

Familiales Hilfesuchverhalten während der COVID-19-Pandemie und die Verschiebung in den digitalen Raum

Simone Franz¹, Kathrin Simon-Kutscher¹, Sabrina Kunze¹, Sonja Bröning², Rainer Thomasius¹ und IMAC-Mind Konsortium

¹ Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

² Medicalschoole Hamburg (MSH)

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Infolge einschneidender Veränderungen des Familienalltags aufgrund der COVID-19-Pandemie äußert eine Mehrheit der Eltern in Deutschland Unterstützungsbedarf im Umgang mit ihren Kindern. Kinder und Jugendliche wiederum sind im Jahr 2020 unter den Maßnahmen zur Infektionseindämmung erhöhten psychischen Belastungen und Risiken ausgesetzt. Das Multi-Familien-Programm „Familien (achtsam) stärken“ zielt auf die Prävention von Suchtstörungen und anderen psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ab und stärkt die Familienfunktionalität. Aufgrund der Pandemie ist das Programm im Jahr 2020 digital adaptiert worden. *Ziel:* Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Inanspruchnahme für dieses Präventionsangebot zu explorieren und mit der Inanspruchnahme für die vor der Pandemie durchgeführte Präsenzvariante zu vergleichen. *Methode:* Dabei werden Anmeldezahlen, Studienabbruchraten und Abbruchgründe im Zeitraum von August 2020 bis März 2021 (während der Pandemie) und August 2019 bis März 2020 (vor der Pandemie) deskriptiv ausgewertet. *Ergebnisse:* Während der Pandemie stiegen die Anmeldezahlen um 8,17 %. Die Studienabbruchrate ist gesunken. Die häufigsten Abbruchgründe sind Bedenken hinsichtlich der digitalen Durchführung, intrafamiliäre Probleme oder Krankheit und nachlassendes Interesse. *Schlussfolgerung:* Digitale Präventionsprogramme stellen ein relevantes und zukunftsfähiges Hilfsangebot für Familien dar, wobei mögliche Hürden für die Inanspruchnahme beachtet werden sollten.

Schlüsselwörter: eHealth, Suchtprävention, COVID-19, psychische Belastung, Achtsamkeit

Family Help-Seeking Behaviour During the COVID-19-Pandemic and the Shift to the Digital Space

Abstract: *Background:* As a result of drastic changes in everyday family life due to the COVID-19-pandemic, a majority of parents in Germany expresses a need for support in dealing with their children. In turn, children and adolescents are exposed to elevated levels of mental burden and risks under the lockdown measures. The multi-family-program “Familien (achtsam) stärken” aims to prevent addiction and other mental illnesses in children and adolescents and strengthens family functioning. Due to the pandemic, the program has been digitally adapted in 2020. *Aim:* The present study aims to explore the utilization of this prevention service and to compare it to the utilization of the presence program administered before the pandemic. *Methods:* Registration numbers, study drop-out rates and drop out reasons in the period of August 2020 to March 2021 (during the pandemic) and August 2019 to March 2020 (before the pandemic) are analyzed descriptively. *Results:* During the pandemic, registration numbers increased by 8,17 %. The study drop-out rate has decreased. The most frequent drop out reasons include concerns about the digital setting, intrafamily problems and illnesses and decreasing interest. *Conclusion:* Digital prevention services constitute a relevant and sustainable offer of help for families, however, possible obstacles to their utilization should be noted.

Keywords: eHealth, addiction prevention, COVID-19, mental burden, mindfulness

Einführung

Die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen zur Infektionseindämmung haben international zu weitreichenden Einschränkungen und Verände-

rungen im Alltag von Familien geführt. Die Auswirkungen der Pandemie gingen mit einem erhöhten Belastungs- und Stresserleben, vermehrten psychischen Problemen sowie Konflikten in Familien einher, wie mehrere, teils repräsentative Umfragestudien zeigen

Prävention von Suchtstörungen und komorbiden psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter durch das achtsamkeitserweiterte Strengthening Families Program 10-14 („Familien (achtsam) stärken“)

Zusammenfassung des Teilprojekts 6 im IMAC-Mind Verbund: „Familien (achtsam) stärken“ ist ein manualisiertes Multi-Familien-Präventionsprogramm, das am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters durchgeführt wird und Familien mit Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren unterstützt, wichtige Entwicklungsphasen des Kindes- und Jugendalters gemeinsam zu bewältigen. Inhaltlich zielt das Programm auf die Prävention von psy-

chischen Erkrankungen und Suchterkrankungen durch das Training von Lebens- und Erziehungskompetenzen ab. In dieser randomisiert-kontrollierten Studie sollen entwicklungsangemessene achtsamkeitsbasierte Interventionsmodule entwickelt und in das evidenzbasierte Präventionsprogramm „Familien stärken“ integriert werden. Achtsamkeitsbasierte Maßnahmen werden zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen als sehr vielversprechend angesehen. Im Zuge der COVID-19-bedingten Kontaktbeschränkungen wurden beide Programmvarianten digitalisiert und werden derzeit als eHealth Präventionsprogramm pilotiert. Ziel des Projektes ist es nunmehr, die Durchführbarkeit im digitalen Raum sowie die technische und inhaltliche Umsetzbarkeit der Interventionsinhalte zu untersuchen.

(Paschke, Arnaud, Austermann & Thomasius, 2021; Langmeyer, Guglhör-Rudan, Naab, Urlen & Winkhofer, 2020; Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021; Ravens-Sieberer, Kaman, Otto et al., 2021). Im ersten Halbjahr 2020 äußerten 63% der Eltern Unterstützungsbedarf im Umgang mit ihren Kindern, am häufigsten in Bezug auf die schulischen Anforderungen des Kindes, aber auch hinsichtlich der Rückkehr des Kindes aus der Isolation, im Umgang mit dem Verhalten, den Gefühlen und Stimmungen des Kindes sowie im Umgang mit den Beziehungen innerhalb der Familie (Ravens-Sieberer, Kaman, Otto et al., 2021). Etwa ein Viertel der Familien gab an, auch durch häufige und schnell eskalierende familiäre Konflikte belastet zu sein (Langmeyer et al., 2020; Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021). Signifikant mehr Kinder und Jugendliche als zuvor berichteten von einer geringen gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie psychischen und psychosomatischen Problemen, wobei die Anzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen während der zweiten Pandemiewelle im Winter 2020/2021 noch einmal zunahm (Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021). Als Risikofaktoren für diese Verschlechterung stellten sich vermehrte und eskalierende familiäre Konflikte, soziale Benachteiligung, psychische Erkrankungen der Eltern sowie elterliche Belastung durch die Pandemie und arbeitsbezogene Veränderungen heraus (Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021). Protektive Faktoren waren hingegen ein positives Familienklima und soziale Unterstützung (Kaman et al., 2021; Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021).

Kinder und Jugendliche waren während der Pandemie nicht nur erhöhten psychischen Belastungen, sondern auch vermehrten Gefährdungen durch Gewalt ausgesetzt. Im Jahr 2020 verzeichnete das Bundeskriminalamt (BKA)

in der Polizeilichen Kriminalstatistik einen deutlichen Anstieg der Gewalttaten gegen Kinder (BKA, 2021). Darüber hinaus haben die Jugendämter in Deutschland im Jahr 2020 9% mehr Fälle von Kindeswohlgefährdung festgestellt als 2019, wobei die Fallzahl in den Vorjahren bereits angestiegen war (Destatis, 2021). Gleichzeitig bestand bei teilweise erschwerter Kommunikation mit den Adressaten eine Unsicherheit über die tatsächliche Lage von Kindern und ihren Familien, wodurch sich ein erhöhtes Risiko für unentdeckte Kindeswohlgefährdungen ergab (Jentsch & Schnock, 2020; Mairhofer, Peucker, Pluto, van Santen & Seckinger, 2020). Einer Studie zufolge sinkt das Risiko für elterlichen Stress und Kindesmisshandlungen, wenn Eltern sich unterstützt fühlen und den Eindruck haben, die familiäre Situation unter Kontrolle zu haben (Brown, Doom, Lechuga-Peña, Watamura & Koppels, 2020).

Die Befunde verweisen auf die herausgehobene Bedeutung des familiären Umfelds für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen insbesondere während einer Pandemie. Gleichzeitig stellt das Jugendalter eine sensible Entwicklungsphase für die Herausbildung und Aufrechterhaltung einer Substanzkonsumstörung dar (Bröning et al., 2017; DeWit, Adlaf, Offord & Ogborne, 2014). Insbesondere ein frühes Eintrittsalter in den Substanzkonsum kann gravierende negative physische und psychische Folgen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben (Chassin, Sher, Hussong & Curran, 2013). Um riskantem Substanzkonsumverhalten sowie weiteren psychischen Erkrankungen vorzubeugen, ist der Einsatz von Präventionsprogrammen sinnvoll (vgl. u. a. Foxcroft & Tsertsvadze 2012; Stockings et al., 2016). Durch den Einbezug der ganzen Familie kann die Effektivität von Präventionsprogrammen gegenüber reinen Elterntrainings gesteigert werden (Van Ryzin, Roseth, Fosco, Lee & Chen, 2016; Thomas,

Baker, Thomas & Lorenzetti, 2015; Foxcroft & Tsertsvadse, 2011). So tragen familienbasierte Präventionsprogramme zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung bei und ermöglichen einen konstruktiven elterlichen Umgang mit den Gefühlen und Schwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen (Arnaud, Sack & Thomasius, 2019; Van Ryzin & Fosco, 2016).

Das „Strengthening Families Program for Parents and Youth 10-14“ (SFP 10-14; Molgaard, Spoth & Redmond, 2000) ist eines der am besten evaluierten Präventionsprogramme (Arnaud et al., 2019; Stolle, Sack, Stappenbeck & Thomasius, 2010; Spoth, Greenberg & Turrisi, 2008; UNODC, 2010). Es verringert schulische Probleme und psychische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, beugt dem Konsum illegaler Substanzen vor und stärkt die elterlichen Erziehungskompetenzen sowie das familiäre Miteinander (Spoth, Reyes, Redmond & Shin, 1999; Spoth, Trudeau, Gyll, Shin & Redmond, 2009). Eine soziokulturelle Adaptation des SFP 10-14 in den deutschsprachigen Raum erzielte in einer multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie signifikante, jedoch etwas geringere suchtpreventive Effekte (Baldus et al., 2016; Bröning et al., 2017).

In einer laufenden Studie wird derzeit untersucht, ob sich die suchtpreventiven Effekte des „Familien stärken“ Programms durch die Integration achtsamkeitsbasierter Elemente, die sowohl auf Eltern als auch ihre Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren abzielen, steigern lassen (Arnaud, Baldus et al., 2020). Neurowissenschaftliche und klinische Studien weisen darauf hin, dass Achtsamkeitstraining neurokognitive Korrelate der Selbstregulation beeinflussen kann, die im Zusammenhang mit Suchtverhaltensweisen stehen (Cavicchioli, Movalli & Maffei, 2018; Garland & Howard, 2018; Tang, Tang & Posner, 2016; Westbrook et al., 2013). Um Achtsamkeitselemente erweiterte Interventionen stellen somit einen vielversprechenden Ansatz für die Prävention von Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter dar, auch wenn es in dieser Altersgruppe bisher noch an methodisch hochwertigen Studien mangelt (Arnaud, Banaschewski et al., 2020).

Aufgrund der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen wurden die Programmvarianten „Familien stärken“ und „Familien achtsam stärken“ im Jahr 2020 in eine digital gestützte Variante überführt. Erste Studien weisen darauf hin, dass familienbasierte Online-Präventionsprogramme, die sowohl Eltern als auch Kinder einbeziehen, einen vielversprechenden Ansatz zur Verbesserung der Familienfunktionalität und zur Prävention von jugendlichem Substanzkonsum darstellen könnten (Fang & Schinke, 2013; Cohen & Tisch, 2021). Cohen und Tisch (2021) berichteten sogar von einer besseren Teilnahmeadhärenz für ein Präventionsprogramm in der Online-Variante, die während der Pandemie durchgeführt wurde, im Vergleich

mit der Präsenzvariante, die vor der Pandemie durchgeführt wurde.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, das Inanspruchnahmeverhalten (Anmeldezahlen, Abbruchzahlen, Abbruchgründe) für die digitale Variante von „Familien stärken“ bzw. „Familien achtsam stärken“ unter der Corona-Pandemie zu explorieren und mit demjenigen für die Präsenzvariante zu vergleichen. Zusätzlich wird die Anzahl der Familien betrachtet, die aufgrund von Hinweisen auf das Vorliegen einer akuten Psychopathologie von der Programmteilnahme ausgeschlossen werden mussten. Die Relevanz digitaler Hilfsangebote wird vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie diskutiert.

Methodik

Die digitale Variante von „Familien stärken“ und „Familien achtsam stärken“ umfasst sieben wöchentliche Live-Sitzungen, die über ein Videokonferenzprogramm mit 3–4 Trainer_innen und bis zu 15 Familien als Gruppenintervention durchgeführt werden. Asynchrone, das heißt unabhängig von den Live-Sitzungen verfügbare digitale Inhalte umfassen u. a. pädagogische Lehrvideos für die Eltern, die zwischen den Live-Sitzungen geschaut und mithilfe eines „Lerntagebuchs“ reflektiert werden. Die vielfältigen didaktischen Methoden des „Familien stärken“ bzw. „Familien achtsam stärken“ Programms, wie zum Beispiel Kleingruppenarbeit, Lehrvideos und Spiele, wurden so weit wie möglich in den digitalen Raum übertragen.

Für die Teilnahme an „Familien stärken“ bzw. „Familien achtsam stärken“ gelten in der laufenden Studie sowohl in der Präsenzvariante als auch in der digitalen Variante folgende Einschlusskriterien: (I) Die Familie nimmt mit einem Kind im Alter zwischen 10 und 14 Jahren und ein bis zwei erwachsenen Bezugspersonen teil, (II) die Teilnehmenden zeigen in einem Screening keine akuten suizidalen oder psychotischen Symptome, (III) die Teilnehmenden sind aktuell gruppenfähig. Die Familien nehmen an einer begleitenden wissenschaftlichen Vor- und Nachbefragung sowie weiteren Follow-up-Befragungen teil. Dabei werden mithilfe validierter Fragebögen und Interviews neben dem kindlichen Substanzkonsum auch weitere individuelle und familiäre Variablen erfasst.

Stichprobe

Es werden zwei verschiedene Substichproben der laufenden „Familien (achtsam) stärken“ Studie herangezogen. Hinsichtlich der Untersuchung des Abbruchverhaltens werden alle Familien, die sich zunächst für die Studie an-

gemeldet und während des Befragungs- oder Interventionszeitraums die Teilnahme an dem Forschungsprojekt abgebrochen haben, untersucht (N_1). Für die Analyse der Anmeldezahlen werden alle Anmeldungen innerhalb zweier definierter Zeiträume vor und während der Pandemie herangezogen, in denen intensive Rekrutierungsbemühungen stattfanden, und die aufgrund ihrer übereinstimmenden Länge vergleichbar sind (N_2). Den Rahmen bildet das Forschungsprojekt „Prävention von Suchtstörungen und komorbiden psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter durch das achtsamkeitserweiterte Strengthening Families Program 10-14“ (siehe Kasten).

Die Rekrutierungswege sind dabei vielfältig. So wurde das Forschungsprojekt in verschiedenen pädagogischen Fachkreisen mehrfach vorgestellt, Newsletter-Beiträge und Flyer bei Kooperationspartnern (z. B. Beratungsstellen) versendet bzw. ausgelegt und Bildungseinrichtungen angesprochen. Weiterhin wurden im Verlauf der Studie auch vermehrt soziale Medien eingesetzt, da Kooperationspartner und Bildungseinrichtungen aufgrund der Pandemie nur noch eingeschränkten persönlichen Kontakt zu den Familien hatten. Persönliche Projektvorstellungen durch das Studienteam in den Einrichtungen entfielen in der Rekrutierung während der Pandemie ebenfalls. Die Anmeldung der Familien zur Studie erfolgte über die Kontaktaufnahme mit dem Studienteam per E-Mail oder telefonisch sowie vor der Pandemie persönlich über die Vorstellung bei Kooperationspartnern. Nach einem telefonischen Anmeldegespräch folgen die Baseline-Erhebung (T0) und bei Erfüllung der Studienvoraussetzungen (unauffälliges Psychose- und Suizidalität-Screening, vgl. Baldus et al., 2011) der Einschluss in die Studie. Maßgeblich für die systematische Erfassung der Anmeldung ist, dass die Familie beim telefonischen Anmeldegespräch der Teilnahme zugestimmt hat. Für die Inklusion in die Substichprobe N_1 muss die Familie weiterhin zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt die Teilnahme abgebrochen haben. Der Zeitraum zwischen Anmeldung und T0 variiert erheblich zwischen den Teilnehmenden (eine Woche bis mehrere Monate). Anmeldungen wurden kontinuierlich angenommen, wodurch insbesondere während der Umwandlung in eine eHealth-Variante teils lange Wartezeiten bis zum nächsten Kursstart entstanden sind. Der definierte Zeitraum zwischen T0 und Interventionsstart beträgt einen Tag bis vier Wochen. Die Rahmen bildende „Familien (achtsam) stärken“ Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, d. h. der Ärztekammer Hamburg, bewilligt und folgt den ethischen Grundsätzen der guten wissenschaftlichen Praxis sowie der Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung.

Erhebungsverfahren

Berichtet werden Anmeldestatus, Zeitpunkt und Grund des Abbruchs - sofern angegeben. Alle Familien können zu jedem Zeitpunkt des Prozesses ohne Angabe von Gründen die Teilnahme abbrechen. Die Angaben über die Gründe des Abbruchs sind daher freiwillig und werden nicht systematisch abgefragt. Sie erfolgen in der Regel telefonisch oder per E-Mail. Weiterhin vergleichen wir explorativ die Anmeldungen für die Zeiträume August 2020 bis März 2021 (während Pandemie) und August 2019 bis März 2020 (vor Pandemie), unabhängig davon, ob die Familie die Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt abgebrochen hat oder nicht.

Statistische Analysen

Die Analysen der nominal skalierten Daten aus N_1 und N_2 erfolgen deskriptiv und explorativ. Die Anzahl der Anmeldungen pro Zeitraum sowie die Abbrüche inkl. des Zeitpunktes werden in absoluten Zahlen angegeben.

Ergebnisse

Anmeldungen

Seit dem Beginn der Rekrutierung für die “Familien (achtsam) stärken” Studie im August 2019 sind bis Juni 2021 insgesamt $N = 111$ Anmeldungen erfasst worden. In die Auswertung der Anmeldungen gehen alle Anmeldungen ein, die jeweils im Zeitraum August 2020 bis März 2021 (während Pandemie) und August 2019 bis März 2020 (vor Pandemie) erfasst wurden ($N_2 = 102$). Im definierten Zeitraum vor der Pandemie gingen 49, im definierten Zeitraum während der Pandemie 53 Anmeldungen von Familien ein. Dies entspricht einer Steigerung um 8,17%.

Abbrüche

In die Substichprobe zur Auswertung der Studienabbrüche gehen insgesamt $N_1 = 39$ Familien ein. Die Stichprobe lässt sich in zwei Gruppen unterteilen: in Familien, die sich für die ursprüngliche Präsenzvariante angemeldet haben (bis einschließlich Juli 2020) und in Familien, die sich erst nach der Umstellung auf ein digitales Format angemeldet haben. Dies entspricht 25 zu 14 Familien (insgesamt 39 bzw. 35,14%) von insgesamt 111 angemeldeten Familien. Als zeitliches Kriterium für die Unterteilung gilt der Rekrutierungsstart für die eHealth-Variante und nicht der

Start der Pandemie. Zum Zeitpunkt der Auswertung im Juni 2021 haben darüber hinaus in der Präsenzvariante 16 Familien den Kurs vollständig abgeschlossen, in der eHealth-Variante 36 Familien. Alle anderen Familien stehen auf der Warteliste für den nächsten Durchlauf.

In Tabelle 1 wird der Zeitpunkt des Abbruchs dargestellt, jeweils gesondert für die Gruppen Präsenz und eHealth, sowie in Tabelle 2 die Abbruchgründe. Dabei werden im Sinne der Einheitlichkeit auch solche Fälle unter „Abbruch“ gefasst, die aufgrund nicht erfüllter Einschlusskriterien von der Studienteilnahme ausgeschlossen wurden.

Hinsichtlich des Zeitpunktes der Abbrüche erfolgte der größte Anteil bereits vor T0, gefolgt von dem Zeitraum

zwischen T0 und dem Interventionsstart. Zusammengefasst sind hier Familien mit einem auffälligen Screening-Ergebnis und Familien, die aus anderen Gründen kurz vor Beginn des Kurses aussteigen wollten. Relativ betrachtet haben in der Präsenzvariante über alle Zeitpunkte hinweg etwa doppelt so viele Familien die Teilnahme abgesagt wie in der eHealth-Variante (47,17 % und 24,14 %). Der Anteil derjenigen Familien, die in der eHealth-Variante während der Intervention abgebrochen haben, ist im Vergleich zur Präsenzvariante hoch (8,62 % und 1,89 %, respektive).

Leicht gesunken im Vergleich zur Präsenzvariante ist der Anteil an Familien, die angaben, kein Interesse mehr an dem Programm zu haben oder nicht mehr erreichbar waren sowie derjenigen, die aufgrund intrafamiliärer psy-

Tabelle 1. Zeitpunkt der Abbrüche in Häufigkeiten ($N_1 = 39$)

	Absolute und relative Häufigkeiten		
	Präsenz	eHealth	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Zeitpunkt Abbruch			
Vor T0	17 (32,08)	5 (8,62)	22 (19,82)
Nach T0 / Ausschluss	6 (11,32)	4 (6,90)	10 (9,00)
Zu T2*	1 (1,89)	0 (0,00)	1 (0,90)
Während Intervention	1 (1,89)	5 (8,62)	6 (5,41)
Total	25 (47,17)	14 (24,14)	39 (35,14)

Anmerkungen. Präsenz = Anmeldung für die Präsenzvariante ($n = 53$); eHealth = Anmeldung für die eHealth-Variante ($n = 58$). *Follow-up sechs Monate nach Interventionsstart. T2 ist zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht für alle Teilnehmenden der eHealth-Gruppe erreicht.

Tabelle 2. Gründe für Abbrüche in Häufigkeiten und relativer Anteil an den Anmeldungen ($N_1 = 39$)

	Absolute und relative Häufigkeiten		
	Präsenz	eHealth	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Abbruchgrund			
Inhaltliche Bedenken	0 (0,00)	2 (3,45)	2 (1,80)
Kein Interesse an eHealth	5 (9,43)	2 (3,45)	7 (6,31)
Auffälliges Screening	2 (3,77)	2 (3,45)	4 (3,60)
Weitere Einschlusskriterien	3 (5,66)	0 (0,00)	3 (2,70)
Sorgerecht	3 (5,66)	0 (0,00)	3 (2,70)
Kein Interesse/ nicht erreichbar	5 (9,43)	3 (5,17)	8 (7,21)
Intrafamiliäre Probleme	5 (9,43)	3 (5,17)	8 (7,21)
Termininterferenz	2 (3,77)	2 (3,45)	4 (3,60)
Total	25 (47,17)	14 (24,14)	39 (35,14)

Anmerkungen. Präsenz = Anmeldung für die Präsenzvariante ($n = 53$); eHealth = Anmeldung für die eHealth-Variante ($n = 58$).

chischer oder physischer Probleme die Teilnahme an dem Programm absagten. Der Anteil an Familien, die aufgrund eines auffälligen Screenings von der Teilnahme ausgeschlossen werden mussten ist dagegen relativ gleichbleibend in beiden Gruppen. Ebenso verhält es sich bezüglich der Termininterferenz (Zeitpunkt des Kurses interferiert mit Terminen der Familie), wohingegen Sorgerechtsstreitigkeiten (ein sorgeberechtigtes Elternteil ist mit der Teilnahme nicht einverstanden) in der eHealth-Gruppe bisher nicht zum Tragen kamen. Insgesamt machen Familien, die angaben, kein Interesse an einer digitalen Teilnahme an „Familien (achtsam) stärken“ zu haben etwa 6% aus. Dies umfasst sowohl Familien, die sich für einen unter der Pandemie abgesagten Präsenzdurchgang angemeldet hatten und nicht auf die eHealth-Variante ausweichen wollten, als auch solche, die sich nach der Umstellung auf die eHealth-Variante angemeldet haben und im Nachhinein Bedenken hinsichtlich des digitalen Settings entwickelten. Ein neu auftretender Abbruchgrund in der eHealth-Variante sind inhaltliche Bedenken. Diese bezogen sich einmal auf die Programminhalte selbst sowie auf die Inhalte der Fragebögen.

Diskussion

Im Rahmen dieser explorativen Untersuchung des familialen Inanspruchnahmeverhalten von Hilfsangeboten vor und während der Pandemie haben wir die Anmeldungen zu dem Suchtpräventionsprogramm „Familien (achtsam) stärken“ in einem vergleichbaren Zeitraum sowie die Abbrüche inklusive der Gründe und Zeitpunkte näher beleuchtet. Dabei konnten wir feststellen, dass die Anzahl der Anmeldungen leicht angestiegen ist. Ob diese Abweichung systematisch oder zufällig verursacht wurde, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilen. Andere Studien kamen bereits zu dem Ergebnis, dass die Familien insbesondere während der sogenannten zweiten Welle besonders belastet waren und Hilfebedarfe angegeben haben (Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021). Auch die leicht angestiegenen Anmeldungen sowie die deutlich geringere Abbruchrate im untersuchten Zeitraum sind damit im Einklang und deuten auf einen erhöhten Hilfebedarf der Familien hin. Dass Familien mutmaßlich viel Zeit auf engem Raum miteinander verbringen mussten und gleichzeitig die allermeisten Freizeitbeschäftigungen weggefallen sind, könnte in dem Zusammenhang ein Faktor sein. Darüber hinaus ist für die Anzahl der Anmeldungen auch relevant, dass sich die Rekrutierungswege für das Studienteam verändert haben. Zum Beispiel sind die persönlichen Rekrutierungswege während der Pandemie weggefallen, die üblicherweise über den regelhaften

Kontakt mit Einrichtungen der Familien- und Jugendhilfe als Multiplikatoren wirkten. Somit ist die Erreichbarkeit der Familien deutlich zurückgegangen. Wenngleich auch während der Pandemie ein wesentlicher Rekrutierungsweg weiterhin die Vorstellung des Forschungsprojektes vor Fachkräften war, so hat sich der direkte Weg zu den Familien überwiegend auf die digitale Ebene verschoben, d.h. über Aufrufe in den Sozialen Medien und über Newsletter. Die veränderten Rekrutierungswege könnten ein Grund dafür sein, dass der Anstieg der Anmeldungen von Familien nicht deutlicher unter der Pandemie ausgefallen ist. In diesem Zusammenhang spielt auch die geringere Erreichbarkeit insbesondere von belasteten Familien eine Rolle. So vermuten auch Langmeyer et al. (2020), dass die Belastung von Familien in Studien deutlich unterschätzt wird, da sozial benachteiligte Familien in ihrer Stichprobe unterrepräsentiert waren.

Auch die Gründe für die Abbrüche geben nur bedingt mehr Aufschluss über die Situation in den Familien und den wahrgenommenen Hilfebedarf. Abbruchgründe, die auf eine erhöhte Belastung in den Familien hindeuten, sind vor allem das Screening und die intrafamiliären Probleme. Die Ergebnisse zeigen einen relativ gleichbleibenden Anteil der Familien mit auffälligem Screening und sogar einen gesunkenen Anteil derjenigen Familien, die aufgrund intrafamiliärer psychischer oder physischer Probleme die Teilnahme an dem Programm abgesagt haben. Auch dies könnte darauf hindeuten, dass sich Familien, die eine erhöhte Belastung wahrnehmen nicht zu dem Präventionsprogramm anmelden oder nicht davon erfahren. Absagen aus mangelndem Interesse sanken ebenfalls unter der Pandemie und weisen ebenfalls auf einen wahrgenommenen Hilfebedarf hin.

Einige der Familien gaben an, kein Interesse an einer digitalen Teilnahme an „Familien (achtsam) stärken“ zu haben, und berichteten von einer digitalen Übersättigung durch Homeschooling und Homeoffice bei gleichzeitig nur wenigen Aktivitäten in Präsenz.

Hinsichtlich des Zeitpunktes der Abbrüche vor T0, die insgesamt mehr als die Hälfte der Abbrüche insgesamt ausmachen, entfällt ein Großteil dieser Abbrüche auf die Präsenzvariante. Dies geht u. a. auf die lange Wartezeit zurück, die zwischen der Anmeldung durch die Familie und dem nächsten Kursangebot lag, da die Umwandlung in eine digitale umsetzbare Version einige Monate in Anspruch genommen hat und schließlich auch mit einer Änderung des Angebots einherging (digital statt in Präsenz). Geht man von einer höheren Belastung während der Pandemie aus, ist auch eine wahrgenommene Überforderung mit der Teilnahme an einem Präventionsprogramm möglich. Dieses stellt aufgrund der Kombination aus synchronen und asynchronen Inhalten insbesondere an die Eltern hohe zeitliche und organisatorische Anforderungen, zu

sätzlich zu den technischen Herausforderungen, die insbesondere zu Beginn der Pandemie für viele Familien noch neu waren.

Entgegen der insgesamt geringeren Abbruchrate in der eHealth-Variante ist der Anteil derjenigen Familien, die in dieser Gruppe im Zeitraum während der Intervention abgebrochen haben, verhältnismäßig hoch. Cohen und Tisch (2021) kamen in ihrer Studie zu einem gegenteiligen Ergebnis und führen dies auf einen Mangel an alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten unter dem Lockdown zurück. Die Ergebnisse unserer Studie lassen sich möglicherweise mit einer geringeren Verbindlichkeit im digitalen Setting und/oder einer höheren Belastung der Familien im zweiten Lockdown erklären (Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021). Vermutet werden kann auch hier eine wahrgenommene Überforderung, da die Teilnahme an einem digitalen Kurs ohne den persönlichen Kontakt mit den Trainer_innen höhere Anforderungen an die Selbstorganisation der Familien stellt.

Limitationen

Eine wesentliche Limitation dieser Untersuchung geht u. a. auf die eingeschränkt verfügbaren Daten aufgrund der besonderen Stichprobe zurück. Darüber hinaus lassen die gering besetzten Zellengrößen interferenzstatistische Analysen nicht zu. Auch lässt die geringe Zellenbelegung keine weitreichenden Aussagen zu. Für eine Analyse der zugrundeliegenden Faktoren für Abbrüche und Anmeldungen wäre das Vorliegen von soziodemografischen Daten und weiterführender qualitativer Evaluation der Abbruchgründe hilfreich. Dies ist im Rahmen der komplexen Hauptstudie und aufgrund des frühen Abbruchs der meisten Familien jedoch nicht möglich. Inhaltlich fraglich ist auch, inwiefern ein digitales und analoges Setting überhaupt miteinander vergleichbar sind, oder ob sie nebeneinanderstehen, ohne direkt vergleichbar zu sein. Weiterhin könnte das persönliche Erfassen der Abbruchgründe durch soziale Erwünschtheit verfälscht sein.

Schlussfolgerungen

Wenngleich auf Grundlage der vorliegenden Daten keine abschließenden und ursächlichen Aussagen über die Belastung der Familien während der Pandemie und den wahrgenommenen Hilfebedarf getroffen werden können, so lässt sich im Einklang mit den Studienergebnissen von Kolleg_innen (Langmeyer et al., 2020; Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021) dennoch feststellen, dass Hilfsangebote für Familien dringend notwendig sind und von den Familien auch in Anspruch genommen werden.

Die familiären Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben auch unter der Pandemie ihre Gültigkeit behalten (Kaman et al., 2021; Langmeyer et al., 2020; Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al., 2021). Gerade jetzt sollten familienbasierte digitale Angebote entwickelt und evaluiert werden, damit Familien zu jeder Zeit die benötigte Unterstützung erhalten können. Gleichwohl sollten Angebote in Präsenz dabei nicht aus dem Blick geraten, sondern das Hilfsangebot in seiner Vielfalt ergänzen.

Literatur

- Arnaud, N., Baldus, C., Laurenz, L.J., Bröning, S., Brandt, M., Kunze, S. et al. (2020). Does a mindfulness-augmented version of the German Strengthening Families Program reduce substance use in adolescents? Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21, 114.
- Arnaud, N., Banaschewski, T., Nees, F., Buchholz, V.N., Klein, M., Reis, O. et al. (2020). Achtsamkeit in der entwicklungsorientierten Suchtprävention und -therapie: Rational, Design und Ziele des Forschungsverbundes IMAC-Mind. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69 (4), 353–374. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.4.353>
- Arnaud, N., Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2019). Zum aktuellen Stand der familienbasierten Prävention und Therapie bei substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein Überblick. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68 (5), 376–401.
- Baldus, C., Miranda, A., Weymann, N., Reis, O., Moré, K. & Thomasius, R. (2011). "CAN Stop" – implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts – study protocol. *BMC health services research*, 11, 80.
- Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P.-M., Bröning, S., Arnaud, N., Daubmann, A. et al. (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10–14: A randomised controlled trial. *The European Journal of Public Health*, 26, 953–959.
- Bröning, S., Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P.-M., Arnaud, N. & Thomasius, R. (2017). Children with elevated psychosocial risk load benefit most from a family-based preventive intervention: exploratory differential analyses from the German "Strengthening Families Programme 10–14" adaptation trial. *Prevention Science*, 18, 932–942.
- Brown, S.M., Doom, J.R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S.E. & Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child abuse & neglect*, 110 (Pt 2), 104699.
- Bundeskriminalamt (BKA). (2021). Vorstellung der Zahlen kindlicher Gewaltopfer – Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik 2020 [Pressemitteilung]. Verfügbar unter https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2021/Presse2021/210526_pmkindgewaltopfer.html
- Cavicchioli, M., Movalli, M. & Maffei, C. (2018). The clinical efficacy of mindfulness-based treatments for alcohol and drugs use disorders: a meta-analytic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *European addiction research*, 24, 137–162.
- Chassin, L., Sher, K.J., Hussong, A. & Curran, P. (2013). The developmental psychopathology of alcohol use and alcohol disorders:

- Research achievements and future directions. *Development and Psychopathology*, 25, 1567–1584.
- Cohen, E. & Tisch, R. (2021). The online adaptation and outcomes of a family-based intervention addressing substance use disorders. *Research on Social Work Practice*, 31 (3), 244–253.
- DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R. & Ogborne, A.C. (2014). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745–750.
- Fang, L. & Schinke, S.P. (2013). Two-year outcomes of a randomized, family-based substance use prevention trial for Asian American adolescent girls. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27 (3), 788–798.
- Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A. (2011). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD009308.
- Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A. (2012). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Evidence-Based Child Health*, 7, 450–575.
- Garland, E. L. & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction science & clinical practice*, 13 (1), 1–14.
- Jentsch, B. & Schnock, B. (2020). Child welfare in the midst of the coronavirus pandemic – Emerging evidence from Germany. *Child abuse & neglect*, 110 (Pt 2), 104716.
- Kaman, A., Otto, C., Adedjeji, A., Devine, J., Erhart, M., Napp, A.K. et al. (2021). Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie. *Nervenheilkunde*, 40 (05), 319–326.
- Langmeyer, A., Guglhör-Rudan, A., Naab, T., Urlen, M. & Winklhofer, U. (2020). Kindsein in Zeiten von Corona. Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. München: Deutsches Jugendinstitut. Verfügbar unter https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/themen/Familie/DJI_Kindsein_Corona_Erste_Ergebnisse.pdf
- Mairhofer, A., Peucker, C., Pluto, L., van Santen, E. & Seckinger, M. (2020). Kinder- und Jugendhilfe in Zeiten der Corona-Pandemie. DJI-Jugendhilfeb@rometer bei Jugendämtern. Verfügbar unter <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/literatursuche/detailansicht/literatur/29015-kinder-und-jugendhilfe-in-zeiten-der-corona-pandemie.html>
- Molgaard, V.K., Spoth, R.L. & Redmond, C. (2000). Competency training: the Strengthening Families Program: For parents and youth 10–14. OJJDP Bulletin (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention), NCJ 182208. Available from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/182208.pdf>
- Paschke, K., Arnaud, N., Austermann, M.I. & Thomasius, R. (2021). Risk factors for prospective increase in psychological stress during COVID-19 lockdown in a representative sample of adolescents and their parents. *BJPsych Open*, 7 (3), e94.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Hölling, H., Schlack, R. et al (2021). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic in Germany: Results of a two-wave nationally representative study. SSRN, 3798710. Available from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3798710
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedjeji, A., Napp, A.K., Becker, M. et al. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie-Ergebnisse der Copsy-Studie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz*, 1–10.
- Spoth, R., Greenberg, M. & Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121, 311–336.
- Spoth, R., Reyes, M.L., Redmond, C. & Shin, C. (1999). Assessing a public health approach to delay onset and progression of adolescent substance use: latent transition and log-linear analyses of longitudinal family preventive intervention outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 619–613.
- Spoth, R., Trudeau, L., Guyll, M., Shin, C. & Redmond, C. (2009). Universal intervention effects on substance use among young adults mediated by delayed adolescent substance initiation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), 620–632.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2021). 9% mehr Fälle: Jugendämter melden 2020 Höchststand an Kindeswohlgefährdung [Pressemeldung]. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_350_225.html
- Stockings, E., Hall, W.D., Lynskey, M., Morley, K.I., Reavley, N., Strang, J. et al. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3, 280–296.
- Stolle, M., Sack, P.-M., Stappenbeck, J. & Thomasius, R. (2010). Familienbasierte Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Das Strengthening Families Program. *SUCHT*, 56 (1), 51–60.
- Tang, Y.-Y., Tang, R. & Posner, M.I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 163 Suppl 1, 13–18.
- Thomas, R.E., Baker, P.R., Thomas, B.C. & Lorenzetti, D.L. (2015). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004493.
- United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC). (2010). Compilation of evidence-based family skills training programmes. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime. Available from <http://www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf>
- Westbrook, C., Creswell, J.D., Tabibnia, G., Julson, E., Kober, H. & Tindle, H.A. (2013). Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8, 73–84.
- Van Ryzin, M.J. & Fosco, G.M. (2016). Family-based approaches to prevention: The state of the field. In M.J. Van Ryzin, K.L. Kumpfer, G.M. Fosco & M.T. Greenberg (Hrsg.), *Family-based prevention programs for children and adolescents: Theory, research, and large-scale dissemination* (pp. 1–20). New York, NY: Psychology Press.
- Van Ryzin, M.J., Roseth, C.J., Fosco, G.M., Lee, Y.K. & Chen, I.C. (2016). A componentcentered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72–80.

Historie

Manuskript eingereicht: 30.09.2021
Manuskript angenommen: 11.01.2022

Deklaration konkurrierender Interessen

Die Autor_innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Finanzierung

Die Studie wird im Rahmen des Teilprojektes 6 im IMAC-Mind Verbund aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF, Förderkennzeichen: 01GL1745F) finanziert. Mit der Förderung des Forschungsverbundes „IMAC-Mind: Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung von Suchtgefahr im Kindes- und Jugendalter durch Achtsamkeit: Mechanismen, Prävention und Behandlung“ (2017–2021) leistet das Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Beitrag,

die Prävention und therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Suchtstörungen und komorbiden psychischen Störungen zu verbessern. Die Projektkoordination erfolgt durch das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Projektleiter/-innen in den Teilprojekten sind: Rainer Thomasius (Koordinator und Sprecher des Verbundes, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Nicolas Arnaud (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Tobias Banaschewski, Herta Flor (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim), Frauke Nees (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel), Johannes Kornhuber (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg), Michael Klein (Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen Köln), Olaf Reis (Universitätsmedizin Rostock), Tanja Legenbauer (Ruhr-Universität Bochum, LWL Universitätsklinik Hamm für Kinder- und Jugendpsychiatrie), Antonia Zapf (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Für ausführliche Informationen siehe www.IMAC-Mind.de

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg.

Kathrin Simon-Kutscher

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistrasse 52
20246 Hamburg
Deutschland

k.simon-kutscher@uke.de