

Martin Hafen

## Grundlagen der systemischen Prävention

Auf dem Weg zu einer umfassenden Theorie präventiver Massnahmen

---

*Der 17-jährige Tim K. erschießt in Winnenden 15 Menschen und richtet sich dann selbst. Bei einem Wettrennen auf der nächtlichen Landstrasse kommen vier junge Menschen ums Leben; die Zahl der rauchenden Mädchen ist erneut gestiegen; Aids ist die grösste Seuche unseres Jahrhunderts; die Suizidrate der Schweiz ist bei den Jugendlichen die zweithöchste weltweit; schon wieder hat ein Ehemann und Vater seine Familie erschossen; der Lungenkrebs ist bei den Frauen deutlich am Zunehmen; Malaria kostet jedes Jahr Hunderttausende Tote – mit solchen und zahllosen ähnlichen Meldungen konfrontieren und die Massenmedien Tag für Tag. Einig ist diesen Meldungen, dass sie Besorgnis erregen und: dass ‚mehr Prävention‘ gefordert wird.*

### Die gesellschaftliche Konstruktion der Prävention

Doch was zeichnet die Prävention aus, dass sich der Begriff in der modernen Gesellschaft zu einem eigentlichen ‚Zauberwort‘ entwickeln konnte? Was ist so speziell an der Prävention, dass sie immer wieder mit Vehemenz eingefordert wird, obwohl alle Probleme, denen zugekommen werden soll, weiter bestehen? – Diesen und vielen weiteren Fragen gehe ich im

Rahmen meiner systemtheoretisch inspirierten Grundlagenarbeiten zur Prävention vor, die in diesem Text überblicksmässig vorgestellt werden. Meine Theoriearbeit hat nie das Ziel verfolgt, sich zum *Wesen* der Prävention zu äussern. Nimmt man eine konstruktivistische<sup>1</sup> Theorie wie die soziologische Systemtheorie als Grundlage für die Beschreibung der Prävention, dann wird deutlich, dass die Prävention immer nur als soziale Konstruktion gesehen werden kann. Aus diesem Grund kann es bei einer theorie-geleiteten Beschreibung wie dieser nicht darum gehen, die ‚Realität‘ der Prävention abzubilden. Vielmehr geht es darum zu schauen, wie es dazu kommt, dass die Prävention so populär ist, obwohl ihre Wirkung oft nicht gemessen wird, ja bisweilen gar nicht gemessen werden kann. Weiter interessiert, ob sich bei der erstaunlichen Vielfalt präventiver Massnahmen Aspekte finden lassen, die identisch oder zumindest ähnlich sind – egal ob es sich nun um Kriminalitätsprävention, Aidsprävention, Suchtprävention oder die Prävention von Essstörungen handelt. Bei der theoretischen Arbeit hat sich demnach nicht in erster Linie die Frage nach dem ‚Was?‘ der Prävention gestellt, sondern jene nach dem ‚Wie?‘: Wie konstruiert die moderne Gesellschaft die Prävention; welche Unterscheidungen nutzt sie dafür, wie gestaltet sie die einzelnen Massnahmen, und welches sind die Begründungen? Durch diese Perspektive der Beobachtung zweiter Ordnung (die Beobachtung von andern Beobachtungen) ergeben sich keine Punkt-zu-Punkt-Abbildungen der Präventionspraxis, sondern neue Vergleichsmöglichkeiten – Vergleichsmöglichkeiten, die auch auf die Praxis zurückwirken können.<sup>2</sup>

## Warum Systemtheorie als Grundlage einer Präventionstheorie?

Bislang gibt es ausser der theoretischen Grundlagenarbeit, von der dieser Text abgeleitet ist<sup>3</sup>, keine umfassende theoretische Beschreibung der Prävention gegeben. In der Regel wird die Prävention themengebunden be-

---

<sup>1</sup> Der Konstruktivismus ist eine erkenntnistheoretische Grundlage, die davon ausgeht, dass die Wirklichkeit durch ihre Beschreibungen (also durch Sprache) nicht abgebildet, sondern laufend neu erzeugt (konstruiert) wird.

<sup>2</sup> Luhmann (1994b: 408)

<sup>3</sup> Hafen (2005, 2007)

schrieben – als Sucht- oder Aidsprävention – oder es werden bestimmte Faktoren der Methodik, der Zielgruppen, der Alterskategorie und des Präventionszeitpunktes (z.B. primäre und sekundäre Prävention) beschrieben. Auf diesem Weg ist ein breites Spektrum nicht nur an praktischen Massnahmen, sondern auch an theoretischen Zugängen zusammengekommen. Unter den vielfältigen Arbeiten zur Prävention gibt es viele, die auf eine eigentliche theoretische Fundierung verzichten. Andere wiederum bedienen sich einer Vielzahl von Theorien aus der Soziologie, der Psychologie, der Sozialpsychologie, der Philosophie, der Medizin und andern Wissenschaftsbereichen. Das führt dazu, dass bei der Planung einer etwas komplexeren präventiven Massnahme bisweilen unterschiedliche Grundlagen beigezogen werden müssen – Grundlagen, die ihrerseits auf ganz unterschiedlichen theoretischen Annahmen aufbauen. Das führt dann bisweilen, wenn nicht zu offensichtlichen Widersprüchen, so doch zu Ungereimtheiten, die sich kaum beheben lassen und daher ausgeblendet werden müssen. Der Bereich, in welchem sich diese Ungereimtheiten am deutlichsten zeigen, ist die Begrifflichkeit. Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? Ist Tertiärprävention wirklich noch Prävention oder doch eher Behandlung? Und was ist mit Public Health, Wellness, indizierter und primordialer Prävention?

Dass die Wahl für eine theoretische Fundierung der Prävention und die damit verbundene Klärung der Begrifflichkeit auf die soziologische Systemtheorie gefallen ist, deren Grundlagen weit gehend durch den deutschen Soziologen Niklas Luhmann entwickelt wurden<sup>4</sup>, hat mehrere Gründe: Zum einen bietet die Theorie ein umfassendes Instrumentarium an Begriffen und Aussagen, das wie dafür geschaffen ist, ein so vielfältiges, komplexes Praxisfeld wie das der Prävention zu erfassen. Dabei kommt sehr gelegen, dass sich die ‚soziologische‘ Systemtheorie seit einigen Jahren immer mehr auch zu einer Theorie psychischer Systeme entwickelt<sup>5</sup> und auch sich auch für

---

<sup>4</sup> Als das zentrale Werk zur Darstellung dieser Grundlagen gilt immer noch ‚Soziale Systeme‘ (Luhmann, 1994a), dessen Erstveröffentlichung 1984 erfolgte. Ich werde mich bei den Quellenverweisen zu Niklas Luhmann in diesem Text vornehmlich an dieses Werk sowie an den Doppelband ‚Die Gesellschaft der Gesellschaft‘ (1997), mit dem Niklas Luhmann sein immenses Publikationswerk kurz vor seinem Tod abgerundet hat.

<sup>5</sup> Vgl. etwa Fuchs (2005).

die Beschreibung neurobiologischer Prozesse als durchaus brauchbar erweist. Zum andern zeichnet sich die Theorie durch ein grosses Mass an Interdisziplinarität aus, was sich dadurch ausdrückt, dass Luhmann Elemente von Theorien aus den unterschiedlichsten Wissenschaftsbereichen in seiner Theorie verarbeitet hat und was auch die grosse Anschlussfähigkeit in vielen Bereichen der professionellen Praxis erklärt – etwa in der Psychotherapie, der Unternehmensberatung, der Erziehung oder der Medizin.

Schliesslich ist die soziologische Systemtheorie eine Theorie, die nicht wie von aussen auf die Welt schaut; vielmehr bezieht sie sich selbst in ihre Beobachtungen mit ein. Das bedeutet, dass alle gewonnenen theoretischen Erkenntnisse auch für die Theorie selbst gelten. Wenn sich dann z.B. aus den theoretischen Erkenntnissen ergibt, dass es so etwas wie eine absolute Wahrheit nicht geben kann, dann heisst dies gleichzeitig, dass eine systemtheoretische Beschreibung der Prävention nur eine neben andern möglichen Beschreibungen ist – und sicher nicht die einzig richtige. Vielleicht könnte man die Systemtheorie als Joker sehen, der die Dinge durcheinander bringt, indem er an Stellen Verzweigungen schafft, an denen man nicht mit ihnen rechnet.<sup>6</sup> Damit wird mit der Entscheidung für die Systemtheorie für eine besondere Fragehaltung optiert, die man in Anschluss an Fuchs<sup>7</sup> als Haltung des ‚Was wäre wenn ... ?‘ bezeichnen kann. Was wäre, wenn man die Prävention mit den Begriffen und Sätzen der Systemtheorie beschriebe? ‚Was liesse sich sehen? Was verschwände aus der Sicht? Wo lägen die Klarheitsgewinne, wo die Schärfeverluste, wo die Anschlüsse?‘

## Die Präventionstheorie als Reflexionstheorie

Theorien können – vereinfacht ausgedrückt – als wissenschaftliche Anleitungen zur Beobachtung der Welt verstanden werden.<sup>8</sup> Mit ihren Begriffen und Sätzen helfen Theorien dabei, die Vielfalt der Welt oder hier: die Vielfalt der Prävention zu ordnen und aus dieser Ordnungsleistung Erkenntnisse

---

<sup>6</sup> Baecker (2002: 83)

<sup>7</sup> 2000, S. 158

<sup>8</sup> Vgl. zu diesem Abschnitt Hafén (2007, S.7f.).

zu gewinnen, die wiederum für die Gestaltung der Praxis genutzt werden können. Die theoretischen Begriffe unterscheiden sich insofern von nicht-theoretischen Wörtern, als sie nachvollziehbar definiert und dadurch in Bezug zu andern Begriffen gestellt werden. Das bisweilen festzustellende Theoriedefizit von Prävention und Gesundheitsförderung hängt zu einem bedeutenden Teil damit zusammen, dass die in der professionellen Praxis verwendeten Begriffe (wie ‚Ressourcenförderung‘, ‚Gesundheitsförderung‘, ‚Prävention‘, ‚Setting‘ etc.) wenn überhaupt nur sehr dürftig definiert und kaum je zueinander in Beziehung gesetzt werden. Die Begriffe erscheinen damit – im eigentlichen Sinne des Wortes – als ‚selbst-verständlich‘, obwohl die Bandbreite der ihnen zugeordneten Bedeutungen beträchtlich ist. Das wiederum erschwert und erleichtert die Kommunikation zur gleichen Zeit: Es erschwert sie, weil die begrifflichen Unklarheiten zu Missverständnissen führen und eine Weiterentwicklung der professionellen Erkenntnisse behindern; es erleichtert sie aber auch, weil – zumindest so lange als keine Nachfrage erfolgt – Aussagen nicht erläutert werden müssen, da ja ohnehin ‚alle wissen, was gemeint ist‘.

Die hier vorgestellte Theorie präventiver Massnahmen kann in diesem Sinn als ‚Reflexionstheorie‘ bezeichnet werden. Diese Theorien zeichnen sich nach Luhmann<sup>9</sup> nämlich dadurch aus, dass sie vornehmlich mit der ‚redescription‘ von bestehenden Beschreibungen (in diesem Fall: der Prävention) operieren und sich mit den Zielen und Institutionen ihres Beschreibungsbereichs identifizieren, was eine ‚kritische Einstellung zum Vorgefundenen‘ nicht ausschliesse. Es handelt sich demnach bei der hier zu vorgestellten Präventionstheorie nicht mehr um Systemtheorie im Sinne der streng wissenschaftlichen Grundlage von Niklas Luhmann, sondern um eine modifizierte, an der Praxis der Prävention ausgerichtete Theorie – eine Theorie, deren Abstraktionsleistung also durch die Einführung von spezifischem Sinn reduziert wird.

---

<sup>9</sup> 2002, S 199ff.

## Systemtheorie als Beobachtungstheorie

Für die Beschreibung der Prävention mit den Mitteln der Systemtheorie soll zuerst der Beobachtungsbegriff eingeführt werden. Der Begriff der Beobachtung hat in der Systemtheorie während der letzten beiden Jahrzehnte eine immer grössere Bedeutung erhalten. Luhmann<sup>10</sup> definiert Beobachten in Anlehnung an das mathematische Kalkül von George Spencer Brown<sup>11</sup> als Operation des Unterscheidens und Bezeichnens. Jede Beobachtung besteht demnach in der simultanen Wahl einer Unterscheidung und der Bezeichnung der einen Seite dieser Unterscheidung. In andern Worten: Wenn wir über etwas sprechen oder nachdenken (z.B. über die Prävention), dann bezeichnen wir dieses Etwas mit Wörtern und unterscheiden es damit von etwas anderem (z.B. von der Behandlung).<sup>12</sup> Diese Zeichen sind in der Regel nicht *ein*-deutig. Hinter den Wörtern stehen Vorstellungen resp. Beschreibungen, die festlegen, was die Wörter bedeuten. Diese Vorstellungen resp. Beschreibungen sind nicht bei jedem beobachtenden System die gleichen. Wir haben ähnliche, aber nicht identische Vorstellungen davon, was ein Baum, eine Kletterpartie oder die Liebe 'sind'. Das ist – es wurde bereits erwähnt – bei den in der Präventionspraxis gebräuchlichen Begriffen nicht anders.

## Prävention und Behandlung

Wenn ein Begriff wie ‚Prävention‘ näher bestimmt werden soll, dann lohnt es sich, auf die andere Seite der Unterscheidung zu schauen, also darauf, was Prävention nicht ‚ist‘.<sup>13</sup> Hier rückt zuerst der Terminus ‚Behandlung‘ in den Fokus. Behandlung setzt dann ein, wenn ein Problem bereits aufgetreten ist, wenn also Leute krank, süchtig, gewalttätig geworden sind oder

---

<sup>10</sup> 1994b, S. 73

<sup>11</sup> Spencer Brown, George (1997): Laws of Form – Gesetze der Form. Lübeck

<sup>12</sup> Um die Sache nicht noch komplizierter zu machen, beschränken wir uns hier auf sprachliche Zeichen. Natürlich ist es auch möglich, ohne Sprache zu kommunizieren oder die sprachliche Kommunikation durch andere Zeichen zu ergänzen.

<sup>13</sup> Vgl. zu diesem Unterkapitel Hafén (2007, S. 56ff.).

sonst irgendwelche Symptome von Phänomenen zeigen, die von der Gesellschaft als unerwünscht bezeichnet werden.<sup>14</sup> Für das ‚Zuvorkommen‘ (lat. prävenire) der Prävention ist es dann zu spät; das Problem besteht bereits und die Massnahmen haben zum Ziel, seine Symptome direkt zu beseitigen (etwa durch die Vergabe eines Anti-Craving-Medikamentes bei einem suchtkranken Menschen) und ggf. auch die Ursachen für das Problem anzugehen (etwa im Kontext einer Psychotherapie). Lässt sich ein Problem nicht einfach beseitigen (wie z.B. eine chronische Krankheit), so kann die Behandlung auch darauf ausgerichtet sein, die Funktionsfähigkeit einer Person trotz der Krankheit zu erhalten oder eine Verschlimmerung des Problems zu verhindern. Im Gegensatz zur Behandlung hat es die Prävention mit noch nicht bestehenden Problemen zu tun, sondern mit Problemen, die in der Zukunft auftreten könnten. Anders als die Behandlung ist die Prävention nicht darauf ausgerichtet, eine problembelastete Gegenwart so zu beeinflussen, dass sie sich verbessert oder zumindest nicht verschlimmert. Die Prävention hat die paradoxe Aufgabe, eine an sich erwünschte Gegenwart (die Probleme bestehen ja noch nicht) so zu verändern, dass sie bleibt, wie sie ist. Sie löst diese Paradoxie dadurch auf, dass sie Faktoren (Belastungs- und Schutzfaktoren) bestimmt, denen ein Einfluss auf das Entstehen des zu verhindernden Problems (z.B. einer Sucht, einer Krankheit oder eines sozialen Phänomens wie Jugendgewalt) zugeschrieben wird. Wenn es gelingt, die Belastungsfaktoren<sup>15</sup> zu reduzieren bzw. die Schutzfaktoren zu stärken, dann reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Problem in Zukunft auftritt.

---

<sup>14</sup> Der Begriff ‚Behandlung‘ ist hier sehr breit gefasst und beschränkt sich nicht auf medizinische Belange. Ein anderer Begriff steht meines Erachtens nicht zur Verfügung – auch nicht Intervention, denn auch die Prävention versucht nichts anderes als in psychische, körperliche und soziale Systeme zu intervenieren.

<sup>15</sup> Ich spreche hier von Belastungsfaktoren und nicht von Risikofaktoren, denn streng genommen beeinflussen auch die Schutzfaktoren das Risiko des Auftretens eines Problems – nur in der andern Richtung.

## Die wechselseitige Bedingtheit von Prävention und Behandlung

Wir haben gesehen, dass es ein wichtiges Ziel der Behandlung sein kann, eine Verschlimmerung eines Problems wie einer Krankheit zu *verhindern* oder Folgeproblemen (etwa eine Arbeitslosigkeit, die sich infolge eines Burnouts) *zuvorzukommen*. Daraus lässt sich folgern, dass sich Prävention und Behandlung nicht ausschliessen, sondern sich wechselseitig bedingen – ganz ähnlich wie Gesundheit und Krankheit, die als zwei Seiten *einer* Unterscheidung eine Art Kontinuum bilden, also einen Prozess im Leben eines Menschen, der immer sowohl Aspekte von Gesundheit als auch von Krankheit beinhaltet.<sup>16</sup> In Hinblick auf Prävention und Behandlung heisst dies, dass jede Behandlung immer auch präventive Aspekte umfasst – so wie das Herausschneiden eines Lungentumors der Metastasen-Bildung zuvorkommen oder den Tod des Patienten verhindern soll. Caplan<sup>17</sup> spricht in diesem Fall von ‚Tertiärprävention‘. Die ‚behandelnden‘ Aspekte der Prävention wiederum beziehen sich auf die Beseitigung von Belastungsfaktoren und Schutzfaktoren-Defiziten. Wird Rauchen als wichtiger Belastungsfaktor für das Auftreten von Lungenkrebs betrachtet, so reduziert eine erfolgreiche Rauchstopp-Behandlung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Krankheit.

Das Beispiel zeigt gut, dass eine klare Trennung von Prävention und Behandlung nur dann möglich ist, wenn deklariert wird, worauf sich die zur Diskussion stehenden Massnahmen beziehen. Bezieht sich die Rauchstopp-Massnahme auf das Rauchen selbst (das als eigenständiges Problem angeschaut wird), dann handelt es sich um eine Behandlungsmassnahme, die versucht, dieses manifeste Problem ‚Rauchen‘ zu beseitigen. Steht jedoch der Lungenkrebs im Fokus, so wird die gleiche Rauchstopp-Behandlung zu einer Präventionsmassnahme, weil ein wichtiger Belastungsfaktor eliminiert wird.

---

<sup>16</sup> Vgl. dazu ausführlich Hafén (2009).

<sup>17</sup> 1964, S. 113

## Früherkennung als spezifische Form von Diagnose

Trotz dieser Beobachter-Relativität unterscheiden sich präventive Massnahmen grundsätzlich von behandelnden. So steht bei der Behandlung eines Alkoholproblems eine konkrete Person im Fokus, die in der Regel auf eine lange Problemgeschichte zurückschaut. Die Alkoholismusprävention wiederum hat man es mit Zielpersonen zu tun, bei denen das Problem noch nicht vorhanden ist, jedoch mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit auftreten wird. Diese Wahrscheinlichkeit soll durch die präventiven Massnahmen reduziert werden, wobei nie gesagt werden kann, wer das Problem trotzdem entwickelt oder wer aus ganz andern Gründen als den Massnahmen problemfrei geblieben sein wird.

„Quer“ zur Unterscheidung Prävention/Behandlung steht die Früherkennung<sup>18</sup> als spezifische Form von Diagnose, die zum Ziel hat, symptomatische Anzeichen eines Problems möglichst früh zu entdecken, um so die Erfolgswahrscheinlichkeit einer (entsprechend früh einsetzenden) Behandlung zu erhöhen. Caplan<sup>19</sup> verwendet hier den Begriff „Sekundärprävention“ und unterscheidet damit die behandlungsnahen Begriffe „Sekundärprävention“ und „Tertiärprävention“ von „Primärprävention“, die alle Massnahmen umfasst, die einsetzen, bevor ein Problem entstanden ist – also Massnahmen zur Beseitigung von Belastungs- und zur Förderung von Schutzfaktoren.

## Prävention und Gesundheitsförderung

Zum Abschluss dieser Begriffsbestimmungen rund um die Prävention noch eine Bemerkung zum Konzept der Gesundheitsförderung<sup>20</sup>: Viele Autoren und Autorinnen machen eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung; einzelne von ihnen sprechen sogar von einem eigentlichen „Paradigmenwechsel“ von Prävention zu Gesundheits-

---

<sup>18</sup> Vgl. hierzu ausführlich Hafén (2007, S. 70ff.)

<sup>19</sup> 1964, S. 89.

<sup>20</sup> Vgl. für die ausführliche, mit vielen Quellen belegte Argumentation Hafén (2007, S. 94ff.) und noch umfassender Hafén (2009).

förderung, der seit der Ottawa Konferenz für Gesundheitsförderung von 1986 und der dort verfassten Ottawa-Charta eingesetzt haben soll. Die Argumentation lautet in der Regel, dass die Prävention auf die Verhinderung von Krankheiten ausgerichtet ist, während die Gesundheitsförderung in erster Linie die Ressourcen stärkt und dabei neben dem Individuum vor allem auch soziale Systeme (Settings) anvisiert. Dabei wird zum ersten nicht gesehen, dass die Symptomatik von Gesundheit so diffus ist, dass auch die professionelle Gesundheitsförderung die Gesundheit nie direkt fördern kann, sondern immer darauf angewiesen ist, Belastungsfaktoren (wie Stress, ungesunde Ernährung etc.) zu beseitigen resp. Schutzfaktoren (wie das Kohärenzgefühl oder den sozialen Zusammenhalt) zu stärken, um dadurch das Auftreten von Prozessen (insbesondere Krankheiten) zu verhindern, welche die Gesundheit beeinträchtigen.

„Wohlbefinden“ als Substitut für „Gesundheit“ wie in der berühmten WHO-Definition stärkt die Argumentation der Gesundheitsförderung auch nicht, da nicht klar ist, ob Wohlbefinden ein Symptom von Gesundheit oder ein relevanter Schutzfaktor ist (wahrscheinlich beides). Die Ressourcen der Gesundheitsförderungslehre wiederum werden durch Antonovsky<sup>21</sup> auch als *Widerstandsressourcen* bezeichnet, also als psychische oder soziale Faktoren, welche das Individuum vor belastenden Einflüssen (also Belastungsfaktoren) schützen – ganz ähnlich wie bei Resilienzkonzept aus der Sucht- und Stressprävention. Schliesslich aktivieren nicht nur die Gesundheitsförderung und die Prävention bestehende Ressourcen, um die eigenen Ziele zu erreichen, sondern auch die Behandlung. So versucht eine Psychiaterin, welche einen depressiven Patienten behandelt, in der Regel auch, die sozialen Netzwerke des Patienten zu aktivieren, um die andern Behandlungsmassnahmen zu unterstützen.

## Die Probleme und ihre Einflussfaktoren

Wir haben gesehen, dass Prävention und Gesundheitsförderung über die Stärkung von Schutzfaktoren und die Reduktion von Belastungsfaktoren

---

<sup>21</sup> Vgl. als Einführung in das Salutogenes-Konzept Antonovsky (1997).

versuchen, zukünftige Probleme zu verhindern.<sup>22</sup> Es lohnt sich dabei, sich regelmässig in Erinnerung zu rufen, dass die Probleme der Prävention bei allem Leid und allen Kosten, die sie verursachen, sozial konstruierte Probleme sind. Alkoholismus als Krankheit z.B. ist eine Erfindung der Moderne; im ausgehenden Mittelalter war es durchaus üblich, den Menschen im Sinne der Gesundheitsförderung nicht nur regelmässigen Alkoholkonsum, sondern regelmässige Trunkenheit zu empfehlen. Heute sorgen das Medizinsystem und die Wissenschaft für einen unablässigen Nachschub an neuen Krankheitsbildern, und die Massenmedien rücken neben Krankheiten noch viele weitere Probleme in ins Zentrum des öffentlichen Interesses.

Die Einflussfaktoren zu den einzelnen Problemen kommen auf allen Ebenen menschlichen Lebens vor: dem Körper, der Psyche, der sozialen und der physikalisch-materiellen bzw. biologischen Umwelt. Belastungsfaktoren erhöhen dabei aktiv die Wahrscheinlichkeit, dass ein Problem auftritt, während die Schutzfaktoren (oder Widerstandsressourcen in der Gesundheitsförderungsterminologie) den Einfluss der Belastungsfaktoren beschränken. So stellt lang anhaltender übermässiger Arbeitsdruck einen Belastungsfaktor für die psychische Gesundheit dar, während ein gutes Betriebsklima und ein motivierender, anerkennender Führungsstil den Einfluss des Arbeitsdruckes minimieren helfen. Entscheidend ist dabei, dass immer das relevante System bestimmt wie die Einflussfaktoren wirken. Das was den einen krank macht, kann für eine andere Person durchaus gesundheitsförderlich sein.

Erfolgreich Prävention zu machen, heisst dann, die betreffenden Systeme so zu beeinflussen, dass die Belastungsfaktoren abgebaut und die Schutzfaktoren gestärkt werden. Nehmen wir ein Problem wie Herz/Kreislauf-Erkrankungen: Übergewicht, Bewegungsmangel und lang andauernder psychischer Stress sind nur drei von zahlreichen Belastungsfaktoren, die zu einem Herzinfarkt oder ähnlichen Erkrankungen bzw. Vorfällen führen können. Diese Faktoren wiederum werden durch zahllose weitere Belastungsfaktoren beeinflusst, die enger (proximal) oder weniger eng (distal) mit dem zu verhindernden Problem verbunden sind. Ausgangspunkt aller präventiven Massnahmen ist damit eine Einflussfaktorenanalyse, in

<sup>22</sup> Zu diesem zentralen Aspekt der Prävention (Probleme und Einflussfaktoren) vgl. Hafén (2007, S. 179ff.) und Hafén (2009, S. 59ff.) mit umfassenden Quellenverweisen.

ven Massnahmen ist damit eine Einflussfaktorenanalyse, in deren Rahmen die wichtigsten (empirisch möglichst gut belegten) bestimmt werden. Dabei gibt es Faktoren, die nicht veränderbar sind (wie z.B. eine genetische Disposition) und andere, die einen immensen Aufwand erfordern oder an nur schwerlich beeinflussbare Entscheidungsprozesse gebunden sind. Zudem ist von zentraler Bedeutung, dass der Einfluss eines Faktors auf ein Problem empirisch möglichst gut belegt ist. In dieser Hinsicht hat die Wissenschaft in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht. Ein grosses forschungsmässiges Defizit besteht jedoch in Hinblick auf die Wechselwirkung dieser Faktoren. Hier ergibt sich schon bei wenigen Einflussfaktoren eine immense Komplexität, die auch eine Wirkung der einzelnen Massnahmen schwierig messbar macht.

### „Intervention“ bei operativ geschlossenen Systemen

Prävention ist also eine Disziplin, die sich mit hoch komplexen bio-psycho-öko-sozialen Verhältnissen konfrontiert sieht, wenn sie die relevanten Einflussfaktoren der zu verhindernden Probleme bearbeiten will. Dazu kommt, dass die zu beeinflussenden sozialen, psychischen und biologischen Systeme aus der Perspektive der Systemtheorie operativ geschlossen sind. Der Begriff besagt, dass die Systeme für ihre Beobachtungen zwar auf ihre Umwelt angewiesen sind, dass sie aber weder direkt auf die Systeme in ihrer Umwelt zugreifen können, noch deren Zugriffen ausgesetzt sind, da kein System "ausserhalb seiner Grenzen" operieren kann (Luhmann, 1998a: 222). Nehmen wir ein Beispiel, um diese Aussage zu illustrieren: Eine Betriebspsychologin kann noch so gute Ideen haben, wie die Firma im Sinne eines ‚ganzheitlichen Gesundheitsmanagements‘ reorganisiert werden sollte; sie kann diese Vorstellungen nicht in das Unternehmen 'hineindenken'. Alles was sie machen kann, ist zu versuchen, ihre Vorschläge in die Diskussion einzubringen und zu sehen, wie die Firma resp. das betreffende Entscheidungsgremium diese aufnimmt und verarbeitet. Vielleicht findet sie Gehör, und die entsprechenden Entscheidungen zur Veränderung der Organisation werden getroffen; vielleicht werden nur wenige der Vorschläge

umgesetzt oder vielleicht werden ihre 'guten Ideen' freundlich verdankt und nichts passiert.

Ob es um die Beeinflussung von sozialen Systemen wie einer Organisation oder um psychische Systeme geht: die Prävention hat keine Möglichkeit, ihre Informationen in dieses Systeme zu ‚übertragen‘. Der Informationsgewinn findet im System statt – oder eben nicht bzw. ganz anders als erhofft und erwartet. Der sorgfältigen Analyse von unbeabsichtigten Nebenwirkungen präventiver Aktivitäten kommt damit eine besondere Bedeutung zu – seien dies nun Krankheits- oder gar Todesfolge bei Impfungen gegen das H1N1-Virus oder die konsumfördernde Wirkung der Abschreckungskampagnen gegen illegale Drogen in den 70er-Jahren.<sup>23</sup> Für uns sind an dieser Stelle weniger die einzelnen empirischen Ergebnisse von Bedeutung als der Umstand, dass Prävention (wie Behandlung im Übrigen auch) weniger als ‚Intervention‘ (als ‚Dazwischenkommen‘) denn als verstanden werden kann. ‚Durchgriffskausalität‘<sup>24</sup> wie sie etwa beim physischen Einsperren oder beim Töten eines Menschen gegeben ist, spielt in der Prävention ein sehr untergeordnete Rolle. Sobald Zeit zwischen dem Präventionsanlass und der beobachteten Reaktion des Systems ins Spiel kommt, kann nur noch von Auslösekausalität gesprochen werden, und dann muss immer damit gerechnet werden, dass das System auch durch andere Interventionsversuche (z.B. die Werbung, die Freunde, die Eltern etc.) beeinflusst wird. Die Prävention kann demnach nichts anderes machen, also ihre Interventionsversuche möglichst umsichtig und sorgsam zu planen und die Wirkungen im Rahmen der Möglichkeiten zu messen.<sup>25</sup> Damit kommt die Methodik ins Spiel.

---

<sup>23</sup> Vgl. dazu etwa Künzel-Böhmer et al. (1993, S. 103)

<sup>24</sup> Luhmann (2000, S. 401)

<sup>25</sup> Diese Messung ist angesichts der immensen systemischen Komplexität, mit der die Prävention konfrontiert ist, eine anspruchsvolle Angelegenheit mit immensen methodologischen Problemen, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann. Vgl. dazu ausführlicher Hafén (2005, S. 366-424). Ganz wichtig ist dabei allerdings, dass sich ‚Evidenzbasierung‘ nicht nur auf die Wirkung von präventiven Massnahmen bezieht, sondern z.B. auch die Evidenz der Relation von Einflussfaktoren zu den zu verhindernden Problemen umfasst. Forschung ist gerade in diesem Bereich von entscheidender Bedeutung.

## Die Methoden der Prävention

Die Datenlage zur Wirksamkeit von einzelnen methodischen Zugängen hat noch viele Lücken, wird aber auch immer besser. So zeigen Überblicksanalysen wie jene von Bühler und Kröger<sup>26</sup> zur Suchtprävention etwa, dass interaktiv gestaltete Prävention erfolgsversprechender ist als z.B. massenmedial verbreitete Botschaften. Von der Theorie her gesehen ist das einleuchtend, da Interaktivität – systemtheoretisch als Kommunikation unter der Bedingung körperlicher Anwesenheit verstanden<sup>27</sup> – die Möglichkeit bietet, mehr über die Informationsverarbeitungsprozesse in den geschlossenen, von aussen nicht einsehbaren psychischen Systeme zu gewinnen. Reine ‚Informationsvermittlung‘ ist aus dieser Perspektive genau so wenig erfolgreich wie isolierte massenmediale Präventionskampagnen. Andererseits können diese Zugänge kombiniert wird andern methodischen Ansätzen durchaus ein wichtiges Element der Prävention sind. Umfassende Massnahmen wie eine Kombination von Eltern- und Kindertrainings im Bereich der Suchtprävention versprechen demnach eine bessere Wirkung als isolierte Aktivitäten. Das wäre nach Bühler/Kröger<sup>28</sup> theoretisch gesehen auch für ganz umfassende ‚community-basierte‘ Programme zu erwarten, wo Massnahmen der Stadtteilgestaltung und das Ausschöpfen der gesetzlich verankerten Regulierungen<sup>29</sup> mit individuums-, familien- und schul-orientierten Aktivitäten verbunden und gleichzeitig durch Kampagnen und Informationsveranstaltungen begleitet werden, doch sei hier die empirische Datenlage noch relativ schwach. Aus systemtheoretischer Perspektive scheint ein solches Vorgehen sinnvoll, da es Wiedererkennungseffekte generiert und die Kohärenz der Umwelteinflüsse erhöht. Die Gefahr, dass ein Kind zuhause etwas ganz anderes hört, als im Präventionsunterricht an der Schule wird so gemildert, und die Inhalte können auch in der Peergruppe eher zum Thema

---

<sup>26</sup> 2006

<sup>27</sup> Luhmann (1997, S. 814)

<sup>28</sup> 2006, S. 103f.

<sup>29</sup> Gesetzlich fundierte Massnahmen wie Verkaufsbeschränkungen, Verbote etc. sind auch alleine verhältnismässig erfolgsversprechend – vorausgesetzt die Einhaltung der Vorgaben wird auch kontrolliert und Sanktionen ausgesprochen. Vgl. dazu Hafén 2007 (250ff.).

gemacht werden, wenn die Zielpersonen in unterschiedlichen Kontexten damit konfrontiert werden.

Lassen wir es bei diesen kurzen und sehr summarischen Bemerkungen zur Präventionsmethodik bewenden. Entscheidend ist an dieser Stelle, dass die Gestaltung der Prävention trotz ungünstiger ‚systemischer‘ Interventionsbedingungen (Hyperkomplexität, operative Geschlossenheit etc.) nicht beliebig ist. Prävention ist zwar nur ein Informationsanlass neben vielen andern, aber sie kann durchaus Wirkungen erzeugen, wenngleich es nicht die direkt-kausalen Wirkungen sind, die man sich als Präventionsfachmensch erhoffen mag.

## Individuums- und setting-orientierte Massnahmen

In den bisherigen Ausführungen hat sich schon verschiedentlich angedeutet, dass sich die Prävention nicht nur an Individuen mit ihren Körpern und ihren psychischen Systemen richtet, sondern auch an soziale Systeme wie Unternehmen, Gemeinden, Schulen oder Familien. Wie bei den psychischen Systemen geht es auch hier um Strukturveränderungen, um eigentliche ‚Lernprozesse‘ oder besser: um die Modalisierung der Differenz von Lernen und Nichtlernen im System, denn auch die Prävention kann sich immer auch auf bestehende Ressourcen und andere Strukturen abstützen, die in ihrem Sinne sind und nicht geändert werden sollen. Die Systemtheorie eignet sich als Grundlage für die Prävention nicht nur, weil sie die Ebenen von Körper, Psyche und Sozialem sauber trennt, sondern auch weil Luhmann ein umfassendes Werk zu den unterschiedlichen Formen sozialer Systeme erarbeitet hat. Insbesondere seine Organisationstheorie<sup>30</sup> kann für die Prävention von beachtlichem Nutzen sein – einerseits weil Organisationen (Schule, Betriebe, Spitäler, Heime, Gemeinden etc.) für die Gesundheit der Individuen höchst relevante Umwelten darstellen, zum andern weil sich die professionelle Prävention selbst in zunehmenden Mass organisiert und organisieren muss. *„Wer aus welchen Gründen auch immer in der Gesellschaft etwas verändern will, muss dazu auf der Ebene der Organisation an-*

---

<sup>30</sup> Vgl. dazu etwa Luhmann (2000).

setzen.“, schreibt Dirk Baecker<sup>31</sup>, und die zunehmende Bedeutung der sozialsystem-orientierten Prävention in der Praxis manifestiert sich entsprechend besonders deutlich an den organisationalen Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten – etwa im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Der Versuch, die relevanten Einflussfaktoren in sozialen Systemen und ihrer physikalisch-materiellen Umwelt (etwa ein Gebäude und seine Einrichtung oder der Verkehr in einem Quartier) zu verändern wird in der Praxis mit Begriffen wie ‚setting-orientierte Gesundheitsförderung‘ oder ‚Verhältnisprävention‘ umschrieben. Auf der Gegenseite stehen die ‚individuumorientierte Gesundheitsförderung‘ bzw. die ‚Verhaltensprävention‘, die beide eigentlich das Ziel haben, die individuelle Gesundheitskompetenz<sup>32</sup> zu stärken, wobei es durchaus adäquat wäre, für die auf Organisationen ausgerichteten Ansätze von einer Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz zu sprechen, die gefördert werden soll. Konkret geht es darum, dass die Organisationen im Kontext der organisations-typischen Reproduktion von Entscheidungen dafür sorgen, dass die Belastungsfaktoren möglichst tief gehalten und die Schutzfaktoren entsprechend gefördert werden. Massnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung sind exakt auf dieses Ziel ausgerichtet.

## Aspekte der Adressabilität von Zielsystemen

Will die Prävention ihre Massnahmen an Individuen und soziale Systeme richten, so ist sie auf Adressabilität<sup>33</sup> dieser Systeme angewiesen. Funktionssysteme wie die Politik oder die Wirtschaft können nicht adressiert werden, sondern immer nur die Organisationen, die in ihrem Kontext operieren. Organisationen wiederum sind nicht einfach Subsysteme von Funktionssystemen, sondern orientieren sich an unterschiedlichen Funktionssystemen. So ist ein Spital nicht nur für die Wiederherstellung von Gesundheit verantwortlich (Gesundheitssystem), sondern leistet auch

<sup>31</sup> 2005, S. 61

<sup>32</sup> Vgl. zu diesem Konzept der ‚health literacy‘ Nutbeam (2000)

<sup>33</sup> Vgl. zum Konzept der Adressabilität Fuchs

antwortlich (Gesundheitssystem), sondern leistet auch Zahlungen, und es ist offensichtlich, dass es hier zu Interessenskonflikten kommen kann – etwa dann wenn ein neues und teures medizinisches Diagnosegeräte nicht primär aus medizinischer Notwendigkeit eingesetzt wird, sondern um die Maschine zu amortisieren.<sup>34</sup>

Adressabilität von Systemen ist auch bei den Individuen von Bedeutung. Die soziale Adresse von Personen ist eine soziale Struktur, welche die Erwartungen dem Individuum gegenüber ausrichtet – einem Individuum, das in jedem sozialen Kontext nur in ganz bestimmten Hinsichten von Bedeutung ist. So ist im Kontext der Aidsprävention das Sexualverhalten der Zielpersonen von einiger Bedeutung, während es bei der Prävention von Übergewicht eher eine untergeordnete Rolle spielt. Die Prävention tut demnach gut daran, möglichst viel über die Zielpersonen in Erfahrung zu bringen, denn die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit der Massnahmen steigt mit dem Wissen über die Systeme, bei denen ganz bestimmte Veränderungen erreicht werden sollen.<sup>35</sup> Anders als bei der Behandlung ist die soziale Adresse der Zielpersonen bei der Prävention in Hinblick auf das im Fokus stehende Problem nicht sehr informativ. Während ein Patient oder ein Schläger einen ganz konkreten und oft mehrjährigen Bezug zum Problem haben, muss sich die Prävention auf statistische Angaben verlassen um problemrelevante Informationen zu den Zielpersonen zu erhalten. Die Bestimmung von Risikogruppen<sup>36</sup> – von Gruppen, die aufgrund eines oder mehrerer Belastungsfaktoren eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung des Problems aufweisen – ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Andererseits manifestiert sich auch bei den Risikogruppen das Prob-

---

<sup>34</sup> Die scheinbare Dominanz der Wirtschaft in der Gesellschaft hängt denn auch damit zusammen, dass heute praktisch jede Organisation (auch im Sozial- und Gesundheitsbereich) betriebsökonomische bedingte Entscheidungen treffen muss, während die andern Funktionssysteme nur punktuell eine Rolle spielen. Gesellschaftsweit ist es jedoch so, dass die Wirtschaft ohne ein funktionierendes Rechtssystem wohl sofort Tauschhandel reduziert wäre.

<sup>35</sup> Das ist natürlich nicht nur bei den Individuen so, sondern auch bei adressablen sozialen Systemen wie Organisationen und Familien.

<sup>36</sup> Gordon (1997) richtet seine in letzter Zeit viel verwendete Klassifizierung von präventiven Aktivitäten genau nach dieser Zielgruppenbestimmung aus, wenn er von universeller, spezifischer und indizierter Prävention spricht. Indizierte Prävention wäre in diesem Sinne Prävention mit Risikogruppen, während sich die indizierte Prävention an Personen richtet, bei denen sich das Problem zumindest ansatzmässig gezeigt hat – etwa bei einem Jugendlichen, der schon durch Gewalttätigkeiten aufgefallen ist.

lem nur bei einem Bruchteil der Zielpersonen, was zugleich das Problem der Adressenbeschädigung (Stigmatisierung) durch Prävention mit sich bringt.

Neben der Spezifizierung der soziale Adresse der Zielpersonen über spezifische Belastungsfaktoren (wie z.B. eine erbliche Vorbelastung durch eine Krebskrankheit oder Suchtmittel missbrauchende Eltern) werden natürlich noch weitere Adressenfaktoren wie das Alter, das Geschlecht, der sozio-ökonomische Status, ein allfälliger Migrationshintergrund und weitere Faktoren beigezogen. So ist es durchaus angebracht, Aidsprävention für junge Frauen aus Westafrika anders zu konzipieren, als für westeuropäische homosexuelle Männer. Andererseits führt die Diversifizierung der Massnahmen zu einer Steigerung von Komplexität, die oft auch aus Kostengründen nicht bewältigt werden kann. Ein Mittel ist dann, auf Risikogruppen zu fokussieren, wobei den tiefen sozio-ökonomischen Status in den letzten Jahren als Risikogruppenmerkmal eine immer grössere Bedeutung zugemessen wird.

## Die Funktion der Prävention

Kommen wir nach dieser Einführung in einige zentrale Aspekte der Prävention – Probleme/Einflussfaktoren, Individuums-/Setting-Orientierung, Methoden, Zielgruppenfaktoren – zum Abschluss noch auf die Funktion der Prävention in der Gesellschaft zu sprechen. Selbstverständlich ist die Verhinderung von Problemen für sich eine wichtige Funktion der Prävention, denn diese Probleme (seien das nun Krankheiten, Gewalt, Suizide, Raserunfälle oder was auch immer) beschäftigen die Gesellschaft, die sich über die Massenmedien laufend selbst alarmiert.<sup>37</sup> Exakt in dieser massenmedialen Selbstbeunruhigung der Gesellschaft kann eine gesellschaftsweite Funktion der Prävention vermutet werden – zumindest wenn man Funktion als die von einem Beobachter zugeschriebene Lösung (Beruhigung) für ein Problem (massenmediale Beunruhigung) beschreibt. Es ist ja nicht so, dass die durch die Prävention angegangenen Probleme einfach verschwinden (oder

---

<sup>37</sup> Vgl. hierzu die Ausführung zur Funktion der Prävention in Hafén (2007, S. 132-144).

besser: nicht mehr auftreten) würden und die Messung der Wirksamkeit präventiver Massnahmen ist wie beschrieben ein anspruchsvolles Unterfangen. Trotzdem ist der Grundgedanke der Prävention – Probleme zu verhindern, bevor sie entstehen – weit gehend unbestritten, zumindest so lange die Massnahmen wenig Kosten und die individuelle Freiheit nicht einschränken. Die These wäre demnach, dass die grosse Popularität präventiver mit der Beruhigungswirkung der Prävention zu erklären ist. Im Zustand der Daueralarmierung, in welchen die Massenmedien mit ihrer Präferenz für Probleme die Gesellschaft versetzen, scheint allein das Sprechen über Prävention beruhigend zu wirken. Es zeigt, dass ‚etwas gemacht‘ wird oder präziser: etwas gemacht werden kann.

Folgt man der Risikotheorie Niklas Luhmanns<sup>38</sup>, so sieht man, dass die Prävention Gefahren, denen man einfach ausgesetzt ist, zu eigenen Entscheidungen in Bezug setzt und damit in Risiken transformiert. Doch diese Transformation von Gefahren in Risiken hat ihre Schattenseiten, denn mit der Möglichkeit, etwas zur Verhinderung von Problemen beizutragen, ergibt sich für die Zielsysteme (seien das nun Individuen, Organisationen oder Familien) das Risiko der Risiko-Ignoranz<sup>39</sup>, welches die Verantwortung für das Auftreten eines Problems auf die Systeme überwälzt, die die Belastungsfaktoren nicht reduziert und die Schutzfaktoren nicht gestärkt haben. Man hätte sich ja mehr bewegen und gesünder ernähren können, dann hätte man den Herzinfarkt nicht bekommen. Es ist klar, dass diese Verantwortungsübertragung ethische Fragen aufwirft, die nicht nur in spezifischen Präventionsfeldern wie der pränatalen Diagnostik oder der Belastung von übergewichtigen Menschen mit höheren Krankenkassenprämien von Bedeutung sind.

## Abschliessende Bemerkungen

„Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie.“ – Trotz der vielen Hindernisse, die auf dem Weg zur Erarbeitung einer umfassenden Theorie prä-

---

<sup>38</sup> Luhmann 1991.

<sup>39</sup> Fuchs (2008)

ventiver Massnahmen zu überwinden waren und die sich in Zukunft ergeben werden, stimme ich dem berühmten Bonmot von Kurt Lewin uneingeschränkt zu. Zu Beginn meines Versuchs, die soziologische Systemtheorie als Grundlage für die Erarbeitung einer Reflexionstheorie der Prävention zu nutzen, hatte ich die These formuliert, dass die Systemtheorie die Mittel bietet, alle diese Facetten mit dem gleichen Instrumentarium an Begriffen und Sätzen zu beschreiben. Die Bestätigung dieser These mag erbracht worden sein, wenngleich man diese Beschreibung (wie immer) anders und besser machen könnte. Die verwendeten Selbst- und Fremdbeschreibungen der Praxis boten nichts, das nicht mit dem Mitteln der Systemtheorie hätte (wieder-)beschrieben werden können. Die Theorie hat damit ihren Anspruch bestätigt, nicht nur eine umfassende Gesellschaftstheorie zu sein, sondern auch psychische und biologische Phänomene beschreiben zu können. Das mag dazu beitragen, dass die Komplexität und methodische Vielfalt der Prävention kohärenter dargestellt werden kann und schliesst selbstverständlich nicht aus, dass andere theoretische Zugänge machbar und sinnvoll sind – und zwar auch solche mit geringerer Reichweite. In diesem Sinn stellt die systemische Präventionstheorie ein mögliches Hilfsmittel zur Beobachtung der Prävention neben andern dar, und es wird sich in der Zukunft weisen, inwiefern eine so umfassende und komplexe Theorie für die Praxis von Nutzen sein kann. Sicher bedingen auch diese an der Praxis ausgerichteten Grundlagen einiges an Übersetzungsarbeit in der Form von Weiterbildungen und Fachtexten, und meine Erfahrungen zeigen, dass die Theorie auf diese Weise auch für Personen nutzbar gemacht werden kann, die kein Soziologiestudium hinter sich haben.

Dass die Vielfalt der professionellen Praxis mit den Mitteln der Systemtheorie erfasst werden könnte, bedeutet keineswegs, dass im Rahmen meiner theoretischen Grundlagenarbeiten (über die dieser Text einen groben Überblick vermitteln sollte) trotz beträchtlichem mengenmässigem Umfang an publizierten Texten bereits eine wirklich umfassende Beschreibung der Prävention geleistet werden konnte. In den meisten Themenbereichen rund um die Prävention bedingt die Komplexität der Materie eine rigorose Einschränkung auf einige zentrale Punkte. In dieser Hinsicht habe ich in meiner Arbeit in der Tat lediglich die Grundlagen einer Theorie präventiver Mass-

nahmen erarbeitet und gleichzeitig ein Feld skizziert, welches weitere Forschungsarbeiten nahe legt. Natürlich wäre es wünschbar, wenn für diese Forschungstätigkeit auch andere Theorien als die Systemtheorie genutzt würden. Ganz allgemein lässt sich sagen, dass bei der wissenschaftlichen Erforschung der Prävention zwischen den Forschungszweigen mit eher theoretischen und jenen mit eher methodischen Zugängen viel enger und umfassender zusammengearbeitet werden sollte. Theoretische Forschung muss versuchen, ihre Erkenntnisse empirisch zu erhärten und die empirische Forschung sollte theoretisch besser abgesichert sein.

Schliesslich hat die systemtheoretische Beschreibung der Prävention gezeigt, dass es weder theoretische noch empirische Gründe dafür gibt, auf Prävention grundsätzlich zu verzichten noch dafür, sie zum Allheilmittel gegen die Probleme zu erheben, welche die Gesellschaft beunruhigen. Zwar zeichnet sich die Prävention nicht durch einen enorm hohen Wirkungsgrad aus, doch auch die behandelnden Interventionsversuche schaffen es nicht, die besagten Probleme zu beseitigen. Es lassen sich daher kaum Argumente dafür anführen, grundsätzlich auf Prävention zu verzichten und gleichzeitig andere Interventionsversuche beizubehalten. Andererseits lassen sich auch keine Gründe dafür finden, die Prävention auf Kosten der Behandlung zum absoluten Steuerungsinstrument zu erheben. Prävention ist nicht einfach ‚gut‘ – so überzeugend die Idee auch erscheinen mag, Probleme durch die Behandlung von Ursachen frühzeitig zu verhindern, anstatt sie immer nur zu behandeln. ‚Gute Ideen‘ und Engagement der Beteiligten allein sind zu wenig, um präventive Massnahmen zu begründen, denn immerhin geht es (unter anderem) um den Einsatz von beträchtlichen finanziellen und personellen Ressourcen.

Angesichts der hoch komplexen und kaum durchschaubaren Verhältnisse der (post-)modernen Gesellschaft ist die Prävention (wie alle andern professionellen Tätigkeiten auch) gut beraten, in Hinblick auf ihre Interventionsmöglichkeiten Bescheidenheit walten zu lassen und ihre Massnahmen so umsichtig und professionell wie immer möglich zu gestalten. Hierzu mag die hier skizzierte Theorie präventiver Massnahmen einen Beitrag leisten.

# Literatur

- Antonovsky, Aaron, 1997: Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Baecker, Dirk (2002): Die Theorieform des Systems. In: Ders.: Wozu Systeme? Berlin: Kadmos. S. 83-110
- Baecker, Dirk (2005): Die Reform der Gesellschaft. In: Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena (Hrsg.): Reform und Innovation in einer instabilen Gesellschaft. Stuttgart: Lucius. S. 61-78
- Bühler, Anneke; Kröger, Christoph (2006): Expertise zur Prävention des Substanzenmissbrauchs. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Caplan, Gerald, 1964: Principles of preventive psychiatry. New York/London: Basic Books
- Fuchs, Peter (1997): Adressabilität als Grundbegriff der soziologischen Systemtheorie. In: Soziale Systeme 3 (1997) Heft 1. S. 57-79
- Fuchs, Peter (2000): Systemtheorie und Soziale Arbeit. In: Merten, Roland (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich. S. 157-175
- Fuchs, Peter (2005): Die Psyche, Studien zur Innenwelt der Außenwelt der Innenwelt. Weilerswist: Velbrück
- Fuchs, Peter (2008): Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. In: Irmhild Saake, Werner Vogd (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin, Studien zur organisierten Krankenbehandlung, Wiesbaden: VS-Verlag. S. 363-378
- Gordon, Robert, 1987: An Operational Classification of Disease Prevention. In: Sternbert, Jane A.; Silverman, Morton M. (Hrsg.): Preventing Mental Disorders: A Research Perspective. Rockville, MD: Department of Health and Human Services. S. 20–26
- Hafen, Martin (2005): Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen. Heidelberg: Carl Auer
- Hafen, Martin (2007): Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis. Heidelberg: Carl Auer

- Hafen, Martin (2009): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer
- Künzel-Böhmer, Jutta; Bühringer, Gerhard; Janik-Konecny, Theresa (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzenmissbrauchs. Baden-Baden
- Luhmann, Niklas (1991): Soziologie des Risikos. Berlin/New York: de Gruyter
- Luhmann, Niklas (1994a): Soziale Systeme - Grundriss einer allgemeinen Theorie. 5. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, Niklas (1994b): Die Wissenschaft der Gesellschaft. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, Niklas (2000). Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, Niklas (2002): Das Erziehungssystem der Gesellschaft. Herausgegeben von Dieter Lenzen. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Nutbeam, Don (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21<sup>st</sup> Century. In: Health Promotion International, 15, S. 259-267