

# ABSCHLUSSBERICHT

## „DELTA-JU“ STUDIE

an die Roland Ernst Stiftung für Gesundheitswesen

Projektlaufzeit: 01.01.2022 - 31.01.2025

Projektleitung: Prof. Dr. Dr. Yulia Golub<sup>1,2</sup>  
Dr. Dipl.-Psych. Sören Kuitunen-Paul<sup>2,3,4</sup>  
Prof. Dr. Veit Roessner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Partnerstandort des Deutschen Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ), TU Dresden

<sup>3</sup> Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, TU Chemnitz

<sup>4</sup> Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Chemnitz

Abschlussbericht erstellt unter  
Mithilfe von: M. Sc. Psych. Claudia Bachmann  
B. Sc. Psych. Elisabeth Hennig



Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Yulia Golub



Dr. rer. nat. Sören Kuitunen-Paul



Prof. Dr. med. Veit Roessner

Dresden, den 31.01.2025

## INHALT

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	3
1. Populärwissenschaftlicher Bericht.....	4
2. Ausgangssituation.....	4
3. Projektverlauf.....	5
3.1 Anpassungsphase (Februar 2022 bis Mai 2022).....	5
3.2 Erhebungsphase (Februar 2022 bis Januar 2025).....	6
3.2.1 Überarbeitung des DELTA-Manuals.....	9
3.2.2 Entwicklung und Durchführung der Betreuendenweiterbildung.....	9
3.2.3 Workshops und Öffentlichkeitsarbeit.....	9
3.3 Evaluationsphase (November 2024 bis Januar 2025).....	10
4. Meilensteine.....	10
4.1 Anpassungsphase (2022).....	10
4.2 Erhebungsphase (2022-2025).....	11
4.3 Evaluationsphase (2024-2025).....	11
5. Ergebnisse.....	11
5.1 Ergebnisse für die Überarbeitung von Manual und Betreuendenweiterbildung.....	11
5.2 Ergebnisse für die Jugendgruppe.....	13
5.2.1 Wissenszuwachs der Jugendlichen.....	14
5.2.2 Primärouitcomes im Zeitverlauf.....	14
5.2.3 Sekundärouitcomes im Zeitverlauf.....	15
5.3 Ergebnisse für die Betreuendengruppe.....	16
5.3.1 Wissenszuwachs der Betreuenden.....	17
5.3.2 Zufriedenheit mit der Betreuendenweiterbildung.....	18
5.3.3 Subjektive Stressbelastung der Betreuenden (Sekundärouitcome).....	20
6. Projektoutput.....	21
7. Bewertung.....	22
7.1 Zielerreichung.....	22
7.2 Förderliche und hemmende Faktoren bei der Projektdurchführung.....	22
7.3 Nachhaltigkeit und Perspektiven.....	23
8. Publikationen und Kongressbeiträge.....	23

- Abbildung 3.1** Ursprünglich geplanter Ablauf der Studie mit Aufteilung in drei Studienabschnitte.
- Abbildung 3.2** Schematische Darstellung der Erhebungstermine für (a) Jugendliche und (b) Betreuende.
- Abbildung 3.3** Studienverlaufsdiagramm zur Darstellung von Einschluss, Gruppenteilnahme und Analyse der Jugendlichenstichprobe.
- Abbildung 5.1** Beispiel für Überarbeitung und verstärkte Illustration der Jugendgruppenmaterialien („Handouts“) an Beispiel von Sitzung 2, für die aus drei DELTA-Arbeitsblättern mit viel nicht illustriertem Fließtext ein einziges Arbeitsblatt mit Illustration entwickelt wurde
- Abbildung 5.2** Selbstberichteter Wissenserwerb in der DELTA-Jugendgruppe (N=16), je nach Sitzungsinhalt.
- Abbildung 5.3** Primäroutcomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf
- Abbildung 5.4** Sekundäroutcomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf
- Abbildung 5.5** Selbstberichteter Wissenserwerb in Bezug auf die einzelnen Themen der Betreuendenweiterbildung im Vergleich T0 (N=25) und T1 (N=16).
- Abbildung 5.6** Selbstberichtete Zufriedenheit mit der Veranstaltung für WG-Betreuende (GEB-Zusatzitems).
- Abbildung 5.7** Selbstberichtete Nützlichkeit bestimmter Themen der Veranstaltung für WG-Betreuende (N=24).
- Abbildung 5.8** Veränderungen in Sekundäroutcomes für die Betreuendenweiterbildungen
- 
- Tabelle 5.1** Auswahl wichtiger WG-spezifischer Aspekte des DELTA-Programms, die für DELTA-JU überarbeitet werden sollten
- Tabelle 5.2** Primäroutcomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf
- Tabelle 5.3** Sekundäroutcomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf
- Tabelle 5.4** Selbstberichteter Wissenserwerb in Bezug auf die einzelnen Themen der Betreuendenweiterbildung (N=16) im Vergleich mit der Pilotierungsgruppe (N=4).
- Tabelle 5.5** Positive Aspekte und Verbesserungshinweise zur Betreuendenweiterbildung (N=29)
- Tabelle 5.6** Inferenzstatistische Testung der Veränderungen in Sekundäroutcomes für Betreuendenweiterbildungen

## 1. POPULÄRWISSENSCHAFTLICHER BERICHT

Substanzkonsumstörungen (SUD) treten bereits im Jugendalter auf und sind häufig mit zahlreichen gesundheitlichen und sozialen Mehrfachbelastungen verbunden. Suchtspezifische Jugendhilfemaßnahmen sind dabei oft nicht ausreichend vorhanden oder bieten kein suchtttherapeutisches Programm an. Das speziell für Jugendliche entwickelte Programm „DELTA“, welches diese Versorgungslücke zu schließen versucht, konnte bereits für psychiatrische Ambulanzen erfolgreich evaluiert werden. Um auch die besonderen Gegebenheiten in vollstationären Einrichtungen der Jugendhilfe (zum Beispiel Jugendwohngruppen, WGs) zu berücksichtigen, verfolgte die DELTA-JU Studie das Ziel, das DELTA-Programm anzupassen und dessen Anwendbarkeit sowie Auswirkungen auf verschiedene Probleme der Jugendlichen zu untersuchen. Im Zentrum standen dabei die DELTA-Gruppentherapie für die Jugendlichen, die darauf abzielte, ihre Fähigkeiten im Umgang mit Suchtproblemen zu stärken und ihre Motivation für eine langfristige Veränderung zu fördern, sowie ein eintägiges Weiterbildungsprogramm für die in den Wohngruppen tätigen Betreuenden. Letzteres sollte diesen gezielte Fachkenntnisse und praxisnahe Strategien vermitteln, um sie besser auf die spezifischen Herausforderungen der Betreuung und Begleitung von Jugendlichen mit SUD vorzubereiten.

**Ergebnisse der Jugendgruppe.** Insgesamt nahmen 38 Jugendliche an der Gruppentherapie mit 16 wöchentlich stattfindenden Sitzungen teil. Je nach Fragestellung konnten bis zu 22 Fragebögen ausgewertet werden. Die Jugendlichen schätzten alle Themen als im Mittel „eher“ nützlich bzw. hilfreich ein und erlangten in zahlreichen Bereichen einen deutlichen Wissenszuwachs, vor allem bei „Kontrolle über Konsum“, „Umgang mit Rückfällen“ und „weniger Streit mit Eltern“. Es fanden sich Hinweise, dass mehrere Problembereiche nach 16 Wochen weniger ausgeprägt waren, insbesondere Probleme durch Substanzverlangen („Craving“), durch Alkohol und durch illegale Drogen. Zusätzliche Belastungen außerhalb der SUD veränderten sich in der Regel wenig bis gar nicht mit Ausnahme der typischerweise und auch in dieser Studie zunehmenden Depressivität, die in der Praxis immer beachtet werden sollte.

**Ergebnisse der Betreuendenweiterbildung.** Insgesamt nahmen 47 Betreuende an den Weiterbildungen teil, wobei für die Auswertung die Daten von 29 Teilnehmenden berücksichtigt werden konnten. Die Befragung ergab, dass die Betreuenden in allen Bereichen einen durchschnittlichen Wissenszuwachs verzeichneten, mit besonders deutlichen Fortschritten in den Bereichen „bessere Kommunikation mit dem Kind“, „mehr Kontrolle über Konsum“ und „geringere Hilflosigkeit“. Neben einer allgemein hohen Zufriedenheit wurde auch die Anwendbarkeit der Schulungsinhalte in der Praxis von 67 % als hoch eingeschätzt. Besonders positiv wurden die abwechslungsreiche Gestaltung, der Einbezug der Teilnehmenden und die Expertise der jeweils Referierenden bewertet. Dies zeigt, dass die Weiterbildung an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert war und wertvolle Impulse geben hatte. Zudem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Teilnahme an der Weiterbildung mit wünschenswerten Veränderungen hinsichtlich der erhöhten arbeitsbezogenen Motivation auch noch 16 Wochen später verbunden sein könnte. Gleichzeitig wiesen die erzielten Rückgänge der Wissens einschätzungen zwischen T0 und T1 darauf hin, dass eine regelmäßige Auffrischung der Inhalte sinnvoll wäre, um die Nachhaltigkeit der Weiterbildung zu sichern.

**Fazit.** Die DELTA-JU-Studie hat gezeigt, dass das angepasste Programm sowohl die Jugendlichen als auch die Betreuenden bei der Bewältigung suchtspezifischer Herausforderungen bedeutsam unterstützt. Praxisnahe und alltagsrelevante Themenbereiche fanden besonders viel Zuspruch. Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die hohe Qualität der inhaltlichen Konzeption und die Zufriedenheit der Teilnehmenden.

## 2. AUSGANGSSITUATION

Viele Jugendliche mit einer chronischen Substanzkonsumstörung (SUD) durchlaufen zunächst einen stationären Entzug, dem häufig eine vollstationäre, suchtspezifische Jugendhilfemaßnahme folgt. Durch eine kontinuierliche psychotherapeutische und psychiatrische Nachbegleitung kann die Rückfallwahrscheinlichkeit bei chronischer SUD nachweislich reduziert werden. In spezialisierten Jugendwohneinrichtungen für Jugendliche mit SUD liegt der Schwerpunkt aber häufig nicht auf den psychotherapeutischen und psychiatrischen Angeboten, sondern auf

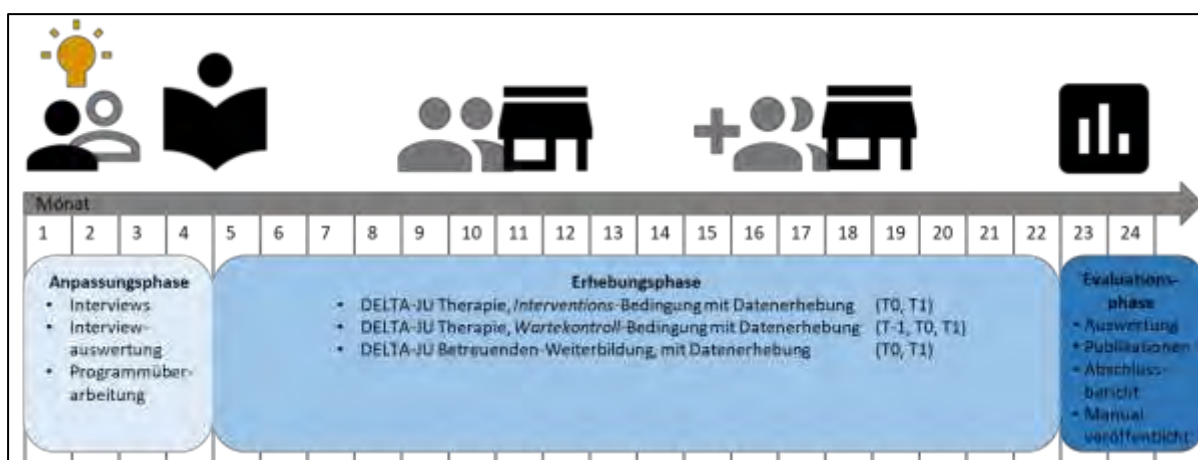
der sozialpädagogischen Arbeit. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wurde das speziell für Jugendliche entwickelte Programm „DELTA“ konzipiert, das sowohl konsumierende als auch abstinenten Jugendliche mit einer SUD unterstützt. Die Arbeitsgruppe „Stress und Substanzabhängigkeit im Jugendalter“ am Universitätsklinikum Dresden beschäftigte sich seit 2017 mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation dieses ersten deutschsprachigen Therapieprogramms für Jugendliche mit chronischem Konsum von Alkohol und/ oder illegalen Substanzen (Cannabis, MDMA, Amphetamine und Methamphetamine). Das Programm wurde bereits für die Anwendung im ambulanten psychiatrischen Setting evaluiert (Basedow\*, Kuitunen-Paul\* et al., 2023).

Bei einem Versuch das DELTA-Programm auch in vollstationären Einrichtungen der Jugendhilfe (Jugend-WGs) umzusetzen, offenbarten sich spezifische organisatorische und inhaltliche Besonderheiten. Dazu zählen die vorgegebene Tagesstruktur in stationären Einrichtungen, der bereits abgeschlossene Entzug sowie die Verlagerung des Konsumverhaltens auf sozial akzeptiertes Tabakrauchen. Diese Aspekte konnten im ursprünglichen DELTA-Programm nicht berücksichtigt werden, weshalb eine eigenständige Evaluation einer angepassten Version für Jugend-WGs (DELTA-JU) erforderlich wurde.

Ziel der DELTA-JU-Studie war es, die Anwendbarkeit und Implementierung des Programms im Kontext stationärer, suchtspezifischer Jugendwohngruppen in Sachsen zu untersuchen. Die Weiterentwicklung des Programms wurde durch die Roland Ernst Stiftung (Förderkennzeichen DELTA-JU 6/21) sowie durch Eigenmittel der Professur für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der TU Dresden gefördert.

### 3. PROJEKTVERLAUF

Die Studie wurde in drei Phasen geplant und durchgeführt, deren Verlauf und Dauer in [Abbildung 3.1](#) veranschaulicht sind. Die Anpassungsphase umfasste 4 Monate. Die Erhebungsphase war ursprünglich auf 18 Monate angesetzt, dauerte jedoch aufgrund von pandemiebedingten Einschränkungen, die eine Rekrutierung in bestimmten Monaten verhinderten, insgesamt 36 Monate. Die Evaluationsphase erstreckte sich, wie geplant, über 2 Monate. Zu Beginn der Studie im Januar 2022 wechselte die Hauptarbeitsstelle eines Projektleiters zur TU Chemnitz, er verblieb aber als Co-Projektleiter. Im Einvernehmen mit dem Vorstand der Roland-Ernst-Stiftung wurde aufgrund der durch die Coronamaßnahmen bedingten Erhebungsverzögerungen vereinbart, die Laufzeit kostenneutral bis Ende Januar 2025 zu verlängern.



**Abbildung 3.1** Ursprünglich geplanter Ablauf der Studie mit Aufteilung in drei Studienabschnitte.

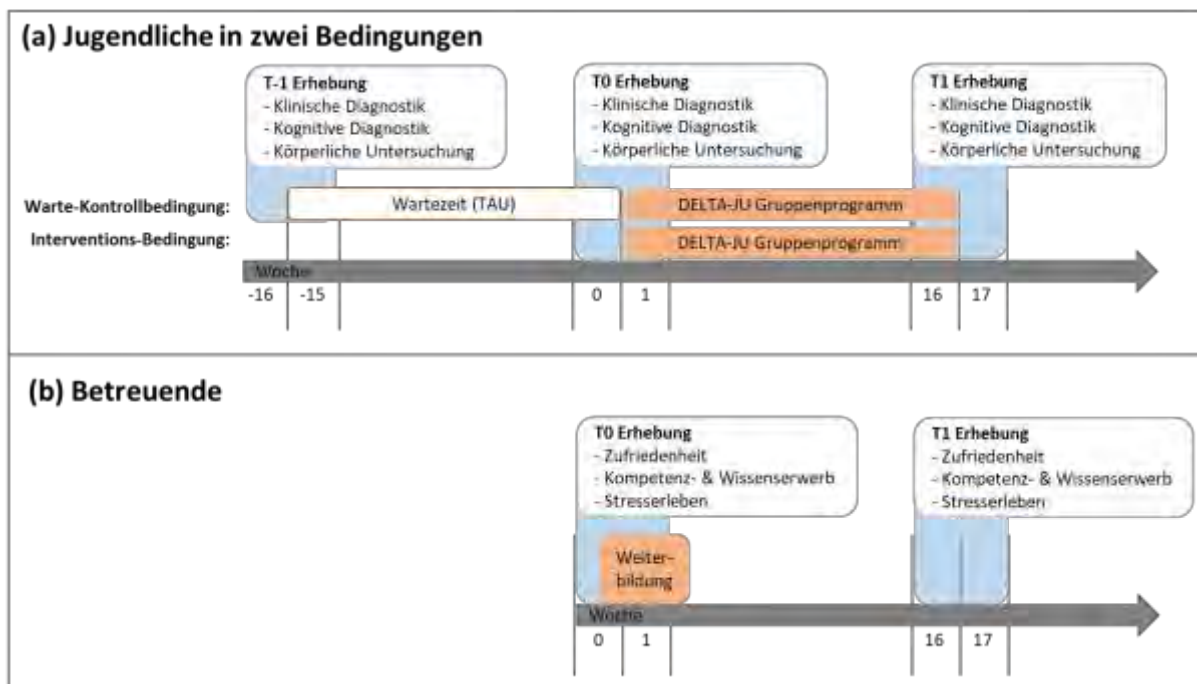
#### 3.1 Anpassungsphase (Februar 2022 bis Mai 2022)

Während dieser Phase wurden die geplanten leitfadengestützten qualitativen Interviews mit Betreuenden durchgeführt (n=10 Interviews). Alle Interviews wurden im Rahmen einer parallel durchgeführten Masterarbeit (Rohde, 2022) aufgezeichnet und verwertet. Die finale Zusammenführung und Analyse einschließlich der Konzeptualisierung der Betreuendenweiterbildung wurde anschließend mit zwei führenden Expertinnen für

qualitative Suchtforschung (Prof. Dr. Irmgard Voigt/FH Frankfurt am Main, Dr. Annett Binder/Uniklinikum Tübingen) finalisiert und zur Publikation vorbereitet (Kuitunen-Paul, Binder et al., in Vorb.). Die Zwischenergebnisse wurden bei mehreren nationalen Kongressen vorgestellt (Kuitunen-Paul & Kutzner, 2022; Kuitunen-Paul, Rohde et al., 2022b, 2022c).

### 3.2 Erhebungsphase (Februar 2022 bis Januar 2025)

Für die Therapiegruppe (TG) erfolgten die Befragungen einmal zum T0 Termin (vor der Teilnahme an der Gruppentherapie) und zu T1 (nach der letzten Gruppensitzung, ca. 16 Wochen nach T0). Für die Warte-Kontrollgruppe (KG) erfolgte die erste Befragung zum T-1-Termin und die Nachbefragung zum T0-Termin (ca. 16 Wochen nach T-1). Anschließend nahmen die Jugendlichen der KG an der Gruppentherapie teil und eine erneute Testung erfolgte nach weiteren 16 Wochen (T1). Insgesamt konnten 69 Jugendliche in drei Wohngruppen in Sachsen erreicht werden. Die erste Vorabhebung fand im Februar 2022 in einer Wohngruppe (T-1) statt und diente der Pilotierung. Die Datenerhebung wurde kontinuierlich in allen drei Wohngruppen durchgeführt, mit 5 T-1 Erhebungen, 14 T0-Terminen und 13 T1-Terminen. Die letzte T0-Erhebung der KG fand am 20.01.2025 statt. Eine schematische Darstellung des Ablaufs der Erhebungen ist in [Abbildung 3.2](#) zu finden.



**Abbildung 3.2** Schematische Darstellung der Erhebungstermine für (a) Jugendliche und (b) Betreuende.

**Rekrutierungsverlauf in 2024.** Von 2022-2023 erfolgte die Durchführung der DELTA-JU-Therapiegruppen (N=5). Im Vergleich zum Zwischenbericht 2023 wird vermerkt, dass die damals geplante TG ab April 2024 nicht stattfinden konnte seitens der WG und zwei TG-Teilnehmende das Einverständnis nachträglich zurückzogen bzw. doppelt teilgenommen hatten. Daraus ergibt sich die verminderte Anzahl zugeteilter Jugendlicher in der TG von N=38 (im Zwischenbericht 2023 noch N=40). In 2024 wurde die Rekrutierung der KG forciert, da Gegebenheiten in den drei WGs dazu führten, dass die Bedingungen der KG als organisatorisch schwer umsetzbar seitens der Einrichtungen eingeschätzt wurden. Daher wurden in 2024 ausschließlich Probanden für die KG rekrutiert (N=12). Um dennoch eine aussagekräftige Anzahl an Kontrollproband\*innen zu erreichen, ist geplant, die KG nach Projektende noch aufzufüllen, insofern die Bedingungen in den WGs dafür gegeben sind.

**Bildung der Analysetichprobe.** Im Rahmen der Datenerhebung wurden N=36 der N=38 Jugendlichen aus der Therapiegruppe (TG; zu T0)<sup>1</sup> sowie N=17 Jugendlichen aus der Kontrollgruppe (KG; zu T-1) erfasst, vgl. [Abbildung 3.3](#). Nach der Wartezeit sollten auch die Jugendlichen der Wartelisten-KG an der DELTA-JU-Therapie teilnehmen. Da N=12 Jugendliche der KG die Wohngruppen jedoch bereits verlassen hatten zu deren T0, konnten nur N=5 für T0 erreicht werden, um Teil der TG zu werden, die somit N=41 Jugendliche zu T0 umfasst, vgl. farbiger Kasten in [Abbildung 3.3](#). Von diesen N=41 Jugendlichen verließen N=1 die Wohngruppe vor Beginn der Therapie, N=2 konnte aufgrund des Projektendes vorerst keine Therapiegruppe angeboten werden. Daher nahmen letztlich N=38 Jugendliche an der DELTA-JU-Therapie teil. Während der Behandlungszeit verließen N=11 dieser Jugendlichen die Wohngruppen<sup>2</sup>, so dass nur noch N=27 Jugendliche in der TG zur T1-Datenerhebung erreichbar waren.

Durch die gewonnene Kooperation mit der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik vom Diakonischen Werk in Oldenburg konnten zusätzliche T0-Daten (bisher N=13) erhoben und eine weitere DELTA-JU-Therapiegruppe im stationären Setting gestartet werden. Daten für die Längsschnittvergleiche des Abschlussberichts liegen aber noch nicht vor.

---

<sup>1</sup> Inc. N=5, die nach Teilnahme an der Kontrollgruppe die Intervention wie geplant erhalten haben. Nicht berücksichtigt sind die Jugendlichen aus kooperierenden Dietrich-Bonhoeffer-Klinik vom Diakonischen Werk in Oldenburg (siehe 3.2).

<sup>2</sup> Es ist kein Fall bekannt, der die Behandlung abgebrochen hat. Alle Jugendlichen verließen die WG aus anderen Gründen.

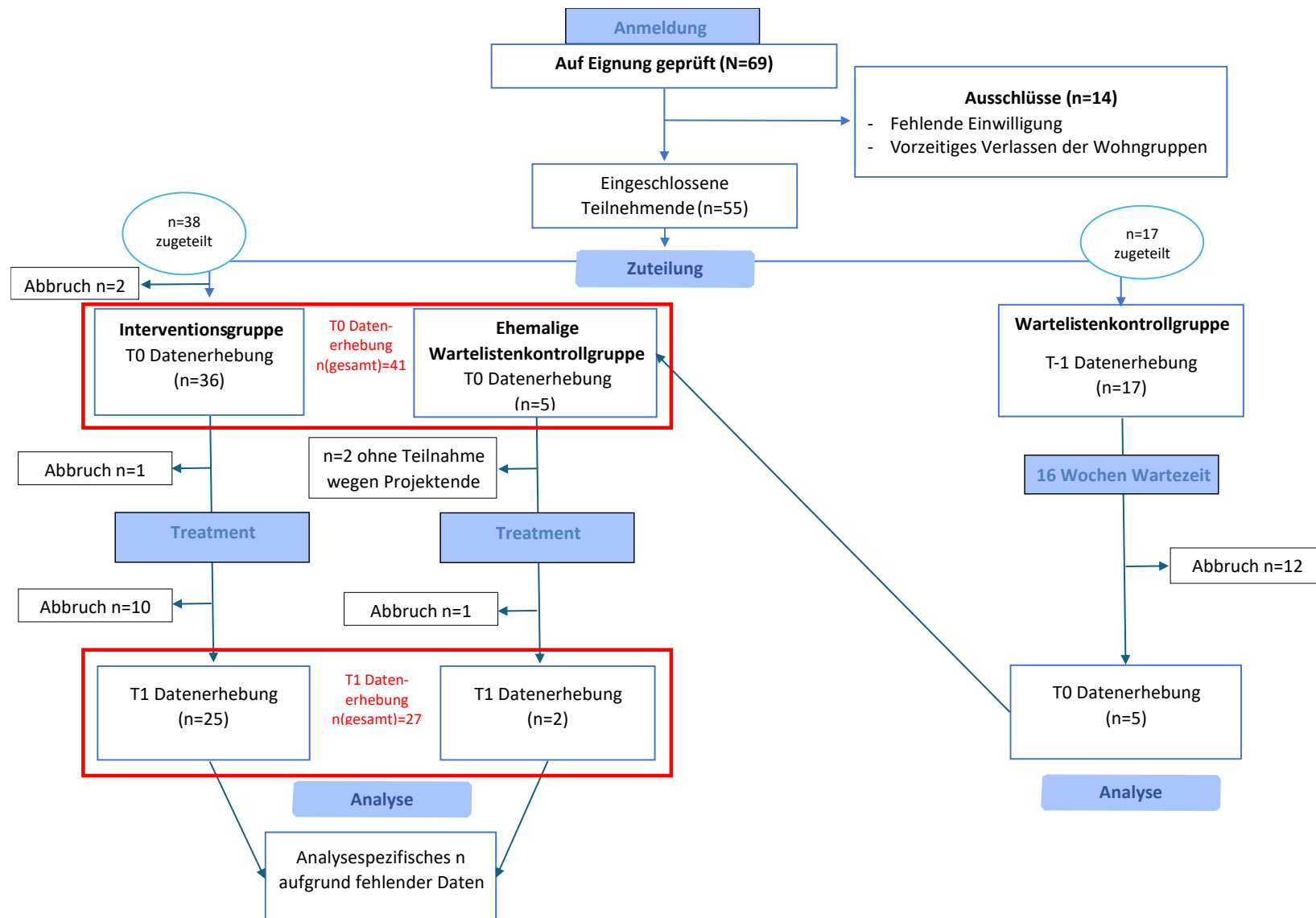


Abbildung 3.3 Studienverlaufdiagramm zur Darstellung von Einschluss, Gruppenteilnahme und Analyse der Jugendlichenstichprobe.

---

### 3.2.1 Überarbeitung des DELTA-Manuals

Basierend auf Durchführungsrückmeldungen aus der Pilotierungsgruppe, den Rückmeldungen der Betreuenden aus den Interviews, Feedback-Fragebögen aus der Evaluationsstudie (2019-2021, vgl. Projektantrag) sowie aktueller Evidenz zu systemischer Therapie (vgl. <https://www.iqwig.de/projekte/n21-03.html>) wurde das bereits bestehende DELTA-Manual überarbeitet. Das Manual mit 16 wöchentlichen Gruppensitzungen legt seinen Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutische und psychoedukative Methoden, sowie Elemente der systemischen Therapie. Insbesondere behandelt das Programm die Themen Konsummotivation, Rückfallprophylaxe, Emotionsregulation, Selbstbewusstsein, Umgang mit Triggern und Suchtdruck, Vorbeugung von Suchtverschiebung und den Umgang mit Langeweile. Beim Konzipieren von Aufklärungen und Übungen wurde großer Wert auf eine jugendgerechte Sprache und zielgruppenrelevante Themen gelegt. Das Manual beinhaltet praxisorientierte Handouts für Therapierende, um sowohl die Jugend- als auch die Elternsitzenungen effizient und strukturiert durchzuführen. Zusätzlich liegen zu jeder Sitzung Arbeitsblätter vor, die die Jugendlichen bei der Erarbeitung der neuen Fertigkeiten unterstützen. Für Elterngruppen stehen außerdem vorgefertigte Präsentationen über suchtspezifische Lernprozesse, psychoaktive Substanzen und familien-spezifische Schwierigkeiten zur Verfügung. Bei der Anpassung des DELTA-Manuals wurden aufgrund der Rückmeldungen alle 16 Sitzungen überarbeitet, ein Modul zur Tabakentwöhnung ergänzt und ein größerer Fokus auf die Abstinenz-aufrechterhaltung gelegt.

---

### 3.2.2 Entwicklung und Durchführung der Betreuendenweiterbildung

Die Entwicklung und Durchführung der Betreuendenweiterbildung war ein weiterer Schwerpunkt des DELTA-JU Projektes. Nachdem die Konzeptualisierung der Weiterbildung auf Basis der identifizierten Weiterbildungsbedarfe (Rohde, 2022) und Rückmeldungen aus vergangenen Betreuendenweiterbildungen angepasst und finalisiert wurde, lag ein erweiterter und überarbeiteter Foliensatz mit Wahlinhalten zur Vertiefung der Themen zur Verfügung. Prof. Golub und Dr. Kuitunen-Paul konnten damit eine erste einrichtungsübergreifende Betreuendenweiterbildung im April 2023 anbieten. Die hohe Teilnehmendenzahl mit N=31 Personen in dieser einen Veranstaltung verdeutlichte den hohen Bedarf an suchtspezifischen Weiterbildungen. Eine weitere Betreuendenweiterbildung fand am 21.02.2024 mit einer Gruppengröße von N=7 Teilnehmenden statt und eine dritte Weiterbildung konnte kurz vor Projektende (14.01.2025) mit N=9 Betreuenden realisiert werden. Unter den N=47 Teilnehmenden befanden sich Personen, die mehrfach teilgenommen haben, von denen jedoch nur die Beurteilung der ersten Teilnahem in die Auswertung einging. Insgesamt liegen von n=29 Betreuenden Daten aus der Befragung vor.

---

### 3.2.3 Workshops und Öffentlichkeitsarbeit

Über den gesamten Projektzeitraum erfolgten mehrere sachsenweite und überregionale Workshops, bei denen Projektleitende das DELTA-JU Programm interessierten Psychotherapierenden vor allem aus Mitteldeutschland näherbringen konnten, z.B. im Rahmen der Verhaltenstherapie-Weiterbildungstage der dgvt - Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie in Köln und Magdeburg sowie im Rahmen eines DGKJP-Online-workshops spezifisch für ärztliche Psychotherapierende. Darüber hinaus wurden DELTA und DELTA-JU in einem 2023 veröffentlichten Dokumentationsband anlässlich der 32. Niedersächsischen Suchtkonferenz der Fachöffentlichkeit präsentiert (Kuitunen-Paul, Kutzner & Golub, 2023) sowie in einem eingeladenen Beitrag der dgvt-Zeitschrift Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (Kuitunen-Paul & Golub, 2023). Im Rahmen der Ausbildung von Sozialarbeitenden, die zukünftig in Jugendwohneinrichtungen arbeiten werden, wurde wiederholt ein Projektleiter von der Evangelischen Hochschule Dresden (EHS) eingeladen, eine mehrstündige Weiterbildungsveranstaltung zum Thema „Sucht im Jugendalter“ sowie zum DELTA-/DELTA-JU-Manual zu leiten (Kuitunen-Paul & Meiron Zwipp, 2023). Auch im Jahr 2024 erfolgten weitere Beiträge und Workshops u.a. beim Deutschen Suchtkongress in Köln (Golub, 2024) und beim DGKJP Kongress in Rostock (Golub & Kuitunen-Paul, 2024).

### 3.3 Evaluationsphase (November 2024 bis Januar 2025)

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die erfassten Daten systematisch aufbereitet. Dies umfasste die Prüfung auf Vollständigkeit, die Bereinigung fehlerhafter oder unplausibler Werte sowie die Kodierung und Transformation relevanter Variablen gemäß den definierten Auswertungsrichtlinien. Dabei wurde besonders auf die Sicherstellung der Datenqualität und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben geachtet. Die anschließende Datenanalyse erfolgte in mehreren Schritten: Datenkontrolle, deskriptive Auswertung von soziodemografischen Variablen, sowie deskriptive und inferenzstatistische Auswertung (v.a. Varianzanalysen mit Messwiederholung und t-Tests) der primären bzw. sekundären Outcomevariablen, siehe Abschnitt „Ergebnisse“. Die Daten der Kontrollgruppe können erst nach Erreichen einer aussagekräftigen Proband\*innenanzahl ausgewertet und wissenschaftlich publiziert werden. Daher sind die mit „x“ notierten Hypothesen (z.B. 2.2x) erst nach Abgabe des Abschlussberichts überprüfbar. Geprüft wurden die folgenden Hypothesen wie im Förderantrag beschrieben (Primäroutcomes fett hervorgehoben):

#### 2. Behandlung unter realen Bedingungen prüfen:

Bezogen auf die *Jugendgruppe* kann angenommen werden:

- 2.1. Deskriptiv bedeutsamer **Wissenszuwachs** bezüglich der jeweiligen Sitzungsthemen (mindestens 2=trifft eher zu, Fragebogen GEJ)
- 2.2. signifikante Reduktion des substanzspezifischen **Cravings** von T0 zu T1, gemessen über die Summenwerte der Fragebogeninstrumente (MACS für Tabak, MACS für SUD-Hauptsubstanz)  
→ 2.2x: Reduktion signifikant größer als im natürlichen Verlauf (T-1 zu T0)
- 2.3. signifikante Reduktion der substanzspezifischen **SUD-Symptome** von T0 zu T1, gemessen über die Summenwerte der Fragebogeninstrumente (FTND für Tabak, AUDIT /DUDIT für SUD-Hauptsubstanz)  
→ 2.3x: Reduktion signifikant größer als im natürlichen Verlauf (T-1 zu T0)
- 2.4. signifikante Reduktion des **Rauchverhaltens** von T0 zu T1, gemessen über die subjektiv angegebene Summe gerauchter Zigaretten in den letzten 7 Tage  
→ 2.4x: Reduktion signifikant größer als im natürlichen Verlauf (T-1 zu T0)

Bezogen auf die *Betreuendengruppe* kann angenommen werden:

- 2.5. Deskriptiv bedeutsamer **Wissenszuwachs** (mindestens 2=trifft eher zu, Fragebogen GEB)
- 2.6. sehr hohe **Zufriedenheit** (Rating 4-5, Fragebogen GEB-Zusatzitems)

Zusätzlich und explorativ werden folgende *sekundäre Outcomes* im Zeitverlauf T0-T1 betrachtet:

- Jugendgruppe: Schwere der Komorbiditäten, subjektive Stress-Belastung, subjektive Lebenszufriedenheit (BDI-II, PQ-16, UCLA-PTSD, PSS-10, SWLS)
- Betreuende-Gruppe: subjektiven Stress-Belastung (ERI-S-10 und PSS-10 für Betreuende).  
*Anmerkung: Nachdem in der Pilotierungsphase keine PSS-10 Daten von Eltern erhoben*

## 4. MEILENSTEINE

### 4.1 Anpassungsphase (2022)

- 01.02.2022: Registrierung der Studie im Deutschen Register Klinischer Studien (DKRS)<sup>3</sup>
- 29.03.2022: Erstes Betreuenden-Interview
- 04.05.2022: Letztes Betreuenden-Interview
- 12.07.2022: Veröffentlichung der Masterarbeit zu Weiterbildungsbedarfen bei Betreuenden
- 23.11.2022: Abschluss der Manualüberarbeitung

<sup>3</sup> <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00027913>

#### 4.2 Erhebungsphase (2022-2025)

- 02.02.2022: Erste Datenerhebung für Zeitpunkt T-1 in einer Wohngruppe
- 07.02.2022: Erste Datenerhebung (psychologische Testung) für Zeitpunkt T0 in einer -Wohngruppe <sup>4</sup>
- 28.11.2022: Erste Datenerhebung für Zeitpunkt T1 in einer Wohngruppe
- 04.08.2022: Erster Gruppentermin einer Erhebungsgruppe
- 04.04.2023: Erste Betreuendenweiterbildung
- 14.03.2024: letzter Gruppentermin einer Erhebungsgruppe
- 09.04.2024: Letzte Datenerhebung für Zeitpunkt T1 in einer Wohngruppe
- 30.09.2024: Letzte Datenerhebung für Zeitpunkt T-1 in einer Wohngruppe
- 20.01.2025: Letzte Datenerhebung für Zeitpunkt T0 in einer Wohngruppe
- 14.01.2025: Letzte Betreuendenweiterbildung

#### 4.3 Evaluationsphase (2024-2025)

- 01.11.2024: Beginn quantitative und qualitative Datenkontrolle
- 30.11.2024: Abschluss Aufbereitung des erhobenen Datensatzes
- 30.11.2024: Beginn statistische Datenanalyse
- 01.12.2014: Beginn qualitative Datenauswertung
- 10.12.2024: Beginn Erstellung Abschlussbericht
- 29.01.2025: Finalisierung Abschlussbericht

### 5. ERGEBNISSE

Zunächst wurden die Gruppentherapie für Jugendliche, sowie die Betreuendenweiterbildung auf Grundlage des DELTA-Programms überarbeitet. Dabei flossen sowohl die Erfahrungen des Projektteams aus der Pilotierung als auch die Ergebnisse qualitativer Interviews mit Betreuenden ein (s. 5.1). Anschließend wurde die Wirksamkeit des DELTA-JU-Programms unter realen Bedingungen in zwei Zielgruppen geprüft: der Jugendgruppe (s. 5.2) und der Betreuendengruppe (s. 5.3).

#### 5.1 Ergebnisse für die Überarbeitung von Manual und Betreuendenweiterbildung

Die erste Pilotierung des DELTA-Programms in suchtspezifischen Jugend-WGs zeigte eine hohe Erreichungsquote von 50% bis 75% der Jugendlichen je nach Wohngruppe. Aus den informellen Rückmeldungen der Gruppenleitenden wurden Anpassungsbedarfe für die Umsetzung des Programms in Jugend-WGs identifiziert: der Bedarf nach einem gezielten Schulungsangebot für WG-Betreuende sowie der Bedarf nach stärkerer Berücksichtigung von Alkohol- und Tabakkonsum sowie psychiatrischen Komorbiditäten. Das Studienteam entschied zudem, den Fokus auf die Abstinenzaufrechterhaltung (statt nur Abstinenzerrreichung, wie im ersten Drittel des DELTA-Manuals) zu legen. Darüber hinaus wurde als notwendig erachtet, die Sitzungen des DELTA-Manuals an die spezifischen Gegebenheiten der Jugend-Wohngruppen anzupassen. Wichtige WG-spezifische Anpassungen des DELTA-Programms, die für DELTA-JU vorgenommen werden sollten, sind in **Tabelle 5.1** aufgeführt. Es kann geschlussfolgert werden, dass die äußeren Bedingungen in WGs vorteilhaft erscheinen und eine regelmäßige Programmteilnahme begünstigen, jedoch einige Programminhalte und die Programmdurchführung in mehreren Punkten angepasst werden müssen, um eine hohe Zufriedenheit und letztendlich die Wirksamkeit des Programms zu ermöglichen. Zudem sollten Schulungsangebot für WG-Betreuende entwickelt werden und dass der Konsum der (für Erwachsene) legalen Substanzen Alkohol und Tabak stärker in den Fokus gerückt werden - parallele zu ebenso wichtigen psychiatrischen Komorbiditäten.

---

<sup>4</sup> Als offizieller Studienstart vermerkt im DRKS

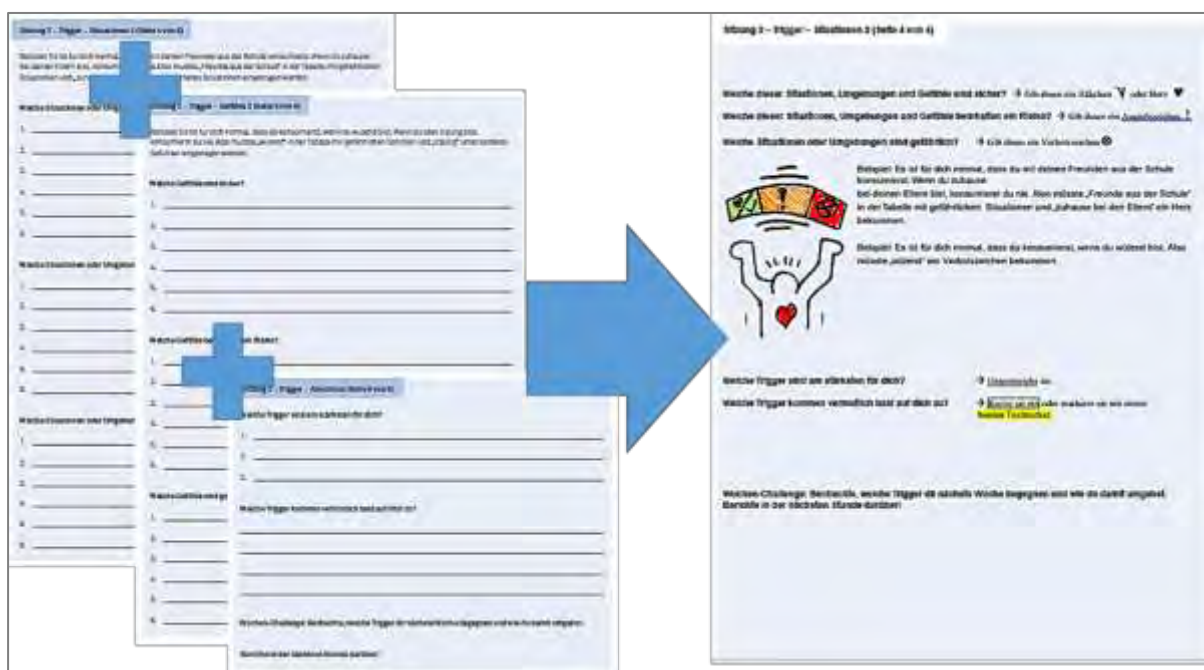
**Tabelle 5.1** Auswahl wichtiger WG-spezifischer Aspekte des DELTA-Programms, die für DELTA-JU überarbeitet werden sollten

Aspekt des DELTA-Programms		Ausprägung bei ambulanter Behandlung	Ausprägung bei Behandlung in der WG	Veränderbarkeit des Aspektes in WGs	Bedeutsamkeit für Überarbeitung	Konsequenz für DELTA-JU Entwicklung
<b>Bedingungen der Durchführung</b>	Verbindlichkeit	Freiwillig, mit der Option eines Behandlungsabbruchs seitens der Patient*innen und Eltern	Verbindliche, wiederkehrende Struktur mit hoher Transparenz und Kontinuität	Stabil	vorteilhaft	Reduziert Durchführungsrisiko der Studie
	Interaktionen	Interaktionen im Rahmen der Eltern-Kind-Beziehung	professionell handelnde Betreuende	Veränderbar	vorteilhaft	Reduziert Durchführungsrisiko, verbessert durch Betreuendenschulung
	Akute Gefährdungslage	Teils Einweisung in Entzugsklinik nötig bei ambulanten, akut konsumierenden Patient*innen	Jugendliche bereits von allen Substanzen (außer Tabak) abstinent	Stabil	vorteilhaft	Reduziert Durchführungsrisiko der Studie
	Vermutete Konsequenz	↓ Seltenerer Teilnahme an DELTA	↓ Regelmäßige Teilnahme	-	-	-
<b>Inhalte (Jugendgruppe)</b>	Alkoholkonsum	Häufig, wird besprochen (DELTA-Sitzung 15/16)	Selten, meist auf Ausgängen / Beurlaubung am Wochenende	Veränderbar	Rückfallrisiko	Sitzungsinhalt muss bestehen bleiben und auf Abstinenz zielen
	Tabakkonsum	Kommt fast immer vor, wird nicht in DELTA besprochen	Kommt fast immer vor, teils reglementiert	Veränderbar	Oft behandlungsbedürftig	Sitzungsinhalt muss ergänzt werden, kontinuierlicher Motivationsaufbau und Abstinenzunterstützung zu erarbeiten
	Komorbide Störungen	Kommen häufig vor, Symptome oft durch Konsumwirkungen unterdrückt	Kommen noch häufiger vor, teils verstärkt durch Abstinenz	Veränderbar	Rückfallrisiko, oft behandlungsbedürftig	Screening für Störungen in Manual ergänzen, Behandlungsinhalte erweitern auf andere häufige Störungssymptome (z.B. Panikattacken, Depression, Traumafolgestörungen)
	Vermutete Konsequenz	↓ Hohe Passung zu DELTA-Inhalten, höhere Zufriedenheit	↓ Geringere Passung zu DELTA-Inhalten, geringere Zufriedenheit	-	-	-
<b>Techniken der Durchführung</b>	Angehörigengruppe	Angehörige meist mit hoher räumlicher und sozialer Nähe, mitbelastet, Informationsbedarf	Angehörige wohnen getrennt vom Jugendlichen, meist bereits entlastet, teils Informationsbedarf	Veränderbar (Gruppenangebot)	Informationsangebot ausreichend	Angehörigengruppe auf Informationsvortrag mit Fragerunde („Elternabend“) reduzieren
	WG-Betreuende einbeziehen	Meist keine Betreuenden vorhanden oder im Rahmen von Fall- und Helferkonferenzen einbezogen	Hoher räumliche / soziale Nähe ohne persönliche Mitbelastung, Ausbildung und fachlicher Hintergrund zu Sucht variabel	Veränderbar (Gruppenangebot)	Bedarf nicht gedeckt	Betreuendengruppe mit modularen Inhalten, die dem Kenntnisstand und den Weiterbildungsbedürfnissen der diversen Betreuenden anpassbar sind
	Hausaufgaben / Challenges	Auf ambulante Patient*innen zugeschnitten (konsumierend, Rückfallgefahren im Alltag häufig)	Nicht auf WG zugeschnitten (dort v.a. Tabak-/Medienkonsum, Rückfallgefahren bei Beurlaubung und WG-Austritt)	veränderbar	Wird wöchentlich benötigt	Anpassen auf WG-Situation
	Vermutete Konsequenz	↓ Hohe inhaltliche Passung Höhere Zufriedenheit	↓ Geringere inhaltliche Passung, geringere Zufriedenheit	-	-	-

Im Rahmen der qualitativen Auswertung von N=10 leitfadengestützten Interviews mit Betreuenden der Wohngruppen (Rohde, 2022), konnte gezeigt werden, dass bestimmte Herausforderungen bei beinahe allen Interviewten im Vordergrund standen und beachtet werden mussten: Beziehungsgestaltung, personelle und zeitliche Ressourcen, sowie Motivation der Jugendlichen. Konkrete Unterstützungsbedarfe sowie eigene Vorerfahrungen mit SUD-bezogenen Weiterbildungen hingegen fielen „sehr individuell“ aus (Rohde, 2022) und konnten daher nur punktuell bei der Planung berücksichtigt werden. Bezogen auf die Weiterbildung wurden konkrete Wünsche hinsichtlich des Austausches mit (fachfremden) Personen benannt, sowie Themen zu Beziehungsgestaltung, komorbiden Störungen und Kommunikationsmethoden bei gleichzeitig ausgeprägter Praxisorientierung (insbesondere durch Fallbeispiele). Hinsichtlich der Rahmenbedingungen variierten die Wünsche stark und betonten teils gegensätzliche Lösungsvorschläge (z.B. Durchführung nicht am Arbeitsort). Als Kernthemen benennt Rohde (2022):

- Theoretisches Wissen, vor allem im Bereich Substanzkunde sowie komorbide Störungen
- Beziehungsgestaltung und Kommunikationsmethoden wie Motivierende Gesprächsführung,
- Methoden zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen der Jugendlichen.

Entsprechend der Wünsche und Anforderungen wurden die Inhalte teils ergänzt, Materialien für Jugendliche leicht gekürzt und durchgehend illustriert (Beispiel in [Abbildung 5.1](#)). Zudem wurde die Betreuendenweiterbildung um Fallbeispiele und optionale Vertiefungsfolien erweitert.



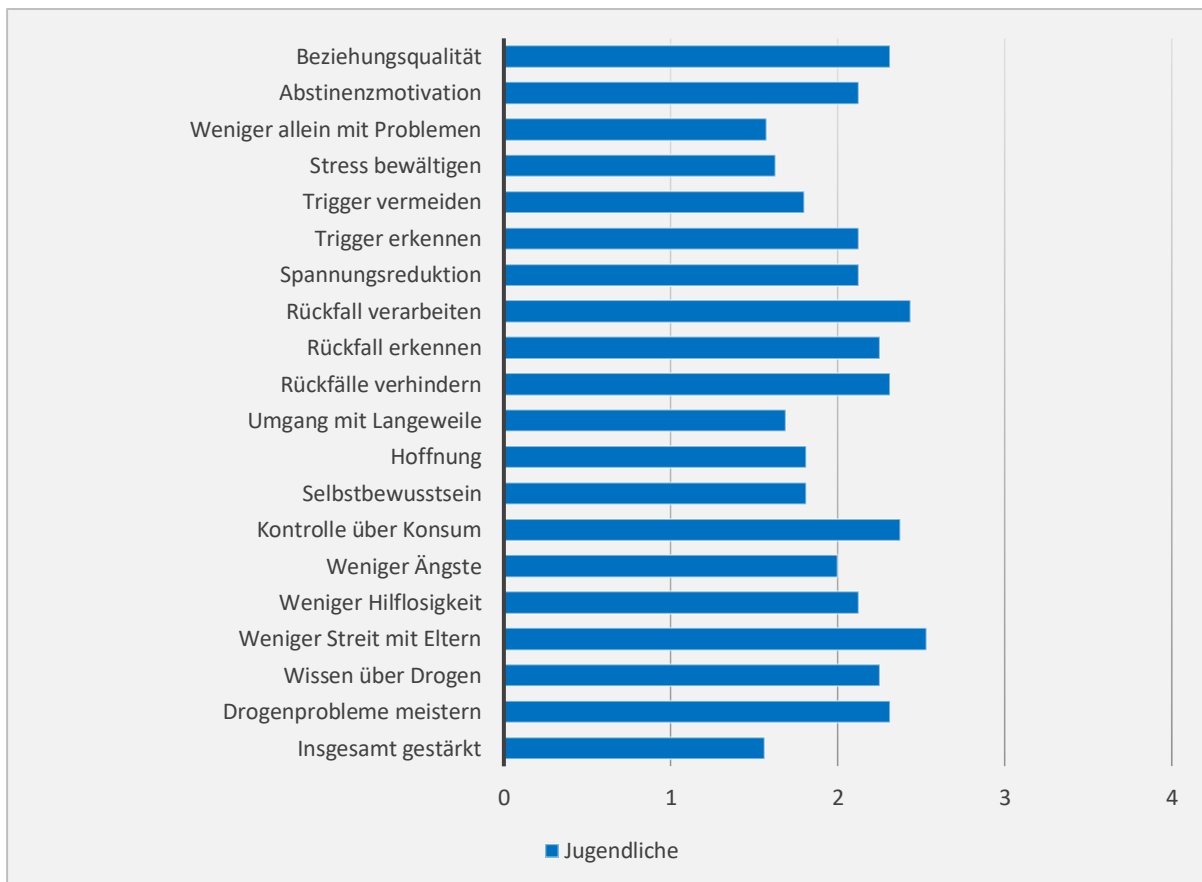
**Abbildung 5.1** Beispiel für Überarbeitung und verstärkte Illustration der Jugendgruppenmaterialien („Handouts“) an Beispiel von Sitzung 2, für die aus drei DELTA-Arbeitsblätter mit viel nicht illustriertem Fließtext ein einziges Arbeitsblatt mit Illustration entwickelt wurde

## 5.2 Ergebnisse für die Jugendgruppe

Das durchschnittliche Alter der TG-Teilnehmenden (N=38) lag bei 16 Jahren (M=16.3, SD=1.2), während das der KG-Teilnehmenden ebenfalls etwa 16 Jahre betrug (M=16.12, SD=0.99). Die TG umfasste 22 männliche (69.4%) und 16 weibliche Teilnehmende (42.1%), während die KG aus 10 weiblichen (58.82%) und 7 männlichen Teilnehmenden (41.18%) bestand. TG-Jugendliche besuchten im Durchschnitt 10.3 Gruppensitzungen (SD=4.6). 60.4% der Jugendlichen nahmen an 10 oder mehr Therapiesitzungen teil, während 20.9% weniger als der Hälfte der Sitzungen besuchten.

### 5.2.1 Wissenszuwachs der Jugendlichen

Der Gruppenevaluationsbogen (GEJ) wurde von N=16 Jugendlichen zum Ende der Gruppentherapie ausgefüllt und zeigt, dass die Jugendlichen in zahlreichen Bereichen einen deutlichen Wissenserwerb erlangten (siehe [Abbildung 5.2](#)). Die subjektive Bewertung, wie nützlich die Therapie insgesamt wahrgenommen wurde, zeigte dabei eine durchschnittliche Bewertung von 2.06 (SD=0.30), d.h. es traf also in der Regel „eher zu“, dass die Therapie in allen relevanten Aspekten als hilfreich bewertet wurde. Die höchsten Bewertungen wurden für die Aspekte „weniger Streit mit Eltern (M=2.53)“, für „Rückfall verarbeiten (M=2.44)“ und für „Kontrolle über Konsum (M=2.38)“ gegeben.



**Abbildung 5.2** Selbstberichteter Wissenserwerb in der DELTA-Jugendgruppe (N=16), je nach Sitzungsinhalt. 0=trifft gar nicht zu, 1=trifft ein wenig zu, 2=trifft eher zu, 3=trifft meistens zu, 4=trifft immer zu.

### 5.2.2 Primäroucomes im Zeitverlauf

Alle Outcomes wurden mitsamt dazugehöriger Hypothesen a-priori festgelegt. Dabei wurde unterschieden zwischen Primäroucomes, die sich auf die SUD der Jugendlichen beziehen (z.B. SUD-Symptome), und Sekundäroucomes, die durch jeweils ein einzelnes Programmelement in den Blick genommen wurden (z.B. PTSD-Symptome in Bezug auf eine DELTA-Sitzung zum Umgang mit Gefühlen). Je nach Ausmaß vorhandener Daten unterschied sich die Anzahl analysierter Jugendlicher, wobei einzelne fehlende Werte durch Mittelwerte ersetzt wurden.

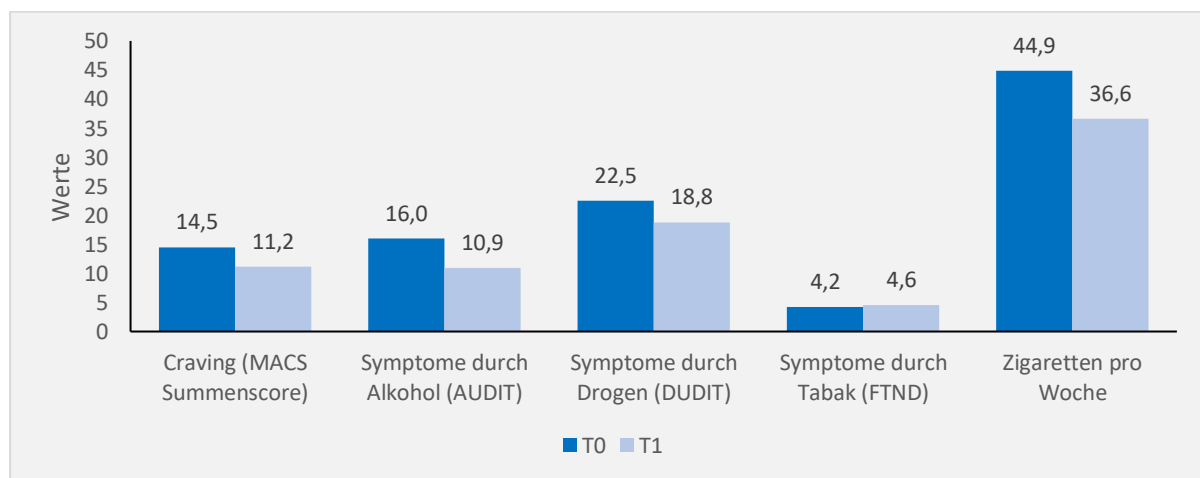
Aufgrund teilweise fehlender Fragebogen über verschiedene Personen hinweg wären nur N=14 Jugendliche mit T0- und T1-Werten für alle Fragebögen auswertbar gewesen in einer MANOVA, die mehrere Outcomes berücksichtigt (dort: großer nichtsignifikanter Zeiteffekt mit  $\eta^2_{\text{partiell}}=.275$ ,  $p=.648$ ). Deshalb wurden die einzelnen Outcomes in jeweils einer einzelnen ANOVA mit Messwiederholung auf einen Zeiteffekt hin getestet, siehe [Tabelle 5.2](#) und [Abbildung 5.3](#). Diesbezüglich fanden sich nichtsignifikante Effekte von unterschiedlich großer Effektstärke, die im Sinne ihrer Ausrichtung aber als Hinweise auf eine Programmwirksamkeit ausgelegt werden könnten: Die großen signifikanten Reduktionen der Symptome durch Alkohol (AUDIT) und der Symptome durch

Drogen (DUDIT) als auch die mittelgroße nichtsignifikante Reduktion des substanzbezogenen Cravings (MACS) zeigen deutlich die Wirksamkeit des Programms hinsichtlich der priorisierten Outcomes und ergänzen damit die ebenso ausgefallenen Effekte des DELTA-Programms im ambulanten Bereich (Basedow\*, Kuitunen-Paul\* et al., 2023). Die Anzahl gerauchter Zigaretten in der letzten Woche hat sich geringfügig und nichtsignifikant verringert um immerhin fast 10 Zigaretten pro Woche, während sich die Symptome durch Tabak (FTND) leicht nichtsignifikant erhöhten, was auf verstärkte Entzugsbeschwerden hindeuten könnte. Da die Mindeststichprobengröße von N=20 auszuwertenden Jugendlichen (vgl. Antrag S.20f.) in der Regel nur knapp verfehlt wurde, sind die Ergebnisse hinreichend gegen Zufallseinflüsse abgesichert und geben damit ernstzunehmende Hinweise, dass die Programmteilnahme mit einigen wünschenswerten Veränderungen nach 16 Wochen verbunden sein kann. Es könnte dahingehend sinnvoll sein, weitere Daten von teilnehmenden Jugendlichen zu sammeln. Kritisch erscheint weiterhin das Fehlen einer ausreichend großen Kontrollgruppe, ohne die eine Kontrolle der natürlichen Entwicklung nicht möglich war. Sobald die T1-Daten der laufenden Kontrollgruppen verfügbar sind, erscheint diese Prüfung im Rahmen einer MANOVA mit Messwiederholung realistisch umsetzbar, ebenso wie die Exploration möglicher Zusammenhänge zwischen den Outcomevariablen und soziodemografischen Merkmalen mithilfe multipler linearer Regression und Korrelationskoeffizienten.

**Tabelle 5.2** Primäroutcomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf

ANOVAs mit Messwiederholung	N	M <sub>T0</sub> (SD)	M <sub>T1</sub> (SD)	Δ <sub>M</sub>	F	p	η <sup>2</sup> <sub>part.</sub>	Effekt
Craving (MACS Summenscore)	18	14.5 (12.5)	11.2 (10.0)	-3.3	1.979	.178	.104	Mittel <sup>§</sup>
Symptome durch Alkohol (AUDIT)	17	16.0 (10.8)	10.9 (11.4)	-5.1	2.849	.111	.151	Groß <sup>§</sup>
Symptome durch Drogen (DUDIT)	19	22.5 (13.8)	18.8 (14.1)	-3.7	2.080	.166	.104	Mittel <sup>§</sup>
Symptome durch Tabak (FTND)	18	4.2 (2.4)	4.6 (2.7)	+0.4	0.415	.528	.024	Klein
Zigaretten pro Woche <sup>5</sup>	20	44.9 (46.9)	36.6 (31.0)	-8.3	0.735	.402	.037	Klein <sup>§</sup>

Anmerkung: Effektstärken werden unterschieden in irrelevant (d.h. η<sup>2</sup>partiell < .01), klein (η<sup>2</sup>partiell ≥ .01), mittel (η<sup>2</sup>partiell ≥ .06) und groß (η<sup>2</sup>partiell ≥ .13). Eine Korrektur der p-Werte nach der Bonferroni-Holm-Methode wurde unterlassen, da keine signifikanten Effekte zu finden waren. §=hypothesenkonformer Effekt.



**Abbildung 5.3** Primäroutcomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf

### 5.2.3 Sekundäroutcomes im Zeitverlauf

Aufgrund teilweise fehlender Fragebogen über verschiedene Personen hinweg wären nur N=15 Jugendliche mit T0- und T1-Werten für alle Fragebögen auswertbar gewesen in einer MANOVA, die mehrere Outcomes berücksichtigt (dort: großer nichtsignifikanter Zeiteffekt mit η<sup>2</sup><sub>partiell</sub>=.548, p=.327). Deshalb wurden die einzelnen Outcomes in jeweils einer einzelnen ANOVA mit Messwiederholung auf einen Zeiteffekt hin getestet, siehe

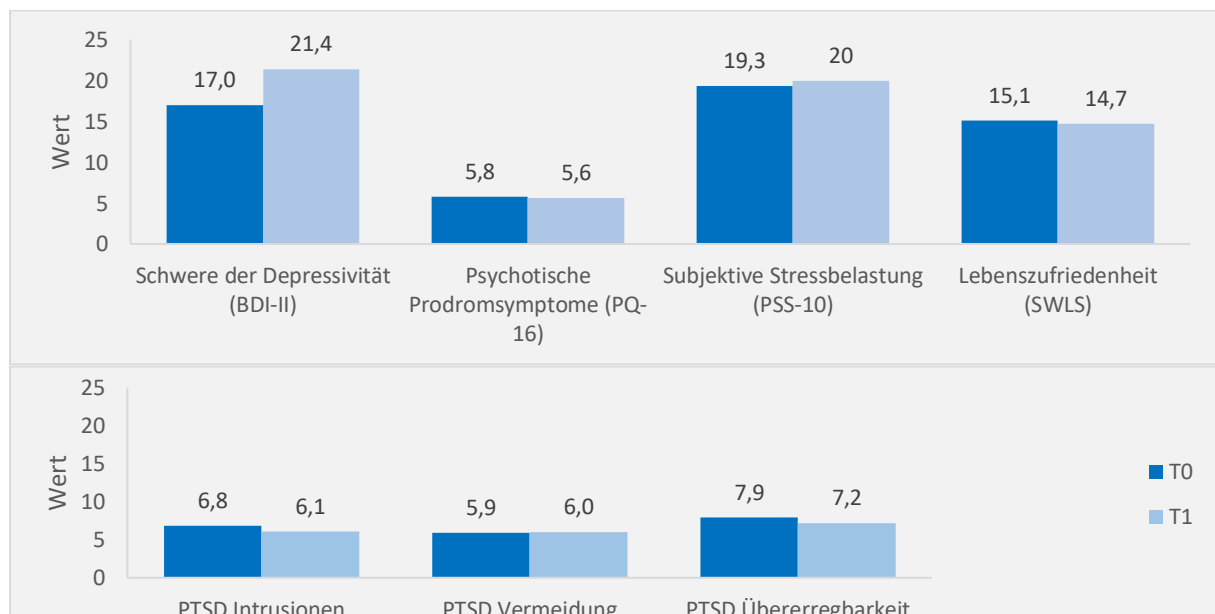
<sup>5</sup> Basierend auf Berechnung nach Ausschluss von N=1 Person, die zu T0 keinen Konsum im letzten Monat angab, wohl aber im Jahr vor T0 (täglich 10 Zigaretten) als auch bei T1 (täglich 10 Zigaretten). Es ist daher naheliegend, dass diese Person nur im Monat vor WG-Aufnahme abstinent war, etwa weil die Entzugsklinik rauchen verbietet. Blicke diese Person eingeschlossen, würden folgende Werte erzielt werden: N=21, M<sub>T0</sub>=42.8 (SD=46.7), M<sub>T1</sub>=38.2 (SD=31.0), Differenz=-4.6, F=0.214, p=.649, η<sup>2</sup>part=.011, kleiner hypothesenkonformer Effekt.

Tabelle 5.3 und Abbildung 5.4. Lediglich Depressivität zeigte eine große Veränderung im Sinne eines erhöhten Durchschnittswertes zu T1, was für den in der MANOVA gezeigten Zeiteffekt ausschlaggebend gewesen sein dürfte. Die Sekundäroucomes Stressbelastung, Lebenszufriedenheit, psychotische Prodromalsymptome sowie verschiedene PTSD-Symptomcluster veränderten sich im Zeitraum T0 zu T1 leicht bis gar nicht sowie nichtsignifikant. Das Programm scheint also vor allem auf die primären Outcomes einen Effekt auszuüben, während zusätzliche Belastungen davon vermutlich nicht oder nur geringfügig beeinflusst werden. Gleichzeitig sollte eine mögliche Zunahme der Depressivität im Blick behalten werden, da diese typischerweise in der Abstinenzphase auftritt und für den weiteren Genesungsverlauf (z.B. als Rückfallauslöser) von Bedeutung sein kann.

**Tabelle 5.3** Sekundäroucomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf

ANOVAs mit Messwiederholung	N	M <sub>T0</sub> (SD)	M <sub>T1</sub> (SD)	Δ <sub>M</sub>	F	p	η <sup>2</sup> <sub>part</sub>	Effekt
Schwere der Depressivität (BDI-II) <sup>6</sup>	22	17.0 (13.0)	21.4 (11.8)	+4.4	4.256	.052	.169	Groß
Psychotische Prodromalsymptome (PQ-16)	18	5.8 (4.2)	5.6 (4.8)	-0.2	0.019	.891	.001	-
PTSD-Symptomskalen (UCLA-PTSD)								
Skala „Intrusionen“	20	6.8 (5.6)	6.1 (5.7)	-0.7	0.248	.624	.013	Klein <sup>§</sup>
Skala „Vermeidung“	20	5.9 (6.1)	6.0 (5.0)	+0.1	0.002	.966	.000	-
Skala „Übererregbarkeit“	20	7.9 (4.9)	7.2 (5.6)	-0.7	0.268	.611	.014	Klein <sup>§</sup>
Subjektive Stressbelastung (PSS-10)	20	19.3 (6.0)	20.0 (6.4)	+0.7	0.262	.615	.014	Klein
Lebenszufriedenheit (SWLS)	20	15.1 (7.7)	14.7 (8.2)	-0.4	0.043	.837	.002	-

Anmerkung: Effektstärken werden unterschieden in irrelevant (d.h. η<sup>2</sup>partiell < .01), klein (η<sup>2</sup>partiell ≥ .01), mittel (η<sup>2</sup>partiell ≥ .06) und groß (η<sup>2</sup>partiell ≥ .13). Eine Korrektur der p-Werte nach der Bonferroni-Holm-Methode wurde unterlassen, da keine signifikanten Effekte zu finden waren. §=hypothesenkonformer Effekt.



**Abbildung 5.4** Sekundäroucomes der Jugendgruppen-Teilnehmenden im Zeitverlauf

### 5.3 Ergebnisse für die Betreuendengruppe

Im Projektzeitraum nahmen N=47 Betreuende an der Weiterbildung teil einschließlich Mehrfachteilnahmen (s. 3.2.2), davon füllten N=29 die Begleitbefragung aus. Das Alter der N=29 Betreuenden lag zwischen 20 und 52 Jahren (M=35.6; SD=9.0). Die Befragten waren vornehmlich weiblich (86.2%) und verfügten in der Regel über

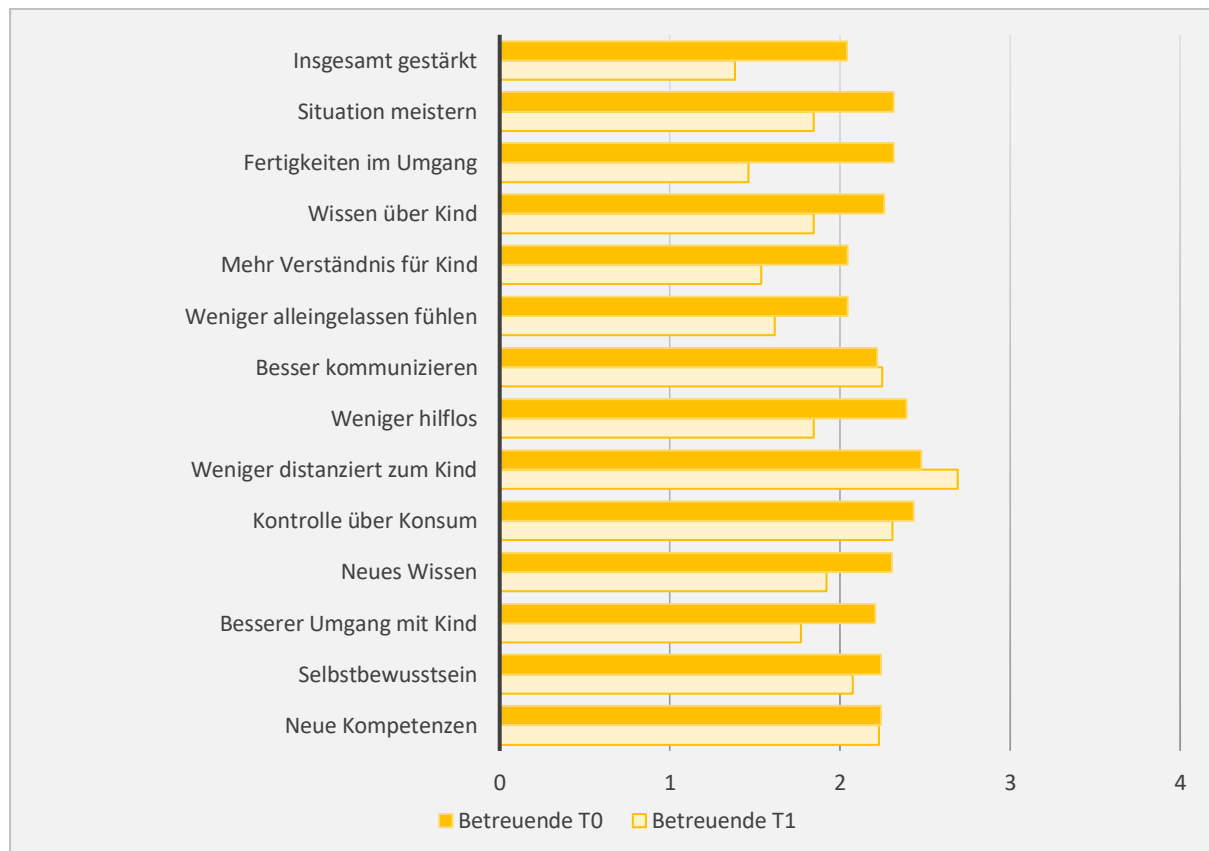
<sup>6</sup> Bei N=2 Personen fanden sich Hinweise aus invalides Antwortverhalten, die einen Ausschluss aus der Analyse rechtfertigen können: Beide erfüllen zu keinem Zeitpunkt die Diagnosekriterien für Depression im klinischen Interview, geben aber zu T1 moderate/schwere Depressivität im BDI-II an (Scores=27 bzw. 42), während bei T0 vergleichsweise geringe Werte erreicht wurden (Scores=6 bzw. 8). Würden beide Personen ausgeschlossen werden, ergäben sich folgende Werte für den BDI-II Zeitvergleich: N=20, M<sub>T0</sub>=18.0 (SD=13.3), M<sub>T1</sub>=20.1 (SD=11.4), Differenz=+2.1, F=1.974, p=.176, η<sup>2</sup>part=.094, mittlerer Effekt entgegen der hypothetisierten Richtung.

einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss (72.4%) oder über Abitur ohne anschließendes Studium (17.2%) bzw. einen Realschulabschluss (6.9%). Der größere Teil gab eine Vollzeitbeschäftigung an 57.1%. Sowohl bei den Vollzeit- als auch den Teilzeitbeschäftigten lag der Anteil an Mitarbeitenden im Schichtdienst bei 17.8%. Im Bereich des Vorwissens zu Suchterkrankungen gaben die Teilnehmenden durchschnittlich 48.48% an. Die Werte reichten dabei von keinerlei Vorwissen (0%) bis hin zu einem nahezu vollständigen Wissensstand (98%).

### 5.3.1 Wissenszuwachs der Betreuenden

Die Auswertung der Betreuendenbefragung zeigte, dass diese von einem deutlichen Wissenszuwachs berichteten (siehe [Abbildung 5.5](#), Messzeitpunkt T0, Fragebogen GEB). Für alle Themen betrug der selbstberichtete Wissenserwerb mindestens 2, d.h. es traf also eher zu, dass es in diesen Bereichen zu einem Wissenserwerb kam. Den stärksten Wissenszuwachs verzeichneten die Themen „weniger distanziert zum Kind“, „mehr Kontrolle über Konsum“ und „weniger hilflos“.

Beim Thema „weniger distanziert zum Kind“ und „besser kommunizieren“ zeigte sich sogar eine Verbesserung von T0 zu T1. Nachhaltig scheinen auch die Themen „neue Kompetenzen“, „Kontrolle über Konsum“ und „Selbstbewusstsein“ zu sein. Hier kam es zu keinem größeren Abfall der Werte. Insgesamt gesehen ist für die meisten Themen ein zu erwartender Rückgang des subjektiv eingeschätzten Wissenserwerbs von T0 zu T1 zu erkennen. Am meisten rückläufig sind die Themen „Fertigkeiten im Umgang mit Kind“, „weniger hilflos“ und „mehr Verständnis für das Kind“. Dieser Rückgang kann als wertvoller Hinweis darauf gesehen werden, welche Themen langfristig eine Auffrischung oder vertiefte Auseinandersetzung benötigen, um die Nachhaltigkeit der Weiterbildung zu sichern. Regelmäßige Follow-up-Seminare oder vertiefende Workshops könnten hier zukünftig helfen, das erworbene Wissen zu festigen und sicherzustellen, dass Betreuende auch langfristig von der Weiterbildung profitieren. Solche Angebote würden nicht nur die Nachhaltigkeit erhöhen, sondern auch die Motivation der Betreuenden unterstützen, ihre erlernten Fähigkeiten im Alltag weiter zu vertiefen.



**Abbildung 5.5** Selbstberichteter Wissenserwerb in Bezug auf die einzelnen Themen der Betreuendenweiterbildung im Vergleich T0 (N=25) und T1 (N=16). 0=trifft gar nicht zu, 1=trifft ein wenig zu, 2=trifft eher zu, 3=trifft meistens zu, 4=trifft immer zu.

Für Hypothese 2.5 wurde ergänzend ein statistischer Gruppenvergleich zu Daten aus der Pilotierung (N=4) mittels t-Test gerechnet, siehe [Tabelle 5.4](#). Die ergänzenden Vergleiche zwischen der Pilotierungsvariante der Betreuendenweiterbildung (N=4 Teilnehmende) und der finalen Studienvariante (N=16) zeigte vereinzelte Unterschiede in deren Wirksamkeit bezogen auf die unterschiedlichen Bereiche beim Wissenszuwachs. Während die Pilotierungsvariante der Betreuendenweiterbildung in den Bereichen „Besserer Umgang mit dem Kind“, „Neues Wissen“ und „neue Kompetenzen“ tendenziell höhere Ergebnisse erzielte, berichteten Teilnehmende der finalen Studienvariante einen mittelmäßig höheren Wissenszuwachs in „Verständnis fürs Kind“ und „weniger alleingelassen fühlen“ sowie einen leicht höheren Wissenszuwachs in „Situationen meistern“ und „sich weniger hilflos fühlen“. In zehn der vierzehn Wissensbereiche berichtete die Mehrheit der Teilnehmenden einen relevanten Wissenszuwachs, was als Zeichen der Wirksamkeit interpretiert werden kann.

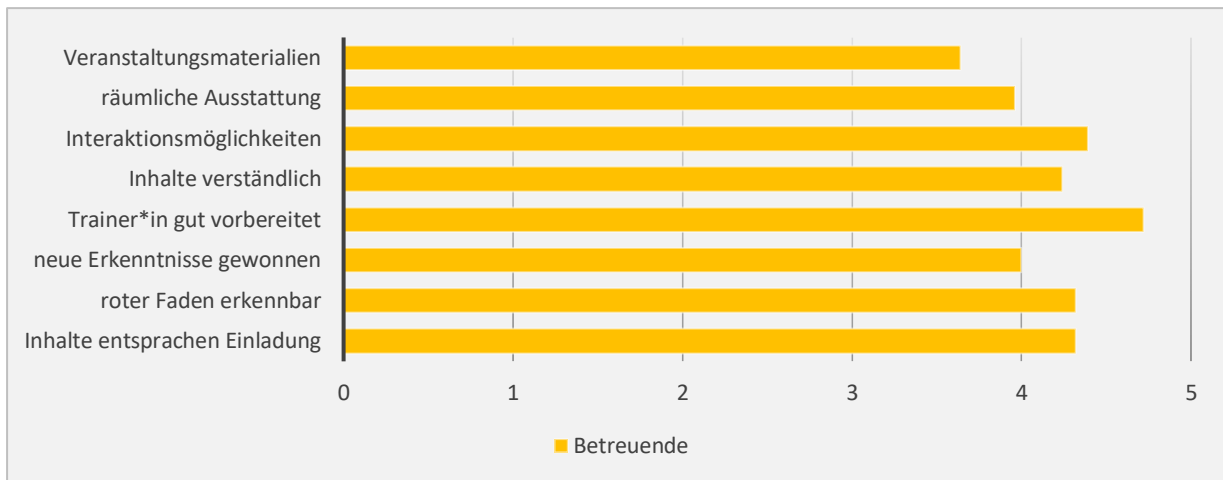
**Tabelle 5.4** Selbstberichteter Wissenserwerb in Bezug auf die einzelnen Themen der Betreuendenweiterbildung (N=16) im Vergleich mit der Pilotierungsgruppe (N=4).

	<b>M<sub>Pilot</sub></b> <b>(N=4)</b>	<b>M<sub>Studie</sub></b> <b>(N=16)</b>	<b>Relevanter</b> <b>Wissenszuwachs</b> <b>(M<sub>Studie</sub> ≥ 2.0)</b>	<b>t</b> <b>(df=18)</b>	<b>p</b>	<b>Cohen's d</b>	<b>Effekt</b>
Insgesamt gestärkt	2.25	2.31	11 von 16 (73%)	-0.126	.901	-0.07	-
Situation meistern	1.75	2.12	9 von 16 (60%)	-0.662	.517	-0.36	Klein <sup>§</sup>
Fertigkeiten im Umgang	2.00	1.81	8 von 16 (53%)	0.315	.757	0.17	-
Wissen über Kind	2.00	1.93	8 von 16 (53%)	0.104	.919	0.05	-
Mehr Verständnis für Kind	1.75	2.37	10 von 16 (66%)	-0.921	.369	-0.51	Mittel <sup>§</sup>
Weniger alleingelassen fühlen	1.75	2.56	12 von 16 (80%)	-1.295	.212	-0.72	Mittel <sup>§</sup>
Besser kommunizieren	1.75	1.87	7 von 16 (46%)	-0.166	.870	-0.09	-
Weniger hilflos	1.75	2.13	10 von 16 (66%)	-0.588	.564	-0.32	Klein <sup>§</sup>
Weniger distanziert zum Kind	1.75	1.81	10 von 16 (66%)	-0.108	.915	-0.06	-
Kontrolle über Konsum	2.00	1.75	8 von 16 (53%)	0.330	.745	0.18	-
Neues Wissen	2.50	1.80	7 von 16 (46%)	0.948	.356	0.53	Mittel
Besserer Umgang mit Kind	1.75	1.46	7 von 16 (46%)	0.418	.681	0.23	Klein
Selbstbewusstsein	2.00	1.80	8 von 16 (53%)	0.295	.771	0.16	-
Neue Kompetenzen	2.00	1.40	6 von 16 (40%)	0.810	.428	0.45	Klein

*Anmerkung:* Effektstärken werden unterschieden in irrelevant (d.h. Cohen's d < .20), klein (d ≥ .20), mittel (d ≥ .50) und groß (d ≥ .80). Eine Korrektur der p-Werte nach der Bonferroni-Holm-Methode wurde unterlassen, da keine signifikanten Effekte zu finden waren.

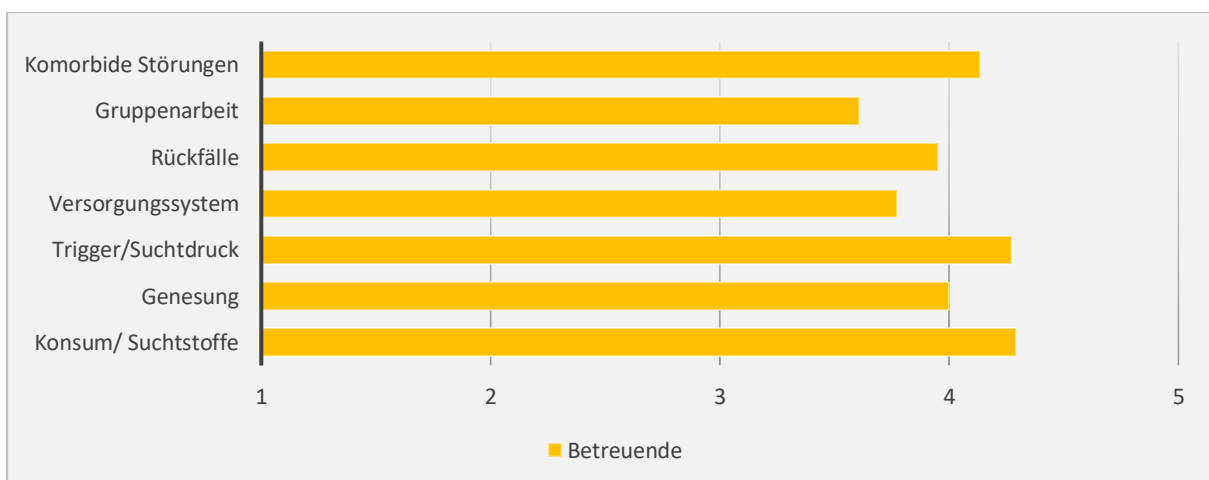
### 5.3.2 Zufriedenheit mit der Betreuendenweiterbildung

Das Weiterbildungsangebot wurde anhand eines selbstkonzipierten Fragebogens (GEB-Zusatzitems) evaluiert. Die Auswertung der Veranstaltung (siehe [Abbildung 5.6](#)) zeigt insgesamt eine hohe Zufriedenheit der N=25 Befragten. Die Ergebnisse zeigen, dass nahezu alle bewerteten Aspekte in den Zielbereich zwischen 4 und 5 fallen, was eine insgesamt positive Wahrnehmung der Veranstaltung widerspiegelt. Am höchsten waren die Zufriedenheitsratings für die Aspekte „Trainer\*in gut vorbereitet“ (M=4.72), „Interaktionsmöglichkeiten“ (M=4.39) und „roter Faden erkennbar“ (M=4.32). Für den Bereich „neue Erkenntnisse gewonnen“ konnte eine leichte Steigerung der Zufriedenheit von 3.90 auf 4.00 erreicht werden. Die Aspekte „räumliche Ausstattung“ (M=3.96) und „Veranstaltungsmaterialien“ (M=3.64) wurden tendenziell schwächer bewertet, verfehlten den Zielbereich von 4 dennoch nur knapp. Der hohe Zufriedenheitswert über alle Kategorien hinweg bestätigt, dass die grundlegenden Qualitätsansprüche an die Weiterbildung vollumfänglich erfüllt wurden. Die Veränderungen im Konzept bieten daher eine gute Grundlage, um künftige Veranstaltungen noch gezielter an die Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen und deren Zufriedenheit weiter zu steigern.



**Abbildung 5.6** Selbstberichtete Zufriedenheit mit der Veranstaltung für WG-Betreuende (GEB-Zusatzitems), (N=25). 0=überhaupt nicht, 5=trifft vollständig zu.

Zusätzlich zu den organisatorischen und strukturellen Aspekten der Weiterbildungsveranstaltung wurden die Teilnehmenden dazu befragt, wie hilfreich sie bestimmte inhaltliche Themen empfanden (GEB-Zusatzitems). **Abbildung 5.7** zeigt die Bewertung der verschiedenen Themen. Besonders positiv wurden die suchtspezifischen Inhalte „Konsum und Suchtstoffe“ (M=4.29) und „Trigger/Suchtdruck“ (M=4.27) wahrgenommen, die als hilfreich bis sehr hilfreich eingeschätzt wurden. Auch das Thema „Kombirde Störungen“ (M=4.14) wurde von den Teilnehmenden als hilfreich bewertet. Etwas niedriger fielen die Bewertungen für die Themen „Versorgungssystem“ (M=3.77) und „Gruppenarbeit“ (M=3.61) aus. Ein möglicher Grund für die geringere Bewertung des Versorgungssystems könnte ein bereits vorhandenes gutes Vorwissen der Teilnehmenden in diesem Bereich sein. Die Gruppenarbeit wurde möglicherweise im Vergleich zu den erwarteten inhaltlichen Inputs als weniger relevant wahrgenommen. Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die hohe Qualität der inhaltlichen Konzeption der Veranstaltung und die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den angebotenen Themen. Dies zeigt, dass die Weiterbildung weitgehend an den Bedürfnissen der Zielgruppe ausgerichtet war und wertvolle Impulse liefern konnte.



**Abbildung 5.7** Selbstberichtete Nützlichkeit bestimmter Themen der Veranstaltung für WG-Betreuende (N=24), 0=überhaupt nicht hilfreich, 5=sehr hilfreich.

Zudem wurde auch nach der Anwendbarkeit der Schulungsinhalte in der Praxis gefragt. Die Betreuenden schätzten diese im Durchschnitt mit 67.48% recht hoch ein, dabei wurden Bewertungen zwischen 16% und 100% abgegeben. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Schulungsinhalte die praxisrelevanten Themen der Betreuenden abbilden und davon ausgegangen wird, dass diese gut in der Praxis angewandt werden können.

Neben der vorgestellten quantitativen Auswertung der Betreuendenweiterbildung, hatten die Teilnehmenden ebenso die Möglichkeit ein persönliches Feedback mithilfe von zwei offenen Fragen abzugeben. Mit der ersten Frage wurde erfasst, was den Betreuenden besonders gut an der Weiterbildung gefallen hat (Tabelle 5.5) und bei der zweiten Frage wurde nach Verbesserungsvorschlägen gefragt (Tabelle 5.5). Die Angaben wurden anschließend qualitativ ausgewertet und in die drei Kategorien Inhalt, Durchführung und Organisation eingeordnet. Insgesamt wurden 66 Anmerkungen von den Betreuenden dahingehend abgegeben, was Ihnen gut an der Weiterbildung gefallen hat. Die meisten positiven Rückmeldungen gab es zu der Kategorie Umsetzung (50%) und hier besonders oft in Bezug auf die Referierenden, dem Eingehen auf Fragen und die abwechslungsreiche Gestaltung der Weiterbildung. Zur Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten gab es insgesamt 18 Anmerkungen. Diese bezogen sich hauptsächlich auf einige inhaltliche Punkte (44%) wie z.B. dem zu häufigen Verwenden von Fachbegriffen, zu viel Inhalt, aber auch dem Wunsch nach noch mehr fachlichen Input.

**Tabelle 5.5** Positive Aspekte und Verbesserungshinweise zur Betreuendenweiterbildung (N=29)

Kategorien	Positive Aspekte	Verbesserungshinweise
Organisation	12% <ul style="list-style-type: none"> <li>• gute Pausengestaltung</li> <li>• kostenloses Angebot</li> <li>• gutes Zeitmanagement</li> </ul>	27% <ul style="list-style-type: none"> <li>• bessere Verpflegung und Räumlichkeiten</li> <li>• Begleitbefragung zu lang</li> </ul>
Inhalt	37% <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallbeispiele</li> <li>• Wissen zu Konsum</li> <li>• Wissen zu Rückfällen</li> <li>• praktische Tipps</li> </ul>	44% <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu viel Inhalt</li> <li>• mehr praktische Tipps</li> <li>• zu viele Fachbegriffe</li> </ul>
Umsetzung	50% <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abwechslungsreich</li> <li>• Eingehen auf Fragen</li> <li>• Einbezug der Teilnehmenden</li> <li>• kompetenter Referent</li> </ul>	27% <ul style="list-style-type: none"> <li>• manchmal schwer mitzukommen, da zu viel Input</li> </ul>

*Hinweise: Anteil der Nennungen in Prozent, Mehrfachnennungen möglich*

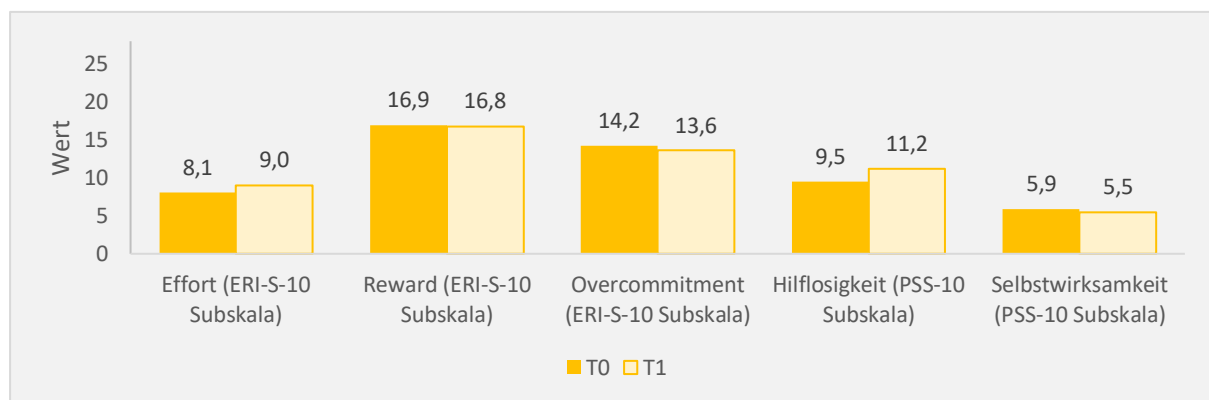
### 5.3.3 Subjektive Stressbelastung der Betreuenden (Sekundäroutcome)

Die subjektive Stressbelastung der Betreuenden wurde anhand des ERI-S-10, sowie des PSS-10 (vgl. Tabelle 5.6 und Abbildung 5.8) gemessen. Bis auf eine signifikante Zunahme des Arbeitseinsatzes (Effort-Subskala in der ERI-S-10) fanden sich sonst nur nicht-signifikante Veränderungen, die geringe bis mittlere Effektstärken aufwiesen und zum Teil im Sinne der Programmwirksamkeit ausgelegt werden könnten. Der große signifikante Anstieg von Effort (ERI-10-S Skala) kann im Sinne des dem Fragebogen zugrundeliegenden Modells verstanden als Anstieg des Arbeitseinsatzes verstanden werden, welcher ausgelöst sein könnte durch gesteigerte Motivation (z.B. durch die Teilnahme an der Weiterbildung) bzw. verringerte externe Arbeitsanforderungen. Die kleine nichtsignifikante Abnahme von Reward (ERI-10-S Skala) kann als Abnahme des Belohntwerden-Eindrucks der Betreuenden verstanden werden, der wiederum auf einer abgenommenen Motivation bzw. Verringerung externer Faktoren (z.B. Bezahlung, Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit) beruhen könnte. Die mittelgroße nichtsignifikante Abnahme des Overcommitments (ERI-S-10 Skala) kann verstanden werden als wünschenswerte Abnahme des Bemühens, Belastungen der Arbeit durch übermäßige Gegenbemühungen auszugleichen. Der kleine nichtsignifikante Anstieg von Hilflosigkeitserleben (PSS-10 Skala) deutet auf eine Zunahme der wahrgenommenen Stressbelastung hin, die nicht im Sinne der Programmteilnahme ausfiel. Der kleine nichtsignifikante Rückgang in Selbstwirksamkeit (PSS-10 Skala) kann so verstanden werden, dass weitere Maßnahmen nötig wären, um die Selbstwirksamkeit der Betreuenden zu stärken. Aufgrund der geringen Stichprobengröße unterhalb der erwarteten N=40 auszuwertenden Betreuenden (vgl. Antrag S.20f.) sind die Ergebnisse nicht ausreichend gegen Zufallseinflüsse abgesichert (d.h. bis auf eine Ausnahme alle nicht-signifikant trotz relevanter Effektstärken), geben erste Hinweise, dass die Programmteilnahme mit einigen wünschenswerten Veränderungen nach immerhin 16 Wochen verbunden sein könnte. Es könnte sinnvoll sein, weitere Betreuendendaten zu sammeln oder mit bestehenden Daten (z.B. N=4 der Pilotierung) zu poolen.

**Tabelle 5.6** Inferenzstatistische Testung der Veränderungen in Sekundäroutcomes für Betreuendenweiterbildungen

ANOVAs mit Messwiederholung	N	M <sub>T0</sub> (SD)	M <sub>T1</sub> (SD)	Δ <sub>M</sub>	F	p	η <sup>2</sup> <sub>part</sub>	Effekt
Effort-Reward-Imbalance (ERI-S-10)								
Effort	15	8.0 (1.2)	9.0 (1.8)	+1.0	5.914	.029	.297	Groß <sup>§</sup>
Reward	15	16.9 (2.2)	16.8 (2.2)	-0.1	0.012	.916	.001	Klein
Overcommitment	15	14.2 (1.6)	13.6 (2.1)	-0.6	1.628	.223	.104	Mittel <sup>§</sup>
Stressbelastung (PSS-10)								
Hilflosigkeit	12	9.5 (3.9)	11.2 (5.6)	+1.5	0.671	.430	.058	Klein
Selbstwirksamkeit	12	5.9 (1.6)	5.5 (2.7)	-0.3	0.219	.649	.020	Klein <sup>§</sup>

Anmerkung: Effektstärken werden unterschieden in irrelevant (d.h. η<sup>2</sup>partiell < .01), klein (η<sup>2</sup>partiell ≥ .01), mittel (η<sup>2</sup>partiell ≥ .06) und groß (η<sup>2</sup>partiell ≥ .13). Eine Korrektur der p-Werte nach der Bonferroni-Holm-Methode wurde unterlassen, da keine signifikanten Effekte zu finden waren.



**Abbildung 5.8** Veränderungen in Sekundäroutcomes für die Betreuendenweiterbildungen

## 6. PROJEKTOUTPUT

Die *Anpassung des DELTA Manuals* ist abgeschlossen und umfasst die Bearbeitung aller 16 Gruppeneinheiten inklusive der Handouts für Therapierende und Teilnehmende sowie die Ausarbeitung der Einzelgespräche hinsichtlich folgender Aspekte:

- stärkeren Einbeziehung komorbider psychischer Störungen/Belastungen
- Anpassung therapeutischer Hausaufgaben („Challenges“) wenn nötig
- Ergänzung jugendgerechter Illustrationen
- Ergänzung von Elementen der ressourcenorientierten & systemischen Beratung/Therapie
- Stärkere didaktische Schwerpunktsetzung auf Gruppenarbeit statt auf Arbeitsblätter
- Schwerpunktsetzung der Einzelgespräche auf Tabakentwöhnung & Motivational Interviewing

Es wurde eine *Betreuendenweiterbildung* (ca. 8 Zeitstunden) samt Materialien, d.h. animierte PowerPoint-Folien, Handouts mit Arbeitstexten, Fallbeispiele/Vignetten, vorbereitete Rollenspiele, Praxiserfahrungen sowie audiovisuelle Inhalte aus Patient\*innengesprächen konzipiert und umgesetzt. Damit wurden die identifizierten Weiterbildungsbedarfe (Rohde, 2022) umgesetzt:

- Fachwissen zu suchtspezifischen und komorbiditätsspezifischen Hintergründen
- Methodenwissen zu Beziehungsgestaltung durch Kommunikationsmethoden
- Praxisbeispiele für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen

Neben den konkreten inhaltlichen Anpassungen wurden auch folgende Wünsche zur allgemeinen Gestaltung der Weiterbildung berücksichtigt:

- ausgeglichener Theorie-Praxis-Anteil
- Fallbeispiele und Unterstützung bei der praktischen Umsetzung
- Anpassung der Schulungsinhalte an das Vorwissen der Teilnehmenden
- strukturelle Aspekte (Pausen, Methodenvielfalt, Zeit für gemeinsamen Austausch)

## 7. BEWERTUNG

### 7.1 Zielerreichung

Die Ergebnisse zeigen, dass die gesetzten Ziele erreicht wurden. Das angepasste DELTA-JU Programm unterstützt Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen dabei, ihr Wissen im Umgang mit Suchtproblemen zu stärken, und hilft Betreuenden, im gemeinsamen Austausch neues Wissen zu festigen und den Umgang mit schwierigen Situationen bzw. herausforderndem Verhalten der Jugendlichen zu reflektieren. Dabei berücksichtigt das Programm die spezifischen Anforderungen der vollstationären Einrichtungen. Die ausgeprägte Zufriedenheit, der erfolgreiche Wissenszuwachs und die vermuteten Effekte auf klinisch relevante SUD-Outcomes bestätigen den Erfolg des Programms und geben wertvolle Impulse für dessen Weiterentwicklung und zukünftige Implementierung. Die ausführliche Öffentlichkeitsarbeit auf Konferenzen, Tagungen und Workshops ebenso wie die andauernden Auswertungs- und Publikationstätigkeiten werden einen entscheidenden Anteil daran haben, dass das nunmehr fertiggestellte und evaluierte Programm den Schritt in die Implementierung in vollstationären Jugend-WGs mit Suchtschwerpunkt gehen kann.

### 7.2 Förderliche und hemmende Faktoren bei der Projektdurchführung

Die Umsetzung der DELTA-JU-Studie wurde durch mehrere *förderliche Faktoren* maßgeblich unterstützt. Besonders hervorzuheben ist die Förderung durch die Roland Ernst Stiftung, einschließlich der kostenneutralen Verlängerung des Projektzeitraums, die wesentlich zum erfolgreichen Abschluss der Studie beitrug. Zudem konnte durch die gute Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Jugendhilfeeinrichtungen, eine verlässliche Basis für die Durchführung der Studie gebildet werden. Die bereits im DELTA-Programm entwickelten Manuale und die gesammelten Erfahrungen konnten effizient genutzt werden, was den Entwicklungsprozess erheblich beschleunigte. Außerdem zeigte die große Nachfrage nach Workshops und Präsentationen auf Kongressen und öffentlichen Veranstaltungen nicht nur die hohe Relevanz des Programms, sondern auch dessen breite Akzeptanz und Wirkung in Fachkreisen.

*Hemmende Faktoren*, die während der Durchführung der Studie auftraten, konnten weitgehend gut kompensiert werden. Ein Personalwechsel innerhalb des Studienteams fiel im erwartbaren Umfang aus, da wissenschaftliche Mitarbeitende i.d.R. nur wenige Jahre in Projekten verbleiben. Dieser Wechsel stellte zwar eine nicht unerhebliche Veränderung dar, wurde jedoch durch die Einstellung neuer wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen ebenso erfolgreich aufgefangen wie durch die intensive Kooperation & Absprache zwischen den Projektbeteiligten einschließlich der wissenschaftlichen Koordination an der KJP Dresden. Darüber hinaus konnten zwei der drei Projektleitenden sich aufgrund ihrer Projektarbeiten derart auszeichnen, dass sie auf eine W3-Professur für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie am Uniklinikum Oldenburg (Prof. Dr. Dr. Golub) berufen wurden bzw. die Vertretung einer W2-Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der TU Chemnitz (Dr. Kuitunen-Paul) antreten konnten. Zudem sind Projektleitende an der Überarbeitung der S3-Behandlungsleitlinien zu Alkohol bzw. zu Tabak beteiligt in den Kapiteln für jugendspezifische Empfehlungen. Als weiterer hemmender Faktor gestaltete sich die Erreichbarkeit der Wohngruppen in einigen Fällen schwierig, was zusätzliche organisatorische Ressourcen erforderte. Zudem waren die Jugendlichen nicht immer über den gesamten Erhebungszeitraum in den Wohngruppen präsent, da sie die Einrichtungen teilweise frühzeitig verließen. Dies führte zu einer Reduktion der auswertbaren Stichprobengröße, konnte jedoch durch eine kontinuierliche Datenerhebung, enge Abstimmung mit den WGs und zusätzliche Erhebungstage pro T0/T1-Erhebung zumindest teilweise kompensiert werden. Insgesamt zeigen die förderlichen Faktoren, dass das Projekt auf einer starken Grundlage aus Kooperation und Expertise aufbauen konnte, während die hemmenden Faktoren wertvolle Erkenntnisse für die Planung und Durchführung zukünftiger Projekte lieferten.

### 7.3 Nachhaltigkeit und Perspektiven

Die Ergebnisse der DELTA-JU-Studie bieten eine vielversprechende Grundlage für die nachhaltige Implementierung und Weiterentwicklung des Programms. Das überarbeitete Manual, das speziell auf die Bedürfnisse von Jugendlichen in stationären Wohngruppen abgestimmt wurde, hat sich als praxistauglich und wirksam erwiesen. Seine strukturierte Gestaltung und die praxisnahen Inhalte ermöglichen eine einfache Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen, auf die in ausgewiesenen Zeitschriftenbeiträgen für Praktiker\*innen hingewiesen wird (u.a. Basedow et al., accepted; Kuitunen-Paul & Golub, 2023; Kuitunen-Paul, Kutzner & Golub, 2023). Damit wurde eine Basis geschaffen für eine langfristige Anwendung in der stationären Jugendhilfe und ambulanten suchttherapeutischen Versorgung. Auch das entwickelte Weiterbildungskonzept für Betreuende bietet mit seinen methodisch vielfältigen und inhaltlich fundierten Modulen eine wertvolle Ressource, die langfristig zur Qualitätssteigerung in der Betreuung von Jugendlichen mit Substanzkonsumstörungen beitragen kann.

Die Anfragen zur Vorstellung des DELTA-JU-Programms sowie dessen Präsentation auf nationalen und internationalen Kongressen zeigen das anhaltend hohe Interesse der Fachöffentlichkeit an diesem innovativen Projekt. Dies belegt dessen wissenschaftlichen und praktischen Wert und eröffnet Möglichkeiten zur Verbreitung der Erkenntnisse in weiteren Kontexten. Die hohe Nachfrage nach Weiterbildungen und Vorträgen unterstreicht zudem die Relevanz der Ergebnisse für die Fachkräfteweiterbildung in der Jugendhilfe und im therapeutischen Bereich. Zukünftig bieten sich Perspektiven für weitergehende Forschung in diesem Bereich. Die verstärkte Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen und die Integration des Manuals in bereits bestehende Weiterbildungsprogramme könnten die Reichweite des Projekts weiter erhöhen und dessen Nachhaltigkeit sichern. Eine Implementierung über den förderbedingten Raum Sachsen hinaus wäre im Sinne der Verstetigung und der fortgeführten Evaluationsforschung wünschenswert. Gleichzeitig legen die bisherigen Ergebnisse nahe, dass regelmäßige Schulungen und Auffrischungen für Betreuende notwendig sind, um die langfristige Wirksamkeit des Programms zu gewährleisten. DELTA-JU stellt somit nicht nur ein praxistaugliches Programm dar, sondern ist auch eine starke Basis für zukünftige Entwicklungen und eine nachhaltige Verankerung in der Praxis.

## 8. PUBLIKATIONEN UND KONGRESSBEITRÄGE

### Peer-reviewte Veröffentlichungen

- Basedow\*, L., Kuitunen-Paul\*, S., Wiedmann, M., Roessner, V., & Golub, Y. (2023). Evaluation of the Multimodal DELTA Therapy for Adolescents with Substance Use Disorders: An exploratory pilot trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1284342>
- Kuitunen-Paul, S., Basedow, L. A., Roessner, V., & Golub, Y. (2023). Study protocol: the pragmatic, exploratory DELTA-JU trial of the group-based multimodal DELTA intervention for abstinent adolescents with substance use disorders living in youth welfare institutions. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1025347. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1025347>
- Kuitunen-Paul, S., Binder, A., Rohde, Z., Wiedmann, M. F., Basedow, L. A., Roessner, V. & Golub, Y. (in Vorbereitung). Qualitative Ergebnisse DELTA-JU leitfadengestützte Interviews.
- Reyentanz, E., Basedow, L. A., Roessner, V., & Golub, Y. (2024). PTSD, dysregulation profile and substance use: exploring differences in a sample of adolescents in an outpatient clinic. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 1421486. <https://doi.org/10.3389/frcha.2024.1421486>

### Veröffentlichungen in Fachpublikationen ohne Peer Review

- Basedow, L. A., van der Meer, A. S., Kuitunen-Paul, S., & Golub, Y. (accepted). Ambulante suchttherapeutische Versorgung von Jugendlichen. *KJP up2date*, in press.
- Golub, Y. (2025). Wie hoch ist der Preis unreifer politischer Entscheidungen für die nächste Generation? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 1–4. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000984>
- Kuitunen-Paul, S., & Golub, Y. (2023). Das DELTA-Programm in der ambulanten Behandlung von chronischem Cannabiskonsum und Cannabiskonsumstörungen bei Jugendlichen. *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen*, 19(1), 33–46.

Kuitunen-Paul, S., Kutzner, P., & Golub, Y. (2023). DELTA. Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum. In Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.), *32. Niedersächsischen Suchtkonferenz 11/2022* (pp. 33–39).

#### Bücher, Buchkapitel

Golub, Y., Basedow, L., Meiron Zwipp, J., Kuitunen-Paul, S., & Roessner, V. (2021). DELTA - Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum.

Kuitunen-Paul, S., & Atzendorf, J. (2024). Substanzkonsum im Jugendalter. In D. Deimel, D. Moesgen & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch* (pp. 420-429). Psychiatrie Verlag. ISBN 978-3-8252-6123-8. <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838561233>

Rohde, Z. (2022). Bedarfserhebung für die Entwicklung einer Weiterbildung zu Substanzabhängigkeit für Betreuende in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen. Unveröffentlichte Masterarbeit; TU Dresden.

#### Kongressvorträge, Workshops, Kongressbandabstracts

Golub, Y. (eingereicht). Trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in adolescents with substance use disorder (SUD) [Vortrag]. ESCAP Congress 2025, Strasbourg, Frankreich.

Golub, Y. (24.09.2024). Chronischer Cannabiskonsum im Jugendalter [Vortrag]. Deutscher Suchtkongress 2024, Köln.

Golub, Y. & Kuitunen-Paul, S. (20.09.2024). Durchführung der Multimodalen Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum (DELTA) [Workshop]. DGKJP Kongress 2024, Rostock.

Golub, Y., & Kuitunen-Paul, S. (2022, 24.09.). *Diagnostik, Beratung, Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Workshop at the Curriculum zur Fort- und Weiterbildung im Bereich Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter, DGKJP, online.

Golub, Y., Kuitunen-Paul, S., & Basedow, L. (2022, 02.04.). *Informationsveranstaltung zum DELTA-Manual (Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum)*. Workshop at the Sächsische Landesärztekammer & Department for Child and Adolescent Psychiatry, Technische Universität Dresden, online.

Golub, Y. (19.09.2024). Ambulante Therapieangebote für Jugendliche nach §35 BtMG: DELTA- Verpflichtend [Vortrag]. DGKJP Kongress 2024, Rostock.

Golub, Y. (18.09.2024). Trauma und PTBS bei Jugendlichen mit Substanzkonsumstörungen [Vortrag]. DGKJP Kongress 2024, Rostock.

Kuitunen-Paul, S. (2024, 13.06.). *Sucht & Abhängigkeit im Kindes- & Jugendalter*. Invited talk at the Studium Generale of the EHS (Evangelische Hochschule Dresden), Dresden.

Kuitunen-Paul, S. & Golub, Y. (2023, 12.11.). *Sucht und Substanzkonsum als Herausforderungen bei jugendlichen Patient:innen*. Workshop at the 22. Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie of the DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie), Magdeburg.

Kuitunen-Paul, S. & Meiron Zwipp, J. (2023, 20.06.). *Sucht & Abhängigkeit im Kindes- & Jugendalter*. Invited talk at the Studium Generale of the EHS (Evangelische Hochschule Dresden), München.

Kuitunen-Paul, S., Golub, Y., Basedow, L. A., & Roessner, V. (2023, 30.03.). *Vorgehen und Begleitforschung zur ambulanten Behandlung von Suchterkrankungen im Jugendalter - Das DELTA-Programm*. 27. Suchttherapietage, Tübingen.

Kuitunen-Paul, S. & Kutzner, P. (2022, 02.11.). *DELTA - Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum*. Workshop at the XXXII. Niedersächsische Suchtkonferenz, Hannover.

Kuitunen-Paul, S., Rohde, Z., Basedow, L. A., Roessner, V., & Golub, Y. (2022b, 02.05.). *Wie sollen uns denn da Forscher\*innen unterstützen? Weiterbildungsbedarfe von Mitarbeitenden in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen mit Suchtschwerpunkt – Erste Zwischenergebnisse der DELTA-JU Studie*. Paper presented at the 43. Kongress des fdr+ (Verband der Drogen- und Suchthilfe), Berlin (online).

Kuitunen-Paul, S., Rohde, Z., Basedow, L. A., Roessner, V., & Golub, Y. (2022c, 07.-09.09.). *Wie sollen uns Forschende denn unterstützen? Erste Ergebnisse zu Weiterbildungsbedarfen in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen mit Suchtschwerpunkt (DELTA-JU Studie)*. Paper presented at the Deutscher Suchtkongress, München.

Kuitunen-Paul, S., Wiedmann, M., Basedow, L. A., & Golub, Y. (2024, 24.09.). *Cannabiskonsum und Komorbidität: Daten aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Suchtambulanz*. Deutscher Suchtkongress, Köln.

Mühlig, S., & Kuitunen-Paul, S. (2022, 10.-11.09.). *Sucht und Substanzkonsum als Herausforderung bei Patienten in der niedergelassenen Praxis*. Workshop at the "State of the Art" conference of the DGVT, Münster.

Paululat, M., Reyentanz, E., Shvedovskii, E., Vasileva, M., & Golub, Y. (22.11.2024). DELTA-Train: Training and Cognitive Restoration in Adolescents and Young Adults After Chronic Substance [Poster]. Annual Conference of the Neurosensory Research Center 2024, Delmenhorst.

Reyentanz, E., Basedow, L. A., Roessner, V. & Golub, Y. (eingereicht). Associations between self-regulation and traumatic experiences in adolescents. ESTSS Congress 2025, Tbilisi, Georgien.