

Safer Use oder Sekundärprävention? Präventive Ansätze und Behandlungsstrategien bei Suchtmittelmissbrauch im Kindes- und Jugendalter

Michael Schulte-Markwort und Pia Düsterhus

1. Einleitung

Die öffentliche Diskussion um Drogenmissbrauch im Kindes- und Jugendalter ist inzwischen auch aus fachlicher Sicht aktueller denn je. War es bislang die Dramatisierung durch die Medien, die in diesem Kontext beanstandet und relativiert werden musste, so sind es heute eher die Foki den Medien, die zu einem nach wie vor verzerrten Bild in der Öffentlichkeit führen. So sind es weniger die abnehmende Zahl an Drogentoten und der Missbrauch so genannter „harter“ Drogen, die aus fachlicher Sicht problematisch erscheinen, sondern vielmehr die psychischen und körperlichen Folgen, die zum Beispiel aus dem Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum resultieren. Darüber hinaus gebührt der Bedeutung von komorbiden Störungen ebenso wie den Risikofaktoren – die z.T. identisch sind – besondere Aufmerksamkeit. Auf der Grundlage entwicklungspsychiatrischer und epidemiologischer Daten erscheint es notwendig, neue Strategien insbesondere der Sekundärprävention zu etablieren.

Einige Kennzeichen der Ausgangssituation für den Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen sind:

- das Einstiegsalter wird immer niedriger
- der Suchtmittelkonsum nimmt insgesamt zu
- Konsummuster von Kindern und Jugendlichen gestalten sich vermehrt risikant
- Suchtstoffkarrieren beginnen in der Reihenfolge: Nikotin, Alkohol, Cannabis
- die Geschlechterdifferenzen verringern sich zu Ungunsten der Mädchen
- Sucht entsteht nicht ohne fortbestehende psychische Störung

Unter psychoaktiven Substanzen werden in diesem Beitrag Substanzen verstanden, die (u.a.) das zentrale Nervensystem beeinflussen und Suchtpotenzial besitzen.

2. Gebrauch und Missbrauch

Gemäß ICD-10 erfordert die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs einer psy-

choaktiven Substanz eine „tatsächliche Beschädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten“... „Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft, ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen, wie z.B. Inhaftierung oder Eheprobleme.“ Diese Operationalisierung eines psychiatrischen Klassifikationssystems ist zwar verständlich, insbesondere wenn sie auf eindeutige gesundheitliche Schäden der Physis und/oder der Psyche abhebt, aber dies deckt aus Kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht nicht die Realität des Suchtmittelkonsums in dieser Altersgruppe ab.

In der Kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit macht es wenig Sinn, zwischen Gebrauch und Missbrauch zu unterscheiden, insbesondere dann nicht, wenn es um den Konsum toxischer Substanzen geht, was für alle Suchtmittel in Bezug auf das Kindes- und Jugendalter konstatiert werden muss. Insofern sollten bezogen auf den Missbrauch Substanz- und Konsumumstände, personenbezogene Umstände, personenbezogene Reaktionen und personenbezogene Konsequenzen berücksichtigt werden (Thomasius, 1999). Bezogen auf Substanz- und Konsumumstände liegt ein Missbrauch dann vor, wenn

- Substanzen mit hohem gesundheitlichen Risikopotential konsumiert werden und/oder
- große Mengen konsumiert werden, dabei
 - mittlere Mengen über längere Zeit oder
 - kleinere Mengen in unangemessenen Situationen.

Mengenangaben müssen sich dabei immer auf das Entwicklungsleiter beziehen. Der Hinweis auf den Konsum kleinerer Mengen von Suchtmitteln in unangemessenen Situationen verweist auf besondere psychische Konstellationen des Individuums die i.d.R. mitbeteiligt sind.

Bezogen auf personale Umstände liegt ein Missbrauch dann vor, wenn

- individuelle und entwicklungsbezogene Voraussetzungen für einen verantwortlichen Gebrauch der Substanz nicht vorliegen und/oder
- durch den Konsum die altersgerechte Entwicklung nachhaltig behindert wird.

Bezogen auf die Aussage eines verantwortlichen Substanzgebrauchs entstehen zumindest in Bezug auf Nikotinkonsum Probleme, weil es bzgl. der gesundheitlichen Schäden durch Nikotin keinen verantwortlichen Konsum geben kann – auch nicht im Erwachsenenalter.

Auf der Ebene der personenbezogenen Reaktion liegt ein Missbrauch vor, wenn

- Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit bestehen,
- eine Substanz bedingte Einschränkung der körperlichen und/oder psychosozialen Funktionstüchtigkeit vorliegt und/oder
- bei zunehmender Unfähigkeit Alltagsanforderungen gerecht zu werden.

Bzgl. eines altersadäquaten Begriffes von psychosozialer Funktionstüchtigkeit kann zusätzlich Bezug genommen werden zum Krankheitsbegriff in der Kinder und Jugendpsychiatrie, wie er von Remschmidt (1988) formuliert wurde, zu dem gleichzeitig dann ein Überschneidungsbereich i.S. einer psychischen Erkrankung besteht:

„Eine psychische Krankheit im Kindes- und Jugendalter wird definiert als ein Zustand gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und gegebenenfalls auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.“

Betrachtet man die Ebene der personenbezogenen Konsequenzen, dann liegt ein Missbrauch vor bei

- konsumbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigung
 - körperlich und/oder
 - psychisch
- Beeinträchtigung sozialer Beziehungen

- konsumbedingt auftretender Gewalttätigkeit
- konsumbedingten Rechtsbrüchen.

Mit den genannten verschiedenen Ebenen der Betrachtung und Operationalisierung von Missbrauch ist man in der Lage, sehr viel früher als durch psychiatrische Klassifikationen den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien gegenüber von Missbrauch zu sprechen. Dies kann im Rahmen von Diagnostik und Behandlung große Bedeutung erlangen, wenn es darum geht, gegenüber der Familie den Substanzkonsum einzuordnen ohne zu dramatisieren und ohne auf die – artifizielle – Trennung von legalen und illegalen Drogen eingehen zu müssen.

Suchtmittelgebrauch ist ein Phänomen, das eher durch soziale Erfahrungen beeinflusst wird und in entsprechenden sozialen Rahmenbedingungen eingebettet ist, während Suchtmittelmissbrauch eher durch psychische und psychopathologische Merkmale beeinflusst wird.

Insgesamt erscheint es müßig zu versuchen, mit externalen Kriterien, wie legal versus illegal, Kriterien der Abhängigkeit oder sozialen Variablen eine Trennung zwischen Gebrauch und Missbrauch herzustellen. Grundsätzlich ist für alle Suchtmittel von einer spezifischen toxischen (somatisch und/oder psychisch) Potenz auszugehen, wobei die Grenze vom Gebrauch zum Missbrauch i.d.R. schnell und früh überschritten wird, ohne dass im gesellschaftlichen Bewusstsein schon von Missbrauch in die Rede ist. Im Gegenteil, häufig wird unsinniger Weise die Grenze zwischen Gebrauch und Missbrauch zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln gezogen.

3. Epidemiologie

Aktuelle Studien gehen davon aus, dass sich gemäß DSM-IV-Kriterien in der Altersgruppe der 14 bis 24-jährigen 27% der Männer und 9% der Frauen als substanzmissbrauchend und -abhängig klassifizieren lassen (Lieb et al., 2000). Auch wenn kritisch zu sehen ist, dass solche altersübergreifenden Kohorten keine wirkliche Aussage über Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr zulassen, so ist dennoch davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der Gesamthäufigkeit dem Jugendalter zuzuordnen ist. Rechnet man „weichere“ Kriterien des Missbrauchs hinzu, so wird deutlich, dass der Missbrauch psychoaktiver Substanzen und seine psychischen Störungen epidemiologisch eindeutig zu den grössten Gruppen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter gehören.

Gemäß Angaben des BZgA (2001) sind 38 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Altersgruppe zwi-

schen 12 und 25 Jahren ständige und Gelegenheitsraucher, wobei 20 Prozent dieser Altersgruppe schon als nikotinabhängig zu bezeichnen ist (Lieb et al., 2000). Die bevorzugte psychoaktive Substanz bei Jugendlichen ist der Alkohol. Schon bei den Sechzehnjährigen liegt zu 90 Prozent eine Alkoholerfahrung vor (Freitag, 1999). Während in den Studien bis zum Jahr 2001 alkoholische Mixgetränke noch keine große Rolle gespielt haben, muss heute davon ausgegangen werden, dass gerade diese „modernen“ süßen Alkohol-Mixgetränke den Einstieg in einen gesteigerten Alkoholkonsum triggern. Immerhin zeigen auch in älteren Studien neun Prozent der 16 bis 17-jährigen einen Alkoholmissbrauch gemäß DSM-IV auf und Abhängigkeit wurde in dieser Altersgruppe bei vier Prozent gefunden (Wittchen et al., 1996).

Cannabis wird durchschnittlich mit 16 Jahren erstmalig konsumiert. Konsumerfahrungen geben 27 Prozent aller 12 bis 25-jährigen Jugendlichen an (BZgA, 2001), wobei alle Studien darauf hinweisen, dass diese Zahl deutlich zunimmt. Insbesondere ist davon auszugehen, dass regelmäßige Konsumformen zunehmen (Freitag, 1999).

Bei Ecstasy ist zumindest bislang davon auszugehen, dass dieser Konsum fast nur auftritt, wenn eine persönliche Nähe des Konsumenten zur Techno-Szene besteht. Hier liegt das Eintrittsalter durchschnittlich bei 17 Jahren. Die nachfolgende Tabelle fasst die beschriebenen epidemiologischen Grundlagen zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Jungerwachsenen zusammen.

Klinisch von besonderer Bedeutung ist das Einstiegsalter der Kinder und Jugendlichen. An einer Kohorte von 597 suchtgefährdeten, aber noch nicht abhängi-

gen Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 25 Jahren in Nordrhein-Westfalen untersuchte Farke (1999; Farke und Broekmann, 2003) deren Konsumverhalten. Danach beginnt der Einstieg in den Alkoholkonsum bei zwölf Jahren, für Cannabis zwischen 14 und 15 Jahren und für Kokain und Heroin zwischen 17 und 18 Jahren. Von besonderer Bedeutung ist hierbei nicht nur das deutlich abgesenkte Einstiegsalter einer Risikopopulation, sondern darüber hinaus die dramatische Tendenz, die entsteht, wenn man diese Population unterteilt in gering, sowie mäßig und stark gefährdet. Dann wird nämlich deutlich, dass sich das Einstiegsalter bei der stark gefährdeten Population um durchschnittlich ein Jahr absenkt, wie Tabelle 2 zeigt.

Sieht man sich in dieser Gruppe die Geschlechterverteilung und vor allem in die Gefährdung bezogen auf das Geschlecht an, so wird deutlich, dass Jungen bezogen auf den Konsum psychoaktiver Substanzen gefährdeter sind als Mädchen (s. Abb.1). Während bei den Mädchen der größte Anteil in der Gruppe der gering gefährdeten ist, ist dies bei den Jungen genau umgekehrt: bei Ihnen sind die größten Anteile jeweils in der Gruppe der mäßig und stark gefährdeten:

4. Komorbidität

Eine Diskussion um die Struktur und Häufigkeit komorbider psychischer Störungen lässt sich nur führen, wenn man sich darum bemüht, der Komplexität zwischen vulnerablen psychischen Strukturen, intrapsychischen Risikofaktoren, prämorbidem psychischen Auffälligkeiten, psychischen Störungen, die mit Substanzkonsum einhergehen und „echten“ komorbiden Störungen gerecht zu werden. Dabei wird eine Gewichtung der einzelnen Faktoren jeweils nur im

Merkmal	Altersgruppe	Betroffene
Nikotin		
Ständige oder Gelegenheitsraucher (BZgA, 2001)	12-25 Jahre	38%
Nikotinabhängigkeit (Lieb et al., 2000)	14-24 Jahre	20%
Alkohol		
Alkoholerfahrung (Freitag, 1999)	16 Jahre	90%
Regelmässiger Alkoholkonsum (BZgA, 2001)	12-25 Jahre	Bier: 22% Wein: 8%
Alkoholmissbrauch (Wittchen et al., 1996)	16-17 Jahre	9%
Alkoholabhängigkeit (Wittchen et al., 1996)	16-17 Jahre	4%
Cannabis		
Konsumerfahrung (BZgA, 2001)	12-15 Jahre	27%
Cannabismissbrauch (BZgA, 2001)	14-16 Jahre	1%
Ecstasy (BZgA, 2001)		
Lebenszeitprävalenz	12-17 Jahre	3%

Tab. 1: Konsum psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen (mod. Nach Farke u. Broekmann, 2003)

Substanz	gesamt	gering gefährdet	mäßig gefährdet	stark gefährdet
Alkohol	12.4	14.1	12.2	11.1
Cannabis	14.6	15.6	14.8	13.8
Ecstasy	16.3		17.0	15.3
Tranquillizer	16.7		16.9	15.2
Aufputschmittel	16.7		16.9	15.4
Pilze	16.9		17.0	16.2
LSD	17.1		16.9	16.2
Kokain	17.5			17.5
Heroin				17.5

Tab.2: Einstiegsalter (in Jahren) (mod. nach Farke und Broekmann, 2003)

Einzelfall möglich sein und insbesondere wird man nur im Einzelfall entscheiden können, ob der Substanzkonsum dazu dient, unerträgliches psychisches Erleben z.B. im Sinne einer Depression erträglicher zu machen oder ob der Konsum eher im Sinne eines selbst verletzenden Verhaltens, z.B. bei einer Borderline Persönlichkeitsstörung zu verstehen ist.

Insgesamt schwanken die Angaben in der Literatur für die Störung des Sozialverhaltens als häufigste komorbide Störung zwischen 28 und 62 Prozent. Ähnlich hoch ist die Co-Prävalenz von depressiven Störungen anzusehen, die zwischen 16 und 61 Prozent schwankt. Affektive Störungen des Sozialverhaltens kommen mit einer Häufigkeit zwischen 12 und 38 Prozent vor. Darüber hinaus finden sich bei Konsumenten psychoaktiver Substanzen gehäuft Angststörungen, Borderline Persönlichkeitsstörungen, sozial phobische Störungen sowie Essstörungen – hierbei insbesondere die bulimische Form.

5. Risikofaktoren

Neben den unspezifischen Risikofaktoren, wie sie allgemein für die Entwicklung Kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen gelten, haben Farke et al. (1999, 2003) an der von ihnen untersuchten Risikopopulation einen Index zur Suchtgefährdung ermittelt (INSU). Dabei ließen sich die Bereiche Freundeskreis, Droge, Schule, Familie und Persönlichkeit als zentrale Bereiche ermitteln. Mit einem Punktesystem (in Klammern) lässt sich feststellen, ob der Betroffenen Jugendliche zu der Gruppe der gering gefährdeten (bis 30 Punkte), der gefährdeten (31 bis 66 Punkte) oder zu der Gruppe der stark gefährdeten gehört (mehr als 66 Punkte). Wegen der hohen klinischen Bedeutung sollen die einzelnen Items mit den jeweiligen Punktzahlen hier aufgeführt werden:

• Persönlichkeit

- depressives Verhalten (4)
- Geringschätzung im Freundeskreis (3)
- geringes Selbstvertrauen (2)
- negative Einstellung zum Körper (1)

Auch wenn dieser Risikoindex noch nicht an einer repräsentativen Stichprobe validiert worden ist, so ist seine Bedeutung zumindest innerhalb einer spezifischen Risikopopulation deutlich und kann in der Praxis im Einzelfall bei der sekundärpräventiven Arbeit sowie der Verlaufskontrolle derselben hilfreich sein. Von besonderer Bedeutung ist der Stellenwert des Freundeskreises und des Kontaktes mit der psychoaktiven Substanz als solche, deren Bedeutung offenbar deutlich höher eingeschätzt werden müssen als in-

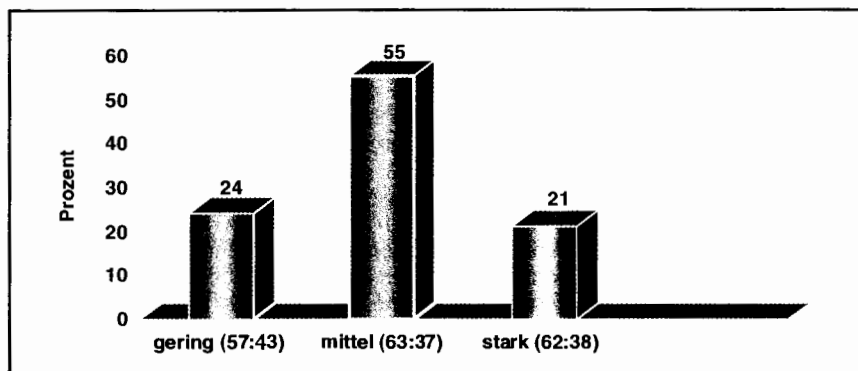


Abb. 1: Gefährdungsgrad nach Geschlecht

• Umfeld

- Freundeskreis (15)
- häufiger Aufenthalt in der Clique (10)
- häufiger Aufenthalt auf Plätzen (5)

• Substanzen/Drogen

- häufiger Konsum (mindestens eine Substanz) (15)
- drogenbedingter Kontakt mit der Polizei (5)
- gescheiterte Abstinenzversuche (5)
- fehlende Abstinenzgedanken (2,5)
- Beginn eines Nikotinkonsums vor dem zwölften Lebensjahr (2,5)

• Schule

- Schulschwänzen mindestens einmal pro Woche (8)
- mindestens zweimalige Nichtversetzung (5)
- schlechte berufliche Zukunft (2)

• Familie

- Gewalterfahrungen (4)
- Alkoholkonsum der Eltern (4)
- schlechte Beziehung zur Mutter (3,5)
- schlechte Beziehung zum Vater (1,5)
- getrennt lebende Eltern (1)
- finanzielle Situation der Familie (1)

nerfamiliären Faktoren – zumindest zu dem Zeitpunkt, zu dem schon Kontakt mit der psychoaktiven Substanz besteht.

Insgesamt wird man sich heute den Weg eines Kindes bzw. Jugendlichen in den Substanzkonsum bzw. die Abhängigkeit so vorstellen können, dass sich auf der Basis genetischer Dispositionen, familiären Substanzkonsums, innerfamiliärer Bindungsmuster sowie spezifischer sozialer Bedingungen eine Vulnerabilität für Substanzkonsum heraus bildet. Unter dem schädlichen Einfluss von Gleichaltrigen, Dissozialität, Depression sowie frühem Nikotin- und Alkoholabusus bildet sich schließlich der Substanzkonsum und die Abhängigkeit aus (s. Abb. 2).

6. Sekundärprävention und Behandlungsstrategien

In Deutschland sind in den letzten Jahren vielfach Präventivprogramme aufgelegt und evaluiert worden. Allerdings muss man aus der Präventionsforschung feststellen, dass die relative Bedeutung einzelner Faktoren innerhalb der Präventionsmaßnahme bislang ungeklärt sind. Immerhin ist es unstrittig, dass präventive Maßnahmen insbesondere auf die Schule bezogen zu 50 bis 80 Prozent wirksam sind. Allgemeingültige Modelle

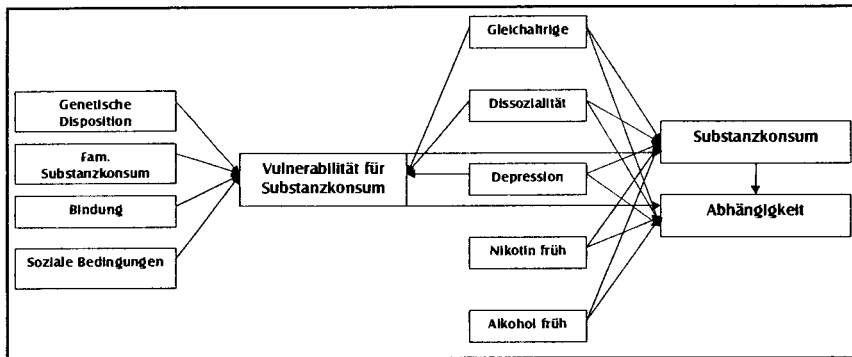


Abb. 2: Entstehungsbedingungen für Substanzkonsum und -abhängigkeit

lassen sich daraus bislang nicht ableiten, Kritiker gehen eher von einer unspezifischen Wirkung der Präventionsmaßnahmen aus. Die möglichen Wirkanalysen sind noch nicht hinreichend geklärt. Wir wissen immerhin, dass interaktive Programme wirksamer sind als solche mit bloßer Frontalmoderation, ebenso wie die Einbeziehung von – betroffenen – Peers wirksamer ist als die Vermittlung durch Lehrer. Amerikanische Studien haben gezeigt, dass die Einbeziehung von Familien nicht effektiver ist als die Arbeit mit den Kindern oder Jugendlichen alleine. Es gibt Hinweise darauf, dass auch eine bloße sachliche Wissensvermittlung wirksam ist und dass der Fokus auf Normen und Selbstverpflichtung positive Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen hat.

Fasst man den bisherigen Stand des Wissens zusammen, so lassen sich ein paar Forderungen und Konsequenzen ableiten, die zukünftig mehr Bedeutung erhalten und in der Fachwelt auch mehr diskutiert werden sollten. So ist einerseits zu fordern, dass im Rahmen hausärztlicher und/oder pädiatrischer Versorgung mehr Wert auf die frühe Diagnostik familiärer Belastungen gelegt werden sollte. Mit einer frühen Identifizierung familiärer Risikofaktoren ist man relativ effektiv in der Lage, über psychosoziale Versorgungsstrukturen dafür zu sorgen, dass sich die identifizierten Faktoren zumindest in ihren Konsequenzen auf die kindliche Psyche nicht verschlimmern können. Inwieweit eine frühe Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sinnvoll ist, ohne unnötige Stigmatisierungsprozesse auszulösen, müssten Modellversuche zeigen.

Eine generelle Implementierung einer psychosomatischen Grundversorgung wie sie für das Erwachsenenalter schon längst existiert, könnte dabei hilfreich sein.

Von besonderer Bedeutung erscheint allerdings der Umgang bzw. die Reaktion sowohl von Eltern als auch von Fachleuten, zu denen nach Aufdeckung eines Substanzkonsums Kontakt hergestellt

wird, in Bezug auf ihre eigene Haltung zum Konsum psychoaktiver Substanzen. Jede Bagatellisierung des Gebrauchs psychoaktiver und letztlich toxischer Substanzen verbietet sich in diesem Zusammenhang! Das Argument, dass Cannabis harmlos sei, weil es letztlich keine Einstiegsdroge zu den so genannten harten Drogen ist, verleugnet, welche unmittelbaren Auswirkungen die Substanz auf z.B. die kognitive Leistungsfähigkeit des Jugendlichen und alle daraus resultierenden Konsequenzen hat. Eine Gesellschaft allerdings, die es aufgrund einer zu starken industriellen Lobby nicht schafft, das Rauchen zumindest in der Öffentlichkeit zu ächten, darf sich nicht darüber wundern, wenn Jugendliche die Verharmlosungstendenz aufgreifen. Neben der Förderung und dem Aufbau individueller Selbstwirksamkeit muss es aber auch darum gehen, bei betroffenen Jugendlichen die Normen im Freundeskreis zu verändern, wenn es dem Jugendlichen nicht selbst gelingt, sich daraus zu befreien. So wie in vielen Fällen der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen selbstverständlich die Familie einbezogen wird, müsste im Fall von substanzkonsumierenden Jugendlichen die Gruppe der Gleichaltrigen als Risikogruppe und erhaltender Faktor im Sinne einer Gruppenberatung oder Gruppentherapie miteinbezogen werden.

Besonders wichtig erscheint es allerdings, Tendenzen entschieden entgegen zu treten, die vorschnell Erfahrungen und Strategien aus der Arbeit mit betroffenen Erwachsenen auf Jugendliche übertragen. So sehr primär präventive Strategien nicht ausreichen, um Jugendliche von einem schädlichen Konsum psychoaktiver Substanzen abzuhalten, so sehr sind Strategien des „safer use“ für Jugendliche völlig ungeeignet, weil auch sie verleugnen, mit welcher schlechter Prognose jedes wirkungslose Abwarten belegt ist. Stattdessen muss es darum gehen, Strategien der Sekundärprävention auszubauen. Die Jugendlichen, die nach ersten Kontakten mit der Substanz betroffen sind oder in Bezug auf ihre Risikofaktoren identifizierbar sind, müssen rechtzeitig und nach-

haltiger in spezifische Programme aufgenommen werden. Nur mit multidisziplinären Ansätzen der Beratung, Behandlung und des psychosozialen Case-Managements unter Einbeziehung signifikanter Personen der unmittelbaren Umgebung kann es gelingen, den potentiell progredienten Verlauf aufzuhalten.

7. Ausblick

Prävention ist eine Maßnahme, die allen Menschen unmittelbar als etwas positives und sinnvolles erscheint. Darüber hinaus sind präventive Maßnahmen in der Politik beliebt, weil sich dadurch vermeintlich die Fürsorge des betreffenden Politikers zeigt. Nicht, dass Prävention in Bezug auf den Konsum psychoaktiver Substanzen bei Kindern und Jugendlichen nicht sinnvoll wäre, aber es erstaunt, wie wenig manche präventiven Maßnahmen evaluiert sind. Vielleicht wäre an manchen Stellen etwas weniger primäre Prävention und dafür ein deutlicher Ausbau der Sekundärprävention insgesamt effektiver. Allerdings nur, wenn gleichzeitig die Evaluationsforschung voran getrieben wird bzw. an alle zu implementierenden Maßnahmen der Anspruch gelegt wird, dass ein endgültiger Ausbau erst nach Vorliegen der Ergebnisse der Evaluationsforschung erfolgen kann.

Es liegen heute viele Untersuchungsverfahren der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor, mit denen zumindest im klinischen Kontext schon längst Screening betrieben wird. Eine Ausbau der Screeningforschung in diesem Zusammenhang ist unabdingbar. Nur dann wird man sinnvolle und gesicherte Aussagen über den Einsatz spezifischer Screeningmethoden machen können.

Literatur:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland – Wiederholungsbefragung 2000/2001. Köln.
- Farke W, Broekmann A (2003) Drogenkonsum aus Sicht suchtgefährdeter Jugendlicher – Prävalenz und Bedarf an Hilfe. In: Farke W, Grass H, Hurrelmann K (Hrsg.) Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Thieme, Stuttgart. 6-18.
- Farke W, Grass H, Hurrelmann K (Hrsg.) (2003) Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Thieme, Stuttgart.
- Freitag M (1999) Wie verbreitet sind illegale psychoaktive Substanzen? In: Freitag M, Hurrelmann K (Hrsg.) Illegale Alltagsdrogen. Juventa, Weinheim. 45-63.
- Lieb R, Schuster P, Pfister H et al. (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.
- Remschmidt H, Schmidt MH (1988) Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band I. Thieme, Stuttgart.

Thomasius R (1999) Ecstasy. Stuttgart, Enke.

Wittchen HU, Lachner G, Perkonig A (1996)
Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei
Frühstadien von Substanzmissbrauch und -ab-
hängigkeit. Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
München.

Referentenadresse:

Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort

*Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, E-mail: schulte-markwort@uke.uni-hamburg.de*
