit irregulärem als auch regulärem Therapieende zeigen im Katamnesezeitraum eine deutliche und statistisch signifikante Reduktion des Cannabiskonsums. Jugendliche mit regulärem Therapieende konsumierten im Vergleich mit der Gruppe, die die Therapie vorzeitig beendete, im Katamnesezeitraum jedoch statistisch signifikant häufiger überhaupt keine illegalen Drogen mehr (68,75% gegenüber 50%).
In den drei psychosozialen Hauptproblemfeldern *häusliches Umfeld*, *Schule* und *Vernachlässigung von Interessen* haben beide Gruppen gleichermaßen ihre Probleme im Katamnesezeitraum statistisch signifikant reduziert.
Bei den illegalen Einkünften ist bei Jugendlichen mit regulärem Therapieende im Katamnesezeitraum ein deutlicher, statistisch signifikanter Rückgang zu verzeichnet. Gaben vor der Therapie noch 43,75% der Jugendlichen dieser Gruppe an, Einkünfte aus illegalen Quellen zu beziehen, waren es im Katamnesezeitraum nur noch 12,5%. Demnach hatten mehr als drei Mal so viele Patientinnen und Patienten keine illegalen Einkünfte mehr, verglichen mit den Angaben vor der Therapie. Jugendliche, die die Therapie nicht regulär beendeten, zeigten keine Abnahme der illegalen Einkünfte, jedoch hatten in dieser Gruppe schon vor der Therapie nur 25% überhaupt illegale Einkünfte.

Ein reguläres Therapieende hat sich auch bei der Stichprobe von clean.kids als ein insgesamt prognostisch günstiges Merkmal erwiesen. Auch zukünftig sollte daher Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende ein großzügiges Wiederaufnahmeangebot bei der Entlassung unterbreitet und dadurch signalisiert werden, dass von Seiten der Station ein großes Interesse daran besteht, die Therapie gemeinsam fortzusetzen und zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen.
Es ist wahrscheinlich, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der Jugendlichen von clean.kids eine Stärkung erfährt, wenn sie die dreimonatige Therapie erfolgreich meistern. Eventuell sind diese Jugendlichen motivierter ihren selbst erarbeiteten Erfolg nicht durch

den Rückfall in alte Gewohnheiten zu gefährden. Ein vorzeitiges Therapieende, insbesondere ohne ein zeitnahes Wiederaufnahmeangebot, könnte hingegen ein genau gegenteiliges Signal senden. Erleben Patientinnen und Patienten dadurch ein Gefühl des Versagens, kann sich dies auch auf ihren Alltag und ihren Substanzkonsum negativ auswirken.
Trotzdem ist selbst bei Jugendlichen mit vorzeitigem Therapieende vor allem mit Blick auf die Hauptproblemsubstanz Cannabis und substanzinduzierte psychosoziale Probleme eine deutliche Verbesserung im Katamnesezeitraum festzustellen, was die Einrichtungsphilosophie *„Jeder drogenfreie Tag zählt*" bestätigt.

Hypothese 6: Konsumierendes Umfeld

Soziale Normen im schulischen Umfeld und im Freundeskreis von Jugendlichen stellen auch beim Umgang mit verschiedenen Substanzen einen entscheidenden Einflussfaktor dar. Es konnte gezeigt werden, dass in der frühen Adoleszenz eine gute Verfügbarkeit von Alkohol und Cannabis und eine positive Konnotation des Konsums dieser Substanzen innerhalb des Schul- und Peerkontextes zuverlässige Prädiktoren für Konsumbeginn und Entwicklung bestimmter Konsummuster darstellen (Mahalik et al. 2015). Im qualitativen Teil der Untersuchung bei clean.kick wurde ebenso deutlich, dass der Peer-Einfluss nach der Behandlung als sehr bedeutend bezüglich des Substanzkonsums einzuordnen ist. Die Jugendlichen gaben im Jahr nach der Therapie an, dass ihnen die Abstinenz besonders dann Schwierigkeiten bereitet hat, wenn sie sich in einem konsumierenden Umfeld bewegten (Fetzer 2008).
Auch bei clean.kids wurde die Hypothese dahingehend bestätigt, dass die Jugendlichen im Katamnesezeitraum eher Alkohol und Cannabis konsumierten, wenn sie sich mit konsumierenden Freundinnen und Freunden umgaben. Sowohl die deskriptiven als auch die qualitativen Ergebnisse dieser Arbeit (Abschnitte 3.2.4 und 3.4.1) liefern zusätzlich Hinweise für die entscheidende Bedeutung der Peergroup hinsichtlich des Substanzkonsums nach der Therapie. Die Jugendlichen schätzten direkt nach der Therapie die erreichten Erfolge bei der Abgrenzung zu einem konsumierenden Umfeld verhältnismäßig pessimistisch ein und bei der Frage nach Situationen, in denen es nach der Therapie schwierig war nicht zu konsumieren, gaben die Jugendlichen an, am meisten Probleme mit der Abstinenz im Kontext eines konsumierenden Umfelds gehabt zu haben.
Auch wenn im Rahmen der Therapie gemeinsam mit den Jugendlichen versucht wird den Kontakt zu ihrem früheren, zumeist konsumierenden Umfeld einzuschränken oder ganz abzubrechen, scheint es einem nicht geringen Anteil der Patientinnen und Patienten schwer zu

fallen, sich von konsumierenden Peers zu distanzieren. Dabei erscheint es besonders problematisch, dass sich innerhalb des Umfeld von Jugendlichen oftmals Präferenzen für bestimmte Substanzen ähneln (Salom et al. 2016). Für Jugendliche von clean.kids, die im Verlauf der Therapie eine unzureichende Abgrenzung zu ihrem früheren Umfeld erreichen, könnte dies bedeuten, nach der Therapie in ihren Alltag und damit in ein soziales Umfeld zurückzukehren, in dem vorrangig die Art von Substanzen konsumiert werden, die für sie gleichzeitig die Hauptproblemsubstanzen darstellen. Neben der Vorliebe für ähnliche Substanzen von Mitgliedern einer Peergroup ist innerhalb eines substanzaffinen Freundeskreises auch ein gemeinsamer devianter Lebensstil als problematisch anzusehen (Hall 2015).
Die Abgrenzung gegenüber einem konsumierenden Umfeld während und nach der Therapie scheint zum einen eine große Herausforderung für die Jugendlichen darzustellen, gleichzeitig wird in dieser Arbeit und in der Literatur aber auch die prognostische Bedeutung dieses Schrittes deutlich.

Hypothese 7: Abstinenzorientierung im Verlauf

Im Katamnesezeitraum waren 28,6% der Patientinnen und Patienten aus Gruppe A vollständig abstinent. Eine Zahl die zunächst niedrig erscheint, jedoch im gängigen Bereich der in der Suchttherapie bei Jugendlichen dokumentierten Abstinenzquoten liegt (0% bis 50% nach 3 Monaten (Smyth et al. 2015); 30% bis 55% nach 6 Monaten (Williams u. Chang 2000)). Demgegenüber steht bei clean.kids ein Anteil von 80% der untersuchten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt des Therapieendes angaben, zukünftig vollständig abstinent bleiben zu wollen.
Die Hypothese, dass die Abstinenzorientierung direkt nach der Therapie am größten ist, jedoch im Verlauf zugunsten des reduzierten Substanzkonsums relativiert wird, bestätigte sich. Nur noch ein Drittel der Jugendlichen gab vier Monate nach der Therapie an, auch zukünftig vollständig abstinent bleiben zu wollen. Die restlichen zwei Drittel bevorzugten im Katamneseinterview zukünftig zwar nicht die Abstinenz, jedoch einen überwiegend stark reduzierten Substanzkonsum. Dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant und die Angaben im Katamneseinterview decken sich grundsätzlich mit der dokumentierten Abstinenzrate und der gemessenen Reduktion des Konsums im Katamnesezeitraum.
Ein Rückfall in Form eines fortgesetzten Substanzkonsums ist unter Jugendlichen im Anschluss an eine Therapie sehr verbreitet (Hulvershorn et al. 2015) und „es erscheint nicht

sinnvoll, Abstinenz oder eine langfristig vorbestehende Abstinenzmotivation für die Behandlung zwingend vorauszusetzen. Patienten mit Doppeldiagnose sind häufig wenig motiviert, ihre Konsumgewohnheiten zu ändern.“ (Burlon u. Huber 2009)

Trotz des nach wie vor weit verbreiteten Abstinenzparadigmas in der Suchttherapie, gewinnt die Reduktion des Konsums als weiteres Erfolgskriterium zunehmend an Bedeutung (Smyth et al. 2015; Meili et al. 2004; Williams u. Chang 2000). Dieses Umdenken ist der Erkenntnis geschuldet, dass trotz relativ geringer Abstinenzraten im Anschluss an die Therapie oftmals trotzdem eine relevante Konsumreduktion und der Rückgang von gravierenden Problemen beobachtet werden kann (Hall 2015). Auch wenn eine Abstinenzrate von unter 30% nach vier Monaten in der jungen Altersgruppe von clean.kids besonders niedrig erscheint, darf der Erfolg in Form der deutlichen Konsumreduktion, wie sie von vielen Patientinnen und Patienten im Katamnesezeitraum erreicht wurde, nicht vernachlässigt werden.

Die veränderte Abstinenzorientierung deutet an, dass viele Jugendlich zwar motiviert und mit gutem Vorsatz die Therapie verließen, sich die vollständige Abstinenz in ihren Alltag dennoch nicht dauerhaft integrieren ließ. Die Abkehr vom Ziel der Abstinenz führte jedoch in keinem Fall zu einer vollständigen Erosion der guten Vorsätze. Alle Jugendlichen, die nicht mehr die Abstinenz als zukünftig oberste Priorität im Umgang mit Substanzen nannten, gaben an, den Konsum auch zukünftig nur in überwiegend stark reduzierter Form zulassen zu wollen.

Die Ergebnisse aus einer aktuellen Studie von Pardini et al. (2015), die die Bedeutung einer Konsumreduktion im Kindes- und Jugendalter verdeutlichen und bereits diskutiert wurden, sind ein weiterer Hinweis darauf, dass zukünftig nicht nur Abstinenz, sondern auch Konsumreduktion anzustrebende Therapieziele in der Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen darstellen könnten, auch wenn dieser Schritt zunächst weiterhin eher kontrovers diskutiert werden dürfte.

4.3 Qualitativer Teil

In einer vorläufigen Auswertung der Interrater-Reliabilität mit dem Fleiss‘ Kappa, einer Abwandlung des Cohens Kappa für mehr als zwei Rater (Wirtz u. Caspar 2002), zeigte sich bereits eine hohe Übereinstimmung. In einer Kodierkonferenz wurden noch einmal alle Nicht-Übereinstimmungen unter den vier Ratern diskutiert und die Kategorien vereinzelt überarbeitet.
Anschließend erfolgte die finale Berechnung der Interrater-Reliabilität mit dem Fleiss‘ Kappa, aus der sich Werte zwischen 0,89 und 0,98 ergaben. Dies entspricht einer nahezu vollkommenen Übereinstimmung der Kodierungen zwischen den vier Ratern und die Werte liegen damit oberhalb des von Mayring (2010b) für die qualitative Inhaltsanalyse geforderten Kappa-Wertes von mindestens 0,7.

Im Fokus der qualitativen Inhaltsanalyse dieser Arbeit steht ein Vergleich der Antworten auf dieselben Fragen von Jugendlichen der Stationen clean.kids und clean.kick. Obwohl sich die Erhebungszeitpunkte bei clean.kids und der Studie von Fetzer (2008) bei clean.kick deutlich unterscheiden (4 Monate gegenüber 12 Monaten), zeigte sich eine relativ große Übereinstimmung der Antworten, sodass ein Vergleich gewagt werden konnte, auch wenn sich die Kodierleitfäden beider Studien und die Methodik nicht gänzlich gleichen. Der Vergleich soll lediglich erste Hinweise liefern, ob sich das Empfinden beider Altersgruppen erheblich unterscheidet. Weiterführende Untersuchungen werden benötigt, um explizite Aussagen über das unterschiedliche Erleben von Jugendlichen von clean.kids und clean.kick während der Therapie und in der Zeit nach der Behandlung treffen zu können.

Entlassungsfragebogen

Als hilfreich und schwierig erlebte Faktoren während der Therapie

Am häufigsten gaben die Jugendlichen an, den Kontakt zu Mitpatientinnen und Mitpatienten bei clean.kids als hilfreich erlebt zu haben. Dies empfand knapp ein Viertel aller untersuchten Jugendlichen. Nur 5,1% nannten Konflikte mit anderen Jugendlichen während der Therapie bei der Frage nach Schwierigkeiten. Es ist davon auszugehen, dass die Jugendlichen von einer gemeinsamen Therapie in der Wohngruppe von clean.kids durch den Austausch untereinander und das Zusammenleben in hohem Maße profitieren. Zu erleben, dass es noch

andere Jugendliche gibt, die sich in einer schwierigen Situation befinden und eventuell ähnlich traumatische Erfahrungen gemacht haben, scheint vielen Jugendlichen zu helfen.
An zweiter Stelle nannten die Patientinnen und Patienten von clean.kids den eigenen Antrieb als besonders hilfreich in der Behandlung, ein bemerkenswertes Ergebnis, da Jugendliche in der Suchttherapie oftmals als eher unmotiviert beschrieben werden (Möller 2009). Die Ergebnisse sind mit den Zahlen aus dem deskriptiven Teil der Arbeit vereinbar (Abschnitt 3.2.3), wonach über 40% der Jugendlichen die Therapie eigenmotiviert antraten.
In fast 50% der Fälle wurden verschiedene Elemente als hilfreich benannt, die Teil des therapeutischen Angebots bei clean.kids sind. Zu nennen ist dabei der Umgang der Betreuerinnen und Betreuer mit den Jugendlichen. Hierbei sind insbesondere die individuellen Bezugspersonen, die allen Patientinnen und Patienten vor der Therapie zugeteilt werden, gemeint. Im Stationsalltag haben die Jugendlichen im Umgang mit den Betreuerinnen und Betreuern und vor allem mit den jeweiligen Bezugspersonen die Möglichkeit, eine verlässliche Beziehungserfahrung zu machen und Vertrauen zu fassen. Gleichzeitig nehmen die Betreuerinnen und Betreuer aber auch eine erzieherische Rolle ein, setzen Grenzen und sorgen für die Einhaltung der Regeln im Stationsalltag. Des Weiteren wurden therapeutische Elemente wie Therapiesitzungen und andere therapeutischen Angebote oder Freizeitaktivitäten als hilfreich erlebt. Die Jugendlichen sollen durch die Teilnahme an Angeboten wie der Ergotherapie oder sportlichen Aktivitäten lernen, dass die Freizeit auch jenseits von Drogenerfahrungen interessant gestaltet werden kann.
Weiterhin gaben die Jugendlichen an, dass die als positiv erlebte Erfahrung „clean“ zu sein oder die Reflexion der eigenen Situation während der Therapie eine Hilfe dargestellt hat. Die Therapie bietet den Patientinnen und Patienten ein drogen- und gewaltfreies Umfeld, in dem zwar auch Forderungen an sie gestellt werden, das Wohlbefinden jedoch genauso im Mittelpunkt steht. In diesem Rahmen soll die Möglichkeit entstehen, die eigene Situation und die erlebten Erfahrungen zu verarbeiten und zu reflektieren.
Nur zwei der Jugendlichen gaben an, dass ihnen nichts geholfen hätte, jedoch wurde die Therapie in beiden Fällen auch vorzeitig beendet.

Das Rauchverbot auf der Station scheint für Jugendlichen von clean.kids eine der größten Herausforderungen im Alltag darzustellen. Über ein Drittel erlebte das Rauchverbot als besonders schwierig im Verlauf des Aufenthalts („ohne Rauchverbot würden es mehr Jugendliche schaffen“). Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, da fast alle Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie täglich rauchten und Rauchstopp kein primäres Therapieziel

von clean.kids darstellt. Aufgrund der minderjährigen Klientel, ist das Rauchen im stationären Kontext nicht gestattet. Den Jugendlichen kann in begrenztem Umfang erlaubt werden das Haus zu verlassen, um eine Raucherpause einzulegen. Trotzdem führt dieser Umstand immer wieder zu Konflikten im Stationsalltag und auch Hilfsangebote in Form von Ablenkungsmöglichkeiten, Gesprächen oder Nikotinkaugummis sind oftmals nicht ausreichend, um den Nikotin-Suchtdruck zu kontrollieren.

Der strukturierte Alltag und die Regeln wurden von ungefähr 10% der Jugendlichen als schwierig erlebt, knapp 8% gaben jedoch auch an, dass sie Regeln und Struktur als hilfreich während der Therapie empfunden haben. Diese ambivalenten Ergebnisse können dadurch erklärt werden, dass einige Jugendliche zum Zeitpunkt der Aufnahme keinen geregelten Tagesablauf und keine Struktur im Alltag mehr haben. Unter diesen Voraussetzungen bereiten die Regeln und die Strukturierung des gesamten Tagesablaufs auf der Station Probleme, gleichzeitig werden diese Maßnahmen jedoch auch oft als notwendig und hilfreich im Kampf gegen die Sucht und für die Alltagsgestaltung nach der Therapie begriffen.

Selten wurde angegeben, dass nichts schwierig war, aber auch, dass im Stationsalltag alles schwierig war. Werden diese Fälle näher betrachtet, zeigt sich, dass die meisten Patientinnen und Patienten, die äußerten keine Schwierigkeiten gehabt zu haben, die Therapie auch regulär beendeten. Ein Indiz dafür, dass sich diese Jugendlichen größtenteils gut auf die Therapie einlassen konnten und sich ohne größere Probleme in den Stationsalltag eingefügt haben. Auf der anderen Seite beendeten alle Patientinnen und Patienten die Behandlung vorzeitig, die angaben, dass alles schwierig war. In den Antworten spiegelt sich dementsprechend eine eher ablehnende Haltung gegenüber der Behandlung wider („alles war schwierig“, „nichts hat geholfen“).

Nur ein sehr kleiner Teil der Jugendlichen nannte den Entzug zu Beginn der Therapie bei der Frage nach Schwierigkeiten. Ein Hinweis darauf, dass in der Altersgruppe von clean.kids schwere körperliche und psychische Entzüge eher seltener vorkommen, da ein langjähriger schwerer Konsum aufgrund des jungen Alters in den meisten Fällen noch nicht vorliegt.

Es fällt auf, dass bei der Frage nach Schwierigkeiten bezüglich der Therapie lediglich Rahmenbedingungen in Form von Regeln oder des Arrangements mit anderen Jugendlichen genannt wurden. Psychotherapien, weitere therapeutische Angebote, Aktivitäten und der Umgang der Betreuerinnen und Betreuer mit den Jugendlichen wurde mit vereinzelten Ausnahmen ausschließlich als hilfreich empfunden. Dies kann als weiteres Indiz für die gute Annahme der Behandlung von clean.kids durch die Jugendlichen selbst aufgefasst werden, wie

bereits in Abschnitt 4.1 erörtert, oder auch auf die angemessene Dosierung und den taktvollen Einsatz therapeutischer Interventionen durch die Tätigen auf der Station.

Katamneseinterview

Protektiv- und Risikofaktoren hinsichtlich des Substanzkonsums nach der Therapie

Über die Hälfte der Patientinnen und Patienten gab im Katamneseinterview an, dass prägende Erfahrungen aus der Therapie hilfreich beim Kampf gegen die Sucht nach der Therapie waren. Die Jugendlichen konnten im Interview auch vier Monate nach ihrer Entlassung detaillierte Angaben machen, welche Therapieelemente sie als besonders nützlich für sich selbst in Erinnerung behalten haben und welche dieser Erfahrung auch nach Monaten noch protektiv hinsichtlich des Substanzkonsums wirkten („Die Gespräche mit den Therapeuten“, „Die Informationen die man über Drogen bekommen hat“). Jede und jeder Fünfte nannte die bei clean.kids erlernten Strategien zum Umgang mit dem Suchtdruck und die dadurch erreichte Selbstermächtigung als hilfreiche Strategien, um dem Substanzkonsum in den Monaten nach der Entlassung entgegenzutreten. Der Aufenthalt bei clean.kids scheint demnach auch noch lange nach der Entlassung sehr präsent zu sein und die teilweise sehr detaillierten Antworten zu Therapieprozessen und dem Alltag auf der Station lassen darauf schließen, dass die Behandlungszeit bei clean.kids zumindest für einige Jugendlichen ein prägendes Ereignis darstellte und diese Jugendlichen auch weiterhin im Alltag von den gemachten Erfahrungen profitieren.

Ein soziales Netz aus Bezugspersonen, ein strukturierter Alltag, Kontaktabbruch zum früheren Umfeld, negative Zukunftsaussichten durch fortgesetzten Konsum und der eigene Antrieb wurden von den Jugendlichen ebenfalls als wichtige protektive Faktoren für Abstinenz benannt. Alle genannten Punkte sind auch in der Therapie von clean.kids von großer Relevanz und werden von Beginn an im therapeutischen Prozess thematisiert. Dies geschieht durch den Miteinbezug der Eltern oder anderen nahestehenden Bezugspersonen, den durchstrukturierten Alltag auf der Station, der sowohl Schule, kleinere Dienste als auch therapeutische Sitzungen und Freizeitaktivitäten umfasst, die Thematisierung der Problematik eines konsumierenden Umfelds, die Informationsvermittlung über Gefahren und Risiken des Drogenkonsums und nicht zuletzt die Motivation der Jugendlichen, das Leben drogenfrei zu gestalten.

Die Schwerpunkte der Behandlung von clean.kids scheinen daher wichtige Kernthemen abzudecken, die auch von den Jugendlichen selbst als hilfreich hinsichtlich der Abstinenz dargestellt werden.

Die meisten Schwierigkeiten bei der Abgrenzung vom Substanzkonsum sahen die Jugendlichen in Zusammenhang mit einem konsumierenden Umfeld. Knapp 30% gaben an, besonders zusammen mit konsumierenden Freundinnen und Freunden anfällig dafür gewesen zu sein, selbst zu konsumieren. Auch Partys wurden von den Jugendlichen als Risikosituationen für Substanzkonsum benannt. Hierbei spielen im erweiterten Sinn konsumierende Gäste bzw. Peers sicherlich eine Schlüsselrolle, da Partys als soziale Events zu begreifen sind. Diese Angaben sind vereinbar mit den in Hypothese 6 dokumentierten Ergebnissen, die auf eine Assoziation des Konsums von Alkohol und Cannabis mit einem konsumierenden Umfeld hindeuten. Ebenso spiegelt sich darin die in der Literatur oftmals als herausragend beschriebene Bedeutung des Peer-Einflusses auf Jugendliche (Hinckers et al. 2005).
Etwa ein Fünftel der Patientinnen und Patienten gab an, in Konfliktsituationen und bei psychischen Problemen Schwierigkeiten bei der Abstinenz gehabt zu haben. Ein Bewältigungsversuch stressiger Alltagssituationen durch den Konsum psychoaktiver Substanzen ist demnach auch nach der Therapie für manche Patientinnen und Patienten ein Risiko für mangelnde Abstinenz.
Fünf der Jugendlichen gaben an, keine Schwierigkeiten mit der Abstinenz im Katamnesezeitraum gehabt zu haben. Von diesen fünf Jugendlichen waren tatsächlich auch drei, laut eigener Aussage, vollständig abstinent.

Wie bei den protektiven Faktoren machten die Jugendlichen von clean.kids bezüglich der Risikofaktoren für Substanzkonsum im Katamnesezeitraum Angaben, die sich mit den in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren für jugendlichen Substanzmissbrauch decken. Dem Konsum im engeren Umfeld, sei es in der Familie oder der Peergroup, scheint eine wichtige Bedeutung zuzukommen, die sich auf die Abstinenz der Jugendlichen nach der Therapie entscheidend auszuwirken scheint.

Ratschlag an einen konsumierenden Freund

Ein Viertel der Patientinnen und Patienten würde einem Freund mit Drogenproblemen keinen Ratschlag erteilen. Meistens war diese Antwort mit Hinweisen versehen, die darauf

schließen lassen, dass die Erfahrungen mit dem Substanzkonsum und der Therapie als wichtiger Teil der persönlichen Entwicklung gewertet werden. Andererseits wurde angemerkt, dass es nach Meinung der Jugendlichen nichts bringe, dem Freund mit Drogenproblemen einen Rat zu erteilen, da dieser selbst herausfinden müsse welcher für ihn der richtige Weg im Umgang mit Substanzen sei. Die Antworten könnten darauf hindeuten, dass die Jugendlichen ihren problematischen Substanzgebrauch als Teil ihrer persönlichen Entwicklung angenommen und diese Erfahrung integriert haben, aber auch, wie bedeutsam der Aspekt der Selbstermächtigung und des eigenen Antriebs angesehen wird.

Ein weiteres Viertel würde dem Freund zu einem kontrollierten Konsum raten, häufig auch in Verbindung mit einer Warnung vor Konsumexzessen („Übertreibs nicht!“). Damit wird auch im qualitativen Teil der Arbeit die Tendenz sichtbar, die im Rahmen der quantitativen Erhebung deutlich wurde. Der Trend, dass eine vollständige Abstinenz im Katamnesezeitraum nicht nur aus quantitativer Sicht lediglich von einer Minderheit der Jugendlichen erreicht wurde, sondern dass die Zielsetzung *Abstinenz* für die Jugendlichen im Verlauf an Bedeutung verliert und eher eine Konsumreduktion in den Vordergrund rückt. Diese Herangehensweise ist mit Blick auf die qualitativen Ergebnisse offenbar nicht nur eine intraindividuelle Entscheidung der Jugendlichen, sondern eignet sich auch als Ratschlag für einen Freund mit Drogenproblemen.

Pauschal vom Konsum abraten würden nur knapp 18% der Patientinnen und Patienten von clean.kids. Ein Hinweis darauf, dass die Jugendlichen die Komplexität der Entwicklung einer Suchterkrankung erkannt haben, für die es keine einfachen oder pauschalen Präventionsvorschläge gibt. Andererseits könnte den noch sehr jungen Patientinnen und Patienten ein tiefergehendes Verständnis des komplexen psychosozialen Pathomechanismus ihrer Erkrankung, auch aufgrund der oftmals erst sehr kurzen Konsumlaufbahn, noch nicht ausreichend bewusst sein.

Vergleich der Antworten zwischen clean.kids und clean.kick

Als hilfreich und schwierig erlebte Faktoren während der Therapie

Bei der Nennung hilfreicher Faktoren in der Behandlung unterscheiden sich die Antworten zwischen den Jugendlichen von clean.kids und clean.kick qualitativ und auch quantitativ kaum. In der statistischen Analyse konnte kein signifikanter Unterschied berechnet werden. Ältere und jüngere Patientinnen und Patienten haben demnach eine sehr ähnliche Auffassung davon, welche Aspekte der Behandlung ihnen in der Therapie besonders geholfen haben. Diese Beobachtungen sind bemerkenswert, da Jugendlichen von clean.kick in der Studie von Fetzer (2008) ein Jahr nach der Therapie befragt wurden und die Jugendlichen von clean.kids zum Zeitpunkt ihrer Entlassung. Es ist zu vermuten, dass die positiven Eindrücke aus der Therapie einen bleibenden Eindruck bei den Patientinnen und Patienten hinterlassen haben, die sich auch nach einer längeren Zeit nicht weitreichend ändern oder relativieren.

Bei den Schwierigkeiten während der Behandlung ist ein deutlicher qualitativer Unterschied zwischen den Antworten der Jugendlichen von clean.kids und clean.kick erkennbar.
Der strukturierte Alltag wurde bezüglich Schwierigkeiten in der Behandlung von 48,6% der Jugendlichen der Station clean.kick an erster Stelle benannt. Nur 10,3% der Jugendlichen von clean.kids benannten diesen Faktor als schwierig in der Behandlung. Bei clean.kids wurde hingegen das Rauchverbot von 35,9% der Jugendlichen benannt und war damit die häufigste Antwort. Eine Erklärung dieser Unterschiede liefert ein Blick auf die gesetzliche Regelung der Zigarettenabgabe an Jugendliche. Zum Zeitpunkt der Untersuchung bei clean.kick existierte das gesetzliche Rauchverbot unter 18 Jahren noch nicht, daher war es den Jugendlichen ab 16 Jahren gestattet, in begrenztem Umfang zu rauchen. Bei clean.kids galt auf der Station hingegen schon immer ein generelles Rauchverbot, da alle Patientinnen und Patienten unter 16 Jahre alt sind. Wie bereits erläutert, rauchen jedoch praktisch alle Patientinnen und Patienten von clean.kids. Das Rauchverbot führt daher regelmäßig zu Konflikten im Stationsalltag und fällt im engeren Sinne damit auch unter die Kategorie *Strukturierter Alltag / Regeln*. Wird die statistische Berechnung unter dieser Voraussetzung noch einmal durchgeführt, ist der Unterschied zwischen clean.kids und clean.kick auch nicht mehr signifikant. Da das Rauchverbot von einem derart großen Anteil der Patientinnen und Patienten in clean.kids als eine der Hauptschwierigkeiten in der Behandlung benannt wurde, spricht vieles dafür, dass das Rauchverbot auch zukünftig ein stark konfliktbehafteter Behandlungsaspekt sein wird.

Den deutlichsten Unterschied zwischen clean.kids und clean.kick gibt es bei der Häufigkeit der Nennung von Schwierigkeiten mit Mitpatientinnen und Mitpatienten, worauf in der folgenden Diskussion der Hypothesenprüfung weiter eingegangen wird.

Generell ist festzustellen, dass Regeln und Struktur im Stationsalltag für beide Altersgruppen gleichermaßen mit weitem Abstand die größte Herausforderung in der Behandlung darstellen. Unter der Annahme, dass die Jugendlichen vor der Therapie oftmals wenig Alltagsstrukturierung haben, sind diese Ergebnisse nicht überraschend. Externalisierende Verhaltensstörungen sind sowohl bei clean.kids als auch bei clean.kick sehr häufig auftretende komorbide Störungsbilder. Dieser Umstand birgt demnach die Notwendigkeit ständiger Regulierung zum Auffangen eines erhöhten Aggressionspotenzials, der die Situation auf den Stationen vermutlich zusätzlich verschärft.

Protektiv- und Risikofaktoren hinsichtlich des Substanzkonsums nach der Therapie

Bei den Protektivfaktoren für die Abstinenz nach der Behandlung gibt es wenig Übereinstimmungen zwischen den Kategorien von Fetzer (2008) und dem Kategoriensystem, das für diese Arbeit anhand der Antworten der Patientinnen und Patienten erarbeitet wurde. Dementsprechend ist ein Vergleich der beiden Stationen erschwert. Beide Altersgruppen gaben gleichermaßen an, dass soziale Unterstützung und ein eingeschränkter Kontakt zu konsumierenden Freundinnen und Freunden protektive Faktoren hinsichtlich eines Rückfalls darstellen.

Bei der Frage nach Risikofaktoren für Substanzkonsum nach der Therapie zeigt sich wiederum eine hohe Übereinstimmung des Kategoriensystems zwischen clean.kick und clean.kids. Signifikante Unterschiede bestehen lediglich bei der Häufigkeit der Nennung von psychischen Problemen als Risikofaktor für den Konsum von Substanzen. Im Vergleich zu den Antworten der Jugendlichen von clean.kids benannten Jugendliche von clean.kick häufiger psychische Probleme als Risikofaktor für den Konsum. Ein Erklärungsansatz für diesen Unterschied könnte lauten, dass die älteren Jugendlichen von clean.kick einen leichten Entwicklungsvorsprung haben und daher den Substanzkonsum eher in Verbindung mit dem Wunsch nach Linderung der durch psychiatrische Komorbiditäten verursachten Leidenszustände bringen können. Auf der anderen Seite kann die häufigere Nennung psychischer Probleme als Risikofaktor auch auf eine ernstere oder weiter fortgeschrittene psychiatrische Grunderkrankung, Suchterkrankung oder psychosoziale Belastung hindeuten, die durch einen insgesamt längeren Erkrankungsverlauf erklärbar wäre.

Ratschlag an einen konsumierenden Freund

Bei dieser Frage gibt es zwischen den beiden Altersgruppen einige bemerkenswerte Unterschiede bei den Antworten und deren Gewichtung. Bei clean.kick waren pauschales Abraten vom Konsum und das Aufzeigen von Schwierigkeiten durch den Drogenkonsum mit deutlichem Abstand die am häufigsten wiedergegebenen Antworten und bezüglich dieser beiden Antworten waren die Unterschiede zu clean.kids auch statistisch signifikant.

Jugendliche von clean.kick rieten dem konsumierenden Freund mehr als doppelt so häufig wie Jugendliche von clean.kids, überhaupt keine Substanzen mehr zu konsumieren (40,5% gegenüber 17,9%) und beim Aufzeigen der Folgen des Drogenkonsums wird deutlich, dass diese Antwort bei clean.kick im Vergleich zu clean.kids sogar mehr als vier Mal so häufig wiedergegeben wurde (32,4% gegenüber 7,1%). Der Rat des kontrollierten Konsums, der bei clean.kids von einem Viertel der Patientinnen und Patienten erteilt wurde und damit die am häufigste genannte Antwortkategorie darstellt, wurde bei clean.kick nur von 10,8% der Jugendlichen erteilt. In Anknüpfung an die im vorherigen Abschnitt begonnenen Ausführungen kann auch unter Berücksichtigung dieser Unterschiede davon ausgegangen werden, dass Jugendliche von clean.kick durch ihr höheres Alter mutmaßlich eine längere Suchtlaufbahn durchlebt haben und die negativen Folgen des Drogenkonsums stärker spüren als Jugendliche von clean.kids. Dafür spricht beispielsweise die höhere Rate an Schulabbrüchen. Dementsprechend berichten sie auch häufiger von diesen negativen Folgen, wenn sie ein konsumierender Freund um Rat bittet. Diese These wird auch durch den doppelt so hohen Anteil der Antworten bei clean.kick, die pauschales Abraten vom Konsum beinhalten, gestützt, wenn davon ausgegangen wird, dass die Jugendlichen von clean.kick als Reaktion auf die selbst erlebten negativen Auswirkungen durch den Konsum eher geneigt sind, die vollständige Abstinenz als angemessene Präventionsmaßnahme einzuordnen und entsprechend auch häufiger diesen Rat erteilen würden. Eventuell erteilen Jugendliche von clean.kick den Rat des kontrollierten Konsums auch seltener, weil sie aus eigener Erfahrung von häufigeren Episoden bereits durchgeführter und etwaig gescheiterter Versuche mit dieser Maßnahme berichten können.

Hypothesenprüfung

Fetzer (2008) bemerkt in ihrer Evaluationsstudie bei clean.kick: „Fast 1/3 der Patienten erlebte Stress mit den Mitpatienten und beschreib dieses als Schwierigkeit in der Behandlung. Dies kann auch auf die Größe der Gruppe zurückgeführt werden, die sich oft an der oberen Grenze der in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als wünschenswert definierten Anzahl von 16 Personen bewegt. Es besteht die konzeptionelle Überlegung 2 kleinere Gruppen zu bilden, um dem vorzubeugen und auch um die große Alters- und Entwicklungsspanne bei sinkendem Altersdurchschnitt besser auffangen zu können. Die Gruppe besteht außerdem überwiegend aus Jungen und wie auch aus den quantitativen Ergebnissen ersichtlich ist, lässt die Häufung an externalisierenden Störungen ein relativ hohes Aggressionspotenzial vermuten."

Die Aufteilung in zwei kleinere Gruppen ist mittlerweile erfolgt, daher wurde angenommen, dass sich die Konfliktsituation zwischen den Patientinnen und Patienten durch die kleinere Gruppengröße von clean.kids (8 Behandlungsplätze) entspannt.

Die Hypothese, dass Patientinnen und Patienten von clean.kids im Vergleich zu den Angaben der Jugendlichen von clean.kick weniger Schwierigkeiten in der Behandlung durch Konflikte mit anderen Jugendlichen benennen, konnte in der statistischen Berechnung bestätigt werden. Bei clean.kids nannten die Jugendlichen bei der Frage nach Schwierigkeiten während der Behandlung Konflikte mit Mitpatientinnen und Mitpatienten fast sechs Mal seltener als Jugendliche von clean.kick im Rahmen der Studie von Fetzer (2008).

Ein Kausalzusammenhang zwischen Konflikten und Gruppengröße kann durch diesen Hypothesentest zwar nicht belegt werden. Der Erklärungsansatz, dass die Reduktion der Konflikte zwischen den Patientinnen und Patienten maßgeblich durch eine Verkleinerung der Gruppengröße bedingt ist, liegt jedoch insbesondere unter Einbezug der oben wiedergegebenen Ausführungen von Fetzer (2008) nahe. Als Nebeneffekt der Aufteilung in zwei verschiedenen Stationen ist zusätzlich eine Minderung des Altersunterschieds zwischen den Jugendlichen in den jeweiligen Gruppen entstanden. Eine zusätzliche Homogenisierung der Gruppe bei clean.kids erfolgte auch mit Blick auf die Geschlechterverteilung. Wurde bei clean.kick noch eine klare Dominanz des männlichen Geschlechts beschrieben, so zeigt sich das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen bei clean.kids eher ausgeglichen, mit einem verhältnismäßig geringen Überschuss männlicher Patienten.

Fetzer (2008) merkt an, dass Jungenüberschuss und ein damit einhergehend hoher Anteil der Jugendlichen von clean.kick, die durch die eher jungenspezifischen externalisierenden Ver-

haltensstörungen belastet waren, Aggressionen und Konflikte verstärkt haben könnte. In dieser Arbeit konnte jedoch gezeigt werden, dass es bei clean.kids keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gibt, was die Belastung durch eine komorbide externalisierende Verhaltensstörung betrifft. Trotz einer ähnlichen Belastung beider Geschlechter durch externalisierende Verhaltensstörungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch ein annähernd ausgeglichenes Geschlechterverhältnis in der therapeutischen Wohneinheit von clean.kids zu einer Entspannung der Konfliktsituation beigetragen hat. Zur Klärung dieser Frage sind weitere interne Untersuchungen angezeigt.

Fazit des qualitativen Teils

Die qualitative Inhaltsanalyse beschäftigt sich mit dem subjektiven Erleben der Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse sind oftmals einzigartig und quantitativ nicht direkt zwischen verschiedenen Studien vergleichbar. Daher ist die Interpretation der Antworten zu einem großen Teil subjektiv und die vorausgegangenen Aussagen sind demnach bewusst überwiegend im Konjunktiv verfasst. Für die therapeutische Praxis von clean.kids können diese individuellen Ausführungen der Jugendlichen trotzdem wichtige Impulse für die Gestaltung des Angebots senden, im Optimalfall in einer Art und Weise, wie es quantitative Erhebungsmethoden nicht zu leisten vermögen.

Der Vergleich der qualitativen Ergebnisse von clean.kids und clean.kick stellt einen Sonderfall dar, da die Fragen in beiden Untersuchungen identisch waren und es ausreichende Übereinstimmungen zwischen den beiden unabhängig erstellten Kategoriensystemen gibt. Aufgrund des komplizierten und im Nachhinein nicht mehr gänzlich nachvollziehbaren Operationalisierungsprozesses bei der Erstellung des Kodierleitfadens von clean.kick, sind die Ergebnisse aus dem Vergleich der beiden Stationen besonders zurückhaltend und unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen zu interpretieren.

4.4 Exkurs: Prävention des Cannabiskonsums

Unter Berücksichtigung der besonderen Relevanz von cannabisinduzierten Störungen bei clean.kids und den tiefgreifenden Konsequenzen eines frühzeitigen Cannabiskonsums, wird im Folgenden ein kurzer Exkurs gewagt, der aktuelle Entwicklungen in der Drogenpolitik berücksichtigt und aufzeigt, welche frühzeitigen und prospektiven Implikationen sich bezüglich der Prävention, besonders durch eine eventuelle Entkriminalisierung von Cannabis, in der Zukunft ergeben.

In der westlichen Kultur sind Alkohol und Tabak fest etablierte Alltagsdrogen. Mit Blick auf die USA und Kanada gibt es jedoch momentan Signale, die auch in Europa auf eine zunehmende Entkriminalisierungstendenz bei Cannabisprodukten, sowohl für den medizinischen Gebrauch als auch als reine Freizeitdroge, in den kommenden Jahrzehnten schließen lassen. Der Deutsche Bundestag hat im Januar 2017 eine Freigabe von Cannabis für medizinische Zwecke beschlossen und zuletzt hat sich die öffentliche Meinung gegenüber der Entkriminalisierung von Cannabis innerhalb eines Jahres deutlich verändert. Mittlerweile glauben 51% der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger, dass Cannabis auch in Deutschland in einigen Jahren legal verfügbar sein wird und 42% sind schon jetzt dafür, dass Cannabisprodukte nach amerikanischem Modell an Volljährige kontrolliert und legal abgegeben werden sollen (infratest dimap 2015). Ein Plus von 12% im Vergleich zum Vorjahr und ein Hinweis darauf, dass Cannabis von einem Großteil der deutschen Bevölkerung schon jetzt als relativ harmlose Substanz wahrgenommen wird. Zudem ähnelt die gemessene Akzeptanz den Werten, die in der amerikanischen Bevölkerung beobachtet werden können. Auch hier unterstützen 50% die Legalisierung des Freizeitkonsums, die bisher in mehreren Bundestaaten umgesetzt wurde (Salas-Wright et al. 2016). Demgegenüber rät die DGKJP aktuell in einer gemeinsamen Stellungnahme explizit von der Legalisierung des nicht-medizinischen Cannabiskonsum ab (DGKJP 2015).

Kenntnisse über die gesamtgesellschaftliche Akzeptanz einer Substanz sind für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ebenso relevant, da hiervon auch das Konsumverhalten von Jugendlichen abhängt. Johnston et al. (2015) konnten für die USA in einer umfangreichen Evaluation des Drogenkonsums von 1974 bis 2014 das zugeschriebene Risiko, also den potentiellen Schaden, der nach Meinung der Bevölkerung durch den Konsum einer Substanz verursacht wird, als führenden Indikator für den Wandel von Konsumgewohnheiten herausarbeiten. Der Legalisierung von Cannabis im US-Bundesstaat Colorado ging seit 2007 eine sinkende Risikozuschreibung voraus, parallel zu dieser Entwicklung stieg der Cannabiskonsum von Jugendlichen an und die Legalisierung des Freizeitkonsums wurde im Jahr 2014

umgesetzt (Grunberg et al. 2015). In den USA konnte durch Interviews mit Jugendlichen gezeigt werden, dass der Konsum von Alkohol mit mehr negativen Konsequenzen konnotiert ist und Cannabis dagegen von den Jugendlichen als relativ sichere Droge wahrgenommen wird (D'Amico et al. 2013). Andere Untersuchungen zeigen, dass täglicher Cannabiskonsum bei Jugendlichen unter Umständen mittlerweile sogar häufiger verbreitet ist als tägliches Rauchen (Winters et al. 2011). Auch in Frankreich konnte während des starken Anstiegs des Cannabiskonsums zwischen 1990 und 2000 bei Jugendlichen eine zunehmende Einordnung von Cannabis in die Reihe von Alkohol und Tabak als gängige, weniger schädliche Substanzen, in Abgrenzung zu „härteren" Drogen beobachtet werden (Legleye et al. 2016). Gleichzeitig zeigt sich in einer aktuellen Befragung, dass kanadische Jugendliche unzureichend über die Folgen und Risiken des Cannabiskonsums informiert sind, um in der Lage zu sein, eine abwägende Entscheidung bezüglich des Konsums treffen zu können (Porath-Waller et al.2015).

Gegenwärtig lässt sich auch in Deutschland beim Cannabiskonsum unter Jugendlichen wieder eine steigende Tendenz beobachten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2016). Unter den illegalen Drogen nimmt Cannabis in allen Altersgruppen eine Sonderrolle als die mit weitem Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ein (BZgA 2014). Die Problematik scheint auch in der aktuellen Forschung Beachtung zu finden. In ihrer Studie, in der sie die negativen Konsequenzen des jugendlichen Cannabiskonsums auf emotionale Funktionen und Resilienz dokumentieren, vermerken Heitzeg et al. (2015): „Weil der Marihuanakonsum ansteigt während die Risikozuschreibung sinkt, kommt diese Arbeit zur rechten Zeit." Die Einstufung von Cannabis als nicht verkehrsfähiges Betäubungsmittel scheint angesichts der Verbreitung und der Akzeptanz an abschreckender Wirkung eingebüßt zu haben. Eine Entwicklung, die für andere illegale Substanzen in diesem Umfang nicht festgestellt werden kann. Unter Berücksichtigung der erörterten Rolle des zugeschriebenen Risikos auf Konsumgewohnheiten, kann ein weiterer Anstieg des Cannabiskonsums in den kommenden Jahren nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere ist nicht geklärt, inwiefern sich eine gesamtgesellschaftlich eher positive Grundstimmung gegenüber Cannabis auf besonders gefährdete Jugendliche auswirkt.

Einen Anhaltspunkt für Konsumentwicklungen und Präventionsansätze bei einer etablierten Substanz bietet hier ein Blick auf den Alkoholkonsum. In Schweden gab es in den letzten beiden Dekaden des 20. Jahrhunderts eine enge Verknüpfung des pro Kopf Konsums von

Alkohol und dem Ausmaß des jugendlichen Alkoholkonsums. Zu Beginn der Jahrtausendwende konnte jedoch eine Entkoppelung des Alkoholkonsums der Jugendlichen vom Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung beobachtet werden. Insgesamt konsumierten die Jugendlichen im Verlauf weniger Alkohol, jedoch konsumierten die besonders gefährdeten Jugendlichen mehr. Norstrom und Raninen (2015) interpretieren diese Befunde mit einem strukturellen Wandel der Konsumgewohnheiten und des Bewusstseins gegenüber Alkohol innerhalb der Bevölkerung, verstärkt durch eine groß angelegte Präventionskampagne der schwedischen Regierung. Auch in anderen Ländern mit einer starken kulturellen Verankerung des Alkoholkonsums in der Gesellschaft (Australien, Skandinavien, USA) konnte in den letzten Jahren ein Rückgang des Konsums bei Jugendlichen beobachtet werden. Livingston (2014) erklärt den Rückgang des Alkoholkonsums in diesen Ländern mit dem zeitlich verzögerten Auftreten eines Problembewusstseins, das insbesondere als Reaktion auf einen starken und als schädlich wahrgenommenen Konsum in der Jugendkultur folgt. Dieser Prozess geht einher mit politischen Interventionen im Jugendschutz und restriktiveren Erziehungsmethoden der Eltern. Die etablierten drogenpolitischen Interventions- und Präventionsbemühungen hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs könnten auch für die zukünftige Schaffung eines verstärkten Problembewusstseins gegenüber Cannabis relevant sein (Patton et al. 2007). Gesamtgesellschaftliche Präventionsansätze scheinen hierbei Ansätzen auf individueller Ebene überlegen zu sein (Bradley u. Lapham 2016).

Mit Kenntnis der in den USA gut dokumentierten gesamtgesellschaftlichen Dynamik im Vorfeld der voranschreitenden Entkriminalisierung von Cannabis in mehreren US-Bundesstaaten besteht die große Chance, in Antizipation von Liberalisierungstendenzen, die nachweislich auch in Deutschland bestehenden, präventive Programme noch einmal auszubauen und gezielt Informationen zu vermitteln. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der aktuellen Forschung sollte die Verringerung des Wissensdefizits, sowohl der Gesamtbevölkerung als auch der Kinder und Jugendlichen, mit Blick auf die äußerst ernsten neurologischen, körperlichen und psychosozialen Folgeschäden, die ein regelmäßiger Cannabiskonsums insbesondere im Kindes- und Jugendalter haben kann, ein primäres Ziel darstellen.
Es bleibt kritisch zu hinterfragen, inwiefern realitätsnahe Präventionsansätze für eine breit etablierte, jedoch nach wie vor illegale Substanz wie Cannabis überhaupt umsetzbar sind. Differenzierte Ansätze, die Schadensbegrenzung zur Zielsetzung haben, sind bei der Alkoholprävention bereits etabliert. Ein Beispiel hierfür ist die umfangreiche Kampagne der BZgA mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenkassen „*Alkohol? Kenn dein*

Limit.“, die seit 2009 existiert und offiziell an 16- bis 20-Jährige Jugendliche und junge Erwachsene gerichtet ist. Die Kampagnen-Homepage beinhaltet unter anderem Angebote zur Wissensvermittlung rund um das Thema Alkohol, einen Selbsttest zum eigenen Trinkverhalten, die Auflistung von Hilfsangeboten, aber auch Informationen zu einem risikoarmen Alkoholkonsum. Eingebettet in ein modernes Design vermittelt die Kampagne der BZgA Informationen, die sich nah an der Lebenswirklichkeit der jugendlichen Zielgruppe bewegen, zu der auch der Alkoholkonsum gehört. Sie vertritt jedoch gleichzeitig eine sehr restriktive Konsumposition, um riskantem Konsum entgegenzutreten. Das Angebot richtet sich zwar offiziell an 16- bis 20-Jährige, auf der Homepage wird diese Altersgrenze jedoch nicht offensichtlich platziert. Vielmehr wird beispielswiese im Rahmen der Selbsttests bei der Frage „Wie alt bist du?“ die Möglichkeit geboten, die Option „Bis 15 Jahre“ auszuwählen. Es ist daher nicht nur wahrscheinlich, sondern sogar von der BZgA beabsichtigt, dass sich auch Altersgruppen angesprochen fühlen, an die laut Jugendschutzgesetz noch gar kein Alkohol abgegeben werden darf. Derartige Präventionskonzepte werden von manchen Autorinnen und Autoren als durchaus kontrovers bezeichnet (Pedersen et al. 2015). Die widersprüchliche Zielgruppendefinition der BZgA kann hierbei als Versuch verstanden werden, im Sinne einer pragmatischen Vorgehensweise eine gesellschaftliche Lebenswirklichkeit anzuerkennen, obwohl diese nicht in vollem Umfang mit dem Jugendschutzgesetz vereinbar ist.

Die Kampagne ist bei mehr als 80% der Zielgruppe bekannt und in einer Befragung äußerten sich 98% der Jugendlichen positiv über die Intentionen der Kampagne (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2016). Die Zahlen belegen die enorme Strahlkraft einer Kampagne, die in einem wichtigen Bereich adoleszenter Realität undogmatisch Aufklärung leisten will. Diese Erfahrungen aus der groß angelegten Kampagne *„Alkohol? Kenn dein Limit.“* könnten auch für zukünftige Cannabis-Präventionskonzepte relevant sein.

4.5 Einschränkungen

Bereits in der Evaluationsstudie von clean.kick (Fetzer 2008) wurden Probleme bei der Erreichbarkeit der Jugendlichen offensichtlich. Erwartungsgemäß gab es auch bei clean.kids im Verlauf der Datenerhebung Schwierigkeiten mit den Einverständniserklärungen, der Kooperation durch die Jugendlichen und der telefonischen Erreichbarkeit bezüglich des katamnestischen Interviews. Da es sich bei den Patientinnen und Patienten ausschließlich um minderjährige Jugendliche handelt, wurde neben der schriftlichen Einverständniserklärung der Jugendlichen auch eine schriftliche Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten benötigt. Dadurch kam es regelmäßig vor, dass die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten nicht vorlag, weil diese nicht zwangsläufig zum Aufnahmezeitpunkt ihrer Söhne und Töchter anwesend waren. In diesem Fall versuchte man die Einverständniserklärung auf dem Postweg zu erhalten. Lag vier Monate nach Therapieende keine Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten vor, so wurden sie im Rahmen des katamnestischen Telefoninterviews über die Studie aufgeklärt und eine mündliche Einverständniserklärung eingeholt. Ferner gab es beim Rücklauf der Entlassungsfragebögen Probleme, da viele Jugendliche nicht bereit waren bei der Entlassung diesen Fragebogen zu bearbeiten. Unplanmäßige Entlassungen kommen bei clean.kids häufig vor. Nicht selten werden diese von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Station nach wiederholten oder schwerwiegenden Regelverstößen gemeinsam mit einem diensthabenden, stationsexternen Arzt veranlasst und sind nicht immer im Sinne der Jugendlichen. In diesem Kontext waren die Jugendlichen oft nicht mehr kooperativ und daher auch nicht bereit, die Entlassungsfragebögen zu bearbeiten. Zuletzt gestaltete sich die telefonische Erreichbarkeit problematisch. Die Gründe hierfür waren vielfältig und reichten von falschen Telefonnummern, Ablehnung der weiteren Studienteilnahme, bis hin zu anderweitiger institutioneller Unterbringung oder Auslandsaufenthalten. Die aufgeführten Probleme in der Rekrutierung erklären zu einem großen Teil die teilweise geringe Stichprobengröße der Untersuchungsgruppen.

Für den deskriptiven Teil und einige Hypothesentests im induktiven Teil konnten die BADO-Daten von allen 110 im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patientinnen und Patienten herangezogen werden und damit ein noch befriedigender Stichprobenumfang erzielt werden. Die relativ kleine Stichprobengröße (Gruppe A, n=28) für die Hypothesentests, die einen Vorher-Nachher-Vergleich und damit Daten aus dem Katamneseinterview erfordern, stellt sicherlich die größte Limitation für die Aussagekraft dieser Untersuchung dar. Verschärfend kommt hinzu, dass es für die Überprüfung mancher Hypothesen nötig war,

diese relativ kleine Stichprobe noch einmal merkmalsabhängig in zwei Gruppen zu unterteilen.

Besonders Aussagen, die aus Ergebnissen statistischer Berechnungen mit Daten der Gruppe A abgeleitet wurden, sind nur als erste Hinweise zu verstehen, die es bezüglich bestimmter Merkmalsausprägungen bei Patientinnen und Patienten von clean.kids gibt. In jedem Fall müssen diese Ergebnisse weiterführend im Rahmen zukünftiger Evaluationsstudien bei clean.kids überprüft werden, die eine ausreichend große Stichprobengröße vorweisen können.

Bei 110 aufgenommenen Patientinnen und Patienten im Untersuchungszeitraum konnten von 69 (62,3%) der Jugendlichen und deren Eltern zu Beginn der Therapie Einverständniserklärungen eingeholt werden. Insgesamt 45 dieser Jugendlichen (65,2%) konnten im weiteren Verlauf befragt werden. Von 39 Patientinnen und Patienten (56,5%) lagen Daten aus den Entlassungsfragebögen vor und 28 (40,6%) konnten telefonisch erreicht werden. Diese Ausschöpfungsquote für die Telefoninterviews deckt sich in etwa mit den Zahlen der Evaluationsstudie von clean.kick. Das Studiendesign unterscheidet sich in manchen Punkten, so gab es keinen Entlassungsfragebogen bei clean.kick und der Katamnesezeitraum betrug ein Jahr. Hier konnten 45,6% der Patientinnen und Patienten telefonisch erreicht werden (Fetzer 2008). Der Entschluss, einen Entlassungsfragebogen zu kreieren mit der Überlegung, dadurch noch mehr Jugendliche zu erreichen, erwies sich im Nachhinein als zielführend. In 24 Fällen wurde zwar ein Entlassungsfragebogen ausgefüllt, vier Monaten nach der Therapie kam jedoch kein Katamneseinterview zu Stande. Ohne den Entlassungsfragebogen wären demnach über ein Drittel der Patientinnen und Patienten aus der Interventionsstichprobe (n=69) in die Drop-Out-Gruppe gefallen.

Mit Kenntnis der Größen Zielpopulation (N=110), Interventionsstichprobe (n=69) und Anzahl geeigneter (n=69) bzw. ungeeigneter (n=0) Individuen innerhalb der Interventionsstichprobe, lässt sich die Ausschöpfungsqualität nach Rossi et al. (1998) berechnen. Werte zwischen +100 und -100 sind möglich, wobei +100 dem Wert bei einer vollständigen Ausschöpfung aller Zielobjekte der Zielpopulation entspricht. Die externe Validität einer Evaluationsstudie ist im Falle geringer Werte bei der Ausschöpfungsqualität deutlich herabgesetzt (Döring u. Bortz 2016). Der für diese Evaluationsstudie berechnete Wert liegt bei 63 und kann daher als zufriedenstellend angesehen werden.

Die aus der Grundgesamtheit (N=110) durch erklärte Studienteilnahme gebildeten Untersuchungsgruppen A (Katamnese), B (Entlassungsfragebogen) und C (Studienabbrecher/innen)

wurden in Abschnitt 3.1 bezüglich ausgewählter relevanter Merkmale verglichen. Die Merkmale der Interventionsstichprobe (n=69) unterscheiden sich in den wesentlichen geprüften Merkmalen von der Grundgesamtheit nicht (in dieser Arbeit nicht dargestellt). Somit war auch die Grundgesamtheit bei allen Vergleichen abgedeckt. Unterschiede zwischen den Gruppen gibt es lediglich bei der Behandlungsdauer. Es handelt sich bei der Stichprobe demnach um eine merkmalsspezifisch repräsentative Stichprobe (Bortz u. Döring 2006).
Aufgrund der statistisch signifikanten Unterschiede in der Behandlungsdauer zwischen den Untersuchungsgruppen ist jedoch noch einmal darauf hinzuweisen, dass Jugendliche der Gruppe A, anhand deren Angaben im Katamneseinterview der Therapieerfolg untersucht wurde, die deutlich längste mittlere Behandlungsdauer hatten, die der Regelbehandlungszeit nahekommt. Es ist möglich, dass durch den Erfolgsparameter *Behandlungsdauer* eine Selektion der Patientinnen und Patienten aus Gruppe A erfolgt ist, auch wenn die Unterschiede bei anderen Erfolgsparametern wie reguläres Therapieende zwischen den Gruppen nicht statistisch signifikant sind. In weiterführenden Studien sollte der Outcome daher insbesondere bei Jugendlichen näher betrachtet werden, die nur eine verhältnismäßig kurze Behandlungsdauer hatten.

Williams und Chang (2000) schlagen in ihrem Review als Katamnesezeitpunkt den Zeitraum zwischen sechs Monaten und einem Jahr nach der Therapie vor. Aufgrund der wenigen Behandlungsplätze, der langen Behandlungsdauer und der schlechten Erreichbarkeit der Klientel bei clean.kids, ließ sich im 26-monatigen Untersuchungszeitraum eine akzeptable Stichprobengröße nur durch einen Kompromiss beim Zeitpunkt der Katamnese erzielen. Eine Drop-Out-Rate von knapp 55% für das Katamneseinterview stellt eine weitere Schwäche der Untersuchung dar, auch wenn sich dieser Wert noch im Rahmen dessen bewegt, was in der Literatur im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich als gängige Rückrufquote bei Telefoninterviews angesehen wird (Mattejat et al. 2003). Unbefriedigende Follow-Up-Raten und das Fehlen von Kontrollgruppen sind zwei der von Williams und Chang (2000) benannten Hauptprobleme in der Therapieevaluation in der Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen, die auch in dieser Studie nicht in befriedigender Weise reduziert werden konnten. Es war jedoch möglich, zumindest weitere bekannte Hauptprobleme auszuschalten. Zum einen wurde eine Drop-Out Analyse durchgeführt, mit der gezeigt werden konnte, dass sich diese Patientinnen und Patienten bei den getesteten Merkmalen lediglich durch ihre kürzere Behandlungsdauer von den Jugendlichen unterschieden, die an weiteren Befragungen teilnahmen. Zum anderen wurden bei der Therapieevaluation in dieser Studie Daten verwendet, die

sich ausschließlich auf Angaben der Jugendlichen selbst stützen und nicht auf Angaben von Dritten (z.B. der Eltern), die im Zweifel sehr unpräzise oder falsch sein können (Williams u. Chang 2000). Nicht zuletzt war durch die Methode des Telefoninterviews jedoch keine objektive Gegenprüfung der Angaben zum Konsum, etwa durch Urinproben, möglich.

Bei allen Aussagen die im Zuge der hypothesenprüfenden Untersuchungen getroffen wurden ist zu beachten, dass in keinem Fall Aussagen über Kausalzusammenhänge möglich sind, da im Untersuchungsdesign eine randomisierte Kontrollgruppe nicht vorgesehen war und es daher sehr wahrscheinlich ist, dass zahlreiche Confounder im Zeitraum nach der Therapie einen Einfluss auf die abhängigen Variablen ausüben konnten. Ethisch wäre andererseits ein Untersuchungsaufbau einer vergleichbaren Längsschnittstudie mit Kontrollgruppe, in Form von suchtkranken Jugendlichen ohne therapeutische Intervention im Untersuchungszeitraum, ohnehin nicht zu verantworten gewesen. Praktisch alle Jugendlichen der Stichprobe von clean.kids wiesen zum Zeitpunkt der Aufnahme schwerwiegende substanzbezogene Störungen auf und waren in ihrer psychosozialen Funktion erheblich beeinträchtigt. Selbst wenn es mit großem Aufwand gelänge, in der Altersgruppe von clean.kids aus der Bevölkerung eine merkmalsspezifische Kontrollgruppe zu rekrutieren mit dem Ziel, diese Jugendlichen über den gleichen Zeitraum zu beobachten und mehrfach zu befragen, könnte dies niemals ohne ein gleichzeitiges Hilfsangebot erfolgen. Hierbei würde ein Interessenskonflikt noch hinzukommen, da es für die Studienleiterinnen und Studienleiter wichtig wäre, eine ausreichend große Anzahl an drogenabhängigen Jugendlichen für die Kontrollgruppe zu rekrutieren, die angäben, in den nächsten Monaten keine Therapie oder sonstige Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen.

4.6 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen ist trotz der steigenden Zahl der Angebote nicht ausreichend erforscht. Dies erfordert im Hinblick auf weitere Untersuchungen ein standardisiertes Vorgehen (Winters et al. 2011). Daher wurde in der vorliegenden Arbeit versucht, sowohl die von Williams und Chang (2000) vorgeschlagene systematische Betrachtungsweise von Pretreatment-Merkmalen als auch die differenzierte Dokumentation des Outcomes bezüglich spezifischer Charakteristika einzuhalten. In der Umsetzung dieses standardisierten Vorgehens sieht der Autor, trotz der benannten Einschränkungen, die Stärken dieser Untersuchung, die insgesamt zu einem besseren Verständnis des sehr jungen Zielgruppe von clean.kids beitragen kann.

Der deskriptive Teil der Arbeit bestätigt die vielfältigen sozioökonomischen Risikofaktoren für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung, denen die Jugendlichen von clean.kids ausgesetzt sind. Ferner wird die überwiegend dringliche Therapieindikation anhand der schweren Formen des Substanzmissbrauchs und offensichtlichen psychosozialen Folgeschäden durch den Konsum, mit denen sich die Jugendlichen zu Beginn der Behandlung vorstellen, deutlich.

Der Ansatz von clean.kids, eines niedrigschwelligen Therapieangebots und eines offenen Behandlungssettings, wird von der Mehrheit der Jugendlichen gut angenommen und gut bewertet. Dies zeigt sich anhand der relativ hohen Haltequote, der hohen Bereitschaft für die Wiederaufnahme der Therapie nach einem Abbruch und des hohen Maßes an Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung.

Bezüglich des Therapieerfolgs äußern sich zum Entlassungszeitpunkt sowohl die Jugendlichen selbst als auch die zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten überwiegend positiv über die Prognose.

Im hypothesenprüfenden Teil der Arbeit konnte diese positive Prognose auch weiterführend quantifiziert werden. Die Abstinenzquote nach vier Monaten lag zwar auf einem eher niedrigen, wenn auch im suchttherapeutischen Bereich gängigen Niveau. Eine Reduktion, vor allem des hochproblematischen Cannabiskonsums, und eine Verbesserung der sozialen Adaption konnten jedoch bei den meisten Patientinnen und Patienten im Katamnesezeitraum dokumentiert werden. Weitere Untersuchungen mit größeren Stichprobenumfängen sind nötig, die die Jugendlichen von clean.kids nach der Therapie katamnestisch über einen längeren Zeitraum beobachten, um die Beständigkeit der prognostisch günstigen Veränderungen zu beleuchten, die im Rahmen dieser Arbeit beobachtet werden konnten.

Inwiefern sich Geschlecht, Komorbiditäten und Art der Behandlungsbeendigung als anerkannte Einflussfaktoren auf den Outcome auswirken, konnte anhand ausgewählter Merkmale erstmals für die Altersgruppe von clean.kids dargestellt werden. Die Ergebnisse liefern für die junge Altersgruppe Hinweise, dass Mädchen sich vor der Therapie zwar kaum von den Jungen unterscheiden, sich jedoch besser auf die Behandlung einlassen können und im Katamnesezeitraum prognostisch günstigere Ergebnisse aufweisen. Selbst Patientinnen und Patienten mit einer als prognostisch ungünstig geltenden externalisierenden Verhaltensstörung in der Nebendiagnose, scheinen von der Therapie bei clean.kids in hohem Maße zu profitieren. Dies zeigt sich beispielweise durch eine deutliche Reduktion des Cannabiskonsums im Katamnesezeitraum. Eine Assoziation der regulären Behandlungsbeendigung mit einem prognostisch günstigeren Verlauf konnte auch bei clean.kids festgestellt werden und die Ergebnisse reihen sich damit in Befunde aus der aktuellen Forschung ein. Gleichermaßen gilt dies auch für die bei clean.kids dokumentierte Assoziation des Alkohol- und Cannabiskonsums nach der Therapie mit einem konsumierenden Umfeld, in dem die Jugendlichen ihre Freizeit verbringen.

In verschiedenen Teilen der Arbeit wurde immer wieder deutlich, dass nachhaltige Abstinenz auch für sehr jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten nicht nur eine große Herausforderung darstellt und mehrheitlich nicht erreicht wird, sondern auch in vielen Fällen keine dauerhafte Option für die Jugendlichen darstellt. Eine Feststellung, die auch vielfach in der aktuellen Literatur beschrieben wird (Smyth et al. 2015; Hall 2015; Burlon u. Huber 2009; Williams u. Chang 2000). Vielmehr wünschen sich die Jugendlichen von clean.kids, ihren Konsum zukünftig zwar fortzuführen, jedoch stark zu reduzieren und kontrollieren zu können. Diese Ergebnisse sind für das Behandlungskonzept in Anbetracht der Minderjährigkeit der Jugendlichen von clean.kids problematisch und es ist fraglich, inwiefern es ethisch und rechtlich überhaupt vertretbar ist, das Abstinenzparadigma für sehr jungen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten in Frage zu stellen. Trotzdem können die Befunde auch nicht dauerhaft ohne Folgen für das therapeutische Konzept bleiben. Der kontrollierte Konsum ist bei erwachsenen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mittlerweile ein durchaus anerkanntes Konzept. Es hat zum Ziel, den Schaden möglichst zu minimieren, auch wenn dauerhaft keine absolute Abstinenz erreicht werden kann (Körkel u. Verthein 2010, Meili et al. 2004). Mit Kenntnis der besonderen Vulnerabilität sehr junger Suchtpatientinnen und Suchtpatienten in Bezug auf die Schäden durch den Konsum psychoaktiver Substanzen (Fowler et al. 2007) und nur unzureichender Kenntnisse, ob es für Jugendliche überhaupt

eine ungefährliche Konsumobergrenze gibt, ist jedoch auch Zurückhaltung geboten. Unlängst wurde eine erste, bereits in Abschnitt 4.2 besprochene Studie mit dieser Fragestellung durchgeführt (Pardini et al. 2015).
Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die sehr jungen Patientinnen und Patienten von clean.kids im Vergleich mit Daten aus Evaluationsstudien mit älteren Jugendlichen von clean.kick (Fetzer 2008; Bernhardt et al. 2004) im Katamnesezeitraum eine etwas bessere Prognose aufweisen.

Zukünftige Präventionskonzepte sollten nicht nur auf die Jugendlichen selbst zugeschnitten sein, sondern auch konsumierende Eltern zur Zielgruppe haben. Hierbei hat sich zum Beispiel die Förderung eines autoritativen Erziehungsstils, insbesondere im Falle externalisierender Charakterzüge des Kindes, als sinnvoll erwiesen (Kuhn 2015). Mit Kenntnis der profunden Auswirkungen, die ein substanzbelastetes familiäres Umfeld auf Kinder und Jugendliche haben kann, ist letztendlich sogar ein gesamtgesellschaftlich orientierter Präventionsansatz und die Eindämmung sozialer Ungleichheit als Teil der Prävention substanzbezogener Störungen im Kindes- und Jugendalter anzusehen (Rossow et al. 2016; Newton-Howes u. Boden 2016).
Bekannte wirksame Präventionsmaßnahmen, wie die Regulierung des Marketings für legale psychotrope Substanzen durch die Politik, insbesondere dann, wenn die Werbemaßnahmen auf Jugendliche abzielen, sollten weiterhin betrieben und ausgebaut werden. Eine aktuelle Studie mit Jugendlichen aus Ländern der Europäischen Union zeigt einen direkten Zusammenhang zwischen jugendlichem Trinkverhalten und der Exposition gegenüber Alkoholwerbung auf (Bruijn et al. 2016).
Ferner erscheinen genderspezifische Präventionsansätze unter Berücksichtigung der schlechteren Prognose der Jungen von clean.kids hinsichtlich des Alkoholkonsums sinnvoll. Gerade mit Kenntnis der Geschlechterstereotypen, denen Jungen und Männer bezüglich des Alkoholkonsums in westlichen Gesellschaften in Form einer positiven Konnotation von starkem Alkoholkonsum oder einer hohen Alkoholtoleranz oftmals ausgesetzt sind, wird ein Handlungsbedarf offensichtlich (Mahalik et al. 2015).

Die prognostisch relativ günstigen Verläufe bei clean.kids, die im Katamnesezeitraum beobachtet werden konnten und die Kenntnisse über die große Bedeutung des jungen Einstiegsalters für das Risiko der Entwicklung einer substanzbezogenen Störung im weiteren Verlauf (Nelson et al. 2015), verdeutlichen die Relevanz eines niedrigschwelligen Therapieangebots

für suchtgefährdete Jugendliche. Neuere Untersuchungen machen Vorschläge, wie gefährdete Jugendliche noch schneller ausfindig gemacht und einer Therapie zugeführt werden können. Dudovitz et al. (2015) konnten zeigen, dass Jugendliche, die in der Schule Alkohol oder Cannabis konsumieren, eine erheblich gefährdete Gruppe bezüglich verschiedener Gesundheitsrisiken darstellen und umgehend einem weiteren Screening unterzogen werden sollten. Schulen könnte mit Kenntnis dieser Beobachtungen eine Schlüsselrolle bei der Prävention substanzinduzierter Störungen zukommen, indem sie gefährdete Jugendliche frühestmöglich identifizieren. Haller et al. (2015) liefern in einer weiteren aktuellen Arbeit einen zukünftig möglicherweise entscheidenden Präventionsansatz für substanzinduzierter Störungen im Jugendalter, der die Allgemeinmedizin in den Fokus rückt. Die Autorinnen und Autoren konnten zeigen, dass die Hälfte der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Europa, die sich in der Allgemeinmedizin vorstellten, auf gezielte Nachfrage von einem exzessiven Substanzkonsum berichteten. Der eigentliche Vorstellungsgrund in der Allgemeinmedizin erfolgte jedoch bei den wenigsten dieser Personen aufgrund substanzinduzierter Probleme. Die Allgemeinmedizin könnte demnach durch gezieltes Screening einer bestimmten Altersgruppe auf problematischen Substanzkonsum eine Gruppe gefährdeter Jugendlicher frühzeitig ärztlich erreichen, die aufgrund ihres Konsums vermutlich gar nicht oder erst zu einem sehr späten Zeitpunkt vorstellig geworden wären.

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass Einrichtungen mit einem breiten suchttherapeutischen Behandlungsspektrum, erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten und einem großzügigen Budget hinsichtlich des Outcomes bessere Ergebnisse erzielen als Häuser, die bezüglich dieser Merkmale schlechter gestellt sind (Williams u. Chang 2000). Nach unseren Ergebnissen ist insbesondere die Tätigkeit der Bezugspersonen im Stationsalltag aus Sicht der Jugendlichen relevant. Im Untersuchungszeitraum kann von einer 97-prozentigen Besetzung der Station clean.kids, gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-VG), ausgegangen werden, sodass für die Jugendlichen genügend Betreuungspersonal zur Verfügung stand. Dadurch kommt der Neuberechnung der Personalmindestzahlen für die psychiatrischen Fächer durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des am 1.1.2017 verabschiedeten *Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen* (PsychVVG) eine hohe Bedeutung für die künftige Behandlungsqualität dieser vulnerablen Gruppe zu.

5 Zusammenfassung

Am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) in Ravensburg-Weissenau wurde 2010 mit *clean.kids* die landesweit erste qualifizierte Drogenentzugsstation für sehr junge Suchtpatientinnen und Suchtpatienten im Alter von 12 bis 15 Jahren eingerichtet.

Die vorliegende Arbeit wertet die Basisdokumentationen von 110 Jugendlichen aus, die zwischen 2012 und 2015 bei *clean.kids* stationär behandelt wurden. Darüber hinaus werden Daten bezüglich Selbsteinschätzung, Therapieakzeptanz und Zukunftsaussichten von 39 Jugendlichen betrachtet, die mittels Fragebögen bei der Entlassung erhoben wurden und 28 telefonische Katamneseinterviews ausgewertet, die auf Konsumgewohnheiten, soziale Adaption und erneute Selbsteinschätzung der Jugendlichen abzielten. Die Telefoninterviews fanden vier Monate nach der Therapie statt. In wesentlichen Merkmalen unterscheiden sich die bei Entlassung und katamnestisch erfassten Jugendlichen nicht von der Grundgesamtheit.

Ziel der Untersuchung ist es, das bisher wenig erforschte Kollektiv der unter 16-jährigen suchtkranken Jugendlichen hinsichtlich ausgewählter soziodemographischer, psychosozialer und -pathologischer Aspekte zu beschreiben. Die Akzeptanz des Behandlungsangebots wird evaluiert und das subjektive Erleben der Jugendlichen, sowohl in der Behandlung als auch in den ersten vier Monaten nach der Entlassung, im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse untersucht. Ferner wird der Behandlungserfolg von *clean.kids*, insbesondere unter Berücksichtigung etablierter, prognostisch relevanter Merkmale wie Geschlecht, komorbide externalisierende Verhaltensstörungen (EV) und reguläre Behandlungsbeendigung, einer hypothesengestützten Überprüfung unterzogen. Die Ergebnisse werden Arbeiten zur Schwesterstation *clean.kick*, die sich an ältere suchtkranke Jugendliche richtet, gegenübergestellt und Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen herausgearbeitet.

Es zeigt sich, dass die bei *clean.kids* behandelten Jugendlichen mehrheitlich sozial benachteiligt und ihre Eltern, verglichen mit der Gesamtbevölkerung, doppelt so häufig von Suchterkrankungen betroffen sind. Der unregelmäßige Schulbesuch und eine Freizeitgestaltung innerhalb einer konsumierenden Peergroup waren vor der Therapie weit verbreitet. Die meisten Jugendlichen waren bereits vor der Therapie erheblich mit rechtlichen Problemen konfrontiert. Cannabis wurde nicht nur mit großem Abstand am häufigsten konsumiert, sondern war auch die Leitsubstanz mit Blick auf die substanzbezogenen Hauptdiagnosen. Neben

Cannabis waren Alkohol und Stimulanzien im Zuge eines multiplen Substanzgebrauchs weitere häufig konsumierte Drogen. Neben substanzbezogenen Störungen wurden bei 81% der Jugendlichen weitere komorbide psychiatrische Störungen diagnostiziert. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens waren die häufigsten Nebendiagnosen. Des Weiteren waren die Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme in ihrer psychosozialen Anpassung schwerwiegend beeinträchtigt. In den meisten Fällen wurden alle Kriterien erfüllt, die in der Regel eine kinder- und jugendpsychiatrische Intervention erforderlich machen.

Von Seiten der Jugendlichen erfährt das Behandlungsangebot eine hohe Akzeptanz. Das zeigt sich anhand der relativ langen mittleren Behandlungsdauer von 49 Tagen, bei 12 Wochen Regelbehandlungszeit, sowie einer Wiederaufnahmequote von fast 50% nach Therapieabbruch. Die subjektive Einschätzung der erreichten Therapieerfolge fällt überwiegend positiv aus und unterscheidet sich am Ende der Behandlung zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und den Jugendlichen selbst kaum. Die Patientinnen und Patienten bewerteten die Therapie im Schnitt mit der Schulnote 2,5.

Verglichen mit dem Konsum vor der Therapie, zeigen die Jugendlichen im Katamnesezeitraum, also den letzte 30 Tagen vor dem Telefoninterview, eine statistisch signifikante Reduktion des Konsums illegaler Drogen, insbesondere von Cannabis. Bei weiblichen Patientinnen und der Gruppe Jugendlicher ohne EV wurde zudem eine statistisch signifikante Reduktion des Alkoholkonsums nachgewiesen. Absolute Substanzabstinenz war im Katamnesezeitraum nur bei einer Minderheit zu beobachten. Es konnte gezeigt werden, dass die Jugendlichen zum Zeitpunkt der Entlassung zwar eine ausgeprägte Abstinenzorientierung aufwiesen, diese jedoch vier Monate nach der Therapie zugunsten eines kontrollierten Konsums relativierten. Hinzu kommt, dass ein Zusammenhang zwischen häufigerem Kontakt zu einem konsumierenden Umfeld und vermehrtem Cannabis- und Alkoholkonsum nach der Behandlung nachgewiesen werden konnte. Darüber hinaus nahmen substanzinduzierte psychosoziale Probleme im Katamnesezeitraum statistisch signifikant ab und mit rechtlichen Problemen waren die Jugendlichen nach der Therapie nur noch vereinzelt konfrontiert.

Insgesamt erwiesen sich weibliches Geschlecht, fehlende EV in den Nebendiagnosen und reguläres Therapieende als prognostisch günstige Merkmale bezüglich des Behandlungsverlaufs und Therapieerfolgs.

Mit der Arbeit liegt erstmals eine differenzierte Beschreibung der Gruppe sehr junger Suchtpatientinnen und Suchtpatienten am ZfP und eine erste Therapieevaluation von *clean.kids* vor. Des Weiteren liefert die Arbeit Vorschläge für zukünftige jugendspezifische Präventionskonzepte, insbesondere hinsichtlich der bei *clean.kids* relevantesten Substanz Cannabis.

6 Literaturverzeichnis

1. Agnew, R.: Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. Criminology 30: 47–87 (1992)

2. Amann, U.: Bindung und Bindungsstörung. Folgen und Auswirkungen auf die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung im Jugendalter. 5. Fachtagung „Ambulante Suchthilfeeinrichtungen in Bayern“, Kloster Irsee. (2013) Online verfügbar unter http://www.bildungswerk-irsee.de/stat/content/pdf/2013/813/Bindung_und_Bindungsstoerung_Amann.pdf (09.03.2017)

3. Bancroft, A.; Wilson, S.; Cunningham-Burley, S.; Backett-Milburn, K.; Masters, H.: Parental Drug and Alcohol Misuse: Resilience and Transition Among Young People. Centre for Research on Families and Relationships, University of Edinburgh, Joseph Rowntree Foundation, York, S. 1 (2004) Online verfügbar unter https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/1859352499.pdf (09.03.2017)

4. Barkmann C.; Sack, P. M.; Schulte-Markwort, M.: Therapieevaluation. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 280-291 (2009)

5. Berg, L.; Back, K.; Vinnerljung, B.; Hjern, A.: Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds-a Swedish national cohort study. Addiction 111: 1795–1803 (2016)

6. Bernhardt, D.; Weithmann, G.; Metzger, W.; Fegert, J. M.: (2004, unveröffentlichter Bericht)

7. Blustein, E. C.; Munn-Chernoff, M. A.; Grant, J. D.; Sartor, C. E.; Waldron, M.; Bucholz, K. K.; Madden, P. A. F.; Heath, A. C.: The Association of Low Parental Monitoring With Early Substance Use in European American and African American Adolescent Girls. Journal of studies on alcohol and drugs 76: 852–861 (2015)

8. Bortz, J.; Döring, N.: Besonderheiten der Evaluationsforschung; Quantitative Methoden der Datenerhebung; Populationsbeschreibende Untersuchungen; Hypothesenprüfende Untersuchungen. In: Bortz, J.; Döring, N. (Hrsg.): Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Springer Medizin Heidelberg, S. 96, 236, 239-242, 246-247, 397, 490 (2006)

9. Bortz, J.; Lienert, G. A.; Barskova, T.; Leitner, K.; Oesterreich, R.: Einführung in die Inferenzstatistik. In: Bortz, J.; Lienert, G. A. (Hrsg.): Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben; mit 97 Tabellen sowie zahlreichen Formeln. 3., aktualisierte und bearbeitete Auflage. Springer Medizin Heidelberg, S. 56 (2008)

10. Bradley, K. A.; Lapham, G. T.: Is it time for a more ambitious research agenda for decreasing alcohol-related harm among young adults? Addiction 111: 1531–1532 (2016)

11. Brinkman, W. B.; Epstein, J. N.; Auinger, P.; Tamm, L.; Froehlich, T. E.: Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder with early tobacco and alcohol use. Drug and alcohol dependence 147: 183–189 (2015)

12. Bruijn, A. d.; Tanghe, J.; Leeuw, R. d.; Engels, R.; Anderson, P.; Beccaria, F.; Bujalski, M.; Celata, C.; Gosselt, J.; Schreckenberg, D.; Słodownik, L.; Wothge, J.; van Dalen, W.: European longitudinal study on the relationship between adolescents' alcohol marketing exposure and alcohol use. Addiction 111: 1774–1783 (2016)

13. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln, S. 57-62 (2011)

14. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln, S. 14, 21 (2013)

15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln, S. 19-23 (2014)

16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln, S. 9 (2014)

17. Burdzovic A. J.; Lauritzen, G.; Nordfjaern, T.: Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: a ten year prospective study of patients from substance abuse treatment. Addictive behaviors 48: 71–78 (2015)

18. Burlon, M.; Huber, C. G.: Suchtstörung und Psychose. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 82-86 (2009)

19. Calvete, E.; Orue, I.; Gamez-Guadix, M.: Reciprocal longitudinal associations between substance use and child-to-parent violence in adolescents. Journal of adolescence 44: 124–133 (2015)

20. Carvalho, M.; Carmo, H.; Costa, V. M.; Capela, J. P.; Pontes, H.; Remiao, F.; Carvalho, F.; de Lourdes Bastos, M.: Toxicity of amphetamines: an update. Archives of Toxicology 86: 1167–1231 (2012)

21. Castagnini, A. C.; Foldager, L.; Caffo, E.; Thomsen, P. H.: Early-adult outcome of child and adolescent mental disorders as evidenced by a national-based case register survey. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists 38: 45–50 (2016)

22. Cerda, M.; Prins, S. J.; Galea, S.; Howe, C. J.; Pardini, D.: When psychopathology matters most: identifying sensitive periods when within-person changes in conduct, affective and anxiety problems are associated with male adolescent substance use. Addiction 111: 924–935 (2016)

23. Chadwick, B.; Miller, ML.; Hurd, YL.: Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. Front Psychiatry 4: 1-5 (2013)

24. Chan, G. C. K.; Kelly, A. B.; Hides, L.; Quinn, C.; Williams, J. W.: Does gender moderate the relationship between polydrug use and sexual risk-taking among Australian secondary school students under 16 years of age? Drug and alcohol review 35: 750–754 (2016)

25. Charak, R.; Koot, H. M.; Dvorak, R. D.; Elklit, A.; Elhai, J. D.: Unique versus cumulative effects of physical and sexual assault on patterns of adolescent substance use. Psychiatry research 230: 763–769 (2015)

26. Chen, C.-Y.; Storr, C. L.; Anthony, J. C.: Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. Addictive behaviors 34: 319–322 (2009)

27. Clark, B. C.; Cornelius, J.; Kirisci, L.; Tarter, R.: Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. Drug and alcohol dependence 77: 13–21 (2005)

28. Cleff, T.: Zwei Arten von Statistik. In: Cleff, T. (Hrsg.): Deskriptive Statistik und Explorative Datenanalyse. Eine computergestützte Einführung mit Excel, SPSS und STATA. Wiesbaden: Gabler, S. 4-5 (2015)

29. Cohen, J.: The Significance of a Product Moment r_s. In: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd edition. Erlbaum, New York, S. 79-80 (1988)

30. Colaneri, N.; Keim, S.; Adesman, A.: Physician practices to prevent ADHD stimulant diversion and misuse. Journal of substance abuse treatment 74: 26–34 (2017)

31. Coleman, L. G. JR; Liu, W.; Oguz, I.; Styner, M.; Crews, FT.: Adolescent binge ethanol treatment alters adult brain regional volumes, cortical extracellular matrix protein and behavioral flexibility. Pharmacology Biochemistry and Behavior 116: 142–151 (2014)

32. Crews, F.; He, J.; Hodge, C.: Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. Pharmacology Biochemistry and Behavior 86: 189–199 (2007)

33. Cullen, B.: Report to Health Services Executive Regional Drug Coordinating Office (Waterford) on recommendations for developing adolescent substance misuse treatment services in the region. Addiction Research Centre Trinity College Dublin, S. 6, 24 (2006)

34. D'Amico, E. J.; Hunter, S. B.; Miles, J. N. V.; Ewing, B. A.; Osilla, K. C.: A randomized controlled trial of a group motivational interviewing intervention for adolescents with a first time alcohol or drug offense. Journal of substance abuse treatment 45: 400–408 (2013)

35. D'Amico, E. J.; Tucker, J. S.; Miles, J. N. V.; Ewing, B. A.; Shih, R. A.; Pedersen, E. R.: Alcohol and marijuana use trajectories in a diverse longitudinal sample of adolescents: examining use patterns from age 11 to 17 years. Addiction 111: 1825–1835 (2016)

36. Deas, D.; Thomas, S. E.: An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. The American Journal on Addictions 10: 178–189 (2001)

37. DGKJP: Gemeinsame Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums. Unter Mitarbeit von J. Fegert, G. Berg, M. Jung und R. Thomasius (2015) Online verfügbar unter http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2015/2015_11_23%20Stellungnahme%20KJP%20Cannabis_final%20mit%20Unterschriften.pdf (09.03.2017)

38. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2014. Deutsche Bundesregierung, S.12, 17, 21, 23 (2014)

39. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2016. Deutsche Bundesregierung, S. 22, 77 (2016)

40. Donovan, J. E.: Commentary on Rossow et al. (2016): Early days yet in the cycle from peer to parent drinking as influences on adolescent alcohol involvement. Addiction 111: 218–219 (2016)

41. Döring, N.; Bortz, J.: Untersuchungsdesign; Stichprobenziehung; Datenanalyse; Bestimmung von Teststärke, Effektgröße und optimalem Stichprobenumfang; Evaluationsforschung. In: Döring, N.; Bortz, J. (Hrsg.): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 211, 298, 666, 820, 1024 (2016)

42. Dudovitz, R. N.; McCoy, K.; Chung, P. J.: At-school substance use as a marker for serious health risks. Academic pediatrics 15: 41–46 (2015)

43. Dumas, J. E.; Prinz, R. J.; Smith, E. P.; Laughlin, J.: The EARLY ALLIANCE prevention trial: an integrated set of interventions to promote competence and reduce risk for conduct disorder, substance abuse, and school failure. Clinical Child and Family Psychology Review 2: 37–53 (1999)

44. Effertz, T.; Verheyen, F.; Linder, R.: The costs of hazardous alcohol consumption in Germany. The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care: 1 (2016)

45. Ehlers, C. L.; Criado, J. R.; Wills, D. N.; Liu, W.; Crews, F. T.: Periadolescent ethanol exposure reduces adult forebrain ChAT+IR neurons: correlation with behavioral pathology. Neuroscience 199: 333–345 (2011)

46. Engels, R.; Knibbe, R.: Alcohol use and intimate relationships in adolescence: when love comes to town. Addictive Behaviors 25: 435–439 (2000)

47. Englert, E.; Fegert, J.; Poustka, F.: Issues in documentation and quality management of adolescent addiction care. European Child & Adolescent Psychiatry 8: 121 (1999)

48. Englert, E.; Jungmann, J.; Lam, L.; Wienand, F.; Poustka, F.: Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 27: 129–146 (1998)

49. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hrsg.): Selected Issue 2007. Drug Use and Related Problems Among Very Young People (Under 15 Years Old), S. 1-20 (2007)

50. Farke, W.: Einflüsse von Gleichaltrigen. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 152-155 (2009)

51. Feldmann, M.; Stolle, M.: Somato-, Psycho-, Sozio- und Entwicklungsdiagnostik. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 177-191 (2009)

52. Fetzer, A. E.: Behandlungserfolg der Jugenddrogenentzugsstation clean.kick unter den Aspekten Substanzkonsum und soziale Adaption. Humanbiologische Dissertation. Universität Ulm. GRIN Verlag (2008)

53. Finan, L. J.; Schulz, J.; Gordon, M. S.; Ohannessian, C. MC.: Parental problem drinking and adolescent externalizing behaviors: The mediating role of family functioning. Journal of adolescence 43: 100–110 (2015)

54. Fowler, T.; Lifford, K.; Shelton, K.; Rice, F.; Thapar, A.; Neale, M. C.; McBride, A; van den Bree, M. B. M.: Exploring the relationship between genetic and environmental influences on initiation and progression of substance use. Addiction 102: 413–422 (2007)

55. Franzkowiak, P.; Schlömer, H.: Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis. Suchttherapie 4: 175–182 (2003)

56. Gauffin, K.; Vinnerljung, B.; Hjern, A.: School performance and alcohol-related disorders in early adulthood: a Swedish national cohort study. International journal of epidemiology 44: 919–927 (2015)

57. Gilligan, C.; Kypri, K.: Parent attitudes, family dynamics and adolescent drinking: qualitative study of the Australian Parenting Guidelines for Adolescent Alcohol Use. BMC public health 12: 491 (2012)

58. Grant, J. D.; Lynskey, M. T.; Madden, P. A. F.; Nelson, E. C.; Few, L. R.; Bucholz, K. K.; Statham, D. J.; Martin, N. G.; Heath, A. C.; Agrawal1, A.: The role of conduct disorder in the relationship between alcohol, nicotine and cannabis use disorders. Psychological medicine 45: 3505–3515 (2015)

59. Green, K. M.; Musci, R. J.; Johnson, R. M.; Matson, P. A.; Reboussin, B. A.; Ialongo, N. S.: Outcomes associated with adolescent marijuana and alcohol use among urban young adults: A prospective study. Addictive behaviors 53: 155–160 (2016)

60. Griffith-Lendering, M. F. H.; Wigman, J. T. W.; van Prince Leeuwen, A.; Huijbregts, S. C. J.; Huizink, A. C.; Ormel, J.; Verhulst, F. C.; van Os, J.; Swaab, H.; Vollebergh, W. A. M.: Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence - a TRAILS study. Addiction 108: 733–740 (2013)

61. Gross, C.; Neumann, M.; Kalkbrenner, M.; Mick, I.; Lachnit, A.; Reichert, J.; Klotsche, J.; Zimmermann, U. S.: A retrospective analysis of psychosocial risk factors modulating adolescent alcohol binge drinking. European Addiction Research 20: 285–292 (2014)

62. Grunberg, V. A.; Cordova, K. A.; Bidwell, L. C.; Ito, T. A.: Can marijuana make it better? Prospective effects of marijuana and temperament on risk for anxiety and depression. Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors 29: 590–602 (2015)

63. Gsellhofer, B.; Fahrner, E. M.; Weiler, D.; Vogt, M.; Hron, U.; Platt, J.: European Addiction Severity Index. Deutsche Version. (1997) Online verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23587_DE_ASI_FB_deutsch%20060629%20final.pdf (09.03.2017)

64. Hall, W.: What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? Addiction 110: 19–35 (2015)

65. Haller, D. M.; Meynard, A.; Lefebvre, D.; Hasselgard-Rowe, J.; Broers, B.; Narring, F.: Excessive substance use among young people consulting family doctors: a cross-sectional study. Family practice 32: 500–504 (2015)

66. Hammerslag, L. R.; Gulley, J. M.: Sex differences in behavior and neural development and their role in adolescent vulnerability to substance use. Behavioural brain research 298: 15–26 (2016)

67. Harstad, E.; Levy, S.: Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Pediatrics 134: 293–301 (2014)

68. Harty, S. C.; Ivanov, I.; Newcorn, J. H.; Halperin, J. M.: The impact of conduct disorder and stimulant medication on later substance use in an ethnically diverse sample of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood. Journal of child and adolescent psychopharmacology 21: 331–339 (2011)

69. Heitzeg, M. M.; Cope, L. M.; Martz, M. E.; Hardee, J. E.; Zucker, R. A.: Brain activation to negative stimuli mediates a relationship between adolescent marijuana use and later emotional functioning. Developmental cognitive neuroscience 16: 71–83 (2015)

70. Herrenkohl, T. I.; Lee, J. O.; Kosterman, R.; Hawkins, J. D.: Family influences related to adult substance use and mental health problems: a developmental analysis of child and adolescent predictors. The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine 51: 129–135 (2012)

71. Heuft, G.; Senf, W.; Janssen, P. L.; Lamprecht, F.; Meermann, R.: Study of the practicability of qualitative and quantitative documentation of outcome in inpatient psychotherapy. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 45: 303–309 (1995)

72. Heuft, G.; Senf, W.; Wagener, R.; Pintelon, C.; Lorenzen, J.: Individual therapy goals: on outcome documentation of inpatient psychotherapy from the patient and therapist viewpoint. Zeitschrift fur klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 44: 186–199 (1996)

73. Hibell, B.; Guttormsson, U.; Ahlström, S.; Balakireva, O., Bjarnason, T.; Kokkevi, A.; Kraus, L.: The 2011 ESPAD Report. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hrsg.), S. 81, 97, 261, 274, 276, 295, 300 (2012)

74. Hicks, B. M.; Iacono, W. G.; McGue, M.: Consequences of an adolescent onset and persistent course of alcohol dependence in men: adolescent risk factors and adult outcomes. Alcoholism, clinical and experimental research 34: 819–833 (2010)

75. Hinckers, A.; Laucht, M.; Heinz, A.; Schmidt, M. H.: Alkoholkonsum in der Adoleszenz- soziale und individuelle Einflussfaktoren. Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 33: 273-82 (2005)

76. Hines, L. A.; Morley, K. I.; Strang, J.; Agrawal, A.; Nelson, E. C.; Statham, D.; Martin, N. G.; Lynskey, M. T.: The association between speed of transition from initiation to subsequent use of cannabis and later problematic cannabis use, abuse and dependence. Addiction 110: 1311–1320 (2015)

77. Hodgins, D. C.; el-Guebaly, N.; Addington, J.: Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? Addiction 92: 805–812 (1997)

78. Howard, A. L.; Molina, B. S. G.; Swanson, J. M.; Hinshaw, S. P.; Belendiuk, K. A.; Harty, S. C.; Arnold, L. E.; Abikoff, H. B.; Hechtman; L.; Stehli, A.; Greenhill, L. L.; Newcorn; J. H.; Wigal, T.: Developmental progression to early adult binge drinking and marijuana use from worsening versus stable trajectories of adolescent attention deficit/hyperactivity disorder and delinquency. Addiction 110: 784–795 (2015)

79. Hulvershorn A., L.; D. Quinn, P.; L. Scott, E.: Treatment of Adolescent Substance Use Disorders and Co-Occurring Internalizing Disorders. A Critical Review and Proposed Model. CDAR 8: 41–49 (2015)

80. Hummel, A.; Shelton, K. H.; Heron, J.; Moore, L.; van den Bree, M. B. M.: A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. Addiction 108: 487–496 (2013)

81. Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G.: Qualitative Methoden. In: Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (Hrsg.): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. 2., überarbeitete Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 185-188 (2013)

82. infratest dimap: Legalisierung von Cannabis. Eine Studie im Auftrag vom Deutschen Hanf Verband (DHV). infratest dimap. (2015) Online verfügbar unter https://hanfverband.de/sites/hanfverband.de/files/2015.11.13_hanfverband_graf.pdf (09.03.2017)

83. Jacob, N.; MacArthur, G. J.; Hickman, M.; Campbell, R.: A qualitative investigation of the role of the family in structuring young people's alcohol use. European journal of public health 26: 102–110 (2016)

84. Jacobs, W.; Goodson, P.; Barry, A. E.; McLeroy, K. R.: The Role of Gender in Adolescents' Social Networks and Alcohol, Tobacco, and Drug Use: A Systematic Review. The Journal of school health 86: 322–333 (2016)

85. Jacobus, J.; Squeglia, L. M.; Meruelo, A. D.; Castro, N.; Brumback, T.; Giedd, J. N.; Tapert, S. F.: Cortical thickness in adolescent marijuana and alcohol users: A three-year prospective study from adolescence to young adulthood. Developmental cognitive neuroscience 16: 101–109 (2015)

86. Jaeger, S.; Flammer, E.; Steinert, T.: Basisdokumentation in der klinischen Praxis: Wie zuverlässig sind BADO-Daten? Psychiatrische Praxis 38: 244–249 (2011)

87. Janssen, J.; Laatz, W.: Schneller Einstieg in SPSS; Kreuztabellen und Zusammenhangsmaße; Nichtparametrische Tests. In: Janssen, J.; Laatz, W. (Hrsg.): Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul exakte Tests. 8. Auflage. Springer, Berlin, S. 43, 264-265, 601-660 (2013)

88. Johnston, L. D.; O'Malley, P. M.; Miech, R. A.; Bachman, J. G.; Schulenberg, J. E.: Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2014. Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, S. 12 (2015)

89. Kaye, S.; Darke, S.; Torok, M.: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder? Addiction 108: 923–931 (2013)

90. Khoddam, R.; Worley, M.; Browne, K. C.; Doran, N.; Brown, S. A.: Family history density predicts long term substance use outcomes in an adolescent treatment sample. Drug & Alcohol Dependence 147: 235–242 (2015)

91. Klein, M.; Ferrari, T.; Kürschner, K.: Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Bonn: Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003) Online verfügbar unter http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F305.PDF (09.03.2017)

92. Koch-Möhr, R.: Praxis der zielgruppenorientierten Suchtarbeit: Zielgruppe polytoxikomane Männer (2006) Online verfügbar unter http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/29.BundesDrogenKongress/S202Koch-Moehr.pdf (09.03.2017)

93. Kokkevi, A.; Kanavou, E.; Richardson, C.; Fotiou, A.; Papadopoulou, S.; Monshouwer, K.; Matias, J.; Olszewski, D.: Polydrug Use by European Adolescents in the Context of Other Problem Behaviours. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 31: 323-342 (2014)

94. Körkel, J.; Verthein, U.: Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain. Suchttherapie 11: 31–34 (2010)

95. Kosty, D. B.; Farmer, R. F.; Seeley, J. R.; Gau, J. M.; Duncan, S. C.; Lewinsohn, P. M.: Parental transmission of risk for cannabis use disorders to offspring. Addiction 110: 1110–1117 (2015)

96. Kuhn, C.: Emergence of sex differences in the development of substance use and abuse during adolescence. Pharmacology & therapeutics 153: 55–78 (2015)

97. Kuntsche, E.; Rossow, I.; Engels, R.; Kuntsche, S.: Is 'age at first drink' a useful concept in alcohol research and prevention? We doubt that. Addiction 111: 957–965 (2016)

98. Kustner, U. J.; Sack, P. M.; Stolle, M.; Thomasius, R.: Familientherapeutische Frühintervention. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 292-295 (2009)

99. Kuttler, H.; Schwendemann, H.; Reis, O.; Bitzer, E. M.: Developmental Hazards Among Young Alcohol Intoxicated Patients. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine 59: 87–95 (2016)

100. Lakhan, S. E.; Kirchgessner, A.: Prescription stimulants in individuals with and without attention deficit hyperactivity disorder: misuse, cognitive impact, and adverse effects. Brain and behavior 2: 661–677 (2012)

101. Landis, J. Richard; Koch, Gary G.: The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics 33: 159 (1977)

102. Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H.: Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit. Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29: 284–292 (2000)

103. Legleye, S.; Khlat, M.; Mayet, A.; Beck, F.; Falissard, B.; Chau, N.; Peretti-Watel, P.: From cannabis initiation to daily use: educational inequalities in consumption behaviours over three generations in France. Addiction 111: 1856–1866 (2016)

104. Lenhard, W.; Lenhard, A.: Computation of Effect Sizes (2014) Online verfügbar unter https://www.psychometrica.de/effect_size.html (09.03.2017)

105. Lieb R.; Schuetz C. G.; Pfister H.; von Sydow, K.; Wittchen, H.: Mental disorders in ecstasy users: a prospective-longitudinal investigation. Drug Alcohol Depend 68: 195–207 (2002)

106. Liebregts, N.; van der Pol, P.; van Laar, M.; Graaf, R. d.; van den Brink, W.; Korf, D. J.: The role of leisure and delinquency in frequent cannabis use and dependence trajectories among young adults. The International journal on drug policy 26: 143–152 (2015)

107. Liu, R. T.: Substance Use Disorders in Adolescence Exist along Continua: Taxometric Evidence in an Epidemiological Sample. Journal of abnormal child psychology: 1-10 (2017)

108. Livingston, M.: Trends in non-drinking among Australian adolescents. Addiction 109: 922–929 (2014)

109. Lohaus, A.; Vierhaus, M.; Maass, A.: Entwicklungsabweichungen im Jugendalter. In: Lohaus, A.; Vierhaus, M.; Maass, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. Lesen, Hören, Lernen im Web (Lehrbuch mit Online-Materialien): Springer, Berlin, Heidelberg, S. 252 (2010)

110. Lynskey, M.; Hall, W.: The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. Addiction 95: 1621–1630 (2000)

111. Mahalik, J. R.; Lombardi, C. MP.; Sims, J.; Coley, R. L.; Lynch, A. D.: Gender, male-typicality, and social norms predicting adolescent alcohol intoxication and marijuana use. Social science & medicine (1982) 143: 71–80 (2015)

112. Mann, K.; Stetter, F.: Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung. Psycho 5: 296–304 (1991)

113. Mattejat, F.; Hirsch, O.; Remschmidt, H.: Die Nutzung des Telefoninterview für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Literaturübersicht und empirische Ergebnisse zur Teilnahmequote und zu möglichen Stichprobenverzerrungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 31: 17–34 (2003)

114. Mattejat, F.; Trosse, M.; John, K.; Bachmann, M.; Remschmidt, H.: kjp-Qualität. Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Abschlussbericht. Marburg, S. 17 (2006)

115. Mayring, P.: Qualitative Content Analysis (2). (2000) Online verfügbar unter http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2384 (09.03.2017)

116. Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Auflage. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 602-613 (2010a)

117. Mayring, P.: Was ist qualitative Analyse?; Materialien zu einer qualitativen Inhaltsanalyse; Techniken qualitativer Inhaltsanalyse; Gütekriterien der Inhaltsanalyse. In: Mayring, P. (Hrsg.): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz (Studium Paedagogik), Weinheim, S. 17, 19, 29, 48-49, 51, 83, 116 (2010b)

118. Measham, F.: "Doing gender"-"doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. Contemporary Drug Problems 29: 335–373 (2002)

119. Meili, D.; Dober, S.; Eyal, E.: Jenseits des Abstinenzparadigmas - Ziele in der Suchttherapie. Suchttherapie 5: 2–9 (2004)

120. Melchior, M.: Commentary on Kosty et al. (2015): Cannabis abuse from one generation to the next-a heightened vulnerability in women? Addiction 110: 1118–1119 (2015)

121. Meng, X.; D'Arcy, C.: Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. BMC psychiatry 16: 401 (2016)

122. Morisano, D.; Babor, T. F.; Robaina, K. A.: Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders. Implications for treatment services. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 31: 5-25 (2014)

123. Möller, C.: Frühintervention. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 222-228 (2009)

124. Nelson, S. E.; van Ryzin, M. J.; Dishion, T. J.: Alcohol, marijuana, and tobacco use trajectories from age 12 to 24 years: demographic correlates and young adult substance use problems. Development and psychopathology 27: 253–277 (2015)

125. Newcomb, M. D.; Bentler, P. M.: Substance use and abuse among children and teenagers. American Psychologist 44: 242–248 (1989)

126. Newton-Howes, G.; Boden, J. M.: Relation between age of first drinking and mental health and alcohol and drug disorders in adulthood: evidence from a 35-year cohort study. Addiction 111: 637–644 (2016)

127. Norstrom, T.; Raninen, J.: Is there a link between per capita alcohol consumption and youth drinking? A time-series analysis for Sweden in 1972-2012. Addiction 110: 967–974 (2015)

128. Palmer, R. H. C.; Brick, L.; Nugent, N. R.; Bidwell, L. C.; McGeary, J. E.; Knopik, V. S.; Keller, M. C.: Examining the role of common genetic variants on alcohol, tobacco, cannabis and illicit drug dependence: genetics of vulnerability to drug dependence. Addiction 110: 530–537 (2015)

129. Pardini, D.; White, H. R.; Xiong, S.; Bechtold, J.; Chung, T.; Loeber, R.; Hipwell, A.: Unfazed or Dazed and Confused: Does Early Adolescent Marijuana Use Cause Sustained Impairments in Attention and Academic Functioning? Journal of abnormal child psychology 43: 1203–1217 (2015)

130. Patton, G. C.; Coffey, C.; Lynskey, M. T.; Reid, S.; Hemphill, S.; Carlin, J. B.; Hall, W.: Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. Addiction 102: 607–615 (2007)

131. Pedersen, S. L.; Walther, C. A. P.; Harty, S. C.; Gnagy, E. M.; Pelham, W. E.; Molina, B. S. G.: The indirect effects of childhood attention deficit hyperactivity disorder on alcohol problems in adulthood through unique facets of impulsivity. Addiction 111: 1582–1589 (2016)

132. Pedersen, W.; Bakken, A.; Soest, T. v.: Adolescents from affluent city districts drink more alcohol than others. Addiction 110: 1595–1604 (2015)

133. Pisinger, V. S. C.; Bloomfield, K.; Tolstrup, J. S.: Perceived parental alcohol problems, internalizing problems and impaired parent - child relationships among 71 988 young people in Denmark. Addiction 111: 1966–1974 (2016)

134. Porath-Waller, A. J.; Notarandrea, R.; Vaccarino, F. J.: Young brains on cannabis: It's time to clear the smoke. Clinical pharmacology and therapeutics 97: 551–552 (2015)

135. Pritchard, C.; Cox, M.: Comparison of problematic behaviours of 10th and 11th year Southern English adolescents in 1985 and 2005. Part 1: Trends in gender behaviour. International Journal of Adolescent Medicine and Health 19: 127–140 (2007)

136. Rossi, P. H.; Freeman, H. E.; Lipsey, M. W.: Monitoring Program Process and Performance. In: Rossi, P. H.; Freeman, H. E.; Lipsey, M. W. (Hrsg.): Evaluation. A systematic approach. 6th edition, Thousand Oaks, Sage, Calif, S. 211 (1998)

137. Rossow, I.; Keating, P.; Felix, L.; McCambridge, J.: Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. Addiction 111: 204–217 (2016)

138. Salas-Wright, C. P.; Vaughn, M. G.; Perron, B. E.; Gonzalez, J. M. R.; Goings, T. C.: Changing perspectives on marijuana use during early adolescence and young adulthood: Evidence from a panel of cross-sectional surveys. Drug and alcohol dependence 169: 5–10 (2016)

139. Salom, C. L.; Betts, K. S.; Williams, G. M.; Najman, J. M.; Alati, R.: Predictors of comorbid polysubstance use and mental health disorders in young adults-a latent class analysis. Addiction 111: 156–164 (2016)

140. Sadock, B. J.; Sadock, V. A.: Attention-Deficit Disorders. In: Sadock, B. J.; Sadock, V. A. (Hrsg.): Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, S. 79-91 (2009)

141. Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von Jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51: 721–735 (2002)

142. Schepker, R.; Fegert, J. M.; Häßler, F.: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. In: Fegert, J. M.; Eggers, C.; Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer, Berlin, S. 411-435 (2012)

143. Schlossarek, S.; Kempkensteffen, J.; Reimer, J.; Verthein, U.: Psychosocial Determinants of Cannabis Dependence: A Systematic Review of the Literature. European addiction research 22: 131–144 (2016)

144. Sedlmeier, P.; Renkewitz, F.: Qualitative Methoden im Überblick. In: Sedlmeier, P.; Renkewitz, F. (Hrsg.): Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie. Pearson Studium, München, S. 742-744 (2008)

145. Seglem, K. B.; Waaktaar, T.; Ask, H.; Torgersen, S.: Sex differences in genetic and environmental contributions to alcohol consumption from early adolescence to young adulthood. Addiction 111: 1188–1195 (2016)

146. Smyth; B. P.; Kelly, A.; Barry, J.; Cullen, W.; Darker, C.: Treatment outcome for adolescents abusing alcohol and cannabis: how many 'reliably improve'? Irish Medical Journal 108: 137–139 (2015)

147. Solga, H.: Wie das deutsche Schulsystem Bildungsungleichheiten verursacht. Hrsg. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2008) Online verfügbar unter https://bibliothek.wzb.eu/wzbrief-bildung/WZbriefBildung200801_solga.pdf (09.03.2017)

148. Steinkellner, T.; Freissmuth, M.; Sitte, H. H.; Montgomery, T.: The ugly side of amphetamines: short- and long-term toxicity of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'Ecstasy'), methamphetamine and D-amphetamine. Biological chemistry 392: 103–115 (2011)

149. Stiby, A. I.; Hickman, M.; Munafò, M. R.; Heron, J.; Yip, V. L.; Macleod, J.: Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16. Birth cohort study. Addiction 110: 658–668 (2015)

150. Stolle, M.; Thomasius, R.: Differenzialdiagnostik. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 205-208 (2009a)

151. Stolle, M.; Thomasius, R.: Akutbehandlung. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 229-244 (2009b)

152. Stone, A. L.; Becker, L. G.; Huber, A. M.; Catalano, R. F.: Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Addictive behaviors 37: 747–775 (2012)

153. Stöver, H.: Risikolust am Rausch? doing gender with drugs! In: Franz, M.; Karger, A. (Hrsg.): Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp? Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 60–87 (2015)

154. Tamm, L.; Trello-Rishel, K.; Riggs, P.; Nakonezny, P. A.; Acosta, M.; Bailey, G.; Winhusen, T.: Predictors of treatment response in adolescents with comorbid substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of substance abuse treatment 44: 224–230 (2013)

155. Teixeira-Gomes, A.; Costa, V. M.; Feio-Azevedo, R.; de Lourdes Bastos, M; Carvalho, F.; Capela, J. P.S.: The neurotoxicity of amphetamines during the adolescent period. International Journal of Developmental Neuroscience: 1-18 (2014)

156. Thomasius, R.; Nesseler, T.; Hässler, F.: Trinken Jugendliche heute anders? In: Thomasius, R.; Nesseler, T.; Hässler, F., unter Mitarbeit von Blanck, N.; Reiche, D.; Sorg, P.; Küstner, U.; Stolle, M.; Reis, O. (Hrsg.): Wenn Jugendliche trinken. Auswege aus Flatrate-Trinken und Komasaufen: Jugendliche, Experten und Eltern berichten. TRIAS, Stuttgart, S. 19 (2009a)

157. Thomasius, R.; Stolle, M.; Sack, P.M.: Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 139-146 (2009b)

158. Thomasius, R.; Stolle, M.: Postakutbehandlung. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 245-259 (2009)

159. Töpper, E. L.: Jugendliche Suchtpatienten - Unterschiede in Konsumverhalten, psychopathologischem Hintergrund, Risikofaktoren. Medizinische Dissertation. Universität Ulm. (2015)

160. Upadhyaya, H. P.: Substance use disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: implications for treatment and the role of the primary care physician. Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry 10: 211–221 (2008)

161. Wieken, K.: Die schriftliche Befragung. In: van Koolwijk, J.; Wieken-Mayser, M. (Hrsg.): Techniken der empirischen Sozialforschung, Band 4, München, Wien, Oldenburg, S. 146-161 (1974)

162. Verweij, K. J. H.; Creemers, H. E.; Korhonen, T.; Latvala, A.; Dick, D. M.; Rose, R. J.; Huizink1, A. C.; Kaprio, J.: Role of overlapping genetic and environmental factors in the relationship between early adolescent conduct problems and substance use in young adulthood. Addiction 111: 1036–1045 (2016)

163. Vetreno, RP.; Broadwater, M.; Liu, W.; Spear, LP.; Crews, F. T.: Adolescent, but not adult, binge ethanol exposure leads to persistent global reductions of choline acetyltransferase expressing neurons in brain. PLoS One 9: 1–12 (2014)

164. Vetreno, RP.; Crews, F. T.: Innate Immune Signaling and Alcoholism. In: Cui, C.; Grandison, L.; Noronha, A. (Hrsg.): Neural-Immune Interactions in Brain, Function and Alcohol Related Disorders: Springer, New York, S. 270 (2013)

165. Weiss, S. R. B.; Kung, H.-C.; Pearson, J. L.: Emerging issues in gender and ethnic differences in substance abuse and treatment. Current Women's Health Reports 3: 245–253 (2003)

166. Williams, R. J.; Chang, S. Y.: A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. Clinical Psychology: Science and Practice 7: 138–166 (2000)

167. Winters, K. C.; Botzet, A. M.; Fahnhorst, T.: Advances in adolescent substance abuse treatment. Current psychiatry reports 13: 416–421 (2011)

168. Winward, J. L.; Hanson, K. L.; Tapert, S. F.; Brown, S. A.: Heavy alcohol use, marijuana use, and concomitant use by adolescents are associated with unique and shared cognitive decrements. Journal of the International Neuropsychological Society 20: 784–795 (2014)

169. Wirtz, M.; Caspar, F.: Die Übereinstimmung zwischen Ratern: Maße für mindestens nominalskalierte Daten. In: Wirtz, M.; Caspar, F. (Hrsg.): Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, S. 45-122 (2002)

170. Wolf, A.; Hertel, G.; Schreiber-Willnow, K.; Heuft, G.; Vandieken, R.: Outcome und Katamnese stationarer psychosomatischer Krankenhaus-Behandlungen über 60-Jähriger. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 57: 251–260 (2011)

171. Wüstner, C.: Soziale Integration als moderierende Variable für Therapieerfolg und der Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartung auf den Therapieerfolg bei Jugendlichen mit einer Suchtmittelbezogenen Störung. Medizinische Dissertation. Universität Ulm (2015)

172. Zenker, C.: Die Bedeutung von Gender für die suchtpräventive Arbeit. Berlin (2009a) Online verfügbar unter http://fdr-online.info/media/Texte/Zenker,C;_Gender_und_Pr%C3%A4vention.pdf (09.03.2017)

173. Zenker, C.: Gendertypische Aspekte. In: Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U.; Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: das Handbuch: Grundlagen und Praxis: Schattauer, Stuttgart, S. 55-68 (2009b)

174. Zohsel, K.; Baldus, C.; Schmidt, M. H.; Esser, G.; Banaschewski, T.; Thomasius, R.; Laucht, M.: Predicting later problematic cannabis use from psychopathological symptoms during childhood and adolescence: Results of a 25-year longitudinal study. Drug and alcohol dependence 163: 251–255 (2016)

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Vergleich der Untersuchungsgruppen, Überblick 45
Tab. 2: Bisherige Anklagen 52
Tab. 3: Hauptdiagnosen, detaillierte Übersicht 55
Tab. 4: Weitere F1-Diagnosen nach Substanzklasse 56
Tab. 5: Weitere F1-Diagnosen nach Syndrom 56
Tab. 6: Psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums 60
Tab. 7: Psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums, vorher / nachher 75
Tab. 8: Mädchen / Jungen, Hauptdiagnosen 77
Tab. 9: Mädchen / Jungen, Konsumhäufigkeit 78
Tab. 10: Mädchen / Jungen, Komorbide Störungen 78
Tab. 11: Mädchen / Jungen, Schulbesuch, illegale Einkünfte, rechtliche Probleme 79
Tab. 12: Mädchen / Jungen, psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums .. 80
Tab. 13: Mädchen / Jungen, Daten zur Behandlung 81
Tab. 14: Mädchen / Jungen, Konsumreduktion 83
Tab. 15: Mädchen / Jungen, Zunahme Schulbesuch 84
Tab. 16: Mädchen / Jungen, Abnahme der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums 84
Tab. 17: Mädchen / Jungen, Abnahme illegaler Einkünfte 85
Tab. 18: Ext. Verhaltensstörung, Konsumhäufigkeit 87
Tab. 19: Ext. Verhaltensstörung, Schulbesuch, illegale Einkünfte, rechtliche Probleme ... 88
Tab. 20: Ext. Verhaltensstörung, psychosoziale Folgekomplikationen des Substanzkonsums 89
Tab. 21: Ext. Verhaltensstörung, Daten zur Behandlung 90
Tab. 22: Ext. Verhaltensstörung, Konsumreduktion 91
Tab. 23: Ext. Verhaltensstörung, Zunahme Schulbesuch 92
Tab. 24: Ext. Verhaltensstörung, Abnahme der psychosozialen Folgekomplikationen des Substanzkonsums 93
Tab. 25: Ext. Verhaltensstörung, Reduktion illegale Einkünfte 94
Tab. 26: Art der Beendigung der Behandlung, Konsumreduktion 96
Tab. 27: Art der Behandlungsbeendigung, Zunahme Schulbesuch 98
Tab. 28: Art der Behandlungsbeendigung, Abnahme psychosozialer Folgekomplikationen des Substanzkonsums 98

Tab. 29: Art der Behandlungsbeendigung, Abnahme illegaler Einkünfte 99
Tab. 30: Zusammenhang konsumierendes Umfeld und Substanzkonsum 101
Tab. 31: Interrater-Reliabilität 104
Tab. 32: Antworten Frage 1 (Entlassungsfragebogen) 105
Tab. 33: Antworten Frage 2 (Entlassungsfragebogen) 106
Tab. 34: Antworten Frage 1 (Katamneseinterview) 108
Tab. 35: Antworten Frage 2 (Katamneseinterview) 109
Tab. 36: Antworten Frage 3 (Katamneseinterview) 110
Tab. 37: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 1) 112
Tab. 38: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 2) 113
Tab. 39: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 3) 114
Tab. 40: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 4) 115
Tab. 41: Unterschiede clean.kids vs. clean.kick (Frage 5) 116

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Studienplan 24
Abb. 2: Geschlechterverteilung, Gruppe A – C 40
Abb. 3: Altersverteilung, Gruppe A – C 41
Abb. 4: Behandlungsdauer, Gruppe A – C 41
Abb. 5: Alkoholkonsum vorher, Gruppe A – C 42
Abb. 6: Cannabiskonsum vorher, Gruppe A – C 42
Abb. 7: Externalisierende Verhaltensstörung, Gruppe A – C 43
Abb. 8: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Gruppe A – C 44
Abb. 9: Geschlechterverteilung 46
Abb. 10: Altersverteilung 47
Abb. 11: Wohnsituation vorher 47
Abb. 12: Schichtzugehörigkeit des höhergestellten Elternteils 48
Abb. 13: Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit bei den Eltern 49
Abb. 14: Zuletzt besuchte Schulform 49
Abb. 15: Schulbesuch vorher 50
Abb. 16: Freizeitverhalten vorher 51
Abb. 17: Illegale Einkünfte vorher 51
Abb. 18: Rechtliche Probleme (Anklagen) 52
Abb. 19: Bisher angenommene Hilfsangebote 53
Abb. 20: Hauptdiagnosen nach Substanzklasse 54
Abb. 21: Alkoholkonsum vorher 57
Abb. 22: Cannabiskonsum vorher 57
Abb. 23: Stimulanzienkonsum vorher 57
Abb. 24: Komorbide Störungen 58
Abb. 25: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung 59
Abb. 26: Therapiemotivation 61
Abb. 27: Behandlungsdauer 62
Abb. 28: Anzahl der Wiederaufnahmen 62
Abb. 29: Art der Behandlungsbeendigung 63
Abb. 30: Würdest du wieder eine Therapie bei clean.kids machen? 64
Abb. 31: Bewertung von clean.kids 64
Abb. 32: Veränderung der Gesamtsituation 66

Abb. 33: Veränderung der Symptomatik 66
Abb. 34: Veränderungen im familiären/häuslichen Umfeld 67
Abb. 35: Veränderungen im Freundeskreis 68
Abb. 36: Veränderung der Schulmotivation 69
Abb. 37: Alkoholkonsum vorher / nachher 70
Abb. 38: Cannabiskonsum vorher / nachher 71
Abb. 39: Stimulanzienkonsum vorher / nachher 72
Abb. 40: Illegale Drogen vorher / nachher 72
Abb. 41: Schulbesuch letzte 30 Tage vorher / nachher 74
Abb. 42: Illegale Einkünfte vorher / nachher 75
Abb. 43: Alkoholkonsum vorher / nachher, Mädchen 82
Abb. 44: Vorzeitige / reguläre Behandlungsbeendigung, Konsum illegaler Drogen vorher / nachher 97
Abb. 45: Art der Behandlungsbeendigung, illegale Einkünfte vorher / nachher 99
Abb. 46: Abstinenzorientierung im Verlauf 102

Danksagung

Vielen herzlichen Dank an die Jugendlichen von clean.kids, die an der Studie teilgenommen haben. Es ist nicht selbstverständlich, dass ihr euch in einer Lebensphase, die vermutlich für viele von euch nicht einfach war, bereit erklärt habt, den Fragebogen bei der Entlassung auszufüllen und vier Monate später noch einmal sehr persönliche Fragen zu eurer Suchterkrankung und euren aktuellen Lebensumständen und Gefühlen telefonisch zu beantworten.

Mein größter Dank richtet sich außerdem an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von clean.kids, ohne deren Hilfe die Rekrutierung und Datenaufnahme, sei es über die BADO, die Aufklärung über die Studienteilnahme oder die Ausgabe der Entlassungsfragebögen an die Jugendlichen, nicht möglich gewesen wäre. Stellvertretend möchte ich an dieser Stelle dem pflegerischen Leiter von clean.kids Samuel Richter persönlich danken, der die Verantwortung für die Organisation übernahm.

Über den gesamten Zeitraum meiner Promotion war Prof. Dr. Renate Schepker eine Betreuerin, wie man sie sich nicht besser hätte wünschen können. In den letzten fünf Jahren stand sie mir jederzeit und ausnahmslos für alle Arten von Fragen, persönliche Treffen, Korrekturen, Anregungen, Lob und Kritik zur Seite und wirkte dadurch besonders in schwierigen Phasen als eine entscheidend unterstützende und motivierende Kraft. Vielen Dank dafür!
Vor allem während der Planungs- und Initiationsphase und bis zu seinem Weggang aus dem ZfP war Oberarzt Dr. Jakob Nützel mein erster Ansprechpartner, von dem ich ebenso hervorragend betreut wurde und bei dem ich mich daher ebenfalls herzlich bedanken möchte.
Des Weiteren gilt mein Dank der therapeutischen Leiterin von clean.kids Dr. Ulrike Amann, die für einen reibungslosen Studienablauf auf der Station sorgte und im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse, ebenso wie Oberarzt Dr. Jonathan Wolf, anregende fachliche Impulse beisteuerte.

Vielen Dank für die Korrekturarbeit an Heinz Zimmermann, Susanne Greiner, Johannes Konz und Thorsten Zachary. Erika Schuller danke ich ebenfalls für die Hilfe bei der Korrektur, die grafische Gestaltung des Studienplans und die Anregungen zum Layout.
Zuletzt möchte ich mich bei meinen Eltern für die Unterstützung während der gesamten Studienzeit und Promotionsphase bedanken, ohne die vieles nie möglich gewesen wäre.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Johannes Greiner
Geburtsdatum:	31.01.1988
Geburtsort:	Esslingen am Neckar
Staatsangehörigkeit:	deutsch

Schulausbildung

1994 - 1998	Grundschule Lichtenwald
1998 – 2008	Gymnasium Plochingen

Hochschulausbildung

10/2009 – 09/2016	Studium der Humanmedizin, Universität Ulm

Prüfungen

09/2011	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2014	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
06/2016	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Praktisches Jahr

2015 – 2016

1. Tertial	Chirurgie, Klinik am Eichert Göppingen und Karapitiya Teaching Hospital, Galle, Sri Lanka
2. Tertial	Urologie, Klinik am Eichert Göppingen
3. Tertial	Innere Medizin, Asklepios Klinik Nord, Hamburg

Approbation

11/2016	Approbation als Arzt

Berufliche Weiterbildung

Seit 03/2017	Arzt in Weiterbildung, Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Onkologie / Hämatologie, Gastroenterologie und Infektiologie (Prof. Dr. M. Geißler), Klinikum Esslingen GmbH, Esslingen am Neckar

Anhang

-Entlassungsfragebogen

-Katamnesefragebogen (Telefoninterview)

-Kodierleitfaden der qualitativen Inhaltsanalyse mit Kategoriensystem und Ankerbeispielen

Fragebogen zur Entlassung aus clean.kids

Hallo!

Mein Name ist Johannes Greiner und ich untersuche die Ergebnisse der Station clean.kids. Zu Beginn deiner Behandlung hast du dich bereit erklärt, an der wissenschaftlichen Untersuchung von clean.kids teilzunehmen. Wie du dich vielleicht erinnerst, geht es dabei um zwei Befragungen:
Die Erste jetzt bei deiner Entlassung durch diesen Fragebogen und die Zweite vier Monate nach deiner Entlassung durch ein Telefoninterview. Dafür werde ich dich in vier Monaten anrufen und du kannst die Fragen am Telefon beantworten.

Ich bitte dich bei allen Fragen um eine ehrliche Antwort, dir entsteht aber keinesfalls ein Nachteil, egal wie du antwortest. Außer mir sieht die Ergebnisse in Verbindung mit deinem Namen niemand von den clean.kids-Betreuern oder -Ärzten.

Falls du also immer noch mitmachen möchtest, bitte ich dich, den Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank, dass du dir die Zeit dafür nimmst!

41 Wo wirst du nach deiner Entlassung aus clean.kids wohnen?

_____

42 Welche Schulform wirst du in Zukunft besuchen (Haupt-/Realschule, Gymnasium, andere)?

_____

43 Welche Schulform hast du vor der Behandlung besucht?

_____

44 Kennst du eine Person aus deinem Umfeld, der du voll verstraust und mit der du über alles reden kannst, auch wenn es dir richtig schlecht geht (Freund/Freundin, Eltern, Verwandte,…)?

2☐ Ja; wen? _____ 1☐ Nein

45.1 Hast du eine feste Freundin/einen festen Freund?

2☐ Ja (45.2 Konsumiert sie/er regelmäßig Suchtmittel? □ Ja □ Nein) 1☐ Nein

46 Wie viele Personen aus deinem Freundeskreis konsumieren regelmäßig Suchtmittel?
1□ alle
2□ die Meisten
3□ etwa die Hälfte
4□ die Wenigsten
5□ niemand

47 Hast du während der Therapie regelmäßig Kontakt zu deinen Freunden gehabt?

2☐ Ja 1☐ Nein

48 Haben dich deine Freunde während der Zeit bei clean.kids unterstützt?
1□ alle
2□ die Meisten
3□ etwa die Hälfte
4□ die Wenigsten
5□ niemand

49 Hast du im Laufe der Therapie den Kontakt zu machen Freunden abgebrochen?

2☐ Ja; warum?_____ 1☐ Nein

50 Haben dich deine Eltern/Pflegeeltern während der Zeit bei clean.kids unterstützt?
2□ Ja 1□ Nein

51 Hast du während dem Aufenthalt bei clean.kids ein neues Hobby für dich entdeckt?
2□ Ja; was genau?_____ 1□ Nein

52 Haben deine Eltern/Pflegeeltern während deiner Therapie ebenfalls Hilfe in Anspruch genommen (z.B. Psychotherapie, Familientherapie, Jugendamt, …)?

2☐ Ja; weißt du was genau?_____ 1☐ Nein

53 Wirst du auch nach clean.kids weiterhin Hilfe in Anspruch nehmen (z.B. Jugendbetreuer, Psychotherapie, Familientherapie, ambulante Weiterbetreuung…)?

2☐ Ja; was genau?_____ 1☐ Nein

<u>Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Einschätzung deiner erreichten Therapieerfolge (bitte ankreuzen)</u>

54 Wie hat sich deine Gesamtsituation durch clean.kids verändert?
1☐ sehr stark verbessert
2☐ deutlich verbessert
3☐ etwas verbessert
4☐ unverändert
5☐ verschlechtert
0☐ nicht beurteilbar

55 Wie haben sich deine Sucht- oder Entzugssymptome verändert?
1☐ sehr stark verbessert
2☐ deutlich verbessert
3☐ etwas verbessert
4☐ unverändert
5☐ verschlechtert
0☐ nicht beurteilbar

56 Wie beurteilst du nach deiner Therapie den regelmäßigen Konsum von Suchtmitteln?
1☐ stark kritische Beurteilung
2☐ deutlich kritische Beurteilung
3☐ leicht kritische Beurteilung
4☐ unveränderte Beurteilung
5☐ weniger kritische Beurteilung
0☐ nicht beurteilbar

57 Wie möchtest du in Zukunft mit dem Konsum von Suchtmitteln umgehen?
1☐ überhaupt kein Konsum mehr
2☐ stark eingeschränkter Konsum
3☐ leicht reduzierter Konsum
4☐ unveränderter Konsum
5☐ verstärkter Konsum
0☐ nicht beurteilbar

58 Wie schätzt du das Verhältnis zu deinem familiären/häuslichen Umfeld nach der Therapie ein (z.B. Einhalten von Absprachen oder respektvolle Konfliktklärung)?
1□ sehr große Fortschritte
2□ deutliche Fortschritte
3□ leichte Fortschritte
4□ unverändert
5□ schlechter als vor der Therapie
0□ nicht beurteilbar

59 Wie möchtest du in Zukunft mit Freunden umgehen die regelmäßig Suchtmittel konsumieren?
1□ Kontakt vollständig abbrechen
2□ Kontakt deutlich einschränken
3□ Kontakt ein wenig einschränken
4□ gleich viel Kontakt wie vor der Therapie
5□ mehr Kontakt als vor der Therapie
0□ nicht beurteilbar

60 Wie schätzt du die Fortschritte durch clean.kids in der Schule und in der Motivation für deine berufliche Zukunft ein?
1□ sehr große Fortschritte
2□ deutliche Fortschritte
3□ leichte Fortschritte
4□ unverändert
5□ schlechter als vor der Therapie
0□ nicht beurteilbar

Bei den folgenden Fragen darfst du Schulnoten vergeben, die deiner Meinung nach zutreffen (bitte ankreuzen)

61 Wie war deine Motivation die Therapie durchzuziehen während der Zeit bei clean.kids?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 - ungenügend

62 Wie schätzt du momentan deine Fähigkeit ein, vollständig clean zu bleiben?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 - ungenügend

63 Wie kommst du mit gleichaltrigen Jugendlichen zurecht?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 - ungenügend

64 Wie schätzt du aktuell deine Fähigkeit ein „Nein!“ zu sagen, wenn du etwas nicht möchtest, auch wenn du dich damit eventuell gegen deine Freunde, Eltern oder andere Bekannte stellen müsstest?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 – ungenügend

65 Wie schätzt du aktuell dein Selbstbewusstsein und dein Selbstwertgefühl ein?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 – ungenügend

66 Wie bewertest du die Behandlung von clean.kids?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 – ungenügend

Zum Schluss noch ein paar offene Fragen

67 Was hat dir in der Behandlung von clean.kids am meisten geholfen?

_____
_____
_____
_____
_____

68 Was fandst du in der Behandlung von clean.kids schwierig?

_____
_____
_____
_____
_____

69 Kam es zu einem Abbruch während deiner Behandlung?

2☐ Ja 1☐ Nein

70 Wer hat den Abbruch veranlasst?

1☐ Ich 2☐ meine Eltern 3☐ das Team

71 Kam es zur Wiederaufnahme der Therapie?

2☐ Ja; welche Gründe haben dich dazu bewegt die Therapie fortzusetzen?

_____
_____
_____
_____
_____

1☐ Nein

72 Wie hast du es geschafft, da zu stehen wo du jetzt bist? Wer oder was hat dir während der Therapie am meisten geholfen?

_____
_____
_____
_____
_____

73 Wenn du noch mal ganz von vorne anfangen könntest, was würdest du anders machen?

_____
_____
_____
_____
_____

---------- ----------

(Name) (Datum und Unterschrift)

Vielen Dank, dass du die vielen Fragen beantwortet hast!
Bitte gib hier noch einmal deine aktuelle Telefonnummer an, unter der ich dich in 4 Monaten für das Telefoninterview erreichen kann: _____

Bis dahin wünsche ich dir alles Gute!
Johannes Greiner (wissenschaftlicher Mitarbeiter)

Ausformulierter Interviewleitfaden

Hallo…….(Name des Patienten)

Mein Name ist Herr Greiner und ich bin ein wissenschaftlicher Mitarbeiter bei clean.kids. Wir führen derzeit eine Untersuchung darüber durch, was die Behandlung in clean.kids dem Einzelnen bringt. Du hast Dich bei deiner Aufnahme bereit erklärt an dieser Untersuchung teilzunehmen. Ist es für Dich in Ordnung, dass ich Dir ein paar persönliche Fragen stelle? Die Fragen sind so ähnlich wie am Anfang, als Du in clean.kids aufgenommen wurdest und das Interview dauert ungefähr 15 bis 20 min.

Datum:_____

☐ Ja, nimmt an dem Interview teil ☐ Nein, zieht sein Einverständnis zurück

01 Bei wem wohnst Du zurzeit?

01.1 Mutter/Ersatzmutter	01.2 Vater/Ersatzvater	01.3 Andere Wohnsituation
1 leibliche Mutter	1 leiblichem Vater	0 trifft nicht zu
2 Stiefmutter	2 Stiefvater	1 stationäre Jugendhilfe
3 Adoptivmutter	3 Adoptivvater	2 Reha/Therapieeinrichtung
4 Pflegemutter	4 Pflegevater	3 wohnt allein
5 Großmutter	5 Großvater	4 in Ehe/Partnerschaft, WG
6 Verwandte, sonst. Ers. M.	6 Verwandte, sonst. Ers. V.	5 Notunterkunft
8 keiner Mutter	8 keinem Vater	6 kein fester Wohnsitz
9 unbekannt	9 unbekannt	9 unbekannt

02 Bist Du im letzten Jahr umgezogen? 1☐ Nein

2☐ Wenn ja, wohin

_____

_____

03 Gab es bei Dir Veränderung in Schule, Ausbildung, Arbeit? (Abbruch, Wechsel, Beginn, Abschluss)

1☐ Nein

2☐ ja, welche?

_____

_____

04 Wie viele Tage hast Du während der letzten 30 Tage die Schule besucht?

Anzahl der Tage _____

05.1 Woher hast Du das Geld für Deinen Lebensunterhalt?

□ nein □ ja 1 Erwerbstätigkeit, Ausbildungsbeihilfe
□ nein □ ja 2 Arbeitslosengeld, -hilfe
□ nein □ ja 3 Sozialhilfe
□ nein □ ja 4 Altersruhegeld
□ nein □ ja 5 Unterstützung durch Eltern, Angehörige, Partner oder Freunde
□ nein □ ja 6 Illegale Einkünfte
□ nein □ ja 7 Prostitution
□ nein □ ja 8 Andere Einkünfte

05.2 Was war Deine hauptsächliche Geldquelle für Lebensunterhalt in den letzten 30 Tagen (Code 1-8 angeben) _____

06 Hast Du Schulden? (ohne Geldstrafen) 1□ nein 2□ ja, Betrag _____

07 Hattest Du bedeutsame Phasen, in denen Du erhebliche Schwierigkeiten hattest mit den folgenden Personen auszukommen?

1□ Mutter
2□ Vater
3□ Brüder/Schwestern
4□ Lebensgefährte/Freund/Gatte
5□ Kinder
6□ Andere wichtige Familienmitglieder, welche _____
7□ gute Freunde
8□ Nachbarn
9□ Kollegen/Arbeitgeber/Lehrer/Schulkameraden
0□keine Schwierigkeiten

08 Befandst Du Dich seit der Entlassung von clean.kids in einer institutionellen Umgebung?

1□ nein
2□ Straf-/Untersuchungshaft
3□ stationäre Suchteinrichtung
4□ stationäre medizinische Behandlung
5□ stationäre psychiatrische Behandlung
6□ Entgiftung
7□ Ausnüchterung/Notfallaufnahme
8□ andere, welche_____

09 Wie viele Tage warst Du dort? _____

10 Hast Du zwischenzeitlich Hilfe oder Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten in Anspruch genommen (BADO 11)

1 nein
2 nicht-psychiatr. Beh./Beratung (z.B. EB)
3 ambulante psychiatr. Behandung
4 stationäre psychiatr. Behandlung
5 nicht näher bezeichnete Behandlung/Beratung
6 amb. *und* stat. psychiatr. Behandlung
8 andere
9 unbekannt

11 Warst Du zwischenzeitliche in Beratung/Behandlung wg. Alkohol-/Drogenproblemen

	1 nein, 2 ja, 9 unbekannt
Drogenberatung	1 2 9
spez. ambulante Behandlung	1 2 9
Substitutionsbehandlung	1 2 9
Stationäre Entgiftung	1 2 9
Stationäre Entwöhnung	1 2 9

12 Gab es inzwischen rechtliche Probleme

z.B. eine Anklage seit der Entlassung: ☐ Nein ☐ unbekannt

wenn ja, wegen _____

1 2 9 BtM-Delikten
1 2 9 Beschaffungsdelikten im Zushg. mit Drogenproblematik
1 2 9 Gewalttaten (Sachbeschädigung, Körperverletzung)
1 2 9 anderen Delikten

Gab es Veränderungen im Drogengebrauch?

13.1 Nach wie vielen Wochen war der erste Drogenkonsum nach Entlassung?

_____

13.2 Hast Du „neue“ Substanzen konsumiert? 1☐ nein 2 ☐ ja, welche?

_____

13.3 Hast Du best. Substanzen reduziert oder ganz weggelassen? 1☐ nein 2☐ ja, welche?

_____

13.4 Gab es Abstinenzphasen? 1☐ nein 2 ☐ ja, längste Dauer

_____

13.5 Welche Substanzen hast Du in den letzten 4 Wochen konsumiert? Und wie häufig hast Du diese Substanzen konsumiert?

	In den letzten 4 Wochen				
	Nicht	Gelegentlich 1-3x	Wochenendkonsum 4-8 x	Regelmäßiger Konsum 3-6x/Woche	Täglicher Konsum
Alkohol	1	2	3	4	5
Opioide: Heroin	1	2	3	4	5
Methadon	1	2	3	4	5
Codein	1	2	3	4	5
Andere opiathaltige Mittel	1	2	3	4	5

Cannabinoide (Haschisch, Marihuana)	1	2	3	4	5
Sedativa: Benzodiazepine	1	2	3	4	5
Hypnotika: Barbiturate	1	2	3	4	5
Andere Sedativa/Hypnotika	1	2	3	4	5
Kokain	1	2	3	4	5
Crack	1	2	3	4	5
Stimulanzien: Amphetamine (Speed)	1	2	3	4	5
Entaktogene (Ecstasy; MDMA u.ä.)	1	2	3	4	5
Halluzinogene: LSD	1	2	3	4	5
Meskalin	1	2	3	4	5
Andere:	1	2	3	4	5
Tabak	1	2	3	4	5
Flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelstoffe)	1	2	3	4	5
Gase (Lachgas)	1	2	3	4	5
Pilze, andere Pflanzen	1	2	3	4	5
Sonst. Psychotrope Substanzen	1	2	3	4	5

14 Drogengebrauch

An wie viel Tagen in den letzten 4 Wochen hast Du

illegale Drogen ____ ____ (Anzahl Tage) konsumiert

Alkohol ____ ____ (Anzahl Tage) konsumiert

Tabak ____ ____ (Anzahl Tage) konsumiert.

15 Wie viel Geld hast Du im letzten Monat schätzungsweise ausgegeben für

Alkohol _____€ andere Drogen _____ €

16 Woher stammte das Geld für Alkohol / Drogen überwiegend?

( ) 1 Erwerbstätigkeit
( ) 2 Arbeitslosengeld, -hilfe
( ) 3 Sozialhilfe
( ) 4 Halb-Waisenrente/Altersruhegeld
( )5 Unterstützung durch Eltern, Angehörige, Partner oder Freunde
( ) 6 Illegale Einkünfte
( ) 7 Prostitution
( ) 8 Andere Einkünfte

17 Nach dem Du Drogen konsumiert hast, welche Folgekomplikationen kamen vor:

	1=nein 2=ja 9=unbekannt
Probleme mit Eltern	1 2 9
Probleme mit Partner(in)	1 2 9
Schul- Arbeits-, Ausbildungsschwierigkeiten	1 2 9
Vernachlässigung von Interessen	1 2 9
Soziale Isolation	1 2 9
Probleme mit der Szene (z.B. Dealern..)	1 2 9

18 Gab es seit der Behandlung Zeiten, in denen folgendes vorkam:

schwere Depressionen	□ nein □ ja
Angst- und Spannungszustände	□ nein □ ja
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	□ nein □ ja
Halluzinationen	□ nein □ ja
Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	□ nein □ ja
Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches/emotionales Problem	□ nein □ ja
ernsthafte Selbstmordgedanken	□ nein □ ja
Selbstmordversuche	□ nein □ ja
Selbstverletzendes Verhalten, „Schnipseln“	□ nein □ ja

19 Falls Du wieder Probleme mit Drogen hast und Hilfe in Anspruch nehmen wolltest, würdest Du dann nochmals eine stationäre Behandlung bei clean.kids machen?

1 □ eher nein 0 □ weiß nicht 2 □ eher ja

Alternative?_____

20 Hat deine Familie zwischenzeitlich psychiatrische oder andere Hilfe/Konsultationen in Anspruch genommen (BADO 11)

1 nein
2 nicht-psychiatr. Beh./Beratung (z.B. EB)
3 ambulante psychiatr. Behandlung
4 stationäre psychiatr. Behandlung
5 nicht näher bezeichnete Behandlung/Beratung
6 amb. *und* stat. psychiatr. Behandlung
8 andere
9 unbekannt

21 Kennst du eine Person aus deinem Umfeld, der du voll verstraust und mit der du über alles reden kannst, auch wenn es dir richtig schlecht geht (Freund/Freundin, Eltern, Verwandte,…)?

2□ Ja; wen? _____ 1□ Nein

22 Gehst du seit der Entlassung aus clean.kids einer Freizeitbeschäftigung nach, die du vorher nicht hattest?

2□ Ja, was genau?_____1□ Nein

23.1 Hast du eine feste Freundin/einen festen Freund?

2□ Ja (23.2 konsumiert sie/er regelmäßig Suchtmittel? □ Ja □ Nein) 1 □ Nein

(23.3 Gleiche/r Freund/in wie bei der Entlassung?)

24 Hat sich dein Freundeskreis seit der Entlassung aus clean.kids verändert?
1□ keine alten Freunde mehr
2□ die Wenigsten sind alte Freunde
3□ etwa die Hälfte sind alte Freunde
4□ die Meisten sind alte Freunde
5□ keine Veränderungen

25 Wie viele Personen aus deinem Freundeskreis konsumieren regelmäßig Suchtmittel?
1□ alle
2□ die Meisten
3□ etwa die Hälfte
4□ die Wenigsten
5□ niemand

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Einschätzung deiner erreichten Therapieerfolge (bitte ankreuzen)

26 Wie hat sich deine Gesamtsituation durch clean.kids verändert?
1□ sehr stark verbessert
2□ deutlich verbessert
3□ etwas verbessert
4□ unverändert
5□ verschlechtert
0□ nicht beurteilbar

27 Wie haben sich deine Sucht- oder Entzugssymptome verändert?
1□ sehr stark verbessert
2□ deutlich verbessert
3□ etwas verbessert
4□ unverändert
5□ verschlechtert
0□ nicht beurteilbar

28 Wie beurteilst du nach deiner Therapie den regelmäßigen Konsum von Suchtmitteln?
1□ stark kritische Beurteilung
2□ deutlich kritische Beurteilung
3□ leicht kritische Beurteilung
4□ unveränderte Beurteilung
5□ weniger kritische Beurteilung
0□ nicht beurteilbar

29 Wie möchtest du in Zukunft mit dem Konsum von Suchtmitteln umgehen?
1□ überhaupt kein Konsum mehr
2□ stark eingeschränkter Konsum
3□ leicht reduzierter Konsum
4□ unveränderter Konsum
5□ verstärkter Konsum
0□ nicht beurteilbar

30 Wie schätzt du das Verhältnis zu deinem familiären/häuslichen Umfeld nach der Therapie ein (z.B. Einhalten von Absprachen oder respektvolle Konfliktklärung)?
1□ sehr große Fortschritte
2□ deutliche Fortschritte
3□ leichte Fortschritte
4□ unverändert
5□ schlechter als vor der Therapie
0□ nicht beurteilbar

31 Wie möchtest du in Zukunft mit Freunden umgehen die regelmäßig Suchtmittel konsumieren?
1□ Kontakt vollständig abbrechen
2□ Kontakt deutlich einschränken
3□ Kontakt ein wenig einschränken
4□ gleich viel Kontakt wie vor der Therapie
5□ mehr Kontakt als vor der Therapie
0□ nicht beurteilbar

32 Wie schätzt du die Fortschritte durch clean.kids in der Schule und in der Motivation für deine berufliche Zukunft ein?
1□ sehr große Fortschritte
2□ deutliche Fortschritte
3□ leichte Fortschritte
4□ unverändert
5□ schlechter als vor der Therapie
0□ nicht beurteilbar

Bei den folgenden Fragen darfst du Schulnoten vergeben, die deiner Meinung nach zutreffen (bitte ankreuzen)

33 Wie schätzt du momentan deine Fähigkeit ein, vollständig clean zu bleiben?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 - ungenügend

34 Wie kommst du mit gleichaltrigen Jugendlichen zurecht?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 – ungenügend

35 Wie schätzt du aktuell deine Fähigkeit ein „Nein!“ zu sagen, wenn du etwas nicht möchtest, auch wenn du dich damit eventuell gegen deine Freunde, Eltern oder andere Bekannten stellen müsstest?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 – ungenügend

36 Wie schätzt du aktuell dein Selbstbewusstsein und dein Selbstwertgefühl ein?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 – ungenügend

37 Wie bewertest du die Behandlung von clean.kids?
□ 1 - sehr gut
□ 2 - gut
□ 3 - befriedigend
□ 4 - ausreichend
□ 5 - mangelhaft
□ 6 – ungenügend

Jetzt hab ich noch ein paar offene Fragen an dich, welche du frei beantworten kannst.

Qualitative Fragen

38 Was war nach der Behandlung bei clean.kids für dich hilfreich es zu schaffen keine Drogen zu konsumieren?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

39 In welchen Situationen war es schwierig keine Drogen zu konsumieren?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

40 Würdest du einem Freund etwas raten, wenn du merkst, dass er Drogen nimmt?

_____

_____

_____

_____

Qualitative Inhaltsanalyse clean.kids: Kodierleitfaden

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zu Beginn möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben mich bei meiner Dissertation bei clean.kids zu unterstützen und Sie es ermöglichen, dass die Interraterreliabilität überprüft werden kann.

Ihnen liegt nun das Material von zwei Erhebungszeitpunkten vor:

Teil 1: Antworten aus den Entlassungsfragebögen: Die Fragebögen wurden von den Jugendlichen zum Zeitpunkt der Entlassung handschriftlich ausgefüllt.

Teil 2: Antworten aus den Katamnesefragebögen: Die Fragebögen der Katamnese wurden von den Jugendlichen in einem Telefoninterview beantwortet, wobei das Gesagte wörtlich mitprotokolliert wurde.

Die Fragen unterscheiden sich in beiden Bögen und die Auswertung erfolgt getrennt. Ansonsten ist der Ablauf bei der Kodierung gleich. Namenskürzel und Nummerierungen dienen der Zuordnung des Materials und haben für den Kodierprozess keine Bedeutung.

Bei den Antworten der Patienten handelt es sich in der überwiegenden Anzahl der Fälle um kurze stichpunktartige und relativ eindeutige Antworten, weshalb ich mich bewusst gegen das Zusammenfassen und Paraphrasieren des Materials entschlossen habe. Es handelt sich bei der folgenden Auflistung um die wörtliche Übernahme der Patientenantworten, oft in umgangssprachlicher Form. Nur grobe Rechtschreibfehler wurden zum Zwecke einer besseren Lesbarkeit korrigiert. Eine weitere Anpassung meinerseits ist die Gliederung des Materials in einzelne Antworten, falls von den Patienten bei einer Frage mehrere Antworten in einem langen Satz mit Kommatrennung wiedergegeben wurden. Ein Stichpunkt entspricht hierbei einer Kodiereinheit.
Das erarbeitete Kategoriensystem wurde bereits mehreren Probedurchgängen und anschließenden Überarbeitungen unterzogen. Trotzdem hoffe ich auf Anregungen und Verbesserungsvorschläge in der Kodierkonferenz nach dem ersten Durchgang, falls sich die Übereinstimmung als noch nicht ausreichen zeigen sollte.

Ich wünsche Ihnen allen viel Spaß beim kodieren! Zögern Sie nicht, mir bei Unklarheiten oder Verbesserungsvorschlägen eine Mail an johannes.greiner@uni-ulm.de zu schreiben.

Herzliche Grüße

Johannes Greiner (Doktorand bei clean.kids)

Vorschlag zum Ablauf der Kodierung

Jede Kodiererin und jeder Kodierer sollte sich zu Beginn die Kodierunterlagen ausdrucken und sich mit dem Kategoriensystem zu jeder Frage auseinandersetzen. Kodierregeln und Ankerbeispiele dienen als Hilfestellung, damit den Antworten später leichter von allen Beteiligten die passenden Kategorien zugeordnet werden können.

Das Material ist nicht nach Fragen, sondern nach Patienten aufgelistet, dies dient der Übersichtlichkeit. Es ist jedoch nicht praktikabel für jeden Patienten die Fragen 1-3 durchzugehen und dann mit dem nächsten Patienten weiterzumachen. **Vielmehr hat es sich bewährt, dass die Antworten, z.B. zu Frage 1, von allen Patienten in einem Durchgang kodiert werden und dann mit Frage 2 weitergemacht wird.** So wird verhindert, dass man zwischen den verschiedenen Fragen und Kategoriensystemen umdenken muss und im schlimmsten Fall durcheinanderkommt.
Kodiert man beispielsweise Frage 1 des Entlassungsfragebogens, so legt man sich am besten den Bogen mit dem Kategoriensystem von Frage 1 auf die eine Seite und den Bogen mit den Antworten auf die andere Seite. So hat man die Kategorien und deren Nummern stets im Blick und kann diese dann leicht auf den Antwortbogen übertragen.
Jeder Stichpunkt auf den Antwortbögen symbolisiert eine Antwort (=Kodiereinheit) und folglich sollte im Optimalfall hinter jeder Antwort ein Kategorienkürzel notiert werden. Mehrfachantworten sind üblich und es sollte jeder Antwort eine Kategorie zugeordnet werden, auch wenn bei einer Frage von einem Patienten mehrere Antworten gegeben wurden, denen dieselbe Kategorie zugeordnet werden kann (siehe Beispiel).

In der qualitativen Inhaltsanalyse ist es im Zuge des Kodierprozesses erwünscht, dass auch interpretative Arbeit geleistet wird. Jede Antwort sollte in ihrem Entstehungskontext betrachtet und die Kodierung unter diesem Gesichtspunkt abgewogen werden. So gelingt manchmal auch eine Zuordnung, die auf den ersten Blick nicht ersichtlich ist. Antworten, die keiner Kategorie zugeordnet werden können, fallen unter die Restkategorie.

Beispiel

Frage 1 aus dem Entlassungsfragebogen:
Was hat dir in der Behandlung von clean.kids am meisten geholfen?

<u>Patient X,Y</u>

Antworten Frage 1:	**Kategoriensystem Frage 1:**
-meine Eltern	**K3**
-Freunde	**K3**
-dass ich endlich wieder nen klaren Kopf hatte	**K6**
-die Betreuer waren ziemlich korrekt	**K2**
-Sport machen	**K8**
-Ausgang	**K8**

Teil 1: Kategoriensystem, Kodierregeln & Ankerbeispiele: Entlassungsfragebögen

Frage 1: Was hat dir in der Behandlung von clean.kids am meisten geholfen?
K1: Psychotherapien / Therapeuten Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, welche sich auf die psychotherapeutischen Interventionen des ärztlichen und nicht-ärztlichen therapeutischen Personals von clean.kids beziehen. Ankerbeispiel: „Therapeut“
K2: Umgang der Betreuer mit den Patienten Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, welche sich auf den Umgang des nicht-therapeutischen Personals, und im Besonderen der jeweiligen „Bezugis“, mit den Patienten beziehen. Ankerbeispiel: „Dass die Betreuer nicht persönlich wurden“
K3: Unterstützung durch Bezugspersonen (Eltern, Freunde, Partner) Kodiert werden mit dieser Kategorie Nennungen von hilfreichen Bezugspersonen außerhalb der Station von clean.kids. Sowohl Familienmitglieder als auch Freunde, Partner oder sonstige Bezugspersonen fallen darunter. Ankerbeispiel: „Meine Eltern“
K4: Kontakt zu Mitpatienten Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die das Zusammenleben und den Austausch mit anderen Patienten von clean.kids als hilfreich beschreiben. Auch Nennungen von einzelnen Namen werden hier kodiert, wenn wahrscheinlich ist, dass Mitpatienten gemeint sind. Ankerbeispiel: „Sprechen mit Patienten“
K5: Eigener Antrieb Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, aus denen ein den Patienten immanenter Wille bzw. Antrieb, die Therapie durchzuziehen und clean zu werden, erkennbar ist. Ankerbeispiel: „Meine Motivation“
K6: Erfahrung clean zu sein/drogenfreier Alltag Kodiert werden mit dieser Kategorie Nennungen von Erfahrungen im Rahmen des drogenfreien Alltags während der Therapie und des Gefühls clean zu sein, die als positiv bewertet werden. Ankerbeispiel: „Zu sehen wie schön alles sein kann ohne Drogen“
K7: Reflexion der eigenen Situation Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, aus denen hervorgeht, dass die Patienten zum Nachdenken über sich und ihre Zukunft angeregt wurden. Ankerbeispiel: „Mehr Gedanken um meine Zukunft machen“
K8: Freizeitaktivitäten / Ausgang Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die sich auf Freizeitaktivitäten während der Therapie und den Ausgang gegen Ende der Behandlung beziehen. Ankerbeispiel: „Fahrradtour nach Friedrichshafen“
K9: Therapeutische Angebote Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die alle nicht-psychotherapeutischen Therapieangebote bei clean.kids als hilfreich benennen. Ankerbeispiel: „Die Ergotherapie“
K10: Strukturierter Alltag / Ablenkung Kodiert werden in dieser Kategorie Antworten, welche Bezug auf allgemeine ablenkende Maßnahmen, wie Regeln im Stationsalltag, den durchgeplanten Tagesablauf und andere alltagsstrukturierende Faktoren in clean.kids nehmen. Ankerbeispiel: „Hausarbeit erledigen“
K11: Restkategorie

Frage 2: Was hast du als schwierig in der Behandlung von clean.kids erlebt?
K1: Entzug / Anfangsphase Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die sich auf Schwierigkeiten durch Eingewöhnung und Entzug während der ersten Wochen bei clean.kids beziehen. Ankerbeispiel: „Die ersten 4 Wochen“
K2: Strukturierter Alltag / Regeln Kodiert werden mit dieser Kategorie Nennungen von Schwierigkeiten mit dem Befolgen von Regeln im Stationsalltag (außer Rauchverbot, siehe K3) und der Bewältigung kleinerer Aufgaben und Diensten. Ankerbeispiel: „Die ganzen Regeln“
K3: Rauchverbot Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die Schwierigkeiten mit der Beachtung des Rauchverbots auf der Station oder mit eventuellen Nikotinentzugserscheinungen, die durch das Rauchverbot bedingt sind, benennen. Ankerbeispiel: „nicht rauchen“
K4: Umgang mit anderen Patienten Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die Probleme bezüglich des Umgangs und Arrangements mit anderen Jugendlichen im Stationsalltag bei clean.kids schildern. Ankerbeispiel: „Sich mit den Jugendlichen zu arrangieren“
K5: Einschränkung des Kontakts nach außen Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die sich auf Schwierigkeiten mit der Einschränkung im Bereich der Kommunikation nach außen und des Ausgangs beziehen. Ankerbeispiel: „die Abgrenzung zur Außenwelt“
K6: Nichts war schwierig Kodiert werden mit dieser Kategorie alle pauschalen Antworten, in welchen die Jugendlichen äußern, nichts als schwierig erlebt zu haben. Ankerbeispiel: „nichts“
K7: Alles war schwierig Kodiert werden mit dieser Kategorie alle pauschalen Antworten, in welchen die Jugendlichen äußern, alles als schwierig erlebt zu haben. Ankerbeispiel: „alles“
K8: Restkategorie

Teil 2: Kategoriensystem, Kodierregeln & Ankerbeispiele: Katamnesefragebögen

Frage 1: Was war nach der Behandlung in clean.kids für dich hilfreich es zu schaffen keine Drogen zu nehmen?
K1: Prägende Erfahrungen aus der Therapie Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, in welchen die Jugendlichen rückblickend auf die Zeit bei clean.kids verweisen und Angaben zu Personen, therapeutischen Interventionen oder sonstigen als hilfreich erlebten Erfahrungen machen, die sie auch noch Monate später als bedeutend bewerten. Ankerbeispiel: „Was ich aus den Gesprächen mit den Betreuern mitgenommen hab“
K2: Unterstützung durch Bezugspersonen Kodiert werden mit dieser Kategorie Nennungen von Personen aus dem direkten privaten Umfeld, wie Familienmitglieder, Freunde oder Partner, die als hilfreich in der Zeit nach der Therapie bewertet werden. Ankerbeispiel: „Meine Freundin“
K3: Selbstermächtigung / Anwendung erlernter Strategien gegen den Suchtdruck Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, aus denen hervorgeht, dass die Jugendlichen gegen ihre Drogensucht im Alltag auf konkrete Techniken aus der Therapie zurückgreifen oder eine Kontrolle der Sucht durch selbstbewusstes und eigenmächtiges Handeln erleben. Ankerbeispiel: „Die Sachen die man gelernt hat gegen den Suchtdruck“
K4: Eigener Antrieb Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die Eigenmotivation bzw. den Willen clean bleiben zu wollen als hilfreichen Faktor für Drogenabstinenz benennen. Ankerbeispiel: „Will mich jetzt auch für die Eltern anstrengen […]“
K5: Kein Kontakt zu früheren Freunden / anderes Umfeld Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, aus denen hervorgeht, dass sich die Jugendlichen in einem anderen sozialen Umfeld als vor der Therapie bewegen oder es nach der Therapie zu einem Kontaktabbruch zu konsumierenden Freunden kam. Ankerbeispiel: „Hab auf eine andere Schule gewechselt"
K6: Strukturierter Alltag Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, welche einen geregelten Tagesablauf und die damit verbundene Ablenkung als hilfreich beim Umgang mit dem Suchtdruck beschreiben. Ankerbeispiel: „Dass ich jetzt nicht mehr so viel Zeit hab, halt nen durchgeplanten Tag und so“
K7: Negative Zukunftsaussichten durch fortgesetzten Konsum Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, aus denen hervorgeht, dass die Jugendlichen erkennen, dass ihre Situation perspektivlos ist, wenn sie weiterhin unverändert konsumieren. Ankerbeispiel: „Hab keine Perspektive wenn ich konsumiere“

Frage 2:
In welchen Situationen war es schwierig keine Drogen zu konsumieren?

K1: Konflikt- und Stresssituationen
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, welche psychosozial belastende Lebensereignisse und Alltagssituationen als Risiko für Drogenkonsum benennen.

Ankerbeispiel: „Wenn ich mich mit meiner Mutter gestresst hab“

K2: Psychische Probleme
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, in denen Jugendliche einen durch eine psychiatrische Komorbidität bedingten Leidensdruck beschreiben und diesen als Risiko für Drogenkonsum ansehen.

Ankerbeispiel: „Wenn ich psychische Probleme hatte.“

K3: Feiern / Partys
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die auf eine Verbindung von Drogenkonsum und Partyverhalten hinweisen.

Ankerbeispiel: „An Silvester wars schwer“

K4: Gewohnheitssituationen
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, welche unspezifische Alltagssituationen beschreiben, die ein Risiko für gewohnheitsmäßigen Drogenkonsum bergen.

Ankerbeispiel: „Am Wochenende und in den Ferien, wenn ich zu viel Zeit hab“

K5: Konsumierendes Umfeld
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die ein konsumierendes Umfeld, z.B. im Freundeskreis oder in der Familie, als problematisch in Bezug auf die eigene Abgrenzung vom Drogenkonsum beschreiben.

Ankerbeispiel: „Wenn ich mit meinen Freunden zusammen war“

K6: Keine Schwierigkeiten
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, in denen Schwierigkeiten pauschal verneint werden.

Ankerbeispiel: „Gabs nicht“

K7: Restkategorie

Frage 3:
Was würdest du einem Freund raten, wenn du merkst, dass Drogen nimmt?

K1: Folgen des Drogenkonsums aufzeigen
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, in denen allgemeine oder spezielle Konsequenzen des Drogenkonsums aufgezeigt werden. Auch durch eigene Erfahrungen ergänzte Ratschläge fallen unter diese Kategorie.

Ankerbeispiel: „Er solls lieber bleiben lassen, weils viel kaputt macht und nichts bringt. […]"

K2: Therapie vorschlagen / Hilfe annehmen
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, die den Rat enthalten, möglichst eine ambulante oder stationäre (psychiatrische/psychotherapeutische) Therapie zu machen oder anderweitig Hilfe zu suchen.

Ankerbeispiel: „Zur Drogenberatung oder Suchttherapie gehen"

K3: Kontrollierter Konsum
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, in welchen Ratschläge zu einem bestimmten kontrollierten Konsumverhalten erteilt werden. Hierunter fallen Ratschläge zu Auswahl/Ausschluss bestimmter Drogen oder genauen/groben Mengenangaben bezüglich des Konsums und des Konsumverhaltens in bestimmten Situationen.

Ankerbeispiel: „Er soll sich beherrschen nicht zu viel zu trinken"

K4: Keinen Rat erteilen, man muss selbst die Erfahrung machen
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, aus denen hervorgeht, dass die Jugendlichen es als nicht sinnvoll erachten einen Ratschlag zu erteilen, da sie die gemachten Erfahrungen als nötig oder wichtig bewerten.

Ankerbeispiel: „Nein würde nichts raten, jeder soll selber die Erfahrungen machen"

K5: Pauschales abraten
Kodiert werden mit dieser Kategorie Antworten, in denen pauschal vom Konsum sämtlicher Drogen abgeraten wird.

Ankerbeispiel: „Er solls nicht machen!"

K6: Restkategorie