

In der vorliegenden Dissertation mit dem Titel „Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen im deutschen Gesundheitssystem – Quantitative Studie zur Evaluation bestehender Weiterentwicklungspotenziale“ wird zunächst der aktuelle Forschungsstand mit ergänzender Referierung von zwei vom Autor durchgeführten Forschungswerkstätten in Bezug auf die regionale Versorgungslage sowie im Hinblick auf stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als mögliche Weiterentwicklung des Hilfesystems dargestellt. Anschließend wird eine Evaluation der Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694 zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen erhoben. Dies geschieht anhand einer bundesweiten Online-Befragung in entsprechenden Spezialstationen der Kinder- und Jugendpsychiatrien. Die Forschungsfragen, ob gegebene Mindestmerkmale und Potenziale als praxisnah, aktuell, bedarfsorientiert und notwendig eingeschätzt werden, leiten über zur berufsgruppenspezifischen Einschätzung der Fachkräfte. Gegebene Mindestmerkmale bilden den Alltag klinischen Handelns ab, weisen dennoch setting- und methodenspezifische Weiterentwicklungspotenziale auf. Es erfolgt die Gegenüberstellung aktuell geltender Mindestmerkmale und identifiziertem Weiterentwicklungspotenzial, welche von aktueller Fachliteratur und den Ergebnissen der vorliegenden Erhebung gestützt wird. Die Erkenntnisse dieser Dissertation bieten eine Grundlage für die Optimierung und Anpassung von Mindestmerkmalen und Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen.

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen im deutschen Gesundheitssystem
– Quantitative Studie zur Evaluation bestehender Weiterentwicklungspotenziale

**Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen
mit substanzbezogenen Störungen
im deutschen Gesundheitssystem**
– *Quantitative Studie zur Evaluation
bestehender Weiterentwicklungspotenziale*



Universität Regensburg
UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

ISBN 978-3-88246-518-1



Florian Moser



Eine Publikation der
Universitätsbibliothek Regensburg

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen
Störungen im deutschen Gesundheitssystem.

Quantitative Studie zur Evaluation bestehender Weiterentwicklungspotenziale



Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaften
(Dr. sc. hum.)

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Florian Moser
aus
Mühldorf am Inn

im Jahr
2024

Erstgutachter (Betreuer): Prof. Dr. Romuald Brunner
Zweitgutachter: Dr. Jürgen Unger

Tag der Prüfung: 22. Oktober 2024

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN (Print): 978-3-88246-518-1

ISBN (PDF): 978-3-88246-519-8

DOI: 10.5283/epub.59432

Link zur Online-Version: <https://epub.uni-regensburg.de/59432>

Satz und Layout: Florian Moser

Titelbild: Ernst Ludwig Kirchner (1917). Selbstbildnis unter Morphium, gemeinfrei. https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/64/Kirchner_-_Selbstbildnis_unter_Morphium.jpg

arsenisspyros (2019). <https://www.istockphoto.com/de/foto/kompass-auf-dem-goldenen-sand-am-meer-gm1149823515-311035652>

Umschlaggestaltung: Peter Brünsteiner

Herstellung: Universitätsbibliothek Regensburg

Erscheinungsort: Regensburg, 2024

Druck und Bindung: Digital Print Group o. Schimek GmbH, Nürnberg

Dieses Werk ist unter der Creative Commons-Lizenz



Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) veröffentlicht.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1 Einleitung	10
1.1 Hinführung zum Thema	10
1.2 Stand der Forschung.....	16
1.2.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	17
1.2.1.1 Epidemiologie und soziodemografische Daten.....	18
1.2.1.2 Ätiologie	22
1.2.1.3 Diagnostik	27
1.2.1.4 Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter	33
1.2.2 Behandlung im deutschen Gesundheitssystem.....	37
1.2.2.1 Allgemeine Therapieprinzipien.....	39
1.2.2.2 Bestehende Behandlungsangebote.....	45
1.2.2.3 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung.....	50
1.2.2.4 Regionale Versorgungslage	57
2 Ziele, Forschungsfragen und Hypothesen.....	67
3 Methode	71
3.1 Forschungsdesign.....	71
3.2 Beschreibung der Stichprobe.....	72
3.3 Erstellung des Fragebogens	74
3.4 Planung und Durchführung der Erhebung	74
3.5 Datenvalidität: Gütekriterien	77
3.6 Statistische Auswertungsinstrumente	78

4 Ergebnisse	80
4.1 Deskriptive Analyse.....	80
4.2 Interferenzstatistische Befunde.....	105
5 Diskussion	112
5.1 Diskussion der Methode und Limitation der Studie	112
5.2 Diskussion der Ergebnisse	113
5.2.1 Setting.....	113
5.2.2 Therapeutische Maßnahmen	124
6 Fazit und Ausblick.....	128
7 Literaturverzeichnis	135
8 Anhang.....	160
Anhang A.....	161
Anhang B	161

Abstract

In der vorliegenden Dissertation mit dem Titel „Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen im deutschen Gesundheitssystem – Quantitative Studie zur Evaluation bestehender Weiterentwicklungspotenziale“ wird zunächst der aktuelle Forschungsstand mit ergänzender Referierung von zwei vom Autor durchgeführten Forschungswerkstätten in Bezug auf die regionale Versorgungslage sowie im Hinblick auf stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als mögliche Weiterentwicklung des Hilfesystems dargestellt. Anschließend wird eine Evaluation der Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694 zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen erhoben. Dies geschieht anhand einer bundesweiten Online-Befragung in entsprechenden Spezialstationen der Kinder- und Jugendpsychiatrien. Die Forschungsfragen, ob gegebene Mindestmerkmale und Potenziale als praxisnah, aktuell, bedarfsorientiert und notwendig eingeschätzt werden, leiten über zur berufsgruppenspezifischen Einschätzung der Fachkräfte. Gegebene Mindestmerkmale bilden den Alltag klinischen Handelns ab, weisen dennoch setting- und methodenspezifische Weiterentwicklungspotenziale auf. Es erfolgt die Gegenüberstellung aktuell geltender Mindestmerkmale und identifiziertem Weiterentwicklungspotenzial, welche von aktueller Fachliteratur und den Ergebnissen der vorliegenden Erhebung gestützt wird. Die Erkenntnisse dieser Dissertation bieten eine Grundlage für die Optimierung und Anpassung von Mindestmerkmalen und Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Prävalenz des Cannabiskonsums von 12-17-Jährigen in Deutschland seit 1993</i>	21
Abbildung 2 <i>Verteilung der Berufsgruppen</i>	73
Abbildung 3 <i>Topografische Darstellung teilnehmender Kliniken</i>	76
Abbildung 4 <i>Verteilung der Rückmeldungen pro Klinik</i>	81
Abbildung 5 <i>Bewertung der Diagnostik</i>	87
Abbildung 6 <i>Umsetzung diagnostischer Inhalte</i>	88
Abbildung 7 <i>Bewertung Pädagogisches Regelwerk</i>	90
Abbildung 8 <i>Bedarfsabklärung vor stationärer Aufnahme</i>	90
Abbildung 9 <i>Bewertung SEV</i>	91
Abbildung 10 <i>Häufigkeit und Settings SEV</i>	91
Abbildung 11 <i>Einbeziehen der Berufsgruppen in die Behandlung</i>	92
Abbildung 12 <i>Berufsgruppenspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung</i>	94
Abbildung 13 <i>Bewertung von Aus-, Fort- und Weiterbildung</i>	94
Abbildung 14 <i>Bewertung der Arbeitstherapie</i>	95
Abbildung 15 <i>Bewertung des Einbeziehens individueller Entwicklungsaufgaben</i>	98
Abbildung 16 <i>Bewertung des Umgangs mit Impulskontrolle</i>	99
Abbildung 17 <i>Bewertung des Einbeziehens von Ressourcentraining</i>	100
Abbildung 18 <i>Setting rückfallpräventiver Angebote</i>	100
Abbildung 19 <i>Bewertung der Rückfallprävention</i>	101
Abbildung 20 <i>Einschätzungen zu Aus-, Fort- und Weiterbildung</i>	121

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Weiterentwicklungspotenzial des OPS Kode 9-694</i>	13
Tabelle 2 <i>Schwerpunkte des Versorgungsangebots</i>	60
Tabelle 3 <i>Settingbezogenes Änderungspotenzial</i>	69
Tabelle 4 <i>Methodenspezifisches Änderungspotenzial</i>	70
Tabelle 5 <i>Bewertung von Mindestmerkmalen und Potenzialen</i>	81
Tabelle 6 <i>Bewertung räumlicher Trennung</i>	85
Tabelle 7 <i>Settings SEV</i>	92
Tabelle 8 <i>Häufigkeiten zur Bewertung der Arbeitstherapie</i>	96
Tabelle 9 <i>Spezialtherapien</i>	97
Tabelle 10 <i>Kritik und Anliegen an die stationäre Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher</i>	102
Tabelle 11 <i>Vorliegen von Mindestmerkmalen und Potenzialen bei räumlicher Trennung</i>	106
Tabelle 12 <i>Berufsgruppenspezifische Einschätzung des Einbeziehens aller Berufsgruppen</i>	108
Tabelle 13 <i>Auswirkungen von Aus-, Fort- und Weiterbildung auf deren Bewertung</i>	109
Tabelle 14 <i>Berufsgruppenspezifische Einschätzung des Einbeziehens von Umgang mit Impulskontrolle</i>	110
Tabelle 15 <i>Bewertung von Mindestmerkmalen und Potenzialen</i>	131
Tabelle 16 <i>Mögliche Weiterentwicklung des OPS-Kode 9-694</i>	161
Tabelle 17 <i>Interviewleitfaden</i>	161

Abkürzungsverzeichnis

<i>AACAP</i>	<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
<i>AWMF</i>	<i>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften</i>
<i>ÄD</i>	<i>Ärztlicher Dienst</i>
<i>BfArM</i>	<i>Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte</i>
<i>BMG</i>	<i>Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit</i>
<i>DHS</i>	<i>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen</i>
<i>DRV</i>	<i>Deutsche Rentenversicherung</i>
<i>DG-Sucht</i>	<i>Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie</i>
<i>feM</i>	<i>freiheitsentziehende Maßnahmen</i>
<i>GKV</i>	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
<i>GM</i>	<i>German Modification</i>
<i>ICD</i>	<i>Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten</i>
<i>IQTIG</i>	<i>Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</i>
<i>KHG</i>	<i>Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)</i>
<i>MDK</i>	<i>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung</i>
<i>OPS</i>	<i>Operationen und Prozedurenschlüssel</i>
<i>PEPP</i>	<i>Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/ Psychosomatik</i>
<i>PED</i>	<i>Pflege- und Erziehungsdienst</i>
<i>PP/KJP</i>	<i>Psychologische*r Psychotherapeut*in/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in</i>
<i>PPP-RL</i>	<i>Richtlinie zur Personalausstattung für die Psychiatrie und Psychotherapie</i>
<i>Psych/Päd</i>	<i>Psycholog*in/ Pädagog*in</i>
<i>SD</i>	<i>Sozialdienst</i>

SES..... Sozialökonomischer Status
SEV Sozialer Eingliederungsversuch
SfK Schule für Kranke
SKT..... Soziales Kompetenztraining
ST Spezialtherapie
StäB..... Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
UN-KRK..... UN-Kinderrechtskonvention

1 Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Die Behandlung von substanzbedingten Störungen im Kindes- und Jugendalter stellt nicht nur aufgrund alters- und störungsspezifischer Besonderheiten (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht], 2020) eine Herausforderung für das Hilfesystem dar. Suchtstörungen sind mitunter die größten Risiken für eine altersgerechte Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und die bestehende Versorgungslücke führt zur Fortschreibung einer negativen Entwicklung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], 2018; Thomasius, 2008; Thomasius, 2009). Dies zeigt sich durch den Mangel an jugendspezifischen Einrichtungen, die Abhängigkeits- und Suchterkrankungen versorgen (Abzieher et al., 2019; DG-Sucht, 2018; Thomasius et al., 2016), die Verhinderung unverzüglicher Behandlung (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. [DGKJP], Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [BAG] & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [BKJPP], 2017), die große Hemmschwelle für die qualifizierte Entzugsbehandlung (DHS, 2018) sowie durch die deutliche Unterversorgung psychiatrischer Komorbidität (Wendt, 2017). Dem Gesundheitsverhalten Minderjähriger ist auch deshalb große Bedeutung zuzuschreiben, weil sich die gewohnten Muster unbehandelt oftmals bis in das Erwachsenenalter erstrecken (Fegert et al., 2017; Kuntz, et al., 2018).

Zunehmende Komplexität und Revisionen der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), stellen praktisch Tätige vor neue Herausforderungen. Seit dem Inkrafttreten am 01.01.2022 ist die ICD-11 grundsätzlich einsetzbar (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2023a). Für die Diagnostik substanzbezogener Störungen zeigen sich damit bedeutende Änderungen (Arnaud & Thomasius, 2021; Heinz et al., 2022). Am 15.08.2023 wurde die Vorabfassung der Version 2024 des OPS veröffentlicht (BfArM, 2023b), worin sich keine Änderungen der Mindestmerkmale für die stationäre Behandlung von

suchterkrankten Kindern und Jugendlichen zur Vorversion ergeben. Der OPS fungiert als Instrument des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und dient durch das Abbilden von bestimmten Merkmalen stationärer Leistungen auch zur externen Qualitätssicherung. Es wurde bereits diskutiert, dass durch den unverhältnismäßigen Dokumentations- und Nachweisaufwand und die damit einhergehende Arbeitsbelastung gesetzlich vorgegebene Qualitätsziele nicht erreicht werden können und dies zur Verringerung der Zeit direkten Patientenkontakts führt (Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], 2019; Drösler, Neukirch & Undorf, 2018; Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands [VKD], 2019). Drösler, Neukirch & Undorf beschreiben weiter, dass mit „Einführung des PEPP-Systems [...] die Anforderungen an die Leistungserfassung psychiatrischer sowie psychosomatischer Behandlungsfälle erheblich zugenommen“ (2018: 63) haben. Fachkräfte verschiedener Professionen stehen vor der Herausforderung, neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie die Strukturen des Entgeltsystems in der Behandlung zu berücksichtigen. Neben den störungsspezifischen und entwicklungspsychologischen Besonderheiten gilt es, den systemischen Vorgaben und Herausforderungen in der Praxis zu begegnen. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen Mindestmerkmale im OPS-Kode 9-694, die sich auf die „Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ (BfArM, 2023b) beziehen. Die Notwendigkeit einer Evaluation dieser Mindestmerkmale lässt sich folgendermaßen erklären:

- Hoher Aufwand zur Abbildung der Mindestmerkmale (zeitnahes, aufgabenbezogenes Erfassen) kann die Qualität der Behandlung beeinflussen (Drösler et al., 2018; DKG, 2019; VKD, 2019).
- Störungs- und altersspezifische Besonderheiten der Klientel sind ausführlich in der Fachliteratur belegt (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2001; DGPPN & DG-Sucht, 2020; Herpertz-Dahlmann et al., 2008; Kuntz et al., 2018; Thomasius, 2008; Thomasius & Stolle, 2008; Wendt, 2017) und verlangen spezielle Behandlungskonzepte (DGKJP, BAG & BKJPP, 2012; Möller, 2009; Thomasius et al., 2020).
- In der Überarbeitung des OPS sollten Forschungsergebnisse und daraus abgeleitete neue Ansatzpunkte berücksichtigt werden, um auch qualitative Aspekte der Leistungserbringung bei der Vergütung von Leistungen mit einzubeziehen (Moser, 2023).

Im § 17d KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) ist eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des Vergütungssystems mit Augenmerk auf „Qualität der Versorgung“ (§ 17d Abs. 8 KHG) gefordert und soll vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) durch Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgeführt werden (G-BA, 2019). Für die Jahre 2021 bis 2023 soll in Form von Quartalsberichten, ab 2024 in Form eines Jahresberichts über die Ergebnisse der Strukturabfrage berichtet werden (IQTIG, 2022).

In der vorliegenden Dissertation werden aktuelle Mindestmerkmale sowie Weiterentwicklungspotenziale der stationären Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher evaluiert. Die Arbeit schließt thematisch an die Masterthesis des Autors an, die auf der Website der Katholischen Stiftungshochschule München zugänglich ist (Moser, 2020) und 2023 im Rahmen einer Originalarbeit unter dem Titel „Die spezifische Behandlung von substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen im besonderen Setting: Eine qualitative Untersuchung der Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694“ in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie veröffentlicht wurde (Moser, 2023). Die Masterthesis beschäftigte sich mit der Frage zur praktischen Umsetzbarkeit der Mindestmerkmale. Um die Frage nach der praktischen Umsetzbarkeit beantworten zu können, wurden folgende Forschungsfragen untersucht:

- Es gilt, zu klären, inwieweit die Mindestmerkmale die Qualität der Behandlung beeinflussen
- Es soll untersucht werden, wie die Mindestmerkmale den Praxisalltag sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse abbilden

In Tabelle 1 werden die Ergebnisse der Befragung der Masterthesis und die daraus ersichtlichen Weiterentwicklungspotenziale des OPS-Kode 9-694 dargestellt (ebd.):

Tabelle 1*Weiterentwicklungspotenzial des OPS Kode 9-694*

Mögliche Veränderung bestehender Mindestmerkmale	
Differenzierte Beschreibung einer „Spezialstation“	Kennzeichnung der Behandlungsplanung als „multiprofessionell“
Störungsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung	Nennung des Berufsbildes „Suchttherapeut*in“
Abbildung von Partizipation und pädagogischen Regelwerks	Strukturierung des Behandlungsablaufs, die Diagnostik, Stabilisierung und Perspektivenklärung einbeziehend
Schulische und berufliche Wiedereingliederung sowie Anschlussbehandlung als „unmittelbar“ kennzeichnen, „ggf. durch Sozialen Eingliederungsversuch“	„Unterschiedliche Therapieverfahren“ im „Einzel und/oder Gruppensetting“ definieren
Gruppenpsychotherapie „suchtspezifisch“ definieren	Berücksichtigung von Entwicklungsaufgaben
Suchtmedizinisches Assessment „verlaufsbegleitend“ definieren	
Ergänzende Nennung	
Rückfallprävention	Arbeitstherapie
Umgang mit Impulskontrolle	Ressourcentraining

Eine differenzierte und ausführliche Darstellung des Weiterentwicklungspotenzials mit aktueller Nennung im OPS-Kode 9-694 sowie möglicher veränderter Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse erfolgt in Anhang A. Die Ergebnisse der beschriebenen Untersuchung und die Mindestmerkmale des Zusatzkodes 9-694 können nicht als vollständig oder ausreichend evaluiert bezeichnet werden und zeigen die Limitation der vorangegangenen Studie auf (vgl. Moser, 2023). Aufgrund der Limitation der Studie, der sich ständig verändernden Bedarfe, Entwicklungsgegebenheiten und Konsummustern von Kindern und Jugendlichen ist eine regelmäßige Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmerkmale nötig, um den Praxisalltag suchtspezifischer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung praxisnah abbilden zu können. Dies betrifft strukturelle Gegebenheiten des Gesundheitssystems, der Kliniken sowie die Transferierung aktueller

wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Behandlungsprozess. Die Evaluation der Mindestmerkmale des OPS-Kodes 9-694 lässt erkennen, dass es häufig nicht notwendig ist, in der Praxis Bewährtes von Grund auf zu ändern. Das Ziel eines umsetzbaren Theorie-Praxis-Transfers verlangt die weitere Evaluation momentaner Mindestmerkmale und Bedarfe von Behandelnden und Klientel. Dies ist durch Vernetzung der einzelnen Akteure im Suchthilfesystem sowie einer gesundheitspolitischen Diskussion unter Einbeziehen aller am Behandlungsprozess Beteiligten zu realisieren.

Bedeutung der Untersuchung für die Praxis und weitere Forschung

Inhalte des bestehenden Weiterentwicklungspotenzials (Moser, 2023) führten zu einem Änderungsvorschlag für den OPS in der Version 2022 zur Konkretisierung des Kode 9-694 über das Vorschlagsverfahren für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V ein (BfArM, 2022). Ziel der Änderung war das Behandlungssetting konkreter und abgrenzend zu anderen Behandlungsansätzen zu beschreiben. Verantwortlich für den Vorschlag war das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes (KCPP). Folgende Änderungen wurden als Neuaufnahme in den Kode vorgeschlagen (ebd.):

- Patientenindividueller transparenter Stufenplan zur Strukturierung des Behandlungsablaufs
- Klinikinternes Rückfallmanagement/Rückfallprophylaxe zur Strukturierung des Behandlungsablaufs
- „Suchtmedizinisches Assessment“ „verlaufsbegleitend“ definiert
- „Behandlung nach Traumatisierung“ wurde nach dem Punkt „Komorbidität“ genannt, nicht wie zuvor nach „sozialrechtlicher Anspruchsklä rung“

Die Vorschläge führten im damaligen Vorschlagsverfahren zu keiner Änderung und finden auch in der Vorabversion des OPS für 2024 (BfArM, 2023b) keine Beachtung. Die Ergebnisse der Masterthesis zeigen sich für die Praxis relevant, was nicht zuletzt durch den Änderungsvorschlag des KCPP untermauert wird. Einer Umsetzung könnten die oben genannten Limitationen der Studie im Weg stehen, weshalb der weiteren Evaluation der Ergebnisse große Bedeutung zukommt. In der vorliegenden Dissertation werden die Ergebnisse durch ein quantitatives Studiendesign weiter evaluiert und das Weiterentwicklungspotenzial des Zusatzkodes beschrieben. Ergänzend werden Vorgehen und Ergebnisse zweier

Forschungswerkstätten präsentiert, die sich mit stationsäquivalenter Behandlung von suchterkrankten Kindern und Jugendlichen (1.2.2.3) und dem regionalen Versorgungsangebot (1.2.2.4) beschäftigten. Die Forschungswerkstätten fanden unter Leitung des Autors im Wintersemester 2021/2022 und Sommersemester 2022 statt. Die Ergebnisse der Untersuchung und die identifizierten Weiterentwicklungspotenziale für die stationäre Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher werden weiter evaluiert, sollen dadurch an wissenschaftlicher Evidenz gewinnen und in die Praxis transferierbare Ergebnisse generieren. Die Ergebnisse der Dissertation wurden zuvor im Journal „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ (Moser, 2024) erstveröffentlicht.

1.2 Stand der Forschung

Innerhalb dieses Kapitels erfolgt eine vertiefende Darstellung der für die Hypothesen relevanten Themengebiete. Dahingehend wurde die aktuelle Literatur im Bereich der Substanzkonsumstörungen erschlossen und aufgearbeitet. In die Dissertation gehen die Ergebnisse zweier Forschungswerkstätten ein, die im Laufe der Promotion vom Autor an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut in den Studiengängen Kinder- und Jugendhilfe sowie Klinische Sozialarbeit durchgeführt wurden. Zum einen wird ein Beitrag zur Abbildung der Versorgungslage, hier in Bezug auf Stadt und Landkreis Landshut, zum anderen zur Diskussion möglicher weiterer Behandlungssettings (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung) geleistet. Nachdem die Grundlagen zu Abhängigkeitserkrankungen und psychotropen Substanzen dargestellt wurden, befasst sich die Dissertation mit epidemiologischen und ätiologischen Gesichtspunkten sowie diagnostischem Vorgehen, einschließlich der Änderungen, die mit Revision der ICD die Grundlage für die Krankenhausbehandlung darstellen. Die Herausforderungen, die durch alters- und störungsspezifische Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter auftreten, werden beschrieben und die Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher im deutschen Gesundheitssystem unter Einbeziehen von Therapieprinzipien und bestehendem Behandlungsangebot zusammenfassend dargestellt. Zuletzt wird die Evidenz bestehender Weiterentwicklungspotenziale des OPS-Kode 9-694 beschrieben und der Bedeutung einer möglichen Transferierung in die Praxis Rechnung getragen.

Die Anwendung des OPS-Kode 9-694 ist (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten) auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr möglich (BfArM, 2023b). Die Phase der Adoleszenz umfasst neben der physischen Reifung auch die psychische und seelische Entwicklung zu verantwortungsbewussten und selbstständigen Erwachsenen (Konrad, Firk & Uhlhaas, 2013). Dabei wird die Phase in frühe (ca. 10-13 Jahre), mittlere (ca. 14-16/17 Jahre) und späte (17-20 Jahre) Adoleszenz unterteilt (Lohaus, 2018). In der Dissertation wird die Nennung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten mit einbezogen, um die Zielgruppe möglichst differenziert zu erfassen, die alters- und/oder entwicklungsbedingt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden.

1.2.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Das Phänomen Sucht und die Reflektion darüber dauern bereits über Jahrtausende an (Bauer, 2014). Klein (2008) beschreibt den Wandel des Suchtbegriffs innerhalb der Jahrhunderte. Die ursprüngliche Wortbedeutung des Suchtbegriffs stammt vom althochdeutschen „siech“, was sich mit „krank“ übersetzen lässt. Ab ca. 1520, zum Zeitalter der Reformation, wurde der Begriff häufig verwendet, um übermäßigen Alkoholkonsum im Sinne einer Krankheit, die von Gott und dem Weg ins Paradies wegführt, zu beschreiben. Demgegenüber stand die Nüchternheit als Tugend. Eine medizinische Prägung des Suchtbegriffes entstand ca. 300 Jahre später, worunter die ständig wiederholten Alkoholexzesse als Erkrankung von Körper und Seele erklärt wurden. Im Zuge von Proletarisierung während der Industrialisierung spitzte sich während des 19. Jahrhunderts die Alkoholproblematik weiter zu und wurde fortan als soziale Krankheit beschrieben. Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde ein Alkoholbehandlungssystem etabliert. Da sich die Begrifflichkeiten Sucht, Abhängigkeit, Gewöhnung und Missbrauch schwer voneinander abgrenzen ließen, wurde 1964 durch das Expertenkomitee der WHO empfohlen, den Begriff der Drogenabhängigkeit zu nutzen und folglich 1969 zwischen Abhängigkeit und Missbrauch differenziert (Ullrich, 2016). 1968 wurde die Alkoholabhängigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) als Krankheit anerkannt und ist seitdem Teil der Leistungsverpflichtung von Sozialversicherungen und Krankenkassen (DHS, 2018). Nach Rost (2008) gilt es zu beachten, dass die grenzenlose Ausweitung des Begriffs „Sucht“ auf verschiedenste Verhaltensweisen vermieden werden sollte, da der Begriff ansonsten zu etwas Belanglosem oder Beliebigen wird. Die lebensbedrohlichen und zerstörerischen Eigenschaften könnten dadurch übersehen werden, führen doch Abhängigkeiten am häufigsten im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen zum Tode. Der Konsum psychotroper Substanzen bringt ein hohes Risiko zur Entstehung einer Abhängigkeit mit sich. So entwickeln Konsumierende von Cannabis in etwa 9 %, Kokain in 21 %, Alkohol in 23 % und Nikotin in 68 % eine Abhängigkeit (Lopez-Quintero et al., 2011). Substanzkonsum kann zu sozialen Problemen, gesundheitlicher Schädigung und verringerter Lebenserwartung führen (Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). In einer Längsschnittstudie mit 110 afrikanischen Amerikanern konnte gezeigt werden, dass Substanzkonsum in der frühen Adoleszenz (12-15. Lebensjahr), nicht aber in späterem Alter, signifikant mit einem kleineren Volumen der Amygdala korreliert. Höherer Substanzkonsum in der mittleren Adoleszenz (16-18. Lebensjahr), nicht aber früher oder später, korrelierte in der Studie signifikant mit einem kleineren Volumen des pars opercularis (Windle et al., 2018). Bei

Drogenkonsum zeigt sich ein beschleunigter typischer Volumenrückgang im frontalen und temporalen kortikalen Volumen bei Jugendlichen, die stark trinken (Squeglie et al., 2015). Substanzkonsum kann zu kognitiven Beeinträchtigungen, vor allem im Seh-, Raum- und Gedächtnisvermögen führen (Hanson et al., 2011). Jugendliche, die chronische Mengen Alkohol konsumieren oder unter Drogenentzugssymptomen leiden, scheinen gefährdeter, im Erwachsenenalter eine kognitive Verschlechterung zu erleiden (ebd.). Infolge des Cannabiskonsums wurde in experimentellen Studien auf Störungen der Myelinisierung in Folge von epigenetischen Effekten hingewiesen (DGKJP et al., 2023). Des Weiteren konnten Intelligenzeinbußen in Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen nachgewiesen werden (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Deren neurotoxische Wirkung zeigte sich in Tierversuchen, was jedoch nur begrenzte Einblicke in psychosoziale und kognitive Faktoren bietet, die an Entstehung und Fortschreiten einer Suchterkrankung beteiligt sind (Whelan et al., 2014).

Vor allem für die Zielgruppe der Adoleszenten zeigen sich besondere Risiken, die für ein spezielles Behandlungsangebot und frühe Hilfeangebote sprechen. Bereits 2009 beschreibt Thomasius, dass Suchtstörungen die zahlenmäßig größten Risiken für eine altersgerechte Entwicklung sowie Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darstellen. Es konnte gezeigt werden, dass bei Jugendlichen mit Substanzkonsumstörung auch nach längerer Abstinenz weitreichende kognitive Beeinträchtigungen vorliegen (Becker et al., 2022). Vor allem durch alters- und störungsspezifische Besonderheiten bestehen große Herausforderungen für das Hilfesystem (DGPPN & DG-Sucht, 2020).

1.2.1.1 Epidemiologie und soziodemografische Daten

Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter gehören substanzbezogene Störungen zu den am weitesten verbreiteten im Bereich psychischer Störungen (Thomasius et al., 2020). Soziodemografische Merkmale haben einen Einfluss auf die Konsumstile im Kindes- und Jugendalter. Im Folgenden sollen die Statistiken zum Drogenkonsum der am meisten konsumierten Substanzen im Kindes- und Jugendalter aufgeführt und Unterschiede im Konsumverhalten bzgl. Geschlecht und sozioökonomischem Status dargestellt werden.

Alkohol- und Zigarettenkonsum

Die Alkoholabhängigkeit zeigt sich typischerweise als chronisch-rezidivierend und zählt als integraler kultureller Bestandteil zu den kostenintensivsten und häufigsten Erkrankungen der Industrienationen (Kiefer et al., 2020). Die Verbreitung des Konsums von Alkohol reduzierte sich unter 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in den letzten 20 Jahren deutlich. So gingen Konsumprävalenzen um ca. 30 Prozentpunkte zurück (Orth & Merkel, 2022). Dennoch gibt es Minderjährige, die aufgrund ihres exzessiven Alkoholkonsums zahlreichen „akuten, mittel- und langfristigen Gefährdungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt sind“ (Diestelkamp & Thomasius, 2017: 8). Alkohol bleibt die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz im Jugendalter (Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Die Intensivierung der Konsummuster zeigt sich in der späten Adoleszenz. Aus dem Bericht zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland (Orth & Merkel, 2020a) geht hervor, dass 2019 9 % der 12-17-Jährigen regelmäßig konsumierten, während es bei den 18-25-Jährigen bereits 32,3 % waren. Seitz et al. (2019) konnten im epidemiologischen Suchtsurvey aufzeigen, dass die höchsten Prävalenzen für riskanten Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken sowie missbräuchliche und abhängige Konsummuster in der Stichprobe mit dem jüngsten Alter von 18-20 Jahren zu finden sind. 12,1 % der 11-17-Jährigen in Deutschland weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf (Alcohol Use Disorder Identification Test – C (AUDIT-C)). Mit dem Alter steigt die Prävalenz und liegt bei 17-jährigen Mädchen mit 39,9 % am höchsten (Zeiger et al., 2018).

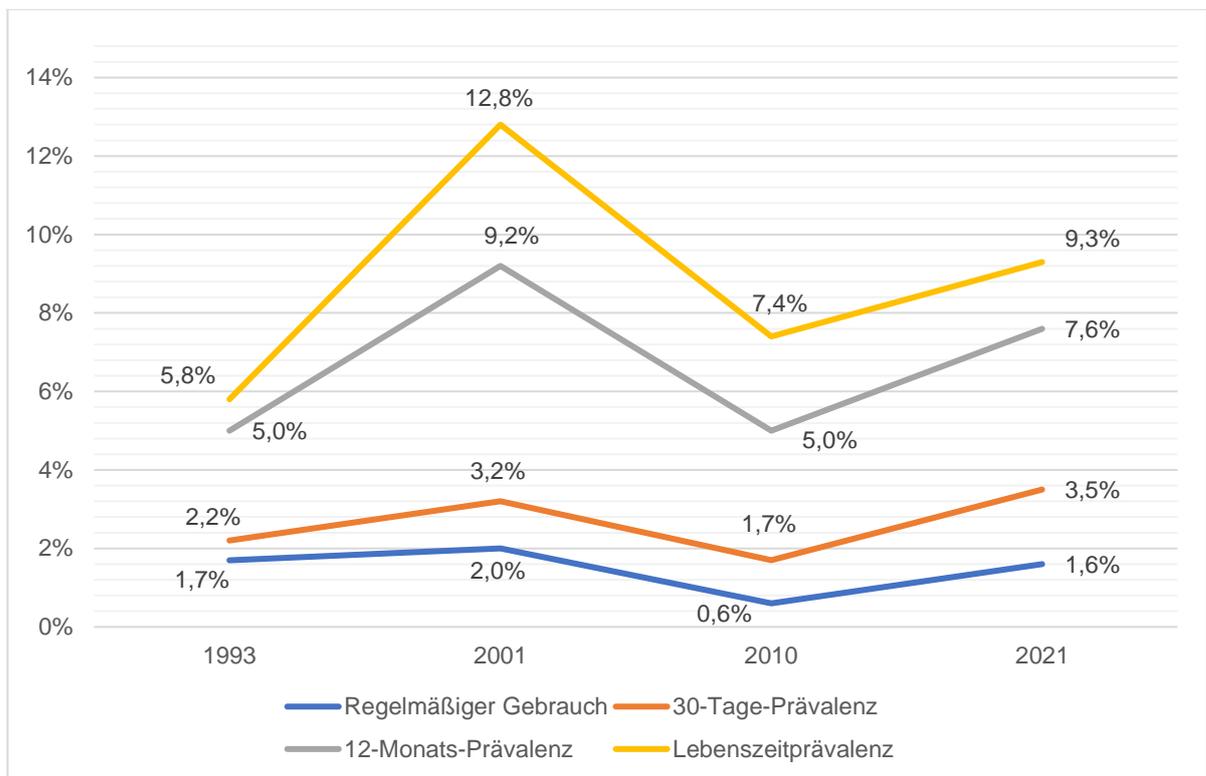
In der Studie zum Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener (Orth & Merkel, 2022) zeigt sich beim Zigarettenkonsum ein rückläufiger Trend der Rauchenden seit 20 Jahren bei den 12-17-Jährigen (2001: 27,5 %; 2021: 6,1 %). Die Anzahl der Nierauchenden lag 2021 bei rund 83 %. In der Altersgruppe der 18-25-Jährigen lag dieser Wert mit 40,5 % nur bei knapp der Hälfte. Die Ergebnisse der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten [DEBRA] (Kotz, Acar & Klosterhalfen, 2022) zeigen einen starken Anstieg der rauchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 2021 auf 2022. Der Anteil rauchender 14-17-Jähriger hat sich vom Wert aus 2021 (8,7 %) im Jahr 2022 beinahe verdoppelt (15,9 %). Der Anteil an E-Zigarettennutzer*innen bei den 14-17-Jährigen lag bei 2,5 %. Bei den 18-24-Jährigen zeigt sich der Anstieg von Tabakrauchen im Zeitraum 2021/2022 von 36,1 % auf 40,8 %.

Cannabis

Cannabis ist die weltweit meistgebrauchte meist noch illegale Substanz (Hoch et al., 2015). Die Konsumraten liegen in Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld (Thomasius et al., 2016). Knapp jeder zehnte Jugendliche (9,3 %) zwischen 12 und 17 Jahren hat mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (Orth & Merkel, 2022). Ausgehend vom Tiefststand der letzten 30 Jahre im Jahr 2011 mit 6,7 % bedeutet dies einen Anstieg um insgesamt rund 39 %, wobei die Zahlen dennoch unter dem Niveau von 2004 liegen. Im Jahresbericht der Drogenbeauftragten (Bundesgesundheitsministerium [BMG], 2021) wird die 12-Monats-Prävalenz von Cannabis unter den 12- bis 17-Jährigen 2015 mit 7,3 %, 2018/19 mit 8,1 % angegeben. Die 12-Monats-Prävalenz hat damit einen Höchststand seit 2004 erreicht (Orth & Merkel, 2020b). Diesen Trend bestätigen die Angaben des Alkoholsurveys (Orth & Merkel, 2022), wo ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenz im gleichen Zeitraum von 4,6 % auf 7,6 % beschrieben wird. Der regelmäßige Cannabiskonsum bei 12-17-Jährigen befindet sich im Jahr 2019 mit 1,8% auf dem zweithöchstem Wert seit 2001. In Abbildung 1 werden die Trends anhand Zahlen der BZgA (2021a-d) dargestellt. Die Trends setzen sich im jungen Erwachsenenalter fort. Rund die Hälfte aller 18-25-Jährigen besaß 2021 Erfahrungen mit Cannabiskonsum. Im Vergleich zu 2015 stieg die Lebenszeitprävalenz von 34,5 % auf 50,8 %. Die 12-Monats-Prävalenz stieg im gleichen Zeitraum von 15,3 % auf 25 %. Die Intensivierung der Konsummuster betreffen in dieser Altersgruppe neben Probierkonsum auch regelmäßige und intensivere Nutzung. Betrachtet man die Gesamtstatistik für Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre, zeigen sich die höchsten Werte der Lebenszeitprävalenz seit 2004 mit 29,3 %. Die 30-Tage-Prävalenz hat mit 7,1 % den höchsten Wert seit 2001 erreicht. Der regelmäßige Konsum hat sich mit 4,2 % im Vergleich zu 2010 mit 2,2 % nahezu verdoppelt (Orth & Merkel, 2020b). Cannabiskonsum stellt in Deutschland den primären Grund dar, weswegen Patient*innen erstmals eine suchtspezifische Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen (Thomasius et al., 2016). In einer Studie der DHS in 819 ambulanten Einrichtungen konnte gezeigt werden, dass Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen durchschnittlich die jüngsten im Vergleich mit anderen substanzspezifischen Störungen sind. 32,6 % aller Patient*innen waren 19 Jahre oder jünger (DHS, 2021).

Abbildung 1

Prävalenz des Cannabiskonsums von 12-17-Jährigen in Deutschland seit 1993



Illegale Drogen

Die 12-Monats-Prävalenz beim Konsum von illegalen Drogen bei 12-17-jährigen Jugendlichen zeigt sich von 2011 bis 2019 stetig ansteigend mit einem Zuwachs von über 3 % (DHS, 2021). 2019 erhielten über 25 % aller 12- bis 17-Jährigen ein Drogenangebot. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen liegt in dieser Altersgruppe bei 10,6 % und steigt bei den jungen Erwachsenen auf 47,2 %. Ohne Cannabis liegen die Werte bei 1,7 % bzw. 12 % (Orth & Merkel, 2022).

Soziodemografische Merkmale

Jungen sind signifikant häufiger psychisch auffällig als Mädchen (19,1 % zu 14,5 %), was sich bspw. bei von ADHS betroffenen Jungen zeigt, die mit 6,5% deutlich häufiger als Mädchen mit 2,3% betroffen sind (Kuntz et al., 2018). Junge Männer im Alter zwischen zwölf und 25 Jahren betreiben mehr als junge Frauen einen süchtigen oder zumindest riskanten Konsum (Zenker, 2009). Seitz et al. (2019) konnten im epidemiologischen Suchtsurvey nachweisen, dass bei den Konsumierenden von Alkohol (18-20 Jahre) nach den Kriterien nach DSM IV bei den Männern ca. doppelt so hohe Zahlen für missbräuchlichen Konsum (10,1 % zu 5,5 %) sowie für eine Alkoholabhängigkeit (14,7 % zu 7,8 %) vorliegen. Die Lebenszeitprävalenz für den Konsum von E-Zigaretten ist bei männlichen Jugendlichen mit niedriger Bildung besonders hoch (Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). In einer

von Queeneth et al. durchgeführten US-amerikanischen Studie (2019) konnte gezeigt werden, dass knapp dreiviertel aller aufgrund einer Heroinintoxikation klinisch behandelte Adoleszenten männlich waren. Die 12-Monats-Prävalenz beim Cannabiskonsum ist bei Jungen mit 11,1 % über doppelt so hoch wie bei den Mädchen mit 5,3 % (Orth & Merkel, 2020b).

Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden lassen sich Unterschiede im Konsumverhalten in Abhängigkeit vom sozialökonomischen Status (SES) nach Kuntz et al. (2018) erkennen. Je höher der SES einer Familie, desto geringer ist der Anteil der Eltern, die den Gesundheitszustand ihrer Kinder als mittelmäßig oder schlecht einstufen. Bei niedrigem SES weisen 7,7 % einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand auf. In der mittleren Statusgruppe verringert sich die Zahl auf 4,1 % und bei hohem SES auf 1,4 %. Kinder und Jugendliche mit einer dauerhaften Einschränkung aufgrund gesundheitlicher Probleme sind bei niedrigem SES mit 5,8 % rund zweifach häufiger zu finden als bei Familien mit hohem SES mit 2,8% (Kuntz et al., 2018). Weiterhin konnte belegt werden, dass Personen mit einem niedrigeren SES durchgängig häufiger rauchen als solche mit höherem SES. Höhere Werte im SES oder im Bildungsgrad scheinen dagegen nicht ausschließlich Prädiktoren für geringere Prävalenzen zu sein. Die Lebenszeitprävalenz bei Jungen, die Alkohol konsumieren, steigt mit höheren SES-Werten (ebd.). Die 12-Monats-Prävalenz bei 12-17-jährigen Cannabiskonsumierenden steigt mit höheren Schulabschlüssen (Hauptschule, 6,0 %; Real-/ Gesamtschule, 7,5 %; Gymnasium, 9,6 %). Der Trend setzt sich auch im Erwachsenenalter fort (Hauptschule, 5,0 %; mittlere Reife, 5,2 %; Abitur, 10,3 %). Dies könnte auf die gestiegenen Ansprüche zurückzuführen sein und zeigt den Bedarf an präventiven Hilfen auch bei soziodemografisch höheren Schichten (DHS, 2021) sowie weiterer Forschung.

1.2.1.2 Ätiologie

Das Konstrukt von Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich aufgrund der höchst individuellen Entstehungs- und Erklärungsmodelle als sehr komplex und wird in der Fachliteratur häufig als wechselseitiges bio-psycho-soziales Gebilde verstanden. Drogenkonsum ist kein neues Phänomen. „Die Selbstzufuhr psychoaktiver (...) Stoffe gehört zum Alltag menschlicher Gesellschaften“ (Wolffgramm & Heyne, 2008). Es besteht ein Zusammenspiel aus genetisch-konstitutionellen

Faktoren, modifizierender Umwelt, lerngeschichtlichen Einflüssen und biologischer Manifestation (Fegert & Kölch, 2013; Romanos et al., 2019, Rommelspacher, 1999; Whelan et al., 2014). Genetische und kulturelle Faktoren gehen einer Erkrankung voraus und bestimmen deren Verlauf über die Lebensspanne, beginnend mit der Embryonalentwicklung (Thomasius et al., 2017). Es besteht die Annahme, dass 40-60 % der Vulnerabilität einer Suchtentwicklung auf genetische Faktoren zurückzuführen ist (Fegert & Kölch, 2013). Zudem ist der Schweregrad einer Sucht ebenso häufig auf genetische Risikofaktoren zurückzuführen (Ystrom, Kendler & Reichborn-Kjennerud, 2014). Im Weiteren zeigen sich belohnungsbezogene Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale als Gefährdungsfaktoren für die Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen (Nees et al., 2012). Aufgrund der altersspezifischen Besonderheiten kommen den Entstehungsmodellen und Erklärungsansätzen adoleszenter Abhängigkeitserkrankungen große Bedeutung zu. Die Adoleszenz ist durch die biologischen und sozialen Veränderungen charakterisiert, welche die Voraussetzungen für psychopathologische Probleme einschließlich substanzbezogene und nicht-substanzbezogene Suchtmuster darstellen (Giocolini et al., 2021). In Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter besteht eine besondere Vulnerabilität bzgl. Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Störungen (Fegert et al., 2017). Frühe Erfahrungen mit Alkoholkonsum zeigen sich als ein Prädiktor für späteres Rauschtrinken (Morgenstern, Isensee & Hanewinkel, 2018). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Konsumverhalten sind in der Literatur ausführlich beschrieben (Annaheim & Gmel, 2009; Kuntz et al., 2018; Orth & Merkel, 2020b; Shaffer et al., 1996).

(Neuro-)biologische Grundlagen

Bereits vor der Geburt spielt der Substanzkonsum eine bedeutende Rolle bzgl. der weiteren Entwicklung. Besteht eine kontinuierliche Abhängigkeit bei Müttern und konsumieren diese in der Schwangerschaft, werden Embryos exponiert, da zentral wirksame Substanzen die Plazentaschranke passieren (Poser, 2009). Auch bei zugeführter Einzelverabreichung können Veränderungen im Gehirn messbar gemacht und für eine lange Zeit nachgewiesen werden (Wolffgramm & Heyne, 2008). Auf neurobiologischer Ebene zeigt sich das mesolimbisch dopaminerge System bedeutend für die Entstehung einer Suchterkrankung. Anatomisch führt das mesolimbische System vom Ventralen Tegmentum Areal (VTA) vom Mittelhirn zum ventralen Teil des Corpus striatum im basalen Vorderhirn zum Nucleus accumbens (NAc) (ebd.). Durch den Konsum psychotroper Substanzen kommt es zu einer relativen Überaktivität im Belohnungs-/Lustsystem, dem NAc, durch eine indirekte oder direkte Steigerung dopaminerger Transmission (Fegert & Kölch, 2013). Durch die Ausschüttung von Dopamin vom VTA zum NAc spricht

man vom mesolimbisch dopaminergen System (Wolffgramm & Heyne, 2008). Dopamin ist entscheidend für den Beginn einer Abhängigkeit, wobei Glutamat ausschlaggebend für deren Aufrechterhaltung zu sein scheint (Kalivas & Volkow, 2005).

Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter ist durch anatomische und funktionelle Veränderungen in neuronalen Netzwerken gekennzeichnet (Johnson et al., 2016). Subkortikale neuronale Netzwerke, die relevant für Risikobereitschaft und Belohnungslernen sind, werden frühzeitig entwickelt, währenddessen präfrontale Regionen, die benötigt werden, um kognitive Kontrolle auszuüben, bis in das Erwachsenenalter hinein ausreifen (Arnaud & Thomasius, 2022). Neurobiologische Veränderungen, bspw. die Entkopplung präfrontaler Steuerungszentren des Nucleus accumbens, sind mit extremen oder pathologischen Formen von Risikoverhalten assoziiert und bedeuten eine größere Vulnerabilität für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen (Crone, Duijvenvoorde & Peper, 2016; Fegert & Kölsch, 2013). Hinzu kommt, dass das jugendliche Zentralnervensystem anders auf Suchtstoffe reagiert als das von Erwachsenen (Poser, 2009). „In der Adoleszenz treffen die Drogen auf ein sich noch im Entwicklungsprozess befindendes Gehirn“ (Möller, 2009: 68). Die laufende neurologische Entwicklung wird durch frühen Substanzkonsum beeinträchtigt und führt zu neurobiologischen Veränderungen, die das Risiko einer Substanzgebrauchsstörung weiter erhöhen (Jordan & Andersen, 2017). Auf neurobiologischer Ebene kann die Entstehung einer Suchterkrankung durch Kombination eines unreifen präfrontalen Kortex sowie einer Hyperreaktivität von Stress-, Gewohnheits- und Belohnungssystemen erklärt werden (ebd.). Da Hyperaktivierung während Belohnungsfeedbacks und Risikobewertung in Zusammenhang mit präfrontalen Regionen stehen, zeigen sich diese als funktionelle Vulnerabilitätsmerkmale des Substanzgebrauchs (Lees et al., 2021). Früher Konsumbeginn ist mit Persönlichkeitsmerkmalen und belohnungsbezogenem Verhalten assoziiert. Untersuchungen deuten darauf hin, dass die belohnungsbezogene Gehirnaktivierung bei Suchterkrankungen möglicherweise eine größere Rolle als früher Konsumbeginn spielt (Nees et al., 2012).

Die altersspezifischen Besonderheiten in der Adoleszenz zeigen sich nicht nur bedeutend für die Entstehung einer Suchterkrankung, sondern auch für deren Aufrechterhaltung. Durch den Drogenkonsum zeigen sich Veränderungen der Anatomie, der Neurotransmitter und des Belohnungssystems. Die Folgen können erhöhte Salienz und somit Aufmerksamkeit für drogenassoziierte Reize, reduzierte Reaktion auf natürliche Belohnung sowie automatisiertes Verhalten und Stressvulnerabilität sein (Kalivas & Volkow, 2005; Koob & Volkow, 2016).

Drogenabhängigkeit reduziert die Fähigkeit des präfrontalen Kortex, Verhaltensweisen als Reaktion auf biologische Belohnungen zu initiieren sowie die exekutive Kontrolle über Drogengebrauch zu gewährleisten (ebd.). Bei anhaltendem Drogenkonsum zeigen sich Toleranzentwicklung sowie beim Absetzen der Substanz Entzugerscheinungen. Toleranz entsteht durch regulative Anpassungen, vor allem in den Nervenzellen des Gehirns, was als Neuroadaption bezeichnet wird (ebd.). Am Beispiel der Alkoholabhängigkeit führt beschleunigter Alkoholabbau zur Förderung der Abhängigkeitsentwicklung durch eine verminderte Empfindlichkeit auf toxische Alkoholeffekte (Fegert & Kölch, 2013). Bei einem Ungleichgewicht inhibitorischer und exzitatorischer Neurotransmittersysteme (bspw. Alkohol → GABA-/Glutamat-/NDMA-Rezeptor) treten Entzugssymptome auf, die durch erneuten Konsum gelindert werden (ebd.). Die Beendigung eines chronischen Drogenkonsums führt im Sinne der Neuroadaption zu Störungen in den Kontrollfunktionen im Gehirn, was sich in physiologischen Dysfunktionen zeigen kann. Als auslösend für eine Suchterkrankungen kommen ebenso „protrahierte“, also persistierende Entzugerscheinungen in Frage (Wolffgramm & Heyne, 2008). Durch die neurobiologische Forschung können neue Therapieformen entwickelt werden (Rommelspacher, 2009). Um die komplexen Wirkmechanismen psychotroper Substanzen zu verstehen, besteht weiterhin Forschungsbedarf in neurobiologischer Grundlagenforschung (Fegert et al., 2017; Lees et al., 2019).

Psychologische Erklärungsansätze

Neben dem (neuro-)biologischen Erklärungsansatz zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen zeigen sich psychologische Bedingungsmodelle als ausführlich in der Literatur beschrieben. Reinforcement (Verstärkungsprozesse) zeigt sich als weit verbreitetes Prinzip von Verhaltenssteuerung als bedeutend für die Entwicklung süchtigen Verhaltens. Positiv verstärkende (belohnende) Eigenschaften einer Substanzeinnahme sind eher von Bedeutung für die Entstehung einer Abhängigkeit, als negative Effekte eines Substanzentzugs (Nees et al., 2012; Wolffgramm & Heyne, 2008). Durch Substanzkonsum erfolgt intensiveres Erleben positiver Zustände und Situationen sowie Verminderung aversiver Zustände (Tretter & Müller, 2001). Auch das Modelllernen scheint für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen eine Rolle zu spielen. Da durch Nachahmung oftmals früher Kontakt zu psychotropen Substanzen zu Stande kommt, kann sich dies in positiver Wirkungserwartung zum Suchtmittel äußern (ebd.). Im psychodynamischen Paradigma besteht die Hypothese, dass psychische Strukturen und die Auswirkungen einer pathogenen Außenwelt die Entwicklung einer seelischen Störung begünstigen (Bilitza, 2009). Nach Knoll (2014) wird das Wesen der Sucht nicht chemischen Prozessen, sondern inneren Strukturen eines Menschen zugewiesen und

der Konsum psychotroper Substanzen stellt einen Heilungsversuch dar, mit unangenehmen Gefühlen aufgrund einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung umzugehen. Durch einen entwicklungspsychiatrischen und psychodynamischen Blick können Verbindungen von individuellem Gewordensein sowie genutztem Suchtmittel hergestellt und Konsumbeginn sowie Rückfallverhalten erklärt werden (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019). Weiterführend bedeutet dies, dass psychotherapeutische Ansätze verschiedener Therapieschulen in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen einzubeziehen sind, um das Störungsbild aus einer entwicklungsorientierten Perspektive behandeln zu können (Thomasius & Stolle, 2008).

Ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch wird mit Persönlichkeits- und Temperamentsfaktoren (Sensation-seeking, Impulsivität, Extrovertiertheit) assoziiert (Fegert & Kölch, 2013; Nees et al., 2012). Da Jugendliche risikobereiter und neugieriger sind, steigt die Wahrscheinlichkeit eines Probierkonsums (Poser, 2009). Weitere psychische Faktoren, die eine Substanzabhängigkeit bedingen, sind frühe Traumatisierungen, frühe Verhaltensauffälligkeiten sowie ängstlich-unsichere Persönlichkeitsanteile (Fegert & Kölch, 2013). Im Vergleich zu anderen Kindern waren Drogen missbrauchende Jugendliche mit größeren psychosozialen Belastungen konfrontiert (Zenker, 2009). Diese Jugendlichen könnten einen subjektiven Gewinn durch die Sicherheit von Suchtmitteln erfahren, da diese jederzeit zur Verfügung stehen, herbeigeholt und kontrolliert werden können (Brisch, 2015). Zuletzt geht aus der Fachliteratur hervor, dass sich die psychologische Hypothese eines Suchtgedächtnisses mit dem neurobiologischen Wissensstand in Übereinstimmung bringen lässt. Es wird davon ausgegangen, dass sich drogenbezogene Hinweisreize, Vorerwartungen sowie psychotrope Wirkungen assoziativ verknüpfen (Wolffgramm & Heyne, 2008).

Soziale Komponente

Das Suchtverhalten der Gleichaltrigengruppe, Eltern und betreuenden Personen wirken sich auf die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit aus. Peer-Einfluss, geringes Monitoring der Eltern sowie die Verfügbarkeit psychotroper Substanzen stellen Risikofaktoren dar (Fegert & Kölch, 2013; Tretter & Müller, 2001). Der Wunsch nach Zugehörigkeit oder Anerkennung sowie Gruppenzwänge sind oftmals Motive des Konsums psychotroper Substanzen (Möller, 2003). Bei betroffenen Kindern und Jugendlichen finden sich häufig Erziehungsstile, die wenig oder keinen Entwicklungsfreiraum bieten (Möller, 2003). Ungünstige psychosoziale Lebensbedingungen in suchtblasteten Familien sind eindeutig belegt und führen zu zusätzlicher Belastung der Betroffenen (Die Drogenbeauftragte der

Bundesregierung, 2017). Durch die Auswertung nach dem SDQ-Gesamtproblemwert (Strength and difficulties questionnaire) wurden psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES in 26 %, bei mittlerem in 16,1 % und bei hohem SES in 9,7 % der Fälle gemessen. Nicht zuletzt zeigt sich die soziale Umwelt in Form von Verfügbarkeit der Substanzen als wichtiger Faktor in der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen (Wolffgramm & Heyne, 2008). Das soziale Umfeld stellt demnach einen wichtigen Faktor für die höchst individuellen Entstehungsmodelle einer Abhängigkeitserkrankung dar.

1.2.1.3 Diagnostik

Die Bedeutung der Diagnostik zeigt sich u. a. dadurch, dass sie als „Suchtmedizinisches Assessment“ in den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694 aufgeführt ist (BfArM, 2023b). Drogenuser zeigen sich als psychotherapieresistent, wenn keine Störungs- und Entwicklungsmodelle mit Patient*innen und Angehörigen unter Einbeziehung biografischer sowie prä-morbider Notwendigkeit des Konsums erfasst und verstanden werden (Bilke, 2008). Nicht nur die reine Diagnostik der Erkrankung im Sinne bestehender Diagnosesysteme ist von Bedeutung. Die frühzeitige Identifizierung von Risikofaktoren zeigt sich als entscheidender Faktor für die Reduzierung des Auftretens von Substanzkonsumstörungen (Jordan & Andersen, 2017). Döpfner et al. (2018) beschreiben signifikante Zusammenhänge von psychischen Auffälligkeiten und negativen Familienbeziehungen. Es zeigt sich der multifaktorielle Charakter eines suchtmmedizinischen Assessments, welches suchtspezifische und prognostische Fragestellungen mit einbeziehen sollte. Die diagnostische Informationsgewinnung kann sich auf Früherkennung bestehender Risikofaktoren, Entwicklung späterer suchtbbezogener Störung sowie auf eine schon begonnene Suchtmittelstörung des Kindes- und Jugendalters hin ausrichten (Ferrari, 2008). Häufig finden sich Risikofaktoren anhand der Lebensgeschichte wie frühe Beziehungs- und Bindungsstörungen, Entwicklungsstörungen, Aggressivität oder Frustrationsintoleranz (Möller, 2009).

In der ICD wird die Abhängigkeitsdiagnose nach Erfüllung einer Mindestanzahl definierter Kriterien gestellt. Die Explizität des diagnostischen Vorgehens nach ICD lässt sich nicht immer geeignet für Kinder und Jugendliche anwenden (Sack et al., 2009). Bereits wenn ernsthafte Beeinträchtigung und Schädigung der psychosozialen Funktionen vorliegen, können Entzugssymptome und

Toleranzentwicklung bei Kindern und Jugendlichen fehlen. In Anlehnung an den Terminus "substance use disorders" (SUD) zeigt sich die Bezeichnung von „substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter" (ebd.: 6) praxisnäher. Neben der Erfüllung formaler an der ICD orientierten Kriterien, dienen Drogen-screensings zur Feststellung einer Diagnose. Screensings sollten zur Standarddiagnostik während als auch nach der Behandlung zählen (AACAP, 2005; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022).

Komorbidität

Der OPS führt im Zusatzcode neben dem suchtmedizinischen Assessment u. a. die Diagnostik von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung auf (BfArM, 2023b). „Komorbidität ist ein diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild oder Syndrom, das zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegt“ (Weinbrenner et al., 2018: 13). Manifestieren sich im Kindes- und Jugendalter psychische Erkrankungen, liegt ein erhöhtes Risiko an komorbiden psychischen Störungen sowie konsekutiven somatischen Erkrankungen vor (Romanos et al., 2019). Je nach Studienlage zeigen sich psychiatrische Komorbiditäten bei 60 – 90 % (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Dennoch ist die Klientel mit komorbider psychischer Störung unterversorgt (Wendt, 2017). Die Bedeutung der Thematik wird aus der Fachliteratur ersichtlich und rechtfertigt die Abbildung in den Mindestmerkmalen. Es lässt sich einerseits zeigen, dass Substanzkonsumstörungen den Verlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen beeinflussen, diese andererseits psychischen Störungen vorausgehen (Conway et al., 2016; Fegert & Kölch, 2013; Thomasius et al., 2016; Thomasius et al., 2020). Es ist oftmals nicht sicher zu beantworten, ob eine vorher bestehende Erkrankung den Drogenkonsum begünstigt, bspw. im Sinne von Selbstmedikation, oder ob Substanzkonsum das Auftreten einer komorbiden Störung fördert (Möller, 2009). Eine genaue Abklärung, Untersuchung und Behandlung psychiatrischer Komorbidität ist notwendig, da Suchtmittelkonsum auch im klinischen Bereich noch häufig tabuisiert wird (AACAP, 2005; Weinbrenner et al., 2018). Im Bereich der Komorbidität spielen entwicklungsbedingte Vorgänge eine große Rolle. Das Jugendalter stellt eine besonders kritische Lebensphase für die Entwicklung komorbider psychischer Störungen dar (Thomasius et al., 2020). Das Auftreten psychischer Störungen ist mit frühem Beginn von Substanzgebrauch und -missbrauch verbunden (Armstrong & Costello, 2002). Es zeigen sich spezielle Risikopopulationen wie früh Traumatisierte, mehrgenerationaler Substanzmissbrauch oder früher Verlust der Eltern (Thomasius et al., 2016). Signifikante Daten zu Zusammenhängen von Depression und subklinischem problematischem Substanzgebrauch werden in der Mannheimer Kurpfalzerhebung beschrieben

(Ihle et al., 2009). Die epidemiologische prospektive Längsschnittuntersuchung zeigte, dass subklinische Depressionen vor allem mit problematischem Alkoholkonsum unter 13 Jahren assoziiert sind (relatives Risiko [RR] = 3,7; $p < .01$). Signifikante Assoziationen wurden weiterhin zwischen subklinischen Depressionen und dem problematischen Gebrauch von illegalen Substanzen gefunden (RR = 2,9; $p < .05$). In der Fachliteratur besteht der Konsens, dass Abhängigkeitserkrankungen mit hohen Raten und unterschiedlicher Ausprägung an Komorbidität einhergehen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dominieren Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen, Traumafolgestörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie drogeninduzierte Psychosen (Arnaud et al., 2023; Brooke & Pelham, 2014; Conway et al., 2016; DGKJP, BAG & BKJPP, 2017; Fenton et al., 2012; Nakar et al., 2016; Upadhyaya et al., 2002). Bei vulnerablen Personen wird ein dosisabhängiger Zusammenhang von Cannabiskonsum mit Angsterkrankungen, bipolaren Störungen, depressiven Störungen, Suizidalität sowie zusätzlichem Gebrauch anderer Drogen berichtet (DGKJP, 2023). Queeneth et al. (2019) beschrieben in ihrer Studie mit Adoleszenten mit einer klinisch behandelten Heroinintoxikation (N = 1432) die höchsten Raten psychiatrischer Komorbidität bei affektiven (43,8%) und Angststörungen (20,4%). In der Fachliteratur werden eindeutige Zusammenhänge von Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität beschrieben. Substanzmissbrauch steht in Zusammenhang mit erhöhtem Risiko von Suizidalität (Neeleman & Farrell, 1997; Thomasius et al., 2020). Bei einem signifikanten Anteil von Adoleszenten, die einen Suizidversuch unternahmen, wurde eine komorbide Suchterkrankung diagnostiziert (O'Brien, 2015). In Studien zeigte sich ein 7-fach erhöhtes Risiko an Selbstmordversuchen sowie ein 15-fach erhöhtes Risiko für vollendete Suizide in Verbindung mit Substanzmissbrauch (Deykin & Buka, 1994; Shaffer et al., 1996).

Ein weiteres Mindestmerkmal, das im OPS-Kode 9-694 genannt wird, ist „Familiendarbeit und die Arbeit mit Bezugspersonen“ (BfArM, 2023b). Dazu können im diagnostischen Prozess im Sinne eines suchtmmedizinischen Assessments wichtige Informationen gewonnen werden. Die Ausprägungen co-abhängigen Verhaltens müssen den Beteiligten klar werden, da das System sonst stabilisiert und aufrechterhalten wird und sich die Sucht weiter chronifiziert (Wendt, 2017). Dahingehend beschreibt Flassbeck (2010) mit der Co-Abhängigkeit Angehöriger ein bedeutendes Phänomen, dessen Symptome und Ansatzpunkte in drei Gruppen zur Kennzeichnung eines co-abhängig gestörten Systems zu deuten sind:

- Abhängigkeitsspezifische Symptome (Bemühen um Kontrolle, Zunahme der Hilfebemühungen, Bagatellisierung etc.)
- Schamkomplex (Schuld, inkonsequentes Verhalten, starke Hemmung von Ärger und Aggressivität, Perfektionismus, Selbstzweifel, übermäßige Verantwortungsübernahme etc.)
- Zusätzliche wichtige Auffälligkeiten (Depressive und psychosomatische Symptome, Ängste, posttraumatische Beschwerden, Suchtmittelkonsum etc.)

Klassifikation von Abhängigkeitserkrankungen

Die Codierung psychischer Störungen legt die Grundlage einer durch das Gesundheitssystem finanzierten Behandlung dar. In der derzeit noch gültigen ICD-10 wird das Kapitel V (F) als erste Stelle codiert. Die zweite Stelle codiert die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. An dritter Stelle werden die verursachende(n) Substanz(en) gekennzeichnet. Die vierte und fünfte Stelle im ICD-Code beschreiben das klinische Zustandsbild näher. Durch dieses Vorgehen wird die klinische Charakterisierung der verschiedenen Substanzgruppen ermöglicht. Die klinischen Erscheinungsbilder variieren je nach Substanzgruppe (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015).

Die elfte Version der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) formuliert die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung neu (Disorders due to substance use) (Arnaud & Thomasius, 2021; Heinz et al., 2022). Die ICD-11 bündelt die bisher sechs Kriterien zur Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung in drei Paare, von denen zwei erfüllt sein müssen. Liegt ein erfülltes Kriterium innerhalb eines Paares vor, gilt dieses als bejaht (ebd.). Seit 1992 bedeutet dies die erste größere Revision der Klassifikation, durch die dem Verständnis von Suchtstörungen und der Diagnostik Rechnung getragen sowie die klinische Verwendung vereinfacht werden soll (Arnaud & Thomasius, 2021). Die 11. Auflage der ICD wurde gegenüber der Vorgängerversion substanziell durch erweiterte Stoffklassen, veränderte Diagnosekriterien und neue Diagnoseidentitäten, wie dem episodisch schädlichen Gebrauch (6C4x.0), verändert (Arnaud & Thomasius, 2021; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Abhängigkeit (6C4x.2) und schädlicher Gebrauch (6C4x.1) können weiterhin codiert werden (Arnaud & Thomasius, 2021). Abhängigkeit wird nun definiert als „Störung, den Substanzgebrauch zu regulieren“ („disorder of regulation“). „Schädlicher Gebrauch“ wird durch „Schädliches Gebrauchsmuster“ (6C4x.1) ersetzt. Dieses zeichnet sich durch eine klinisch signifikante Schädigung eigener

geistiger oder körperlicher Gesundheit oder anderer Personen aufgrund des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen aus. Neu eingeführt wurde das Kriterium „Schädigung anderer“ als substanzbedingtes Verhalten. Nikotin wird anstatt Tabak genannt, um den verschiedenen Formen des Nikotingebrauchs Rechnung zu tragen. Laxantien sowie Muskelaufbaupräparate lassen sich in der neuen Kategorie „Konsum nicht psychotroper Substanzen“ kodieren (Arnaud & Thomasius, 2021). Eine Option für präklinische Phänotypen findet mit der Neuerung erstmals Eingang in den ICD-Katalog, was eine Erweiterung diagnostischer Optionen bedeutet (Episodisch Schädlicher Gebrauch sowie „Gefährlicher Gebrauch“ (Hazardous Use) als Risikofaktor für die Gesundheit) (ebd.). Die Einführung episodischen Gebrauchs trägt der entwicklungspsychopathologischen Perspektive Rechnung, da vorhandene Limitationen bestehender diagnostischer Systeme derzeit zur Unterversorgung der Klientel führen (Arnaud & Thomasius, 2021). Die Autoren (ebd.) sehen eine Vereinfachung der diagnostischen Anforderungen einer „Abhängigkeit“. Die Anpassungen der ICD-11 zu episodisch schädlichem Gebrauch und gefährlichem Gebrauch sollen zur niedrigschwelligen und frühzeitigen Kurzintervention beitragen. Die diagnostischen Leitlinien der ICD-11 im Bereich der stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sowie ihrer frühen Erscheinungsformen werden den für das Jugendalter typischen Konsumformen und -bedingungen deutlich besser gerecht als ihr Pendant in der Vorgängerversion der ICD-10 (ebd.).

Die Revision der ICD wird unterdessen auch kritisch diskutiert. So beschreiben Heinz et al. (2022), dass die Schwelle zur Diagnosestellung durch die Änderung herabgesetzt werden könnte. Die Grenze zwischen verschiedenen Störungsbildern zeigt sich kontinuierlich und nicht kategorial, wie dies in gängigen Diagnosesystemen beschrieben wird (Schmidt et al., 2016). Der dimensionale Charakter einer Substanzgebrauchsstörung wird in der ICD-11 durch die kategoriale Einordnung in verschiedene Störungsbilder nicht gut abgebildet (Heinz et al., 2022). In den diagnostischen Klassifikationssystemen werden Erkrankungen primär aufgrund klinischer Symptomatik definiert, wodurch die erhebliche heterogene und multifaktorielle Pathogenese und Ätiologie vernachlässigt werden (Romanos et al., 2019). Neben der Orientierung an Symptomen und klinischen Störungsbildern ist die Erhebung von belastenden Konflikten, Beziehungs- und Bindungsfähigkeiten sowie darüber hinaus von strukturellen Voraussetzungen und Therapiemotivation wichtig (Seiffge-Krenke & Schmeck, 2019). Traditionelle psychiatrische Diagnosen zeigen sich für eine personalisierte Therapie als nicht ausreichend (Romanos et al., 2019).

Neben den klassischen Diagnosesystemen besteht in der Fachliteratur der Konsens, dass im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein umfassendes Assessment stattfinden soll. Die Beurteilung der psychischen Gesundheit von Adoleszenten erfordert Screeningfragen zum Konsum von psychotropen Substanzen (AACAP, 2005). Eine strukturierte und multimodale Suchttherapie Heranwachsender verlangt ein umfassendes Assessment mit medizinischer Diagnostik, Exploration individueller psychosozialer Risikokonstellationen sowie Exploration subjektiver Funktionalität des Substanzkonsums (Arnaud & Thomasius, 2021). Toxikologische Untersuchungen sollten routinemäßiger Bestandteil eines Assessments substanzbezogener Störungen sowohl während als auch nach der Behandlung sein (AACAP, 2005; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Gegenwärtige Klassifikationssysteme könnten durch psychosoziale und neurobiologische Biomarker ergänzt oder sogar revidiert werden (Romanos et al., 2019). Es besteht die Möglichkeit anhand endophänotypischer Biomarker nach bereits bestehenden Risikofaktoren zu testen, womit allerdings Persönlichkeitsanteile oder neuronale Resilienzfaktoren, die vor der Entwicklung einer Abhängigkeit schützen, nicht erfasst werden können (Whelan et al., 2014). Auch in der Revision der ICD werden Mengen- und Häufigkeitsangaben sowie Konsummuster nicht definiert und keine geschlechts- oder altersbezogene Differenzierung vorgenommen. Zuletzt können körperliche Zustände Hinweise auf den Gebrauch psychotroper Substanzen liefern (Pupillengröße, Haut, Koordination etc.) (Fegert & Kölch, 2013). Wie Pantucek (2012) formuliert, sind Diagnosen „(...) *Hypothesen, die im Laufe der Fallbearbeitung überprüft werden. Sie haben ein Datum, zu dem sie erstellt werden, und sie generieren begründete Vermutungen über den Zustand zum Zeitpunkt ihrer Erstellung.*“ Die Erfüllung eines Symptoms rechtfertigt keine Diagnose (Arnaud & Thomasius, 2021). Vor dem Hintergrund alters- und störungsspezifischer Besonderheiten und der Kritik an den vorliegenden Diagnosesystemen zeigt sich der Bedarf einer systematischen Erforschung der Auswirkungen durch die Neuerungen in der ICD sowie die Weiterentwicklung bestehender Systeme hinsichtlich eines umfassenden suchtmedizinischen Assessments.

1.2.1.4 Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter

Aufgrund störungs- und altersspezifischer Besonderheiten zeigt sich die Adoleszenz als besonderer Faktor in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen, was für Bedeutung der Thematik und die Notwendigkeit spezieller Angebote spricht. Die Adoleszenz ist durch die biologischen und sozialen Veränderungen charakterisiert, welche die Voraussetzungen für psychopathologische Probleme durch neurobiologische Veränderungen, die das Gehirn auf bevorstehende Herausforderungen vorbereiten, darstellen (Giacolini et al., 2021; Paus, Keshavan & Giedd, 2008). „Reifungsprozesse verlaufen selten linear“ (Fegert et al., 2017: 81). „Im Jugendalter besteht eine hohe Sensitivität gegenüber Stress und negativen Emotionen“ (Arnaud & Thomasius, 2022: 344). In der Behandlung abhängigkeitserkrankter Kinder und Jugendlicher gilt es, die vielfältigen entwicklungspsychopathologischen biologischen und reifungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen (Arnaud & Thomasius, 2022; Thomasius et al., 2016). Der Schritt vom Jugendalter hin zum Erwachsenenalter stellt eine Entwicklungsaufgabe dar, die manchmal scheitert (Fegert et al., 2017). Weil durch die Abhängigkeitserkrankung viele altersentsprechende Entwicklungsschritte nicht erreicht wurden, entsprechen viele Patient*innen in ihrer Situationsübersicht und im planerischen Handeln nicht dem biologischen Alter, was sich bspw. in starken Einschränkungen in der Konfliktbewältigung, Anstrengungsbereitschaft oder Emotionsregulation zeigt (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Anstehende Entwicklungsaufgaben können bei fehlenden Bewältigungsstrategien zu einem besonderen Risiko für die Zielgruppe werden. Die positive Bewältigung der Entwicklungsaufgaben stellt laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001) eine wichtige Grundlage für anstehende Entwicklungsaufgaben dar. Im OPS (BfArM, 2023b) wird auf den entwicklungspezifischen Umgang mit Bezug auf das Lebensumfeld der Patient*innen verwiesen. Fächerübergreifende Angebote werden benötigt, die entwicklungspezifische Problematiken berücksichtigen (Fegert et al., 2017). Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz müssen gemeistert werden. Dazu gehören bspw. Auseinandersetzung mit der sich entwickelnden Sexualität, Veränderungen des Körpers oder Entwicklung eines Konsummusters (Büge, 2017; Möller, 2009). Im 15.-16. Lebensjahr konsumieren Jugendliche beider Geschlechter häufiger und in größeren Mengen. Hier zeigt sich der Zusammenhang von Entwicklung der individuellen (Geschlechts-) Identität und den zu bewältigenden Aufgaben dieses Lebensabschnitts (Zenker, 2009). Substanzkonsum kann im Jugendalter Funktionen bei der Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben erfüllen, bspw. hinsichtlich Peergruppenzugehörigkeit oder

Identitätsentwicklung (Diestelkamp & Thomasius, 2017). In der Fachliteratur wird eine Korrelation zwischen einem frühen Konsumbeginn und langfristiger Abhängigkeitserkrankung sowie Auswirkungen auf weitere Reifungsprozesse beschrieben. Substanzgebrauch in der frühen Adoleszenz erhöht das Risiko einer Chronifizierung zu einer lebenslangen Substanzgebrauchsstörung mit hohem Rückfallrisiko (Jordan & Andersen, 2017; Kufner et al., 2020; Thomasius et al., 2020). Seitz et al. (2019) konnten aufzeigen, dass das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum immer früher bestand, je jünger die Probanden waren. So lag das Einstiegsalter in der Altersgruppe 30-39 Jahre bei durchschnittlich 14,9 Jahren, bei den 18-20-Jährigen nur noch bei 13,3 Jahren. Verschiedene Neurotransmittersysteme spielen eine Rolle in der Entstehung einer Suchterkrankung, wobei früherer Alkoholgebrauch signifikant mit Alkoholstörungen im Erwachsenenalter korreliert (Schumann, et al., 2008). Psychiatrische Krankheiten des Erwachsenenalters manifestieren sich häufig bereits in der Lebensphase der Adoleszenz (Bock et al., 2019; Plener et al., 2015). Manifestieren sich psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, zeigt sich ein erhöhtes Risiko der Entwicklung komorbider Störungen (Daubner et al., 2020; Romanos et al., 2019). Die hohe entwicklungspsychosoziale Anfälligkeit ist relevant für die Verlaufsprognose von Suchterkrankungen (Arnaud & Thomasius, 2022). Die psychischen Komorbiditäten im Jugendalter spielen für Ätiologie, Verlaufsprognose und Behandlungsplanung noch eine stärkere Rolle als in der Behandlung von Erwachsenen (Arnaud & Thomasius, 2022; DGKJP, BAG & BKJPP, 2017).

In der Behandlung abhängigkeiterkrankter Kinder und Jugendlicher zeigt sich das passende Setting als wichtiger Faktor. Dahingehend wird die Übernahme von Standards aus dem Erwachsenenbereich in der Fachliteratur abgelehnt. Über den gesamten Behandlungsprozess ist zu beachten, dass die Übernahme von Standards der Erwachsenenpsychiatrie stets kritisch hinterfragt werden sollte. Dahingehend stellen auch Leistner & Beyer fest, „dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind“ (2005: 102). Allein die Motivation weist neben störungsbedingter Ambivalenz jugendtypische Schwankungen auf (Keller et al., 2019). Viele Prozesse zeigen sich aufgrund altersspezifischer Akzeptanz- und Verhaltensprobleme zeitaufwendiger als bei Erwachsenen (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Bedarfe an pädagogischer sowie schulischer und beruflicher Förderung sind bei Kindern und Jugendlichen ungleich größer als im Erwachsenenalter (Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Die Anpassung und Eingewöhnung in stationäre Settings dauert bei Jugendlichen häufig länger als bei Erwachsenen (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Hinzu kommt, dass Erwachsene die Angebote des Hilfesystems im Gegensatz zu Adoleszenten selbstständig und eigeninitiativ in Anspruch nehmen

(Thomasius et al., 2020; Arnaud & Thomasius, 2022). Konzepte und Erfahrungen des Erwachsenenbereichs lassen sich nicht kritiklos auf Kinder und Jugendliche übertragen (Möller, 2009). Demnach ist die Durchführung der qualifizierten Entzugsbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie ausdrücklich nicht empfehlenswert (DGKJP, BAG & BKJPP: 2012). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen aus dem Erwachsenenbereich wurden bereits in jüngeren Altersgruppen angewendet, ohne Prüfung, ob die Patient*innen davon profitieren (Schmidt et al., 2016). Da sich über die Lebensspanne starke Unterschiede in der alterstypischen Ausprägung im Bereich psychischer Störungen zeigen, können therapeutische und pathophysiologische Erkenntnisse aus dem Erwachsenenbereich keineswegs auf Kinder und Jugendliche übertragen werden (Romanos et al., 2019). Es zeigen sich große Anforderungen an die pädagogische Förderung der Klientel, deren Erziehung in hohem Maße in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik verwirklicht wird (Rotthaus, 2015; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Behandlungsbegleitende, pädagogische Inhalte werden benötigt (Arnaud & Thomasius, 2022) und Behandlungssettings müssen den pädagogischen Entwicklungsanforderungen von Heranwachsenden gerecht werden (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Es zeigt sich also der Bedarf an Regelwerken mit Transparenz und Selbstbestimmung sowie einer engen und rahmengebenden Struktur, um dem Autonomiebedürfnis der Klientel gerecht zu werden. Kant (1803/2000) schrieb, dass Erziehung zu Autonomie führen soll, jedoch von Abhängigkeiten durchzogen ist. Transparente Regelwerke und Vorgaben stellen einen angemessenen Orientierungsrahmen für die Patient*innen zur Verfügung und werden häufig so gestaltet, dass die Freiheiten im Behandlungsverlauf zunehmen (Thomasius et al., 2016).

Durch die Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter zeigen sich vielerlei Risiken hinsichtlich der Entstehung einer Suchterkrankung, jedoch auch Chancen durch eine frühzeitige Behandlung im geeigneten Setting. Entwicklungspsychologische und -psychopathologische Besonderheiten müssen berücksichtigt werden (Möller, 2009; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Durch polytoxikomane Konsummuster und hohe Komorbiditätsraten zeigt sich die Erfordernis suchtmmedizinischer Qualifikation sowie multimodaler kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Interventionen (Thomasius et al., 2016). Um negativen Verläufen entgegenzuwirken, zeigt sich spezifisches, gezieltes und frühes Eingreifen, wie durch eine intensive Psychotherapie, als dringend angezeigt. Psychotherapeutische Interventionen haben in dieser Altersgruppe eine große Bedeutung (Bock et al., 2019; Schmidt et al., 2016). Eine hoch strukturierte und intensive Betreuung der Patient*innen ist notwendig, um der Komplexität von Symptomausprägung und Komorbidität gerecht zu werden (Thomasius et al., 2016). Es besteht die

Notwendigkeit einer umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsplanung, die nicht nur die Abhängigkeitserkrankung berücksichtigt (DGKJP, BAG; BKJPP & 2017). Die „kritischen“ psychosozialen und neurobiologischen Entwicklungsphasen können Weichen für lebenslange Anfälligkeiten und maligne Verläufe oder aber erhöhte Resilienz stellen (Romanos et al., 2019). Die Herausforderungen, die mit Abhängigkeitserkrankungen in der Adoleszenz einhergehen, sind ausführlich in der Fachliteratur beschrieben. Dennoch zeigt sich weiterer Forschungsbedarf, bspw. in der Erarbeitung von Standards bzgl. psychopharmakologischer Behandlung (Thomasius et al., 2016). Auch im Bereich der kognitiven Neurowissenschaften besteht Forschungsbedarf, da soziale und kulturelle Einflüsse auf affektive und kognitive Prozesse noch wenig bekannt sind (Konrad, Firk & Uhlhaas, 2013).

1.2.2 Behandlung im deutschen Gesundheitssystem

Alters- und störungsspezifische Besonderheiten sind nicht nur für Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen von Bedeutung, sondern bedeuten ebenso eine Herausforderung für das Hilfesystem (DGPPN & DG-Sucht, 2020). Nachdem in den 1930er-Jahren erste kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in Großbritannien gegründet wurden, hat die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen keine lange Tradition (Wöckel et al., 2019). Seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 etablierte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit eigener Facharztqualifikation (Fegert et al., 2017). Das Schließen einer Versorgungslücke führte zu einem massiven Anstieg der Zahlen kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (Wöckel et al., 2019). Trotz zunehmender Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Anerkennung der Sucht als Krankheit 1968 wird die zögerliche Entwicklung des Versorgungsangebots kritisch diskutiert. Bis in die 1990er Jahre hinein stellte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Gesamthematik konzeptionell nur in wenigen Kliniken, obwohl sich im Laufe der Jahre vor allem durch neue Designerdrogen vermehrt Fälle von drogeninduzierten psychotischen Zustandsbildern zeigten. Demgegenüber war eine faktische Abhängigkeit weiterhin als Ausschlussgrund einer stationären Behandlung definiert (Bilke, 2008). „Die psychotherapeutische Suchtbehandlung erfährt in den letzten Jahren eine zunehmende Evidenzbasierung“ (Kiefer et al., 2020: 51). Kinder und Jugendliche mit Konsumstörungen sollen eine spezifische Behandlung erhalten (AACAP, 2005). Diese ist integraler Bestandteil des Faches der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und erfolgt überwiegend in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen oder Fachambulanzen (Arnaud & Thomasius, 2022; Thomasius et al., 2020), wobei die Behandlung generell in Akut- und Postakutbehandlung unterschieden wird (Arnaud & Thomasius, 2022).

Es zeigen sich einerseits hohe Prävalenzen und gleichzeitig eine Versorgungslücke, die das Hilfesystem vor Herausforderungen stellen. „Nur einem Bruchteil der betroffenen Minderjährigen wird frühzeitige Hilfe zuteil“ (Thomasius et al., 2016: 110). Allgemein zeigen sich eine deutliche Zunahme der Zahlen stationärer Behandlung trotz stagnierender Bevölkerungszahlen (Plener et al., 2015). Die Kapazitäten für qualifizierte Entzugsbehandlungen für Jugendliche sowie jugendspezifische Versorgungseinrichtungen decken die aktuellen Bedarfe nicht ab (Abzieher et al., 2019; DG-Sucht, 2018; Thomasius et al., 2016; Thomasius et al., 2020). Dies ist auch kritisch zu betrachten, da vielfach psychotherapeutischer

Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Komorbidität besteht (Thomasius, 2020). Im Fall einer Komorbidität sollte eine Abhängigkeitserkrankung nicht isoliert behandelt werden (Weinbrenner et al., 2018). Durch die Versorgungslücke werden Erfolgsaussichten durch rechtzeitige Intervention geschmälert und das Fortschreiten der Konsummuster forciert (Thomasius et al., 2016). Weiterführend sind neben Drogenberatungsstellen wenige Therapierende bereit, konsumierende Klientel zu versorgen und in der Jugendhilfe wird Drogenkonsum häufig als Ausschlusskriterium definiert, weshalb in der Konsequenz wenige, auf die Problematik spezialisierte Angebote vorgehalten werden (Möller, 2009).

Bestehende Abhängigkeitserkrankungen in der späten Adoleszenz stellen sich als weitere Herausforderung für das Versorgungssystem dar. Die Adoleszenz stellt die Phase des Übergangs in den Versorgungssystemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters dar (Plemer et al., 2015; Arnaud & Thomasius, 2022). Es stellt sich die Frage, ob eine Behandlung in der Kinder- und Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie den individuellen Bedarfen eher gerecht wird. In der Fachliteratur werden bestehende Konzepte hinterfragt und Innovationen diskutiert, um die Versorgung auf individuelle Bedarfslagen anpassen zu können. Die Suche nach einer geeigneten qualifizierten Entzugsbehandlung stellt laut Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2018) besonders für junge Erwachsene noch Schwierigkeiten dar, da die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung regelhaft bis zum 18. Lebensjahr vollzogen wird und anschließend die Erwachsenenpsychiatrie zuständig ist. Entwicklungsrelevante Behandlungsbedürfnisse werden häufig nicht adäquat berücksichtigt (Thomasius et al., 2016). Es ist ein gängiges Verfahren, dass Kinder und Jugendliche mit Erwachsenen gemeinsam behandelt werden, was eine adäquate störungs- und altersspezifische Behandlung verhindert (Thomasius et al., 2020). Zur Überwindung von Schnittstellenproblemen wäre die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugend- zur Erwachsenenpsychiatrie notwendig, was bisher noch nicht flächendeckend implementiert ist (Abzieher et al., 2019). Es zeigt sich der Bedarf an einem eigenen Behandlungssetting für Adoleszente, die sich im Übergang der Kinder- und Jugend- zur Erwachsenenpsychiatrie befinden (Thomasius et al., 2020).

Neben den genannten Herausforderungen wie den alters- und störungsspezifischen Besonderheiten, der Versorgungslücke und der Anpassung des Versorgungssystems mit Konzepten, die sich bis in das junge Erwachsenenalter strecken, wird zudem die gültige Richtlinie zur Personalausstattung kritisch diskutiert und vielfach die Notwendigkeit einer Fachkräftequote geäußert, die sich nicht ausschließlich an wirtschaftlichen Aspekten orientiert. Den gesundheitspolitischen

Vorgaben zur Orientierung an verbindlichen Qualitätsstandards nach §§ 27 Abs. 1 SGB V, 17d KHG „wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Richtlinie zur Personalausstattung für die Psychiatrie und Psychotherapie (PPP-RL) in keiner Weise gerecht“ (ackpa et al., 2021). Auch die Weiterentwicklung der PPP-RL in der aktuellen Version vom 15.09.2022 verfehlt den gesetzlichen Auftrag (ackpa et al., 2022). „Wir sind überzeugt, dass Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unter Einbezug all dieser Aspekte nicht unter den marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten von Konkurrenz und Profitmaximierung im Gesundheitswesen betreibbar ist“ (Schepker, Fegert & Becker, 2015). Ökonomische Faktoren dürfen nicht der entscheidende Faktor der Versorgung werden (ackpa et al., 2021). Im Folgenden wird die Versorgung von abhängigkeiterkrankten Adoleszenten differenzierter hinsichtlich allgemeinen Therapieprinzipien und bestehenden Behandlungsangeboten beschrieben.

1.2.2.1 Allgemeine Therapieprinzipien

Der folgende Abschnitt der Dissertation beschäftigt sich mit in der Fachliteratur beschriebenen Therapieprinzipien, die in den verschiedenen Settings des Hilfesystems Anwendung finden und sich in den Mindestmerkmalen des OPS-Zusatzkodes 9-694 widerspiegeln. Die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlung ergibt sich aus den Mindestmerkmalen der zu kodierenden OPS-Kodes. Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) beschreibt das Erreichen von Suchtmittelabstinenz als ein primäres Ziel in der Behandlung von Patient*innen in der Adoleszenz (AACAP, 2005). In der klinischen Praxis wird jungen Patienten, insbesondere unter 18-Jährigen, eher zu abstinenzorientierter Behandlung geraten (Kiefer et al., 2020). Suchtmittelfreiheit soll als beständiges Lebensmuster kennengelernt und akzeptiert werden (Thomasius et al., 2016). Es besteht die Notwendigkeit einer umfassenden und individuellen Behandlungsplanung. Die Menge an psychiatrischen Störungen bei abhängigkeiterkrankter Klientel indiziert den qualifizierten Entzug und eine kinder- und jugendpsychiatrische Suchtbehandlung. Generell zeigt sich bei einer Abhängigkeitserkrankung der Bedarf einer spezifischen suchttherapeutischen Intervention, die kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Standards entspricht (Fegert & Kölch, 2013; Thomasius et al., 2016). „Die Aufgabe für Sucht- und Psychotherapeuten wird sein, für jeden Patienten individuell die für ihn notwendige Psychotherapieform

zu finden, die er benötigt und die dann auch angewendet werden kann“ (Mugele, 2015).

Im OPS-Kode 9-694 sind die Mindestmerkmale nicht nur auf das Individuum begrenzt. So wird „Stabilisierung der familiären (...) Situation“ sowie „Familienarbeit, sofern die Herkunftsfamilie kooperationsfähig ist, alternativ Arbeit mit Bezugspersonen aus Ersatzfamilien“ (BfArM, 2023b) explizit aufgeführt. „Die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist fast ausnahmslos eine Behandlung der gesamten Familie“ (Fegert et al., 2017: 82). Das Einbeziehen familiärer und sozialer Bezugssysteme sowie die Erhebung familiärer Konflikte und Problemlagen sind Teile des diagnostischen Prozesses und ermöglichen es, wichtige Informationen für die Suchtanamnese zu erheben und Inhalte in die Behandlung einfließen zu lassen (Thomasius et al., 2016). Die Häufigkeit des Alkoholkonsums von Eltern zeigt sich bspw. bei Jugendlichen als Prädiktor für späteres Rauschtrinken, weshalb sich die Eltern in der alkoholspezifischen Sozialisation ihrer Rolle stärker bewusst werden sollten (Morgenstern, Isensee & Hanewinkel, 2018). In der Forschung zeigt sich große Übereinstimmung, dass das Einbeziehen von Eltern, Familie und Bezugspersonen nach Möglichkeit eine Komponente der Behandlung bei Substanzkonsumstörungen darstellen sollte (z. B. AACAP, 2005; Arnaud & Thomasius, 2022; Thomasius, 2016). Familienbasierte Therapieformen, multidimensionale Familientherapie, Einbezug von Familienangehörigen und anderen relevanten Bezugspersonen sowie integrative Familientherapie wurden in die Schlüsselempfehlungen zur Behandlung alkoholbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen aufgenommen (DGPPN & DG-SUCHT, 2020). Die Notwendigkeit familientherapeutischer Ansätze zeigt sich u. a. aufgrund stark ausgeprägter nicht altersentsprechender Entgrenzung, starker Selbstständigkeitsbestrebungen, konflikthafter Beziehungen oder finanzieller und emotionaler Abhängigkeiten (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017; Fegert et al., 2017). Auch wenn sich zum Behandlungsbeginn anhaltende Mangelversorgung, Instabilität, Beziehungsproblematiken und Konfliktsituationen zeigen, sind die Bedürfnisse nach elterlicher Zuwendung ungebrochen hoch (Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022).

Psychoedukation ist nicht nur ein wichtiger Teil, sondern auch Ziel einer Suchttherapie (DHS, 2018) und ist in den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694 genannt „Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen“ (BfArM, 2023b). Die Thematik wurde in der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (DGPPN & DG-SUCHT, 2020) als klinischer Konsenspunkt mit aufgenommen. Das Training sozialer Fertigkeiten wird ebenfalls als klinischer Konsenspunkt in der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen aufgeführt (ebd.). In der Ausprägung von

Resilienz spielen emotionale Kompetenz und prosoziales Verhalten eine wichtige Rolle (Karpinski et al., 2017), was durch ein Soziales Kompetenztraining (SKT) eingeübt werden könnte. Dem SKT kommt besondere Bedeutung zu, da der Gruppe gleichaltriger Peers eine „(...) ungleich größere Rolle auf das (Sucht-)Verhalten als im Erwachsenenalter“ (Arnaud & Thomasius, 2022: 346) zukommt. Die Behandlung soll zu Unterstützungsangeboten auf Peer-Ebene ermutigen, insbesondere im Hinblick auf den Verzicht auf psychotrope Substanzen (AACAP, 2005). Eine störungsbedingt nicht gegebene Gruppenfähigkeit wird bspw. durch hohe Impulsivität den Merkmalen zur Intensivbehandlung zugeordnet (BfArM, 2023b), jedoch wird die inhaltliche Ausgestaltung nicht in den Merkmalen beschrieben. In der Phase der Adoleszenz zeigt sich das Gehirn durch Emotionen stark beeinflussbar, wodurch die Emotionsregulation gezielt trainiert werden kann und Jugendliche von Lernerfahrungen profitieren können, wenn dies in einem positiven emotionalen Kontext geschieht (Konrad, Firk & Uhlhaas, 2013). Vielfach ist eine begleitende psychopharmakologische Behandlung zur Stabilisierung von Affekten und Impulskontrolle indiziert (Thomasius et al., 2016). Das Einbeziehen von Ressourcentraining ist ebenso kein Teil der Mindestmerkmale in der Behandlung abhängigkeiterkrankter Kinder und Jugendlicher (BfArM, 2023b). Ressourcen sind Aspekte, die sich für individuelle Personen als positiv bewerten lassen und die sich als funktional für deren Ziele herausstellen. Es zeigt sich ein breites Spektrum an Merkmalen, die im Sinne personaler, interpersoneller und externer Ressourcen relevant sind (Willutzki & Teismann, 2013). Eines der Ziele qualifizierter Entzugsbehandlung besteht in der Förderung von individuellen familiären sowie psychosozialen Ressourcen im Sinne der Salutogenese (Thomasius et al., 2016). Die Arbeit mit der Thematik erfordert in einem ersten Schritt die Erfassung bestehender Ressourcen, wie dies auch bereits in gängigen Diagnosesystemen geschieht. In der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ im Instrument der OPD-KJ (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter) werden familiäre und außerfamiliäre Ressourcen erhoben (Seiffge-Krenke & Schmeck, 2019).

Die Thematik der Rückfallprävention oder -prophylaxe findet in den Mindestmerkmalen des Zusatzkodes keine Berücksichtigung, obwohl die Verringerung von Rückfallhäufigkeit und -schwere ein vertretbares Zwischenziel auf dem Weg zur Abstinenz darstellt (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019; Thomasius, 2008). In der S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen wird die Rückfallprävention mit hohen Empfehlungsgraden aufgeführt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016). Die große Bedeutung der Rückfallprophylaxe ist ausführlich in der Fachliteratur beschrieben (z. B. AACAP, 2005; Bilke-Hentsch &

Leménager, 2019; DGPPN & DG-Sucht 2020; Thomasius, 2008). Das ausschließliche Verhängen von Sanktionen genügt nicht, da der Fokus der therapeutischen Arbeit auf Entwicklung funktionaler Bewältigungsstrategien liegt (DGKJP, BAG; BKJPP, 2017). „Rückfälle in den Suchtmittelkonsum sind immanenter Teil einer Suchterkrankung“ (DGKJP; BAG; BKJPP, 2017: 7) und können bei weiterer Therapiefähigkeit produktiv unter Mitarbeit und Einsicht von Patient*innen genutzt werden. Der therapeutische Umgang mit Rückfällen beugt einer Katastrophisierung derer vor. Nicht alle bisher erreichten Erfolge werden dadurch zunichte gemacht (Fegert & Kölch, 2013).

Motivationsdiagnostik und motivierende Interventionen

Die Darstellungen erfolgen in gekürzter und überarbeiteter Fassung des 2024 unter dem Titel „Let’s talk about motivation – Die Bedeutung motivationaler Prozesse für die Praxis der Suchttherapie im Setting der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ in der Zeitschrift Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation veröffentlichten Beitrags (Moser, 2024). Die Suchttherapie Heranwachsender ist in hohem Maße motivationsfördernd angelegt und beinhaltet zum einen die Förderung von Problemeinsicht, zum anderen Motivationsförderung hin zu Abstinenz und Inanspruchnahme weiterführender (stationärer oder ambulanter) Therapie (Arnaud & Thomasius, 2022). Eine intrinsische Behandlungsmotivation ist im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung erwünscht aber nicht zwangsläufig notwendig (Thomasius et al., 2016). Dahingehend werden Risiken und Chancen einer unfreiwilligen Behandlung diskutiert. Es sollte der Grundsatz gelten, dass Adoleszente mit substanzbezogenen Störungen im am wenigsten restriktiven Setting behandelt werden, das eine sichere und effektive Behandlung sicherstellt (AACAP, 2005). Kiefer et al. (2020) benennen die körperliche Entzugssituation als Chance, hinreichende Krankheitseinsicht erreichen zu können. Dies soll als Basis zu Fähigkeit und Bereitschaft führen, weiterführende Behandlungen anzutreten. Allein im ambulanten Setting lässt sich eine ausreichende Behandlungsmotivierung bei zunehmender Ausgliederung und Fremdmotivation nicht erreichen (Kulick, 1998). Mit dem Ziel zur Erarbeitung intrinsischer Veränderungsmotivation kann die stationäre Behandlung im Fall starker Selbstgefährdung unfreiwillig nach Rechtsgrundlage durch § 1631b BGB erfolgen (Thomasius et al., 2016). Freiheitsentziehende Maßnahmen stellen die Ausnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar und werden als Ultima Ratio genutzt (Kölch & Vogel, 2016). Waltereit et al. (2019) beschreiben dazu, dass durch einen fakultativen Freiheitsentzug ein ausreichender Beziehungsaufbau ermöglicht werden kann, wie dies im

Rahmen einer Behandlung auf geschützt geführten Aufnahmestationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beobachten ist. Eine kategorische Ablehnung freiheitsentziehender Maßnahmen kann eine Abbruchkarriere im Hilfesystem bedeuten und stellt das Risiko einer Verhinderung nachhaltiger schulischer und beruflicher Perspektiven dar (ebd.). Die Compliance, also die Bereitschaft zur Kooperation stellt nach Haslinger & Beiglboeck (2001) eine Schlüsselstelle zur erfolgreichen Abstinenzbehandlung dar. In einer Studie zur Veränderungsbereitschaft bei erwachsenen Alkoholabhängigen auf Basis des Transtheoretical Model (TTM) zeigen Haslinger und Beiglboeck (ebd.), dass Patient*innen, die sich aktiv um Kontaktaufnahme zu der Behandlungseinrichtung bemühten, signifikant häufiger der Gruppe besser motivierter Patient*innen zugeordnet werden konnten als diejenigen, deren Erstkontaktaufnahme durch Andere initiiert wurde. Weiterhin zeigen besser motivierte Patient*innen nach sechs Wochen in der stationären Entzugsbehandlung eine deutlich intensiviertere Neubewertung ihrer Situation und ihrer selbst sowie den verstärkten Aufbau von Bewältigungskompetenz. Bei schlechter motivierten Patient*innen zeigt sich laut den Autoren kein signifikanter Anstieg im Aufbau von Bewältigungskompetenz. So lag die Abbruchquote bei Alkoholabhängigen mit niedriger Motivation mit 29,8 % deutlich höher als bei Alkoholabhängigen mit hoher Motivation (13,4 %). Willoughby & Edens (1996) zeigten in einer Studie mit alkoholabhängigen Patient*innen, dass sich diese in der Phase der Absichtslosigkeit weniger um den eigenen Substanzgebrauch besorgt zeigten und dahingehend weniger Hilfe annahmen. Dies weist darauf hin, dass die Erkundung der Therapiemotivation ein wichtiges Element der strukturierten psychologischen Diagnostik ist (Krohne & Hock, 2015). Fremdmotivierte Patient*innen auf dem Weg zu intrinsischer Motivation einer Verhaltensänderung zu begleiten, kann somit ein wichtiges Ziel suchttherapeutischer Angebote darstellen. Die Beschäftigung mit motivationalen Prozessen kann zur Förderung guter Ausgangsbedingungen in der Eingangsphase des therapeutischen Prozesses beitragen, deren Bedeutung durch Kanfer et al. (1996) im 7 Phasen Modell näher ausgeführt wird. Das TTM mit den zugehörigen Phasen der Veränderung (Stages of Change) (SoC) nach Prochaska & DiClemente (1986) zeigt sich als evaluiertes Modell für die Praxis. Mit der University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) nach McConaughy et al. (1989) besteht ein Fragebogeninstrument zur Erfassung von Änderungsmotivation auf der Basis des TTM. In deutscher Sprache liegen dazu mehrere Übersetzungen vor (z. B. durch die Veränderungsstadien-Skala (VSS) (Heidenreich, Hoyer & Fecht, 2001) oder durch den Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER) (Hasler, Klaghofer & Buddeberg, 2003)).

Um motivationale Prozesse zu begleiten und zu fördern, zeigt sich das Motivational Interviewing als gut evaluiertes Vorgehen in der Behandlung abhängigkeitserkrankter Adoleszenter. *Autonomie - Kooperation – Evokation* sind die Leitmotive der motivierenden Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Naar-King & Suarez, 2012). Die Ausführungen zum Motivational Interviewing hinsichtlich Wirksamkeit sowie Durchführung und Methodik sind ausführlich in der Fachliteratur beschrieben (z. B. Demmel, 2014; Demmel & Kemény, 2016; Lindenmeyer, 2012; Miller & Rollnick, 2004; Miller & Rollnick, 2015). Zum besseren Überblick sowie zur Reflexion der eigenen Gesprächsführung beschreiben Miller & Sanchez (1994) sechs Elemente mit dem Akronym „FRAMES“ (**F**eedback, **R**esponsibility, **A**dvice, **M**enu of options, **E**mpathy, **S**elf-efficacy), welche durch Foote et al. (1999) ergänzt wurden. Neben alleinigem Literaturstudium besteht die Notwendigkeit, motivierende Interventionsverfahren einzuüben und die Anwendung zu reflektieren. Moyers, Manuel & Ernst (2014) zeigen im Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2 (MITI) ein Kodierungssystem auf, mit dem sich das Kommunikationsverhalten von Fachkräften messbar machen lässt und somit durch (Selbst-)Überprüfung zur Förderung therapeutischer Fähigkeiten beiträgt. Motivational Interviewing wurde in der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen mit höchstem Empfehlungsgrad in der Kurzintervention (am Krankenbett nach akuter Intoxikation) bewertet (DGPPN & DG-Sucht, 2020). Bei den Methamphetamin-bezogenen Störungen wird in der Leitlinie eine starke Empfehlung während der qualifizierten Entzugsbehandlung ausgesprochen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016). Scherbaum (2020a) beschreibt, dass nach Studienlage psychotherapeutische Verfahren mit motivationsfördernden Interventionen wirksam in der Behandlung Amphetamin- und Methamphetamin-bezogener Störungen sind. Die Bedeutung motivationaler Prozesse in der Praxis der Suchttherapie mit Kindern und Jugendlichen wurde hinreichend in der Fachliteratur diskutiert (z. B. Bilke-Hentsch & Leménager, 2019; DGPPN & DG-Sucht, 2020; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016; Krohne & Hock, 2015). Es zeigt sich die Notwendigkeit der Beschäftigung mit der Thematik in Wissenschaft und Praxis, um Konzepte und Settings auf alters- und störungsspezifische Bedarfe hin anpassen zu können.

1.2.2.2 Bestehende Behandlungsangebote

Es zeigt sich ein wachsender fachlich-wissenschaftlicher Diskurs bzgl. der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten, welcher auch maßgeblich durch die Gesundheitspolitik mitbestimmt wird. Für die Praxis bedeutet dies, passende Angebote zu schaffen, um die gesundheitspolitischen Inhalte umzusetzen und den alters- und störungsbedingten Bedarfen gerecht zu werden. Mögliche Behandlungssettings reichen von ambulanten über tagesklinische bis hin zu stationären Angeboten. Die Kosten werden je nach individuellen Voraussetzungen von GKV (SGB V), DRV (SGB VI), überörtlichem Sozialhilfeträger (SGB XII) oder nachrangig von der Jugendhilfe übernommen (DHS, 2018). Eine sinnvolle Gliederung der stationären Behandlung läuft nach der Entgiftungsphase und Diagnostik- zur Behandlungsphase über. Die erste Aufnahme führt häufig nicht zum Erfolg einer abstinenten Lebensführung (Fegert & Kölch, 2013). Verschiedene Phasen sind Teil der Suchtbehandlung (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017):

- Qualifizierte Entzugsbehandlung (Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von Komorbidität
- Medizinische Rehabilitationsbehandlung (Langzeittherapie)

Die Suchtbehandlung zeigt sich als multiprofessionelle Herausforderung. Konsummuster und Einstellung zum Suchtmittel sollen gemeinsam reflektiert werden. Familiäre, schulische und soziale Problemlagen sollen erhoben werden und in den Behandlungsprozess Eingang finden. Der Aufbau funktionaler Strategien zur Spannungsabfuhr und Konfliktlösung sowie psychosozialer Ressourcen haben ebenso große Bedeutung. Ziele werden gemeinsam vereinbart und in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten und Behörden Perspektiven entwickelt sowie notwendige weiterführende Maßnahmen eingeleitet (Thomasius et al., 2016). Die Nennung von „Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen“ (BfArM, 2023b) könnte als Perspektivklärung verstanden werden. Es sollte versucht werden, umfassende Dienstleistungen in verschiedenen Bereichen (Freizeit, Medizin, Familie etc.) zu (re-)integrieren (AACAP, 2005). Programme oder Interventionen im Sinne der Nachsorge sollten veranlasst werden (ebd.). Demnach hat das Einbeziehen jugendhilflicher Bezugssysteme große Bedeutung (Arnaud & Thomasius, 2022).

Qualifizierte Entzugs- und Postakutbehandlung

Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich als wichtiger Standard in der Behandlung. Bei Kindern und Jugendlichen ist die alleinige körperliche Entgiftung, die ein rein körperliches Entzugssyndrom behandelt, nicht indiziert und vorrangig eine qualifizierte Entzugsbehandlung durchzuführen (DRV, GKV & DKG, 2017; Thomasius et al., 2016). Die leitliniengerechte Durchführung stationärer qualifizierter Entzugs- und Postakutbehandlung hat in Deutschland einen hohen Qualitätsstandard und verfolgt das Ziel der Suchtmittelabstinenz mit hoher Priorität (Thomasius et al., 2016; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Thomasius et al. (2016) beschreiben Schwerpunkte in der qualifizierten Entzugsbehandlung:

- Entzugssymptome bewältigen
- Krankheitseinsicht erreichen
- Strategien im Umgang mit der Suchterkrankung vermitteln
- Zur Inanspruchnahme weiterer Behandlung motivieren

Die Dauer einer qualifizierten Entzugsbehandlung beträgt je nach individuellen Faktoren nicht unter vier und bis zu 12 Wochen (Arnaud & Thomasius, 2022; Thomasius et al., 2016). Nach Kiefer et al. (2020) sollte eine qualifizierte Entzugsbehandlung auf 3-6 Wochen angesetzt werden und eine differenzierte Diagnostik, Behandlung von Entzugssymptomen und körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen sowie gezielte psychotherapeutische und psychoedukative Ansätze zur Motivationsarbeit beinhalten (Kiefer et al., 2020). Die Bedeutung der stationären Behandlung wird in der Fachliteratur beschrieben. Es ist von Bedeutung, Patient*innen einen abstinenten Rahmen zu bieten (DGKJP, BAG; BKJPP, 2017). Eine Loslösung der Entzugsbehandlung von stationären Angeboten bewirkt laut DHS (2018) ein erhöhtes Rückfallrisiko. Dies beschreiben Arnaud & Thomasius (2022) am Beispiel der Peergroup, die bei vielen Jugendlichen die Rolle einer zentralen Sozialisationsinstanz innehat, was Therapieerfolge maßgeblich beeinflusst. Oftmals ist die stationäre Behandlung aufgrund der Versorgungslücke im deutschen Gesundheitssystem aber nicht möglich und stellt besonders für junge Erwachsene eine große Herausforderung dar (DHS, 2018). Neben der Versorgungslücke zeigt sich die Abhängigkeitserkrankung an sich als Risikofaktor, nicht vom Hilfesystem aufgefangen zu werden. Da Drogenkonsum Mitpatient*innen verleiten oder gefährden kann, kann dieser auch zum Ausschluss stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung führen (Möller, 2009).

Ziele der Postakutbehandlung (DHS, 2018):

- Stabilisierung der Abstinenz
- Einleiten weiterführender Suchttherapie (psychoedukative und rückfallpräventive Schwerpunkte)
- Behandlung komorbider psychischer Störungen
- Perspektivenklärung (Schule, Beruf, soziale Kontakte sowie Klärung weiterführender Suchtbehandlung bzw. Vermittlung in Nachsorgeeinrichtungen)

Setting

Die Behandlung von suchterkrankten Kindern und Jugendlichen verlangt intensive Betreuung und ein hochstrukturiertes Setting, um der Komplexität von fluktuierenden Symptomausprägungen und psychischer Komorbidität gerecht zu werden (AACAP, 2005; Barth, 2011; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie et al., 2017; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2018; Thomasius et al., 2016). Die Bedeutung der Thematik wird bereits im Titel des Zusatzkodes 9-694 deutlich. So wird von „Behandlung (...) im besonderen suchtspezifischen Setting“ (BfArM, 2023b) gesprochen. Vor allem im Hinblick auf oftmals bestehende frühe Bindungsstörungen der Klientel (Möller, 2003) ist ein solches verlässliches Setting unumgänglich. Neben den therapeutischen und pädagogischen Angeboten wird der Stationsablauf durch einen Tagesplan bestimmt, wobei auch die räumliche Ausstattung hinsichtlich den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen zu beachten ist (Thomasius et al., 2016). Zur Krankenhausarchitektur gibt es nur wenige Daten, welche aber darauf hinweisen, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, aggressives Verhalten sowie Selbst- und Fremdgefährdung durch architektonische Verbesserungen verringert werden (Wöckel et al., 2018). Auch deshalb ist die Bedeutung architektonischer Konzepte in Kinder- und Jugendpsychiatrien immer häufiger Gegenstand in der Forschung (Fricke et al., 2018). Der Zusatzkode 9-694 weist in der Vorabversion 2024 nur ein Strukturmerkmal auf: „Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)“ (BfArM, 2023b). U. a. sind Patient*innen auf fakultativ geschlossenen Stationen vor Kontakten zu Drogenschmuggel und -szene geschützt (Thomasius et al., 2020). Zudem konnte gezeigt werden, dass die Förderung von Resilienz in Konfrontation mit Gleichaltrigen geschieht (Karpinski et al., 2017). Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass Behandlungssettings dem Entwicklungsstand junger Menschen gerecht werden sollten (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017).

Seit Längerem wird der Bedarf einer Optimierung suchtdiagnostischer und -therapeutischer Kenntnisse aufgezeigt (Thomasius, 2008). Aufgrund hoher Komorbiditätsraten und polytoxikomaner Konsummuster ist die suchtmmedizinische Qualifikation erforderlich (Thomasius, 2016). Im Speziellen zeigt sich der Bedarf bei traumaspezifischen Besonderheiten. In den Biografien abhängigkeiterkrankter Menschen sind häufig traumatische Erfahrungen prägend (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016; Schäfer & Schulze-Thüsing, 2015) und die Klientel ist „durch Traumafolgestörungen beeinträchtigt“ (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019: 36). Durch die hohe Rate an akut oder sequentiell traumatisierten Patient*innen besteht der Bedarf an spezieller traumatherapeutischer Kompetenz der Mitarbeitenden und die Integration traumatherapeutischer Konzepte (Thomasius et al., 2016). Es zeigt sich eine fehlende Expertise beteiligter Berufsgruppen bzgl. transitionspsychiatrischer Programme (Fegert et al., 2017). Neben der ärztlichen, sucht- und psychotherapeutischen Behandlung kommen den Spezialtherapien große Bedeutung zu. Psychotherapeutische Ansätze werden in der qualifizierten Entzugsbehandlung mit anderen Fachtherapien kombiniert (Arnaud & Thomasius, 2022).

In der qualifizierten Entzugsbehandlung werden verschiedene Fachtherapien wie Musiktherapie, Ergotherapie, Entspannungsverfahren, Sporttherapie oder Akupunktur eingesetzt (Thomasius et al., 2016). In der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen werden in den Schlüsselempfehlungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen Sport- und Bewegungstherapie sowie Ergotherapie aufgeführt (DGPPN & DG-SUCHT, 2020). Die Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher verlangt sportliche Betätigungsfelder unter fachlicher Anleitung (Thomasius et al., 2016). Ergo- und Arbeitstherapie sollten in therapeutischer Hinsicht zur Förderung von Kognition und Kontrollfunktion aufgrund der Gefährdung der Arbeitsfähigkeit bereitgestellt werden (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Die Bedeutung der Umsetzung multiprofessioneller Behandlungsplanung geht aus den OPS Codes zur Regel- und Intensivbehandlung 9-65 bzw. 9-67 hervor, in denen die einzelnen vorzuhaltenden Berufsgruppen genannt werden. Neben ärztlich-psychotherapeutischen Berufsgruppen sind Spezialtherapeut*innen und pädagogisch-pflegerische Fachpersonen genannt (BfArM, 2023b). Die Teams im Pflege- und Erziehungsdienst bestehen aus Kranken- und Heilerziehungspfleger*innen, Erzieher*innen sowie Sozialpädagog*innen (Fegert et al., 2017). Der Einsatz des Sozialdienstes hat nicht zuletzt dadurch große Bedeutung, dass die Erfüllung bestimmter Mindestmerkmale, bspw. juristische und sozialrechtliche Anspruchsklärung (BfArM, 2023b), sichergestellt werden kann. Es besteht oftmals die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit mit zuständigen Behörden

bzgl. Umgang mit gerichtlichen Vorgängen und Therapieauflagen (Thomasius et al., 2016). Die grundsätzliche Notwendigkeit und Bedeutung des Sozialen Dienstes im Krankenhaus wird heutzutage nicht in Frage gestellt (Rotthaus, 2015). Der Sozialdienst nimmt in der Klinik eine Rolle am Rand, mit spezieller Offenheit zu Ämtern und anderen Einrichtungen, ein. Dies unterscheidet sich zu verantwortlichen Therapeut*innen, die innerhalb der Klinik eine zentrale Position einnehmen. In der Hauptphase der Behandlung besteht distanzierter Kontakt zu Patient*innen. Gegen Ende der Behandlung orientieren sich Kinder und Jugendliche deutlich stärker nach außen und damit in die Nähe des Sozialdienstes. Das Hauptaugenmerk liegt in der Beratung und Unterstützung bei der außengerichteten Planung der Klientel. Der Sozialdienst hat somit größtenteils eine vermittelnde Rolle zur Klärung und Installation erforderlicher Unterstützung (ebd.). Dies kann die Mindestmerkmale des OPS-Kodes 9-694 bzgl. „Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung, ggf. juristische und sozialrechtliche Anspruchsklärung“ (BfArM, 2023b) widerspiegeln. Es sollte rechtzeitig der Kontakt zu Sozialarbeiter*innen und zur Suchtberatung gebahnt werden (Thomasius, 2020).

Während des gesamten Verlaufs der Behandlung sind angemessene Unterstützungsangebote in der künftigen Gestaltung des Alltags, Förderung von Bildung und Ausbildung sowie ggf. Eingliederungshilfe (bspw. durch schulische und/oder berufsvorbereitende Maßnahmen) in geeigneten Settings erforderlich und unverzichtbarer Bestandteil des Behandlungsangebots (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017; Thomasius et al., 2016). Die Indikation von Anschlussmaßnahmen soll überprüft und im Bedarfsfall eingeleitet werden (Thomasius et al., 2016). Wichtige Bausteine der Perspektivklärung und Einleitung von Anschlussmaßnahmen können psychiatrische Weiterbehandlung komorbider Störungen, Rehabilitationsbehandlung (medizinisch oder im Setting der Jugendhilfe) sowie fachliche Förderung in Schule oder Ausbildung sowie Unterstützung in der Alltagsbewältigung sein (ebd.). Durch das breit gefächerte Aufgabengebiet zeigt sich erneut der Bedarf einer multiprofessionellen Behandlungsplanung und Umsetzung gegebener Mindestmerkmale. Aufgrund der Vielschichtigkeit einer Abhängigkeitserkrankung zeigt sich ebenso das Hilfesystem sehr weit in der Ausgestaltung einzelner Settings differenziert. Bei der Aufnahmesituation von Patient*innen sind modulierende Faktoren aus der Lebenswelt zu berücksichtigen, welche richtungsweisend und ausschlaggebend für die Entscheidung einer stationären Aufnahme sein können (Gouzoulis-Mayfrank, Längle & Koch-Stoecker, 2016). Wie oben beschrieben, stellt der Zugang zu bestehenden Behandlungsangeboten für viele Kinder und Jugendliche mit substanzbedingten Störungen eine große Hemmschwelle dar. Zudem sieht

sich das Hilfesystem aufgrund störungs- und altersspezifischer Besonderheiten damit konfrontiert, auf die bestehenden Herausforderungen einzugehen. Es besteht der Bedarf, spezielle Behandlungsangebote zu schaffen und weiterzuentwickeln, um dem breiten Indikationsspektrum auf den Einzelfall abgebildet gerecht zu werden. Es zeigen sich Herausforderungen für bestehende Behandlungsangebote, ihre Konzepte zu überprüfen und diese nach aktueller Forschungslage anzupassen. Die gegebenen Mindestmerkmale können ein Grundgerüst der multiprofessionellen Behandlung aufzeigen.

Im Folgenden werden einzelne Vorstudien referiert, um den theoretischen Hintergrund der Abhandlung zu vertiefen. Die Studien zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung und die Analyse regionaler Gegebenheiten in der Region Landshut ergänzen die bestehende Forschung, indem sie einen detaillierten Einblick in mögliche Weiterentwicklungen der Hilfen für suchterkrankte und -gefährdete junge Menschen geben und spezifische Bedürfnisse und Herausforderungen auf lokaler Ebene beleuchten.

1.2.2.3 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Die Darstellungen zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) erfolgen in gekürzter und überarbeiteter Fassung des 2024 unter dem Titel „Stationsäquivalente Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher - Eine qualitative Untersuchung“ in der Zeitschrift Suchttherapie erschienenen Beitrags. Die Untersuchung wurde im Rahmen einer Forschungswerkstatt an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Landshut im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit im Wintersemester 2021/2022 unter Leitung des Autors durchgeführt. Wie bereits beschrieben, haben Abhängigkeitserkrankungen nicht nur Auswirkungen auf direkt Betroffene, sondern führen oftmals zu Multi-Problemlagen, die klar strukturierte Hilfen im multiprofessionellen Setting notwendig machen. Bestehende Versorgungslücken sowie alters- und störungsspezifische Besonderheiten stellen das Hilfesystem vor immer wieder neue Herausforderungen, weshalb Konzepte neu gedacht und auf Wirksamkeit überprüft werden sollten. In Anwendung eines qualitativen Forschungsdesigns wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich die stationsäquivalente Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen mit den Mindestmerkmalen der stationären Behandlung vereinbaren lässt. Als Ausgangsmaterial der Untersuchung dienten die

Mindestmerkmale der OPS-Kodes zur stationären und stationsäquivalenten Behandlung. Die Auswertung erfolgte anhand qualitativer Inhaltsanalyse. Unter Voraussetzung der engen Vernetzung des Hilfesystems, stabiler häuslicher Rahmenbedingungen und engmaschiger medizinischer Begleitung eröffnen sich viele Chancen für die Zielgruppe. Personelle Kapazität sowie somatische Entgiftung zeigen sich als große Herausforderung im aufsuchenden Setting, stellen für sich jedoch kein Ausschlusskriterium einer StäB bei Abhängigkeitserkrankungen dar. Die Untersuchung zeigt, dass die StäB auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine vielversprechende Weiterentwicklung des Suchthilfesystems bieten kann. Die Umsetzung in Pilotversuchen unter verlaufsbegleitender Evaluation sollte mit in die weitere Diskussion der Ausgestaltung weiterer Hilfen aufgenommen werden.

Hintergrund

Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) besteht erstmals eine Behandlungsgrundlage für die Durchführung aufsuchender Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Böge, 2019). Im Rahmen des PsychVVG ist die StäB durch Änderung des § 39 SGB V sowie Neuschaffung des § 115d SGB V eingeführt worden. Gemäß § 115d SGB V besteht diese Möglichkeit für psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie für Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung bei Indikation einer stationären psychiatrischen Behandlung. Teile der Behandlung dürfen durch die verantwortlichen Krankenhausträger an andere ambulante Leistungserbringer psychiatrischer Versorgung oder weitere Krankenhäuser mit entsprechender Berechtigung übertragen werden.

Stationsäquivalente Behandlung für suchterkrankte Kinder und Jugendliche

Die bereits beschriebene Versorgungslücke für die Behandlung abhängigkeitserkrankter Adoleszenter ist aus Sicht der Umsetzbarkeit einer StäB als äußerst kritisch zu betrachten, da die Kooperationen psychiatrischer Versorgungssysteme für die StäB ausdrücklich empfohlen sind, um der regionalen Versorgungspflicht Rechnung zu tragen (Spitzcok von Brisinski, 2018). Die StäB kann als eine besondere Form der aufsuchenden Behandlung bzw. des Hometreatments (HT) verstanden werden. StäB unterscheidet sich vom HT durch die Spezialisierung auf

die Akutbehandlung psychisch Erkrankter, welche im deutschen Regelversorgungssystem bislang stationär behandelt werden. Gegensätze sind auch hinsichtlich der Finanzierung sowie der Intensität und Gesamtdauer der Therapie sowie der beteiligten Berufsgruppen gegeben (ebd.). Neben akuter Selbst- und Fremdgefährdung wird das Vorliegen einer akuten Abhängigkeitserkrankung oftmals, vor allem aufgrund der möglichen Gefahr überwachungspflichtiger Situationen in der Entgiftung, als Ausschlusskriterium der StäB genannt. Weitere Kriterien zur Durchführung der StäB sind Ausschluss einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung und/oder häuslicher Gewalt, Gewährleistung des Raums für 4-Augen-Gespräche sowie das Vorliegen einer Einwilligungserklärung von allen dem Haushalt zugehörigen Personen (ebd.). Häufig werden junge Menschen mit psychiatrischem Hilfebedarf erst spät oder gar nicht erreicht, was nach Erkenntnissen von Böge et al. (2020) mit Unkenntnis über die Angebote und Angst vor Stigmatisierung der Eltern sowie deren Befürchtung des Entzugs der elterlichen Sorge zu tun haben könnte. Durch die aufsuchende Behandlung könnten Hindernisse, wie „Transportprobleme, Strukturdefizite, Vergessen von Terminen“ (Böge et al., 2020: 349) ausgeräumt werden und zur Entlastung der Familien beitragen. Erfahrungsgemäß dient das soziale Umfeld der positiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Längle, Holzke & Gottlob, 2019). Zusätzlich zur psychiatrischen Behandlung der Kinder und Jugendlichen in ihrem häuslichen Umfeld bietet die StäB weitere Ressourcen durch die versorgende Klinik, beispielsweise die ergänzende Diagnostik und Therapie (Spitzzok von Brisinski, 2018).

Die StäB hat in der psychiatrischen Behandlung Erwachsener bereits Einzug gehalten, während diese Form der Behandlung für Kinder und Jugendliche noch Neuland ist (Böge et al., 2020). Für diese Zielgruppe liegen aktuell noch wenig verwertbare Daten vor. Aussagekräftige Studien zu HT, insbesondere im Hinblick auf Indikation bei spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern, Daten zur Akzeptanz von Patient*innen und deren Familien, Identifikation wirksamer Behandlungselemente sowie Studien zur Kosten-Effizienz sind dringend erforderlich (Böge et al., 2015). Ende 2021 erschien der Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., 2021). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erkannte Potenzial in der StäB und beschrieb eine erfolgreiche erste Entwicklung einer neuen Versorgungsform, welche die psychiatrische Versorgung verbessern und weiterentwickeln werde. Kritik äußerte der GKV-Spitzenverband, da vor allem die Intensität sowie Multiprofessionalität im Rahmen der StäB weit hinter der Versorgung einer vollstationären Behandlung zurückblieben. Im Bericht über die

Auswirkungen der StäB (ebd.) wurden im Jahr 2020 180 Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einbezogen. Die Begleitforschung zu Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich gerade am Anfang, was den Stellenwert der vorliegenden Untersuchung noch einmal herausstellt.

Ziele und Forschungsfrage

Zugrunde lag der OPS Kode 9-801 zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (BfArM, 2023d). In vielen Praxisbeispielen zur StäB wurden primäre Abhängigkeitserkrankungen als Ausschlusskriterium genannt. Da der OPS-Kode 9-801 die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen aber nicht explizit ausschließt und dies auch aus der Fachliteratur nicht unumstritten hervorgeht, stellt sich die Frage nach der praktischen Umsetzbarkeit. Der OPS Kode 9-694 zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (BfArM, 2023b) wurde zur Explikation herangezogen. Auf Basis der Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694 stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit dieser mit denen der StäB und es wurde folgende konkrete Forschungsfrage formuliert:

Es soll untersucht werden, wie sich die stationsäquivalente Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen mit den Mindestmerkmalen der stationären Behandlung vereinbaren lässt.

Untersuchungsgang (Methodik)

Die Datengrundlage der Arbeit entstand aus vier Interviews mit Expert*innen verschiedener Professionen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik im süddeutschen Raum. Bei der Wahl der Interviewpartner*innen wurde darauf geachtet, dass diese bereits in der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen tätig und somit mit den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694 vertraut waren. Es wurden Fachkräfte verschiedener Professionen befragt, die nach den Vorgaben auch Teil eines multiprofessionellen StäB-Teams hätten sein können. In der Erhebung wurde nach der Methode des nicht-standardisierten Interviews (Lamnek, 2016) vorgegangen. Die Kontaktaufnahme zu den Fachkräften erfolgte telefonisch oder per Email. Vor der Befragung wurden den Interviewten die Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694 sowie eine kurze Überblickszusammenfassung zur StäB per Email zugesandt. Als Gesprächsorte wurden bei drei der Interviews

die Räumlichkeiten der Einrichtung genutzt. Eines der Interviews musste pandemiebedingt per Videokonferenz stattfinden. Die Dauer der Befragungen variierte zwischen 10 und 18 Minuten. Die Experteninterviews fanden im Zeitraum zwischen 25. November und 09. Dezember 2021 statt.

Ergebnisse

Die befragten Expert*innen zeigten große Übereinstimmung darin, dass die Umsetzung einer StäB bei abhängigkeiterkrankten Kindern und Jugendlichen an diverse Voraussetzungen gebunden ist. Die Bedeutung des multiprofessionellen Ansatzes und klinikinterner Vernetzung wurden besonders herausgestellt. Die 24-stündige Erreichbarkeit des multiprofessionellen Teams wurde als bedeutend für die Behandlung im häuslichen Setting betitelt. Die Zielgruppe benötigt aufgrund der alters- und störungsspezifischen Besonderheiten erfahrene Fachkräfte, die engmaschige Begleitung und Behandlung leisten können. Die interviewten Fachkräfte sahen die Umsetzbarkeit der StäB nicht nur von klinikinternen Faktoren, sondern ebenso von stabilen häuslichen Rahmenbedingungen sowie der Eigenmotivation der Klient*innen abhängig. Zuletzt beschrieben die Expert*innen eine ausführliche Diagnostik als wichtige Voraussetzung, um die StäB für die Klientel umsetzen zu können. Laut den Expert*innen können durch mögliche Behandlungserfolge langfristige Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden. Die Behandlung im häuslichen Setting könnte sich durch eine bessere Einbindung der Patient*innen positiv auf den Behandlungsprozess auswirken und zeigt sich vor allem in der Kooperation mit der Jugendhilfe als praxisnah umsetzbar. Verschiedene Verfahren des multiprofessionellen Teams lassen sich nach Expertenmeinung gut, teilweise im Vergleich zur stationären Behandlung vorteilhaft, im häuslichen Umfeld umsetzen (bspw. Psychoedukation oder Familienarbeit). Es wurde beschrieben, dass Personalknappheit und Unsicherheiten bzgl. der Umsetzung einer StäB Herausforderungen in der Umsetzung darstellen. Neben der übergeordneten Herausforderung der Personalknappheit zeigen sich störungsspezifische Besonderheiten der Zielgruppe, bspw. Entzugerscheinungen, als Herausforderung, was es für die Umsetzung der StäB zu diskutieren gilt.

Diskussion

Zu den Voraussetzungen, dass die StäB bei abhängigkeiterkrankten Kindern und Jugendlichen gelingen kann, wurden die Vernetzung des Hilfesystems, stabile häusliche Rahmenbedingungen, eine engmaschige medizinische Begleitung, hohe

Eigenmotivation der Patient*innen sowie die Erreichbarkeit der Fachkräfte rund um die Uhr genannt. Die besondere fachliche Herausforderung dieser Behandlungsform verlangt den Einsatz erfahrener Fachkräfte. Die Bedeutung einer ausführlichen (Sucht-)Anamnese mit Diagnostik möglicher Begleiterkrankungen wurde herausgestellt, welche sich in den Mindestmerkmalen der stationären Behandlung wiederfindet (BfArM, 2023b). Größtenteils zeigen sich die genannten Voraussetzungen nah an den Mindestmerkmalen der OPS-Kodes zur StäB und stationären Behandlung orientiert, was für die Praxisnähe der Merkmale spricht.

Als Chancen wurden die Alltagsorientierung und die Prozesshaftigkeit, die gute Erreichbarkeit sowie die Niederschwelligkeit des Konzeptes betont. Die StäB wurde von den Expert*innen als eine nachhaltige, kostenschonende und schnell verfügbare Behandlungsform beschrieben. Nach Expertenmeinung ermöglicht dies bspw. auch das Angebot von Psychoedukation und Sozialen Kompetenztraining im häuslichen Rahmen. Ein klinischer Konsenspunkt in der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ besteht darin, dass weitere suchtmmedizinische und -therapeutische Hilfen möglichst nahtlos angeboten und vermittelt werden sollen (DGPPN & DG-Sucht, 2020). Die StäB könnte die Möglichkeit bieten, Perspektivklärung direkt im häuslichen Umfeld umzusetzen und passgenaue Angebote zeitnah zu installieren.

Als Herausforderung wurde von den Expert*innen die bestehende Personalknappheit im stationären Rahmen beschrieben, welche sich auf Umsetzung und Qualität der StäB auswirken könnte. Dieser Umstand sollte im Rahmen der Umsetzung der StäB verlaufsbegleitend evaluiert werden. Die Expertengruppe beschrieb die Notwendigkeit einer engmaschigen Betreuung, um bei somatischen und/oder psychiatrischen Akutsituationen schnell und gezielt handeln zu können, als weitere Herausforderung der StäB. Dahingehend war ein weiterer wichtiger Punkt für die Expertengruppe die körperliche Entgiftung. Längle, Holzke & Gottlob (2019) beschreiben am Beispiel der Alkoholabhängigkeit die Möglichkeit einer ambulanten Entgiftung, was auch als Konsenspunkt Klinischer Empfehlung der S3 Leitlinie alkoholbezogener Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020) genannt wird. Dies gilt, wenn keine schweren Entzugskomplikationen oder -symptome zu erwarten sind und ein unterstützendes Umfeld sowie hohe Adhärenz besteht. Als Indikation eines ambulanten Entzugs (Empfehlungsgrad B) werden u. a. die Voraussetzungen engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen sowie eine 24h-Erreichbarkeit eines Notfalldienstes beschrieben, welche durch die Mindestmerkmale der StäB gegeben sind. Als Grundvoraussetzungen gelten die Erfahrungen sowohl der Patient*innen als auch der behandelnden Ärzt*innen mit der

mutmaßlichen Schwere des Entzugssyndroms, den häuslichen Gegebenheiten und der Einhaltung von Verabredungen (Längle, Holzke & Gottlob, 2019). Bei einem Risiko alkoholbedingter Entzugsanfälle sowie bei Vorliegen gesundheitlicher oder psychosozialer Rahmenbedingungen, unter denen die Abstinenz im ambulanten Setting nicht zu erreichen erscheint, ist die stationäre Form einer körperlichen Entgiftung vorzuziehen. Dennoch kann dem Bericht aus dem Arbeitskreis Sucht (Lüdecke, 2020) entnommen werden, dass neben dem Ausschluss qualifizierter Entzugsbehandlung diverse Möglichkeiten bestehen, die StäB in der Behandlung Abhängigkeitserkrankter anzuwenden. Es zeigt sich der Bedarf einer Optimierung suchtdiagnostischer und -therapeutischer Kenntnisse (Thomasius, 2008). Dies deckt sich mit der Expertenmeinung, dass die StäB für suchterkrankte Kinder und Jugendliche qualifizierte und erfahrene Fachkräfte benötigt, die den hohen Ansprüchen und der Verantwortung gerecht werden können. Die Vermittlung suchtspezifischer Kenntnisse in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften zeigt sich somit als mit ausschlaggebend, ob eine StäB als umsetzbar erlebt wird.

Fazit und Schlussfolgerung

In der Untersuchung wurde Bezug auf die Mindestmerkmale der OPS-Kodes 9-801 sowie 9-694 genommen, die die Mindestmerkmale der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) und stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Suchterkrankungen abbilden. Aus der Literatur lassen sich bisher nur sehr begrenzte Erkenntnisse ableiten, die als für die Praxis generalisierbar bewertet oder umgesetzt werden könnten. Dies scheint zum Teil dem Umstand geschuldet, dass sich der Großteil stationsäquivalenter Konzepte auf die Erwachsenenpsychiatrie konzentriert und primäre Abhängigkeitserkrankungen häufig als Ausschlusskriterium definiert werden. In der Untersuchung konnten anhand der geführten Experteninterviews Voraussetzungen, Chancen, Herausforderungen und Grenzen der StäB beschrieben und diskutiert werden. Es zeigt sich der Bedarf verlaufs begleitender Evaluation und Diskussion auf fachlicher Ebene, um wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für die StäB für Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen aussprechen zu können. Die Durchführung von Pilotversuchen und deren begleitende Evaluierung zeigen sich als wichtige Schritte, um diese Form der Behandlung im fachlichen Diskurs bewerten und der bereits bestehenden Versorgungslücke von Kindern und Jugendlichen mit Suchterkrankungen mit einem Konzept, das niederschwelliger als eine stationäre Behandlung agiert, begegnen zu können.

1.2.2.4 Regionale Versorgungslage

Ergänzend zur Fachliteratur zur Epidemiologie werden Vorgehen und Ergebnisse der durch den Autor geleiteten Forschungswerkstatt an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut in den Bachelorstudiengängen Soziale Arbeit und Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe im Sommersemester 2022 dargestellt. Die Darstellung erfolgt in gekürzter und überarbeiteter Fassung des 2024 im Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen „Konturen“ veröffentlichten Beitrags mit dem Titel „Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Analyse des regionalen Hilfesystems in Stadt und Landkreis Landshut“ (Moser & Zenger, 2024).

In der Studie erfolgte eine regionale Analyse des Versorgungsangebots, was zur Schließung der Versorgungslücke und zum verbesserten Schnittstellenmanagement beitragen soll. Es wurde der Frage nachgegangen, inwieweit das Versorgungsangebot den Bedarfen der Zielgruppe gerecht wird. In Anwendung eines qualitativen Forschungsdesigns wurden Angebot, motivationale und Behandlungserfolge betreffende Faktoren, Bedarfe, Vernetzung sowie Grenzen und Schwierigkeiten evaluiert. Es wurden Interviews anhand eines Gesprächsleitfadens in verschiedenen Settings der Kinder-, Jugend- und Suchthilfe mit in der Praxis Tätigen durchgeführt und anhand qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Hilfesystem wird oftmals extrinsisch motiviert und nicht primär aufgrund einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung in Anspruch genommen. Bedarfe bestehen vor allem im Bereich cannabis- und medienbezogener Störungen bei Klient*innen im späten Jugend- sowie jungen Erwachsenenalter. Durch die Coronapandemie verschärfte sich die Versorgungslücke, was zu negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen führte. In Landshut besteht eine gute, sich im Ausbau befindende Vernetzung, wobei das Hilfesystem an sich sehr heterogen bewertet wird. Vor allem besteht der Wunsch nach besserer Koordination, mehr niederschweligen Hilfen, intensiverer Versorgung durch ambulante psychotherapeutisch-psychiatrische Angebote sowie nahtlos einzuleitenden stationären Hilfen. Die Versorgungslücke kann noch nicht ausreichend geschlossen werden, wodurch der Bedarf nach weiteren suchtspezifischen und niederschweligen Angeboten sowie einer bedarfsgerechten Koordination von Hilfen ersichtlich wird. Um die Bedarfe in der Region genauer erfassen und das Hilfesystems weiter ausbauen zu können, braucht es weiterführende suchtspezifische und regionale Forschung sowie die Diskussion auf fachlicher und politischer Ebene.

Hintergrund

Regelmäßiger und intensiver Konsum psychotroper Substanzen hat neurobiologische, soziale und psychische Folgen. Bei frühem Konsumbeginn in der Adoleszenz zeigt sich ein erhöhtes Risiko von Fehlentwicklungen (Küfner et al., 2020), so dass Kinder und Jugendliche, die verstärkt psychoaktive Substanzen konsumieren, eine wichtige Zielgruppe für das Hilfesystem sein sollten. Vorarbeiten belegen eine Versorgungslücke für Kinder und Jugendliche mit klinisch relevantem Substanzkonsum (DHS, 2018; Thomasius & Stolle, 2008; Thomasius et al., 2016). Versorgungsschritte in der Arbeit mit suchterkrankten und -gefährdeten Kindern und Jugendlichen reichen auch in die Kinder- und Jugendhilfe hinein, so dass heterogene Hilfeformen und Settings eine umfängliche Analyse der aktuellen Versorgungslage verkomplizieren. Bisher stehen für den bayerischen Raum kaum aussagekräftige Daten zur Versorgungslage von suchterkrankten und -gefährdeten Kindern und Jugendlichen zur Verfügung, was praxistaugliche Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung des regionalen Hilfesystems erschwert. Um abzuschätzen, inwieweit das regionale Versorgungsangebot in Stadt und Landkreis Landshut den Bedarfen suchterkrankter und -gefährdeter Kinder und Jugendlicher gerecht wird, wurden daher bewusst Hilfeformen und Settings einbezogen, deren primäre Aufgabe nicht in der Versorgung suchterkrankter und -gefährdeter Personen liegt.

Forschungsdesign und Datenerhebung

Um die komplexe Fragestellung unter Einbezug der verschiedenen Akteure des Hilfesystems näher evaluieren zu können, erfolgte die Analyse unter Anwendung eines qualitativen Forschungsdesigns. Zur Erfassung der verschiedenen Teilbereiche der komplexen Fragestellung wurden die Interviews auf Grundlage eines teilstandardisierten Fragebogens geführt, welcher in Anhang B aufgeführt ist. Die Datengrundlage der vorliegenden Arbeit entstand aus 13 Interviews in verschiedenen Einrichtungen in Stadt und Landkreis Landshut mit in Behandlung und Beratung suchterkrankter und -gefährdeter Kinder und Jugendlicher tätigen Fachkräften. Der Interviewleitfaden wurde im Laufe der Forschungswerkstatt erstellt, anhand mehrerer Pretests in Kleingruppen überarbeitet und auf die verschiedenen Settings des Hilfesystems hin angepasst. Die Befragung wurde in folgenden Settings durchgeführt:

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Kinder- und Jugendhilfe
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Suchtberatung und -prävention

- Jugendamt
- Jugendsozialarbeit an Schulen
- Koordinierungsstelle der frühen Hilfen

Die Kontaktaufnahme erfolgte per Email und telefonisch. Der Interviewleitfaden wurde den Teilnehmenden im Vorfeld via Email zugesandt und die Interviews anschließend im persönlichen Kontakt im Arbeitsumfeld der Fachkräfte geführt, um eine lockere und entspannte Gesprächssituation zu kreieren. Vor dem Gespräch erfolgte die Einwilligung zur Erhebung von Daten nach gültigem Recht unter Information zu Zielen und Vorgehen des Forschungsprojektes. Die geführten Interviews wurden mit Einverständnis der Befragten mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und temporär bis zur Fertigstellung des Forschungsberichts gespeichert. Befragungen in Gesundheitsamt, offener Jugendhilfe sowie psychotherapeutisch/psychiatrischen Praxen konnten aus verschiedenen Gründen (Absagen, fehlende Rückmeldungen, mangelnde Kapazität, fehlgeschlagene Terminfindung) nicht stattfinden.

Ergebnisse und Diskussion

Die Zusammenfassung erfolgt in neun Endkategorien, dem Interviewleitfaden entsprechend. Als Datengrundlage lagen insgesamt 343 Minuten Interviewmaterial vor, das im Rahmen der Forschungs- und Entwicklungswerkstatt transkribiert und ausgewertet wurde. Die Transkription erstreckte sich über 4210 Zeilen auf 101 Seiten. Die Dauer der Interviews betrug zwischen knapp acht und knapp 45 Minuten, im Durchschnitt ca. 25 Minuten. Am Ende des zweiten Reduzierungsschritts lag ein System an Endkategorien auf 31 Seiten zu Grunde, welches im Folgenden zusammengefasst wird. Um den Rahmen der Dissertation nicht weiter auszuweiten, erfolgt die Darstellung ohne die Nennung von Ankerzitaten.

I Versorgungsangebot

Die Angebote der sucht- und jugendspezifischen Hilfen in Stadt und Landkreis Landshut sind sehr übersichtlich und die Klientel findet sich in unterschiedlichen Settings wieder, was nach Meinung der Fachkräfte den Bedarfen nicht ausreichend gerecht wird. Durch die unterschiedlichen Settings und Konzepte im Hilfesystem zeigt sich die Schwerpunktsetzung der Hilfen sehr heterogen. Hilfeformen, die nicht auf Suchterkrankungen spezialisiert sind, können generelle Schwerpunkte der Suchthilfe durch individuelle und flexible Konzepte umsetzen.

Tabelle 2

Schwerpunkte des Versorgungsangebots

Generelle Schwerpunkte	Suchtspezifische Schwerpunkte
<ul style="list-style-type: none">○ Motivationsarbeit○ Diagnostik○ Krankheitseinsicht schaffen○ Systemische Familienarbeit○ Behandlung von Komorbidität	<ul style="list-style-type: none">○ Suchtberatung○ Suchttherapie○ Suchtprävention○ Stationäre Entgiftung○ Rückfallprävention○ Eltern-, Familien- und Angehörigenarbeit

Störungs- und altersspezifische Schwerpunktsetzung mit dementsprechenden Inhalten gelingt laut Befragten nur in Settings, die sich spezifisch mit Störungsbild und Zielgruppe beschäftigen, wie in Tabelle 2 beschrieben wird. Je nach Setting zeigen sich unterschiedliche Aussagen dazu, ob das bestehende Angebot die regionalen Bedarfe zufriedenstellend abdecken kann. Das Versorgungsangebot in Stadt und Landkreis Landshut lässt sich insgesamt als wenig spezialisiert auf die Bedarfe suchterkrankter und -gefährdeter Kinder und Jugendlicher beschreiben. Das aktuelle Versorgungsangebot ermöglicht laut Fachkräften eine individuelle und flexible Schwerpunktsetzung, die als positiv bewertet wurde. Jedoch zeigt sich, dass durch ein „Mitbehandeln“ der Klientel suchtspezifische Schwerpunkte vernachlässigt und nicht umgesetzt werden können. Ohne zielgerichtete Hilfen besteht das Risiko, den alters- und störungsspezifischen Besonderheiten und Bedarfen der Klientel (z. B. Barth, 2011; BZgA, 2001; Herpertz-Dahlmann et al., 2008; Thomasius & Stolle, 2008) nicht gerecht zu werden. Wagner & Schwarzkopf (2022) beschreiben in der Strukturanalyse des ambulanten Suchthilfesystems in Bayern, dass mangels finanzieller Ressourcen teilweise adäquat erachtete Angebote vorenthalten werden. Neben dem Fehlen von Angeboten wurde von den Fachkräften kritisch angemerkt, dass feste Ansprechpartner zur Koordination von Hilfen fehlen. Das Einbeziehen Familienangehöriger und relevanter Bezugspersonen wird in aktuellen Leitlinien mit den höchsten Graden an Empfehlung genannt (DGPPN & DG-Sucht, 2020; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016). Laut den Fachkräften besitzt die Angehörigenarbeit settingübergreifend große Bedeutung, was im aktuellen und in weiterer Entwicklung des Versorgungssystems berücksichtigt werden sollte. Die allgemeine Versorgungslage wurde unterschiedlich bewertet. So gibt es teilweise Wartezeiten im Beratungssetting, die klinisch-stationäre Behandlung sowie präventive Angebote werden als ausreichend beschrieben. Die präventiven Angebote haben bei Fachkräften großen

Stellenwert. Hier bestehen durch das Landshuter Netzwerk mit Zündstoff, FreD und HaLT Kooperationsprojekte. Die Fachkräfte konnten aufzeigen, dass bei übermäßiger Auslastung Bewältigungsmöglichkeiten fehlen und dies zur Arbeit mit Wartelisten führt. Die Koordination der Angebote erfolgt durch die einzelnen Akteure in Kooperation zwischen Jugend-, Suchthilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bezirkskrankenhaus Landshut. Die Frage, inwieweit das Versorgungssystem ausreicht, um den Bedarfen der Klientel gerecht zu werden oder ob spezialisierte Angebote zur Bedarfsdeckung benötigt werden, konnte in der vorliegenden Untersuchung nur bedingt beantwortet werden. Durch die geäußerte Kritik zeigt sich die Notwendigkeit, dass die Versorgungslage suchterkrankter und -gefährdeter Kinder und Jugendlicher Gegenstand weiterer (regionaler) Forschung bspw. im Sinne einer Bedarfserhebung rein suchtspezifischer Angebote sein sollte.

II Inanspruchnahme von Angeboten

Die Angebote des Hilfesystems beruhen, mit Ausnahme stationärer Entzugsbehandlung auf Grundlage einer richterlichen Unterbringung, auf freiwilliger Basis. Dennoch wurde in 2/3 der Interviews genannt, dass die Hilfen eingangs fremdmotiviert in Anspruch genommen werden. Intrinsisch motivierte Inanspruchnahme von Hilfen geschieht häufig aufgrund von Begleiterscheinungen und Folgeschäden von Konsummustern. Die Fachkräfte nannten Beziehungsaufbau, Zieloffenheit und methodisches Handeln als Möglichkeiten, intrinsische Motivation zu fördern.

Extrinsische Faktoren werden von den Fachkräften als ausschlaggebender Punkt genannt, warum Hilfen in Anspruch genommen werden. Diese können nach Bilke-Hentsch & Leménager (2019) einen großen Motivationsfaktor darstellen und den Erfolg der Behandlung signifikant erhöhen. Herpertz-Dahlmann et al. (2008) beschreiben Motivation und Bereitschaft zur Therapie als mitbestimmend für die therapeutische Beziehung. Eine erfolgreiche Therapie ist wiederum maßgeblich durch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung beeinflusst (Klaus-Grawe-Institut, 2018). Fachkräfte stehen vor der Herausforderung, diese Eingangsmotivation zur Schaffung intrinsischer Motivation zu nutzen.

III Problemlagen und Klientel

Beim Konsum illegaler Substanzen steht laut Fachkräften der Konsum von Cannabis, gefolgt vom Mischkonsum anderer Substanzen, im Vordergrund, was sich in Zusammenhang mit hohen Raten an Komorbidität zeigt. Hilfen werden größtenteils im Jugend- und frühen Erwachsenenalter in Anspruch genommen. Der Ausbau regionaler spezifischer (präventiver) Behandlungs- und Beratungsangebote bezogen auf Cannabis sollte diskutiert und vor allem im Hinblick auf die

Cannabislegalisierung bei Bedarf zeitnah umgesetzt werden. In der Befragung bestand große Einigkeit, dass sich die Rate an komorbiden Störungen als sehr bedeutend einstufen lässt. Hier sollte weiter diskutiert und erforscht werden, ob ein breites Spektrum an Angeboten im Sinne einer Rundum-Versorgung (Wagner & Schwarzkopf, 2022) oder die Spezialisierung des Suchthilfesystems zweckdienlicher zu bewerten ist. Die bestehenden Hilfen werden laut Fachkräften vor allem im Jugend- und frühen Erwachsenenalter in Anspruch genommen. In der aktuellen Forschung zeigen sich deutliche Anstiege der Prävalenzen mit dem Übergang in das Erwachsenenalter (Orth & Merkel, 2020a; Orth & Merkel, 2022), was einerseits für den Ausbau von Hilfen, die eine Weiterbetreuung über das 18. Lebensjahr hinaus ermöglichen, andererseits für eine Verstärkung präventiver und niederschwelliger Angebote spricht, um die Klientel früher an das Hilfesystem anbinden zu können.

IV Behandlungserfolge

Der Terminus „Behandlungserfolge“ wurde in der Untersuchung nicht näher definiert. Behandlungserfolge und deren Ausbleiben zeigen sich unmittelbar von internen und externen Faktoren abhängig. Bei der „Inanspruchnahme von Angeboten“ (II) wurde bereits beschrieben, dass Fachkräfte Beziehungsgestaltung, Zieloffenheit und methodisches Handeln förderlich für den Aufbau intrinsischer Motivation erleben, was ebenso für das Erreichen von Behandlungszielen gilt. Der Freiwilligkeit kommt ergänzend große Bedeutung zu. Behandlungserfolge zeigen sich mitunter stark von der Qualität der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen beeinflussbar. Zuletzt zeigen sich Flexibilität und Niederschwelligkeit als Indikatoren für das Erreichen von Behandlungszielen. Motivation der Klientel sowie Mitspracherecht und individuelle/flexible Schwerpunktsetzung wurden, wie bereits in Punkt II beschrieben, als maßgeblich für das Erreichen von Behandlungserfolgen empfunden. Hohe Eigenmotivation stellt keine erforderliche Voraussetzung für die Behandlung dar (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019), weshalb deren Förderung einen hohen Stellenwert im Umgang mit der Klientel besitzen sollte. Ergänzend zu den Ausführungen der Angehörigenarbeit (I) beschrieben die Fachkräfte, dass sich das soziale Umfeld in Zusammenhang mit Strukturlosigkeit sowie konsumierender Peergroup negativ auf Behandlungserfolge auswirken kann.

V Pandemiebedingte Veränderungen

Durch die pandemiebedingten Veränderungen der Versorgungslage wurden Betroffene in der Folge weniger vom Hilfesystem erreicht. Die Expert*innen beschrieben, dass die ausbleibende Versorgung negative Auswirkungen und potenzielle Gefährdungen für die psychische Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen mit sich bringt. Es erfolgte die Anpassung der Angebote bspw. durch die Möglichkeit von Online-Beratungen oder aufsuchenden Hilfen. Im Zuge der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen standen Jugend- und Suchthilfe vor vielen neuen Herausforderungen, um die bestehenden Angebote bei gleichzeitiger Umsetzung des Infektionsschutzes aufrechtzuerhalten. Einrichtungen müssen bei der Organisation der Aufrechterhaltung der Versorgung besser unterstützt werden (Lochbühler et al., 2020). In Stadt und Landkreis wurde versucht, die Versorgung durch alternative Angebote, wie telefonische Beratung und Arbeit mit Online-Tools, aufrechtzuerhalten und anzupassen. Einige Angebote, wie Gruppenarbeit, konnten nicht weiter angeboten werden, was laut Fachkräften zu einer Lücke in der psychosozialen Versorgung führte. Die Befragten sehen nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklungen potenzielle Gefährdungen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Region. Das Hilfesystem konnte die Klientel insgesamt weniger erreichen, was für die bereits beschriebene Notwendigkeit des Ausbaus niederschwelliger und schnell vermittelbarer Hilfen spricht. Zukünftig sehen die Fachkräfte den Bedarf an innovativen Angeboten, finanzieller Förderung zum Voranschreiten in der Digitalisierung sowie in der spezifischen Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden.

VI Vernetzung

Im Hilfesystem für suchterkrankte und -gefährdete Kinder und Jugendliche besteht in Landshut regionale und überregionale Vernetzung zu anderen Hilfen, wodurch Möglichkeiten, Chancen und Weiterentwicklungspotenzial für Fachkräfte, Klientel und Versorgung ersichtlich werden. Nach Einschätzungen der Befragten besteht primär eine enge regionale Vernetzung im Hilfesystem, die vielfältige Möglichkeiten bietet. Die Bedeutung überregionaler Vernetzung stellt sich durch die regionale Versorgungslücke heraus. Die Fachkräfte beschrieben eine enge regionale Vernetzung im Hilfesystem, welche sich im Aufbau befindet. So soll der Arbeitskreis Sucht durch regelmäßige Treffen einen Beitrag zu Vernetzung und Ausbau der regionalen Suchthilfe beitragen. Dass es in der Suchthilfe noch Bedarf an Vernetzung gibt, wird auch in der Strukturanalyse Bayern beschrieben (Wagner & Schwarzkopf, 2022). So ist die bisherige Vernetzung zwischen Suchthilfeeinrichtungen, Hausärzt*innen und Psychotherapeut*innen zwar in Einzelfällen bereits effektiv, in der Fläche aber ausbaufähig. Die überregionale Vernetzung findet laut Fachkräften vor allem aufgrund der bestehenden regionalen Versorgungslücke zur Einleitung weiterführender stationärer Hilfen statt. Es wurde bereits beschrieben, dass eine Versorgungslücke für suchterkrankte und -gefährdete Kinder und Jugendliche besteht und ein strukturierter Hilfeprozess die

Vernetzung verschiedener Kostenträger und Leistungserbringer verlangt (Thomasius & Stolle 2008).

VII Grenzen, Schwierigkeiten und Veränderungsbedarf

Im Arbeitsfeld der Suchthilfe mit Adoleszenten treten laut Fachkräften besonders häufig Herausforderungen durch alters- und störungsspezifische Besonderheiten sowie strukturelle und konzeptionelle Gegebenheiten auf. Multi-Problemlagen, motivationale Prozesse und die Grenzen der Hilfeform zeigen sich als fallspezifische Herausforderungen. Die Versorgungslücke spiegelt sich in langen Wartezeiten wider, die zu unbefriedigenden Notlösungen, wie Hilfen im Erwachsenensetting, führen kann. Grenzen bestehen in den Möglichkeiten der Hilfe in den verschiedenen Settings. Dies spricht für den Bedarf, dass Vernetzungsmöglichkeiten intensiv genutzt und bei Bedarf weitere Hilfen vermittelt werden. Wendt (2017) beschreibt dazu die große Bedeutung der Einbeziehung pädagogisch-therapeutischer Hilfen sowie multidisziplinärer Behandlungsplanung im Spannungsfeld von Droge, Person und Umwelt. Fortbildung und Supervision sehen die Interviewten als hilfreich im Umgang mit fallspezifischen Problemen an, um gefährdete Kinder und Jugendliche angemessen behandeln zu können. Für das stationäre Setting wurden fehlende fallbezogene Freiheiten aufgrund der engen Vorgaben und Strukturen beschrieben. Anforderungen der Leistungserfassung psychosomatischer und psychiatrischer Behandlungsfälle haben erheblich zugenommen (Drösler et al., 2018), worin sich einerseits die Notwendigkeit weiterer Forschung bzgl. eines umsetzbaren Theorie-Praxis-Transfers und andererseits die kritische Diskussion des Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) begründet.

VIII Beurteilung des regionalen Versorgungssystems

In der Befragung zeigt sich, dass die suchterkrankte und -gefährdete Klientel über verschiedene Hilfeformen und Settings angebunden ist, was von Fachkräften sehr unterschiedlich bewertet wird. Kritik wird vor allem an Versorgungslücke, Zugangsbarrieren und fehlender Niederschwelligkeit des Hilfesystems geäußert. Der Bedarf an Innovation und Ausbau der Versorgungsstruktur wird deutlich. Die Fachkräfte äußerten sich kritisch zur Versorgungslücke, die stationäre Jugendhilfe und ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen betreffend sowie zu Zugangsbarrieren im Hilfesystem aufgrund fehlender Koordination. Das Hilfesystem ist gefordert, sich dieser Problematik zu stellen, da die negativen Auswirkungen durch die Verhinderung unverzüglicher Behandlung bereits beschrieben wurden (DGKJP, BAG & BKJPP, 2012; Kuntz et al., 2018). Es besteht der Bedarf an Weiterentwicklung hinsichtlich Innovation, Niederschwelligkeit und dem Ausbau

suchtspezifischer Angebote in der Region. Die Fachkräfte beschrieben eine gute medizinische Versorgung durch die stationäre Behandlung und Angebote der Suchtambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bezirkskrankenhaus Landshut. Mit dem Zugang und den Angeboten bzgl. Prävention und Suchtberatung äußerten sich die Fachkräfte zufrieden. Die weitere regionale Versorgung durch ein länger greifendes Hilfesystem, wie stationäre Jugendhilfemaßnahmen, wird von den Fachkräften als nicht ausreichend beschrieben. Die Versorgungslücke kann nach den Erfahrungen der Fachkräfte dazu führen, dass der Klientel Hilfen vermittelt werden, die fall-, alters- und störungsspezifisch nicht passend sind. Hier besteht dringender Handlungsbedarf im regionalen Hilfesystem.

IX Wünsche an das Versorgungssystem

Es wurde der Wunsch nach besserer Struktur geäußert. Momentan erfolgt der Zugang zum Hilfesystem laut Fachkräften unkoordiniert und wenig im Setting suchtspezifischer Hilfen. Hier wäre die Installation einer Jugendsuchtberatungsstelle mit Koordinierungsfunktion wünschenswert. Der Ausbau des (über-)regionalen Suchthilfesystems war ein wichtiger Punkt für die Fachkräfte. Es hat sich gezeigt, dass eine strikte Einschränkung von Suchthilfeangeboten zu Versorgungsproblemen in anderen Bereichen führen kann. Das gilt z. B. für existenzielle Nöte der Klientel im niedrighwelligen Bereich oder die potenzielle Gefahr der Überlastung von Intensivbetten durch Intoxikationen aufgrund der Schließung stationärer Suchthilfeinrichtungen (Lochbühler et al., 2020). Die Entwicklung weiterer Tools, um mehr Innovation und Niederschwelligkeit zu erarbeiten, sahen die Fachkräfte als sinnvoll an. Im Bereich exzessiver Mediennutzung besteht mit „AktivOffline“ seit Mitte September 2022 ein Online-Beratungsangebot durch das Landshuter Netzwerk. Die Weiterentwicklung und Innovation benötigt zum einen die Möglichkeit kurzfristiger Umwidmung von Geldern sowie die Zusicherung finanzieller Förderung (Raiser et al., 2020). Zur frühzeitigen Erreichung der Zielgruppe schlagen Wagner & Schwarzkopf (2022) den Ausbau von Jugendsuchtberatungsstellen vor. Es gilt, durch weitere Forschung, Bedarfe der Klientel und Wünsche von Fachkräften zu evaluieren, um das regionale Suchthilfesystem stärken und suchterkrankte und -gefährdete Kinder und Jugendliche angemessen versorgen zu können.

Fazit und Schlussfolgerungen für die Praxis

In Stadt und Landkreis Landshut besteht ein gut vernetztes und ausbaufähiges regionales Versorgungssystem. Zugleich besteht überregionaler Kooperationsbedarf, um Zugang zu Angeboten zu schaffen, die aufgrund von Personalmangel, fehlender Fachexpertise oder finanziellen Engpässen vor Ort nicht vorgehalten werden können. Um die Versorgungsbedarfe suchterkrankter Kinder und Jugendlicher noch besser zu erfüllen, scheint es wünschenswert, eine Stelle mit Koordinierungsfunktion und niedrigschwellige Zugänge zum Hilfesystem zu schaffen sowie die überregionale Vernetzung weiter auszubauen. Zudem sollte im Sinne früher Hilfen der Ausbau präventiver und digitaler Angebote im Fokus stehen. In diesem Zusammenhang und vor dem Hintergrund der kürzlich erfolgten Teil-Legalisierung von Cannabis erscheint der Ausbau regionaler Cannabis-spezifischer (präventiver) Behandlungs- und Beratungsangebote sinnvoll. Cannabiskonsum wurde auch von den interviewten Fachkräften als zentrales Problemfeld benannt.

2 Ziele, Forschungsfragen und Hypothesen

Im vorherigen Kapitel wurden die Grundlagen und theoretischen Konstrukte zu Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie deren Behandlung im deutschen Gesundheitssystem anhand aktueller Fachliteratur dargestellt. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass die aktuellen Mindestmerkmale dem Stand der Forschung entsprechen und den Bedarfen der Zielgruppe in Teilen gerecht werden. Wie dies von in der Praxis Tätigen eingeschätzt wird, war bisher noch nicht Teil wissenschaftlicher Erhebungen.

Ziele

Die Mindestmerkmale des Zusatzkodes 9-694 zeigen sich als Grundgerüst der stationären Behandlung abhängigkeitserkrankter Kinder und Jugendlicher. Dies bringt einen großen Handlungsspielraum in der Gestaltung von Behandlungskonzepten mit sich. Durch die Beteiligung verschiedener Fachgesellschaften und Interessensverbände in der Entwicklung des Kodes ist eine fortschreitende Differenzierung und Definition einzelner Merkmale nur über einen längeren Zeitraum umsetzbar aber auch notwendig, um bestmögliche Behandlungserfolge durch die Anpassung auf Bedarfe und Möglichkeiten von Klientel und Hilfesystem zu erzielen. In der vorliegenden Dissertation werden gegebene Mindestmerkmale evaluiert, die Einschätzungen von praktisch Tätigen dargestellt sowie Potenziale erhoben und beschrieben. Dabei leistet die Arbeit einen Beitrag zur Begleitforschung, die in § 17d Abs. 8 KHG beschrieben ist:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen.“

Ziel ist es, die Faktoren der in der Masterthesis erhobenen Veränderungspotenziale zu identifizieren, die sich im deutschen Gesundheitssystem, also für die forschungsspezifische Grundgesamtheit, anwenden lassen. Somit besteht das Hauptziel der wissenschaftlichen Arbeit darin, die Qualität der Behandlung von substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter, unter Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis, zu steigern. Die Ergebnisse sollen zur Diskussion und Weiterentwicklung aktueller Mindestmerkmale führen.

Forschungsfragen und Hypothesen

Die Ergebnisse der vorangegangenen Erhebung generierten Weiterentwicklungspotenzial der Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694, welches als von den Expert*innen als umsetzbar in der Praxis erlebt wurde. Behandlungssetting und therapeutisches Vorgehen wurde als lückenhaft in den Mindestmerkmalen abgebildet erlebt. Es stellt sich die Frage, ob die bisherigen Mindestmerkmale sowie das Weiterentwicklungspotenzial in einem quantitativen Untersuchungsdesign im Rahmen einer bundesweiten Befragung ebenso als praxisnah eingeschätzt werden, so dass sich folgende Hypothese ergibt:

Die gegebenen Mindestmerkmale der stationären Behandlung von abhängigkeiterkrankten Kindern und Jugendlichen sind nach derzeitigem Forschungsstand aktuell und bilden den Praxisalltag realistisch ab.

Die Praxisnähe soll anhand verschiedener Forschungsfragen eingeschätzt werden:

- In welchem Maße werden setting- und methodenspezifische Änderungspotenziale als
 - o in den Alltag integrierbar und
 - o Individuell gestaltbar erlebt
- Der Bedarf an Vertiefung der Kenntnis suchtspezifischer Inhalte wurde bereits beschrieben (Thomasius, 2008), weshalb sich die Frage stellt, in welchem Maße Kenntnisse in den multiprofessionellen Teams zur Umsetzung der Mindestmerkmale und Potenziale bestehen
- In der vorausgehenden Untersuchung wurden Belastungen aufgrund Mehraufwand und stagnierender personeller Ausstattung beschrieben, woraus sich die Frage ergibt, wie sich dies auf die Behandlung auswirkt

In der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zeigen sich unterschiedliche Bedarfe in der Zielgruppe der Adoleszenten, vor allem im Vergleich zum Erwachsenenbereich (ackpa et al., 2021; Bilke-Hentsch & Leménager, 2019; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Dies hat Auswirkungen auf therapeutische Haltung, Methodik sowie auf das Setting, was die Notwendigkeit einer verlaufsbegleitenden Evaluation noch deutlicher herausstellt (Wagner & Schwarzkopf, 2022). In der vorangegangenen Untersuchung wurde von den Expert*innen aufgezeigt, dass sich die Mindestmerkmale aktuell noch immer in Teilen an den Leitlinien der Erwachsenenpsychiatrie orientieren und der Bedarf der Schärfung des kinder- und jugendpsychiatrischen Blickes besteht. Auch deshalb stellt sich die Frage, ob die Mindestmerkmale und Potenziale nach derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnis aktuell sind, wie die Notwendigkeit deren Umsetzung von den Fachkräften

eingeschätzt wird und die momentanen Bedarfe der Zielgruppe abbilden, woraus sich eine zweite Forschungshypothese ergibt:

Gegebene Mindestmerkmale und Potenziale sind notwendig und bilden aktuelle Bedarfe der Zielgruppe ab.

Um die Einschätzungen bzgl. Notwendigkeit und Aktualität abbilden zu können, wurden in der Dissertation weitere Forschungsfragen untersucht:

- Es soll beantwortet werden, inwieweit Mindestmerkmale und Potenziale notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen erachtet werden
- Es stellt sich die Frage nach der Evidenzbasierung unter Berücksichtigung alters- und störungsspezifischer Besonderheiten

Aspekte der Forschungsfragen

Im Folgenden werden in den Tabellen 3 und 4 die inhaltlichen Aspekte der Forschungsfragen zur Überprüfung der Forschungshypothesen dargestellt.

Tabelle 3

Settingbezogenes Änderungspotenzial

Mindestmerkmal / Potenzial	Fragen
1. Es besteht eine räumlich abgetrennte Spezialstation für suchterkrankte Kinder und Jugendliche*	- Eingehen auf individuelle Bedarfe - Leitlinien- und Forschungsorientierung
2. Diagnostik als Teil der Behandlung*	- In den Alltag integrierbar - Kenntnisse ausreichend
3. Perspektivklärung als Teil der Behandlung*	- Individuell gestaltbar - In den Alltag integrierbar
4. Pädagogisches Regelwerk auf Station (Stationsregeln, Stufenplan etc.)*	- Berücksichtigung störungs- und altersspezifischer Besonderheiten - In den Alltag integrierbar - Individuell gestaltbar - Kenntnisse ausreichend

5. Abklärung akuter Behandlungsbedarfe vor stationärer Aufnahme	- Abbildung der Häufigkeit
6. Ein Sozialer Eingliederungsversuch (SEV) ist Teil der Behandlung*	- In den Alltag integrierbar - Individuell gestaltbar - Personelle Ausstattung zur Umsetzung
7. Die am Fall beteiligten Berufsgruppen werden in die Behandlungsplanung mit einbezogen	- Abbildung der Häufigkeit - Berufsspezifische Auswertung
8. Suchtspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung*	- Abbildung der Häufigkeit - Setting und Inhalte der Weiterbildung - In den Alltag integrierbar - Bekanntheit der Angebote
9. Arbeitstherapie als Teil der Behandlung*	- Bedarf an Arbeitstherapie - Individuell gestaltbar

Anmerkung: * = nach „Erreichen von Behandlungszielen“ gefragt

Tabelle 4

Methodenspezifisches Änderungspotenzial

Mindestmerkmal / Potenzial	Fragen
1. Individuelle Entwicklungsaufgaben werden mit einbezogen*	---
2. Umgang mit Impulskontrolle als Teil der Behandlung*	
3. Ressourcentraining als Teil der Behandlung*	Zusätzliche Frage nach „Kenntnisse ausreichend“
4. Rückfallprävention als Teil der Behandlung*	

Anmerkung: * = nach „Erreichen von Behandlungszielen“, „In den Alltag integrierbar“ und „individuell gestaltbar“ gefragt

3 Methode

Im folgenden Kapitel wird beschrieben, wie die Weiterentwicklungspotenziale des OPS-Zusatzkode 9-694 zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im besonderen Setting hinsichtlich Notwendigkeit, Umsetzbarkeit und Aktualität im Sinne des angewandten Forschungsdesigns evaluiert wurden. Nach Erläuterung des Studiendesigns erfolgt die Beschreibung der in die Erhebung eingeschlossenen Stichprobe unter Differenzierung der Berufsgruppen. Anschließend wird die Datengenerierung anhand Ausführungen zur Erstellung des Fragebogens und Durchführung der Erhebung dargestellt. Abschließend werden die eingehaltenen Gütekriterien der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen des quantitativen Vorgehens dargelegt.

3.1 Forschungsdesign

Die Studie, aus der die Daten für diese Dissertation gewonnen wurden, erhielt von der Ethikkommission der Universität Regensburg ein positives Votum. In der Sitzung am 24.02.2021 wurde über das Promotionsvorhaben beraten und es wurde festgehalten, dass sich keine berufsethischen oder rechtlichen Bedenken gegen das vorgelegte Forschungsvorhaben ergeben. Die Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) (2019) verlangen die Berücksichtigung und Anerkennung des aktuellen Forschungsstandes bei der Durchführung eines Forschungsvorhabens. Dem wurde Rechnung getragen, da die relevanten Forschungsfragen durch sorgfältige Recherche nach öffentlich zugänglichen Forschungsleistungen identifiziert wurden. Die Untersuchung mittels Fragebogen ermöglicht die Erhebung vieler Daten innerhalb kurzer Zeit sowie ein hohes Maß an Standardisierung und die Einhaltung der Gütekriterien quantitativer Forschung. Durch die vorherige qualitative Erhebung in der Masterthesis des Autors und die damit einhergegangene Datensättigung besteht das Ziel der Arbeit nicht primär im Aufdecken unbekannter Sachverhalte, sondern in der Evaluation gewonnener Daten. Das Vorgehen im Rahmen einer bundesweiten Erhebung in kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialstationen ermöglicht eine Quantifizierung gewonnener Daten und soll als wichtige Untermauerung für die Weiterentwicklung des untersuchten Behandlungskodes sowie Identifizierung weiterer denkbarer Weiterentwicklungspotenziale dienen. Die

Veränderungspotenziale aus der Masterthesis des Autors, auf Grundlage eines nach den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694 erstellten Behandlungskonzeptes, die von Behandelnden in Leitungspositionen durch Experteninterviews gewonnen wurden, dienten als Ausgangsmaterial der Untersuchung. Herausforderungen bestanden in der geringen Anzahl von Spezialstationen sowie der pandemiebedingten Auslastung und Bereitschaft zur Teilnahme an der Erhebung.

3.2 Beschreibung der Stichprobe

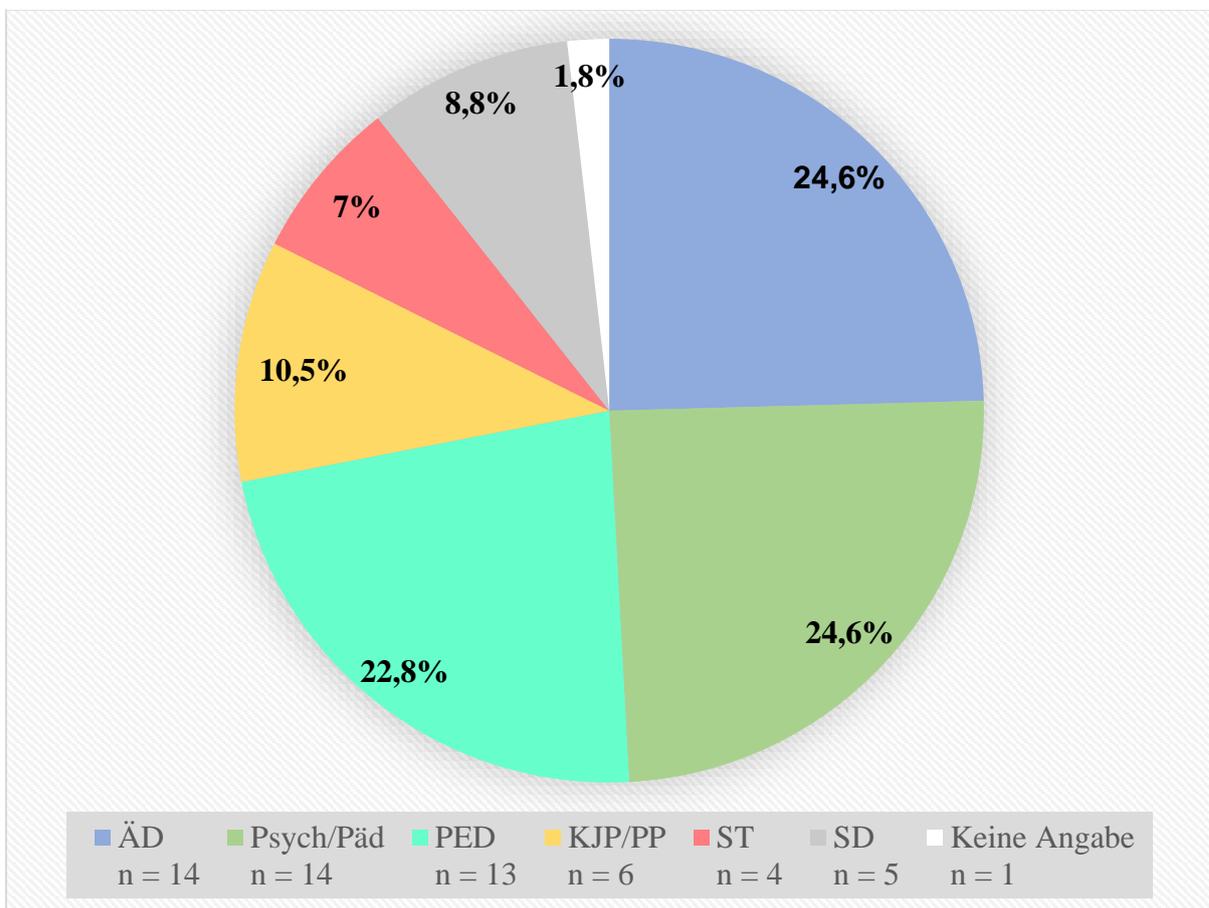
Fachkräfte bestehender Spezialstationen, die die Mindestmerkmale des OPS-Kodes 9-694 abbilden, wurden in die Erhebung mit einbezogen. Die Expertengruppe wurde als „alle am Patient Behandelnden“ definiert, um die Forschungshypothesen möglichst differenziert, im Hinblick auf die interdisziplinäre Behandlungsplanung, überprüfen zu können. Die große Bedeutung der Interdisziplinarität wurde bereits mehrfach in der Fachliteratur beschrieben (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019; Herpertz-Dahlmann, 2008; Wendt, 2017). In einer Erhebung, in der nicht alle am Fall Beteiligten mit eingeschlossen werden, besteht das Risiko, der Komplexität der Thematik hinsichtlich inhaltlicher Ausgestaltung der Mindestmerkmale nicht gerecht zu werden. Dies könnte zur Entfernung des Grades praktischer Umsetzbarkeit führen. Durch die Befragung aller Behandelnden ist die Nähe der Expertengruppe zur Klientel sowie zu internen Abläufen gegeben. Die unterschiedlichen Erfahrungen in Theorie und Praxis von Kodierungsmerkmalen und Behandlung stellen eine wichtige Grundlage zur Überprüfung der Forschungshypothesen und Beantwortung der abgeleiteten Forschungsfragen dar. Durch eine umfassende, deutschlandweite Befragung können aussagekräftige Informationen zur Evaluation von Mindestmerkmalen und Veränderungspotenzialen erhoben werden. Durch das Einbeziehen der in der Behandlungsplanung beteiligten Berufsgruppen ließ sich ein größerer Output in der Online-Befragung erwarten. In der Befragung zeigte sich eine inhomogene Verteilung innerhalb der Berufsgruppen, wie in Abb. 2 dargestellt.

Mit in die Befragung einbezogen waren:

1. Ärztlicher Dienst (ÄD)
2. Psycholog*in/Pädagog*in (Psych/Päd)
3. Pflege- und Erziehungsdienst (PED)
4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in / Psychologische*r Psychotherapeut*in (KJP/PP)
5. Spezialtherapie (ST)
6. Sozialdienst (SD)

Abbildung 2

Verteilung der Berufsgruppen



3.3 Erstellung des Fragebogens

Die Erhebung der Daten erfolgte anhand eines webgestützten Fragebogens im Rahmen einer Online-Befragung. Die Befragung wurde mit dem Online-Umfrage-Tool „LimeSurvey“ erstellt. LimeSurvey ist DSGVO-kompatibel und der Anbieter garantiert durch die Wahl des deutschen Serverstandortes die „vollständige Einhaltung der EU GDPR“ (LimeSurvey, 2023). Aufgrund der datenschutzrechtlichen Fragestellung wurde das Vorgehen der Dissertation von der Sachbearbeitung Datenschutz & Ethikkommission der Universität Regensburg geprüft. Die Speicherung der gekürzten IP-Adresse durch LimeSurvey zu Sicherheitszwecken wurde als unproblematisch eingeschätzt. Die Ersichtlichkeit einer Personenbeziehbarkeit wurde als nicht gegeben bewertet und das Forschungsvorhaben bewegt sich somit außerhalb des Geltungsbereichs der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung, 2018), weshalb die Notwendigkeit eines Vertrags zur Auftragsdatenverarbeitung (AVV) nicht besteht. Weiterhin besteht dadurch keine Informationspflicht gem. Art. 13 DSGVO und es mussten keine Einwilligungen eingeholt werden. Im Rahmen des Studiendesigns gab es somit keine datenschutzrechtlichen Einwände. Im Vorfeld der Erhebung fand ein Pretest mit Mitarbeitenden einer Spezialstation für Kinder und Jugendliche mit Substanzkonsumstörungen im süddeutschen Raum statt. Das Ziel, „(...) uneindeutige, missverständliche – auch den Probanden unbekannte – Wörter durch alternative Begriffe (...)“ (Kirchhoff et al., 2000: 25) zu ersetzen, wurde somit entsprechend umgesetzt.

3.4 Planung und Durchführung der Erhebung

Rekrutierungsvorgehen

Die veröffentlichten strukturierten Qualitätsberichte der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik dienten als Übersicht, welche Kliniken in die Befragung mit einzubeziehen waren. War der Zusatzkode 9-694 bei bestehenden Konzepten zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen nicht abgebildet, erfolgte die Kontaktaufnahme zum zuständigen Qualitätsmanagement der Klinik. Arbeitete die Klinik nach den beschriebenen Mindestmerkmalen, waren die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie erfüllt und die entsprechende Klinik wurde in die Erhebung miteinbezogen.

Die geringe Anzahl an spezialisierten Behandlungsangeboten für abhängigkeits-erkrankte Kinder und Jugendliche, auf Grundlage des Behandlungskodes 9-694, stellte eine Herausforderung des Forschungsvorhabens dar. Hier zeigt sich die Bedeutung einer möglichst umfassenden Erhebung im Rahmen quantitativer Forschung sowie das Einbeziehen aller Fachkräfte, um aussagekräftige Ergebnisse generieren zu können. Durch diese Herangehensweise wird die Aussagekraft der Ergebnisse verstärkt und eine orts- und disziplinübergreifende Evaluation bestehender Mindestmerkmale und Veränderungspotenziale ermöglicht.

Studienablauf

Nach Identifikation der in Frage kommenden Kliniken wurden die zuständigen ärztlichen Leitungen vor Beginn der Studie durch ein Anschreiben per Email über das Forschungsdesign (Ziele, Vorgehen, Datenverarbeitung etc.) informiert. Um den Output der Erhebung zu erhöhen, wurde eine klinikinterne Auswertung der Daten angeboten. Diese sollte berufsgruppenübergreifend erfolgen, sodass eine berufsgruppenspezifische Zuordnung der Ergebnisse ausgeschlossen und die Anonymität der Befragten gewährt werden kann. Die Auswertung der Gesamtergebnisse erfolgte klinikübergreifend und berufsgruppenspezifisch. Durch dieses Vorgehen ist eine publikatorische Zuordnung einzelner Kliniken oder Befragten ausgeschlossen. Die Dauer der Studie wurde zunächst von der Menge des Rücklaufs an ausgefüllten Fragebogen abhängig gemacht. Aufgrund des Risikos, eine geringe Anzahl von Rückmeldungen zu erhalten und somit Ergebnisse mit geringer Aussagekraft zu generieren, wurde die Möglichkeit offengehalten, das Studiendesign zu ändern. Den Klinikleitungen wurde vor Beginn der Befragung angeboten, die Fragebögen als Printversion zugeschickt zu bekommen und/oder diese in Anwesenheit des Autors vor Ort zu bearbeiten. Vier Wochen nach Beginn der Befragung wurde eine erneute Email zur Erinnerung und Bitte um Teilnahme an die Klinikleitungen versendet. Der Zeitraum der Befragung wurde von September 2021 bis Juni 2022 angesetzt. Es wurden bundesweite Anfragen an 23 Kinder- und Jugendpsychiatrien versendet (Abb. 3). Aufgrund des geringen Rücklaufs wurde der Arbeits- und Zeitplan der Erhebungsphase nach dem ersten Kolloquium angepasst. Die Befragung wurde bis September 2022 verlängert, um Kliniken zu erreichen, die sich bis dahin noch nicht gemeldet hatten und durch einen erneuten Kontakt zur Teilnahme zu motivieren. Es erfolgte die Bitte nach Teilnahme auch auf anderen Organisationsebenen. So wurde Kontakt mit Oberärzt*innen und leitenden Psycholog*innen hergestellt sowie das Angebot einer telefonischen Befragung unterbreitet.

Abbildung 3

Topografische Darstellung teilnehmender Kliniken



3.5 Datenvalidität: Gütekriterien

Vorgehen und Ergebnisse der quantitativen Studie werden im Folgenden anhand verschiedener Gütekriterien hinsichtlich deren Aussagekraft eingeschätzt. Durch das Studiendesign im Rahmen einer deutschlandweiten Befragung in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken lassen sich repräsentative Ergebnisse erwarten, was für die Validität der Studie spricht. Anhand der Forschungshypothesen und abgeleiteten Forschungsfragen, die den Expert*innen im Rahmen des in großen Teilen standardisierten Fragebogens vorgelegt wurden, lässt sich die inhaltliche Validität begründen. Die anonyme Online-Befragung legt den Schluss nahe, dass ehrliche Antworten, nicht im Sinne sozialer Erwünschtheit, gegeben wurden. Die Auswertung bezieht sich auf die zuvor durchgeführte Erhebung des Autor und es kann direkt auf die Qualität und Umsetzbarkeit aktueller Mindestmerkmale geschlossen werden, womit die externe Validität der Forschung sichergestellt wird. Die Erhebung erfolgte auf Grundlage derzeit geltender Mindestmerkmale, wodurch davon auszugehen ist, dass sich unter gleichen Bedingungen bei einer erneuten Messung ähnliche Ergebnisse produzieren lassen. Die Messung erfolgte in einem Zeitraum, in dem sich die Mindestmerkmale nicht veränderten, wodurch sich die Reliabilität, also Zuverlässigkeit der Forschung, zeigt. Für die Einhaltung der Reliabilität spricht weiterhin, dass im Fragebogen hauptsächlich standardisierte Fragestellungen für jede Berufsgruppe bestanden. Somit zeigt sich eine hohe Zuverlässigkeit der Ergebnisse. Durch den Rahmen einer anonymen Online-Befragung und Möglichkeit zur Bearbeitung im häuslichen Setting lässt sich eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch den Autor ausschließen. Durch die standardisierte Auswertung einer außenstehenden Person und das Studiendesign in Form einer quantitativen Erhebung lässt sich eine hohe Objektivität begründen. Die standardisierte Auswertung gewährleistet die Durchführungsobjektivität. Die Auswertung erfolgte anhand eines statistischen Auswertungsprogramms, wodurch die Ergebnisse nicht durch die Einschätzungen Durchführender beeinflusst wurden und die Auswertungsobjektivität eingehalten wurde.

3.6 Statistische Auswertungsinstrumente

In der vorliegenden Arbeit wurden sämtliche statistische Berechnungen und Analysen mit Hilfe von IBM SPSS Statistics (Version 28.0.1.1 (14)) durchgeführt. Der Signifikanzkoeffizient „p“ wurde verwendet und auf .05 festgelegt, um anzuzeigen, wie wahrscheinlich die Ergebnisse unter Annahme der Nullhypothese sind. Somit können Aussagen über die Signifikanz der Berechnungen getroffen werden (Cohen, 1988). Zur Messung des Zusammenhangs verschiedener Merkmale wurde die Chi-Quadrat-Statistik herangezogen. Die vollständigen Formeln für die Berechnung von X^2 bzw. bei mehr als zwei Ausprägungen lassen sich folgendermaßen darstellen (Kuckartz et al., 2013):

$$X^2 = \sum_{j=1}^m \frac{(f_{b(j)} - f_{e(j)})^2}{f_{e(j)}}$$

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(f_{b(i,j)} - f_{e(i,j)})^2}{f_{e(i,j)}}$$

m = Anzahl der Zellen

f_b = beobachtete Häufigkeiten

f_e = erwartete Häufigkeiten

$f_{b(i,j)}$ = beobachtete Häufigkeit in der i -ten Zeile und j -ten Spalte

$f_{e(i,j)}$ = erwartete Häufigkeit in der i -ten Zeile und j -ten Spalte

k = Anzahl der Zeilen; l = Anzahl der Spalten

Ergänzend wurde zur Messwiederholung mit dem McNemar-Test (Test for Significance of Change) gerechnet. Das McNemar- X^2 berücksichtigt nur Fälle, bei denen bereits eine Veränderung eingetreten ist (Bortz & Schuster, 2010). Die Effektgröße wurde mit Hilfe des Odds Ratio berechnet. Nach Kuckartz et al. (2013) wird in der Literatur als Voraussetzung für eine Chi-Quadrat Berechnung genannt, dass maximal 20 % aller Zellen in den Tabellen eine erwartete Häufigkeit < 5 aufweisen dürfen. In der Dissertation wurde in diesem Fall der exakte Test nach Fischer angewendet. Dieser stellt eine Alternative zum Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest dar, vor allem bei geringen Häufigkeiten in den Zellen (Mehta & Patel, 1983). Der Kontingenzkoeffizient Phi (φ) ist ein auf der Chi-Quadrat-Statistik basierendes Zusammenhangsmaß und findet im Folgenden zur Bewertung der Effektstärke Anwendung. Die Interpretation des Phi-Koeffizienten nach Cohen (1988) beschreibt einen kleinen Effekt bei $\varphi = .10$, einen mittleren Effekt bei $\varphi = .30$ und einen großen Effekt bei $\varphi = .50$. Ob sich hinsichtlich der Testvariable Gruppenunterschiede ergeben haben, wurde mit dem Kruskal-Wallis-Test (H-Test) berechnet. Berichtet wird die angepasste Signifikanz, um zu vermeiden, dass von einem zu niedrigen Alphafehler ausgegangen und somit fälschlicherweise die Nullhypothese verworfen wird (Fehler 1. Art). Die

Teststatistik wird mitsamt Freiheitsgraden berichtet. Bei mehrfach gestuften Merkmalen wurden die Freiheitsgrade für Kreuztabellen (df) wie folgt berechnet (Kuckartz et al, 2013):

$$df = (k-1) * (l-1)$$

(k = Anzahl der Zeilen; l = Anzahl der Spalten)

Der Mann-Whitney-U-Test wurde durchgeführt, um die Nullhypothese zu überprüfen, dass sich die Bewertungen von Mindestmerkmalen und Potenzialen nicht signifikant unterscheiden, wenn diese durch verschiedene Berufsgruppen vorgenommen wurden. Die Interpretation des Korrelationskoeffizienten „r“ (Produkt-Moment-Koeffizient) zur Messung der Stärke des linearen Zusammenhangs von zwei Merkmalen (Bourier, 1998) als Teil der Pearson Produkt-Moment Korrelation, um Aussagen über die Stärke von Zusammenhängen treffen zu können, erfolgt nach Cohen (1988). Dabei steht .10 für schwache, .30 für moderate und .50 für starke Korrelation. Die Bewertung der Effektstärke ergibt sich aus folgender Formel für den Korrelationskoeffizienten „r“:

$$r = \left| \frac{z}{\sqrt{n}} \right| \quad (z = \text{Standardteststatistik; } n = \text{Anzahl der Fälle})$$

4 Ergebnisse

In den vorherigen Kapiteln der Dissertation wurden theoretische Hintergründe zu substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung, Hypothesen und die angewandte Methodik beschrieben sowie erste Analysen getätigt. Im folgenden Kapitel erfolgt die Analyse der Daten hinsichtlich der Hypothesentestung. Es konnten $N = 57$ Fachkräfte mit in die Befragung eingeschlossen werden, wobei es immer wieder fehlende Werte gab und es zu kleineren, tatsächlich analysierten Stichproben, auch hinsichtlich der unterschiedlichen Berufsgruppen, kam. Aufgrund der fehlenden Werte wurde anhand des „Missing Completely At Random“ (MCAR)-Tests nach Little (1988) geprüft, ob es sich bei den fehlenden Werten um zufällig fehlende Werte handelt und das Ergebnis dementsprechend nicht durch deren Fehlen beeinflusst oder gar verzerrt wird (ebd.). Der MCAR-Test war nicht signifikant ($X^2 = 2612.383$, $df = 3779$, $p = 1.000$). Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um zufällig fehlende Werte handelt, welche die Aussagekraft der Ergebnisse weder beeinflussen noch verzerren und diese somit normal interpretierbar sind. Für den MCAR-Test wurden alle Variablen hinzugefügt, die in irgendeiner Form deskriptiv verglichen wurden. Ein anschließender MCAR-Test, in dem nur für die Hypothesentestung relevante Items mit eingeschlossen wurden, war nicht signifikant ($X^2 = 736.663$, $df = 770$, $p = .801$). Somit konnte auch hier bestätigt werden, dass die Ergebnisse und deren Interpretation nicht verzerrt oder beeinflusst sind, da es sich um zufällig fehlende Werte handelt. Die Ergebnisse sind somit normal interpretierbar.

4.1 Deskriptive Analyse

An der bundesweiten Umfrage in 23 Spezialstationen der Kinder- und Jugendpsychiatrien nahmen insgesamt 17 Kliniken teil. Insgesamt wurden 82 Fragebögen von den Teilnehmenden übermittelt. Davon waren 25 unvollständig und nicht auswertbar. Der Großteil wurde nicht begonnen ($n = 9$) oder auf der ersten Seite abgebrochen ($n = 12$). Insgesamt lagen am Ende der Befragung 57 vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung vor. Davon war jeweils ein Fragebogen ohne

Angabe von Beruf bzw. Ortsangabe der Klinik. Die Auswertung erfolgte aufgrund der anonymisierten Datenauswertung ohne Nennung der Klinikstandorte. Wie Abbildung 5 zeigt, war die ortsgebundene Verteilung der Rückmeldungen pro Klinik weit gestreut zwischen 1,8 % (n = 1) und 21,1 % (n = 12).

In Tabelle 5 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen bzgl. der Bewertung von Mindestmerkmalen und Potenzialen aufgezeigt. Ergänzend dazu wurde anhand des H-Test berechnet, ob zwischen den Einschätzungen der Berufsgruppen signifikante Unterschiede vorliegen. Es erfolgte die Befragung von ärztlichem Dienst (ÄD), Psycholog*in/Pädagog*in (Psych/Päd), Pflege- und Erziehungsdienst (PED), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in/Psychologische*r Psychotherapeut*in (KJP/PP), Spezialtherapie (ST) und Sozialdienst (SD).

Abbildung 4

Verteilung der Rückmeldungen pro Klinik

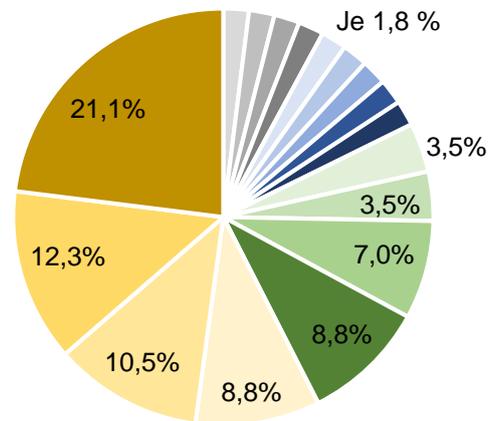


Tabelle 5

Bewertung von Mindestmerkmalen und Potenzialen

	M (SD)	n	H (p)
Diagnostik:			
Erreichen von Behandlungszielen	1.24 (.47)	51	8.679 (.123)
In den Alltag integrierbar	1.67 (.59)	51	3.794 (.579)
Kenntnisse ausreichend	1.66 (.59)	50	15.553 (.008*)
Perspektivklärung			
Erreichen von Behandlungszielen	1.26 (.44)	50	11.516 (.042*)
Individuelle Gestaltung	1.30 (.46)	50	6.887 (.229)
In den Alltag integrierbar	1.54 (.65)	50	8.444 (.133)
Pädagogisches Regelwerk			
Erreichen von Behandlungszielen	1.22 (.41)	50	6.445 (.265)
Berücksichtigung störungs- und altersspezifischer Besonderheiten	1.40 (.57)	50	1.680 (.891)
In den Alltag integrierbar	1.30 (.46)	50	5.056 (.409)
Individuelle Gestaltung	1.58 (.64)	50	4.938 (.424)

Kenntnisse ausreichend	1.33 (.48)	51	5.562 (.351)
Sozialer Eingliederungsversuch			
Erreichen von Behandlungszielen	1.22 (.57)	54	6.429 (.267)
In den Alltag integrierbar	1.56 (.69)	54	8.067 (.153)
Individuelle Gestaltung	1.50 (.67)	54	6.080 (.389)
Personal ausreichend	1.89 (.78)	53	8.848 (.115)
Suchtspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung			
Erreichen von Behandlungszielen	1.59 (.66)	54	1.348 (.930)
In den Alltag integrierbar	2.13 (.83)	53	2.259 (.812)
Bekanntheit der Angebote	2.07 (.91)	54	6.143 (.293)
Arbeitstherapie			
Erreichen von Behandlungszielen	1.89 (.85)	53	5.956 (.311)
Bedarf an Arbeitstherapie	1.81 (.83)	53	8.292 (.141)
Individuelle Gestaltung	1.89 (.80)	53	7.216 (.205)
Einbeziehen individueller Entwicklungsaufgaben			
Erreichen von Behandlungszielen	1.3 (.50)	54	3.446 (.632)
In den Alltag integrierbar	1.63 (.65)	54	2.919 (.712)
Individuelle Gestaltung	1.48 (.67)	54	3.399 (.693)
Einbeziehen von Impulskontrolltechniken			
Erreichen von Behandlungszielen	1.31 (.47)	54	13.670 (.018*)
In den Alltag integrierbar	1.57 (.57)	53	5.162 (.396)
Individuelle Gestaltung	1.68 (.67)	53	2.231 (.816)
Kenntnisse ausreichend	1.83 (.67)	53	2.976 (.704)
Einbeziehen von Ressourcentraining			
Erreichen von Behandlungszielen	1.17 (.38)	54	3.763 (.584)
In den Alltag integrierbar	1.57 (.66)	54	2.272 (.810)
Individuelle Gestaltung	1.48 (.58)	54	2.077 (.838)
Kenntnisse ausreichend	1.65 (.62)	54	5.551 (.352)

Einbeziehen von Rückfallprävention

Erreichen von Behandlungszielen	1.15 (.36)	54	5.976 (.309)
In den Alltag integrierbar	1.67 (.80)	54	2.431 (.787)
Individuelle Gestaltung	1.61 (.69)	54	4.972 (.419)
Kenntnisse ausreichend	1.81 (.83)	54	8.187 (.146)

Anmerkung: Bewertungssystem zur Berechnung der Mittelwerte durch eine Likert-Skala: 1 = trifft voll zu; 2 = trifft eher zu; 3 = trifft eher nicht zu; 4 = trifft nicht zu, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, n = Stichprobengröße, H = Kruskal-Wallis-Test, * = statistische Signifikanz bzgl. berufsgruppenspezifischer Unterschiede, $df = 5$

In den meisten Fällen lassen sich mit einem Mittelwert von < 2 hohe Zustimmungswerte bzgl. der einzelnen Merkmale und Potenziale erkennen. Höhere Mittelwerte zeigen sich im Punkt „Suchtspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung“, wobei dies die Integration in den Alltag ($M = 2.13$, $SD = .833$) sowie die Bekanntheit der Angebote ($M = 2.07$, $SD = .908$) betrifft. Signifikante berufsgruppenspezifische Unterschiede zeigen sich bei den Fragen zu ausreichenden Kenntnissen zur Umsetzung diagnostischer Inhalte ($p = .008$) sowie Perspektivklärung ($p = .042$) und Einbeziehen von Impulskontrolltechniken ($p = .018$) hinsichtlich deren Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen.

Räumliche Trennung:

Die $N = 57$ Befragten in allen Berufsgruppen sahen eine räumliche Trennung der Spezialstationen zu allgemeinpsychiatrisch erkrankten Patient*innen in 59,6 % ($n = 34$) gegeben. Demnach sahen 40,4 % ($n = 23$) die räumliche Trennung in ihrer Klinik nicht gegeben. In Tabelle 6 werden die Ergebnisse bzgl. der Bewertung der räumlich getrennten Behandlung dargestellt. Dies geschieht anhand der Bewertungen zu Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, besserem Eingehen auf individuelle Bedarfe sowie Leitlinien- und Forschungsorientierung bezugnehmend auf das Setting (räumlich getrennte Spezialstation „räumliche Trennung“, Behandlung mit allgemeinpsychiatrisch erkrankter Klientel „gemeinsame Behandlung“, keine Unterschiede „beides“). Die Darstellung erfolgt settingspezifisch (getrennt oder gemeinsam behandelnd) sowie anhand der gesamten Stichprobe (getrennt und gemeinsam behandelnd). Insgesamt zeigen sich hohe Zustimmungswerte bzgl. räumlicher Trennung bei der Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher. Über zwei Drittel der Befragten sahen die räumlich abgetrennte Spezialstation als notwendig an (67,3 %), um Behandlungsziele zu erreichen und bewerteten dieses Setting als leitlinien- und forschungsorientiert (64,8

%). In 74,5 % der Fälle wurde angegeben, dass das suchtspezifische Setting ein besseres Eingehen auf individuelle Bedarfe der Klientel ermöglicht. Es zeigen sich durchgehend höhere Zustimmungswerte bei den Befragten, die bereits auf einer räumlich abgetrennten Spezialstation arbeiteten. Dass Behandlungsziele besser durch eine räumliche Trennung erreicht werden, sahen 87,9 % der auf diesen Stationen Arbeitenden. Im Vergleich dazu stimmten 36,4 % der auf einer gemeinsam behandelnden Stationen Arbeitenden dieser Aussage zu. Bei der Frage, ob durch die räumliche Trennung besser auf individuelle Bedarfe eingegangen werden kann und ob diese leitlinien- und forschungsorientiert bewertet wird, zeigen sich höhere Zustimmungswerte bei den auf räumlich abgetrennten Stationen Arbeitenden (87,9 % zu 54,5 % bzw. 68,8 % zu 59,1 %). In Zusammenhang mit den Bewertungen zu räumlicher Trennung traten keine statistisch signifikanten berufsprüfungsspezifischen Unterschiede auf (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .996$; Besseres Eingehen auf individuelle Bedarfe, $p = .994$; Leitlinien- und Forschungsorientierung, $p = .709$).

Tabelle 6

Bewertung räumlicher Trennung

		Räumliche Trennung		Gemeinsame Behandlung		Beides		Fehlend	
Erreichen von Behandlungszielen									
Räumliche getrennt	Ja (n = 33)	n	29	0	1	3			
arbeitend		% settingspezifisch	87,9%	0,0%	3,0%	9,1%			
		% von gesamter Stichprobe	78,4%	0,0%	12,5%	42,9%			
	Nein (n = 22)	n	8	3	7	4			
		% settingspezifisch	36,4%	13,6%	31,8%	18,2%			
		% von gesamter Stichprobe	21,6%	100,0%	87,5%	57,1%			
	Gesamt (N = 55)	% (n)	67,3 (37)	5,5 (3)	14,5 (8)	12,7 (7)			
Besseres Eingehen auf individuelle Bedarfe									
Räumliche getrennt	Ja (n = 33)	n	29	0	1	3			
arbeitend		% settingspezifisch	87,9%	0,0%	3,0%	9,1%			
		% von gesamter Stichprobe	70,7%	0,0%	25,0%	42,9%			
	Nein (n = 22)	Anzahl	12	3	3	4			
		% settingspezifisch	54,5%	13,6%	13,6%	18,2%			
		% von gesamter Stichprobe	29,3%	100,0%	75,0%	57,1%			
	Gesamt (N = 55)	% (n)	74,5 (41)	5,5 (3)	7,3 (4)	12,7 (7)			

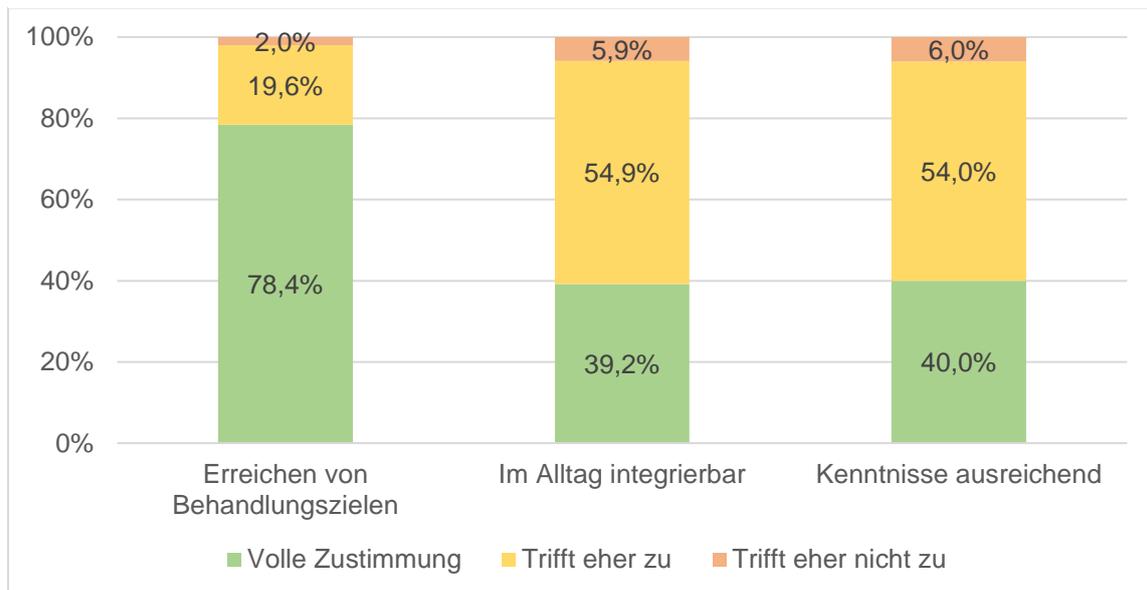
		Räumliche Trennung	Gemeinsame Behandlung	Beides	Fehlend
Leitlinien- und Forschungsorientierung					
Räumliche getrennt arbeitend	Ja (n = 32)	22	0	2	8
	n				
	% settingspezifisch	68,8%	0,0%	6,3%	25,0%
	% von gesamter Stichprobe	62,9%	0,0%	50,0%	66,7%
	Nein (n = 22)	13	3	2	4
	Anzahl				
	% settingspezifisch	59,1%	13,6%	9,1%	18,2%
	% von gesamter Stichprobe	37,1%	100,0%	50,0%	33,3%
	% (n)	64,8 (35)	5,6 (3)	7,4 (4)	22,2 (12)
Gesamt (N = 54)					

Diagnostik

Die Ergebnisse zeigen, dass 89,5 % (n = 51) der N = 57 Befragten Diagnostik in ihrem Setting als fest verankert sahen. 10,5 % (n = 6) sahen dies nicht gegeben. In diesen Fällen wurde fünf Mal voll und einmal eher zutreffend abgestimmt, dass dies notwendig wäre, um Behandlungsziele zu erreichen. Vier Mal wurde eher und zwei Mal eher nicht zugestimmt, dass ausreichende Kenntnisse im Team zur Umsetzung bestünden. Zuletzt erfolgte in den Fällen ohne verankerte Diagnostik die Bewertung, ob sich Diagnostik in den Alltag integrieren ließe (volle Zustimmung, n = 3; trifft eher zu, n = 2; trifft eher nicht zu, n = 1). In den Fällen, in denen Diagnostik fester Teil der Behandlung war, zeigen sich hohe Zustimmungswerte (Abb. 5). Mit voller Zustimmung und „trifft eher zu“ wurde die Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, die Möglichkeit, Diagnostik in den Alltag zu integrieren und die ausreichende Qualifizierung der Fachkräfte mit jeweils über 90 % bewertet.

Abbildung 5

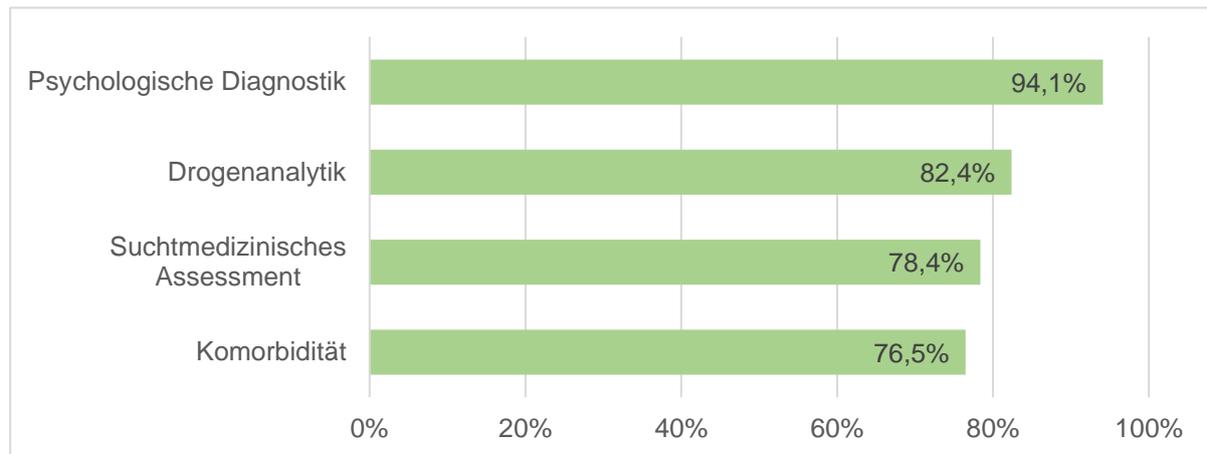
Bewertung der Diagnostik



In der Untersuchung wurde die Umsetzung verschiedener diagnostischer Inhalte abgefragt, welche in einem Großteil der Spezialstationen stattfand (Abb. 6). Eine zeitliche Festlegung der Diagnostikphase bestand in 78 % der Fälle (n = 39) nicht. In n = 8 Fällen wurde eine zeitliche Festlegung angegeben, welche von einer bis zu acht Wochen reichte und im Mittel 4,9 Wochen betrug. Anhand eines H-Tests konnten signifikante berufsgruppenspezifische Unterschiede in der Bewertung berechnet werden, ob ausreichende Kenntnisse in den Teams zur Umsetzung diagnostischer Inhalte vorliegen, $H = 15.553$, $df = 5$, $p = .008$. Die Effektstärke nach

Abbildung 6

Umsetzung diagnostischer Inhalte



Cohen (1988) lässt sich als moderat bezeichnen ($r = .42$). Die Bewertungen der Bedeutung der Diagnostik zum Erreichen von Behandlungszielen ($H = 8.679$, $df = 5$, $p = .123$) sowie, ob diese in den Alltag integrierbar ist ($H = 3.794$, $df = 5$, $p = .579$), unterscheiden sich nicht signifikant. Ergänzend wurde in einer offenen Frage nach weiteren diagnostischen Inhalten gefragt, die auf den Spezialstationen erhoben werden:

- Sozialpädagogische Diagnostik (Jugendhilfe, Strafrecht etc.)
- Schulstatus & Bildungsstand
- Abklärung somatischer Auffälligkeiten
- Familiendynamik
- Individuelle Schritte bei fehlenden Befunden oder offenen Fragestellungen

Perspektivklärung

Von den $N = 57$ Befragten gaben 89,5 % ($n = 51$) an, dass die Perspektivklärung fest im Behandlungsprozess verankert ist. In $n = 6$ Fällen war dies laut den Befragten nicht der Fall. Davon stimmten 100 % voll zu, dass dies zum Erreichen der Behandlungsziele beitragen würde. Es zeigten sich unterschiedliche Aussagen, ob Perspektivklärung in den Alltag integrierbar wäre (volle Zustimmung, $n = 3$; trifft eher zu, $n = 2$; trifft nicht zu, $n = 1$) sowie bei der Bewertung, ob ausreichende Kenntnisse im Team zur Umsetzung bestehen (volle Zustimmung, $n = 2$; trifft eher zu, $n = 3$; trifft nicht zu, $n = 1$). Hohe Zustimmungswerte wurden bzgl. der Perspektivklärung abgegeben, wenn diese bereits Teil der Behandlung war ($N = 50$). Dass die Perspektivklärung notwendig zum Erreichen von

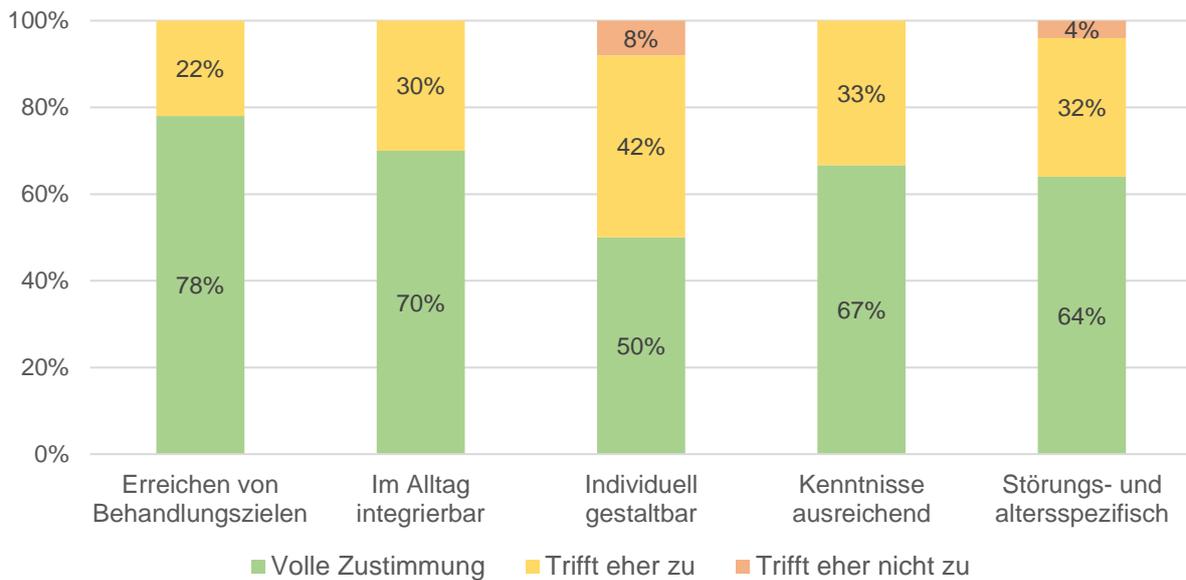
Behandlungszielen ist und sich diese individuell gestalten lässt, bewerteten 100 % der Befragten mit voller Zustimmung oder „trifft eher zu“. Mit gleichen Zustimmungswerten bewerteten die Befragten Perspektivklärung mit 92 % (n = 46) in den Alltag integrierbar, wobei dies 8 % (n = 4) als eher nicht gegeben sahen. Eine zeitliche Festlegung der Perspektivklärung bestand in 79,6 % der Fälle (n = 39) nicht. In 9 Fällen wurde eine zeitliche Festlegung beschrieben, welche von einer bis zu acht Wochen reichte und im Mittel 4,5 Wochen betrug. Mit einem H-Test wurde ein signifikanter Unterschied in der berufsgruppenspezifischen Bewertung ermittelt, ob die Perspektivklärung notwendig zum Erreichen der Behandlungsziele ist, $H = 11.516$, $df = 5$, $p = .042$. Nach Cohen (1988) ergibt sich eine moderate Effektstärke ($r = .45$). Bei der Bewertung, ob die Perspektivklärung in den Alltag integrierbar ist ($H = 8.444$, $df = 5$, $p = .133$) und sich individuell gestalten lässt ($H = 6.887$, $df = 5$, $p = .229$) wurden keine signifikanten Unterschiede berechnet.

Pädagogisches Regelwerk

In 91,1 % (n = 56) der Fälle wurde angegeben, dass auf Station ein pädagogisches Regelwerk besteht. In n = 5 Fällen sahen die Befragten kein pädagogisches Regelwerk bestehen. 100 % stimmten voll zu, dass dies zum Erreichen von Behandlungszielen notwendig und in den Alltag integrierbar wäre. Dass ausreichende Kenntnisse im Team zu Verfügung stünden, wurde unterschiedlich bewertet (volle Zustimmung, n = 2; trifft eher zu, n = 2; trifft nicht zu, n = 1). Wie Abbildung 8 zeigt, stimmten in den Fällen, in denen ein pädagogisches Regelwerk bestand, 100 % der Befragten voll oder eher bzgl. der Punkte „Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen“, „Lässt sich in den Alltag integrieren“, „Individuelle Gestaltung möglich“ sowie „Ausreichende Kenntnisse vorhanden“ zu. 96 % stimmten noch voll oder eher zu, dass durch ein pädagogisches Regelwerk alters- und störungsspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden. Es gab keine signifikanten berufsgruppenspezifischen Unterschiede (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .265$; in den Alltag integrierbar, $p = .409$; individuell gestaltbar, $p = .424$; ausreichende Kenntnisse vorhanden, $p = .351$; Berücksichtigung störungs- und altersspezifischer Besonderheiten, $p = .891$).

Abbildung 7

Bewertung Pädagogisches Regelwerk

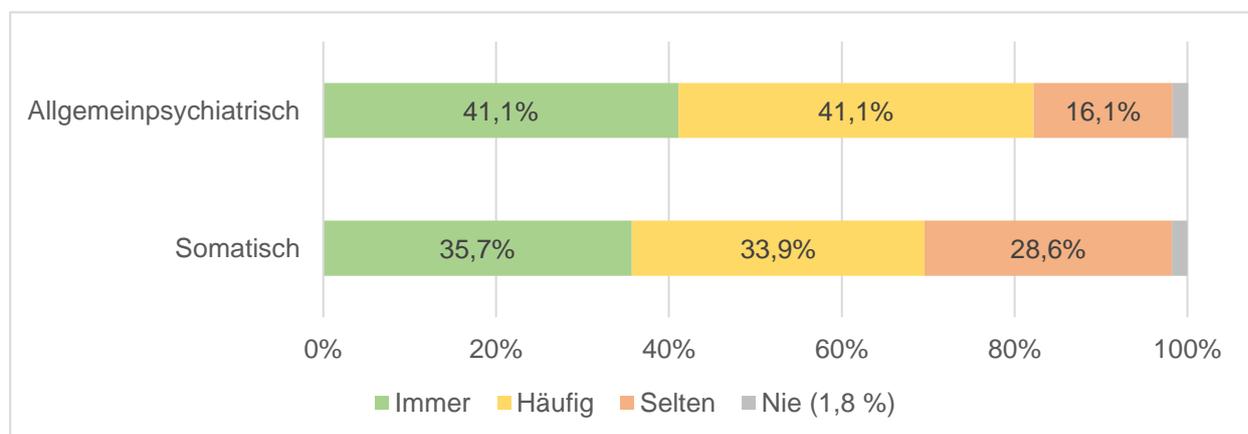


Behandlung vor stationärer Aufnahme

In über 80 % (n = 46) der N = 56 Fälle wurde angegeben, dass ein allgemeinspsychiatrischer Behandlungsbedarf vor stationärer Maßnahme immer oder häufig abgeklärt wird. Auf somatischer Ebene sahen noch knapp 70 % der Befragten immer oder häufig eine Abklärung vor stationärer Aufnahme gegeben (Abb. 8). Signifikante Unterschiede in den Aussagen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wurden weder bei allgemeinspsychiatrischen ($p = .095$) noch somatischen Bedarfen ($p = .631$) festgestellt.

Abbildung 8

Bedarfsabklärung vor stationärer Aufnahme

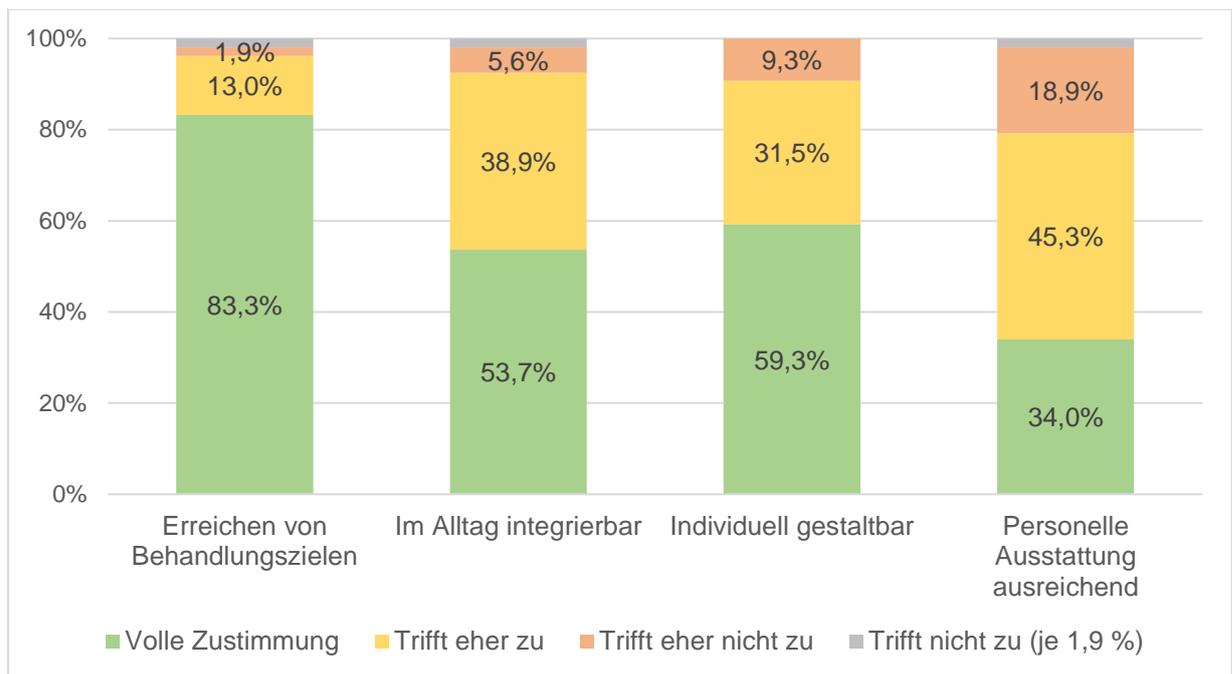


Sozialer Eingliederungsversuch

Insgesamt zeigen sich hohe Zustimmungswerte bzgl. der Durchführung eines SEV (Abb 9). In jeweils über 90 % der Fälle stimmten die Befragten voll oder eher zu, dass ein SEV notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen und dieser in den Alltag integrierbar sowie individuell gestaltbar ist. Über 20 % der Befragten bewerteten die personelle Ausstattung als eher nicht oder nicht ausreichend.

Abbildung 9

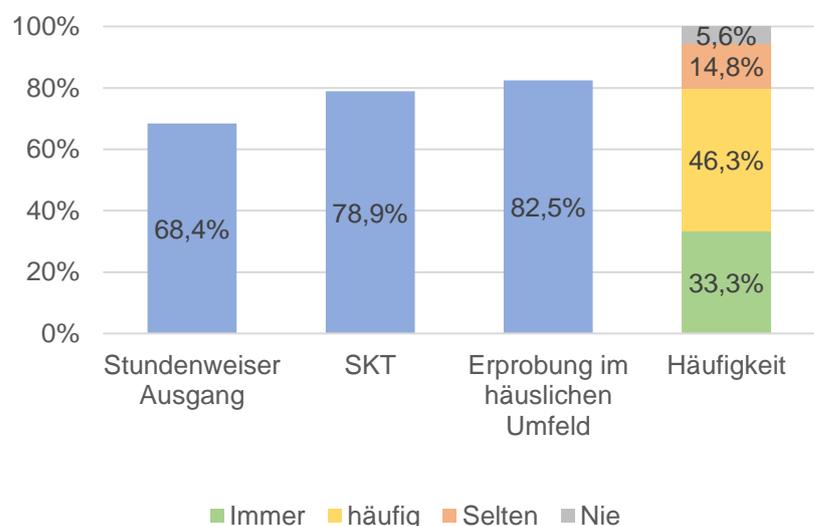
Bewertung SEV



Die Durchführung eines sozialen Eingliederungsversuchs (SEV) geschieht lt. Befragten (N = 54) in knapp 80 % der Fälle (n = 43) immer oder häufig. In etwas über 20 % der Fälle (n = 11) findet selten oder kein SEV statt (Abb. 10). Die Ausgestaltung erfolgt in vielen Fällen durch stundenweisen Ausgang, Soziales Kompetenztraining oder Erprobung im häuslichen Umfeld. Es gab keine signifikanten berufsgruppenspezifischen

Abbildung 10

Häufigkeit und Settings SEV



Unterschiede in der Bewertung des SEV (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .267$; in den Alltag integrierbar, $p = .153$; individuell gestaltbar, $p = .289$; ausreichend personelle Ausstattung, $p = .115$). In einer offenen Frage wurden verschiedene Settings für einen SEV erhoben (Tab. 7):

Tabelle 7

Settings SEV

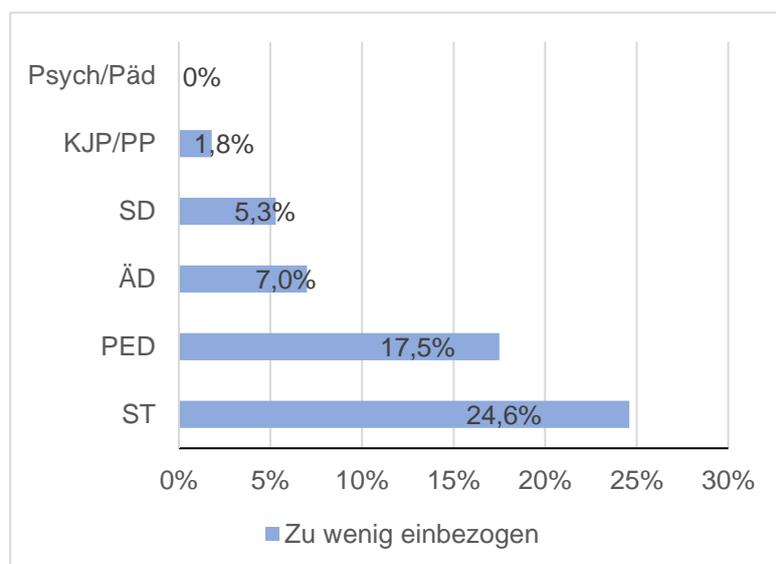
Klinikscheule und Außenbeschulung	Rückführung an die Herkunftsschule
Arbeitstherapie	Berufsbezogene Praktika
Rückführung an den Arbeitsplatz	Ableisten von Sozialstunden
Tagesbeurlaubung	Besuch von Bezugspersonen/ Freunden

Einbeziehen aller Berufsgruppen

Über 90 % ($n = 53$) der $N = 55$ Befragten sahen es immer oder häufig gegeben, dass alle Berufsgruppen mit in die Behandlungsplanung einbezogen werden (Immer: 56,4 %, $n = 31$; häufig: 36,4 %, $n = 20$). 7,3 % ($n = 2$) bewerteten das Einbeziehen aller Berufsgruppen als selten. Anschließend wurden die Fachkräfte befragt, welche Berufsgruppen sie als zu wenig in die Behandlungsplanung einbezogen erleben (Abb. 11). Spezialtherapeut*innen (24,6 %, $n = 14$) und der PED (17,5 %, $n = 10$) wurden im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen als zu wenig einbezogen erlebt. Mit einem H-Test wurde berechnet, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen bzgl. der Einschätzung, wie häufig alle Berufsgruppen am Behandlungsprozess beteiligt sind, besteht ($H = 19.561$, $df = 5$, $p = .002$). Die Effektstärke lässt sich als moderat ($r = .31$) bezeichnen.

Abbildung 11

Einbeziehen der Berufsgruppen in die Behandlung



Aus-, Fort-, und Weiterbildung

Von den N = 56 Befragten gaben 44,6 % (n = 25) an, suchtspezifisch aus-, fort- oder weitergebildet zu sein. 55,4 % (n = 31) gaben an, nicht mit suchtspezifischen Inhalten in Aus-, Fort- und Weiterbildung in Berührung gekommen zu sein. Die Vermittlung suchtspezifischer Inhalte erfolgte in 28,1 % (n = 16) klinikintern und extern in 33,3 % (n = 19) der Fälle. Eine suchtttherapeutische Weiterbildung (anerkannt durch die deutsche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung) lag in 8,8 % (n = 5) vor. Vom ÄD (N = 14) waren 57,1 % (n = 8) durch ein suchtmmedizinisches Curriculum weitergebildet. Folgende suchtspezifische Weiterbildungsinhalte wurden in einer offenen Frage erhoben:

- Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (STAR)
- Trainer Rauchfrei Programm
- Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll
- Motivational Interviewing

Im Vergleich gaben nur ÄD und Psych/Päd in mehr als der Hälfte der Fälle ihrer Berufsgruppe an, suchtspezifisch aus-, fort- oder weitergebildet zu sein. In allen andern Berufsgruppen waren dies weniger als 50 % (Abb. 12). Im psychotherapeutischen sowie sozialpädagogischen Berufsfeld waren maximal bis zu einem Drittel und in der Spezialtherapie keine Fachkräfte suchtspezifisch aus-, fort- oder weitergebildet. In Abbildung 13 wird dargestellt, dass in über 90 % der Fälle (n = 49) voll oder eher zugestimmt wurde, dass Aus-, Fort- und Weiterbildung notwendig zum Erreichen der Behandlungsziele ist. Mit gleichen Zustimmungswerten erlebten die Befragten Aus-, Fort- und Weiterbildung mit knapp 70 % (n = 37) als in den Alltag integrierbar. Knapp 63 % (n = 34) stimmten voll oder eher zu, dass entsprechende Angebote bekannt sind. Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .930$; in den Alltag integrierbar, $p = .812$; Angebote sind bekannt, $p = .293$) zeigten sich statistisch nicht signifikant.

Abbildung 12

Berufsgruppenspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung

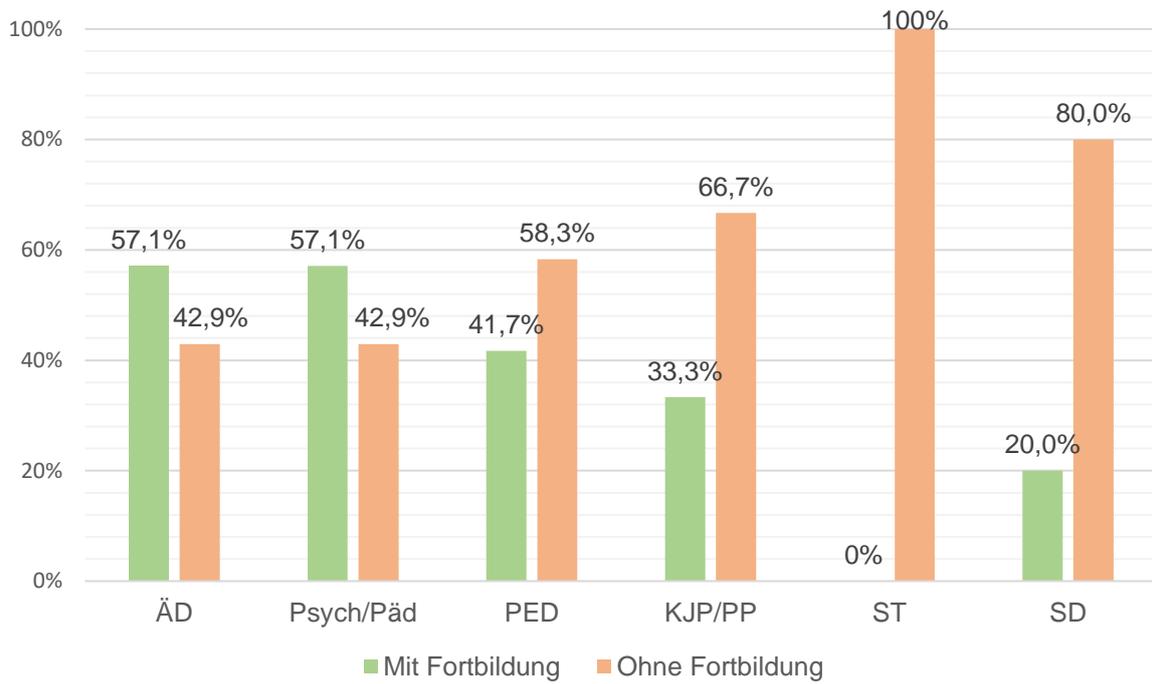
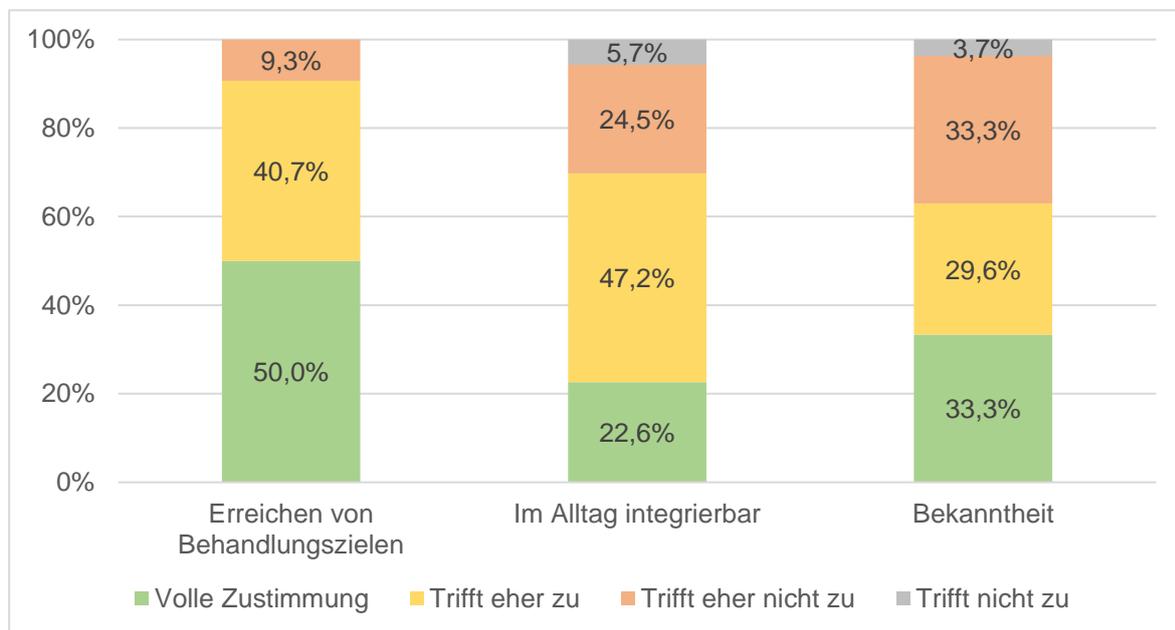


Abbildung 13

Bewertung von Aus-, Fort- und Weiterbildung

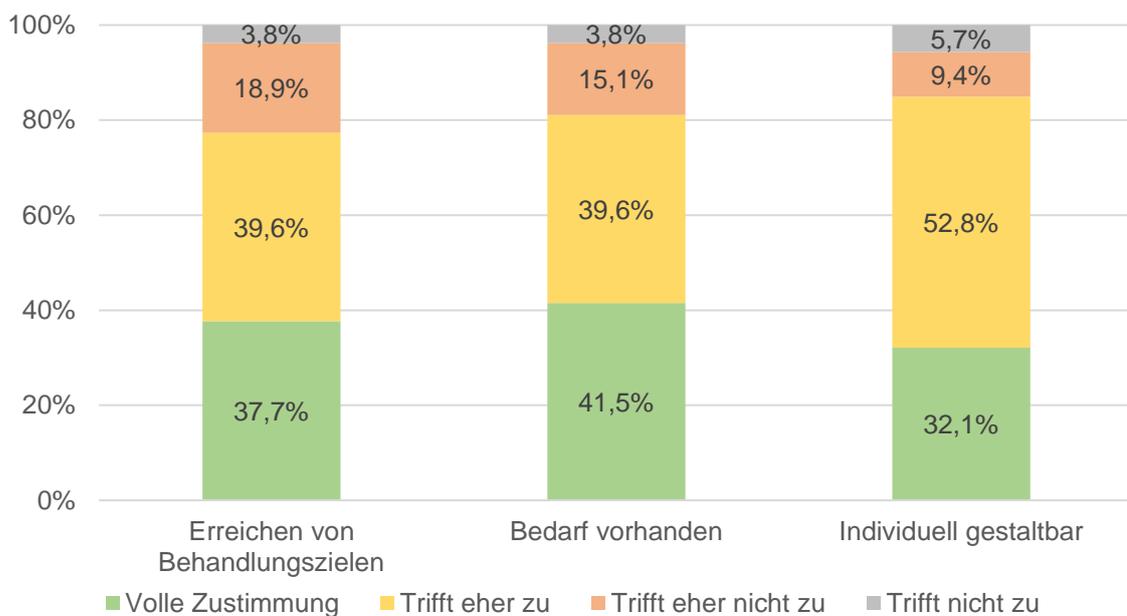


Arbeitstherapie:

In 51,8 % (n = 29) der N = 56 Fälle wurde angegeben, dass ein arbeitstherapeutisches Angebot in der Klinik vorgehalten wird. 47,4 % (n = 27) gaben an, keine Arbeitstherapie zur Verfügung zu haben. In einer Klinik gab es in zwei Fällen unterschiedliche Meinungen, ob ein arbeitstherapeutisches Angebot besteht. Die Bewertung der Arbeitstherapie erfolgte in N = 53 Fällen (Abb. 14). Mit über 75 % (n = 41) stimmten die Befragten voll oder eher zu, dass die Arbeitstherapie zum Erreichen der Behandlungsziele notwendig ist. Mit gleicher Zustimmung sahen jeweils über 80 % den Bedarf der Zielgruppe an Arbeitstherapie (n = 43) und erlebten diese als individuell gestaltbar (n = 45). Insgesamt zeigen sich hohe Zustimmungswerte zur Umsetzung von Arbeitstherapie in der stationären Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher.

Abbildung 14

Bewertung der Arbeitstherapie



In Tabelle 8 werden die Häufigkeiten zur Bewertung der Arbeitstherapie dargestellt. Dies geschieht anhand der Bewertungen zu Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, der Einschätzung zum Bedarf der Zielgruppe sowie der individuellen Gestaltbarkeit der Arbeitstherapie. Es erfolgt die differenzierte Darstellung der Ergebnisse mit (+) und ohne (-) Arbeitstherapie. In den Fällen, in denen Arbeitstherapie fester Bestandteil der Behandlung war, zeigten sich in allen Bereichen höhere Zustimmungswerte. Im direkten Vergleich zeigten sich die Werte mit voller Zustimmung in Prozent bzgl. Erreichen von Behandlungszielen bei 80/20, Bedarf an Arbeitstherapie bei 86,4/13,6 und individueller Gestaltbarkeit bei 70,6/9,4. Der Großteil der Bewertungen von „trifft eher nicht zu“ und

„trifft nicht zu“ wurde demnach von den Befragten abgegeben, bei denen Arbeitstherapie kein fester Teil der Behandlung war. Es lagen keine signifikanten berufsprüfungsspezifischen Unterschiede vor (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .311$; Bedarf vorhanden, $p = .141$; individuell gestaltbar, $p = .205$).

Tabelle 8

Häufigkeiten zur Bewertung der Arbeitstherapie

		Volle Zustimmung	Zustimmung	Trifft eher zu	Trifft nicht zu	eher nicht zu	Trifft nicht zu
Behandlungsziele + (n = 28)		57,1 % (n = 16)		28,6 % (n = 8)		14,3 % (n = 4)	
Behandlungsziele - (n = 25)		16,0 % (n = 4)		52,0 % (n = 13)		24,0 % (n = 6)	8,0 % (n = 2)
Direkter Vergleich in % (n = 53)		80,0/20,0		38,1/61,9		40,0/60,0	0,0/100
Bedarf + (n = 28)		67,9 % (n = 19)		32,1 % (n = 9)	--	--	--
Bedarf - (n = 25)		12,0 % (n = 3)		48,0 % (n = 12)		32,0 % (n = 8)	8,0 % (n = 2)
Direkter Vergleich in % (n = 53)		86,4/13,6		42,9/57,1		0,0/100	0,0/100
Individuell gestaltbar + (n = 28)		42,9 % (n = 12)		46,4 % (n = 13)		10,7 % (n = 3)	--
Individuell gestaltbar - (n = 25)		20,0 % (n = 5)		60,0 % (n = 15)		8,0 % (n = 2)	12,0 % (n = 3)
Direkter Vergleich in % (n = 53)		70,6/9,4		46,4/53,6		60,0/40,0	0,0/100

Anmerkung: + = mit Arbeitstherapie, - = ohne Arbeitstherapie

Andere Spezialtherapien

In 100 % der N = 56 Fälle wurde angegeben, dass neben der Arbeitstherapie andere Spezialtherapien zum Einsatz kommen. In den N = 17 Kliniken wurden in 100 % der Fälle Sport- und Ergotherapie angeboten. In 58,8 % (n = 10) wurde Kunsttherapie und in 52,9 % (n = 9) Musiktherapie mit in die Behandlung integriert. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse der offenen Frage nach weiteren therapeutischen Angeboten auf den Spezialstationen.

Tabelle 9

Spezialtherapien

Erlebnistherapie (n = 5)	Reittherapie (n = 5)	Tiergestützte Therapie (n = 3)	Biofeedback (n = 2)
Entspannungsverfahren (n = 3)	Yoga (n = 2)	Akupunktur	Aromatherapie
Erlebnispädagogik	Heilpädagogik	Logopädie	Physiotherapie
Snoezelen	SKT	Suchtspezifische Gruppentherapie	Tanztherapie

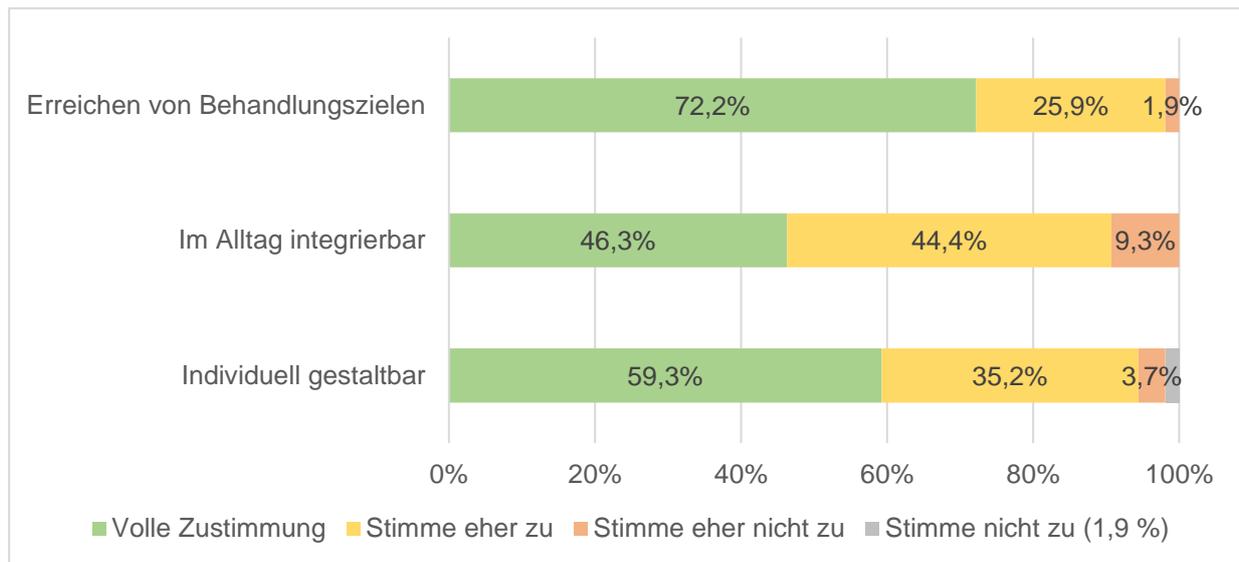
Anmerkung: Ohne Nennung (n = 1)

Entwicklungsaufgaben

89,1 % (n = 49) von den N = 55 Befragten gaben an, dass individuelle Entwicklungsaufgaben mit in die Behandlung einbezogen werden. 10,9 % (n = 6) sahen dies in ihrem Arbeitsumfeld als nicht gegeben. Das Einbeziehen von Entwicklungsaufgaben in die stationäre Behandlung bewertete die Mehrheit der N = 54 Befragten mit hohen Werten in der Zustimmung. So zeigten sich 98,1 % (n = 53) voll und eher zustimmend, dass dies zum Erreichen von Behandlungszielen notwendig ist. In den Alltag integrierbar (n = 49) und individuell gestaltbar (n = 51) wurde das Einbeziehen der Entwicklungsaufgaben mit „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ jeweils mit über 90 % bewertet (Abb. 15). Es zeigten sich weder signifikante berufsgruppenspezifische (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .632$; Aufwand in den Alltag integrierbar, $p = .712$; individuell gestaltbar, $p = .639$), noch Unterschiede im Antwortverhalten, wenn Entwicklungsaufgaben mit oder nicht mit einbezogen wurden (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .690$; Aufwand in den Alltag integrierbar, $p = .564$; individuell gestaltbar, $p = .164$).

Abbildung 15

Bewertung des Einbeziehens individueller Entwicklungsaufgaben



Impulskontrolle

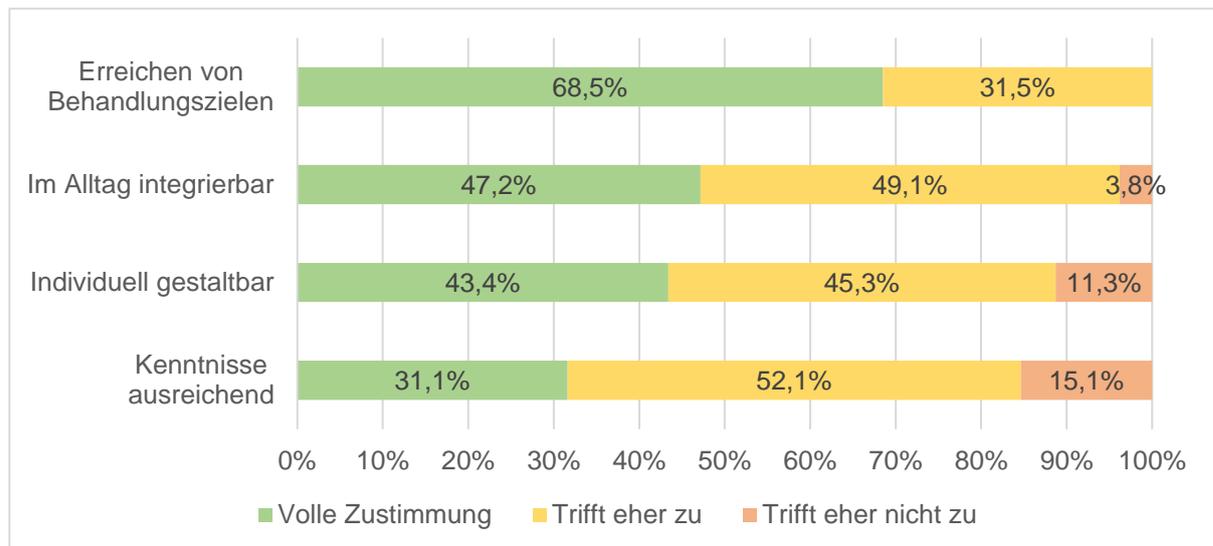
Von den $N = 55$ Befragten gaben 80 % ($n = 44$) an, dass Umgang mit Impulskontrolle bereits fester Teil der Behandlung ist. 20 % ($n = 11$) sahen dies als nicht gegeben. In den $N = 17$ Kliniken bestand in 35,3 % ($n = 6$) der Fälle in jeweils derselben Klinik Uneinigkeit darüber, ob der Umgang mit Impulskontrolle einen Teil der Behandlung darstellt. Es zeigen sich hohe Zustimmungswerte bzgl. des Einbeziehens der Thematik in das stationäre Setting. In jedem Teilaspekt wurden mit jeweils über 80 % Werte mit voller Zustimmung und „trifft eher zu“ erreicht (Abb. 16). Die folgende Beschreibung bezieht sich auf den Grad der Zustimmung (Volle Zustimmung und „trifft eher zu“):

Dass Umgang mit Impulskontrolle notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen ist, sahen 100 % ($n = 54$) der Befragten als gegeben. Als in den Alltag integrierbar bewerteten dies 96,2 % ($n = 51$) und als individuell gestaltbar 88,7 % ($n = 47$). 84,9 % ($n = 45$) bewerteten die Kenntnisse in den Teams bzgl. praktischer Umsetzung als ausreichend. Es gab keine signifikante Unterschiede im Antwortverhalten in Abhängigkeit, ob Umgang mit Impulskontrolle Teil der Behandlung war (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .257$; in den Alltag integrierbar, $p = .824$; individuell gestaltbar, $p = .632$; ausreichende Kenntnisse vorhanden, $p = .075$). Durch die Berechnung eines H-Tests konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Aussagen der Berufsgruppen bzgl. der Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen errechnet werden, $H = 13.670$, $df = 5$, $p = .018$. Die Effektstärke ($r = .26$) kann noch als kleiner Effekt,

an der Grenze zu einem mittleren Effekt ($r = .30$), beschrieben werden. Die restlichen Bewertungen zeigen sich hinsichtlich berufsgruppenspezifischer Unterschiede statistisch nicht signifikant (In den Alltag integrierbar, $p = .396$; individuell gestaltbar, $p = .816$; ausreichende Kenntnisse vorhanden, $p = .704$).

Abbildung 126

Bewertung des Umgangs mit Impulskontrolle

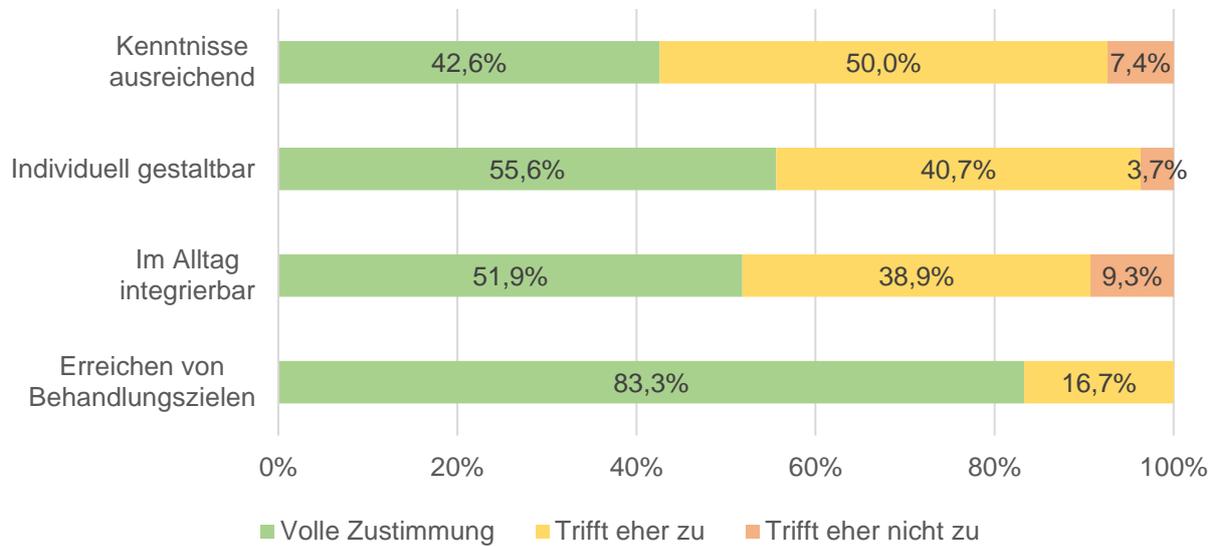


Ressourcentraining

In 16 von 17 Kliniken gaben von $N = 55$ Befragten insgesamt 98,2 % ($n = 54$) an, dass Ressourcentraining fester Bestandteil der Behandlung ist. Es zeigen sich hohe Zustimmungswerte in der Bewertung des Ressourcentrainings (Abb. 17). 100 % ($n = 54$) stimmten voll oder eher zu, dass Ressourcentraining notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen ist sowie 90,7 % ($n = 49$), dass sich dieses in den Alltag integrieren lässt. Mit gleicher Bewertung sahen 96,3 % ($n = 52$) das Ressourcentraining als individuell gestaltbar und 92,6 % ($n = 50$) die Kenntnisse zur Umsetzung als gegeben an. Es zeigen sich keine signifikanten berufsgruppenspezifischen Unterschiede (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .584$; Aufwand in den Alltag integrierbar, $p = .810$; individuell gestaltbar, $p = .838$; Kenntnisse ausreichend, $p = .352$).

Abbildung 17

Bewertung des Einbeziehens von Ressourcentraining



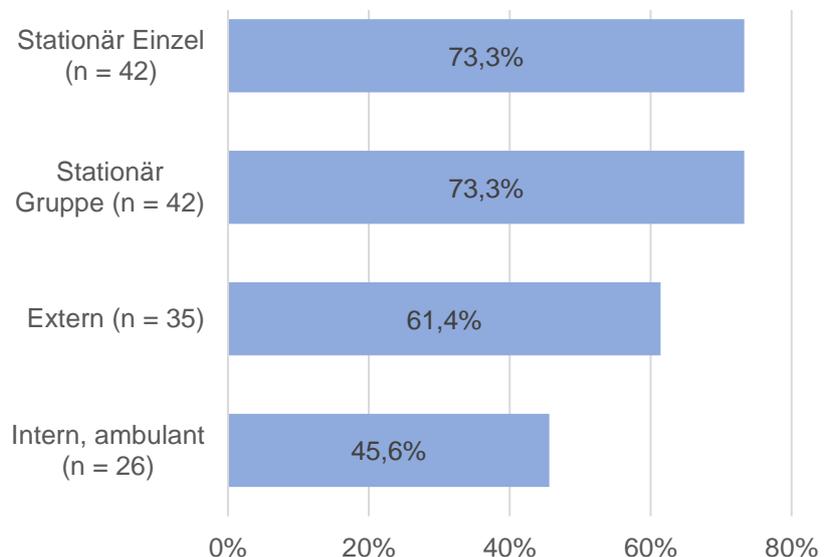
Rückfallprävention

In 94,5 % (n = 52) der N = 55 Fälle wurde angegeben, dass Rückfallprävention einen festen Teil der Behandlung darstellt. 5,5 % (n = 3) sahen dies nicht als gegeben. In 17,6 % (n = 3) der N = 17 Kliniken lagen unterschiedliche Ansichten vor, ob in der jeweils selben Klinik rückfallpräventive Angebote stattfinden. Die Befragten machten Angaben zum Setting, in denen Rückfallprävention stattfindet (Abb. 18). In knapp drei

Viertel der Fälle fand Rückfallprävention stationär im Einzel- sowie im Gruppensetting statt. In knapp zwei Drittel der Fälle bestand eine Vernetzung zu externer Suchtberatung oder Nachsorge. In weniger als der Hälfte der Fälle fand eine interne ambulante Anbindung statt.

Abbildung 18

Setting rückfallpräventiver Angebote



In einer offenen Frage wurde nach weiteren Settings gefragt, in denen Rückfallprävention stattfindet:

- Familienarbeit
- Kooperation mit Jugendhilfe und Jugendhilfeeinrichtungen
- Kooperation mit Einrichtungen der Langzeittherapie
- Vernetzung mit niedergelassenen Kolleg*innen

Das Einbeziehen von Rückfallprävention in die stationäre Behandlung wurde mit voller Zustimmung und „trifft eher zu“ in Bezug auf die Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen mit 100 % (n = 54) bewertet. Mit gleicher Bewertung sahen Rückfallprävention 87 % (n = 47) in den Alltag integrierbar und 92,6 % (n = 50) individuell gestaltbar. Über 20 % (n = 12) sahen die Kenntnisse zur Umsetzung rückfallpräventiver Inhalte eher nicht oder nicht gegeben (Abb. 19). Signifikante berufsgruppenspezifische (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = .309$; in den Alltag integrierbar, $p = .787$; individuell gestaltbar, $p = .419$; ausreichende Kenntnisse vorhanden, $p = .146$) oder Unterschiede im Antwortverhalten in Zusammenhang mit dem Bestehen rückfallpräventiver Angebote (Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $p = 1.000$; in den Alltag integrierbar, $p = .396$; individuell gestaltbar, $p = .212$; ausreichende Kenntnisse vorhanden, $p = .147$) zeigten sich nicht. Zuletzt wurden in einer offenen Frage kritische Anmerkungen sowie Wünsche und Anliegen erhoben. Gleiche und ähnliche Äußerungen wurden zusammengefasst und verschiedenen Clustern zugeordnet. Die Ergebnisse werden in Tabelle 10 aufgeführt.

Abbildung 19

Bewertung der Rückfallprävention

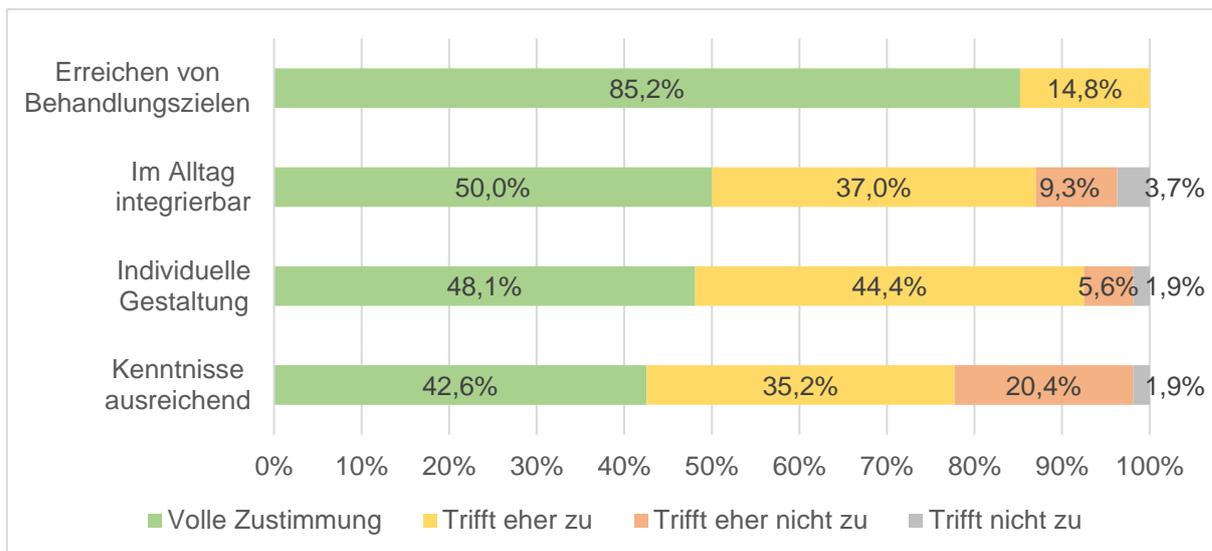


Tabelle 10*Kritik und Anliegen an die stationäre Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher*

<i>Personelle Ausstattung</i>	<i>Unterversorgung</i>
<p>Kritik an aktueller Situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutliche therapeutische Unterbesetzung • Keine Vertretung bei Urlaub oder Erkrankung von Fachtherapeut*innen • Hohe Arbeitsbelastung durch fehlende therapeutische Angebote • Risiko, dass körperliche Entgiftung abgeschlossen und wichtige funktionale Strategien nicht erlernt wurden <p>Wunsch nach mehr Personal...</p> <ul style="list-style-type: none"> • im ärztlich/psychotherapeutischen Bereich • um Gruppen zu schaffen (Rückfall, Psychoedukation) • um therapeutischem Bedarf gerecht zu werden 	<p>Aktuelle Situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedarf übersteigt vorhandene Behandlungsplätze • Risiko einer Behandlung im Erwachsenensetting • Erhebliche Nachteile durch fehlende spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche <p>Wunsch nach...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergrößerung des Angebots an Langzeittherapieplätzen • Erhöhung der Anzahl spezialisierter stationärer Einheiten • Neuaufbau einer Jugendsuchtstation • Erweiterung und Verbesserung der Ausstattung von KJP-Rehaangeboten
<i>Fort- und Weiterbildung</i>	<i>Therapeutische Maßnahmen</i>
<p>Wichtige Bausteine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suchtspezifische Inhalte • Umgang mit Grenzen • Motivational Interviewing • Multifamilientherapie (MFT) • Gewaltfreie Kommunikation • Pädagogische Weiterbildungsangebote für pflegerisch/medizinisches Personal 	<p><i>Wunsch nach</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeit mit Rückfällen als Normalität • bessere Einbindung der Eltern in den psychotherapeutischen Prozess • Möglichkeit kleiner Behandlungsgruppen • Schwerpunkte setzen:

<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung des PED bzgl. Sucht- und anderer psychiatrischer Erkrankungen • Qualifizierung (therapeutisch und pädagogisch) im Bereich Sucht und Trauma • <u>Mehr Eigeninitiative der Fachkräfte gewünscht</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mehr Einbezug der biologischen Komponente einer Sucht ○ Fokus auf Vergangenheitsbewältigung ○ Multifamilientherapie • Gruppenangebote zu Identität und Sucht
---	---

<i>Setting</i>	<i>Anschlussmaßnahmen und Vernetzung</i>
----------------	--

Wünsche an die Träger:

- Weniger wirtschaftlicher Druck
- Längere Finanzierung durch die Krankenkassen im Akutkrankenhaus
- Mehr Flexibilität bzgl. individueller Behandlung der Jugendlichen (zu starre Vorgaben)
- Möglichkeit kleiner Stationsgrößen

Behandlungsbezogene Wünsche:

- Verlängerung der Entzugsbehandlung auf mindestens sechs Wochen
- Mehr Ausbildungsangebote (Schule, Berufsausbildung) für Patient*innen
- Strukturierte, standardisierte aber dennoch individuell adaptierbare Diagnostik in der Aufnahme phase
- Einbeziehen aller Berufsgruppen

Interne Kommunikation:

- Bessere Absprachen und Veränderung des Regelwerks notwendig

Kritik an aktueller Situation:

- Zu wenig Kenntnisse und eingeschränkte Behandlungsmöglichkeiten in ambulanter Psychotherapie
- Ausmaß der Suchterkrankung wird unterschätzt
- Wenig Zeit zum Finden von Anschlussmaßnahmen
- Patient*innen in Frühstadien einer Suchterkrankung mit grundsätzlich besserer Prognose werden übersehen (→ später Behandlungsbeginn)

Wünsche/Anliegen:

- Mehr ambulante Angebote
- Zugang zu stationärer Entwöhnungsbehandlung patientenorientierter und niederschwelliger gestalten
- Verbesserung des Übergangs von Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Jugendhilfe (schnellere Kontaktaufnahme und nahtlose Weiterbetreuung)

-
- Verbesserter Austausch innerhalb der Behandlerteams
 - Perspektiven vor klinischer Entgiftung besprechen, um Wartezeiten zwischen stationären Angeboten und erneute Entgiftung für „Cleanschein“ zu „ersparen“
 - Nahtlosverfahren in Kooperation mit DRV und GKV
-

Forschung

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation von Therapieabbrüchen, um Fluktuation zu verringern | <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Forschung notwendig |
|--|--|
-

4.2 Interferenzstatistische Befunde

Räumliche Trennung

Ein Chi-Quadrat Test wurde durchgeführt, um die Nullhypothese zu überprüfen, dass sich die räumliche Trennung nicht auf das Antwortverhalten auswirkt. Die Zelhäufigkeiten waren in mehr als zwei Fällen < 5 . Zunächst zeigt sich durch Berechnung mit einem Mann-Whitney-U Test ein signifikanter Unterschied in der zentralen Tendenz der Bewertung zur Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen ($U = 190.500$, $Z = -3.567$, $p = < .001$) sowie dem besseren Eingehen auf individuelle Bedarfe ($U = 250.500$, $Z = -2.531$, $p = .011$), jedoch nicht bei der Bewertung von Leitlinien- und Forschungsorientierung ($U = 337.000$, $Z = -.321$, $p = .755$). Es gab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen räumlicher Trennung und der Bewertung, ob die Trennung notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen ist ($X^2(3) = 17.436$, $p < .001$) mit großer Effektstärke ($\varphi = .573$) und fehlender Normalverteilung nach Kolmogorov-Smirnov ($p = .002$). Ebenfalls signifikant zeigte sich der Zusammenhang von räumlicher Trennung und der Bewertung, dass durch diese besser auf individuelle Bedarfe eingegangen werden kann, $X^2(3) = 8.771$, $p = .015$ mit mittlerer Effektstärke ($\varphi = .413$) und Normalverteilung ($p = .106$). Ein signifikanter Zusammenhang zur Bewertung der Leitlinien- und Forschungsorientierung bestand nicht, $X^2(3) = 4.577$, $p = .185$. Die Ergebnisse zeigen, dass Befragte, die auf einer räumlich abgetrennten Station arbeiten, überzeugter sind, dass die räumliche Trennung zum Erreichen von Behandlungszielen beiträgt und durch diese besser auf individuelle Bedarfe der Zielgruppe eingegangen werden kann. Ein Chi-Quadrat Test wurde durchgeführt, um die Nullhypothese zu überprüfen, dass sich die Einschätzungen der Befragten zum Vorliegen von Mindestmerkmalen und Potenzialen in Abhängigkeit einer räumlichen Trennung nicht signifikant unterscheiden. Ergänzend wurde ein McNemar Test mit Berechnung der Effektstärke nach Odds Ratio durchgeführt, um die Nullhypothese zu überprüfen, dass die räumliche Trennung zu keiner Änderung führen würde. Es wurden Mindestmerkmale und Potenziale mit 2x2 Tabellen untersucht. Die Effektstärke wurde nach dem Phi-Koeffizienten berechnet. Wie in Tabelle 11 abgebildet, sind die Befragten auf räumlich getrennten Stationen mit statistischer Signifikanz überzeugter, dass Diagnostik mit mittlerer Effektstärke ($\varphi = .42$) und Rückfallprävention mit kleiner Effektstärke (.28) an der Grenze zur mittleren Effektstärke (.30) auf diesen Stationen fest im Behandlungsprozess integriert sind. Der McNemar Test zeigt, dass eine räumliche Trennung eher dazu

führen würde, dass Diagnostik, Perspektivklärung, pädagogisches Regelwerk, individuelle Entwicklungsaufgaben sowie Ressourcentraining und Rückfallprävention im Behandlungsalltag integriert werden.

Tabelle 11

Vorliegen von Mindestmerkmalen und Potenzialen bei räumlicher Trennung

	X ² (1)	p	φ	Mc Nemar (p) (OR)
Diagnostik	9.013	.003*	.42	< .001* (12)
Perspektivklärung	1.929	.208	.18	< .001* (3,4)
Pädagogisches Regelwerk	3.438	.085	.25	< .001* (6,7)
Aus-, Fort-, Weiterbildung	.160	.689	-.053	.200
Arbeitstherapie	.245	.621	.066	.557
Entwicklungsaufgaben	.185	.667	.058	< .001* (1,45)
Impulskontrolle	.168	.682	-.055	.029
Ressourcentraining	.732	.392	-.12	< .001* (1,48)
Rückfallprävention	4.415	.036*	.28	< .001* (4,8)

Anmerkung: X²(1) = Chi-Quadrat Test (Freiheitsgrade), φ = Phi-Koeffizient, OR = Odds Ratio, * = statistisch signifikant

Diagnostik

Nachdem in einem H-Test signifikante Ergebnisse berechnet wurden, wurde ein Mann-Whitney-U Test durchgeführt, um zu überprüfen, zwischen welchen Berufsgruppen signifikante Unterschiede in Bewertung der Diagnostik bestehen. Das Antwortverhalten von Psych/Päd und PED unterscheidet sich signifikant bei der Frage nach bestehender ausreichender Kenntnis zur Umsetzung diagnostischer Inhalte, U = 18.000, Z = -2.886, p = .004. Nach Kolmogorov-Smirnov bestand keine Normalverteilung (p = .030). Die Effektstärke lässt sich als moderat bezeichnen (r = .41). Die Gruppen unterscheiden sich mit statistischer Signifikanz hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz, wobei die Gruppe Psych/Päd ausreichende Kenntnisse zur Umsetzung diagnostischer Inhalte stärker gegeben sieht als die Gruppe des PED.

Perspektivklärung

Die Berechnung mit einem Mann-Whitney-U Test zeigt, dass die Bedeutung der Perspektivklärung hinsichtlich der Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen berufsgruppenspezifisch statistisch signifikant unterschiedlich bewertet wurde. Die Unterschiede zeigten sich zwischen ÄD und PED, $U = 30.000$, $Z = -2.518$, $p = 0.12$, $r = .53$, sowie zwischen Psych/Päd und PED, $U = 24.000$, $Z = -2.853$, $p = .021$, $r = .55$. Es lagen starke Effektstärken vor. Das Antwortverhalten von ÄD und PED war normalverteilt ($p = .099$), das von Psych/Päd und PED nicht ($p = .049$). Die Berufsgruppen ÄD und Psych/Päd bewerteten die Perspektivklärung als Notwendigkeit zum Erreichen der Behandlungsziele jeweils signifikant bedeutender als die Berufsgruppe des PED. Somit wird die Alternativhypothese bestätigt, dass sich die Bewertung der Perspektivklärung in Abhängigkeit der Berufsgruppen unterscheidet.

Einbeziehen aller Berufsgruppen

Es konnten signifikante Unterschiede mit einem Mann-Whitney-U-Test in der Einschätzung, wie die verschiedenen Berufsgruppen das Einbeziehen aller Berufsgruppen bewerteten, berechnet werden. Die Frage bezog sich darauf, ob immer alle Berufsgruppen mit in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Es wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ÄD und PED, Psych/Päd und PED sowie PED und SD ersichtlich (Tab. 12). Nur im Antwortverhalten der Gruppe PED-SD bestand Normalverteilung ($p = .303$). In der Bewertung, ob immer alle Berufsgruppen mit einbezogen werden, zeigte sich eine große Effektstärke bei ÄD-PED, eine moderate Effektstärke bei Psych/Päd-PED und eine schwache ($r = .29$) an der Grenze zur moderaten Effektstärke ($r = .30$) bei PED-SD. Die Nullhypothese, dass sich das Antwortverhalten der Berufsgruppen hinsichtlich dem Einbeziehen aller Berufsgruppen in die Behandlungsplanung nicht unterscheidet, konnte verworfen werden. Ob bewertet wurde, dass alle Berufsgruppen immer mit in die Behandlungsplanung einbezogen werden, zeigte sich statistisch signifikant in Zusammenhang mit der jeweiligen Berufsgruppe der Befragten.

Tabelle 12*Berufsgruppenspezifische Einschätzung des Einbeziehens aller Berufsgruppen*

	U	Z	p (r)	Normalverteilung nach Kolmogorov-Smirnov
ÄD - PED	17.000	-3.853	< .001 (.52)	< .001
Psych/Päd - PED	27.000	-3.046	.002 (.41)	.006
PED – SD	12.500	-2.179	.029 (.29)	.303

Anmerkung: U = Mann-Whitney-U-Wert, Z = Z-Statistik, r = Effektstärke

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Mit einem Chi-Quadrat-Test wurde die Nullhypothese überprüft, dass sich die Bewertung von suchtspezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht verändert, wenn die Befragten aus-, fort- oder weitergebildet waren (Tab. 13). Jeweils zwei Zellen hatten eine erwartete Häufigkeit < 5. Normalverteilung bestand nur im Antwortverhalten, ob sich Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Alltag integrieren lässt ($p = .279$). Es zeigte sich eine moderate Effektstärke bei „In den Alltag integrierbar“. Bei den Fragen nach Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen sowie Bekanntheit der Angebote lässt sich die Effektstärke als stark bezeichnen. Das Vorliegen einer suchtspezifischen Aus-, Fort- oder Weiterbildung wirkt sich statistisch signifikant auf deren Bewertung aus, weshalb die Nullhypothese verworfen werden konnte. Die Befragten, die suchtspezifisch aus-, fort- oder weitergebildet waren, bewerteten dies als notwendiger zum Erreichen von Behandlungszielen und als eher in den Alltag integrierbar als die anderen Befragten. Die Bekanntheit der Angebote zeigte sich signifikant eher bei den Aus-, Fort- oder Weitergebildeten gegeben.

Tabelle 13*Auswirkungen von Aus-, Fort- und Weiterbildung auf deren Bewertung*

	X ²	df	p (φ)	Normalverteilung nach Kolmogorov- Smirnov
Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen	17.469	2	< .001 (.571)	< .001
In den Alltag integrierbar	7.273	3	.046 (.384)	.279
Bekanntheit der Angebote	17.374	3	< .001 (.565)	< .001

Anmerkung: X² = Chi-Quadrat Test, df = Freiheitsgrade, φ = Phi-Koeffizient

Arbeitstherapie

Ein Chi-Quadrat Test wurde durchgeführt, um die Nullhypothese zu überprüfen, dass das Bestehen eines Angebots zur Arbeitstherapie deren Bewertung nicht verändert. Es konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines arbeitstherapeutischen Angebots und der Einschätzung hinsichtlich der Notwendigkeit zum Erreichen von Behandlungszielen, $X^2 = 10,665$, $p = .014$, mit mittlerer Effektstärke ($\varphi = 0,45$) sowie mit der Bewertung, ob die Befragten den Bedarf bei der Zielgruppe sahen $X^2 = 21,966$, $p < .001$ mit großer Effektstärke ($\varphi = .644$) berechnet werden. Bei der Frage nach individueller Gestaltbarkeit zeigte sich keine statistische Signifikanz, $X^2 = 5.685$, $p = .118$. Die oben genannte Nullhypothese kann somit verworfen werden. Wird Arbeitstherapie angeboten, sind die Befragten mit statistischer Signifikanz überzeugt, dass das Angebot notwendig ist, um Behandlungsziele zu erreichen und dass bei der Klientel ein Bedarf an Arbeitstherapie besteht.

Impulskontrolle

Nachdem sich in einem H-Test signifikante Ergebnisse zeigten, wurde ein Mann-Whitney-U Test durchgeführt, um zu überprüfen, zwischen welchen Berufsgruppen signifikante Unterschiede bestehen (Tab. 14). Die Nullhypothese besagt, dass es keine berufsgruppenspezifischen Unterschiede gibt, wie die Befragten die Bedeutung des Einbeziehens von Umgang mit Impulskontrolle in die stationäre Behandlung zum Erreichen von Behandlungszielen bewerteten. Es wurden

statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ÄD-PED ($p = .030$), ÄD-Psych/Päd ($p = .006$) sowie ÄD-KJP/PP ($p = .006$) errechnet. Nur das Antwortverhalten in der Gruppe ÄD-PED war normalverteilt ($p = .174$). Es zeigte sich eine schwache ($r = .29$) an der Grenze zur mittleren ($r = .30$) Effektstärke bei ÄD-PED. Bei ÄD-Psych/Päd sowie ÄD-KJP/PP zeigten sich moderate Effektstärken ($r = .37$). Die Nullhypothese konnte somit verworfen werden. Die Bewertung, dass Umgang mit Impulskontrolle notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen ist, unterscheidet sich mit statistischer Signifikanz nach berufsgruppenspezifischer Einschätzung. In der Untersuchung zeigten sich die Berufsgruppen Psych/Päd, PED und KJP/PP im Vergleich zum ÄD mit statistischer Signifikanz überzeugter, dass das Einbeziehen des Umgangs mit Impulskontrolle notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen ist.

Tabelle 14

Berufsgruppenspezifische Einschätzung des Einbeziehens von Umgang mit Impulskontrolle

	U	Z	p (r)	Normalverteilung nach Kolmogorov-Smirnov
ÄD - PED	43.500	-2.167	.030 (.29)	.174
ÄD – Psych/Päd	39.000	-2.725	.006 (.37)	.046
ÄD – KJP/PP	12.500	-2.734	.006 (.37)	.039

Anmerkung: U = Mann-Whitney-U-Wert, Z = Z-Statistik, r = Effektstärke

Ressourcentraining

Anhand eines Chi-Quadrat Tests wurde die Nullhypothese überprüft, dass sich das Vorliegen von Ressourcentraining nicht auf dessen Bewertung auswirkt. Es gab einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit großer Effektstärke ($\varphi = .700$) zwischen dem Vorliegen von Ressourcentraining und der Bewertung, ob sich dieses individuell gestalten lässt, $X^2(2) = 7.735$, $p = .036$. Es bestand Normalverteilung ($p = .056$). Keine statistische Signifikanz zeigte sich hinsichtlich der Bewertung, dass Ressourcentraining notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen ist ($p = .167$), sich dieses in den Alltag integrieren lässt ($p = .094$) sowie ob ausreichende Kenntnisse zur Umsetzung vorliegen ($p = 1.000$). Die Ergebnisse zeigen, dass Befragte, die Ressourcentraining als Teil der Behandlung sahen, mit statistischer Signifikanz überzeugter sind, dass sich dieses individuell gestalten

lässt. Somit lässt sich die Nullhypothese verwerfen, dass das Vorliegen von Resourcentraining keine Auswirkungen auf dessen Bewertung hat.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel erfolgt zunächst die kritische Diskussion des Studiendesigns unter Darstellung der Limitation der Studie. Anschließend werden die Ergebnisse und Forschungshypothesen anhand aktueller Fachliteratur diskutiert. Der Fokus liegt hierbei auf den Mindestmerkmalen und identifizierten Potenzialen, die als praxisnah, aktuell und als die Bedarfe der Zielgruppe abdeckend beschrieben wurden.

5.1 Diskussion der Methode und Limitation der Studie

Das vorliegende Studiendesign eignete sich, um die Forschungsfragen zu beantworten und die Forschungshypothesen zu überprüfen. Im Hinblick auf die Aussagekraft der Ergebnisse ist kritisch zu betrachten, dass der erstellte Fragebogen auf den Ergebnissen der vorangegangenen Masterthesis des Autors fußt, welche im süddeutschen Raum aus einer begrenzten Anzahl von vier Experteninterviews in Befragung einer Berufsgruppe entstanden sind. Durch die Ausweitung im aktuellen Studiendesign wurde eine Verzerrung der Ergebnisse so gering wie möglich gehalten, mit dem Ziel, nur die Potenziale zu identifizieren, die ortsübergreifende Zustimmung im multiprofessionellen Kontext erhielten. Von den insgesamt 23 identifizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken waren 17 bereit, an der Befragung teilzunehmen. Bundesweit nahmen somit 73 % aller angefragten Spezialstationen teil, womit aussagekräftige Ergebnisse zu erwarten waren. Die Anzahl von 57 ausgefüllten Fragebögen erlaubt indessen keine Rückschlüsse auf eine Grundgesamtheit, weshalb die Ergebnisse vor diesem Hintergrund zu lesen, interpretieren und diskutieren sind. In Bezug auf den Ort der jeweiligen Klinik zeigt sich eine weite Streuung in der Erhebung. So schwanken die klinikspezifischen Rückmeldungen zwischen 1,8 % ($n = 1$) und 21,1 % ($n = 12$) (Abb. 4), was eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine ortsgebundene Prägung bedeuten könnte. Settingbedingt war ebenso eine große Streuung in der Teilnahme verschiedener Berufsgruppen zu erwarten. Die Teilnahme der einzelnen Berufsgruppen bewegt sich zwischen 7 % und 24,6 %. Die absoluten Zahlen sind demnach vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung zu interpretieren. Zur Verbesserung der Transparenz der Ergebnisse erfolgte eine berufsgruppenspezifische Auswertung, um signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zu identifizieren. Die Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694 sowie die Ergebnisse in der Dissertation

können u. a. aufgrund der sich ändernden Konsummuster oder alters- und störungsbedingter Besonderheiten nicht als endgültig valide oder dauerhaft als in der Praxis umsetzbar bezeichnet werden. Die Notwendigkeit einer begleitenden Evaluation besteht fort, um die Aspekte der Leistungserbringung praxisnah abbilden zu können.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Durch die fehlende Evaluation der Mindestmerkmale lassen sich bereits jetzt Lücken hinsichtlich der Abbildung anerkannter Behandlungsstandards in der Untersuchung erkennen. Es erfolgt zunächst die Diskussion von Mindestmerkmalen und Potenzialen, die sich auf die Behandlung im besonderen Setting konzentrieren. Neben den in der Erhebung evaluierten Mindestmerkmalen werden zwei weitere Punkte mit in die Diskussion aufgenommen, die mehrfach von den Expert*innen aufgegriffen wurden. Einerseits betrifft dies die personelle Ausstattung in der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in der Erhebung sowie bereits in der Fachliteratur kritisch diskutiert wurde. Andererseits zeigt sich der Übergang in das Erwachsenenalter als Herausforderung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten, weshalb die Implementierung neuer (Übergangs-)Konzepte im Sinne der Transitionspsychiatrie als Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie mit in die Diskussion aufgenommen wird. Anschließend erfolgt die Diskussion einzelner therapeutischer Maßnahmen, die bereits in einem Großteil der Spezialstationen umgesetzt werden, jedoch nicht im OPS-Kode 9-694 abgebildet werden.

5.2.1 Setting

Räumliche Trennung

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen durchweg hohe Zustimmungswerte hinsichtlich einer räumlich getrennten Behandlung von abhängigkeiterkrankten Kindern und Jugendlichen von anderen psychisch Erkrankten. Laut den Expert*innen ist dieses Vorgehen an Forschung und Leitlinien orientiert, ermöglicht ein besseres Eingehen auf die individuellen Bedarfe der Klientel und ist in hohem Maße

notwendig, um Behandlungsziele zu erreichen. Die Zustimmungswerte waren bei den Befragten statistisch signifikant höher (Notwendigkeit; besseres Eingehen auf individuelle Bedarfe), die zum Zeitpunkt der Befragung bereits auf einer abgetrennten Station arbeiteten. Die Bedeutung einer räumlichen Trennung wird in der Fachliteratur beschrieben (z. B. Thomasius et al., 2020). Interferenzstatistisch konnte gezeigt werden, dass durch die räumliche Trennung Mindestmerkmale und vorliegende Weiterentwicklungspotenziale statistisch signifikant wahrscheinlicher in den Behandlungsalltag integriert werden. In der vorangegangenen Thesis wurde der Bedarf der „Schärfung“ des Begriffs der „Spezialstation“ beschrieben, da diese Begrifflichkeit laut Expert*innen eine große Spannweite (bspw. bei räumlicher Trennung zu anderen psychiatrisch Erkrankten, Stationsgröße und -ausstattung etc.) zulässt. Mittlerweile wurde die Begrifflichkeit der „Spezialstation“ durch die STrOPS-Richtlinie sowie Klarstellung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022) als klar räumlich abgegrenzt beschrieben, wodurch die Ausgestaltung der Stationen bzgl. Größe und Zusammensetzung individuell umsetzbar bleibt. Seit Inkrafttreten des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) am 1. Januar 2020 müssen Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst (MD) begutachten lassen, bevor sie Leistungen abrechnen können. Nach erfolgter Prüfung des MD ist die Voraussetzung für die Vereinbarung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Somit stellt die räumliche Trennung die Grundvoraussetzung für die Verwendung des OPS-Kode 9-694 dar. Die Untersuchung zeigt, dass in 59,6 % der Fälle angegeben wurde, dass eine räumliche Trennung umgesetzt wird. In den anderen Fällen würde dies bedeuten, dass das geforderte Strukturmerkmal als nicht umgesetzt erlebt wird und eine Behandlung nicht ausschließlich im suchtspezifischen Setting erfolgt.

Diagnostik & Perspektivklärung

In jeweils fast 90 % gaben die Befragten an, dass Diagnostik und Perspektivklärung bereits fest im Behandlungsprozess verankert sind. Dies spricht für die Praxisnähe der Abbildung in den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694. Waren Diagnostik und Perspektivklärung bereits Teil der Behandlung, zeigten sich durchgehend hohe Zustimmungswerte, wobei bei Fehlen der Inhalte im Behandlungsprozess die Meinungen auseinander gingen. Die Aussagekraft ist hierbei in Frage zu stellen, da nur in gut 10 % aller Fälle keine der Inhalte als Teil der Behandlung

eingeschätzt wurden. Dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die hohen Zustimmungswerte für die Praxisnähe der Inhalte sprechen.

In der vorangegangenen Masterthesis wurde beschrieben, dass die Mindestmerkmale des OPS-Kodes 9-694 eine strukturierte Abbildung von Behandlungsphasen vermissen lassen und dies eine klare Linie bzgl. der Schwerpunktsetzung im Behandlungsablauf nicht praxisnah abbildet. Daraus wurde das Risiko abgeleitet, dass Behandlungsabläufe auf die Mindestmerkmale reduziert werden könnten. Für eine differenziertere Darstellung der Behandlungsphasen spricht, dass konzeptionelle Überlegungen zum strukturierten Vorgehen bzgl. Diagnostik, Stabilisierung und Einleitung weiterführender Maßnahmen laut American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP) (2005) übergeordneten Behandlungszielen dienen, wie dem Erreichen und Aufrechterhalten der Abstinenz oder Verringerung von Rückfallhäufigkeit und -schwere (Thomasius, 2008). Eine Abbildung zeitlich strukturierter Behandlungsphasen kann Chancen eröffnen, dem bedeutenden Rückfallrisiko durch zunehmende Unsicherheiten und lange Wartezeiten beim Finden von Anschlussmaßnahmen zu begegnen. Dies muss vor dem Hintergrund diskutiert werden, dass in Fällen frühzeitiger Behandlungsabbrüche, wegen Nichterfüllung der OPS-Kodes, keine Vergütung durch die Krankenkassen erfolgen würde. In der aktuellen Erhebung konnte eine weite Streuung in der Beschreibung der Dauer der einzelnen Phasen (Diagnostik: 1-8 Wochen; Perspektivklärung: 1-8 Wochen) abgebildet werden. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte keine Festlegung der Dauer einzelner Behandlungsphasen. Eine strukturierte Planung und zeitliche Abbildung könnte die fokussierte Konzentration auf die Inhalte einer Phase und Förderung eines zielgerichteten Behandlungsprozesses bedeuten. Durch die Bedeutung individuellen Vorgehens in den Spezialstationen, welches in der Dissertation beschrieben werden konnte, ist davon auszugehen, dass die Behandlungsplanung auf die sich verändernden Bedarfe hin angepasst wird. Die gegebenen Handlungsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben, dass Zeiten für Diagnostik und Perspektivklärung nicht vorher festgeschrieben werden, können die Aufrechterhaltung des benötigten Grades an Individualität bedeuten und sprechen somit gegen die Festlegung bestimmter Zeitfenster.

Im OPS-Kode 9-694 erfolgt die Abbildung des suchtmmedizinischen Assessments (BfArM, 2023b), worunter sich der Punkt der Diagnostik verorten lassen kann. In der Version des OPS von 2018 wurde die Erhebung eines „standardisierten“ suchtmmedizinischen Assessments abgebildet. Im Änderungsvorschlag für die Version 2019 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018) wurde angemerkt, dass kein allgemeingültiger Standard besteht, woraufhin

die Kürzung erfolgte. Im deutschsprachigen Raum gibt es keine strukturierten Instrumente zur Diagnosestellung von Substanzgebrauchsstörungen (Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Es besteht der Bedarf, Diagnosesysteme weiter an das Kindes- und Jugendalter anzupassen und dies verlaufs begleitend zu beforschen. Arnaud & Thomasius (2020) zeigen auf, dass präklinische Bereiche durch die Erweiterung diagnostischer Fenster eröffnet werden und so durch frühere Interventionen ungünstige Verläufe abgewendet werden können. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass die Durchführung eines suchtmmedizinischen Assessments in 78,4 % erfolgt. Wie die Befragten das suchtmmedizinische Assessment definierten und so zur Abschätzung kamen, ob dieses Teil der Behandlung war, war nicht Teil der Erhebung. Das suchtmmedizinische Assessment wurde als seltener umgesetzt beschrieben als psychologische Diagnostik und Drogenanalytik. Somit ist davon auszugehen, dass die Befragten neben Laboruntersuchungen und Testdiagnostik weitere Inhalte für das Bestehen eines suchtmmedizinischen Assessments als nötig erachteten. Es zeigt sich dementsprechend der Bedarf, sich mit dem Begriff eines suchtmmedizinischen Assessments auseinanderzusetzen, um mehr Klarheit für praktisch Tätige zu generieren sowie Standards in der Behandlung formulieren zu können. Dass Laboruntersuchungen und Testpsychologie im Sinne eines ausführlichen Assessments nicht ausreichend sind, wird durch die Fachliteratur gestützt. Drogenuser zeigen sich als weitgehend psychotherapieresistent, wenn keine Störungs- und Entwicklungsmodelle mit Patient*innen und Angehörigen unter Einbeziehung biografischer sowie prä-morbider Notwendigkeit des Konsums erfasst und verstanden werden (Bilke, 2008). Komplexe Krankheitsprozesse sollen in frühen Entwicklungsstadien mehrdimensional untersucht werden, um Behandlungsformen und Therapien sowie deren Wirksamkeit zu verbessern (Romanos et al., 2019). Die Diagnostik kinder- und jugendpsychiatrischer Grundstörung, deren Notwendigkeit ebenso in der Fachliteratur beschrieben wird, wird im OPS-Kode 9-694 abgebildet. Es besteht die Notwendigkeit einer umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsplanung, die nicht nur die Abhängigkeitserkrankung berücksichtigt (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Die Befragten sahen die Komorbidität in gut Dreiviertel der Fälle (76,5 %) mit in die Diagnostik aufgenommen. Ob dies in einem Viertel der Fälle nicht geschieht oder die verschiedenen Berufsgruppen in den Informationsfluss nicht eingebunden waren, konnte im vorliegenden Studiendesign nicht beantwortet werden.

Die Perspektivklärung stellt einen zentralen Punkt in der Behandlung von abhängigkeiterkrankten Adoleszenten dar und die Notwendigkeit der Abbildung in den Mindestmerkmalen wird durch die Fachliteratur gestützt. Arnaud & Thomasius (2022) beschreiben, dass sich das Einbeziehen von familienbasierten

Therapieansätzen sowie kommunaler Jugend- und Familienhilfe günstig auf Behandlungserfolge sowie schulische und familiäre Verhaltensprobleme auswirken kann. Bereits während einer qualifizierten Entzugsbehandlung sind schulische und/oder berufsvorbereitende Maßnahmen unverzichtbarer Bestandteil des Behandlungsangebots (Thomasius et al., 2016). Die frühzeitige Klärung von Perspektiven ist auch deshalb wichtig, da Anschlussbehandlungen für Adoleszente nicht flächendeckend zur Verfügung stehen (Arnaud & Thomasius, 2022) und Möglichkeiten im Sinne der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII erst vom Jugendamt geprüft werden müssen. Durch die hohen Anforderungen an berufliche, schulische und pädagogische Qualifikationsmöglichkeiten besteht der Bedarf sozialintegrativer Maßnahmen, die in die Behandlung mit einzubeziehen sind (Arnaud & Thomasius, 2022). Interferenzstatistisch unterschied sich das Antwortverhalten von ÄD, Psych/Päd und PED signifikant im Hinblick auf die Notwendigkeit der Perspektivklärung zum Erreichen von Behandlungszielen. Der PED schätzte die Notwendigkeit geringer ein als die anderen Berufsgruppen. Das Vorliegen der unterschiedlichen Einschätzungen könnte in dem Umstand begründet liegen, dass der PED als zu wenig in die Behandlungsplanung mit einbezogen erlebt wurde. Der sich daraus ergebende fehlende Informationsfluss könnte unterschiedliche Bewertungen bzgl. der weiteren Behandlungsplanung zur Folge gehabt haben.

Sozialer Eingliederungsversuch

Im OPS-Kode 9-694 wird die schulische und berufliche Wiedereingliederung (BfArM, 2023b) abgebildet. Die Abbildung von (Alltags-)Anforderungen, wie dem Aufbau einer Tagesstruktur, was sich im stationären Setting oftmals wenig realitätsnah umsetzen lässt, ist in der vorliegenden Formulierung nicht ausreichend, weshalb der Differenzierungsbedarf diskutiert wird. Auch wenn die Klinikschule einen wichtigen Beitrag leistet (AWMF, 2006; BZgA, 2001; DGPPN & DG-SUCHT, 2020; DHS, 2018), lassen die Mindestmerkmale die Förderung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, bspw. in Form eines Sozialen Eingliederungsversuchs (SEV) vermissen. In knapp 80 % berichteten die Befragten, dass ein SEV im stationären Setting immer oder häufig umgesetzt wird. Dahingehend zeigten sich hohe Zustimmungswerte, was für die Praxisnähe und Notwendigkeit spricht. Das Einbeziehen einer Belastungssteigerung in diesem Rahmen kann einen wichtigen Baustein im Verlauf einer stationären Behandlung bedeuten. Durch gezielte Überprüfung im außerstationären Setting könnte eine bessere

Vorbereitung auf die individuellen Perspektiven erfolgen, was die Bedeutung der Thematik für das Erreichen von Behandlungszielen noch einmal gesondert herausstellt.

Pädagogisches Regelwerk

Im OPS wird auf den entwicklungspezifischen Umgang mit Bezug auf das Lebensumfeld der Patient*innen verwiesen (BfArM, 2023b). Dass dieser Inhalt große Bedeutung hat, zeigt sich dadurch, dass sich viele Prozesse altersspezifischer Akzeptanz- und Verhaltensprobleme zeitaufwendiger als bei Erwachsenen zeigen (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017). Dabei gilt es nach Barth (2011) in der Behandlung gewisse Strukturen und Regeln für therapeutisches und pädagogisches Arbeiten zu schaffen, da mit Pubertät und Abhängigkeitserkrankungen oftmals Strukturverlust einhergeht. Für Herpertz-Dahlmann et al. (2008) ist die Festlegung von Regeln eine wichtige Grundlage zur therapeutischen Kooperation, die sich auf die Compliance zur Behandlung auswirken kann. In der Praxis besteht die Herausforderung, individuelle Pläne mit der Klientel zu erarbeiten, da Verhaltenspläne oder Regeln für jüngere Jugendliche mit voranschreitendem Alter teils als nicht mehr altersadäquat erachtet werden können. Es braucht ein Behandlungssetting für Adoleszente, das den Bedarfen unter Einbezug von Entwicklungsstand und pädagogischen Entwicklungsanforderungen gerecht wird (Thomasius, 2020). Die Adoleszentenpsychiatrie könnte Übergänge erleichtern (Plener et al., 2015). Im Theorieteil der Arbeit wurde die Bedeutung intrinsischer Motivation und die hohe Bedeutung von Partizipation in einem möglichst wenig einengenden Rahmen beschrieben. In der Umsetzung pädagogischer Regelwerke und Strukturen auf Station kann entwicklungspezifischer Umgang im Hinblick auf altersspezifische Bedarfe realisiert werden. Hier zeigt sich der Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie oder Konzepten, die nicht auf die Zielgruppe zugeschnitten sind. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass den altersspezifischen Besonderheiten in der Praxis zu großen Teilen gerecht zu werden scheint. So besteht in über 90 % aller Fälle ein Regelwerk auf Station und es konnten hohe Zustimmungswerte erhoben werden. Das Einbeziehen eines pädagogischen Regelwerks zeigt sich als mögliche Weiterentwicklung des Zusatzcodes, da dies bereits in einem Großteil der Kliniken umgesetzt wird und als praxisnah, aktuell und individuell umsetzbar bewertet wurde.

Behandlung vor stationärer Aufnahme

Die Behandlung somatischer Begleiterkrankungen hat hohen Stellenwert in der Behandlung abhängigkeiterkrankter Heranwachsender (Arnaud & Thomasius, 2022). In der Untersuchung berichtete der Großteil der Befragten, dass die Abklärung somatischer oder allgemeinspsychiatrischer Bedarfe in den meisten Fällen vor stationärer Aufnahme erfolgt. In der vorherigen Frage nach diagnostischen Inhalten während der stationären Behandlung wurde in einer offenen Antwortkategorie die Abklärung somatischer Auffälligkeiten genannt. In der Fachliteratur wird beschrieben, dass eines der Ziele einer qualifizierten Entzugsbehandlung in der Diagnostik und initialen Behandlung somatischer Erkrankungen, wie Infektionen an Einstichstellen, Krankheiten wie HIV und Hepatitis, hirnorganischen Veränderungen, Leberschäden oder organspezifische Langzeitfolgen besteht (Thomasius et al., 2016; Wendt, 2017). Da im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen körperliche Begleiterkrankungen häufig zu erwarten sind, zeigt sich die Bedeutung einer somatischen Anamnese. Die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung zeigen, dass in über 30 % der Fälle ein somatischer Behandlungsbedarf vor stationärer Aufnahme selten oder nie abgeklärt wird. Die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2016) verweist ergänzend auf die Notwendigkeit altersspezifischer Erkenntnisse. In der somatischen Befunderhebung unterscheidet sich der Bedarf vor allem aufgrund der insgesamt kürzeren Konsumzeiten von Kindern und Jugendlichen, wobei dies die Notwendigkeit einer Abklärung nicht verringert. So ist auch eine Vernetzung zu somatischen Behandlungsangeboten in manchen Fällen indiziert, bspw. bei zahnärztlichen und HNO-Untersuchungen aufgrund der physischen Schäden durch Amphetaminkonsum. Von der qualifizierten Entzugsbehandlung abzugrenzen ist die akute Behandlung und Überwachung aufgrund Intoxikationen, welche üblicherweise durch enge Kooperation mit internistischen oder pädiatrischen Abteilungen erfolgt (Thomasius et al., 2016).

Einbeziehen aller Berufsgruppen

Die Notwendigkeit der multiprofessionellen Behandlungsplanung zeigt sich zunächst in der Nennung der verschiedenen Berufsgruppen in den Primärkodes zur Regel- und Intensivbehandlung im OPS (BfArM, 2023b). Dass alle Berufsgruppen mit in den Behandlungsprozess eingebunden werden, sahen über 90 % aller Befragten als gegeben. Dies lässt sich als positiv bewerten, da die Behandlung in multiprofessionellen Behandlungsteams einen Wirkfaktor kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung darstellt (ackpa et al., 2021). Als zu wenig einbezogen

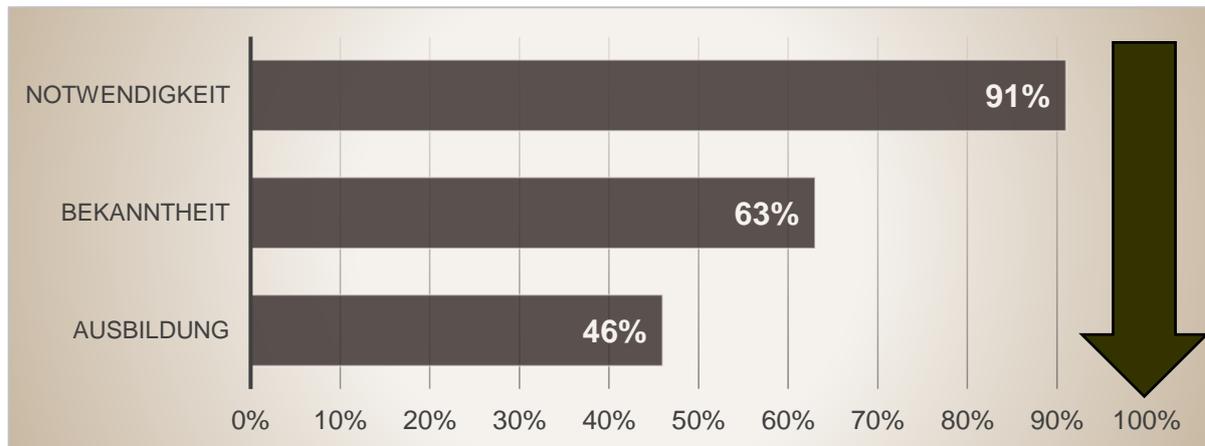
wurden in den meisten Fällen Spezialtherapeut*innen (24,6 %) und der Pflege- und Erziehungsdienst (PED) (17,5 %) beschrieben. In den OPS-Kodes zur Regel- und Intensivbehandlung wird eine wöchentliche Besprechung mit mindestens zwei Vertretern des Teams abgebildet (BfArM, 2023b). Dies ist kritisch zu diskutieren, wenn vor allem der PED, der den meisten Kontakt zur Klientel haben dürfte, als zu wenig in die Behandlungsplanung einbezogen erlebt wird. Hier könnten wichtige Inhalte für die weitere Behandlungsplanung verloren gehen. Dieser Eindruck wird durch die interferenzstatistischen Befunde bestätigt, da sich signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Berufsgruppen, bspw. bei der Perspektivenklärung, zeigten. Dieser Umstand sollte in der Praxis in den Teams diskutiert werden und Gegenstand weiterer Evaluation sein, da ansonsten wichtige Informationen in der Behandlungsplanung verloren gehen könnten. Die multidisziplinäre Behandlungsplanung im Spannungsfeld von Droge, Person und Umwelt besitzt aufgrund der Bedarfe der Klientel besondere Bedeutung und erfordert ein multimodales kinder- und jugendpsychiatrisches und -psychotherapeutisches Vorgehen (Thomasius et al., 2016; Wendt, 2017). Es wurde bereits beschrieben, dass die Ergebnisse vor dem Hintergrund zu bewerten sind, dass nicht erhoben wurde, ob manche Mindestmerkmale in der Praxis nicht umgesetzt werden oder ob der fehlende Informationsfluss die Ergebnisse verzerrt. Es zeigt sich, dass das Einbeziehen aller am Fall Beteiligten in der Behandlungsplanung nicht nur in der weiteren Evaluation der Mindestmerkmale, sondern auch in der Behandlung an sich großen Stellenwert besitzt.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Es besteht der Bedarf in der Optimierung suchtdiagnostischer und -therapeutischer Kenntnisse sowie suchtmmedizinischer Qualifikation aufgrund hoher Komorbiditätsraten und polytoxikomanen Konsummustern (Thomasius, 2008, Thomasius et al., 2016). In den Biografien abhängigkeiterkrankter Menschen sind häufig traumatische Erfahrungen prägend, was sich durch die hohe Rate an akut oder sequentiell traumatisierten Patient*innen verdeutlicht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016; Schäfer & Schulze-Thüsing, 2015). Es besteht der Bedarf an spezieller traumatherapeutischer Kompetenz der Mitarbeitenden und die Integration traumatherapeutischer Konzepte (Thomasius et al., 2016). Dies belegen auch die Ergebnisse der Dissertation, wo der Wunsch nach mehr traumaspezifischer Kompetenz geäußert wurde. Weiterhin zeigen die Ergebnisse Übereinstimmung mit der Fachliteratur darin, dass Bedarf an der suchtspezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, besteht (Abb. 20).

Abbildung 20

Einschätzungen zu Aus-, Fort- und Weiterbildung



Die Notwendigkeit fundierter Kenntnisse zum Erreichen von Behandlungszielen wurde als sehr hoch mit einer Zustimmung über 90 % bewertet. Bekanntheit der Angebote und das Vorliegen tatsächlich vermittelter Kenntnisse wurden mit abnehmender Häufigkeit bewertet. Interferenzstatistisch konnte nachgewiesen werden, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung mit statistischer Signifikanz mit mehr Notwendigkeit und Praxisnähe bewertet wurde, wenn bereits eine Vermittlung suchtspezifischer Inhalte stattgefunden hatte. Eine geforderte suchtspezifische Aus-, Fort oder Weiterbildung würde die Tätigkeit auf einer Jugend-Sucht-Station verhindern. Dennoch lassen die Ergebnisse der Erhebung eine fehlende Expertise der Fachkräfte schlussfolgern. „Folglich bedarf es der Diskussion, wie sich eine praktikable Umsetzung und zukünftige Abbildung in den Mindestmerkmalen der Fort- und Weiterbildung bzgl. suchtspezifischer Inhalte realisieren lässt“ (Moser, 2023: 57). Die Abbildung suchtspezifischer Kenntnisse würde eine niederschwellige Vermittlung von Inhalten, bspw. durch interne Fortbildungsangebote der Klinik, ebenso erlauben wie die Teilnahme an curricularen Fortbildungsveranstaltungen.

Arbeitstherapie & andere Spezialtherapien

Vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit Substanzstörungen zeigen sich oftmals wenig Ideale oder Interessen (Möller, 2003). Gerade deshalb sollte die Behandlung Selbstwert und -wirksamkeit gezielt fördern und einen funktionalen Umgang mit Stress und Angst trainieren (Hautzinger & Thies, 2009; Klein, 2016), was durch die vorgehaltenen Spezialtherapien gefördert werden kann. In 100 % der Fälle waren Spezialtherapien Teil der Behandlung, worunter Sport- und Bewegungs- sowie Ergotherapie differenziert genannt wurden. Die Befragten

bewerteten Notwendigkeit, Bedarfe und individuelle Gestaltbarkeit der Arbeitstherapie mit hohen Zustimmungswerten. War Arbeitstherapie Teil der Behandlung, zeigten sich in allen Bereichen statistisch signifikant höhere Zustimmungswerte. Vor allem die hohe Zustimmung bei dem gesehenen Bedarf an Arbeitstherapie zeigt sich als ausschlaggebend für eine Abbildung in den Mindestmerkmalen. In zwei von 18 befragten Kliniken bestand bei den befragten Fachkräften keine Einigkeit über das Bestehen eines arbeitstherapeutischen Angebots. Dies spricht dafür, dass die Nennung von Ergotherapie/Arbeitstherapie mehr Transparenz und Umsetzung des Angebots bedeuten könnte. Deshalb sollte weiterhin diskutiert werden, wie die Arbeitstherapie als Teilbereich der bereits abgebildeten Ergotherapie (BfArM, 2023b) in den Mindestmerkmalen des Zusatzkodes abgebildet werden kann.

Personalausstattung

In der Befragung wurde in einer offenen Antwortkategorie Kritik an der Personalsituation in der stationären Behandlung abhängigkeiterkrankter Kinder und Jugendlicher geäußert. Die deutliche Unterbesetzung und damit einhergehende hohe Arbeitsbelastung wurde von den Fachkräften bemängelt, was sich wiederum auf die Umsetzung gegebener Mindestmerkmale in der Praxis auswirken könnte. Bei der potenziellen Umsetzung eines SEV wurden die Fachkräfte gefragt, ob die personelle Ausstattung als ausreichend bewertet wird. Über 20 % sahen dies als nicht oder eher nicht gegeben. Es besteht also das Risiko, dass bestimmte Angebote nicht vorgehalten werden und funktionale Strategien zur Vorbereitung auf die Zeit nach dem stationären Setting nicht erlernt werden. Auch in der Fachliteratur wird die Personalausstattung seit Längerem diskutiert. Den gesundheitspolitischen Vorgaben zur Orientierung an verbindlichen Qualitätsstandards nach §§ 27 Abs. 1 SGB V, 17d KHG „wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Richtlinie zur Personalausstattung für die Psychiatrie und Psychotherapie (PPP-RL) in keiner Weise gerecht“ (ackpa et al., 2021). Auch die Weiterentwicklung der PPP-RL in der aktuellen Version vom 15.09.2022 verfehlt den gesetzlichen Auftrag (ackpa et al., 2022).

„Wir sind überzeugt, dass Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (...) nicht unter den marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten von Konkurrenz und Profitmaximierung im Gesundheitswesen betreibbar ist“ (Scheper, Fegert & Becker, 2015: 393-394).

Zur als zu gering empfundenen Personalausstattung kommen gestiegene Dokumentationsanforderungen infolge haftungsrechtlicher und anderer gesetzlicher Vorgaben, gestiegene Anforderungen an die Aufklärung von Patienten und Eltern bei Pharmako- und Psychotherapie im Zuge des Patientenrechtegesetzes (Scheper, Fegert & Becker, 2015) hinzu. In der Diskussion sind alters- und störungsspezifische Besonderheiten der Zielgruppe mit einzubeziehen. Der hohe Personalbedarf in den Kinder- und Jugendpsychiatrien zeigt sich u. a. durch die Erziehungsbedürftigkeit der Patient*innen. Die Erziehungsaufgabe wird von den Eltern delegiert und lässt sich nur durch die personale Präsenz von Mitarbeiter*innen erfüllen (Fegert et al., 2017; Rotthaus, 2015). „Die PPP-Richtlinie beschreibt nur ein Minimum – und das weder adäquat noch konsequent“ (ackpa et al., 2021: 3). In der Erhebung beschrieben die Fachkräfte eine Unterversorgung der Klientel, die erhebliche Nachteile für Kinder und Jugendliche bedeutet. Die Unterausstattung mit Personal führt zu einer Behandlung, die nicht leitliniengerecht ist (Scheper, 2016). Es besteht das Erfordernis eines Systems, das individuelle Bedarfe betroffener Menschen erfasst und als Grundlage der Personalbemessung dient (ackpa et al., 2021). Die Festlegung des Personalbedarfs sollte durch Orientierung an bestehenden S3-Leitlinien erfolgen (Scheper, 2016). All diesen Punkten sind in der weiteren Diskussion Beachtung zu schenken, allen voran im Hinblick auf die alters- und störungsspezifischen Besonderheiten. Ansonsten besteht das Risiko der Übernahme von Standards aus dem Setting der Erwachsenenpsychiatrie sowie einer weiteren Unterversorgung, wodurch womöglich bestehende Behandlungsangebote in der Folge nicht mehr aufrechterhalten werden können.

Behandlungssetting im Übergang zum Erwachsenenalter

Bestehende Abhängigkeitserkrankungen in der späten Adoleszenz stellen sich aufgrund der nahenden Volljährigkeit als weitere Herausforderung für das Versorgungssystem dar. Es stellt sich die Frage, ob eine Behandlung in der Kinder- und Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie den individuellen Bedarfen eher gerecht wird. In der Fachliteratur werden bestehende Konzepte hinterfragt und Innovationen diskutiert, um die Versorgung auf individuelle Bedarfslagen hin anpassen zu können. Unter lebenszeitlicher Perspektive zeigt sich die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie zur Psychotherapie mit somatisch/psychosomatischer Medizin relevant, da im Bereich der Suchterkrankungen häufig mit chronifizierten Verläufen und über Jahre andauernden Krankheitsprozessen mit hoher Transmissionsrate zu rechnen ist (Thomasius et al., 2020). Die Forschung zeigt, dass das Erreichen des 18. Lebensjahrs als formal-

juristische Grenze keineswegs eine Zäsur in der neurobiologischen Reifung oder psychologischen Entwicklung darstellt (Plener et al., 2015). Die Reifung des Gehirns erstreckt sich über das 20. Lebensjahr hinaus (Paus, Keshavan & Giedd, 2008; Jones, 2013). Dahingehend sollten starre Altersgrenzen und eine rein darauf begründete Wahl des geeigneten Settings kritisch diskutiert werden. Es lässt sich hinterfragen, ob die Wahl des Settings rein anhand formaler Altersgrenzen den Stand der Forschung abbildet und den Bedarfen der Klientel auf diese Weise Rechnung getragen wird.

5.2.2 Therapeutische Maßnahmen

Einbeziehen individueller Entwicklungsaufgaben

Anstehende Entwicklungsaufgaben können bei fehlenden Bewältigungsstrategien zu einem besonderen Risiko für die Zielgruppe werden. Die positive Bewältigung dieser stellt laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001) eine wichtige Grundlage für weitere Entwicklungsaufgaben dar, worunter u. a. die Auseinandersetzung mit Angeboten der Konsumgesellschaft und Suchtstoffen verortet wird. Im OPS wird auf den entwicklungspezifischen Umgang mit Bezug auf das Lebensumfeld der Patient*innen verwiesen (BfArM, 2023b). Fächerübergreifende Angebote werden benötigt, die entwicklungspezifische Problematiken berücksichtigen (Fegert et al., 2017). Somit kann das geeignete Setting Unterstützung bieten, um Entwicklungsaufgaben in einem geschützten Rahmen bewältigen zu können und nachzureifen. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass bereits in fast 90 % aller Fälle individuelle Entwicklungsaufgaben in die Behandlung mit einbezogen werden und dies mit hohen Zustimmungswerten hinsichtlich Notwendigkeit und Praxisnähe einhergeht. Entwicklungsrelevante Behandlungsbedürfnisse werden häufig nicht adäquat berücksichtigt (Thomasius et al., 2016). Da die Umsetzung der Thematik bereits in einem Großteil der Spezialstationen erfolgt und die Bedeutung in der vorliegenden Untersuchung sowie Fachliteratur beschrieben werden konnte, zeigt sich das Einbeziehen individueller Entwicklungsaufgaben als potenziell bedeutend für eine Weiterentwicklung des OPS-Kodes 9-694.

Impulskontrolle

Die S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2016) zeigt am Beispiel erhöhter Impulsivität den Bedarf des Einbeziehens der Impulskontrolle in die Behandlungsplanung auf. Dazu beschreibt Tretter (2017) den Bedarf der Aufnahme dieser Thematik in die psychiatrische Exploration am Beispiel von Suizidalität, was für die Notwendigkeit einer standardmäßigen Beschäftigung mit Impulskontrolle und Emotionsregulation spricht. Wird der Umgang mit Impulskontrolle in der Behandlung thematisiert, kann sich das auf das Suchtverhalten Jugendlicher auswirken (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019). Die Thematik wird laut den Befragten bereits in 80 % der Fälle von den teilnehmenden Kliniken umgesetzt. In den N = 17 Kliniken bestand in sechs Fällen (35,5 %) in jeweils derselben Klinik Uneinigkeit bei den Fachkräften darüber, ob der Umgang mit Impulskontrolle einen Teil der Behandlung darstellt. Weiterhin sind die signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten in den Berufsgruppen zu diskutieren. Dass die Thematik notwendig zum Erreichen von Behandlungszielen ist, wurde vom ÄD jeweils geringer eingeschätzt als in anderen Berufsgruppen. Die Ergebnisse könnten bedeuten, dass einerseits unterschiedliche Ansichten vorherrschen, ob und wie die Thematik mit der Klientel behandelt wird, andererseits könnten Kenntnisse zu Inhalten und Umsetzung fehlen. Dennoch spricht der hohe Grad an Umsetzung in der Praxis für die Bedeutung der Thematik und begründet die weitere Diskussion einer Weiterentwicklung der Mindestmerkmale unter Abbildung der Thematik.

Ressourcentraining

In 16 der 17 Kliniken gaben 98,2 % der Befragten an, dass Ressourcentraining bereits in der Behandlung umgesetzt wird. Die Zustimmungswerte wurden mit jeweils über 90 % mit voller Zustimmung und „trifft eher zu“ angegeben. Im OPS-Kode 9-694 sind „Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings“ (BfArM, 2023b) abgebildet, was sich als undifferenziert und potenziell nicht im Sinne von Ressourcentraining beschrieben bewerten lässt. Dies ermöglicht einerseits basales Arbeiten wie das Einbeziehen von (Schlaf)-Hygiene, andererseits wirkt die Formulierung durch evtl. jahrelang bestehende Suchtmuster eher an das Setting der Erwachsenenpsychiatrie orientiert. Eines der Ziele qualifizierter Entzugsbehandlung besteht in der Förderung von individuellen familiären sowie psychosozialen Ressourcen im Sinne der Salutogenese (Thomasius et al., 2016). Auch in gängigen

Diagnostiksystemen wird die Bedeutung der Arbeit mit Ressourcen ersichtlich. So werden familiäre und außerfamiliäre Ressourcen auf der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ im OPD-KJ (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter) erhoben (Seiffge-Krenke & Schmeck, 2019). Bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich nach Herpertz-Dahlmann et al. (2008) der große Bedarf der (Re-)Aktivierung von Ressourcen. Die Ergebnisse der Erhebung und die Fachliteratur zeigen die Bedeutung von Ressourcentraining auf, was für die Nennung von Gesundheits-, Selbstfürsorge- und Ressourcentraining in den Mindestmerkmalen spricht, um den kinder- und jugendpsychiatrischen Blick besser abzubilden. Es liegen keine signifikanten berufsgruppenspezifischen Unterschiede in der multiprofessionellen Bewertung vor, was in Ergänzung zu den oben genannten Punkten für das Einbeziehen in die Mindestmerkmale des OPS-Kodes 9-694 spricht.

Rückfallprävention

Auf dem Weg zur Abstinenz können die Verringerung der „*Rückfallhäufigkeit und -schwere (...) vertretbare Zwischenziele sein*“ (Thomasius, 2008: 42 f.). Rückfallprävention stellt ein übergeordnetes Behandlungsziel der Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher dar, was durch die Aussagen in der Fachliteratur gestützt wird (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2005; Bilke-Hentsch & Leménager, 2019; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2020). Es zeigt sich die große Bedeutung des Einbeziehens rückfallpräventiver Methoden zur Vorbereitung auf die Zeit nach der stationären Behandlung. Dadurch können individuelle Risikosituationen in Begleitung erkannt und reflektiert werden. Rückfälle in den Substanzkonsum können mit delinquentem Verhalten verbunden sein (DGKJP, BAG & BKJPP, 2017), was das Risiko weiterer psychosozialer Gefährdung bedeuten könnte. Auch in bestehenden Behandlungsprogrammen ist die Rückfallprävention ein fester Baustein, bspw. beim Strukturierten Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (S.T.A.R.) (Körkel & Schindler, 2005) oder im CAN-Stop Gruppenbehandlungsprogramm (Baldus et al., 2011). Die Ergebnisse der Erhebung stützen die Fachliteratur, indem sie zeigen, dass in über 90 % der Fälle rückfallpräventive Inhalte bereits Teil der stationären Behandlung sind. Dies könnte auf die erkannten Bedarfe der Fachkräfte zurückzuführen sein. Dennoch besteht Bedarf an der Vermittlung rückfallpräventiver Inhalte, da über 20 % der Fachkräfte angaben, dass die Kenntnisse dieser Inhalte (eher) nicht in ihrer Klinik vorhanden sind. Die

Befragten erlebten die Umsetzung der Rückfallprävention zu großen Teilen im Einzel- und Gruppensetting im stationären Rahmen. Die hohen Zustimmungswerte, Praxisnähe und Notwendigkeit betreffend, sprechen für die Integration der Rückfallprävention in die Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694.

6 Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Dissertation wurden bestehende Mindestmerkmale und Weiterentwicklungspotenziale des OPS-Kode 9-694 zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im besonderen Setting evaluiert. In der vorangegangenen Masterthesis des Autors wurden die Potenziale im Sinne eines qualitativen Forschungsdesigns erhoben und lagen der Dissertation zugrunde. Die aktuelle Erhebung erfolgte anhand eines quantitativen Studiendesigns im Rahmen einer bundesweiten Befragung in dementsprechenden Spezialstationen. Zusammenfassend zeigt die Erhebung im Hinblick auf die aktuelle Fachliteratur, dass der spezifischen Behandlung der Zielgruppe im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting und der Begleitforschung in diesem Bereich vor allem aufgrund der alters- und störungsspezifischen Besonderheiten und der bestehenden Versorgungslücke große Bedeutung zukommt.

„Die Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik bilden bei der Behandlung akut und schwer erkrankter Menschen, bei denen die ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, das Rückgrat der Versorgung in Deutschland“ (ackpa et al., 2022: 2).

Die hohe Individualität bzgl. Entstehung und Ausprägung von Abhängigkeitserkrankungen und sich verändernde Prävalenzen zeigen die Notwendigkeit der Beschäftigung mit der Thematik auf. Schädigungen durch Drogenkonsum auf neurobiologischer Ebene sind ausführlich in der Forschung belegt (Poser, 2009; Squeglia et al., 2015). Vor allem in der Adoleszenz zeigen sich Anfälligkeiten für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung, die mit der Gehirnentwicklung assoziiert sind (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019; Nees et al., 2012; Romanos et al., 2019; Thomasius et al., 2020). Darüber hinaus wirkt sich der Konsum psychotroper Substanzen auf das Gehirn aus, was wiederum zu langfristigen neurologischen Folgen und Chronifizierung der Erkrankung führen kann (Jordan & Andersen, 2017; Kufner et al., 2020; Thomasius et al., 2020). Es besteht die Herausforderung, Behandlungsmodelle zu schaffen, die alterskorrelierte und soziodemografische Faktoren sowie die sich verändernden Konsummuster und Bedarfe der Zielgruppe berücksichtigen. In der Praxis kommen Standards aus der Erwachsenenpsychiatrie zum Einsatz (Thomasius et al., 2020), was dafür spricht, dass der kinder- und jugendpsychiatrische Blick noch nicht ausreichend in den Mindestmerkmalen abgebildet wird. Die Versorgungslücke für Adoleszente, die von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sind, wird ausdrücklich in der Fachliteratur beschrieben (Abzieher et al., 2019; Arnaud & Thomasius, 2022; DHS, 2018;

Thomasius et al., 2020). Es fehlen die Expertise in transitionspsychiatrischen Programmen (Fegert et al., 2017) und dahingehend Konzepte, die über das 18. Lebensjahr hinausgehen. In der Analyse des Versorgungsangebots für suchterkrankte und -gefährdete Adoleszente in Stadt und Landkreis Landshut konnte das Bestehen einer Versorgungslücke bestätigt werden, welche sich durch die Coronapandemie bedingten Veränderungen verstärkte. Der Bedarf besserer Vernetzung und niederschwelliger Hilfen wurde betont. Auch wenn beschrieben wurde, dass intrinsische Motivation keine Eingangsvoraussetzung zur Behandlung darstellt (Thomasius et al., 2016) zeigt sich settingübergreifend die Arbeit mit motivierenden Interventionen als wichtiger Ansatzpunkt in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020; Seiffge-Krenke & Schmeck, 2019). Die Suchtbehandlung in Deutschland hält hohe Standards vor (Thomasius et al., 2016; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Dennoch wurde mehrfach beschrieben, dass das Hilfesystem nicht ausreichend vernetzt ist und sich daraus die Notwendigkeit der Diskussion weiterer Settings ergibt, was in einer Weiterentwicklung des Hilfesystems münden sollte. In der Untersuchung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) zeigte sich, dass aus der Literatur noch begrenzte Erkenntnisse für die Behandlung von Adoleszenten mit Abhängigkeitserkrankungen abzuleiten sind. Es wurde deutlich, dass weitere Evaluierung und Diskussion auf fachlicher Ebene notwendig sind, um fundierte Empfehlungen für die StäB bei Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen zu entwickeln. Die Durchführung von Pilotversuchen und die begleitende Evaluation erweisen sich als entscheidende Schritte, um diese Art der Behandlung zu bewerten und der bestehenden Versorgungslücke bei Kindern und Jugendlichen mit Suchterkrankungen mit neuen Behandlungsmodellen entgegenzuwirken.

In der Dissertation bestand das Ziel, die aktuellen Mindestmerkmale zu evaluieren und weitere Potenziale zu erheben. Aus der Fachliteratur geht hervor, dass momentane Mindestmerkmale als evident zu bewerten sind. In der Erhebung wurden diese mit hohen Zustimmungswerten als praxisnah, aktuell und relevant eingeschätzt. Anhand des beschriebenen Forschungsdesigns konnten die Forschungsfragen beantwortet und die Forschungshypothesen überprüft werden. Es konnte erhoben werden, dass die Fachkräfte Lücken im Hinblick auf Setting und therapeutische Maßnahmen in der stationären Behandlung sehen. Die niedrigsten Zustimmungswerte wurden bei „Kenntnis suchtspezifischer Fort- und Weiterbildungsangebote“ sowie zur Möglichkeit, diese in den Alltag zu integrieren, erhoben. Dieser Umstand sollte in die weiteren Diskussion mit einbezogen werden, da die Notwendigkeit der Umsetzung zielgruppenspezifischer Kenntnisse Konsens in der Fachliteratur ist (Thomasius, 2008; Romanos et al., 2019). In der

Dissertation konnte nicht geklärt werden, inwiefern das Einbeziehen in die Behandlungsplanung aller Berufsgruppen stattfindet und wie sich Lücken in der Informationsweitergabe auf die Bewertung stationärer Abläufe auswirken. In Tabelle 15 werden die möglichen Weiterentwicklungspotenziale beschrieben, die sich in den Ergebnissen der Dissertation als praxisnah, aktuell, bedarfsorientiert und notwendig herausgestellt haben. Es wurden Potenziale beschrieben, die in zukünftigen Revisionen des OPS Berücksichtigung finden können. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse kann die Dissertation dazu beitragen, dass bei der Vergütung von Leistungen auch qualitative Aspekte der Leistungserbringung mit einbezogen werden. Es liegen Ergebnisse vor, die fernab von marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten und Profitmaximierung erhoben wurden, wie dies im aktuellen System kritisiert wird (z. B. Schepker, Fegert & Becker, 2015). In der Tabelle erfolgt die Darstellung unter Einbeziehung des bereits eingereichten Veränderungsvorschlages vom Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes (KCPP) (2022).

Tabelle 15

Benennung von Mindestmerkmalen und Potenzial-

	Thema	Aktuelle Nennung	Mögliche Weiterentwicklung
S e t t i n g			
1	Konkretisierung, wie Integration in den Alltag sowie Belastungssteigerung/Realitätsüberprüfung umgesetzt werden	Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung	<u>Unmittelbare</u> Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung, ggf. durch <u>sozialen Eingliederungsversuch</u>
2	Abbildung des strukturierten Behandlungsablaufs	Diese Stationen haben ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeiten nach einem integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept.	Patientenindividueller transparenter <u>Stufenplan</u> zur Strukturierung des Behandlungsablaufs
3	Bedeutung multiprofessioneller Behandlung	(...) ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen	(...) ausführliche, <u>multiprofessionelle</u> Behandlungsplanung mit <u>den am Fall Beteiligten Berufsgruppen</u>
4	Vermittlung suchtspezifischer Kenntnisse	Nennung der Berufsgruppen in den Primärkodes 9-65 und 9-67	„Die störungsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung ist gewährleistet“
5	Abbildung der Arbeitstherapie	Individueller, ärztlich indizierter Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie oder körperbezogene Therapieverfahren	Individueller, ärztlich indizierter Einsatz von Fachtherapien wie z. B. Ergotherapie, <u>Arbeitstherapie</u> oder körperbezogene Therapieverfahren

Therapeutische Maßnahmen			
6	Abbildung des Einbeziehens individueller Entwicklungsphasen	Entwicklungsspezifischer Umgang und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten	Entwicklungsspezifischer Umgang unter Einbeziehen aktueller <u>Entwicklungsaufgaben</u> und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten
7	Abbildung der Vermittlung von Impulskontrolltechniken	Spezielle psychosoziale Techniken (z. B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)	Spezielle psychosoziale Techniken (z. B. Sozialkompetenztraining, <u>Umgang mit Impulskontrollen</u> , Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten (...))
8	Abbildung ressourcenorientierter Behandlung	Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings	Gesundheits-, Selbstfürsorge- und <u>Ressourcen</u> training
9	Abbildung des Rückfallmanagements	--	Klinikinternes Rückfallmanagement/ Rückfallprophylaxe zur Strukturierung des Behandlungsablaufs

Durch die Quantifizierung in der aktuellen Erhebung konnten Ergebnisse produziert werden, die sich durch die bundesweite und multiprofessionelle Evaluation auszeichnen. Durch Einbeziehen aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen lässt sich eine umfassende Untersuchung zur letztendlichen Umsetzung von Veränderungspotenzialen ermöglichen. Somit wird ein wichtiger Beitrag zur Begleitforschung, die in § 17d Abs. 8 KHG beschrieben wird, geleistet. Die Ergebnisse bieten einen Einblick in die Einschätzungen von Fachkräften sowie einen Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen, die die weitere Ausgestaltung des Hilfesystems sowie die Verbesserung des Schnittstellenmanagements schwerpunktmäßig betrachten sollten. In der Umsetzung und Evaluation gegebener Weiterentwicklungspotenziale zeigen sich folgende Faktoren ausschlaggebend:

- Es zeigt sich der Bedarf inhaltlicher Ergänzungen bzgl. Setting und therapeutischer Vorgehensweise
- Klientel, Behandelnde und strukturelle Voraussetzungen sind in eine weitere Evaluation mit einzubeziehen
- Eine schrittweise inhaltliche Anpassung verlangt die Vernetzung einzelner Akteure im Hilfesystem sowie die gesundheitspolitische Diskussion gegebener Merkmale und Veränderungspotenziale

Es gilt kritisch zu diskutieren, dass sich die abgebildeten Mindestmerkmale in der Dokumentation widerspiegeln müssen. Dahingehend wurde bereits kritisiert, dass die Prozedurendokumentation sehr umfangreich ist (Drösler et al., 2018). Es besteht das Risiko, dass Behandlungsabläufe auf die Mindestmerkmale reduziert werden. Individuelle Therapiepläne werden benötigt, die auf Substanzmissbrauch und komorbide Störungen abgestimmt sind (DGPPN & DG-Sucht, 2020; Thomasius et al., 2016). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Mindestmerkmale in ihrer Formulierung den klinischen Alltag unter Erhaltung der fallbezogenen Freiheit patientenindividueller Behandlungsplanung abbilden sollen. Somit kann ein „Grundgerüst“ für die Behandlung substanzbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen abgeleitet werden. Um einzuschätzen, ob dieses die Bedarfe in Bezug auf Praxisnähe, Aktualität und wissenschaftliche Evidenz abbildet, sind alle behandelnden Berufsgruppen mit in die weitere Evaluation einzubeziehen, um in der Konsequenz theoretisch fundierte, individuelle und vor allem in der Praxis umsetzbare Behandlungskonzepte zu schaffen. Mangelhaft ausgebaute Schnittstellen, die mit Behandlungsdiskontinuitäten und höheren Therapieabbrüchen assoziiert sind, zeigen nicht zuletzt den Bedarf an Versorgungs- und Interventionsforschung auf (Fegert et al., 2017; Plener et al., 2015; Thomasius et al., 2020;

Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022). Es braucht Forschung, da die Versorgung der Menschen bereits jetzt gefährdet ist (ackpa et al., 2022). Die gegebenen Mindestmerkmale wurden aufgrund der undifferenzierten Definitionen und Lücken in der Behandlungsplanung sowie deren Orientierung an Standards der Erwachsenenpsychiatrie kritisiert und diskutiert, was ergänzend für die weitere Evaluation spricht. Es gilt durch weitere Untersuchung und Evaluation wirksame Faktoren zu überprüfen, diese in die Praxis zu transferieren und bestehende Standards, auch im Hinblick auf die personelle Ausstattung, zu hinterfragen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der Dissertation bei der Weiterentwicklung des OPS-Kodes 9-694 Berücksichtigung finden und somit in die Praxis transferiert werden können. Die weitere Evaluation im Sinne einer Versorgungsforschung sollte die gesundheitspolitische Diskussion unter Einbeziehen zuständiger Fachgesellschaften anstoßen, um das Hilfesystem in Richtung der aktuellen Bedarfe weiterzuentwickeln. Somit braucht es eine Fokussierung auf die Bedarfe von Adoleszenten mit Abhängigkeitserkrankungen, um eine möglichst umfassende und aktuelle Evaluierung der Mindestmerkmale unter Erhaltung individueller Behandlungsplanung zu ermöglichen. Vor allem gilt es hierbei, die störungs- und altersspezifischen Besonderheiten sowie inhaltliche Ergänzungen bzgl. Behandlungssetting und therapeutischen Maßnahmen abzubilden. Das Ziel eines umsetzbaren Theorie-Praxis-Transfers verlangt die weitere Evaluation momentaner Merkmale und Bedarfe von Behandelnden und Klientel. Dies gilt es durch Vernetzung der einzelnen Akteure im Suchthilfesystem sowie gesundheitspolitische Diskussion unter Einbeziehen aller am Behandlungsprozess Beteiligten zu realisieren, um die Qualität der multiprofessionellen stationären Behandlung von abhängigkeitserkrankten Kindern und Jugendlichen weiter zu steigern und eine professionelle und individuelle Behandlung zu gewährleisten.

7 Literaturverzeichnis

- Abzieher, P., Lipp, M., Staats, J. H., Banaschewski, T., Drießen, M., & Karow, A. (2019). Behandlungsangebote der Adoleszenzpsychiatrie – Ergebnisse einer deutschlandweiten Erhebung. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 87(11), 645–652. <https://doi.org/10.1055/a-1011-4198>
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2005). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Substance Use Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(6), 609–621.
- Annaheim, B. & Gmel, G. (2009). Vom Hanfladen in die Gasse? Ein Vergleich der Bezugsquellen von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen den Jahren 2004 und 2007. *Abhängigkeiten*, 1(09), 38-55. https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Abhaengigkeiten/2009/iss_1/PDFs_articles_2009/ABH__vol15_iss1_art4.pdf
- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser – BAG Psychiatrie, Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT), Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BDK), Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V. (BFLK), Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs) & Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland (VKD). (2022). Stellungnahme von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden aus den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Weiterentwicklung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL). <https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/bag/Stellungnahme-PPP-RL.pdf>

Arbeitskreis für Chefarztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT), Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V., Bundesärztekammer (BÄK), Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BDK), Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V., (BFLK) Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) & Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs). (2021). Am Patientenbedarf orientierte Qualität statt Gefährdung der psychiatrischen Versorgung. https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/bag/Stellungnahme-Plattform-GBA_2021-05.pdf

Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224–1239. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.6.1224>

Arnaud, N., & Thomasius, R. (2021). Störungen durch Substanzgebrauch und abhängige Verhaltensweisen in der ICD-11. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 49(6), 486–493. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000748>

Arnaud, N. & Thomasius, R. (2022). Substanzbezogene Störungen und Transitionspsychiatrie. *Der Nervenarzt*, 93(4), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01266-6>

- Arnaud, N., Wartberg, L., Simon-Kutscher, K., & Thomasius, R. (2023). Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02173-0>
- Baldus, C., Kindermann, S. S., Stappenbeck, J., Reis, O. & Thomasius, R. (2011). CAN Stop: Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum – Entwicklung und Evaluation eines Gruppenbehandlungsprogramms. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_CAN_Stop.pdf
- Barth, V. (2011). Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Ecomed.
- Bauer, R. (2014). Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche. Narr Francke Attempto.
- Becker, A., Lüken, L. M., Kelker, L., Holtmann, M., Daseking, M., & Legenbauer, T. (2022). Cognitive Profiles of Adolescent Inpatients with Substance Use Disorder. *Children (Basel)*, 9(5), 756. <https://doi.org/10.3390/children9050756>
- Bilitza, K. W. (2009). Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bilke, Oliver. (2008). Kinder- und Jugendpsychiatrie. In M., Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen* (S. 72). Schattauer.
- Bilke-Hentsch, O. & Leménager, T. (2019). Suchtmittelgebrauch und Verhaltenssüchte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bock, A., Huber, E., Müller, S., Henkel, M., Sevecke, K., Schopper, A., Steinmayr-Gensluckner, M., Wieser, E., & Benecke, C. (2019). Psychisches Strukturniveau im Jugendalter und der Zusammenhang mit späterer psychischer Erkrankung – eine Langzeitstudie. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 47(5), 400–410. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000656>
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. In Springer-Lehrbuch. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-12770-0>

- Böge, I., Schepker, R., Grupp, D., & Fegert, J. M. (2020). Kinder- und jugendpsychiatrische stationsäquivalente Behandlung (StäB): Therapieoption – für alle oder für wenige? *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(5), 348–357. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000711>
- Böge, I., Schepker, R., Herpertz-Dahlmann, B., & Vloet, T. D. (2015). Hometreatment: Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 43(6), 411–423. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000377>
- Böge, I. (2019). Home Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ein Versorgungskonzept mit Zukunft? *Sozialpsychiatrische Informationen*, 49 (3).
- Bourier, G. (1998). *Beschreibende Statistik: Praxisorientierte Einführung* (2. Aufl.). Gabler.
- Brisch, K. H. (2015). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie* (13. Aufl.). Klett-Cotta.
- Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Risk of Substance use Disorder: Developmental considerations, potential pathways, and Opportunities for research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 607–639. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153722>
- BtMG. *Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 10. August 2021 (BGBl. I S. 3436) geändert worden ist.* https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/anlage_ii.html
- Büge, Michael. (2017). *Basiswissen: Cannabiskonsum und psychische Störungen*. Psychiatrie Verlag.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023a). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung.* https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023b). *OPS Vorabfassung 2024, vorläufige Fassung, Änderungen vorbehalten.* <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2023/block-9-65...9-69.htm#code9-65>

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023d). OPS Version 2023. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2023/block-9-80...9-80.htm>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). Änderungsvorschlag für den OPS 2022. <https://multimedia.gsb.bund.de/BfArM/downloads/klassifikationen/ops/vorschlaege/vorschlaege2022/ops2022-060-kjp-substanzbed-stoer.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (2020). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK Reformgesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/MDK-Reformgesetz_RefE.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2021). Jahresbericht 2021. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/DSB_Jahresbericht_2021_final.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022a). Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsum unter Jugendlichen in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 1993 bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/219048/umfrage/entwicklung-des-cannabiskonsums-unter-jugendlichen-in-deutschland/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022b). Entwicklung der 30-Tage-Prävalenz von Cannabiskonsum unter 12- bis 17-Jährigen in Deutschland nach Geschlecht im Zeitraum von 1993 bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/259352/umfrage/30-tage-praevalenz-des-cannabiskonsums-unter-jugendlichen-in-deutschland/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022c). Entwicklung eines regelmäßigen Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland im Zeitraum von 1993 bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/428370/umfrage/regelmaessiger-cannabiskonsums-unter-jugendlichen-und-jungen-erwachsenen-nach-alter/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022d). Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Zeitraum von 1973 bis 2021.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/223016/umfrage/entwicklung-des-cannabiskonsums-unter-deutschen-jugendlichen/>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001). *Gesundheit für Kinder und Jugendliche* (2. Aufl.).

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J. & Merikangas, K. R. (2016). Association of lifetime mental disorders and subsequent alcohol and illicit drug use: Results from the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 280–288. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.006>

Crone, E. A., Van Duijvenvoorde, A. C. K. & Peper, J. S. (2016). Annual Research review: Neural Contributions to Risk-taking in Adolescence - Developmental Changes and Individual Differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 353–368. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12502>

Datenschutz-Grundverordnung (2018). <https://dejure.org/gesetze/DSGV>

Daubner, H., Specht, S., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. & Braun, B. (2020). Jahresstatistik 2018 der professionellen Suchthilfe. In *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen* (Hrsg.), *DHS Jahrbuch 2020*, 179-205. Pabst.

Dauer, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Suchthilfe in Deutschland: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf

Demmel, R. & Kemény, G. (2016). *Motivational Interviewing: Arbeitshilfen für Therapie und Beratung*. Lambertus.

Demmel, R. (2014). *Motivational Interviewing - Wie motiviere ich "unmotivierte" Patienten?* http://www.zentrum-patientenschulung.de/tagungen/tagung2014/Do_1_Demmel-Motivational-Interviewing.pdf

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2019). *Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis: Kodex*. https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2012). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. <http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2013/stn-2012-04-13-QE%20bei%20Kindern%20und%20Jugendlichen-dgkjp-bag-bkjpp.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland & Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt*innen (2023). Gemeinsame Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)“. <https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/bag/rund-mails/2023-28-Gemeinsame-STN-Cannabisgesetz.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2017). Stellungnahme der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften: Anforderungen an die stationäre medizinische Rehabilitation für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen. https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/bag/Positionspapier-Reha_2017-3-Verbaende.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (2020). Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-0011_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2018). Stationäre Einrichtungen: medizinische und pädagogische Angebote für abhängige Jugendliche. In N. Wirth, (Hrsg.), Suchtprävention in der Heimerziehung: Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung (2. Aufl., S. 62-63).

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2021). DHS Jahrbuch Sucht 2021: Jahresstatistik 2019 der professionellen Suchthilfe. Pabst.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2019). Mitgliederversammlung der DKG beschließt Erklärung zur Krankenhauspolitik. Kliniken schlagen Alarm und fordern Krankenhausgipfel. <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/kliniken-schlagen-alarm-und-fordern-krankenhausgipfel/>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2019). Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter schlagen Alarm – die Politik muss endlich handeln. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/0_Home/Protestresolution_DKG.pdf
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018). Änderungsvorschlag für den OPS 2019. <https://multimedia.gsb.bund.de/BfArM/downloads/klassifikationen/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/213-klarstellung-mindestm-9-694.pdf>
- Deutsches Krebsforschungsinstitut (2020a). Tabakatlas Deutschland 2020. <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf>
- Deykin, E. Y. & Buka, S. L. (1994). Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. *American Journal of Public Health*, 84(4), 634–639. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.4.634>
- DG-Sucht. (2018). Mangelhafte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Suchterkrankungen in Deutschland. https://www.deutschersuchtkongress.de/_Resources/Persistent/4218cb4a-beeb9705617cc7449caa31c165cec79/Pressemitteilung_Deutscher_Suchtkongress_09_2018.pdf
- Di Chiara, G., & North, R. A. (1992). Neurobiology of opiate abuse. *Trends in Pharmacological Sciences*, 13, 185–193. [https://doi.org/10.1016/0165-6147\(92\)90062-b](https://doi.org/10.1016/0165-6147(92)90062-b)
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017). Kinder aus suchtbelasteten Familien. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchtbelasteten_Familien.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und

Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen: Kurzfassung. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000292>

- Diestelkamp, S. & Thomasius, R. (2017). Riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Manual zur Durchführung einer motivierenden Kurzintervention. Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/bfm:978-3-662-49315-1/1?pdf=chapter%20toc>
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2019). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation Psychische Störungen: Nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper. (9. Aufl.). Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (10. Aufl.). Hogrefe
- Döpfner, M., Schürmann, S., Bruß, M., Müller, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2018). Familienbeziehungen und psychische Auffälligkeiten im Jugendalter – eine Analyse mit der Jugendlichenfassung des Family Relations Test für Kinder und Jugendliche. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(4), 316–324. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000593>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Aufl. Eigenverlag.
- Drösler, S. E., Neukirch, B. & Undorf, L. (2018). Dokumentationsaufwand in der Psychiatrie. *KU Gesundheitsmanagement*, 87(3), 63-67
- Farke, W. (2009). Besondere Risikogruppen: Gruppen jugendlicher Subkulturen. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. J. Küstner & P. Riedesser, (Hrsg.) *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 75-77). Schattauer.
- Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T. & Freyberger, H. J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(1), 80–85. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000502>
- Fegert, J. M. & Kölch, M. (2013). *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.). Springer.
- Fenton, M. C., Keyes, K. M., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A. E., Krueger, B., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Psychiatric comorbidity and the

- persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*, 107(3), 599–609. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x>
- Ferrari, F. (2008). Diagnostik - Möglichkeiten und Grenzen. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen* (S. 72). Schattauer.
- Flassbeck, J. (2010). Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. Klett-Cotta.
- Foote, J., DeLuca, A., Magura, S., Grand, A., Rosenblum, A. & Stahl, S. (1999). A Group Motivational Treatment for Chemical Dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3), 181–192. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(99\)00003-3](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(99)00003-3)
- Fricke, O. P., Halswick, D., Längler, A. & Martin, D. D. (2018). Healing Architecture for Sick Kids. Concepts of Environmental and Architectural Factors in Child and Adolescent Psychiatry. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2019), 47 (1), 27–33
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000635>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Abschlussberichtes des IQTIG: Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4106/2019-12-19_PlanQI-RL_Veroeffentlichung-Bericht-Konzept-Entwicklung.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). https://www.kbv.de/media/sp/2020_11_20_Psycho_RL.pdf
- Giacolini, T., Conversi, D., & Alcaro, A. (2021). The brain emotional systems in addictions: from attachment to Dominance/Submission systems. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.609467>
- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2021). Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Psych_StaeB_Bericht_23.12.2021.pdf

- Gouzoulis-Mayfrank, E., Längle, G. & Koch-Stoecker, S. (2016). Kriterien stationärer psychiatrischer Behandlung: Leitfaden für die klinische Praxis. Kohlhammer.
- Granquist, L. (1995). Neurochemical markers and MDMA neurotoxicity. *Multi-disciplinary Association für Psychedelic Studies*, 5(3), 10-13.
- Halinger, S. & Beiglböck, W. (2001). Phasen der Veränderungsbereitschaft und Veränderungsprozesse bei Alkoholabhängigen in Therapie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 24, 11-22.
- Hanson, K. L., Medina, K. L., Padula, C. B., Tapert, S. F., & Brown, S. A. (2011). Impact of adolescent alcohol and Drug use on neuropsychological functioning in Young Adulthood: 10-Year Outcomes. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 20(2), 135–154. <https://doi.org/10.1080/1067828x.2011.555272>
- Hasler, G., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2003). Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(9/10), 406–411. <https://doi.org/10.1055/s-2003-42172>
- Hautzinger, M. & Thies, E. (2009). *Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt*. Beltz.
- Heidenreich, T, Hoyer, J & Fecht, J. (2001). Veränderungsstadienskala. In F. Rist, H. Kufner, A. Glöckner-Rist & P. Schmidt (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich*. Version 1.00.
- Heinz, A., Halil, M. G., Gutwinski, S., Beck, A., & Liu, S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 93(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (2008). Entwicklungspsychiatrische Grundlagen von Diagnostik, Klassifikation, Therapie und Ethik. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (2. Aufl., S. 303–351). Schattauer.
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U. & Preuss, U. W. (2015). Risks associated with the Non-Medicinal use of Cannabis. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0271>

- Ihle, W., Jahnke, D. & Esser, G. (2009): Suchtstörung und Depression. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis (S. 78-81). Schattauer.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2021). Definitionshandbuch. https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2022/Definitionshandbuch
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2022). Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (QS PPP). Verfügbar unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-ppp/>
- Jacobs Foundation (2015). Juvenir-Studie 4.0 Zuviel Stress - zuviel Druck!: Wie Schweizer Jugendliche mit Stress und Leistungsdruck umgehen. https://jacobsfoundation.org/app/uploads/2017/07/JUVENIR_IV_Langfassung.pdf
- Johnson, C., Loucks, F. A., Peckler, H., Thomas, A. W., Janak, P. H., & Wilbrecht, L. (2016). Long-range orbitofrontal and amygdala axons show divergent patterns of maturation in the frontal cortex across adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 18, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.01.005>
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), 5-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>
- Jordan, C. J., & Andersen, S. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25, 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.10.004>
- Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The Neural Basis of Addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-1413. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403>
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer.
- Kant, I. (1803/2000). Über Pädagogik. In W. Weischedel (Hrsg.), *Schriften zur Anthropologie, Geschichtsphilosophie, Politik und Pädagogik 2* (Werkausgabe Band XII) (S. 697-761). Suhrkamp.
- Karpinski, N., Popal, N., Plück, J., Petermann, F., & Lehmkuhl, G. (2017). Freizeitaktivitäten, Resilienz und psychische Gesundheit von Jugendlichen.

Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 45(1), 42-48. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000437>

Keller, F., Stadnitski, T., Nützel, J., & Schepker, R. (2019). Verlaufsanalyse wöchentlicher Selbst- und Fremdeinschätzungen in der Langzeittherapie suchtkranker Jugendlicher. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(2), 126-137. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000594>

Kiefer, F., Schuster, R., Müller, C. A., Mann, K. F. & Heinz, A. (2020). In U. Vorderholzer, & F. Hohagen, (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art* (15. Aufl.). Elsevier.

Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., & Schlawin, S. (2000). „Machen wir doch einen Fragebogen“. In VS Verlag für Sozialwissenschaften eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-09178-3>

Klaus-Grawe-Institut (2018). Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor der Psychotherapie. <https://www.klaus-grawe-institut.ch/blog/die-therapeutische-beziehung-als-zentraler-wirkfaktor-der-psychotherapie/>

Klein, M. (2016). Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen – alte Konzepte, neue Konzepte. https://www.addiction.de/wp-content/uploads/2019/07/Sucht-und-Familie-Alte-Drogen-neue-Drogen-_alte-Konzepte-neue-Konzepte_070316MKlein.pdf

Knoll, Andreas. (2014): *Sucht - was ist das?* Blaukreuz.

Kölch, M., & Vogel, H. (2016). Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(1), 39-50. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000397>

Konrad, K., Firk, C. & Uhlhaas, P. J. (2013). Brain development during adolescence. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0425>

Koob, G. F. & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)

Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen – Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer.

- Kotz, D., Acar, Z. & Klosterhalfen, S. (2022). DEBRA. Deutsche Befragung zum Rauchverhalten: Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/Factsheet-09-v3.pdf>
- Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist
- Krohne, H. W. & Hock, M. 2015. Psychologische Diagnostik. Kohlhammer.
- Kuckartz, U., Rädiker, S., Ebert, T., & Schehl, J. (2013). Statistik. In VS Verlag für Sozialwissenschaften eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19890-3>
- Küfner, H., Pfeiffer-Gerschel, T. & Hoch, E. (2020). Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen (Drogenkonsumstörungen). In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 865-891). https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_40
- Kulick, Barbara. (1998). Die Motivierung Suchtkranker aus der fachlichen Sicht der Leistungsträgerschaft. In M. Beutel (Hrsg.), *Motivation in der Suchttherapie: Intrapyschischer Prozeß und versorgungspolitische Aufgabe*. Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 19-36. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2018_Soziale_Unterschiede_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile
- Lamnek, S. (2016) *Qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Beltz.
- Landshuter Netzwerk (2022): Cannabis-Präventionsparcours. <https://www.landshuter-netzwerk.de/angebote/suchtpraevention/cannabis-praeventionsparcours.html>
- Längle, G., Holzke, M. & Gottlob, M. (2019). *Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur stationsäquivalenten Behandlung*. Kohlhammer.
- Lees, B., Garcia, A., Debenham, J., Kirkland, A. E., Bryant, B. E., Mewton, L. & Squeglia, L. M. (2021). Promising Vulnerability Markers of Substance use and

- misuse: A review of human Neurobehavioral studies. *Neuropharmacology*, 187, 108500. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108500>
- Leistner, K. & Beyer, H. M. (2005). Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Antragsverfahren unter besonderer Berücksichtigung der ICF. *Ecomed*.
- LimeSurvey (2023). Datenschutz und Politik. <https://www.limesurvey.org/de/hilfe/faq>
- Lindenmeyer, J. 2012. Lieber schlau als Blau: Eine Möglichkeit zur Motivierung von Alkoholabhängigen durch dosierte Information. *Psychotherapie im Dialog*, 13(4), 57–60. Thieme.
- Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(494), 1198-1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Lochbühler, K., Kühnl, R., Maspero, S., Aydin, D., & Hulm, M. (2020). Der Konsum etablierter sowie neuer psychoaktiver Substanzen in unterschiedlichen Risikopopulationen. Ergebnisse des Projekts Phar-Mon plus aus dem Jahr 2020. https://www.ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/Lochbuehler_et_al_2021_Pharmon_plus-2020.pdf
- Lohaus, A. (2018). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Springer.
- Lopez-Quintero, C., De Los Cobos, J. P., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F. & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 115(1–2), 120–130. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>
- Lüdecke, C. (2020). Bericht aus dem Arbeitskreis Sucht. *Psychiatrische Praxis*, 47(03), 166. <https://doi.org/10.1055/a-1124-8601>
- O'Brien, K. H. M. (2013). Rethinking Adolescent Inpatient Psychiatric Care: The importance of Integrated Interventions for suicidal youth with Substance use problems. *Social Work in Mental Health*, 11(4), 349–359. <https://doi.org/10.1080/15332985.2013.774924>
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26(4), 494–503. <https://doi.org/10.1037/h0085468>

- Medizinischer Dienst Bund (2022). Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL). https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Richtlinien_MDS_MD_Bund/StrOPS_2022/22-06-24_StrOPS-RL_2022_mit_Anlagen.pdf
- Mehta, C. R., & Patel, N. R. (1983). A Network Algorithm for Performing Fisher's Exact Test in $r \times c$ Contingency Tables. *Journal of the American Statistical Association*, 78(382), 427. <https://doi.org/10.2307/2288652>
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Lambertus
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing*. Lambertus.
- Miller, W. R. & Sanchez, V. C. 1994. Motivationing young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard & P. Nathan (Hrsg.), *Alcohol use and misuse by young adults* (S. 55-81). University of Notre Dame Press.
- Möller, C. (2003). *Jugend Sucht. Ehemals Drogenabhängige berichten*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller, C. (2009). *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen* (3. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Morgenstern, M., Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2019). Vorhersage des Rauschtrinkens im jungen Erwachsenenalter: Eine Kohortenstudie über 9 Jahre. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(2), 112-124. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000590>
- Moser, F. (2020). Entwicklung eines Behandlungskonzeptes zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694: Eine Evaluation durch Experten. https://katho-nrw.de/fileadmin/media/forschung_transfer/forschungsinstitute/DISuP/Masterthesen/Masterthesis_FMoser_2020.pdf
- Moser, F. P. (2023). Die spezifische Behandlung von substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen im besonderen Setting. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51(1), 51–60. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000891>

- Moser, F. P. (2024). Let's talk about motivation – Die Bedeutung motivationaler Prozesse für die Praxis der Suchttherapie im Setting der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation*, 37(1), 94-104. <https://doi.org/10.2440/008-0017>
- Moser, F. & Zenger, S. (2024). Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Analyse des regionalen Hilfesystems in Stadt und Landkreis Lands-hut. *KONTUREN* online. Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/abhaengigkeitserkrankungen-im-kindes-und-jugendalter/>
- Moyers, T. B., Manuel, J. K. & Ernst, D. (2014). *Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2 German: Unpublished manual*. https://ca-saa.unm.edu/download/miti_german.pdf
- Mugele, B. (2015). *Perspektiven von Sucht und Psychotherapie für die Zukunft*. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leit-faden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.
- Naar-King, S. & Suarez, M. (2012). *Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Beltz.
- Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., Parzer, P., Carli, V., Wasserman, D., Sarchiapone, M., Wasserman, C., Hoven, C. W. & Kaess, M. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of Affective Disorders*, 197, 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.029>
- Neeleman, J. & Farrell, M. (1997). Suicide and substance misuse. *British Journal of Psychiatry*, 171, 303-304.
- Nees, F., Tzschoppe, J., Patrick, C. J., Vollstädt-Klein, S., Steiner, S., Poustka, L., Banaschewski, T., Barker, G. J., Büchel, C., Conrod, P. J., Garavan, H., Heinz, A., Gallinat, J., Lathrop, M., Mann, K., Artiges, E., Paus, T., Poline, J. B., Robbins, T. W. (...) Schuman, G. (2012). Determinants of early alcohol use in healthy adolescents: the differential contribution of neuroimaging and psychological factors. *Neuropsychopharmacology*, 37(4), 986-995. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.282>
- Orth, B. & Merkel, C. (2020a). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019: Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler*

Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends [BZgA-Forschungsbericht].
10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0

- Orth, B. & Merkel, C. (2020b). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland: Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/428370/umfrage/regelmaessiger-cannabiskonsums-unter-jugendlichen-und-jungen-erwachsenen-nach-alter/>
- Orth, B. & Merkel, C. (2022). Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0>
- Paus, T., Keshavan, M. S., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947–957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Pfab, R. (2015). Barbiturate. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.
- Pfab, R. (2015). Benzodiazepine. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.
- Plener, P. L., Groschwitz, R. C., Franke, C., Fegert, J. M., & Freyberger, H. J. (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 181–186. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000238>
- Plener, P. L., Straub, J., Fegert, J. M., & Keller, F. (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde*, 34(01/02), 18–23. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627551>
- Poser, Wolfgang. (2009). Zur Pharmakologie der Jugenddrogen. In C. Möller, (Hrsg.). *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Preuss, U & Soyka, M. (2015). Amphetamine und Ecstasy. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.
- Preuss, U & Soyka, M. (2015). Opiate und Opioide. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.

- Prochaska, J. O. & DiClemente C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating Addictive Behaviours: Processes of change*. Plenum Press, 3-27.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1986). Towards a comprehensive model of change. Miller, W.R. & Heather, N. (Hrsg.), *Treating Addictive Behaviours: Processes of change* (S. 3-27). Plenum Press.
- Queeneth, U., Bhimanadham, N. N., Mainali, P., Onyeaka, H. K., Pankaj, A. & Patel, R. S. (2019). Heroin Overdose-Related Child and Adolescent Hospitalizations: Insight on Comorbid Psychiatric and Substance Use Disorders. *Behavioral Sciences*, 9(7), 77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6680937/>
- Raiser, P., Bürkle, S., Fleischmann, H., Mäder-Linke, C., Rummel, C., & Tönsmeise, C. (2020). Die Corona-Pandemie zeigt die unverzichtbare Vernetzung von Leistungen zur Versorgung Abhängigkeitskranker auf. *Sucht*, 66(4), 195–200. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000668>
- Rath, M., Constantinescu-Fomino, J. & Grec, Arpad. (2017). Nicotin. In F. Tretter (Hrsg.), *Suchtmedizin Kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Schattauer.
- Romanos, M., Fegert, J. M., Roessner, V., Schulte-Körne, G. & Banaschewski, T. (2019). Zur Rolle und Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (KJPPP) in den geplanten nationalen Gesundheitszentren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(2), 103–110. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000649>
- Rommelspacher, H. (2009): Neurobiologische Modelle. In, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Schattauer.
- Rost, Wolf-Detlef (2008). Süchtige Grundhaltung - fact oder fiction. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention – Hilfen* (S. 40-41). Schattauer.
- Rotthaus, Wilhelm. (2015): *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Carl Auer.
- Schäfer, I. & Schulze-Thüsing, J. (2015). Trauma und Sucht. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.

- Schepker, R., Fegert, J. M., & Becker, K. (2015). Strukturqualität in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 43(6), 387–395. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000382>
- Schepker, R. & Fegert, J. M. (2015). Bewegung in der PEPP-Entgelt-Debatte durch strukturierten Dialog? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 377–379. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000379>
- Schepker, R. (2016). Mitteilungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(3), 240–241. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000426>
- Scherbaum, N. (2020a). *Das Drogentaschenbuch* (6. Aufl.). Thieme.
- Scherbaum, N. (2020b). Störungen durch Kokain. In U. Vorderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art* (S. 15). Elsevier.
- Schmidt, S., Holtmann, M., Herpertz-Dahlmann, B., & Schimmelmänn, B. G. (2016). Relevanz von transdiagnostischen Psychotherapieansätzen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(6), 417-420. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000487>
- Schmidt, S. & Schimmelmänn, B. K. E. (2015). Fortschritte, Herausforderungen und neue Perspektiven der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(2), 85-90. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000337>
- Schumann, G., Johann, M., Frank, J., Preuss, U. W., Dahmen, N., Laucht, M., Rietschel, M., Rujescu, D., Lourdasamy, A., Clarke, T., Krause, K., Dyer, A., Depner, M., Wellek, S., Treutlein, J., Szegedi, A., Giegling, I., Cichon, S., Blomeyer, D., . . . Mann, K. (2008). Systematic analysis of glutamatergic neurotransmission genes in alcohol dependence and adolescent risky drinking behavior. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 826. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.826>
- Schütz, C. (2015). Kokain. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.

- Seiffge-Krenke, I. & Schmeck, K. (2019). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Befunde zur Beziehungs- und Strukturachse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (5), 385–387 <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000659>
- Seitz, N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., & Kraus, L. (2019). Trends in substance use and related disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0585>
- Seitz, N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Tabak.pdf
- Shaffer, D. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040075012>
- Shaffer, D., Gould, M. S., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040075012>
- Soyka, M. (2015). Alkohol. In Backmund, M. Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung. Ecomed.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)
- Spitzcok von Brisinski, I. (2018). Stationsäquivalente Behandlung (StäB). *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 2, 15-38. https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/forum/2018/forum_2_2018.pdf
- Squeglia, L. M., Tapert, S. F., Sullivan, E. V., Jacobus, J., Meloy, M. J., Rohlfing, T. & Pfefferbaum, A. (2015). Brain development in heavy-drinking adolescents. *Am J Psychiatry*, 172(6), 531-542. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25982660/>
- Statista. (2021). Einzelhandelspreis einer Packung Zigaretten weltweit nach Ländern im Jahr 2020.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/458067/umfrage/einzelhandelspreis-einer-packung-zigaretten-weltweit-nach-laendern/>

- Thomasius, R. (2009). Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In C. Möller (Hrsg.), *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen* (S. 13). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thomasius, R., Arnaud, N., Holtmann, M. & Kiefer, F. (2020). Substanzbezogene Störungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 48(6), 448-452. Springer.
- Thomasius, R., Heinz, A., Detert, S. & Arnaud, N. (2017). Prävention von Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In J. Klosterkötter & W. Maier (Hrsg.), *Handbuch präventive Psychiatrie: Forschung – Lehre – Versorgung* (S. 285-318). Schattauer.
- Thomasius, R., Holtmann, M., Melchers, P., Thoms, E., Jung, M. H., Schimansky, G., & Kroemer, T. (2016). Mitteilungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(2), 158–163. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000413>
- Thomasius, R., Paschke, K., & Arnaud, N. (2022). Substance-use disorders in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0122>
- Thomasius, R., Sack, P., Arnaud, N., & Hoch, E. (2016). Behandlung alkoholbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Altersspezifische Empfehlungen der neuen interdisziplinären S3-Leitlinie. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 44(4), 295–305. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000435>
- Thomasius, R., Schmolke, M., & Kraus, D. (1997). MDMA(“Ecstasy”)-Konsum - ein Überblick zu psychiatrischen und medizinischen Folgen. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 65(02), 49–61. <https://doi.org/10.1055/s-2007-996309>
- Thomasius, R. & Stolle, M. (2008). Substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter – diagnostische und therapeutische Strategien. *Sucht Aktuell*, 2, 42–47.
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O., & Reis, O. (2016). Anforderungen an die qualifizierte

- Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 62(2), 107–111.
<https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000416>
- Tretter, F. (2017). *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Schattauer.
- Tretter, F. & Müller, A. (2001): *Psychologische Therapie der Sucht*. Hogrefe.
- Ullrich, J. (2016). Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch. In Springer e-Books s(S. 1-11). https://doi.org/10.1007/978-3-642-55214-4_3-1
- Unglaub, W. (2016). Cannabis. In M. Backmund (Hrsg.), *Suchttherapie. Grundlagen, Klinik, Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Ecomed.
- Upadhyaya, H. P., Deas, D., Brady, K. T., & Kruesi, M. J. (2002). Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1294–1305.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00010>
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (2019). Stellungnahme der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. zur Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie des G-BA (PPP-RL). *Patientenzentrierte psychiatrische Krankenhausbehandlung – Quo vadis?* https://www.vkd-online.de/index.php/cat/2?mnd_article=news388947
- Wagner, M. & Schwarzkopf, L. (2022). Strukturanalyse des ambulanten Suchthilfesystems in Bayern. https://www.ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/Wagner_Schwarzkopf_2022_Strukturanalyse-BY.pdf
- Waltereit, R., Kühne, M., Waltereit, J., & Roessner, V. (2019). Ablehnung von Geschlossener Unterbringung in der Jugendhilfe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(6), 547–553.
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000685>
- Weinbrenner, S., Hitzel, M., Schulte, A. & Köhler, J. (2018). Sucht und Komorbidität – Sucht als Komorbidität. *Sucht Aktuell. Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V.*, 25(2), 13-16.
- Wendt, Kai (2017): *Suchthilfe & Suchttherapie. Leitfaden für die Praxis*. Schattauer.
- Werner, P, Schwejda, C. & Tretter, F. (2017). Illegale Drogen. In F. Tretter (Hrsg.), *Suchtmedizin Kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Schattauer.

- Whelan, R., Watts, R., Orr, C., Althoff, R. R., Artiges, É., Banaschewski, T., Barker, G. J., Bokde, A. L., Büchel, C., Carvalho, F., Conrod, P. J., Flor, H., Fauth-Bühler, M., Frouin, V., Gallinat, J., Gan, G., Gowland, P. A., Heinz, A., Ittermann, B. ... Garavan, H. (2014). Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*, 512(7513), 185–189. <https://doi.org/10.1038/nature13402>
- Willoughby, F. W., & Edens, J. F. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8(3), 275–291. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(96\)90152-2](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(96)90152-2)
- Willutzki, U. & Teismann, T. (2013): Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Hogrefe.
- Windle, M., Gray, J. C., Lei, M., Barton, A. W., Brody, G. H., Beach, S. R. H., Galván, A., MacKillop, J., Clark, U. S., & Sweet, L. H. (2018). Age sensitive associations of adolescent substance use with amygdalar, ventral striatum, and frontal volumes in young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 186, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.02.007>
- Wöckel, L., Rung, D., Bachmann, S., Dietschi, H. & Wild, D. (2019). Burg Lino – ein innenarchitektonisches Konzept zur Verbesserung der stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(1), 19–26. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000641>
- Wolffgramm, J. & Heyne, A. Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. (2008). In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention – Hilfen* (S. 272-317). Schattauer.
- Ystrom, E., Kendler, K. S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2014). Early age of alcohol initiation is not the cause of alcohol use disorders in adulthood, but is a major indicator of genetic risk. A population-based twin study. *Addiction*, 109(11), 1824-1832. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12620>
- Zeiger, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T. & Kuntz, B. (2018). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 2, 23-44. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/5690/JoHM_02_2018_Tabak_Alkoholkonsum_KiGGS-Welle2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zenker,C. (2008). Gendertypische Aspekte. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Klett-Cotta.

8 Anhang

Anhang A

Tabelle 16

Mögliche Weiterentwicklung des OPS-Kode 9-694

Nr.	Thema	Aktuelle Nennung	Mögliche Weiterentwicklung
1	Spezialstation ist unklar definiert	Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer <u>räumlich abgetrennten Spezialstation</u> für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
2	Arbeitstherapie fehlt	Individueller, ärztlich indizierter Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie, oder körperbezogene Therapieverfahren	Individueller, ärztlich indizierter Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie, <u>Arbeitstherapie</u> oder körperbezogene Therapieverfahren
3	Kein Einbeziehen der Entwicklungsphasen	Entwicklungsspezifischer Umgang und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten	Entwicklungsspezifischer Umgang <u>unter Einbeziehen aktueller Entwicklungsaufgaben</u> und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten
4	Fehlen von: <ul style="list-style-type: none"> • Partizipation • Individuell gestaltbares Regelwerk 	Die Station hat ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeitet nach einem integrierten Konzept	Die Station hat ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeitet nach einem integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept, <u>welches ein pädagogisches Regelwerk und Möglichkeiten der Partizipation beinhaltet</u>

Nr.	Thema	Aktuelle Nennung	Mögliche Weiterentwicklung
5	Behandlungsdauer und -phasen werden nicht genannt		<u>Festgelegte Behandlungsdauer, die Diagnostik, Stabilisierung und Perspektivenklärung mit einbezieht</u>
6	Nennung des Berufsbildes „Suchttherapeut*in“		Ergänzung bei der Nennung von Spezialtherapeuten: <u>Suchttherapeut*in</u>
7	Qualifikation der Mitarbeitenden	Nennung der Berufsgruppen in den Primärkodes des 9-65 und 9-67	<u>Die störungsspezifische Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppen ist gewährleistet</u>
8	Aufnahmesituation	Das Konzept ist für die Behandlung von Personen anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (...). Die Behandlung von Entzugsercheinungen ist im Kode mit inbegriffen.	Das Konzept ist für die Behandlung von Personen anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (...). Die Behandlung von Entzugsercheinungen ist im Kode mit inbegriffen. <u>Die Notwendigkeit akuter allgemeinpnechiatrischer und/oder somatischer Behandlung ist vor stationärer Aufnahme abzuklären.</u>
9	Differenzierte Beschreibung des individuellen Therapiesettings	Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieutherapeutischen Setting.	Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt <u>verlaufsbegleitend nach ärztlicher Indikation patientenbezogen im Einzel und/oder Gruppensetting</u> in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieutherapeutischen Setting.

Nr.	Thema	Aktuelle Nennung	Mögliche Weiterentwicklung
10	Bedeutung interdisziplinärer Behandlung	(..) ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen	(..) ausführliche, <u>interdisziplinäre Behandlungsplanung</u> mit Vertretern <u>der am Fall Beteiligten Berufsgruppen</u>
11	Gruppenpsychotherapie suchtspezifisch definieren	Gruppenpsychotherapie	<u>(Suchtspezifische) Gruppenpsychotherapie</u>
12	Talking down ist bereits vor Intensivstufung wichtiger Bestandteil der Behandlung	Anleitung von Teammitgliedern im Umgang mit dem Patienten, z. B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes „Talking down“ bis hin zu Freiheits Einschränkung oder Freiheitsentzug)	Anleitung von Teammitgliedern (...) <u>den angewandten Verfahren auch ohne Intensivmerkmal zuordnen</u>
13	Umgang mit Impulskontrolle wird nicht mit einbezogen	Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)	Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, <u>Umgang mit Impulskontrolle</u> , Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)
14	Begleitung und Ausgang wird global bei Erfüllung der Intensivmerkmale zugeordnet	Sofern ärztlich vertretbar, Begleitung und Ausgang bei Intensivstufung	Sofern ärztlich vertretbar, Begleitung und Ausgang bei „ <u>Verfahren der Spezialtherapeuten</u> “ <u>auch ohne Intensivmerkmal zuordnen</u>

Nr.	Thema	Aktuelle Nennung	Mögliche Weiterentwicklung
15	Psychoedukation sucht-spezifisch definieren	Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen	„ <u>Störungsspezifische Psychoedukation</u> “ als Teil des Konzeptes
16	Ressourcenorientierung wird nicht genannt	Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings	Gesundheits-, Selbstfürsorge- und <u>Ressourcen-training</u>
17	Schulische/berufliche Wiedereingliederung sowie Belastungssteigerung differenzierter beschreiben	Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung	<u>Unmittelbare Klärung</u> und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung, ggf. <u>durch sozialen Eingliederungsversuch</u>
18	Einordnung von Traumatisierung an anderer Stelle	Nach „ <i>juristisch und sozialrechtlicher Anspruchsklärung</i> “	Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung <u>sowie Behandlung nach Traumatisierung</u>
19	Unmittelbare Vermittlung einer Anschlussbehandlung	Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen	Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. <u>unmittelbare Einleitung</u> suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen
20	Assessment wird verlaufsbegleitend erhoben	Suchtmedizinisches Assessment	<u>Verlaufsbegleitendes</u> suchtmmedizinisches Assessment
21	Rückfallprävention ist kein Mindestmerkmal	Rückfallprävention ist kein Mindestmerkmal	Nennung von „ <u>Rückfallprävention</u> “

Anhang B

Tabelle 17

Interviewleitfaden

Erzählaufforderung	Inhaltliche Aspekte	Nachfragen
Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Einrichtung und Ihr Angebot.	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächseinstieg • Überblick über Angebote, Ziele und Auslastung • Die letzte Frage kann entfallen, wenn Kapazitäten als ausreichend beschrieben werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie würden Sie Schwerpunkte und Ziele Ihres Angebots beschreiben? • Falls Sie Angehörigenarbeit anbieten, wie funktioniert diese? • Inwieweit kann Ihr Angebot den Bedarf abdecken? <p>Bei Bedarf: Wie gehen Sie mit zu hohen Bedarfen um?</p>
Welche Gründe nennen Klient*innen, warum sie Ihr Angebot wahrnehmen?	Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen und Möglichkeiten der Förderung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie würden Sie den Anteil an fremd- und eigenmotivierten Klient*innen beschreiben? • Welche Möglichkeiten haben Sie, fremdmotivierte Klient*innen zu motivieren?
Welche Problemlagen der Klient*innen stehen im Vordergrund?	Bedarfe der Klientel (sucht- und altersspezifisch) sowie Ausgestaltung der Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Welche stoffgebundenen Süchte bzw. süchtigen Verhaltensweisen sehen Sie im Vordergrund? • Wie schätzen Sie die Rate an Komorbidität/Doppeldiagnosen ein? • Wie verteilt sich die Altersstruktur in Ihrem Angebot? • Erkennen Sie altersspezifische Besonderheiten im Konsum?

Welche Faktoren sind für Sie wichtig, um „Behandlungserfolge“ zu erreichen?	Erfassung interner und externer Faktoren, die sich (un-)mittelbar auf Erfolge auswirken	<ul style="list-style-type: none"> • Mit welchen Methoden/Angeboten haben Sie gute Erfahrungen gemacht? • Welche Faktoren schmälern, Ihrer Erfahrung nach, die „Behandlungserfolge“?
Gibt es pandemiebedingte Veränderungen bzgl. Bedarfen und Versorgungslage suchterkrankter und -gefährdeter Kinder und Jugendlichen?	Bedarfe, Versorgung und Angebot während Corona	<ul style="list-style-type: none"> • Hat sich Ihr Angebot/Ihre Vorgehensweise durch die Pandemie verändert? • Wenn ja, wie hat die Umsetzung funktioniert?
Wie sind Sie mit anderen Einrichtungen/Angeboten vernetzt?	Hilfesystem und Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird die Vernetzung genutzt? • In welchem Verhältnis finden regionale und überregionale Hilfen/Vernetzungen statt?
Wo liegen Grenzen und Schwierigkeiten in Ihrer Tätigkeit?	Veränderungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Wie geht Ihre Einrichtung damit um? • Was wäre wünschenswert?
Wie beurteilen Sie die Versorgung von suchterkrankten oder -gefährdeten Kindern und Jugendlichen in Stadt und Landkreis Landshut?	Versorgungslage in Stadt und Landkreis	<ul style="list-style-type: none"> • Wo findet Ihrer Meinung nach, der erste Kontakt zum Hilfesystem statt? • Erleben Sie Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme der Angebote und was bräuchte es, um diese zu verändern? • Bitte beurteilen Sie die Versorgungslage von 0 = sehr schlecht bis 10 = sehr gut. • Sehen Sie Bedarf an weiteren Angeboten/Einrichtungen?
Möchten Sie noch etwas zu dem Thema sagen oder welchen Wunsch haben Sie bzgl. der regionalen Versorgung?	Abschluss	

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meine Dankbarkeit gegenüber all jenen zum Ausdruck bringen, die mich auf dem Weg zur Fertigstellung dieser Dissertation unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gebührt meinem Doktorvater Prof. Dr. Romuald Brunner für die Bereitschaft mich als Doktoranden anzunehmen und die fachliche Anleitung, die maßgeblich dazu beigetragen hat, diese Arbeit erfolgreich abzuschließen.

Ein herzliches Dankeschön möchte ich meinem ersten Mentor Dr. Unger für die viele Zeit und die wertvollen Rückmeldungen aussprechen, die mir geholfen haben, meine Forschung auf ein höheres Niveau zu bringen.

Ebenso ein herzliches Dankeschön möchte ich meinem zweiten Mentor Prof. Dr. Wodarz für die Übernahme dieses Postens und die Begleitung während meiner Promotion aussprechen.

Meine Familie, Freunde, Thomas, Ramona, Cristina und das Team der Akutstation verdienen ebenfalls meinen aufrichtigen Dank. Danke für die aufgebrachte Zeit und die Korrekturen. Danke für die Unterstützung, Geduld und Ermutigungen, die mich durch die Höhen und Tiefen dieses Projekts getragen haben und diese akademische Reise unvergesslich machten.

Landshut, 22.10.2024

Publikationsliste

- Moser, F. P. (2024). Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen im deutschen Gesundheitssystem – eine Quantitative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 73(6), 531–552. <https://doi.org/10.13109/prkk.2024.73.6.531>
- Moser, F. (2024). Stationsäquivalente Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher. Eine qualitative Untersuchung. *Suchttherapie*. <https://doi.org/10.1055/a-2293-1057>
- Moser, F. & Zenger, S. (2024). Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Analyse des regionalen Hilfesystems in Stadt und Landkreis Landshut. *KONTUREN online*. Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/abhaengigkeitserkrankungen-im-kindes-und-jugendalter/>
- Moser, F. P. (2024). Let´s talk about motivation – Die Bedeutung motivationaler Prozesse für die Praxis der Suchttherapie im Setting der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation*. 37(1), 94-104. <https://doi.org/10.2440/008-0017>
- Moser, F.P. (2023). Die spezifische Behandlung von substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen im besonderen Setting. Eine qualitative Untersuchung der Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 51(1), 51-60. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000891>
- Winnerl, I. & Moser, F. (2022). Konzept zur Ausbildung und Anleitung von Studierenden im Praxissemester. Publikationsserver der Hochschule Landshut. <https://doi.org/10.57688/342>
- Moser, F. (2021). Entwicklung eines Behandlungskonzeptes zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694 – Eine Evaluation durch Expert_innen. *Deutscher Suchtkongress 2021*. Sucht. *International Journal of Addiction Research*. Abstractband. 67(1), 134. https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/0939-5911_a000716