

Prävention als Beratung

Die Vielfalt präventiver Massnahmen ist immens. Sucht man nach einer einheitlichen Beschreibung, so bietet sich aus systemtheoretischer Sicht an, Prävention als Beratung zur Verhinderung noch nicht bestehender Probleme zu definieren. Wählt man diese Definition, so stellt sich die Frage, inwiefern sich Prävention von Formen problembehandelnder Beratung wie einer Therapie unterscheidet.

MARTIN HAFEN*

Angesichts der immensen Bandbreite von Aktivitäten, die unter dem Begriff «Prävention» angeboten werden, stellt sich die Frage, wie eine gemeinsame Beschreibung dieser Massnahmen aussehen könnte. Oder als Frage formuliert: Welches ist der gemeinsame Nenner von Aids-Kampagnen, Schulprojektwochen zum Thema Sucht, Informationsabenden im Sportverein, Basketballturnieren um Mitternacht und mehrjährigen Entwicklungsprojekten in Jugendheimen?

* Martin Hafen, Sozialarbeiter HFS und Soziologe lic. phil. I. Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Institut WDF, Fachbereich Prävention und leitender Redaktor des SuchtMagazins, Ramsteinerstr. 20, CH-4059 Basel, Tel. 061/312 49 00, Fax. -02, email: martin.hafen@balcab.ch.

Prävention als spezifische Form von Beratung ...

Nachfolgend soll die These begründet werden, dass es sich bei allen Präventionsaktivitäten um Beratungskommunikationen handelt, welche die Funktion haben, Individuen oder soziale Systeme wie Organisationen so zu beeinflussen, dass gewisse – immer wieder neu definierte – Probleme nicht oder weniger häufig auftreten. Diese Definition mag ungewohnt erscheinen. Beratung nimmt man doch in Anspruch, wenn man Probleme hat, wenn der Rücken schmerzt, wenn man Schwierigkeiten mit dem Gesetz hat, wenn man Drogen nimmt oder wenn die Ehe kriselt. Und Prävention wird gemacht, um diese Probleme und die entsprechenden Beratungen zu vermeiden.

Aber sind die zu vermeidenden Probleme wirklich nicht vorhanden? Die Antwort auf diese Frage lautet: doch! Einerseits nehmen gerade Organisationen wie Firmen oder Schule die Prävention gerade dann in Anspruch, wenn sie konkrete Erfahrungen mit den betreffenden Problemen gemacht haben, wenn Mobbing oder Drogenkonsum vorgekommen ist und eine Wiederholung oder auch nur eine Verschärfung dieser Problematik verhindert werden soll. Andererseits werden die zu verhindernden Probleme über ihre Thematisierung in den Massenmedien zu öffentlichen Problemen, zu Problemen, die immer und überall auftreten können.

Erst wenn diese Problemsensibilisierung erreicht ist, werden präventive Angebote genutzt. Der Schwerpunkt der Prävention liegt jedoch bei der Vermeidung zukünftiger Probleme und nicht bei der Behandlung gegenwärtiger. Diese werden entweder an die behandelnde Beratung abgegeben – an den Organisationsberater, der die

Mobbingsituation zu entschärfen versucht, oder an die Drogenberatungsstelle, die sich um die süchtigen SchülerInnen kümmert. Oder sie werden auf dem Sanktionsweg «gelöst»: durch die Versetzung des mobbenden Mitarbeiters oder durch den Ausschluss der Drogenkonsumierenden.

... in den Funktionssystemen «Recht», «Medizin» und «Soziale Hilfe»

Beratung hat in der modernen Gesellschaft einen so hohen Stellenwert, dass man durchaus als «Beratungsgesellschaft»¹ bezeichnen könnte. Beraten wird überall, und längst sind die Berater selbst auf Beratung angewiesen.² Um den Beobachtungsbereich einzuschränken und um die Beobachtungen an der Realität der Beratungskommunikationen zu orientieren, die sich selbst als Prävention beschreiben, sollen unter dem Präventionsbegriff keine Aktien- oder Staubsaugerberatungen behandelt werden, auch wenn diese in Bezug auf Kursverluste und Fehlkäufe durchaus präventive Wirkung haben können.

Wenn man schaut, wo in der Gesellschaft Beratung unter dem Label «Prävention» angeboten wird, dann stösst man vornehmlich auf drei Funktionssysteme: das Rechts-/Justizsystem mit der Kriminalprävention, das Medizinsystem mit der Gesundheitsfürsorge/Gesundheitsförderung resp. der Prophylaxe und das System der Sozialen Hilfe mit den Angeboten der Prävention und der Gesundheitsförderung.³ In einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft lösen alle Funktionssysteme ganz spezifische Probleme: Die Wirtschaft reguliert Knappheiten, die Wissenschaft versucht Wahres von Unwahrem zu trennen und die Politik trifft Entscheidungen, die das Zusammenleben ordnen. Die Systeme jedoch,

in denen vornehmlich Prävention gemacht wird, scheinen sich in erster Linie Problemen anzunehmen, welche die übrige Gesellschaft vermeiden will, aber nicht selbst beheben kann. So sanktioniert das Justizsystem die Überschreitung von Normen, die in der Form von Gesetzen und Verträgen festgelegt sind; das Medizinsystem löst Probleme, die im Zusammenhang mit der Funktionsfähigkeit von Körpern und Psychen steht, und das Sozialhilfesystem versucht Ausschlüsse aus andern Systemen rückgängig zu machen. Dabei kommt es je nach Problemlage zu Überschneidungen: Um Drogenabhängige kümmern sich die Justiz und die Sozialarbeit, und psychisch kranke Menschen brauchen neben dem Psychiater oft auch Unterstützung einer Sozialarbeiterin.

«Korrektursysteme»

Angesichts ihrer Aufgabe der Sanktion (Justiz), der Heilung (Medizin) und der Re-Inklusion (Sozialarbeit) könnte man diese Funktionssysteme als «Korrektursysteme» bezeichnen. Damit ist nicht impliziert, dass sich die Gesellschaft als Ganze in Richtung eines Idealzustandes oder eines Gleichgewichtes entwickelt und sich diese «Korrektursysteme» auf die Erreichung dieses Ziels ausrichten. Die Gesellschaft entwickelt sich evolutionär. Sie setzt sich aus allen Kommunikationen zusammen und wird doch durch keine allein gesteuert. Das schliesst aber nicht aus, dass es in der Gesellschaft Beobachter gibt (z.B. in den Systemen der Wissenschaft, der Politik oder der Medizin), die gewisse Zustände, Kommunikationen oder Verhaltensweisen problematisieren und diese konstruierten Probleme gelöst wissen wollen. Das geschieht, und es geschieht in der modernen risikobewussten Gesellschaft mit ihren problemorientierten Massenmedien mehr denn je.

In Anschluss an diese Gedanken, kann man die These formulieren, dass Prävention die Aufgabe hat, die in diesen Korrektursystemen behandelten Probleme zu vermeiden, Inklusion in diese Systeme zu verhindern. Die Kriminalprävention strebt demnach an, Gesetzesüberschreitungen zu verhindern; die medizinische Prophylaxe versucht, Krankheiten zu verzögern,

und die Prävention im Sozialhilfesystem versucht, Verhaltensweisen und Zuständen vorzubeugen, die zum Ausschluss aus andern Systemen beitragen.

Selbstabschaffung oder Selbsterhaltung?

Hier kommt der Eindruck auf, dass die besagten Korrektursysteme mit ihren Präventionsangeboten ein Instrument eingerichtet haben, welches auf die Selbstabschaffung dieser Systeme ausgerichtet ist. Dies würde der systemtheoretischen These widersprechen, dass Systeme selbsterzeugend und selbsterhaltend (also autopoietisch⁴) operieren. Ein Blick auf die Geschichte der Prävention zeigt jedoch – ganz im Einklang mit der These der Selbsterhaltung – dass präventive Massnahmen nicht in erster Linie zur Reduktion der Operationen in einem System beitragen, sondern vor allem zu ihrem Ausbau. Das hängt einerseits damit zusammen, dass Prävention einem Steuerungsversuch im Hinblick auf eine unbekanntere Zukunft gleichkommt – einem Steuerungsversuch, der durch unzählige andere Einflüsse konkurriert wird.⁵ Andererseits nimmt die Prävention neue Themen (Delikte, Krankheiten und sonstige unerwünschte Verhaltensweisen und Zustände) auf und trägt mit ihren Massnahmen zur Selbsterhaltung der Systeme bei, in denen sie vornehmlich operiert. Dies wiederum schlägt sich in der Etablierung von immer neuen Projekten und Fachstellen nieder, wobei zumindest die Fachstellen ebenfalls an ihrer Selbsterhaltung interessiert sind. Am Beispiel des Sozialhilfesystems kann einfach gezeigt werden, dass die Zunahme der Fachstellen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahrzehnten keine Reduktion der behandelnden Massnahmen zur Folge hatte – im Gegenteil: auch hier wurden die Angebote im gleichen Zeitraum ausgebaut.

Diagnostik und Früherfassung

In diesem Zusammenhang fällt die Nähe der Prävention zu Massnahmen auf, welche die Aufgabe erfüllen, die Gesellschaft resp. die Körper in Bezug auf die zu verhindernden Probleme zu beobachten. Im Rechtssystem ist das zum Beispiel der Fall, wenn die Poli-

zeipräsenz in den Strassen erhöht wird oder Beamten das Internet auf illegale Inhalte wie Kinderpornographie oder Naziparolen untersuchen; in der Medizin ist es die Diagnostik, die Körper mit immer komplexeren Maschinen auf Anzeichen für Krankheit durchleuchtet, und in der Sozialen Hilfe wird mit der Früherfassung versucht, möglichst früh Hinweise auf die zu verhindernden Verhaltensweisen (z.B. Gewalt) und Zustände (z.B. Sucht) zu finden.

Von der Klassifizierung her können die Früherfassung und die Diagnostik demnach als Bindeglied, als Übergangszone zwischen Prävention von zukünftigen und Behandlung von bestehenden Problemen angesehen werden. Sie tragen nichts zur Verhinderung von Problemen bei, denn ihre Aufgabe ist es, die besagten Probleme (z.B. Gewalt oder Krebs) resp. Anzeichen (z.B. massive verbale Aggression oder ein Knoten in der Brust) dafür zu erkennen. Dadurch, dass diese Erkennung früh geschieht, haben Früherfassung und Diagnostik durchaus einen präventiven Aspekt, doch das hat auch jede Behandlung von bestehenden Problemen: sogar das Einsetzen eines Herzschrittmachers wirkt in Hinblick auf einen möglichen Herzinfarkt präventiv.

Angesichts des Beitrages der Prävention an die Selbsterhaltung der Systeme, in denen sie eingesetzt wird, muss die oben formulierte These, dass Prävention die Aufgabe hat, die in diesen Korrektursystemen behandelten Probleme zu vermeiden, zu einer Paradoxie umformuliert werden: Prävention erfüllt für die genannten «Korrektursysteme» zur gleichen Zeit die Funktionen der Abschaffung und der Selbsterhaltung. Diese Paradoxie beschränkt sich freilich nicht auf die Prävention, sondern gilt für die Korrektursysteme an sich, denn auch die Behandlung von bestehenden Problemen arbeitet tendenziell auf die Systemabschaffung hin und trägt damit erst zur Konstitution und Erhaltung des Systems bei.

Physische und kommunikative Interventionsversuche

Beim Bemühen um eine theoriegeleitete Beschreibung der Prävention darf nicht übersehen werden, dass vor allem die Medizin und die Justiz die Pro-

bleme nicht nur kommunikativ behandeln resp. zu verhindern versuchen, sondern auch physisch. Die Behandlung erfolgt im Medizinsystem durch Medikamente, Operationen und begleitende Massnahmen wie Physiotherapie, während im Justizsystem mit physischen Sanktionen wie Haft und im Extremfall (je nach Staat) der Todesstrafe operiert wird. In Hinsicht auf die Verhinderung neuer Probleme umfasst die an Körpern orientierte Prävention z.B. die Impfung im Medizinsystem und Massnahmen wie Vorbeugehaft und Aus-/Einreiseverbote im Justizsystem.

Obwohl die Wirkung von physischen Eingriffen durch die relative Beständigkeit von Körpern (im Gegensatz zur Flüchtigkeit von Kommunikationen) wahrscheinlicher wird, gilt auch für diese Massnahmen, dass es sich um Interventionsversuche handelt, die andere Resultate erbringen können als die erhofften. Operierte Patienten können sterben, Impfungen versagen, Pillen Nebenwirkungen zeigen und Eingesperrte ausbrechen. Und vor allem in Hinblick auf die langfristige persönliche Entwicklung von Patientinnen und Straftätern tun sich zahlreiche Möglichkeiten auf, welche trotz (oder wegen) der Interventionsversuche begünstigen, dass alte Probleme wieder aufbrechen oder neue entstehen.

Beratung als Erweiterung von Beobachterperspektiven

Trotz der Gemeinsamkeiten von kommunikativen und physischen Interventionsversuchen und einer über die physischen Eingriffe hinausreichenden verhaltenspräventiven Wirkung, die Strafmassnahmen und medizinische Eingriffe durchaus haben können, wollen wir uns in der Folge auf die kommunikativen Interventionsversuche beschränken, also die Interventionsversuche, die mit dem Oberbegriff der Beratung zusammengefasst werden können.

Um zu begründen, warum das breite Spektrum präventiver Massnahmen mit dem Oberbegriff der Beratung bezeichnet wird, soll an dieser Stelle kurz das systemtheoretische Verständnis von Beratung erläutert werden. Beratung wird nach diesem Ansatz als Interventionsversuch verstanden, in dessen Rahmen den Beratenen Beob-

achtungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Das systemtheoretische Verständnis von Beratung, das sich insbesondere in der systemischen Therapie und der systemischen Organisationsentwicklung niederschlägt, geht demnach nicht davon aus, dass die Beratungsperson die Expertin ist, die weiss, was für die beratenen Menschen oder Organisationen gut ist. Vielmehr wird im Rahmen der Beratung versucht, diese Systeme bei ihrer Selbstbeobachtung und dem Entwickeln von andern Problemlösungen zu unterstützen, als jenen, die durch die Beratenen oder ihre Umwelt als problematisch angesehen werden.

Geht man von einem so weit gefassten Beratungsbegriff aus, so können damit nicht nur interaktive Kommunikationsformen (z.B. zwischen einer Therapeutin und einem Patienten), sondern auch andere kommunikative Interventionsversuche als Beratung verstanden werden. So versucht ein Fernsehspot über Aids, die ZuschauerInnen dafür zu sensibilisieren, im Falle eines Seitensprunges die Optik von der momentanen Lust in der Gegenwart auf eine mögliche Krankheit in der Zukunft zu erweitern, und mit einem Theaterstück zum Thema Sucht, wird nichts anderes versucht, als in der Form von Charakteren und ihrem Spiel andere Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Aspekte systemischer Beratung

Bei Formen von problembehandelnder Beratung wie einer Therapie, ist ein interaktives Setting, d.h. das gleichzeitige Beisammensein Therapeutin und KlientIn, die Regel; aus diesem Grund und weil in der Prävention nicht-interaktive Beratungsformen wie Kampagnen immer mehr an Bedeutung verlieren, wollen wir uns in der Folge auf diese Form von Beratung konzentrieren. Da systemische Beratungsarbeit in der Psychotherapie eine langjährige Tradition hat, sollen die wichtigsten Grundannahmen dieses Ansatzes anhand des Standardwerkes von Von Schlippe und Schweitzer⁶ kurz dargestellt werden:

- **Vergrösserung des Möglichkeits-spielraumes:** alles, was die Zahl der Möglichkeiten einschränkt (Tabus, Denkverbote, Dogmen, Richtig-/Falsch-Bewertungen), steht system-

ischem Arbeiten entgegen. «Alle Therapie versucht im weitesten Sinne, die Beschreibungen zu verändern, über die Wirklichkeit erfahren wird. Therapie ist in meinen Augen ein gemeinsames Ringen um Wirklichkeitsdefinitionen.»⁷

- **Hypothesenbildung:** Es gilt nicht «die eine richtige» Hypothese zu finden, sondern eine Vielfalt von Perspektiven und Möglichkeiten zu entwickeln. Solche Hypothesen haben eine Anregungsfunktion.
- **Zirkularität:** Zirkuläres Denken ist der Versuch, das Verhalten der Elemente eines Systems als Regelkreis zu beschreiben, so dass die Eingebundenheit dieses Verhaltens in einen Kreislaufprozess sichtbar wird. In der Praxis entstehen zirkuläre Hypothesen, indem zunehmend einzelne Ursache-Wirkungs-Hypothesen zusammengefügt werden: Die Frau nörgelt immer, weil ihr Mann zuviel trinkt; der Mann trinkt zuviel, weil die Frau immer nörgelt.⁸
- **Neutralität:** Die Beratungsperson ist neutral gegenüber Problemen/Symptomen, gegenüber Ideen und gegenüber Personen⁹. Dabei geht es nicht darum, keine eigene Meinung zu haben, sondern lediglich, diese nicht in einer doktrinären Form einzubringen.
- **Neugier:** Die Idee der Neugier ist eng mit den bisher genannten Punkten verbunden: Man gibt nicht vor zu wissen, was für das beratene System das Beste (die «richtige» Unterscheidung) sei, sondern interessiert sich dafür, wie das System bestimmte Situationen handhabt – immer davon ausgehend, dass der eigentliche Experte der Beratene selbst ist und nicht die Beratungsperson. «Systemische Neugier interessiert sich für die jedem System immanente Eigenlogik, die als weder gut noch schlecht, sondern schlicht als wirksam angesehen wird, weil sie sich für dieses System offensichtlich evolutionär bewährt hat. Wenn wir nicht zu wissen meinen, was für ein System gut oder schlecht ist, steht Neugier auch zu sozialer Kontrolle im Gegensatz.»
- **Respektlosigkeit gegenüber Ideen:** Keine Idee und damit auch keine Theorie soll als absolut angesehen werden. So soll etwa die systemtheoretische Überlegung, dass kei-

ne kausalen Interventionen möglich sind, Beratungspersonen nicht davon abhalten, in bestimmten Situationen instruktiv aufzutreten¹⁰. Man solle der Theorie nicht glauben, sondern sie anwenden.

- **Beratung als Irritation und Anregung:** Es ist immer das KlientInnen-System, welches entscheidet, ob und durch welchen Interventionsversuch es sich irritieren, zu einer Entwicklung anregen lässt und wie diese Entwicklung aussieht.
- **Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung:** *«Zentral ist die Annahme, dass jedes System bereits über alle Ressourcen verfügt, die es zur Lösung seiner Probleme benötigt – es nutzt sie nur derzeit nicht. Um die Ressourcen aufzufinden, braucht man sich nicht mit dem Problem zu beschäftigen, der Fokus liegt von vornherein auf der Konstruktion von Lösungen.»*¹¹

Die unterschiedlichen Realitätskonstruktionen

Neben diesen Schlussfolgerungen aus der therapeutischen Praxis gilt es einen theoretischen Aspekt zu erwähnen, der in diesen Folgerungen angedeutet, aber nicht ausformuliert ist: die Trennung der unterschiedlichen Systemebenen. Ein zentrales Element von Luhmanns Systemtheorie liegt in der konsequenten analytischen Trennung von psychischen, biologischen und sozialen Systemen. In Bezug auf die Verständigung von Menschen untereinander heisst das, dass gesprochene Sätze über Schallwellen ins Gehör übertragen und dort in Nervenreize umgewandelt werden. Diese Nervenreize gelangen ins Gehirn, wo sie innerhalb von neuronalen Netzwerken in Bezug zu bisherigen Erfahrungen (Wissen) gesetzt werden. Die daraus resultierenden elektrischen Impulse werden vom psychischen System – der Einheit von Unbewusstem und Bewusstsein – wahrgenommen und so «gefiltert», dass nur ein Bruchteil dieser immensen Datenmenge als Gedanken im Bewusstsein erscheint. Auch wenn man zur Vereinfachung die biologische Systemebene ausser Acht lässt, kann man nicht ignorieren, dass jedes dieser Systeme nach seinen eigenen Strukturen operiert und seine eigene «Realität» konstruiert (siehe Kasten).

Für die Beratungsperson heisst das, dass sie weder ins Bewusstsein der beratenen Individuen noch in beratene soziale Systeme wie eine Familie oder eine Schule hineinschauen oder gar – kommunizieren kann. Beratung ist immer nur über die Ausdifferenzierung eines eigenständigen Kommunikationssystems, eines Beratungssystems möglich, in dessen Rahmen die unterschiedlichen Perspektiven ausgetauscht werden und welches für die Beratenen für die Zeit der Beratung zu einer relevanten Umwelt wird. Niemand garantiert der Organisationsberaterin, dass die einzelnen Firmenmitglieder, die zu den besprochenen Massnahmen noch eifrig Zustimmung signalisiert haben, die konkrete Umsetzung der Massnahmen dann wirklich auch an die Hand nehmen. Die Gedanken im Bewusstsein dieser Menschen, mögen einiger-

massen mit dem Kommunizierten übereinstimmen, sie müssen aber nicht.

Unterschiede zwischen behandelnder und präventiver Beratung

Beratung scheint angesichts der hochkomplexen Verhältnisse, denen sie ausgesetzt ist, generell ein schwieriges Unterfangen. Wo aber liegen nun die Unterschiede zwischen behandelnder und präventiver Beratung? Auch wenn die oben erwähnten Aspekte systemischer Beratung auf alle Beratungsformen zutreffen, so muss es doch Unterschiede zwischen einer Suchttherapie und Suchtprävention geben!

Weiter oben wurde erwähnt, dass jede Behandlung auch präventive Aspekte beinhaltet, es sich beim Verhältnis von präventiver und behandelnder Bera-

REALITÄTSKONSTRUKTIONEN IN DER BERATUNG

Am Beispiel eines Beratungsgesprächs zwischen einem Patienten und einer Psychotherapeutin lässt sich dokumentieren, auf wie vielen Ebenen eine «Wirklichkeit» konstruiert wird und wie schwierig es unter diesen Bedingungen ist, eine Intervention als «kausal» plausibel zu machen.

Die Problemformulierung eines Patienten in einem Beratungsgespräch führt zu drei Konstruktionen, welche einen Zustand festschreiben: Die soziale Konstruktion (die Aussage), die Konstruktion im Bewusstsein des Patienten und jene im Bewusstsein der Therapeutin. Wenn die Aussage gemacht (und damit gleich wieder verschwunden) ist, vergleicht der Patient das Gesagte mit dem Gedachten. Er fragt sich, ob er in Worte fassen konnte, was ihn beschäftigt und – da er in einem Statement nicht alles sagen konnte – ob er die richtigen Details weggelassen und das Notwendige gesagt hat. Die Therapeutin versucht sich anhand der Aussage ein Bild über den Patienten zu machen, fragt sich, was sie falsch verstanden oder was ihr der Patient verschwiegen haben könnte. Anhand der Fragen, welche die Therapeutin stellt, gewinnt der Patient eine Vorstellung davon, was die Therapeutin aus dem Gesagten gefolgert hat¹³.

Jede einzelne dieser drei parallel laufenden Konstruktionsebenen schreibt also Zustände fest, die durch weitere Konstruktionen abgelöst werden. In andern Worten: zwei für sich geschlossene psychische Systeme versuchen über Kommunikation eine Vorstellung von dem zu erhalten, was im jeweils andern Bewusstsein vorgeht. Beobachtbar ist nur die Kommunikation, und die geht – beeinflusst durch die beiden Bewusstseine¹⁴ – ihre eigenen Wege. Die beiden psychischen Systeme versuchen, auf Grund ihrer Beobachtungen der Kommunikation (respektive der kommunikativen Handlungen), diese zu korrigieren oder voranzutreiben, so dass am Ende der ersten Sitzung (vielleicht) so etwas zustande kommt wie eine «Problemdefinition» – eine Festschreibung des Patientenzustandes, die von beiden, dem Patienten und der Therapeutin, einigermassen geteilt wird. Diese Konstruktion hat ihre eigenen Zeithorizonte – vor der Beratung sah die Welt für beide Beteiligten noch anders aus –, und sie umfasst Zeitmarkierungen in Bezug auf das Problem selbst¹⁵.

Nach einer unbestimmten Anzahl von Sitzungen markieren Therapeutin und Patient das Ende dieses Kommunikationsprozesses, indem sie wieder versuchen, eine gemeinsame Vorstellung vom Zustand des Patienten zu entwickeln, wobei dieser Zustand in Differenz gesetzt wird zur Problemdefinition zu Beginn der Therapie. Wird der Zustand von beiden als «besser» beurteilt, so wird die Therapie als erfolgreich eingeschätzt, ist er scheinbar «gleich» geblieben, so wird die Therapie «mangels Perspektiven» abgebrochen¹⁶.

tung also um ein Kontinuum handelt. Damit die Begriffe Prävention und Behandlung Unterscheidungskraft bekommen, soll in diesem Kontinuum eine Grenze gesetzt werden, an der die beiden Beratungsformen unterschieden werden können. Diese Grenze ist das manifeste Vorhandensein resp. das Nicht-Vorhandensein der als unerwünscht definierten Verhaltensweisen und Zustände.

Für die Prävention heisst das, dass sie sich nicht wie die Behandlung an konkrete Menschen mit einem konkreten Problem richtet, sondern an nicht genauer bestimmte Menschen, die dieses Problem einmal bekommen könnten. Prävention kann sich demnach nicht wie die Therapie auf eine Problemerkählung stützen, auf der sie ihre Beratung aufbauen kann. Mehr noch: Prävention arbeitet in weitgehender Unkenntnis der Personen, die sie berät. Allenfalls kann sie sich auf gewisse generalisierbare Merkmale abstützen, die auf eine bestimmte Zielgruppe zutreffen, doch ob und in welchem Masse diese Merkmale auf die einzelnen Menschen zutreffen, das kann sie nicht wissen.

Interaktion, Langfristigkeit, Arbeit an den Strukturen

Die Prävention hat sich insofern auf diese Situation eingestellt, als sie immer weniger in Kampagnenform und mehr in Interaktionsform auftritt. Die Interaktion erlaubt es der Beratungsperson, sich ein Bild der Personen zu verschaffen, die sie berät. Natürlich spielt es eine entscheidende Rolle, wie intensiv und langfristig die Interaktionssituation ist. Die Langfristigkeit ist aus theoretischer Sicht nicht nur von Vorteil, weil sie ein besseres Kennenlernen ermöglicht; es ist generell davon auszugehen, dass wiederholte Interventionsversuche eine grössere Chance haben, beim beratenen System die gewünschten Veränderungsprozesse in Gang zu setzen als einmalige. Da Präventionskampagnen etwa zur Sensibilisierung der Bevölkerung durchaus Sinn machen können in der Regel aber nicht über die gleichen finanziellen Ressourcen verfügen wie etwa die Tabak- oder die Alkoholwerbung, ist die Prävention darauf angewiesen, diese Langfristigkeit der Interventionen auf einem andern Weg zu erreichen.

Die bedeutendste methodische Innovation der neueren Prävention zur Erreichung dieser Langfristigkeit wird mit Begriffen wie «Verhältnisprävention» oder «setting-orientierte Prävention» umschrieben. Der zentrale Gedanke hinter diesen Konzepten ist, dass es nicht in erster Linie darum geht, die Individuen direkt mit präventiven Botschaften zu erreichen, um die erwünschten Veränderungen zu bewirken; vielmehr sollen die Systeme in der Umwelt der Individuen – die Schule, die Familie, die Firma – zu Veränderungen angeregt werden. Diese Systeme sollen eine Lebenswelt darstellen, welche die Individuen dabei unterstützt, die zu verhindernden Probleme nicht zu entwickeln – etwa indem sie Ressourcen wie Konfliktfähigkeit, Nein-Sagen-Können oder Kreativität fördert.

Nicht dass die Vorteile der setting-orientierten Prävention einfach zu erreichen wären: Will ein Präventionsprojekt in einem sozialen System wie einer Schule¹⁷ oder einer Firma wirklich umfassende und vor allem nachhaltige Strukturveränderungen erreichen, so ist das nur im Rahmen einer eigentlichen Organisationsentwicklung möglich, die über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird. Sich selbst organisierende Systeme zu Veränderungen anzuregen, braucht viel Zeit, kommunikatives Geschick und eine Sensibilität der Beratungsperson für den richtigen Zeitpunkt ihrer Interventionsversuche. Wenn man die präventiven Botschaften – z.B. mit einer Kampagne, aber auch mit einem Suchttheater – verbreitet, erreicht man zwar in einem kürzeren Zeitraum sehr viel mehr Menschen, man hat aber kaum Möglichkeiten, die Botschaften den individuellen Bedürfnissen und Zeitstrukturen anzupassen, da ja in der Regel auch keine Rückkopplungsmöglichkeit besteht.

Definition von Zwischenproblemen

Wie bei der behandelnden Beratung geht es auch bei der Prävention um die Aktivierung und/oder Begleitung eines Veränderungsprozesses, nur die Ausgangslage ist eine andere: Während eine Therapeutin ihre Arbeit in einer Situation aufnimmt, die vom Patienten verändert werden will, liegt bei der

Prävention das Problem nicht in der Gegenwart, sondern in der Zukunft. Die problemfreie Gegenwart soll also so verändert werden, dass die problembehaftete Zukunft unwahrscheinlicher wird.¹⁸

Die Prävention¹⁹ behilft sich in dieser paradox anmutenden Situation, indem sie Zwischenprobleme definiert, die sie im Hinblick auf die zu verhindernden Hauptprobleme (die ja selber nicht manifest sind) behandeln (sic!) kann. Diese Zwischenprobleme entsprechen den Faktoren, welche das Auftreten der zu verhindernden Probleme eher wahrscheinlich resp. unwahrscheinlich machen. Die einen Faktoren (die Risikofaktoren) versucht man dann im Laufe der präventiven Beratung zu reduzieren, die andern (im gängigen Sprachgebrauch: die Ressourcen) versucht man zu stärken. Eine beratene Schule hat dann «unklare Kommunikationsstrukturen», ermöglicht «zu wenig Konfliktfähigkeit», hat «zu viele Kinder in den Klassen» oder einen «abweisenden Schulhof»; das Individuum ist «ungenügend informiert», kann «zu wenig Nein sagen», spielt «zu viel Game Boy», «kann nicht über Gefühle reden» etc. Damit werden – aufgrund mehr oder weniger gestützter Beobachtungen – Zustände formuliert, die durch die präventive Beratung in Bezug auf die zu verhindernden «Hauptprobleme» gefördert resp. verringert werden sollen. Diese Hauptprobleme treten, ausser in der «reinen» Informations- und Abschreckungsprävention, in den Hintergrund. Sie motivieren das System dazu, sich aktiv auf Problemverhinderung/Gesundheitsförderung einzulassen, und sie veranlassen andere Systeme (etwa: Geldgeber), das veränderungsbereite System zu unterstützen.

Abschliessende Bemerkungen

Fasst man diese Ausführungen zusammen, so kann man feststellen, dass die Prävention sowohl von der Form (Beratung) als auch von der Funktion (Risikobewältigung) in unsere moderne «Beratungs-» und/oder «Risikowahrnehmungsgesellschaft» passt. Was die Prävention von andern Beratungsformen unterscheidet, ist ihre komplexe Beobachtung der Zeithorizonte. Die Probleme, die sie verhindern will, liegen in der Zukunft und entziehen sich

– da die Zukunft nicht erreichbar ist – jeglicher Behandlung. Die präventive Beratung löst dieses Problem, indem sie andere Probleme definiert – Zwischenprobleme, von denen sie vermutet, dass sie das Auftreten der zu verhindernden «Hauptprobleme» wahrscheinlicher machen.

Der Umstand, dass die eigentlichen Probleme (etwa durch ihre Präsenz im öffentlichen Bewusstsein) zwar gegenwärtig sind, in Bezug auf zu beratenden Individuen und sozialen Systeme aber in der Zukunft liegen, bedingt, dass sich die Prävention nicht auf eine Problemgeschichte oder Faktoren wie Leidensdruck stützen kann wie eine therapeutische Beratung. Dies hat weitreichende Auswirkungen auf das Beratungssetting, aber auch auf begleitende Massnahmen wie z.B. die Erfolgsevaluation.

Wenn man die Professionalisierungsbemühungen von (behandelnden) Beratungsformen wie der Psychotherapie oder der Organisationsentwicklung anschaut, so wird offensichtlich, dass die Profession «Prävention» im Vergleich noch in den Kinderschuhen steckt und dass es Bemühungen auf vielen unterschiedlichen Ebenen braucht, um den Professionalisierungsstand der Prävention der Bedeutung anzupassen, den sie in der Gesellschaft genießt. ■

Literatur:

- **Fuchs, Peter; Pankoke, Eckart, 1994:** Beratungsgesellschaft. Schwerte
- **Fuchs, Peter, 1999:** Intervention und Erfahrung. Frankfurt am Main
- **Fuchs, Peter; Mahler, Enrico, 2000:** Form und Funktion von Beratung. In: Soziale Systeme 6 (2000) H. 2
- **Hafen, Martin, 1999:** Könnte «Schulteam» zum Leitbild für Präventionsarbeit werden? In: SuchtMagazin 6/99: 3-11
- **Hafen, Martin, 2001a:** Die Begrifflichkeit im Präventionsbereich – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten 1/01
- **Hafen, Martin, 2001b:** Prävention als Begleitung von Veränderungsprozessen. In: SuchtReport 6/01: 29-36
- **Luhmann, Niklas, 1994 (1984):** Soziale Systeme – Grundriss einer allgemeinen Theorie. 5. Aufl. Frankfurt am Main
- **Luhmann, Niklas; Von Foerster, Heinz; Schmid, Bernd; Stierlin, Helm; Weber, Gunthard, 1998:** Diskussion eines Fallbeispiels. In: Simon, Fritz B. (Hrsg.), 1998: Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. 2. Auflage. Frankfurt am Main: 110-125

- **Von Schlippe, Arist; Schweitzer, Jochen, 1997:** Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 4. Auflage. Göttingen
- **Zwingmann, Elke; Emlein, Günther; Schwertl, Walter; Staubach Maria L., 1998:** Management von Dissens: Die Kunst systemischer Beratung von Organisationen. Frankfurt am Main, New York

Fussnoten

- ¹ Vgl. dazu Fuchs, Pankoke, 1994
- ² Vergleiche zu diesen Ausführungen: Fuchs/Mahler, 2000: 1
- ³ Ich habe in der vorherigen Folge dieser Rubrik dahingehend argumentiert, dass zumindest im deutschen Sprachraum zwischen Projekten der Prävention und jenen der Gesundheitsförderung kein Unterschied besteht, ausser dass die Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Gesundheit argumentiert (ohne die andere Seite – die Krankheit, die Stressoren, die Probleme – je aus den Augen lassen zu können) und die Prävention aus der Perspektive der zu verhindernden Verhaltensweisen und Zustände. Vom Methodischen her sind die beiden Disziplinen heute kaum zu unterscheiden: So wie die Gesundheitsförderung nicht auf Informationsvermittlung (und bisweilen sogar Abschreckung) verzichten kann, so orientieren sie praktisch alle grosse Präventionsprojekte an den Maximen der Ressourcenförderung, der Partizipation und der Arbeit an Strukturen. Ich habe an der gleichen Stelle vorgeschlagen, den Begriff der Gesundheitsförderung im Sinne des Englischen «health policy» für Tätigkeiten auf der Ebene einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zu verwenden und für die hier zu Diskussion stehenden Massnahmen – die Projekte, Kampagnen und Events – den Begriff der Prävention zu verwenden. Vgl. dazu Hafen, 2001a
- ⁴ Zum Konzept der Autopoiesis, welches aus der Zellforschung übernommen und auf soziale Prozesse angepasst wurde, siehe u.a. Luhmann: 1994 (1984): Soziale Systeme. Frankfurt. 60ff.
- ⁵ Es ist entscheidend, wie gross die Zahl dieser Einflüsse ist. Die Aidsprävention verdankt ihre Erfolg zu einem grossen Teil dem Umstand, dass die Befolgung von zwei konkreten Handlungsanweisungen (kein Spritzentausch und kein ungeschützter Geschlechtsverkehr) eine massive Reduktion der Neuinfektionen gibt. Bei hochkomplexen Phänomenen wie Sucht, ist die Zahl der möglichen Einflussfaktoren sehr viel höher.
- ⁶ 1997: 116ff.
- ⁷ Eine Aussage von Arist von Schlippe von 1995, zit. in von Schlippe/Schweitzer, 1997: 116
- ⁸ Hier schliesst die «typisch systemische» Technik des zirkulären Fragens an. Die Therapeutin kann die Frau etwa fragen: Was denken Sie, denkt ihr Mann, was sie von ihm halten? Im Hinblick auf die Theorie geht es bei einer solchen Fragetechnik darum, den Beratern vor Augen zu führen, dass auch andere Perspektiven als die eigene möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich sind. Solche zirkulären Fragestellungen sind natürlich nicht nur in Gruppentherapien, sondern auch in Einzeltherapien möglich.
- ⁹ Das ist vor allem für die Gruppentherapie von Bedeutung (und demnach für die sozialsystemorientierte Prävention).
- ¹⁰ Nach Luhmann (1998: 123) ist kausale Intervention sehr wohl «möglich» – aber immer nur als Konstruktion, als nachträgliche Zurechnung. Nach theoretischen Überlegungen spricht gegen eine Annahme von «reiner» Kausalität, dass sich strukturell gekoppelte psychische und soziale Systeme in einem Zustand der Gleichzeitigkeit befinden, in dem sie sich gegenseitig irritieren. Das

Gesagte wird zur gleichen Zeit «gehört», wobei die bewusstseinmässige Wahrnehmung, die Gedanken, erst noch nach einer Zeitverzögerung erfolgen. Die Systeme ordnen sich in diesem Prozess von Moment zu Moment neu – auf der Ebene der psychischen und sozialen Strukturen, wie auch auf der Ebene der neuronalen Netzwerke. Der Gedanke der Kausalität muss bei diesen hyperkomplexen, nicht-beobachtbaren Verhältnissen eine extreme Verkürzung darstellen. Aber das heisst gerade nicht, dass diese Verkürzung, diese Konstruktion im Alltag der Menschen nicht funktionieren kann. Das kann auch die theoretisch geschulte Therapeutin nutzen, denn auch sie berät nicht unter theoretischen, sondern unter ontologischen Verhältnissen.

- ¹¹ Von Schlippe/Schweitzer, 1997: 124. Man könnte es auch so formulieren: Das, was als Problem wahrgenommen wird, ist für das beratene System (mindestens für das Unbewusste in ihm) ebenfalls eine Lösung. Im Beratungssystem soll nun versucht werden, funktional äquivalente Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln – solche, die vom Bewusstsein des Beratenen und von seiner Umwelt als weniger schädlich beurteilt werden. Das Prinzip der Lösungsorientierung ist nach Von Schlippe/Schweitzer von der Gruppe um Steve de Shazer und Insoo Kim Berg entwickelt worden; ihre «lösungsorientierte Kurzzeittherapie» ist in der Suchtarbeit recht populär.
- ¹² Ein Entscheid, der schon bei der Arbeit mit SuchtpatientInnen kaum mehr aufrecht erhalten werden kann, da die psychotropen Substanzen die operativen Prozesse enorm beeinflussen und nachhaltige Veränderung auf Strukturebene mit sich bringen.
- ¹³ Eine treffende Umschreibung des Umstandes, dass im Kommunikationsprozess nicht ein Sender eine Information auf einen Empfänger überträgt, liefert der Kybernetiker Norbert Wiener (zit. in Zwingmann et. al., 1998: 64): «Was ich gesagt habe, weiss ich erst, ... wenn ich die Antwort darauf kenne.»
- ¹⁴ Ein weiterer Beeinflussungsfaktor ist die sonstige (physische) Umwelt: etwa den Strassenlärm, der durch das offene Fenster dringt oder das Telefon, das klingelt.
- ¹⁵ Diese Markierungen erfolgen etwa durch Beantwortung der Frage, wann sich das Problem zum ersten Mal manifestiert und wann es sich verschlimmert hat.
- ¹⁶ Unnötig zu sagen, dass sich die jeweiligen Begründungen für ein Scheitern der Therapie nicht entsprechen müssen, ja dass sie vielleicht nicht einmal kommuniziert werden. Die Therapeutin mag den Klienten als «therapieresistent» oder sich als «Versagerin» einschätzen; der Klient wiederum die Therapeutin als «ungeeignet» oder sich als «hoffnungslosen Fall». Das Gleiche gilt natürlich auch beim erfolgreichen Abschluss der Therapie: Beide Seiten machen ihre je eigenen Erfolgzuschreibungen und kommunizieren diese vielleicht als Lob, wenn der Erfolg der andern Seite zugerechnet wird.
- ¹⁷ Am Schweizer Projekt «Schulteam» lässt sich einfach aufzeigen, mit welchem enormem Aufwand diese Präventionsform verbunden ist. Vgl. dazu Hafen 1999
- ¹⁸ Vgl. zu diesem Abschnitt Hafen, 2001b
- ¹⁹ Auch hier ist die Gesundheitsförderung in die Analyse miteinbezogen. Wenn sie auch zu einem Teil verhindern kann, ihre Massnahmen explizit auf die im Hintergrund mitlaufenden Probleme (wie Sucht) zu beziehen, so kann sie nicht darauf verzichten, Defizite zu formulieren, die sie behandeln kann. Nicht einmal die Methode der Ressourcenförderung (die ja auch in der Prävention breite Anwendung findet) kann davon ausgenommen werden. Die Tatsache, dass man Ressourcen fördert, impliziert ja, dass man «zu wenig» davon hat (vgl. dazu