10/P 98

Peer Education in der Präventionsarbeit. Entwicklungslinien, Begründungsmuster, Erfahrungen und Entwicklungsanforderungen (preprint).

Dieter Kleiber, Elke Appel, Petra Pforr

Mai 1998

Schriftenreihe des Instituts für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
Freie Universität Berlin
Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (i.d. WE 09)
Habelschwerdter Allee 45
D – 14195 Berlin
Tel.: 030 – 838 57 57
Fax: 030 – 838 66 25
E-mail: ipg@zedat.fu-berlin.de
Web: http://www.fu-berlin.de/ipg

Peer Education in der Präventionsarbeit.

Entwicklungslinien, Begründungsmuster, Erfahrungen und Entwicklungsanforderungen

von Dieter Kleiber, Elke Appel u. Petra Pforr, FU Berlin

Einleitung

In vielen Bereichen liegt heute gesichertes Wissen darüber vor, daß präventive Maßnahmen bereits früh ansetzen sollten. Da Verhaltensgewohnheiten in Kindheit und Jugend erlernt, und in dieser Zeit auch komplexe Lebensstile geprägt werden, verspricht man sich von frühzeitig ansetzenden Maßnahmen zur positiven Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens nachhaltige Effekte. Sind Verhaltensweisen erst einmal habitualisiert, so ist es sehr schwer und ungleich aufwendiger, diese noch zu verändern.

Entsprechend wurden in den letzten 10 Jahren verstärkt Aufklärungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche gestartet. Zentrale Themen dabei waren gesunde Ernährung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Stressabbau, Entspannung, Bewegung, AIDS und Sexualaufklärung.

Auf der Suche nach erfolgversprechenden Konzepten zur Förderung gesunder Lebensweisen in Kindheit und Jugend gewinnt dabei derzeit eine bisher noch wenig genutzte Methode zunehmende Bedeutung: der Einsatz von Gleich(ähnlich)altrigen und Gleich(ähnlich)gesinnten (Peers) für ihresgleichen zu Zwecken der Beratung, Unterstützung und Information bei jugendspezifischen Fragen und Problemen. Gleichaltrige und Gleichgesinnte - die sogenannten Peers - werden für ihresgleichen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren tätig. Von gleich zu gleich soll gelernt werden, und es wird vermutet, daß dabei Erfahrungen gemacht werden, die in anderen Interaktionssystemen, wie etwa in der Familie oder in der schulischen Konfrontation mit Lehrern, nicht bzw. so nicht möglich wären.

Entwicklungslinien

Peer Education-Ansätze werden in der Gesundheitsförderung und Prävention derzeit noch oftmals als Novum betrachtet. Dies dürfte ein wichtiger Grund dafür gewesen sein, warum wir von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Möglichkeit bekamen, drei Jahre lang ein Modellvorhaben "Peer Education zu Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung" in Berlin zu realisieren, es wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. Bisher, so war zu Beginn unseres Vorhabens die gemeinsame Auffassung, fehlen - trotz einer in der jüngeren Zeit zunehmenden Anzahl von Peer-Initiativen - systematisierte Erfahrungen über die Durchführungsbedingungen von Peer-Programmen, aber auch über die mit Peer-Programmen erzielbaren Ergebnisse und deren Reichweite, Dauerhaftigkeit und Generalisierbarkeit.

So können wir uns mit dem guten Gefühl präsentieren, Innovatives realisiert zu haben und einen vielversprechenden Ansatz in die Präventionslandschaft implementiert zu haben. Bei genauerem Hinsehen aber besteht kein Grund für ein solches Gefühl, denn Peer Involvement-Ansätze, haben eine lange Tradition:

Bei unseren Recherchen (vgl. Pforr u. Kleiber, 1998) zur Dokumentation der international vorliegenden Erfahrungen mit Peer-Ansätzen haben wir feststellen dürfen (müssen), daß Peer Involvement-Ansätze, die einen Einsatz von Kindern und Jugendlichen für ihresgleichen nutzen, eine lange Tradition haben.

Den ersten Hinweis auf Peer-Aktivitäten fanden wir in der aus dem 1. Jahrhundert stammenden *Institutio Oratoria* des römischen Rhetorikers Quintilian. Dort ist die Rede von Kindern, die jüngere unterrichtet haben.

Eine weitere Quelle war das bei spanischen Jesuiten entwickelte, um 1550 am College von Lissabon etablierte "Dekurio-System", bei dem ein Student jeweils zehn andere Studenten unterrichtete. Der Erfolg dieses Vorgehens führte offenbar dazu, daß es zu einem festen Bestandteil des jesuitischen Bildungssystems wurde (Paolitto, 1976).

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts schließlich entwickelte der anglikanische Geistliche Andrew Bell, Leiter eines Waisenhauses für Jungen im indischen Madras, aufbauend auf einem alten Hindu System, das sogenannte 'monitorial system'. Danach sollten sogenannte monitors, das waren Schüler mit besonderen Pflichten, anderen Kindern und Jugendlichen bei der Arbeit helfen und sie beaufsichtigen (Allen, 1976). Dabei fand nicht nur eine Einzelbetreuung statt. Die Schüler wurden auch klassenweise durch andere, etwas ältere Schüler betreut. Insgesamt schien eine solche Methode nicht nur geeignet zu sein, Wissen zu vermitteln, sondern auch Einstellungen und Verhalten der (jüngeren) Schüler positiv zu beeinflussen. Öffentliche Anerkennung erlangte diese Methode jedoch erst durch den Quäker Joseph Lancaster, der sie im frühen 19. Jahrhundert an seiner Londoner Schule für Arbeiterkinder einsetzte (Allen, 1976; Kaestle, 1973; Paolitto, 1976).

Für die Anwendung eines solchen Systems sprach im Zeitalter der industriellen Revolution vieles: Die finanziellen Mittel waren knapp geworden, so daß hunderte von Schülerinnen und Schülern oftmals zusammen mit einem Lehrer und nur wenigen Büchern in einem großen Raum saßen. Wie Paolitto (1976) ausführt, stützte sich das 'monitorial system' entscheidend auf die schlechten sozialen Verhältnisse dieser Zeit. Unter den Schülern mit besonderen Pflichten (monitors) wurde eine strenge Hierarchie sowie ein ausgefeiltes System von Belohnung und Bestrafung eingeführt. Lancasters (1803) enthusiastische Behauptung, daß mit seinem System bis zu tausend Schülerinnen und Schüler von einem einzigen Lehrer unterrichtet werden könnten, hat die Bildungssysteme international beeinflußt (Kaestle, 1973).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts verschwanden solche 'monitorial systems' weitgehend. Eine bessere Finanzierung und die fortgeschrittene Professionalisierung im Bildungssystem machten sie zunächst überflüssig. In den 60er Jahren dieses Jahrhunderts besann man sich ihrer wegen akuter Lehrerknappheit. Eine Vielzahl von Tutorenprogrammen entstanden, die sich meist an sozial benachteiligte, behinderte oder lernbehinderte Schülerinnen und Schüler richteten. Auch heute haben Methoden dieser Art nicht an Aktualität verloren (Barron & Foot, 1991; Greenwood et al., 1993). Tutorenprogramme, denen besondere didaktische Qualitäten und eine Nützlichkeit in der Vermittlung vor allem sozial-kommunikativer Kompetenzen und affektiver Einstellungen zu Lerngegenständen nachgesagt werden, halten sich derzeit auch im universitären Bereich - wenn sie auch immer wieder einem besonderen Legitimationsdruck unterworfen werden. Auch in (englischen) Internatsschulen haben sich Peer-Strukturen als wesentliche Bestandteile der Organisierung von Lehr, Lern- und Erziehungsprozessen gehalten.

Im Gesundheitsbereich werden Peer-Ansätze ebenfalls seit einigen Jahrzehnten genutzt. Eines der ersten dokumentierten Beispiele fanden wir in den USA, wo zur Eindämmung einer asiatischen Grippeepidemie Schülerinnen und Schüler für die Aufklärungsarbeit eingesetzt wurden(nach Sloane & Zimmer, 1993). Historisch noch bedeutsamer dürften die sogenannten "drug crisis centers" gewesen sein, die in den USA aufgrund der politischen und sozialen Umwälzungen in den 60er Jahren entstanden sind (Baldwin, 1978). Mit dem Aufblühen der Gegen- und Drogenkultur wurden damals in den USA zahlreiche Initiativen gestartet, DrogenkonsumentInnen bei akuten Drogenproblemen Hilfe zu leisten. Als Alternative zu Professionellen fanden diese öffentliche Anerkennung und wurden sogar von Bürgergruppen unterstützt ("drug action councils").

Die zu dieser Zeit allgemeine Enttäuschung und das große Mißtrauen gegenüber dem traditionellen Gesundheitssystem mögen mitverantwortlich dafür gewesen sein, warum Peer-Initiativen eine wichtige Rolle zugeschrieben wurden. Durch Gleichaltrige erfuhr man Solidarität und Verständnis. Anfang der 70er Jahre, als Folge der sogenannten "sexuellen Revolution" und eines sich verändernden Gesundheitsbewußtseins (Sloane & Zimmer, 1993), entstanden in den USA verschiedene Sexualberatungsstellen ("human sexuality information und counseling services"), die sich besonders im Umfeld der Universitäten ansiedelten. Einige davon hatten sich aus ehemaligen "drug crisis centers" weiterentwickelt, weil der Bedarf an Drogenberatung drastisch zurückgegangen war. Diese Institutionen arbeiteten autonom, teilweise in Kliniken, innerhalb anderer Beratungsstellen sowie auf der Basis von Selbsthilfe (Baldwin, 1978), oft aber auch innerhalb der College Health Service Centers (z.B. Brandenburg, 1976). Ihr Schwerpunkt lag zunächst auf Informationsvermittlung zu Sexualität im allgemeinen. Es wurden Telefonhotlines geschaltet und Informationsgespräche für Gruppen oder auch Einzelpersonen angeboten. Großer Aufklärungsbedarf bestand bezüglich Schwangerschaftsverhütung und unerwünschter Schwangerschaften (Sanders et al., 1978). Zu einer weiteren Aufgabe wurde die Beratung von Einzelpersonen und Paaren bei Schwierigkeiten im sexuellen Bereich und bei Bedarf deren Vermittlung an Professionelle. Diese Angebote existieren nach wie vor (z.B. Rubenstein et al., 1990). Seit Mitte der 80er Jahre ist auch AIDS-Aufklärung ein Bestandteil vieler Programme geworden (z.B. Slap et al., 1991). Durch die vielen positiven Erfahrungen wurde der Ansatz auf andere Anwendungsbereiche ausgedehnt. So wurde in den 70er Jahren die Prävention von Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum zum Inhalt vieler Programme für Jugendliche (vgl. Bangert-Drowns, 1988; Perry, 1989; Schaps et al. 1981) und etwas später auch die Beratung bei Eßstörungen (Sesan, 1989).

In der Bundesrepublik werden Peer Involvement-Ansätze seit Anfang der 90er Jahre verstärkt eingesetzt. Wahrscheinlich haben die positiven amerikanischen Erfahrungen, die eindrücklich darauf hinweisen, daß Gleichaltrige in Gesundheitsprogrammen geeignete Multiplikatoren seien, zu einer Übernahme solcher Gesundheitskonzepte geführt. Entsprechend wird nun auch hierzulande in zahlreichen Gesundheitsbereichen versucht, mit dem Peer Involvement-Ansatz zu arbeiten. Modellprojekte zur AIDS-Prävention, zur Sexualaufklärung und Prävention von Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum sowie zum Thema Sport, Ernährung und Streßabbau lassen sich finden.

Peer-Involvement-Ansätze, soviel scheint bei historischer Betrachtung deutlich zu erden, wurden vor allem dann ausgearbeitet und eingesetzt, wenn ökonomische Krisen den Einsatz von Professionellen erschwert haben oder wenn aufgrund gesellschaftlicher Umbruchsituationen etablierte Systeme abgelehnt wurden. Und auch wenn mit dem Label "Gleiche werden für Gleiche tätig" Elemente partizipativer und Status- und Rangunterschiede nivellierender Lehr- und Lernprozesse ne-

gierende Erziehungs- und Unterrichtsformen assoziiert werden, verweist die historische Perspektive darauf, daß gerade die Rangunterschiede in sozialen Subsystemen als Motor für Entwicklungsprozesse gedient haben.

Begründungsmuster

Gemeinsames Merkmal aller Peer-Involvement Ansätze ist der Einsatz von Jugendlichen für Jugendliche. Unterschieden werden i.d.R. - je nach Form und Anzahl beteiligter Interaktionspartner - Peer Counseling-Programme, Peer Education-Programme und Peer-Projekte.

Peer Counseling, (synonym verwandt auch 'Peer Beratung' bzw. 'Peer Hilfe' werden in den USA und England verstärkt seit den 70er Jahren zur Unterstützung Jugendlicher bei persönlichen Problemen eingesetzt. Jugendliche, die nicht selten persönliche Vorerfahrungen, zumindest aber ein persönliches Interesse an den zu bewältigenden Problemen Jugendlicher mitbringen, beraten in 'face to face'-Kontakten andere Jugendliche bei der Bewältigung persönlicher Probleme (Drogenmißbrauch; Alkoholprobleme; Safe-Sex-Beratung; HIV/AIDS-Prävention; Beratung junger Schwuler bei coming out-Problemen, Suizidprävention, Verhütung unerwünschter Schwangerschaften).

Peer Education ist ein Ansatz, bei dem eine oftmals eigens trainierte Jugendliche (die Peers) versuchen, eine Gruppe (z.B. Schulklasse, Besucher einer Jugendfreizeiteinrichtung, Diskobesucher, etc.) über ein Thema zu informieren und ihre Einstellungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen (z.B. Verhütungsverhalten). *Peer Education Ansätze* setzen auf einen *Multiplikatoreneffekt,* der von den Peers ausgeht. Ausgangspunkt für Peer Education Initiativen sind häufiger in Schulen wahrgenommene Probleme. Aber auch ausgehend von Selbsthilfeinitiativen oder Jugendorganisationen sind Peer Education Gruppen aktiv geworden. Bevorzugte Einsatzgebiete waren bisher die Raucherprävention, Drogenprävention, das Sexual- und Verhütungsverhalten und die AIDS-Prävention. In den letzten fünf Jahren sind im Europäischen Raum eine Fülle von Peer Education Ansätzen entstanden. Ein Schwerpunktprogramm zu AIDS-Peer-Education wird derzeit von der Europäischen Union gefördert. Es hat den internationalen Austausch von Erfahrungen ermöglicht und zur Erarbeitung eines Leitfadens für Peer-Education geführt, der 1998 in fünf Sprachen veröffentlicht und im Internet zugänglich gemacht wird (vgl. Svenson, 1998). Peer Education zielt im Gesundheitsbereich auf mehr als reinen Wissenszuwachs. "Peer health education ist the teaching or sharing of health information, values and behaviors by members of similar age or status groups" (Sciacca, 1987; in Milburn 1995, S. 407). Auch die Förderung von Bewältigungsressourcen, allgemeine Persönlichkeitsförderung, die Stimulierung von Einstellungs- (z.B.) und Verhaltensänderungen, die Stärkung sozialer Kompetenzen, und Interaktionsfähigkeiten sowie allgemeine Ich-Stärkung gehören werden in Peer Education-Programmen angestrebt. So werden möglicherweise Einstellungen zu Liebe, Partnerschaft und zur Kondomverwendung, ein konkreter Umgang der Jugendlichen miteinander, spezifische Problemlösestrategien ausprobiert, eingeübt und in das persönliche Verhaltensrepertoire übernommen.

Peer Projekte sind im Vergleich zu Peer Education-Programmen oftmals *aktions- und handlungsorientiert.* Sie können möglicherweise im Rahmen von Peer Education-Ansätzen entstehen, wenn etwa Jugendliche beschließen, themenspezifische Theaterstücke zu entwickeln und aufzuführen, Ausstellungen zu organisieren, Video-Filme zu drehen oder Projekttage an Schulen oder Frei-

zeiteinrichtungen vorzubereiten, die für bestimmte Themen sensibilisieren und Einstellungen prägen sollen.

Worin nun liegen die spezifischen Chancen des Einsatzes von Peers als Träger personalkommunikativer Botschaften in präventiver Absicht? Eine Reihe von Autoren haben der Peer-Gruppe *wichtige Entwicklungsfunktionen im Jugendalter* zugeschrieben (Erikson, 1968, 1988; Ausubel, 1968; Eisenstadt, 1966, Coleman, 1961).

- Peer Groups, so wird etwas idealisierend beschrieben, können zur Orientierung und Stabilisierung beitragen und emotionale Geborgenheit gewähren. Sie helfen Jugendlichen, Einsamkeitsgefühle zu überwinden, die viele entwicklungsbedingt aufgrund der einsetzenden Selbstreflexion und Erkenntnis der Einmaligkeit entwickeln.
- Peer Gruppen bieten einen sozialen Freiraum für die Erprobung neuer Möglichkeiten im Sozialverhalten und lassen oftmals Verhaltensweisen zu , die außerhalb von Peer-Groups zu riskant wären oder saktioniert würden.
- Peer Groups wird darüber hinaus eine wichtige Funktion bei der Ablösung von den Eltern zugeschrieben. Die in Peer-Groups geltenden Normen und Regeln vermitteln Sicherheit - auch bei der Durchsetzung von persönlichen Interessen gegenüber den eigenen Eltern.
- Insofern tragen Peer Groups wesentlich zur Identitätsbildung bei, vermitteln Identifikationsmöglichkeiten, helfen Lebensstile kennenzulernen, und die Selbstpräsentation einzuüben (vgl. Oerter u. Dreher, 1995, S. 370).

Entsprechend betont die *entwicklungspsychologisch fundierte Argumentation* die Rolle von Peers für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. In Peerbeziehungen werden untereinander gleiche Sprachcodes verwendet. Dadurch ist ein direkterer Umgang miteinander möglich als zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. Peers, so wird vermutet, seien im Umgang miteinander motivierter als Erwachsene, Unterschiede zwischen sich und den anderen auszugleichen. Während gemeinsamer Handlungen findet implizites Lerne statt, das sich insbesondere beim Erwerb extrafunktionaler Qualifikationen bewährt. So werden Problemlösefertigkeiten und Denkstrategien voneinander übernommen, die Peer-Group zwingt zur wechselseitigen Kompromißbildung. Entsprechend wird vermutet, daß Peer Unterricht und Peer-Tutorien besonders dazu geeignet seien, die Motivation von leistungsschwächeren Schülern zu stärken, zur Selbstwertsteigerung und zur Förderung kreativer Problemlösungsstaregien beizutragen und konstruktives Sozialverhalten zu fördern. Ohne Zweifel haben Peer-Groups für Jugendliche eine wichtige Funktion, indem sie Einstellungen und Verhaltensweisen prägen. Dies zeigen nicht zuletzt Studien, die Peerverhaltensweisen als Ursachen für initialen Drogenkonsum und riskantes Verhalten ausgemacht haben. Doch welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit der Peer-Einfluß im Sinne allgemeiner Gesundheitsförderung und Prävention wirksam wird, ist noch weitgehend unerforscht (vgl. Appel u. Kleiber, i. d. Bd.).

Fragt man nach Theorieansätzen, mit denen die potentielle Wirksamkeit von Peer Counseling verstanden werden kann, so wird oftmals zunächst Bezug auf die *Sozial-kognitive Lerntheorie* und das *Imitationslernen* genommen (Miller & Dollard, 1941; Bandura 1977, 1986). Nach der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura (1977, 1986) wird menschliches Handeln überwiegend durch Modelle vermittelt. Freundinnen und Freunde, Geschwister und andere Gleichaltrige können zu Modellpersonen werden. Von ihnen können Verhaltensfertigkeiten erlernt werden. Gelernt wird

auch, welche Verhaltensweisen in welchen Situationen angemessen sind und welche Verhaltenskonsequenzen ggf. zu erwarten sind.

Im Laufe des Lebens bietet sich eine Vielzahl von Verhaltensweisen bei den verschiedensten Modellen an. Allerdings werden nur bestimmte Personen als Modelle angesehen und nur bestimmte Verhaltensweisen übernommen. Bedingungen, unter denen das Verhalten von Modellen nachgeahmt wird, betreffen zum einen Merkmale des Modells, zum anderen Merkmale des Verhältnisses von Beobachter/in und Modell sowie Merkmale des Beobachters bzw. der Beobachterin (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1. Bedingungen des Modellernens.

Merkmale des Modells
- hoher sozialer Status
- hohes Prestige
- besondere Fähigkeiten
- Alter
- Geschlecht

Verhältnis von Beobachter/in und Modell
- Grad der Abhängigkeit
- Sympathie
- wahrgenommene Ähnlichkeit

Merkmale des Beobachters bzw. der Beobachterin
- Aufmerksamkeit
- Motivation
- Übung
- Fähigkeit zur Wahrnehmung, zur Verarbeitung, zum Behalten und Nachvollzug des Beobachteten
- Persönlichkeitsmerkmale wie Ängstlichkeit oder Abhängigkeit

Ob Kinder und Jugendliche nun mehr von der Anleitung durch einen kompetenteren Gleichaltrigen lernen oder mehr von der Zusammenarbeit mit einem Kind bzw. Jugendlichen auf gleichem Stand profitieren, ist von verschiedenen Faktoren abhängig (Entwicklungsstand, Eigeninitative, Aufgabenstellung). Krappmann (1994) verweist auf die Wichtigkeit *beider* Formen der Interaktion und betont, "... daß die Qualität der Interaktionen entscheidend für diese Prozesse sei...".

Ein weiterer Ansatz, mit dem eine mögliche präventive Funktion von Peer-Groups begründet werden kann, ist die *"Theorie sozialer Impfung"*. Sie basiert auf der Annahme, daß die Konfrontation mit geringen Streßdosierungen zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit führt und dadurch eine Immunisierung bzw. Impfung gegenüber negativen sozialen Einflüssen ermöglicht. Das von Meichenbaum (1977) entwickelte Stress Inoculation-Training hat sich zur Behandlung von Angststörungen und als Traíning zur Bewältigung von (unvermeidbarem) Stress bewährt. Die in der Peer-Gruppe realisierte Konfrontation mit schwierigen Situationen (z.B. Gespräche über Kondomverwendung) ermöglichen möglicherweise, in späteren Situationen, Gruppendruck zu widerstehen und gegenüber

negativen sozialen Einflüssen resistent zu werden, indem vorab Handlungsalternativen erördert und durchgespielt wurden. Auf dem Prinzip des Stress Inoculation-Training beruhen auch sog. "peer pressure and resistance-trainings".

Auch aus einer *gemeindepsychologischen Perspektive* erscheint der Einbezug von Jugendlichen zur Prävention aussichtsreich. Keupp (1990) hat in einem Sachverständigengutachten für den 8. Jugendbericht die Risiken des Heranwachsens beschrieben und Probleme der Lebensbewältigung im Jugendalter analysiert. Kernelemente seiner Konzeption von Jugendförderung jenseits eines klinischen oder pädagogisierenden Blickes sind die *Förderung präventiver Netzwerkressourcen und Empowermentstrategien.* Die Dichte und Qualität sozialer Netzwerke und die Menge und Qualität der Beziehungen jeder einzelnen/jedes einzelnen zu anderen Personen und Gruppen, erweisen sich nach Keupp (1990) als eine entscheidende Voraussetzung für die Bewältigung alltäglicher Belastungen, Anforderungen und Herausforderungen. Zudem sind sie wichtige Elemente, die das psychische Wohlbefinden und die soziale Integration der Jugendlichen bedingen. Der Förderung sozialer Beziehungsnetzwerke solle deshalb hohe Priorität zukommen. Peer Education Ansätze zielen auf Netzwerkförderung, auf die Bildung von Freiwilligengruppen, die an subjektiv bedeutsamen Themen arbeiten. Peer Education erfordert die Unterstützung von Selbstorganisation und autonomen Lebensformen sowie die Förderung von „Empowerment" bei Jugendlichen. Professionelle können dabei als Initiatoren anregende und unterstützende Funktionen übernehmen. Sie können helfen, einen Rahmen zu finden, in dem kontinuierlich zusammengearbeitet werden kann. Peer-Trainer haben dabei den Anspruch, Jugendliche nicht für die Ziele von Erwachsenen zu instrumentalisieren, sondern sie dabei zu unterstützen, ihre eigenen Ziele zu finden und zu realsieren. Partizipation der Jugendlichen auf allen Ebenen der Programmrealisierung (Zielsetzung, Programmentwicklung, Programmdurchführung und -evaluation) wird damit zu einem weiteren Schlüsselelement sonnvoller Peer Education-Ansätze. Den Peer Educators sollte es erlaubt sein, Inhalt und Entwicklung des Projektes nach der Rekrutierungsphase mitzubestimmen. „Selbstbestimmung" meint den Grad an Empowerment, den die erwachsenen Praktiker des Projekts den peer educators zukommen lassen. Dieser Prozeß sollte die Entscheidungsfähigkeit, das Selbstvertrauen und die Motivation der peer educators stärken und sie zur Übernahme von Verantwortung im Projekt befähigen. Dafür sollten Praktiker von der Annahme ausgehen, daß jeder junge Mensch einzigartig ist und unabhängig von seinem Alter einen bedeutsamen Erfahrungsschatz mitbringt. Darauf baut er seine Beziehung zu den peer educators auf und steht ihnen als Lehrer, Trainer, Mentor und Ratgeber zur Seite.

Zusammenfassend läßt sich aus einer entwicklungspsychologischen, einer sozial-kognitiven, mit Bezug auf die soziale Impftheorie und aus einer gemeindepsychologischen Perspektive sagen, daß Gleichaltrige für die Übernahme von Werten, Normen aber auch Verhaltensweisen, die insgesamt den Lebensstil prägen, in der Jugendphase für Jugendliche hoch bedeutsam sind. Auch unter dem Blickwinkel, daß sich Jugendliche in einem Entwicklungsstadium befinden, in dem sie nach Autonomie und Unabhängigkeit von Erwachsenen streben, scheint der Einsatz Gleichaltriger sehr vielversprechend. Was liegt also näher, als diese Gedanken umzusetzen und die besondere Funktion, die den Gleichaltrigen in der Adoleszenz zukommt, unter der Perspektive zu nutzen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Jugendlichen positiv zu beeinflussen?

Erfahrungen mit Peer Education Programmen

In einer demnächst erscheinenden Arbeit haben wir versucht, den bisherigen Erfahrungs- und Forschungsstand zu Peer Involvement, Peer Counseling, Peer Education und Peer Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zusammenzufassen. Dazu war ein Fülle von Studien zu sichten, in denen Peer Involvement-Ansätze zur Prävention von jugendlichem Rauch-, Alkohol- und Dogenkonsumverhalten, aber auch zur Sexualaufklärung und Schwangerschaftsverhütung sowie zur AIDS-Prävention beschrieben und untersucht wurden (vgl. Pforr u. Kleiber, 1998). Exemplarisch seien hier die Hauptergebnisse referiert, die eine Sichtung von 37 bisher recherchierbaren amerikanischen und europäischen Projekten erbracht hat, die sich mit Fragen der AIDS-Prävention, Sexualaufklärung, Schwangerschaftsverhütung und der Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen beschäftigt haben. Zentrale Ziele des Peer Involvement Ansatzes waren dabei:

- die Förderung von Wissen
- die Schulung von Problembewußtsein und Risikowahrnehmung
- die Initiierung von Einstellungsänderungen (z. B. Abbau von Diskriminierungsbereitschaft gegenüber Menschen mit HIV/AIDS, positivere Einstellung zu Kondomen)
- die Förderung sozialer Fertigkeiten und kommunikativer Kompetenz (z.B. beim Sprechen über Sexualität, Verhütung etc.)
- allgemeine Ich-Stärkung; Förderung von Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der Jugendlichen
- Förderung der Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung bei persönlichen Fragen
- die Initiierung von Verhaltensänderungen (Abbau bzw. Verhinderung von Risikoverhalten)

Fragt man nach dem Erfahrungsstand und derzeit verfügbaren Ergebnissen, so ist zunächst festzuhalten, daß von den 37 gesichteten Projekten die Mehrzahl nur ungenügend, nicht systematisch bzw. gar nicht (n=13) evaluiert worden sind. Obwohl also mit Peer Involvement-Ansätzen international bereits relativ häufig gearbeitet worden ist, kann über Wirkungen und Erfolge dieser Arbeit bisher nur sehr Vorläufiges berichtet werden. Die bisher verfügbaren Ergebnisse der Evaluationsstudien geben vorrangig Auskunft über zwei Fragenkomplexe:

- Wirkungen von Peer-Ansätzen bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Peers)
- Wirkungen von Peer-Ansätzen bei Adressatinnen und Adressaten.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Es liegen bis dato zwölf Studien vor, in denen jugendliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu ihrem Training bzw. der Arbeit mit den Adressatinnen und Adressaten befragt wurden (Büscher & Schönbach, 1994; Croll et al., 1993; Fazekas & Scheipl, 1993; Liebherz & Rutter, 1995; Newitt et al., 1994; Phelps et al., 1994; Rubenstein et al., 1990; Sanders et al., 1978; Somerset Health Authority, 1994; Strouse et al., 1990; Svenson et al., 1994; Zapka & Masur, 1977). Die Ergebnisse

dieser Befragungen zeigen, daß die Teilnahme an Programmen mit dem Peer Involvement-Ansatz insgesamt förderlich für die persönliche Entwicklung von Jugendlichen zu sein scheint. Jugendliche, die als peer educators bzw. peer counselors ausgebildet worden sind, zogen aus ihrer Ausbildung persönlichen Nutzen und bewerteten das Training durchgängig als positiv. Sie fühlten sich nach eigenen Angaben informierter, sozial kompetenter und meinten, ihre eigenen Bedürfnisse nun eher erkennen zu können als die meisten ihrer gleichaltrigen Mitschülerinnen und Mitschüler. Auch Einstellungsänderungen und beabsichtigte Verhaltensänderungen wurden berichtet.

Häufig erlebten sich peer educators bzw. peer counselors als selbstbewußter, selbstsicherer und offener. Sie sagten beispielsweise von sich, daß sie nach dem Training und ihren Erfahrungen mit anderen Jugendlichen Probleme, sowie an sie gestellte Anforderungen, besser bewältigen könnten. Verschiedentlich gaben sie an, ihre Meinung nun freier äußern zu können als vor dem Training.

In einer Studie von Phelps et al. (1994) bewerteten es die peer educators als sehr positiv, daß sie Geld für ihre Tätigkeit erhalten hatten. Auch in einem Schweizer Projekt von Schumacher (1994) wurden positive Erfahrungen mit der Bezahlung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gemacht.

In den Evaluationsstudien finden sich bisher leider nur wenige Hinweise auf die Motive, die Jugendliche dazu bewegen, als Multiplikatorin bzw. Multiplikator an peer involvement-Projekten teilzunehmen. Eine der wenigen Studien, die dieser Frage nachgegangen sind, fand heraus, daß vor allem Neugier, Informationssuche und Erweiterung sozialer Kompetenzen Motive für eine Tätigkeit als peer educator waren (Liebherz & Rutter, 1995). In der gleichen Studie ergaben sich Anhaltspunkte dafür, daß eher aus der Mittelschicht stammende und sozial engagierte Jugendliche, wie KlassensprecherIn, SchülervertreterIn etc., Interesse an der Peerarbeit zeigten. Differenziertere Erkenntnisse über die Motive Jugendlicher an einer Teilnahme sind dringend notwendig. In diesem Zusammenhang sollte auch die Frage geklärt werden, wie eine Modellimplementierung für Jugendliche aus sozial schwächer gestellten Familien aussehen könnte.

Eine Evaluation des Erfolgs aus Sicht der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurde nur selten versucht (Liebherz & Rutter, 1995). Wurden aber Jugendliche dazu befragt, zeigte sich durchgängig, daß sie ihre geleistete "Arbeit" positiv bewerteten. Diese subjektive Einschätzung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wird aus Sicht der Adressatinnen und Adressaten bestätigt. Einige Studien zeigen (z.B. Büscher & Schönbach, 1994; Phelps et al., 1994), daß die Peer Educators ihre Tätigkeit verantwortungsvoll ausführen, und sie sich als kompetent und einfühlsam zeigen.

Einige Educators/Counselors-Berichte verweisen auch auf Schwierigkeiten: So hatten manche Jugendliche in ihrer Klasse Autoritätsprobleme (Phelps et al., 1994; Liebherz & Rutter, 1995; Somerset Health Authority, 1994; Strouse et al., 1990). Manche fühlten sich nicht als Peers sonderns eher als „Hilfslehrer“ (Liebherz & Rutter, 1995). In einem Projekt von Fazekas und Scheipl (1993) zeigte sich darüber hinaus, daß die Lehrer nicht mit den peer educators kooperierten (sie stellten ihnen z.B. keine Stunden zur Verfügung stellen). Hilfe, Unterstützung und Kooperation von Lehrerinnen und Lehrern aber auch den Trainern der Pers sind für ein gutes Gelingen der Peer-Arbeit aber unabdingbar. Houioux und Piette (1993) konnten zeigen, daß ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Engagement der Peer Educators und dem der Erwachsenen bestand.

Adressatinnen und Adressaten

Eines der primären Ziele der verschiedenen Projekte ist die *Erhöhung des Wissens* über Schwangerschaftsverhütung und Schutzmöglichkeiten vor AIDS und Geschlechtskrankheiten.

Mehrere Evaluationsstudien haben tatsächlich zeigen können, daß dieses Ziel durch den peer involvement-Ansatz erreicht werden kann (Phelps et al., 1994; Rickert et al., 1991). Zwar gibt es auch Hinweise darauf, daß peer educators/peer counselors nicht erfolgreicher in der Wissensvermittlung sind als erwachsene Expertinnen bzw. Experten, doch finden sich zumindest Hinweise, daß sich Gleichaltrige häufiger und lieber an jugendliche Multiplikatoren als an Erwachsene wenden, wenn sie Fragen haben (Rickert et al., 1991). Hier scheint also die besondere Bedeutung der spezifischen Interaktionsform unter Jugendlichen zum Tragen zu kommen: Diskussionen scheinen unter peers offener und angstfreier möglich zu sein, so daß zumindest wahrscheinlich wird, daß sich Jugendliche eher trauen, Gleichaltrigen Fragen zu stellen.

Einstellungs- und Verhaltensänderungen sind hingegen weitaus schwieriger durch Aufklärung zu erzielen. Einige Studien haben aber dennoch Einstellungsänderungen infolge eines mehrstündigen Aufklärungsunterrichts durch Gleichaltrige belegen können: Nach einer Schulung durch Peers verspürten Jugendliche ein subjektiv höheres Risiko, sich persönlich mit dem HI-Virus infizieren zu können (Newitt et al., 1994; Somerset Health Authority, 1994), und Vorurteile gegenüber HIV-Infizierten konnten abgebaut werden (Rickert et al., 1991). Auch die Intention, Verhütungsmittel zu benutzen, stieg nach einer Theaterveranstaltung zum Thema AIDS und Verhütung an (Hillmann et al. 1991). Rubenstein et al. (1990) berichteten über Verhaltensänderungen: Keines der Mädchen, die an Beratungsgesprächen teilgenommen hatten, wurde innerhalb eines Jahres wieder schwanger. Ähnliches berichten auch Slap et al. (1991) von Klientinnen einer Jugendklinik sowie Svenson et al. (1994) von Studierenden.

Ein weiteres Ziel der peer involvement-Projekte besteht darin, die *Kommunikationsbereitschaft* Jugendlicher zu den Themen Sexualität und Verhütung zu fördern. Verschiedene empirische Untersuchungen zum Verhütungsverhalten im allgemeinen und zur Kondombenutzung im besonderen haben gezeigt, daß die Fähigkeit über Liebe, Sexualität und AIDS kommunizieren zu können, für eine regelmäßige Anwendung von Kontrazeptiva unabdingbar ist (siehe DiClemente, 1992). Auch dieses Ziel scheint den Ergebnissen verschiedener Evaluationsstudien zufolge mit peer education und peer counseling erreicht werden zu können: Die Studie von Phelps et al. (1994) ergab, daß sich fast alle Jugendlichen (90 %) - also auch solche mit einem niedrigen Selbstwertgefühl - an der Diskussion und an Rollenspielen beteiligten, und daß die Mehrheit von ihnen (66 %) anschließend mit ihren Freundinnen und Freunden über das Programm redete. Besonders Rollenspiele haben die Jugendlichen zum Reden über Sexualität und Verhütungsfragen angeregt. Dies mag unter anderem daran liegen, daß Problemsituationen durch Rollenspiele für Jugendliche realistischer werden. Diese Befunde weisen zusammengenommen darauf hin, daß die Stärkung sozialer Kompetenzen und der eigenen Ressourcen durch den peer involvement-Ansatz erzielt werden kann. Allerdings wären noch weitere Evaluationsstudien wünschenswert, die detailliert Auskunft darüber geben, unter welchen Bedingungen solche Prozesse stattfinden.

Anzumerken sind auch die Ergebnisse von Vergleichsstudien, in denen die Wirkung von peer educators/peer counselors mit der von Professionellen (Lehrerinnen u. Lehrer, Psychologinnen u. Psychologen) verglichen wurde (Rickert et al., 1991). Jay et al. (1984) fanden heraus, daß

insbesondere junge Frauen mit erhöhtem Risiko schwanger zu werden, eher von Gleichaltrigen als von Erwachsenen profitieren, weil sie deren Sicht eher annehmen können. Auch Rickert et al. (1991) konnten bessere Resultate bei denjenigen feststellen, die von Gleichaltrigen geschult wurden.

Probleme und Einwände

Trotz vereinzelt ermutigender und positiver Erfahrungen mit Peer Ansätzen muß derzeit aber auch festgehalten werden, daß der Forschungsstand noch unbefriedigend ist. Oftmals beschränken sich die Evaluationen auf die mehr oder weniger systematische Sammlung subjektiver Äußerungen von Beteiligten. Zu Fragen ist, ob TeilnehmerInnen, wenn sie denn viel persönliche Zeit investiert haben, überhaupt noch Negatives berichten werden? Auch Selektionseffekte (nur die positiv eingestellten bleiben dabei) dürften zur Verzerrung beitragen. Längssschnittstudien und Kontrollgruppendesigns sind bisher seltene Ausnahmen. Deshalb ist der BZgA dafür zu danken, daß sie die Möglichkeit gegeben hat, den Prozeß und die Ergebnisse von Peer Education mit einem quasi-experimentellen Design längsschnittlich zu prüfen und dabei auch die Untersuchung von Selektionseffekten zu ermöglichen (vgl. Appel & Kleiber, i.d. Bd.).

Konfrontieren wird man sich auch mit dem möglichen Vorwurf, Jugendliche würden in Peer Projekten ganz entgegen eigenen Bekundungen (und vielleicht auch Absichten) instrumentalisiert und funktionalisiert. Transparenz, Freiwilligkeit, partizipative Arbeitsformen und die Möglichkeit, wann immer Jugendliche wollen, die Peer-Trainings zu beenden, können solchen Gefahren entgegenwirken.

Hingewiesen wird ferner auch darauf, daß "Gleichheit und Wechselseitigkeit", auf die in Peer to Peer-Projekten gesetzt wird, Mythen Erwachsener seien, die nicht die Realität von Peer-Prozessen widerspiegeln. Auch Jugendliche kämpfen um soziale Positionen (vielleicht sogar besonders), um soziale Rangplätze, und Peer-Trainings erweisen sich - wider alle guten Absichten - nur als Elemente, soziale Rangordnungen abzusichern.

Schließlich sei nicht sicherzustellen, daß die durch Peer Education angestrebten Effekte erreicht würden. Peer-Einflüsse können ebenso - vielleicht sogar mit noch höherer Wahrscheinlichkeit - das Risikoverhalten von Jugendlichen verstärken.

Sehr ernst zu nehmen und empirisch dringend notwendiger Prüfung bedürftig ist auch die These, daß durch Peer Edaucation möglicherweise nicht die wirklich 'at risk' lebenden erreicht werden. Als Peer-Educators wurden in den meisten Projekten überwiegend Mittelschichtangehörige und Mädchen rekrutiert. Deshalb ist anzunehmen, daß diese besonders gut und bevorzugt mit ihresgleichen arbeiten werden. Dies kann aber auf lange Sicht dazu führen, daß sich MIttelschichtsangehörige mit besseren motivationalen Voraussetzungen und Ressourcen gegenseitig unterstützen, während die wirklich Hilfebedürftigen abgekoppelt und gar nicht erreicht werden (Polarisierungseffekt). Peer Education müßte, will sie wirklich zu Empowerment und Gesundheitsförderung beitragen, sozial-kompensatorisch ansetzen und arbeiten. Randguppenangehörige, Migrantenkinder oder problembehaftete Jugendliche werden aber höhere Schwellenängste haben, werden schwerer als Peers zu motivieren sein und werden möglicherweise schneller die Gruppen wieder verlassen. Wollen Projekte erfolgreich sein, unterliegen sie aber

notwendigerweise der Tendenz, mit denen zu arbeiten, mit denen die Peer Projekte am lustvollsten und aussichtsreichsten realisierbar erscheinen: mit GymnasiastInnen in Modellschulen, sie sich ein besonders positives Image geben wollen.

Peers, so hat die dreijährige Berliner Erfahrung gezeigt, haben ein größeres Risiko abzubrechen und gar nicht erst als MultiplikatorInnen tätig zu werden, wenn sie zu früh rekrutiert werden. Werden sie aber als 16-18jährige in Peer Education Projekte integriert, entsteht ein anderes Problem: Ihnen bleibt nicht mehr viel Zeit, das Gelernte in der Praxis anzuwenden, weil sie bald ihre Schulen verlassen. Peer-Education ist immer nur Multiplikatorenarbeit auf Zeit. Dies ist unter Effizienzgesichtspunkten beim Vergleich mit dem Einsatz von Professionellen einzubeziehen.

Entwicklungsperspektiven

Das Berliner Peer Education Modellprojekt zu Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung steht nicht allein da. Im Europäischen Raum ist ebenfalls das Bedürfnis entstanden, den Impact des Peer Involvement-Ansatzes zu prüfen. Als Ergebnis eines „gemeinschaftlichen europäischen Aktionsplanes zu AIDS-peer education, der dar Ziel verfolgt, Jugendliche innerhalb und außerhalb des Schulsystems zu erreichen, ('The European Joint Action Plan on AIDS-peer education to reach Young People in and outside the School System') ist in internationaler Kooperation ein Leitfaden entstanden, der bei der Initiierung, Umsetzung und Evaluation von Peer Education Projekten helfen soll. Das Europeer-Projekt hat darüber hinaus eine Webseite im Internet (www.europeer.lu.se) entwickelt. Diese Webseite enthält Versionen des Leitfadens in den Sprachen Französisch, Englisch, Italienisch, Deutsch, Portugiesisch, Griechisch und Schwedisch. Die jeweilige Version kann heruntergeladen und vervielfältigt werden. Außerdem bietet die Seite downloads der (hauptsächlich englischsprachigen) Bibliographie, eine Zusammenstellung der europäischen AIDS-Peer Education-Projekte in der Europäischen Union, eine Newspage, eine Linkspage und ein Diskussionsforum für Eeer Educators, Praktiker, Politiker, Forscher und Evaluatoren, sowie zur allgemeinen Nutzung. Insofern ist zu hoffen, daß die Erfahrungen mit Peer Ansätzen vertieft werden und daß diese zu besseren Standards in Forschung und Praxis beitragen.

Bezüglich der Forschung fehlen aus unserer Sicht vor allem kontrollierte Studien, die auch Auskunft über Langzeiteffekte geben. Das Berliner Peer Education-Projekt hat dabei sicherlich Modellfunktion.

Bezüglich zukünftiger Entwicklungen ist aus unserer Sicht eine Konzentration der Arbeit auf schwer erreichbare, at risk lebende spezielle Zielgruppen wünschenswert und notwendig. Nachdem die Machbarkeit und allgemeine Effekte von Peer Education gesichert sind, gilt es vor allem auch die Frage der Erreichbarkeit von speziellen Zielgruppen und die Übertragbarkeit dieses Ansatzes auf solche Arbeitssettings zu prüfen. Vom Berliner InTeam, das den Praxisteil des Modellprojektes Peer Education zu Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung realisiert hat, ist bereits ein Antrag ausgearbeitet worden, der die Übertragung der Erfahrungen auf die Arbeit mit jugendlichen MigrantInnen vorsieht. Es ist zu hoffen, daß dieses Vorhaben realisiert werden kann - und daß es wiederum möglichst sorgfältig wird evaluiert werden können.

Im derzeit bei uns schwerpunktmäßig diskutierten Peer Projekt "Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung" hat die Kooperation zwischen Praxis und Forschung beispielhaft gut geklappt.

Wir können von einer extrem positiven Erfahrung mit einem Praxisteam berichten, das Forschung und Rückmeldung immer offensiv eingefordert hat, daß jederzeit für maximale Transparenz der Abläufe gesorgt hat und das die Begleitforschungsgruppe aktiv als Rückmeldungsinstanz, für Supervisionszwecke, zur Selbstreflexion und als Instument in der Auseinandersetzung mit Außenstehenden genutzt hat. Als 'Gegenleistung' haben wir, die Begleitforschungsgruppe, optimale Unterstützung bei der Entwicklung von praxisgerechten Fragebögen, der Organisierung von Befragungswellen der Realisation von kontinuierlich durchzuführenden Interviews, sowie Neugier, wohlwollendes Interesse bei der Diskussion über Forschungsresultate und eine reibungslose, von wechselseitiger Akzeptanz und Achtung geprägte Zusammenarbeit erlebt. Dafür möchten wir uns bedanken. Eine solche Erfahrung würden wir gern häufiger machen.

Literatur

Allen, V. L. (1976). *Children as teachers: Theory and research on tutoring.* New York: Academic Press.

Ausubel, D. P. (1968). *Das Jugendalter.* München: Juventa.

Baldwin, B. A. (1978). Moving from drugs to sex. New directions for youth-oriented peer counseling. *Journal of American College Health Association, 27,* 75-78.

Bandura, A. (1977). Learning through Modeling. In A. Bandura (Ed.), *Social Learning Theory* (pp. 22-55). Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc.

Bangert-Drowns, R. (1988). The effect of school-based substance abuse education. A meta-analysis. *Journal of Drug Education, 18(39),* 243-264.

Barron, A. M. & Foot, H. (1991). Peer tutoring and tutor training. *Educational Research, 33 (3),* 174-185.

Brandenburg, J. B. (1976). Peer counseling for sex-related concerns: A case study of a service in a college medical setting. *Journal of the American College Health Association, 24,* 294-300.

Büscher, I. & Schönbach, K. (1994). IN-TEAM's kommen gut. Ein Berliner peer-education Modell zu Liebe, Sexualität und Aids. *PÄD EXTRA, 7-8,* 56-59.

Coleman, J. S. (1961). *The adolescent society.* New York: Free Press.

Croll, N., Jurs, E., & Kennedy, S. (1993). Total quality assurance and peer education. *Journal of American College Health, 41 (6),* 247-249.

DiClemente, R. J. (1992). Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy. In R. J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy.* Newbury Park-London-New Delhi: Sage Publications.

Eisenstadt, M. J. (1966). Problem-solving ability of creative and non-creative college students. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 81-83.

Erikson, E.H. (1988). *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel.* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orginal erschienen 1968: *Identity, Youth and Crisis*).

Fazekas, C. & Scheipl, J. (1993). HIV peer education at the University of Graz, Austria. *Poster presentation at the IX. international conference on AIDS, Berlin.*

Greenwood, C. R., Terry, B., Utley, C. A., Montagna, D., & Walker, D. (1993). Achievement, placement, and services: middle school benefits of ClassWide Peer Tutoring used at the elementary school. *School Psychology Review, 22 (3),* 497-515.

Hillman, E., Hovell, M. F., Williams, L., Hofstetter, R., Burdyshaw, C., Rugg, D., Atkins, C., Elder, J., & Blumberg, E. (1991). Pregnancy, STDS, and AIDS prevention: Evaluation of New Image Teen Theatre. *AIDS Education and Prevention, 3 (4),* 328-340.

Houioux, G. & Piette, D. (1993). Peer Education und die AIDS-Prävention an höheren Schulen. *Beitrag zur VI. Europäischen Beratung über die Aufklärung von AIDS - "Möglichkeiten der Nutzung von Peer Involvement-Ansätzen zur HIV-Prävention", Köln, 1.- 4. November 1993.*

Hurrelmann, K. (1997): Lebensphase Jugend. 5.Auflage. Weinheim/München: Juventa.

Jay, M. S., DuRant, R. H., Shoffitt, T., Linder, C., & Litt, I. (1984). Effect of peer counselors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. *Pediatrics, 73*, 126-131.

Kaestle, C. F. (1973). *Joseph Lancaster and the monitorial school movement.* New York: Columbia University Teachers College Press.

Keupp H. (1990). Lebensbewältigung im Jugendalter aus der Perspektive der Gemeindepsychologie. In Sachverständigenkommission 8. Jugendbericht (Ed.), *Risiken des Heranwachsens.* Weinheim: Verlag Deutsches Jugendinstitut e.V., 1-51.

Kleiber, D. (1992). Gesundheitsförderung: Hintergründe, Programmatik, Ansätze und Probleme. *psychomed, 4*, 220-231.

Klepp, K. I., Halper, A., & Perry, C. L. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health, 56(9)*, 407-411.

Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P. (Hrsg.) (1995): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim/München: Juventa.

Krappmann, L. (1994). Sozialisation und Entwicklung in der Sozialwelt gleichaltriger Kinder. In Klaus Schneewind (Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Pädagogische Psychologie, Band 1.* Göttingen: Hogrefe.

Liebherz, G. & Rutter, K. (1995). *BLK-Modellversuch "Schulische AIDS-Prävention im Rahmen einer fächerübergreifenden Sexualerziehung".* Hamburg: Unveröffentlichter Abschlußbericht.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach.* New York: Plenum.

Miller, N. E. & Dollard, J. C. (1941). *Social Learning and Imitation.* New Haven: Yale University Press.

Newitt, K. (1994). An evaluation of peer education methodology in relation to HIV/AIDS. *Unveröffentlichtes Manuskript.*

Oerter, R. u. Dreher, E. (1995). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie (3. Aufl.).* (S. 310-395). Weinheim: Beltz Pyschologie Verlags Union.

Paolitto, D. P. (1976). The effect of cross-age tutoring on adolescence: An inquiry into theoretical assumptions. *Review of Educational Research, 46(2)*, 215-237.

Perry, C. L. (1989). Prevention of alcohol use and abuse in adolescence: Teacher - vs peer-led intervention. *Crisis, 10 (1)*, 52-61.

Perry, C. L., Klepp, K. -I., Halper, A., Hawkins, K. G., & Murray, D. M. (1986). A process evaluation study of peer leaders in health education. *Journal of School Health, 56(2)*, 62-67.

Pforr, P. u. Kleiber, D. (1998). *Jugendliche für Jugendliche. Theoretische Grundlagen und Praxismodelle des Peer Involvement-Ansatzes in der Prävention und Gesundheitsförderung.* München: Profil Verlag (im Druck).

Phelps, F. A., Mellanby, A. R., Crichton N. J., & Tripp, J. H. (1994). Sex education: The effect of a peer programme on pupils (aged 13-14 years) and their peer leaders. *Health Education Journal, 53*, 127-139.

Rickert, V. I., Jay, M. S., & Gottlieb, A. (1991). Effects of a peer-counseled AIDS education program on knowledge, attitudes, and satisfaction of adolescents. *Journal of Adolescent Health, 12 (1)*, 38-43.

Rubenstein, E. M., Panzarine, S., & Lanning, P. J. (1990). Peer counseling with adolescent mothers: A pilot program. *Families in Society, 71 (3)*, 136-141.

Sanders, R. S., Wagener, J. M., & Thompson, G. E. (1978). Student volunteers as birth control educators. *Journal of College Student Personnel*, 216-220.

Schaps, E., DiBartolo, R., Moskowitz, J., Palley, C. S., & Churigin, S. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues, 12*, 17-43.

Schumacher, L. M. (1994). Bascom Bildtelefon: Multi-Mediale Aids-Info für Jugendliche. *Beitrag zur 1. Europäischen Fachtagung und Projekt-Messe der BZgA - "learn to love", Köln, 29.- 30. November 1994.*

Sesan, R. (1989). Peer educators. A creative resource for eating disordered college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 3(2-4)*, 221-240.

Slap, G. B., Plotkin, S. L., Khalid, N., Michelman, D. F., & Forke, C. M. (1991). A human immunodeficiency virus peer education program for adolescent females. *Journal of Adolescent Health, 12 (6)*, 434-442.

Sloane, B. C. & Zimmer, C. G. (1993). The power of peer health education. *Journal of American College Health, 41 (6)*, 241-245.

Somerset Health Authority. (1994). Somerset Peer Education Project. *Unveröffentlichtes Manuskript.*

Strouse, J. S., Krajewski, L. A., & Gilin, S. M. (1990). Utilizing undergraduate students as peer discussion facilitators in human sexuality classes. *Journal of Sex Education and Therapy, 16 (4)*, 227-235.

Svenson, G. (1998). *European guidelines for youth AIDS peer education. (dtsch. Europäischer Leitfaden zu AIDS-peer education für Jugendliche)* Mskr. (erscheint demnächst).

Svenson, G. R., Hanson, B. S., & Johnson, K. (1994). Including social-peer influences in HIV-prevention: Results of a model utilised at Lund University, Sweden. *Follow-up paper from an oral presentation at the conference: "AIDS in Europe. The Behavioral Aspect", 26.-29. September 1994, Berlin.*

Zapka, J. M. & Mazur, R. M. (1977). Peer sex education training and evaluation. *American Journal of Public Health, 67(5)*, 450-454.

Anschrift:
Prof. Dr. Dieter Kleiber
Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (i.d. WE 09; Fb 12)
Habelschwerdter Allee 45
14 195 Berlin
Tel.: 030-838 57 29
Fax: 030-838 66 25
email: kleiber@zedat.fu-berlin.de