

# Sekundärprävention bei konsumierenden Jugendlichen

Bettina Schmidt

## Einführung

Legalem und illegalem Drogenkonsum kommen aus Public Health Perspektive große Bedeutung zu, denn zahlreiche Krankheitsereignisse mit oder ohne Todesfolge sind im Zusammenhang vor allem mit legalem Drogenkonsum zu betrachten. Allein durch Tabak- und Alkoholkonsum sterben in Deutschland gegenwärtig rund 140.000 Menschen, rund 2000 weitere Menschen sterben an den Folge illegalen Drogenmissbrauchs (Bundesministerium für Gesundheit, 2001; Sachverständigenrat, 2001). Und da der Einstieg in den Drogengebrauch im Jugendalter liegt und zu dieser Zeit schon der Weg in den Missbrauch gebahnt werden kann, ist es zweckmäßig, präventive Aktivitäten auf das Jugendalter zu konzentrieren.

## 1. Verbreitung riskanten Substanzgebrauchs im Jugendalter

Vor allem den legalen Drogen kommt in Deutschland große gesundheitliche Bedeutung zu. Gerade das Rauchen ist weit verbreitet. Vor allem in der jungen Bevölkerung wird viel geraucht, und die Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen (44% der Frauen und 49% der Männer) raucht am meisten (Junge & Nagel, 1999). Der Einstieg in den Tabakgebrauch liegt im Jugendalter, und 38% der Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren in Deutschland gelten als ständige oder GelegenheitsraucherInnen (BZgA, 2001). 20% der Altersgruppe der 14- bis 24-jährigen muss als nikotinabhängig bezeichnet werden (Lieb et al., 2000).

In der erwachsenen Bevölkerung von 18 bis 59 Jahren weisen insgesamt 37 Mio. Menschen risikoarmen Alkoholgebrauch auf, jedoch zeigen etwa 5,1 Mio. Männer und 2,4 Mio. Frauen riskanten bzw. gefährlichen Alkoholkonsum (Kraus & Augustin, 2001). Schon im Jugendalter sind Geschlechtsunterschiede erkennbar: Die durchschnittlichen Trinkmengen in der Altersgruppe der 12- bis 25-jährigen betragen bei Mädchen 29g und bei Jungen 77g reinen Alkohol pro Woche (BZgA, 2001). Auch schädliche Konsummuster sind bereits im frühen Erwachsenenalter erkennbar. Über die Lebensspanne weisen in der Altersgruppe der 14- bis 24-jährigen 9,7% aller Jugendlichen (15,1% der Jungen und 4,5% der Mädchen) eine Al-

koholmissbrauchsdiagnose und 6,2% eine Abhängigkeitsdiagnose (10,0 versus 2,5%) nach DSM IV auf (Lieb et al., 2000).

Arzneimittel bilden die dritte Gruppe der legalen Substanzen mit bevölkerungsweiter gesundheitlicher Relevanz. Fast die Hälfte aller Erwachsenen im Alter von 18 bis 59 Jahren haben im vergangenen Jahr Medikamente aus der Gruppe der Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmittel, Appetitzügler sowie Antidepressiva und Neuroleptika (also Medikamente mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial) genommen. Der Anteil der Frauen übersteigt den der Männer hierbei deutlich. 3,2% der Frauen und 2,5% der Männer weisen eine Medikamentenabhängigkeit nach DSM IV auf (Kraus & Augustin, 2001). Auch im Jugendalter nehmen mehr Mädchen als Jungen Medikamente, und sie konsumieren auch durchschnittlich mehr Arzneimittel (BZgA, 1992; Kolip, 1997). Internationale Studien stützen diese Daten: In den meisten europäischen Ländern nehmen Mädchen im Durchschnitt drei- bis viermal mehr Medikamente als Jungen (Kolip & Schmidt, 1999).

In der Altersgruppe der 12- bis 25-jährigen haben 30% der jungen Männer und 24% der jungen Frauen experimentelle Erfahrungen mit illegalen Drogen, und rund 15% aller Jugendlichen haben in den letzten 12 Monaten illegale Drogen konsumiert (BZgA, 2001). 6,6% der 14- bis 24-jährigen Männer und 3,4% der Frauen weisen bereits missbräuchliche oder abhängige Konsumformen auf (Lieb et al., 2000). Cannabis ist auch im Jugendalter die am häufigsten konsumierte Substanz (BZgA, 2001). Wie auch beim Cannabis zeigt sich für den Konsum von Ecstasy, dass höhere Konsumraten bei jungen Männern zu finden sind (BZgA, 1998). Missbrauch bei den illegalen Drogen ist bei rund 4% der jungen Männer und bei 2% der jungen Frauen zu konsta-

tieren, die Zahlen für Abhängigkeit von illegalen Drogen liegen bei 2 bzw. 1%. Cannabis dominiert auch das Missbrauchsgeschehen (Lieb et al., 2000). Bereits in der Altersgruppe der 12- bis 17-jährigen müssen 6,4% der Jugendlichen als cannabismissbrauchend bzw. -abhängig bezeichnet werden (Essau et al., 1998).

## 2. Methoden der Früherkennung und Frühintervention

Die epidemiologischen Zahlen verdeutlichen die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Präventionsangebote, denn offenbar reicht bereits im Jugendalter die Bandbreite des individuellen Drogenkonsumverhaltens von (weitgehender) Abstinenz bis hin zu massivem Drogenmissbrauch. Entsprechend breit muss demnach das gesundheitsförderliche, präventive und ggf. therapeutische Angebot sein, auf das Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bei Bedarf zurückgreifen können.

Unter Sekundärprävention wird in der Regel der Teil der Suchtvorbeugung verstanden, der sich an bereits drogenerfahrende Jugendliche richtet und darauf abgestimmt ist, bestehenden Drogenkonsum ‚in sichere Bahnen‘ zu lenken. Zentrales Ziel ist es, zu selbstverantwortlichem und gemäßigttem Substanzgebrauch zu befähigen und das Abgleiten in riskanten oder schädlichen Konsum zu verhindern (Renn, 1990), bzw. den Umschlagpunkt von Gebrauch zu Missbrauch oder den Übergang von akutem zu chronischem Missbrauch zu verhindern (Silbereisen, 1995). Wie auch die akzeptanzorientierte tertiäre Suchtprävention, ist die Sekundärprävention von der Prämisse geleitet, dass nicht jede Form psychoaktiven Substanzkonsums verhindert werden kann oder muss und nicht jede

1 Kumpfer und Blaxley haben 1997 versucht (nach Paglia & Room, 1999), die Begriffe der primären, sekundären und tertiären Prävention neu zu definieren und durch die eindeutigeren Begriffe der universalen, selektiven und indizierten Prävention zu ersetzen. Unter universalen Präventionsansätzen werden die Verfahren subsummiert, die sich mit gesundheitsförderlichen Botschaften an Gesamtpopulationen richten. Mit selektiver Prävention sind solche Maßnahmen gemeint, die sich an Bevölkerungen mit einem erhöhten Drogenmissbrauchsrisiko richten und die das Ziel verfolgen, durch die Verringerung von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren, Drogenmissbrauch zu verhindern. Indizierte Prävention richtet sich hingegen an Personen mit deutlichem Drogenkonsum und ggf. ersten Missbrauchszeichen, mit dem Ziel, durch schadensbegrenzende Maßnahmen ein weiteres Vorschreiten des Risikokonsums zu verhindern.

Form des Konsums zwingend mit hohem Risiko einhergeht, sondern sich alle Substanzen (abgesehen vom Nikotin) auch auf nicht-missbräuchliche Weise konsumieren lassen (Duncan et al., 1994). In zahlreichen westlichen Industrienationen gehört z.B. der Alkoholkonsum zu den sozial integrierbaren Alltagsdrogen. Für die sekundäre Prävention lässt sich daraus ableiten, dass nicht die angepassten Konsumformen, sondern vor allem die riskanten Muster in den Blickpunkt präventiver Anstrengungen geraten müssen.

Gezielter als in der primären Prävention – obwohl diese Trennung immer unscharf bleiben wird und eher dem analytischen Verständnis dient, statt die komplexe Wirklichkeit abzubilden, denn beispielsweise werden auch im Rahmen von primärer Prävention Angebote für Risikopopulationen, beispielsweise Kinder von suchtkranken Eltern, bereitgestellt – werden mit Maßnahmen der sekundären Prävention schadensminimierende Angebote für bereits gefährdete KonsumentInnen bereitgestellt (Dembach, 1992). Konkret meint sekundäre Prävention einerseits das „frühzeitige Erkennen von Missbrauch und einer beginnenden Abhängigkeit“ und andererseits die „Begrenzung des Chronifizierungsrisikos durch eine möglichst frühzeitige Intervention“ (Fachverband Sucht, 1999, S. 4). So lassen sich kurzfristige Probleme (z.B. wiederholte Risikosituationen aufgrund häufiger Intoxikationen) und auch langfristige Schäden (z.B. Entwicklung einer chronischen Abhängigkeit) verringern (Windle, 1999).

### Früherkennung

Da Ansätze der sekundären Prävention die Aufmerksamkeit auf die Jugendlichen mit riskanten Konsumformen richten, ist oftmals eine Identifizierung dieser Jugendlichen zweckmäßig. Dies kann sicherstellen, dass frühzeitig zielgerichtete und passgenaue Unterstützung bereitgestellt wird. Bislang ist allerdings nicht hinreichend geklärt, anhand welcher operationalisierbaren Merkmale gefährdete Jugendliche von nicht-gefährdeten Jugendlichen unterschieden werden können, denn anders als Missbrauch und Abhängigkeit bei Erwachsenen lässt sich riskanter Konsum von Jugendlichen in der Regel nicht anhand körperlicher Symptome erkennen. Es existiert derzeit auch keine einheitliche und standardisierte Definition über den, problematischen Drogenkonsum im Jugendalter, so dass eine allgemein gültige Abgrenzung zwischen problematischem Konsum auf der einen und harmlosem bzw. missbräuchlichem/abhängigem Konsum auf der anderen Seite nicht möglich ist (Chung et al., 2000). Bisher wird darum versucht, jugendliche Substanzgefährdung entlang

verschiedener Typisierungen zu systematisieren und darüber Gefährdungsgrade zu bestimmen: Entweder anhand konsumierter Substanzen oder anhand konsumierter Mengen oder aber entlang drogenunspezifischer Begleitaspekte wird Drogenkonsumverhalten nach Gefährdungsgraden ausdifferenziert (Schmidt, 2001). Häufig wird, mehr implizit als explizit, eine Gefährdungsgrenze zwischen den legalen und illegalen Drogen gezogen, wobei dies bekanntermaßen wenig aussagekräftig ist bezüglich der dazugehörigen Gefährdungsrisiken, denn die Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen basiert nicht auf einem zugrunde liegenden Gefährdungspotenzial, sondern auf tradierten soziokulturellen Deutungsmustern. Das bedeutet: Ob Drogenkonsum gesundheitsschädlich ist oder nicht, hängt nicht ausschließlich von der konsumierten Substanz ab, sondern von der Person, die die Drogen nimmt sowie davon wie viele Drogen mit welchem Konsummuster und unter welchen Bedingungen konsumiert werden (Duncan, 1992). Aussagekräftiger sind entsprechend Ansätze, die das Risiko entlang von differenzierteren Konsummustern zu fassen versuchen, und meist schließen solche Differenzierungsmodelle zusätzlich drogenunspezifische Merkmale ein, z.B. Persönlichkeitsseigenschaften oder Kennzeichen des sozialen Umfelds. Entlang solcher Modellierungen sind detaillierte Darstellungen unterschiedlich risikobehafteter Konsumformen möglich. Beispiele solcher Klassifizierungsversuche liefert z.B. McCusker et al. (1995) mit der Differenzierung von ‚resistant‘ und ‚vulnerable non-user‘ sowie ‚experimental‘ und ‚repeated user‘. Diesen und ähnlichen Klassifizierungsansätzen ist gemein, dass neben den Konsumformen weitere risikohörende oder –vermindernde Begleitfaktoren (z.B. der Habitierungsgrad, weiteres abweichendes Verhalten, geringe Selbstwirksamkeitserwartungen, der Anteil drogenkonsumierender Freunde, Stress, die schulische Anbindung, geringe elterliche Unterstützung, aber auch Einstellungen über und Gründe für den Konsum sowie erfahrene Konsumkonsequenzen) berücksichtigt werden müssen, um ein klares Risikoprofil zeichnen zu können (Schmidt, 2001). Abgesehen von solchen Typisierungsansätzen gibt es inzwischen auf internationaler Ebene einen ganzen Satz von psychosozialen Messinstrumenten, mit Hilfe derer versucht wird, zuverlässig drogengefährdete Jugendliche zu identifizieren und diese Personengruppe trennscharf von harmlos experimentierenden bzw. bereits missbrauchenden oder abhängigen Jugendlichen unterscheiden können. In der Regel werden vier verschiedene Ebenen als zentral für die Einschätzung des Drogenkonsumrisikos erachtet und

folgerichtig auch bei den meisten Früherkennungsinstrumenten mehr oder weniger umfassend berücksichtigt: Neben Konsummengen und Konsumhäufigkeiten sowie Konsumanlässen und Konsummotiven werden außerdem negative Konsumkonsequenzen sowie konsumbegleitendes Risikoverhalten erfasst. Abgesehen von umfangreichen Interviews, z.B. Anglin (1993), existieren eine Reihe von standardisierten Verfahren, die meist in Form von Selbstbeurteilungsbögen Drogengefährdung zu erfassen versuchen. Hierzu gehören u.a. der ‚Drug Abuse Screening Test for Adolescents‘ (DAST-A) von Martino, Grilo und Fehon (2000) oder der Alcohol Problem Index von Windle, Shope und Bukstein (1996). In Deutschland existiert derzeit kein entsprechendes Instrument.

Trotz der Vielzahl der Verfahren ist es nach wie vor schwierig, die Jugendlichen, die nach einer Phase mehr oder minder massiven Drogenkonsums keine integrierbaren maßvollen Gebrauchsmuster entwickeln, rechtzeitig zu entdecken. Nicht überraschend wird darum derzeit nur in Ausnahmefällen Prävention in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Drogenkonsumrisiken angeboten.

### Frühintervention

Sekundäre Prävention für bereits konsumierende Jugendliche ist darauf angelegt, Jugendliche dazu zu befähigen, risikoreiche Konsumformen zu vermeiden, individuelle Konsumgrenzen zu etablieren und riskantes Konsumbegleitverhalten zu verhindern (Werch & DiClemente, 1994). Gerade angesichts der hierzulande bestehenden Drogenkultur kann Abstinenz nicht das prioritäre Ziel sein; stattdessen sind verantwortlicher Gebrauch und die Vermeidung von Missbrauch ebenfalls zweckmäßige und vor allem realistische Ziele gelungener Prävention (Silbereisen, 1995). Nicht die Fähigkeit zur Abstinenz, sondern die Fähigkeit zu gemäßigtem, sozial integrierbarem Konsum ist erforderlich für einen gelungenen Einstieg in das Erwachsenenalter (Pavis, Cunningham-Burley & Amos, 1997).

Weil Drogenkonsum funktional ist und u.a. dazu dient, Erwachsenenstatus zu symbolisieren, Konformität mit der Gleichaltrigengruppe zu erreichen, belastende Entwicklungssituationen zu bewältigen oder zu kompensieren sowie Grenzerfahrungen zu erleben, sollte übergeordnetes Ziel sekundärer Suchtprävention sein, ‚Risikokompetenz‘ zu vermitteln (Franzkowiak, 1996). ‚Riten des Genießens‘ oder ‚Regeln für Rausche‘ (Franzkowiak, 1996) sind schöne, treffende Bezeichnungen für konkretes Handeln mit sekundärpräventiver Ausrichtung. Prävention im Sinne von Risikomanagement sollte zweistufig darauf angelegt sein,

einerseits auf individueller Ebene Risikokompetenzen zu vermitteln und andererseits auf struktureller Ebene Gefahrenminimierung zu betreiben (Franzkowiak, 1996).

Die beschriebenen Zielsetzungen sekundärer Prävention lassen sich nur in begrenztem Maße mit Hilfe der klassischen Präventionsmethoden erreichen. Für sekundärpräventive Ansätze ist die Entwicklung und Erprobung innovativer Methoden notwendig, denn Jugendliche mit erhöhtem Risikoprofil bedürfen eines sorgsam entwickelten und differenzierten Präventionsangebots, wenn verhindert werden soll, dass unangepasste und unrealistische Maßnahmen bestenfalls wirkungslos verpuffen (Paglia & Room, 1999).

Unter der Prämisse, dass sich primäre von sekundärer Suchtprävention idealtypischerweise in zwei Elementen unterscheidet, nämlich zum einen in der anvisierten Zielgruppe (nicht-gefährdete Jugendliche versus gefährdete Jugendliche) und zum anderen in der formulierten Zielsetzung (Konsumminimierung versus Schadensminimierung), so kann festgestellt werden, dass derzeit kaum Erfahrungen existieren über Programme mit dezidiert sekundärpräventiver Zielsetzung und Methodik. Programme mit sekundärpräventiver Zielgruppenausrichtung hingegen bestehen bereits in vielfältiger Form.

Seit Mitte der 80er-Jahre ist eine Zunahme von präventiven Ansätzen festzustellen, die sich explizit an Risikopopulationen wenden. Begonnen hat dieser Trend in den USA: Vor allem durch den im Rahmen des vom US-amerikanischen Congress formulierten Omnibus Anti-Drug Abuse Act von 1986 und das daraufhin gegründete Office (später Center) for Substance Abuse Prevention (CSAP), konnte eine breite Implementierung von gemeindeorientierten multi-dimensionalen Präventionsprogrammen speziell für Hochrisikojugendliche vorgenommen werden („High-Risk-Youth-Demonstration-Program“). „OSAP intends to fund applications that target youths with multiple risk factors, and propose comprehensive, multilevel prevention/intervention strategies that address clearly specified risk factors“ (nach Brown & D’Emidio Caston, 1995, p. 453). Mit Hochrisikojugendlichen werden dabei diese Jungen und Mädchen bezeichnet, denen eine überdurchschnittliche Wahrscheinlichkeit, drogenbegleitende Probleme zu entwickeln, vorausgesagt wird (Brown & D’Emidio Caston, 1995). Auf der Grundlage der Risikofaktoren- und später auch Schutzfaktorenforschung wurden drogenspezifische und drogenunspezifische Risiko- und Schutzfaktoren im Hinblick auf ihre Relevanz für ein erhöhtes Drogenkon-

sumrisiko systematisiert (z.B. Hawkins, Catalano & Miller, 1992), und entlang dieser Klassifizierungen wurden Präventionsprogramme für Personen(gruppen) mit deutlichem Risikoprofil entwickelt. Das HRY-Programm hat zu einem weit verzweigten und differenzierten Angebot an Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche (bis zum Höchstalter von 21 Jahren) mit unterschiedlichstem Risikoprofil geführt (Blakely, Coulter, Gardner & Jansen, 1997; Sambrano, Jansen & O’Neill, 1997).

In Deutschland sind Theoriebildung, Forschung und Anwendung im Bereich der sekundären Suchtprävention erst marginal entwickelt (Schmidt, 2001). Aber auch hier mehren sich die Stimmen, die dazu aufrufen, für jugendliche Risikokonsumenten präventive Interventionen vorzuhalten. Inzwischen werden auch auf Bundesebene – zumindest implizit und nachrangig – sekundärpräventive Ansätze gefordert, beispielsweise heißt es im Drogen- und Suchtbericht 2000 der Bundesregierung: „Die Prävention nimmt beim angemessenen Umgang mit dem Suchtmittelkonsum deshalb weiterhin eine zentrale Rolle ein ... Eine wesentliche Aufgabe von Suchtprävention ist es, Einstellungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu fördern, die die Persönlichkeit stärken und somit die Gefahr verringern, süchtig zu werden ... Nein zu Drogen- und Suchtmitteln zu sagen, ist eine Fähigkeit, die es zu fördern gilt. Darüber hinaus gilt es, Kompetenzen im angemessenen, nicht gesundheitsschädlichen Gebrauch mit derartigen Substanzen zu unterstützen.“

Und auch hier gibt es ähnlich wie in den USA vor allem Angebote für spezielle, besonders gefährdete Risikopopulationen; gleichwohl zeigt sich, dass die dabei verwendeten Methoden hauptsächlich primärpräventiven Ursprungs sind, womit die Angemessenheit und Wirksamkeit für Risikojugendliche bezweifelt werden muss. Inzwischen entstehen jedoch zahlreiche Aktivitäten, die entweder ausdrücklich unter dem Label der sekundären Prävention firmieren oder aber sekundärpräventiv orientierte Arbeit leisten, ohne dies explizit so zu benennen. Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz hat 1999 eine bundesweite Umfrage bei den Landeskoordinierungsstellen für Suchtvorbeugung gemacht zum Thema ‚Sekundärpräventive Maßnahmen‘ (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz, 1999): Auf Länderebene wurden 28 Projekte mit sekundärpräventiver Ausrichtung benannt. Die meisten der genannten Projekte richten sich entweder an konsumierende Jugendliche oder an Erwachsene im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen. Auch hier zeigt

sich deutlich, dass vor allem die Zielgruppenausrichtung, jedoch weder die zugrunde liegenden Zielsetzungen noch die angewandten Methoden explizit sekundärpräventiven Ursprungs sind. Die meisten Angebote sind darauf angelegt, Gefahren vorzubeugen und Kompetenzen zu steigern, entsprechend sind die typischen Methoden vor allem auf Informationsvermittlung, Kompetenztrainings, erlebnispädagogische Maßnahmen sowie das Aufzeigen von Handlungsalternativen angelegt.

Sekundärpräventiv ausgerichtet, auch im Hinblick auf Zielsetzung und Methodik, sind nur eine Hand voll der vorgestellten Projekte. In diesen Programmen wird explizit das Ziel verfolgt, Schaden und nicht Konsum vorzubeugen. Diese schadensbegrenzende Form der Prävention hat völlig andere Zielsetzungen und Vorgehensweisen als die konsumfokussierte Prävention, da es hierbei vor allem darum gehen soll, die bereits erfahrenen Konsumenten zu einem weitgehend sicheren Drogenkonsum zu befähigen (Duncan et al., 1994). In Deutschland sind solche schadensbegrenzenden Ansätze vor allem in Partysettings zu finden, die über Methoden zur Steigerung der Konsumentensouveränität sowie zur Schadensbegrenzung darauf abzielen, Partydrogenkonsumenten zu risikoarmem Konsum zu befähigen (Küper, 1998). Diese Ansätze sind historisch vor allem aus der tertiären Prävention bei intravenös Drogenabhängigen erwachsen (Trautmann, 1995). Die dort bewährten Elemente der Schadensbegrenzung und Selbstorganisation wurden auf den Bereich der Partydrogen übertragen, und mittlerweile besteht ein wachsendes Netz an partydrogenbezogenen Angeboten, die primär dem Gesundheits- und Verbraucherschutz verpflichtet sind. Dies ist auch dringend notwendig, denn zumindest in der europäischen Partyszene ist polyvalenter Drogengebrauch weit verbreitet (Tossmann, Boldt & Tensil, 2001). Typische Beispiele für dieses Maßnahmenspektrum sind Aktionen auf Veranstaltungen im Partydrogensetting, die das Ziel verfolgen, Partygäste bei einem weitgehend risikoarmen Partybesuch zu unterstützen. Die Angebotspalette reicht von Informationsblättern mit Safer-Use-Regeln über die Bereitstellung von Getränken und Obst und die Einrichtung von Chill-out-Zonen bis hin zum Testen von Drogen (Weir, 2000). Mittlerweile finden sich auch für die Substanzen Cannabis und Alkohol Angebote, deren prioritäre Zielsetzung darin besteht, aktuelle KonsumentInnen zu einem möglichst unbedenklichen Konsum zu befähigen. Als Beispiele sind hier u.a. die Broschüre ‚Cannabis den Sünde sein?‘, herausgegeben vom Berliner Therapieladen oder das vom Schweizer Bundesamt für Gesund-

heit entwickelte Alkoholpräventionskonzept ‚Alles im Griff?‘ zu nennen. Diese Ansätze entsprechen sowohl in Bezug auf die ausgewählten Zielgruppen als auch im Hinblick auf die handlungsleitenden Zielsetzungen und verwendeten Methoden sekundärpräventiven Prinzipien.

### 3. Gegenwärtige Handlungserfordernisse für die sekundäre Prävention

Offenbar gibt es interessante und innovative präventive Ansätze, die effektiv und pragmatisch auf Schadensbegrenzung setzen und damit gerade drogenerfahrenen Jugendlichen glaubwürdige Unterstützung bieten, und es gibt zahlreiche gute Gründe dafür, passgenaue präventive Unterstützung für Jugendliche mit mehr oder weniger riskantem Substanzgebrauch zu entwickeln und zu erproben und dafür auf sekundärpräventive Ansätze und Verfahren zurückzugreifen:

#### Es besteht Bedarf

Zunächst einmal belegen die epidemiologischen Daten die Notwendigkeit von Angeboten für drogenerfahrene und drogengefährdete Jugendliche. Die Adoleszenz stellt den epidemiologischen Zahlen nach zu urteilen offensichtlich eine Phase dar, in der Drogenkonsum, aber auch Drogenmissbrauch zeitweilig eine große Rolle spielen können. Unter Umständen weisen 10 bis 15% aller Jugendlichen riskante Konsummuster auf. Gezielte und passgenaue Unterstützung ist entsprechend nötig, um die Gefahren zu minimieren und Jugendliche zu weitgehend gesundheitsunschädlichen Konsumformen zu befähigen. Ansätze der sekundären Prävention können hier hilfreiche Dienste leisten. Umgekehrt ist das Drogenkonsumverhalten bei dem größten Teil der Jugendlichen häufig nicht mehr ist als eine unter vielen vorübergehenden Anpassungsstörungen, die sich ohne bleibenden Schaden zurückbildet (Franzkowiak, 1996). Drogenkonsumphasen sind Teil normaler oder gar gesundheitsgerechter jugendlicher Entwicklung, wie u.a. die Shedler und Block (1990) schlüssig belegen. Entsprechend bezweifelt wird, dass ein flächendeckendes primärpräventives Angebot immer die alleinige Antwort sein kann. „We do not believe that every young person needs to be in the target population for intensive prevention efforts“ (Dryfoos, 1990, S. 57). Zielgerichtete sekundäre Prävention ist möglicherweise manchmal die ausreichende Antwort auf jugendlichen Drogenkonsum.

#### Es bestehen Bedürfnisse

Nur ganz wenige Studien existieren, die drogenkonsumierende Jugendliche da-

nach befragen, ob sie sich vorstellen können, professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen und wie diese Unterstützung ggf. auszusehen hätte. Als zentrale Ergebnisse lassen sich ableiten (Schmidt & Broekman, 2001): Erstens berichten konsumierende Jugendliche keinen oder kaum Bedarf an drogenspezifischer Unterstützung, da sie den eigenen Konsum in der Regel nicht als problematisch wahrnehmen. Jugendliche erachten meist andere Schwierigkeiten als zentral und haben, z.B. eher im Hinblick auf Probleme mit Eltern oder auf juristische Schwierigkeiten, Unterstützungsbedarf. Entsprechend sind die Kenntnisse, die Jugendliche über spezifische Unterstützungseinrichtungen haben, sehr begrenzt, und folgerichtig ist auch die Inanspruchnahme gering. Zweitens erachten Jugendliche die bestehenden Leistungen häufig als unangemessen. Sie interpretieren die Inanspruchnahme selten als hilfreich, sondern eher als Bestrafung für unerwünschtes Verhalten, und sie bewerten die bestehenden Angebote häufig negativ, z.B. werden schlechte Beziehungsqualität, fehlende Anonymität, fehlende Nützlichkeit und ein moralischer Zeigefinger, aber auch fehlende Mitgestaltungsmöglichkeiten, unangepasste Öffnungszeiten, ungemütliche Einrichtungen oder bürokratische Strukturen kritisiert. Aber auch professionell tätige Erwachsene haben offenbar das Bedürfnis, stärker als das bisher machbar ist, auf pragmatische Methoden und Strategien zurückgreifen zu können, die einen glaubwürdigen, vertrauensvollen und partnerschaftlichen Umgang mit Jugendlichen erlauben und dadurch erst wirksame Unterstützung möglich machen (Marzinzik, Gass & Schmidt, 2002).

#### Es bestehen Hemmnisse bei der Umsetzung

Trotz offenbar bestehenden Bedarfs und bestehender Bedürfnisse gibt es erstaunlicherweise nur sehr wenig Erfahrungen im Bereich von gezielter Unterstützung für drogenkonsumierende Jugendliche. Und dies obwohl die klassischen primärpräventiven Programme bei der Zielgruppe der bereits konsumierenden Jugendlichen bekanntermaßen kaum oder keine präventive Wirksamkeit im Hinblick auf Verhaltensänderungen entfalten können (Brown & Horowitz, 1993; Paglia & Room, 1999). Kritische Stimmen äußern gar die Befürchtung, dass die seit Anfang der 90er-Jahre erkennbaren steigenden Konsumprävalenzzahlen einen Hinweis für die Kontraproduktivität flächendeckender Prävention liefern könnte, insofern als dass die allseits gegenwärtigen Präventionsbotschaften, gerade Jugendliche, die sowieso einen erhöhten Abgrenzungsbedarf gegenüber traditionellen Verhaltensregeln aufweisen, zu wi-

derständigem Handeln gegen den wahrgenommenen Gesundheitsmoralismus ermuntern (Paglia & Room, 1999). Gerade bei drogennahen Risikojugendlichen können vor allem die auf No-Use konzentrierten Maßnahmen kontraproduktiv wirken, da solche Ansätze den Kenntnisstand besonders der drogenerfahrenen Jugendlichen in der Regel eindeutig nicht widerspiegeln und Jugendliche entsprechend sensibel und misstrauisch auf diese Inkonsistenzen zwischen Präventionsbotschaften und erfahrener Alltagswirklichkeit reagieren (D’Emidio Caston & Brown, 1998). Dies kann zur Folge haben, dass nicht nur die Glaubwürdigkeit der konkreten, sondern auch aller übrigen präventiven Botschaften verloren geht (Beck, 1998; Fahrenkrug, 1995).

Folgerichtig sind sich Wissenschaft und Praxis zumindest auf konzeptioneller Ebene einig, dass die klassische primärpräventiv ausgerichtete Suchtprävention alleine nicht ausreicht, um das breite Spektrum der unterschiedlich konsumierenden Jugendlichen angemessen zu bedienen. Die Tatsache akzeptierend, dass Drogenkonsum im Jugendalter häufig nichts anderes als eine Form der Entwicklungsbewältigung ist und darum kein Grund besteht, hier eine ‚deviante‘ Bevölkerungsgruppe zu definieren, sind alternative, u.a. auf Schadensminimierung angelegte Maßnahmen für dezidierte Risikokonsumenten notwendig (Brown & Horowitz, 1993). Und betrachtet man die Suchtprävention in ihrer historischen Entwicklung, so kann man erstaunt feststellen, dass das Angebot an präventiven Leistungen auch wirklich einmal deutlich bunter war. In den 70er-Jahren wurden aus heutiger Sicht überraschend nicht nur im Bereich der Therapie, sondern auch im Bereich der Prävention schadensbegrenzende Methoden zur Suchtvorbeugung angewandt, was sich in den USA vor allem durch die lange Tradition der postprohibitiven Alkoholpräventionsprogramme erklärt, deren Ziel es war, potenzielle Alkoholkonsumenten zu moderaten Konsumformen zu befähigen (Beck, 1998). Die Suchtprävention dieser Zeit hat damals nachdrücklich unterschieden zwischen Drogengebrauch und Drogenmissbrauch (Brown & D’Emidio Caston, 1995), und das Ziel präventiver Anstrengungen war nicht die Abstinenz, sondern der selbstverantwortliche, möglichst harmlose Umgang mit legalen und illegalen Drogen (Beck, 1998). Schon in den 70er-Jahren gab es für denn illegalen Drogenbereich schadensbegrenzende Ansätze, etwa publizierte Leitlinien zum schadensminimierenden Drogenkonsum, sowie Aufklärungskampagnen, die etwa das Ziel verfolgten, klebstoffschnüffelnde Personen von lebensgefährlichen Konsumformen abzubringen durch die Empfehlung, statt Plastikalkoholstüten

(Erstickungsgefahr) kleinere Kartoffelchipsstüten zu verwenden (Duncan, 1992). Als Beispiel sei hier auch das ‚Drug Consumer Safety Program‘ angeführt, das Anfang der 70er-Jahre an US-amerikanischen Colleges eingeführt wurde, um StudentInnen dazu zu befähigen, ihren Drogenkonsum entlang einer ‚soveränen Konsumentenentscheidung‘ zu gestalten und unbeabsichtigten Missbrauch zu verhüten (nach Beck, 1998).

Solche ausdrücklich missbrauchs-fokussierten, auf Schadensverringerung statt Konsumverhinderung angelegten Strategien konnten sich also immer einmal wieder etablieren, doch fielen und fallen sie offenbar genauso häufig immer wieder der Tatsache zum Opfer, dass sowohl in der Bevölkerung als auch der wissenschaftlichen und politischen Fachöffentlichkeit zum Teil noch tradierte Einschätzungen darüber vorherrschen, dass nur durch die Verhinderung des Einstiegs in den Konsum auch der Missbrauch verhindert werden kann – Vorstellungen über die scheinbar zwangsläufige Linearität zwischen experimentellem Haschischkonsum und Fixertod in der Bahnhofstoilette (diese Zwangsläufigkeitsvorstellungen beziehen die legalen Drogen wohlgerne nicht mit ein) sind hinlänglich bekannt. Pragmatischen, sekundärpräventiven Ansätzen war meist nur eine kurze Lebensdauer beschieden, denn vor allem die stetig steigende Macht der anti-liberalen Elternbewegungen in den USA seit Anfang der 80er-Jahre ebnete einer auf ‚no-use‘ oder ‚zero-tolerance‘ gerichteten Präventionspolitik den Weg, die schließlich in den USA in den orthodoxen ‚War on Drugs‘ mündete und von dort in die Welt diffundierte (Beck, 1998).

Die daraus resultierenden enormen Aktivitäten im Bereich der Jugendbezogenen, persönlichkeitsstärkenden und widerstandsverbessernden, und fast immer auch no-use-orientierten Drogenprävention hatten zur Folge, dass das Wissen, das heutzutage über Drogenprävention besteht, vor allem durch die aktuelleren US-amerikanischen Vorgehensweisen und Erfahrungen geprägt ist. Die quantitative und zunehmend auch qualitative Power der auf Konsumvermeidung und Kompetenzstärkung ausgerichteten Präventionsforschung hat alle früheren, davon abweichenden, pragmatischen und schadenbegrenzenden Ansätze der Prävention, die stärker auf die selbstverantwortliche, kompetente und informierte Entscheidung setzten, in Vergessenheit geraten lassen (Beck, 1998). Das ist bedauerlich, denn „much can be learned from careful study of harm reduction efforts [of drug prevention] carried out ... in the 1970s. It is hoped that this historical evidence will be used to ... break the cycle of condemnation towards repetitions of past mistakes“ (Beck, 1998, p. 35ff).

#### 4. Zukünftige sekundärpräventive Handlungsfelder auf dem Feld der Suchtprävention

Trotz ihres offensichtlichen Schattendaseins stellt die sekundäre Suchtprävention jedoch einen Erfolg versprechenden Ansatz zur Reduktion von Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit dar. Eine Kosten-Wirksamkeitsanalyse, in der Präventionsmaßnahmen für Hochrisikojugendliche den Behandlungs- und Begleitmaßnahmen für Drogenmissbraucher gegenüber gestellt wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass bei Drogenmissbrauch pro Kopf zwischen 400.000 und 1 Mio. Dollar aufgewendet werden müssen für drogeninduzierte Behandlungen, Produktivitätsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Mortalität sowie für kriminalitätsbezogene Maßnahmen. Demgegenüber stehen die geschätzten Kosten von etwa 10.000 Dollar pro Kopf für ein kontinuierliches schulisches Präventionsprogramm (Cohen, 1998). Vereinfacht lässt sich hieraus schlussfolgern, dass bereits bei einer Erfolgsquote von 1 bis 3% das Präventionsprogramm kosteneffektiv im Vergleich zur Behandlung von Missbrauch ist.

Doch bisher sind der sekundären Prävention noch strikte konzeptionelle und methodische Grenzen gesetzt, die sich vorwiegend durch das derzeit noch völlig unzureichende Wissen ergeben, und entsprechend wird sowohl in theoretischer als auch methodischer Hinsicht Kritik an der bisherigen Präventionspraxis geübt (Resnicow et al., 2001): Einerseits hinsichtlich der Früherkennung und andererseits in Bezug auf die Frühintervention bestehen deutliche Wissenslücken im Hinblick auf Entwicklung, Implementation, Durchführung und Evaluation der Maßnahmen. Bezogen auf die Früherkennung von drogenerfahrenen Jugendlichen ist zu konstatieren, dass zumindest in Deutschland verallgemeinerbare Erfahrungen über Früherkennungsinstrumente und ihre Validität und Reliabilität, Einsetzbarkeit und Akzeptanz sowie Anwendbarkeit, Nützlichkeit und unerwünschte Wirkungen fehlen. Ähnlich unzureichendes Wissen besteht sowohl im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit der gängigen Präventionsverfahren für Hochrisikojugendliche als auch in Bezug auf innovative, dezidiert sekundärpräventive Präventionsverfahren. Neben den klassischen methodischen Mängeln bei der Durchführung und Evaluation sekundärpräventiver Maßnahmen (z.B. de Jong, 1995; Resnicow et al., 2001), werden u.a. die Übertragbarkeit primärpräventiver Methoden, die unklare Zielgruppenerreichung, die uneinheitliche Bestimmung der Wirksamkeitskriterien sowie die un-

zureichende Prüfung unerwünschter Wirkungen kritisch erörtert (Brown & Krefl, 1998; Chou, Montgomery, Pentz, Rohrbach, Anderson Johnson, Flay & Mackinnon, 1998; Resnicow et al., 2001; Srambrano, Springer & Hermann, 1997). Zusätzlich wird gefordert, die dominante Konzentration auf das Risikofaktorenmodell um verstärkte Anstrengungen im Bereich der Resilienzforschung und der vermehrten Berücksichtigung von protektiven Faktoren zu erweitern (Brown & D’Emidio Caston, 1995). Auch strukturelle Ansätze, die nicht allein auf individuelle Verhaltensmodifikation oder Persönlichkeitsoptimierung setzen, sondern auf gesellschaftspolitischer und sozioökonomischer Ebene angesiedelt sind, sollten künftig noch weitgehendere Anwendung im präventiven Interventionsfeld finden (Catford, 2001).

Schlussfolgernd lässt sich zusammenfassen, dass sekundäre Prävention trotz aller Schwächen und Mängel eine sinnvolle Ergänzung zur Kompletierung des suchtpreventiven Angebots sein kann. Doch das derzeit existierende theoretische und empirische Defizit hinsichtlich der ‚Besten Praxis‘ bezüglich der Entwicklung, Implementation und Evaluation von dezidiert sekundärpräventiv ausgerichteten Maßnahmen erlaubt eine schlussendliche Beurteilung vorerst nur auf der Grundlage theoretischer Plausibilität und weniger auf der Basis empirischer Evidenz. Darum ist künftig systematisch zu prüfen, mit welchen Methoden in welchen Settings für welche Zielgruppen sich welche Zielvorgaben bestmöglichst erreichen lassen. Zukünftiges Engagement in der Drogenprävention sollte darauf gerichtet sein, den primärpräventiven Blickwinkel zu erweitern, um auch drogenkonsumierende Jugendliche zu erreichen und dabei zu unterstützen, ihr größtmögliches gesundheitsförderliches Potenzial in einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt zu entwickeln.

#### Literatur:

- Anglin, T.M. (1993). Psychoactive substance use and abuse. In: M.I. Singer, L.T. Singer, T.M. Anglin (Eds.) *Handbook for screening adolescents at psychological risks*. New York: Lexington.
- Beck, J. (1998). 100 years of ‘just say no’ versus ‘just say know’. *Evaluation Review*, 22, 1, 15-45.
- Blakely, C.H., Coulter, J.B., Gardner, S.E., & Jansen, M.A. (1997). Findings from the center for substance abuse prevention. *Journal of Early Adolescence*, 17, 7-9.
- Brown, J.H., & Krefl, I.G.G. (1998). Zero effects of drug prevention programs: Issues and solutions. *Evaluation Review*, 22, 3-14.
- Brown, J.H. & D’Emidio Caston, M. (1995). On becoming ‚at risk‘ through drug education. How symbolic policies and their practices affect students. *Evaluation Review*, 19, 451-492.

- Brown, J.H. & Horowitz, J.E. (1993). Why adolescent substance use prevention programs do not work. *Evaluation Review*, 10, 529-555.
- Bundesministerium für Gesundheit (2001). *Sucht- und Drogenbericht 2000*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 2000*. Köln: BZgA.
- BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998). *Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 1997*. Köln: BZgA.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1992). Internationales Treffen „Geschlechtsspezifische Ansätze in der Prävention des Suchtmittelmissbrauchs“. Köln: BZgA.
- Cafford, J. (2001). Illicit drugs: effective prevention requires a health promotion approach. *Health Promotion International*, 16, 2, 107-110.
- Chou, C.-P., Montgomery, S., Pentz, M.A., Rohrbach, L.A., Johnson, C.A., Flay, B.R., & MacKinnon, D.P. (1998). Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 88, 945-948.
- Chung, T., Colby, S., Barnett, N.P., Rohsenow, D.J., Spirito, A. & Monti, P.M. (2000). Screening adolescents for problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 579-587.
- Cohen, M.A. (1998). The monetary value of saving high-risk youth. *Journal of Quantitative Criminology*, 14, 5-33.
- De Jong, J.A. (1995). An approach for high risk prevention research. *Drugs and Society*, 8, 125-138.
- Dembach, B. (1992). Sucht- und Drogenprävention: Ansätze und Arbeitsfelder. In Saarländische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Fachforum Suchtprävention* (pp. 11-31). Saarländische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Saarbrücken.
- D'Emidio-Caston, M. & Brown, J.H. (1998). The other side of the story: student narratives on the California drug, alcohol and tobacco education programs. *Evaluation Review*, 22, 95-117.
- Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention*. New York: Oxford University P.
- Duncan, D.F., Nicholson, T., Clifford, P., Hawkins, W. & Petosa, R. (1994). Harm reduction: An emerging new paradigm for drug education. *Journal of Drug Education*, 24, 4, 281-290.
- Duncan, D.F. (1992). Drug abuse prevention in post-legalization America: What could it be like? *Journal of Primary Prevention*, 12, 4, 317-322.
- Essau, C.A., Petermann, H., Karpinski, N.A. & Conrad, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.
- Fachverband Sucht. (1999). Grundprinzipien und Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht Aktuell*, 6, 4-8.
- Fahrenkrug, H. (1995). *Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil*. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.
- Franzkowiak, P. (1996). Risikokompetenz - Eine neue Leitorientierung für die primäre Suchtprävention. *Neue Praxis: Zeitschrift Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 26, 409-424.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Junge, B. & Nagel, M. (1999). Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, S121-S125.
- Kolip, P. (1997). Medikamentenkonsum im Jugendalter. *Psychomed*, 9, 38-41.
- Kolip, P. & Schmidt, B. (1999). Gender and health in adolescence: WHO policy series 'Health policy for children and adolescents'. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000 (Bundesstudie). Sucht, Sonderband (In Druck).
- Küper, A. (1998). Jugendarbeit und Sekundärprävention. In BOA e.V. (Ed.) *Pro Jugend - ohne Drogen? „Mein Glück gehört mir!“* (pp. 142-146). Solothurn: Nachtschatten.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz (1999). *Sekundärpräventive Projekte in der Suchtvorbeugung*. Landeszentrale für die Gesundheitsförderung: Mainz.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18-31.
- Martino, S., Grilo, C. & Fehon, D. (2000). Development of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviors*, 25, 57-70.
- Marzinzik, K., Gass, H.-J. & Schmidt, B. (2002). Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. *Prävention*. (In Druck).
- McCusker, C.C., Roberts, G., Douthwalte, J. & Williams, E. (1995). Teenagers and illicit drug use - expanding the 'user vs. non-user' dichotomy. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 221-241.
- Paglia, A. & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- Pavis, S., Cunningham-Burley, S. & Amos, A. (1997). Alcohol consumption and young people. *Health Education Research*, 12, 311-322.
- Renn, H. (1990). Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung am Beispiel der Suchtprävention. In B. Stumm & A. Trojan (Eds.), *Perspektiven für Gesundheitswissenschaften* (pp. 1-22). Frankfurt am Main: Fischer.
- Resnicow, K., Braithwalte, R., Dilorio, C., Vaughan, R., Cohen, M.I. & Uhl, G.R. (2001). Preventing substance use in high risk youth: evaluation challenges and solutions. *Journal of Primary Prevention*, 21, 399-415.
- Sachverständigenrat (2001) *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Band III Über, Unter- und Fehlversorgung*. Bonn: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.
- Sambrano, S., Jansen, M.A. & O'Neill, S.J. (1997). Emerging findings from high-risk youth prevention programs. *Journal of Community Psychology*, 25, 371-373.
- Sambrano, S., Springer, J.F., & Hermann, J. (1997). Informing the next generation of preventing programs. *Journal of Community Psychology*, 25, 375-395.
- Schmidt, B. (2001). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. (2. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Schmidt, B. & Broekman, A. (2001). Unterstützungsleistungen für konsumierende Jugendliche: Mitmachen und gewinnen? *Neue Praxis*, 5, 514-522.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Silbereisen, R.K. (1995). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In R. Oerter & L. Montada (Eds.), *Moderne Entwicklungspsychologie* (S. 1057-1068). München: PsychologieVerlagsUnion.
- Tossmann, P., Boldt, S. & Tensil, M.-D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European Addiction Research*, 7, 1, 2-23.
- Trautmann, F. (1995). Peer support as a method of risk reduction in injecting drug-user communities. *Journal of Drug Issues*, 25,3, 617-628.
- Weir, E. (2000). Raves: a review of culture, the drugs and the prevention of harm. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1843-1848.
- Werch, C.E. & DiClemente, C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- Windle, M. (1999). *Alcohol use among adolescents*. Thousand Oaks: Sage.
- Windle, M., Shope, J. & Bukstein, O. (1996). Alcohol use. In R.J. DiClemente, W.B. Hansen & L.E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 115-160). New York: Plenum.

**Die Autorin:**

Dr. Bettina Schmidt  
 Uni Bielefeld,  
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
 Postfach 10 01 31  
 33501 Bielefeld  
 Tel: 05 21/106-38 88  
 Fax: 05 21/106-64 33  
 bettina.Schmidt@uni-bielefeld.de