

Soziale Arbeit September 2005 54. Jahrgang

- Dr. Istifan Maroon** ist Dipl.-Sozialarbeiter und Supervisor und lehrt an der Haifa University, Faculty of Education, Haifa 31905, Israel
E-Mail: istifan@construct.haifa.ac.il
- Dr. Oldrich Matousek** ist Psychologe und Dekan des Fachbereichs Sozialarbeit der Charles University, U Krize 8, 15800 Prag, Tschechien
E-Mail: oldrich.matousek@ff.cuni.cz
- Professor Dr. Eric Mührel** ist Philosoph und Dipl.-Sozialarbeiter. Er lehrt Sozialarbeitswissenschaften und Sozialpädagogik an der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven – Standort Emden, Constantiaplatz 4, 26723 Emden
E-Mail: muehrel@fho-emden.de
- Martina Carl** ist Dipl.-Sozialpädagogin und arbeitet zurzeit im Gartenbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen in der Bildungsstätte Sommeri am Bodensee/Schweiz. Privatanschrift: Stocken 575, CH-9315 Neukirch, E-Mail: macarl@gmx.net
- Martin Hafen** ist Sozialarbeiter und Soziologe und Dozent an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstr. 1, CH-6002 Luzern
E-Mail: mhafen@hsa.fhz.ch
- Julia Levit** ist Dipl.-Sozialpädagogin im Krankenhaussozialdienst des Klinikum Nord, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
- Gottlieb Krune** ist Vorsitzender des Vereins der Deutschen aus Russland e.V., Von-Scheliha-Str. 16, 21035 Hamburg
- Manfred Voepel** ist Dipl.-Pädagoge und Leiter des Sozialpädagogischen Fachdienstes im Klinikum Nord, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
E-Mail: Manfred.Voepel@k-nord.lbk-hh.de
- Working with multiproblem families** 322
Social work theory and practice
Istifan Maroon, Haifa;
Oldrich Matousek, Prag
- DZI-Kolumne** 323
- Benötigt Soziale Arbeit eine Berufsethik?** 329
Eine einführende Reflexion in eine komplexe Thematik
Eric Mührel, Emden
- Landwirtschaft als Beschäftigungsfeld für Menschen mit Behinderung** 331
Martina Carl, Neukirch
- Sekundärprävention als Früherkennung** 337
Eine Chance für Prävention und Behandlung
Martin Hafen, Luzern
- Deutsch für Patienten mit Migrationshintergrund** 343
Ein Modellprojekt in einem psychiatrischen Krankenhaus
Julia Levit; Gottlieb Krune; Manfred Voepel, Hamburg
- Rundschau Allgemeines** 347
Soziales 347
Gesundheit 348
Jugend und Familie 349
Ausbildung und Beruf 350
- Tagungskalender** 351
- Bibliographie Zeitschriften** 352
- Verlagsbesprechungen** 356
- Impressum** 360

dzi

Eigenverlag
Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen

und der Erfüllung eigener Aufgaben verhelfen. Die Möglichkeiten sinnvoller und vielfältiger Beschäftigung sowie die körperliche Betätigung fördern sowohl geistige als auch motorische Fähigkeiten der Betreuten. Die Eignung landwirtschaftlicher Arbeiten für Menschen mit Behinderung wird außerdem durch den offensichtlichen Nutzen der eigenen Arbeit beim Umgang mit Tieren und Pflanzen sowie der Erzeugung gesunder Lebensmittel bestätigt.

Anmerkung

1 Die vollständige Diplomarbeit kann bei der Autorin für zehn Euro bestellt werden.

Literatur

Aernout, J.R.: Arbeitstherapie – Eine praxisorientierte Einführung. Weinheim/Basel 1992

AGÖL, Arbeitsgemeinschaft Ökologischer Landbau (Hrsg.): Leitfaden Ökologischer Landbau in Werkstätten für Behinderte. Frankfurt am Main 2000

AGÖL, Arbeitsgemeinschaft Ökologischer Landbau und Evangelische Landjugendakademie Altenkirchen (Hrsg.): Land- und Gartenbau mit Behinderten. Stiftung Ökologie und Landbau (SÖL). Bad Dürkheim 1994

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.: WfB Handbuch. 10. Auflage. Marburg 2002

Greiffenhagen, S.: Tiere als Therapie – Neue Wege in Erziehung und Heilung. München 1991

Hermanowski, R.: Ökologischer Land- und Gartenbau mit Behinderten. Schrift Nr. 350 des Kuratoriums für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft e.V. Darmstadt 1992

Hensle, U.; Vernooij, M.: Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen. 6. Auflage. Wiebelsheim 2000

Otterstedt, C.: Tiere als therapeutische Begleiter – Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung. Stuttgart 2001

Sonntag, S.: Arbeit und Persönlichkeitsentwicklung bei geistig und psychisch Behinderten – Eine empirische Untersuchung zur Arbeitssituation in Werkstätten für Behinderte. Europäische Hochschulschriften Band 345. Frankfurt am Main 1991

Sekundärprävention als Früherkennung

Eine Chance für Prävention und Behandlung

Martin Hafen

Zusammenfassung

Angesichts der großen Zahl von Ursachen, bei denen die Prävention zur Verhinderung eines Problems ansetzen kann, und der beschränkten Mittel, die ihr dafür zur Verfügung stehen, stellt sich die Frage nach Maßnahmen, die näher bei der Behandlung angesiedelt sind. Die Einrichtung von Früherkennungsstrukturen in einer Organisation bietet einen solchen Ansatz. Mit Sekundärprävention in der Form von Früherkennung wird es möglich, bereits Anzeichen von Problemen zu erkennen und frühzeitig behandelnd einzugreifen. Das geschieht sowohl im Sinne der Behandlung, die früher einsetzen kann, als auch im Sinne der Prävention, da die Verfestigung der Probleme verhindert wird.

Abstract

The large number of reasons which may be addressed by prevention measures in order to avoid a problem and the limited means that are available for the prevention raise the question about measures which are closer related to treating the problem. Establishing structures within an organisation which are directed to early recognition provides such an approach. Secondary prevention as a form of early recognition makes it already possible to realise signs of problems and to intervene with treatment measures at an early stage. This applies to the treatment which may be initiated earlier as well as to the prevention as a consolidation of problems can be avoided.¹

Schlüsselwörter

Prävention - Früherkennung - Methode - Sekundärprävention

Einleitung

„Anna ist tot.“ – Die Nachricht über den Selbstmord der 17-Jährigen löste im Wirtschaftsgymnasium der mittelgroßen Bezirksstadt einen Schock aus. Wie konnte das nur geschehen? Sie war doch eine so interessierte junge Frau, die mit allen gut auskam und maßgeblich zum guten Klima beitrug, das in ihrer Klasse herrschte. In den Wochen der Trauer und des Abschieds kamen erste Zweifel auf, ob Annas Selbsttötung wirklich so überraschend war. Mehrere Lehrpersonen erinnerten sich, dass Anna in den letzten Monaten stiller war als früher. Ihre Zensuren verschlechterten sich in diesem Zeitraum nicht merk-

lich; dafür nahm ihr Engagement im Unterricht deutlich ab. Auf die Frage ihrer Klassenlehrerin, wie es ihr gehe, hatte Anna einmal mit „gut“ geantwortet, obschon sie offensichtlich bedrückt wirkte. Die Lehrerin fragte nicht weiter nach und bedauert das heute genauso wie Annas Freundinnen Carla und Zoe. Auch sie hatten bei Anna eine Veränderung wahrgenommen, sie zurückhaltend, ja beinahe distanziert erlebt. Angesichts des zunehmenden Schulstresses und der übermächtigen Präsenz von Zoes frischer Liebesbeziehung hatten sie Annas Befinden aber kaum Beachtung geschenkt und sie auch nicht darauf angesprochen.

Früherkennung als Aspekt der Sekundärprävention

Verlassen wir dieses fiktive und doch alltägliche Beispiel und wenden uns der zentralen Frage zu, die sich daraus ergibt: Wie kann man in einem sozialen System wie einer Schule oder einem Betrieb erreichen, dass Probleme nicht nur früher erkannt werden, sondern dass auch etwas unternommen wird, um eine Eskalation zu vermeiden? Diese beiden Aspekte von Früherkennung und Frühbehandlung sind das zentrale Merkmal von *Caplans* Definition der Sekundärprävention: „A reduction in prevalence can occur in two ways: either the rate of new cases can be lowered by altering the factors which led to the disorder... or the rate of old cases can be lowered by shortening the duration of existing cases through early diagnosis and effective treatment. It is customary to restrict the discussion of secondary prevention to the latter, with the realization that the secondary prevention also includes primary prevention“ (*Caplan* 1964, S.89)

In dieser Zitatstelle nicht explizit erwähnt ist der zweite Aspekt der *Caplanschen* Definition von „Sekundärprävention“, der Risikogruppenaspekt. Wie an anderer Stelle (*Hafen* 2001, 2003, 2004) dargelegt, verstehen wir diesen Aspekt als ein Zielgruppenmerkmal der Prävention neben anderen. Der Hauptgrund für diese präventionstheoretische Entscheidung liegt im Umstand, dass eine „Risikogruppe“ eine statistische Größe darstellt, die keinerlei Kenntnisse darüber vermittelt, wer genau von den Zielpersonen das zu verhindernde Problem entwickeln wird und wer nicht. In der Praxis ist es oft so, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Problems bei der Risikogruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nur verhältnismäßig wenig erhöht ist und dass die überwiegende Zahl der Mitglieder einer Risikogruppe das Problem nie entwickeln wird. So zeigt eine Studie von *Salter* u.a. (2003), dass Männer, die als Kind sexuell missbraucht wurden, zwar

häufiger sexuellen Missbrauch an Kindern begehen als Männer, die keinen Missbrauch erleiden mussten, dass aber nur einer von zehn betroffenen Männern als Erwachsener selbst sexuellen Missbrauch begeht. Das bedeutet, dass neun Zehntel der Risikogruppe das Problem nie entwickeln werden und sich die Risikogruppenprävention wie jede Prävention mit einer unbekanntem Zukunft konfrontiert sieht und sich in der Gegenwart darauf beschränken muss, vermutete Ursachen für das zu verhindernde Problem zu beseitigen.

Das ist kein Votum gegen eine sorgfältige Bestimmung von Risikogruppen, denn eine solche Bestimmung ist ein wichtiger Schritt (neben vielen anderen) auf dem Weg zu einer effizienteren Prävention. Das zentrale Argument liegt vielmehr darin, dass die Früherkennung formal und funktional völlig anders geschaffen ist und demnach im Rahmen der professionellen Bemühungen um die Reduktion von Problemen wie Selbstmord, Sucht, Krankheit, Gewalt etc. eine andere Position einnimmt als die Prävention mit Risikogruppen (vgl. zur folgenden Argumentation auch *Hafen* 2004, Kapitel 5.3.1.2 und 6.4.11).

Die Form der Früherkennung

Folgt man der medizinischen Definition (etwa bei *Bucher; Morabia* 1999, S. 198), dann geht es bei der Früherkennung darum, eine Krankheit in ihrer „asymptomatischen, vorklinischen Phase“ zu diagnostizieren. Früherkennung ist also eine diagnostische Maßnahme, das heißt eine ganz spezifische Beobachtungsform, welche die Personen in ihrem Beobachtungsbereich in solche mit Anzeichen und solche ohne Anzeichen aufteilt (vgl. in Bezug auf das Medizinsystem *Luhmann* 1990). Unterscheidungstheoretisch lässt sich formulieren, dass sich mit der Früherkennung eine Unterscheidung eröffnet, deren eine Seite zu Anschlussoperationen führt (Designationswert), während die andere Seite keine weiteren Anschlüsse zur Folge hat und lediglich dazu dient, dem früherkennenden System die Identifikation von Anzeichen eines Problems zu ermöglichen (Reflexionswert). Auf diese Weise unterscheidet zum Beispiel eine serienmäßig durchgeführte Durchleuchtung der weiblichen Brust (Mammographie-Screening) Frauen, bei denen Unregelmäßigkeiten im Röntgenbild festgestellt werden, von solchen, bei denen kein solcher Befund vorliegt. Bei den ersten schließen weitere Untersuchungen respektive behandelnde Maßnahmen (etwa eine Operation und/oder eine Bestrahlung) an, bei den anderen nicht.

Das Beispiel zeigt, dass die Früherkennung untrennbar mit der (Früh-)Behandlung verbunden ist, denn

wozu sollte man Anzeichen für eine Krankheit (oder ein anderes Problem) früh erkennen, wenn man keine Maßnahmen vorsehen würde, um auf diese Anzeichen zu reagieren. Dieser Behandlungsaspekt macht auch den zentralen Unterschied zur Prävention aus: Durch die Früherkennung werden aus einer Zielgruppe, die in einem unklaren Zusammenhang zum fokussierten Problem (hier: dem Brustkrebs) steht, diejenigen isoliert, bei denen das Problem bereits aufgetreten ist oder ein begründeter Verdacht besteht, dass dieses in absehbarer Zeit geschehen könnte. Maßnahmen der Frühbehandlung richten sich demnach nicht wie präventive Maßnahmen an irgendwelche Personen, die das zur Debatte stehende Problem in der unbeobachtbaren Zukunft einmal bekommen könnten, sondern an Menschen, die zu diesem Problem in einem konkreten Bezug stehen.

Früherkennung in sozialen Systemen

Unsere Formbestimmung der Früherkennung am Beispiel des Mamma-Screenings hat rein exemplarischen Charakter und sagt nichts über den Sinn und die ethische Vertretbarkeit einer solchen Maßnahme aus. Viele Autorinnen und Autoren (wie *Gigerenzer* 2002, S. 96 f.) bestreiten den medizinischen Nutzen von solchen großflächigen Screenings und verweisen auf die negativen Nebenfolgen wie die Generierung unnötiger Angst, die aus den immer wieder vorkommenden Fehldiagnosen entsteht. Wir sparen uns diese (durchaus notwendigen) Effizienz- und Ethikfragen für den Bereich auf, um den es hier zentral geht: die Früherkennung in sozialen Systemen. Hier stehen dafür in der Regel nämlich keine Maschinen wie Röntgenapparate oder Computertomographen zur Verfügung, um ein sich abzeichnendes Problem frühzeitig zu diagnostizieren. Als Ersatz werden für einige Probleme Klassifikationshilfen verwendet, welche eine Diagnose von bestimmten Krankheitsbildern zuverlässiger machen (etwa die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD 10*). Doch auch diese hauptsächlich durch Psychiatrie und Psychologie entwickelten Hilfsmittel stehen nicht im Zentrum unseres Interesses. Vielmehr geht es hier um die Frage, ob und wie Beobachtung in einer Schule, einem Sportverein oder einer Firma so umstrukturiert werden kann, dass es möglich wird, sich abzeichnende Probleme früher zu behandeln.

Das eingangs aufgeführte Beispiel von Annas Selbsttötung gibt Hinweise darauf, wie eine solche Umstrukturierung aussehen könnte (vgl. dazu auch *Hafen* 2004, Kapitel 6.4.11). Hätten die Lehrpersonen und die Mitstudierenden Anna bewusster beobachtet und – vor allem – hätten sie sich untereinander

über diese Beobachtungen ausgetauscht, wäre die Wahrscheinlichkeit erhöht worden, dass jemand eingehender mit Anna gesprochen oder allenfalls ihre Eltern oder Geschwister kontaktiert hätte. Etwas anders formuliert: Mit Früherkennungsmaßnahmen wird angestrebt, die Beobachtung in einem System zu systematisieren, wobei diese Systematisierungsleistung auf drei unterschiedlichen Ebenen anfallen sollen:

- ▲ auf der Ebene der Beobachtung von Anzeichen für bestimmte Probleme,
- ▲ auf der Ebene des Austausches dieser Beobachtungen und
- ▲ auf der Ebene der Einleitung von Maßnahmen der (Früh-)Behandlung.

Auf der ersten Ebene geht es darum, die Beobachtung auf andere personale Aspekte zu legen als nur diejenigen, die für das jeweilige System in Zentrum des Interesses stehen. So sollen Lehrer und Lehrerinnen ihre Schüler und Schülerinnen nicht nur im Hinblick auf gute oder schlechte Zensuren wahrnehmen, Fußballtrainer und -trainerinnen ihre Spieler und Spielerinnen nicht nur im Hinblick auf ihre Leistungen im samstäglichen Ligaspiel und Abteilungsleiterinnen und -leiter ihre Angestellten nicht nur im Hinblick auf die Erfüllung der Planungsziele. Vielmehr geht es darum, den Blick zu erweitern auf Aspekte, welche das allgemeine Wohlbefinden respektive dessen Einschränkung betreffen.

Auf der zweiten Ebene liegt der Fokus auf dem Austausch der gemachten Beobachtungen. Gerade weil die meisten Professionen (wie zum Beispiel die Lehrkräfte) dazu tendieren, ihren Arbeitsbereich gegeneinander abzuschirmen (*Luhmann* 2002, S. 148), ist es notwendig, Vorkehrungen zu treffen, die einen regelmäßigen und verbindlichen Austausch dieser erweiterten Beobachtungen erlauben. Wenn im Fall von Annas Gymnasium ein solcher Austausch im Rahmen der wöchentlichen Lehrteamsitzung vorgesehen gewesen wäre, hätte das die Selbsttötung der jungen Frau nicht zwangsläufig verhindert, aber es hätte die Chance erhöht, dass ein Handlungsbedarf erkannt worden wäre.

Wenn wir auf der dritten Ebene von Frühbehandlung sprechen, dann muss vielleicht angemerkt werden, dass wir von einem sehr abstrakten und damit breit gefassten Behandlungsbegriff ausgehen. „Behandlung“ wird in diesem Zusammenhang als andere Seite der Unterscheidung von „Prävention“ verstanden, wobei mit dem Begriff angezeigt werden soll, dass sich die Maßnahmen auf ein gegenwärtig konkretes Problem (respektive Anzeichen dafür) bei ei-

ner bestimmten Person beziehen und nicht auf ein mögliches Problem bei einer Vielzahl von Personen. Das Spektrum von möglichen Maßnahmen ist dann sehr breit und reicht von einem Erstgespräch der Klassenlehrerin mit Anna über den Kontakt zu Annas Eltern bis hin zur Kontaktierung der Schulpsychologin oder der Einleitung einer therapeutischen Maßnahme. Zentral ist, dass es um Anna geht und dass die Problemanzeichen so lange nachhaltig beobachtet werden, bis klar ist, ob weitere Maßnahmen notwendig sind oder nicht.

Das Früherkennungsprojekt an Annas Gymnasium

Doch schauen wir, wie die Implementierung von Früherkennungsstrukturen an Annas Gymnasium aussehen könnte. Einige Wochen nach der Selbsttötung der jungen Frau wird im Auftrag der Rektorin eine Projektgruppe gebildet. Die Gruppe hat den Auftrag, in der Schule funktionierende Früherkennungsstrukturen einzurichten, welche zur Verhinderung von solchen Tragödien beitragen sollen. Der Gruppe gehören neben der Rektorin fünf Lehrpersonen, die Schulsozialarbeiterin, der Schulhausabwart, ein Vertreter der Schulpflege und – mit beratender Stimme – eine Psychologin aus dem Schulpsychologischen Dienst der Bezirksstadt an. Eine Lehrerin wird als Projektleiterin eingesetzt und eine Steuergruppe sorgt für eine enge strukturelle Kopplung mit der übrigen Schule. In der Folge entwickelt die Projektgruppe eine Reihe von Vorschlägen, die im Laufe des folgenden Jahres umgesetzt werden:

▲ An einer ganztägigen Informationsveranstaltung werden die Lehrkräfte für das Thema Früherkennung sensibilisiert und mit den durchzuführenden Maßnahmen konfrontiert.

▲ Auf Anraten der Psychologin wird der thematische Bezug der Früherkennung nicht eingeschränkt, da die Anzeichen für bestimmte Probleme wie Selbstmord, Suchtmittelmissbrauch, Gewaltanwendung oft kaum zu unterscheiden seien.

▲ Eine Praxisbegleitungsgruppe wird eingerichtet, in welcher die Lehrkräfte, der Schulhausabwart und die Schulsozialarbeiterin zusammen mit der Schulpsychologin alle zwei Wochen Gelegenheit haben, über ihre Beobachtungen von Auffälligkeiten (wie Suchtmittelkonsum, depressive Gemütszustände, Anzeichen für schwere familiäre Probleme etc.) zu sprechen, die nicht ausschließlich mit den Schulleistungen zusammenhängen. Die Teilnahme an der Gruppe ist für die Angestellten Pflicht; der zeitliche Aufwand wird als Arbeitszeit anerkannt.

▲ Neben dem Austausch über die aktuellen Beobachtungen werden in der Gruppe Richtlinien erarbeitet, ob und wie bei bestimmten Problemen oder Problemanzeichen vorzugehen ist. Zudem wird der Kontakt zu Stellen gesucht, welche die Schule gegebenenfalls bei der (Früh-)Behandlung von Problemen unterstützen oder diese Behandlung übernehmen könnten (Jugendberatungsstelle, Sozialdienst, Seelsorge etc.).

▲ Es wird eine Projektuntergruppe eingesetzt, zu der weitere Personen (unter anderem eine Gymnasiastin und ein Gymnasiast) hinzugezogen werden und die darüber berät, welche Maßnahmen durchgeführt werden könnten, um die Schule generell zu einem gesundheits- und lernförderlicheren System zu machen.

▲ Die verschiedenen Entscheidungen bezüglich der geplanten Maßnahmen werden durch Protokolle festgehalten und gegebenenfalls in Pflichtenheften, Leitbildern und ähnlichen Dokumenten festgeschrieben. Insbesondere wird rechtzeitig für eine langfristige Finanzierung gesorgt.

In dieser (idealtypischen) Beschreibung eines Früherkennungsprojektes an einer Schule fehlen die Schwierigkeiten, die bei jedem Projekt zu erwarten sind – etwa der Missmut einzelner Lehrkräfte über die erzwungene Teilnahme an dieser von ihnen als „Psychokränzchen“ bezeichneten Austauschrunde. Dieser Missmut erhöht wiederum die Gefahr, dass vereinzelt Lehrer oder Lehrerinnen zwar nicht offenen Widerstand gegen die verfügbaren Maßnahmen leisten, sie aber im schulischen Alltag nicht umsetzen oder gar aktiv torpedieren, was wieder Fragen der Kontrolle und der Sanktion mit sich bringt.

Projektarbeit als methodischer Ansatz

Das Beispiel zeigt, dass sich die Einrichtung von Früherkennungsstrukturen weder auf das Problem Suizid noch auf den Systemtyp Schule beschränken. So zeigt die Praxis, dass sich mit einer institutionalisierten Früherkennung unterschiedliche Probleme früher erkennen lassen (Hafen 1999) und dass die Maßnahmen in angepasster Form in den unterschiedlichsten Organisationstypen (also zum Beispiel auch in Betrieben und Vereinen) sinnvoll umgesetzt werden können. Am Beispiel von Annas Gymnasium wird auch erkennbar, dass mit dem Begriff „Früherkennung“ zwei unterschiedliche Ebenen bezeichnet werden – zum einen die professionellen Maßnahmen im Kontext des Projektes, welche die Implementierung von Früherkennungsstrukturen in einem sozialen System bezwecken, und zum anderen die operative

Umsetzung der Maßnahmen nach der Implementierung der Strukturen, das heißt die Beobachtung von Anzeichen, ihr Austausch und die Einleitung von Maßnahmen der Frühbehandlung.

Früherkennungsprojekte können wie alle Projekte als zeitlich befristete Einrichtungen verstanden werden, die sich thematisch in der Regel in einem relativ engen Rahmen bewegen. Wie bei Organisationen üblich, stützen sie sich auf ein schriftliches Gedächtnis (Projektbeschreibung, Protokolle, Controlling-Unterlagen, Evaluationsberichte etc.), was eine geordnete (organisierte) Entwicklung erleichtert. Trotzdem können auch Projekte (wie alle Interventionsversuche) nicht direkt in die Systeme ihrer Umwelt eingreifen. Sie bilden lediglich eine (mehr oder weniger relevante) kommunikative Umwelt für diese sich selbst steuernden Systeme. So hat auch das Früherkennungsprojekt an Annas Gymnasium nur einen beschränkten Einfluss darauf, ob die Projektentscheidungen in der Organisation wirklich umgesetzt werden. Mit der Steuergruppe, die das Projekt und das Gymnasium auf der Entscheidungsebene strukturell eng verbindet, wird die Wahrscheinlichkeit einer solchen „Übernahme“ der Projektentscheidungen in die Organisation maßgeblich erhöht.

Dabei ist zu beachten, dass diese Umsetzung der Entscheidungen auf zwei Ebenen erfolgreich sein muss, damit sich die gewünschte Wirkung entfalten kann. Zuerst werden die Anregungen des Projektsystems in organisationsinterne Entscheidungen umgesetzt, das heißt es werden Strukturen geschaffen (Zeit zur Verfügung gestellt, Austauschmöglichkeiten eingerichtet, Netzwerke geknüpft etc.), die dazu beitragen sollen, dass Vorfälle wie Annas Selbsttötung in Zukunft verhindert werden. Auf der zweiten Ebene geht es darum, dass die geplanten Strukturen im schulischen Alltag auch realisiert werden, dass also die Lehrkräfte ihren Beobachtungshorizont wirklich erweitern und die geplanten Sitzungen durchführen. Während der Laufzeit des Projektes ist es einfacher, entsprechende Controlling-Maßnahmen durchzuführen als nach Projektende. Um eine möglichst hohe Nachhaltigkeit der Strukturveränderungen zu garantieren, ist es daher von zentraler Bedeutung, im Verlauf des Projektes dafür zu sorgen, dass die relevanten Entscheidungen nicht nur gefällt, sondern im schriftlichen Organisationsgedächtnis (Protokollen, Stellenbeschreibungen, Leistungsaufträgen, dem Leitbild etc.) auch verankert werden.

Partizipation und die Bedeutung der Rollentransparenz

Bei alledem ist zu beachten, dass bei der Projektar-

beit Veränderungen auf mehreren Ebenen erfolgen: Zum einen verändert sich das Projekt als soziales System laufend; zum andern ergeben sich in den Systemen in der Projektumwelt (im Gymnasium, bei den einzelnen Lehrkräften, bei den Schülern und Schülerinnen, bei deren Familien) unablässig Veränderungen, die sich teilweise aus dem Einfluss des Projektes ergeben, zu einem großen Teil aber auch durch die Veränderung der sonstigen Umweltbedingungen. Diese vielfältigen systemischen Veränderungsprozesse müssen im Projekt laufend mit beobachtet werden, sodass allfällige Anpassungen vorgenommen werden können.

Mit ihrem Organisationscharakter und der Möglichkeit, intern Untersysteme auszudifferenzieren, bietet die Projektmethodik ideale Partizipationsbedingungen. Beim Versuch, die Strukturen – metaphorisch ausgedrückt: die Kultur – einer Organisation zu verändern, muss jederzeit mit Widerständen gerechnet werden. Widerstände sind dabei nicht als etwas „Schlechtes“ einzustufen. Vielmehr sind sie Anzeichen dafür, dass das System Veränderungen realisiert. Widerstände können in diesem Sinn als Systemressourcen gesehen werden, die für einen erfolgreichen Verlauf des Projektes genutzt werden können. Diese positive Nutzung von Widerständen in der zu verändernden Organisation wird vor allem dann möglich, wenn die entscheidenden Personen in das Projekt eingebunden werden. So ist es in unserem Beispiel wichtig, dass nicht nur Lehrpersonen einbezogen werden, die dem Projekt positiv gegenüberstehen und mit Elan mitarbeiten wollen, sondern auch solche, die dem Projekt gegenüber gleichgültig oder ablehnend eingestellt sind. Auf diese Weise werden aktuelle und/oder potenzielle Widerstände „ins“ Projektsystem geholt. Hier können sie einfacher bearbeitet werden als wenn sie sich in der Umwelt des Projektes manifestieren.

Die hoch flexible Partizipationsstruktur, die Projekten eigen ist, bedingt ein hohes Maß an Rollentransparenz. Dabei ist zu beachten, dass in einem Projekt nicht nur zahlreiche Personen mit unterschiedlichen Interessen inkludiert sind, sondern auch viele der beteiligten Personen im Kontext des Projektes unterschiedliche Rollen einnehmen. So amtiert die Schulpsychologin im Projekt als Beraterin und ist gleichzeitig eine der möglichen Kontaktpersonen im Falle einer Frühbehandlung, die als Folge der Früherkennung einsetzt. Auch die Projektleiterin hat als Mitglied der Steuergruppe und als Lehrerin im normalen Schulbetrieb mehrere Rollen inne, die bisweilen zueinander in Konflikt geraten können. Aus diesem Grund lohnt es sich, die Rollen in einem Projekt mög-

lichst klar zu definieren und transparent zu machen. Das ermöglicht allen Beteiligten, deutlichere Erwartungen zu bilden. Dies führt in der Regel nicht dazu, dass Rollenkonflikte ausbleiben; vielmehr sind Konflikte eher zu erahnen oder können in einem früheren Stadium erkannt und bearbeitet werden.

Früherkennung als Kontrolle oder als Unterstützung?

Früherkennungsmaßnahmen im hier skizzierten Sinn werden gerne mit dem Verdacht konfrontiert, dass es nur darum gehe, einen möglichst reibungslosen Betrieb im betreffenden sozialen System (hier: im Gymnasium) zu garantieren. Wir wiederum verstehen Früherkennung in erster Linie als Unterstützungsaufgabe, die das Ziel hat, den Betroffenen in sich abzeichnenden Krisensituationen Beistand anzubieten. Das schließt die Implementierung und Durchsetzung von Regeln im Rahmen eines Früherkennungsprojektes jedoch nicht aus. So zeigt die Praxis, dass die Einhaltung von Regeln im Schulareal (zum Beispiel in Bezug auf Gewaltanwendung oder Suchtmittelkonsum) unabdingbar ist und dass wiederholte Regelverletzungen auch Zeichen von Krisen sein können.

Von der Unterscheidungstheorie her gesehen geht es im Prinzip darum, die Begriffe Unterstützung und Kontrolle nicht als isolierte Begriffe und als Entweder-oder zu sehen, sondern als zwei Seiten *einer* Unterscheidung. Das heißt, dass diese Unterscheidung vor, während und nach dem Projekt laufend neu aktualisiert wird, wobei die primäre Referenz auf der Unterstützung liegt und nicht auf der Kontrolle. Das kann beispielsweise bedeuten, dass bei allen Maßnahmen sorgfältig reflektiert wird, wo die Durchsetzung von Regeln für das Individuum zumindest längerfristig eine unterstützende Funktion erfüllt respektive wo allfällige Sanktionen zusätzlicher Unterstützungsmaßnahmen bedürfen. Natürlich ist der Kontrollverdacht dabei nie ganz zu eliminieren. Aus diesem Grund ist es wichtig, die betreffenden Regelungen möglichst sorgfältig und mit einem Höchstmaß an Partizipation der Betroffenen zu implementieren. Auch hierzu bietet die Projektmethodik ein Instrumentarium, welches im Vergleich zu andern methodischen Zugängen weit entwickelt ist.

Abschließende Bemerkungen

Die Einrichtung von Früherkennungsstrukturen in einer Schule ist mit Sicherheit kein Allheilmittel für die Probleme der Gesellschaft. Da umfassendere gesellschaftliche Veränderungen mit präventiver Wirkung wie zum Beispiel eine Restrukturierung des Schulsystems auf umfassende politische Widerstände

stoßen und kaum finanziert werden können, bieten Früherkennungsprojekte eine Alternative, die mehr Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit ermöglichen als präventive Aktivitäten dies in der Regel erlauben. Den Grund dafür haben wir weiter oben erwähnt: Während die Prävention bei einem zu verhindernen Problem aus zahlreichen Ursachen einzelne ausgewählt, diese Ursachen zu beseitigen versucht und die andern unbeachtet lassen muss, setzt die Früherkennung näher bei der Behandlung und bei betroffenen Einzelpersonen an. Trotz dieser Ausrichtung auf konkrete Individuen bleibt die Früherkennung explizit ein (sozial)strukturorientierter Ansatz, der auf nachhaltige Veränderungen einer Organisation ausgerichtet ist.

Als Schnittstelle zwischen Prävention und Behandlung ist die Früherkennung zudem auf die Bedürfnisse beider Bereiche ausgerichtet. Das prädestiniert sie dazu, die bisweilen große Distanz zwischen den beiden Interventionsbereichen zu reduzieren, ohne jedoch die professionell notwendigen Differenzen außer Acht zu lassen. Die abschließende These wäre, dass auf Verbindlichkeit und Langfristigkeit ausgerichtete Früherkennungsprojekte wie Step-by-Step (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* 1998, *Regensburger-Hasslwanter* 1999) in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden und dass damit dem Image der Beliebigkeit entgegengewirkt werden kann, das der Prävention und der Gesundheitsförderung bisweilen zugeschrieben wird. Damit können Suchtmittelmissbrauch, Gewaltanwendung oder Selbsttötungen wie die von Anna nicht mit Garantie vermieden werden, aber es wird vermehrt möglich sein, solche Eskalationen frühzeitig zu erkennen und damit dazu beizutragen, dass die behandelnden Maßnahmen früher einsetzen und dadurch mehr Wirkung erzeugen.

Anmerkung

1 Übersetzung durch Frau Belinda Dolega-Pappé, Berlin

Literatur

Bucher, Heiner; Morabia, Alfredo: Sekundärprävention: Konzepte und Kriterien. In: Gutzwiller, Felix; Jeanneret, Oliver (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Göttingen/Toronto/Seattle 1999

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): step by step. Suchtvorbeugung in der Schule. Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer zur Suchtprävention. Köln 1998

Caplan, Gerald: Principles of preventive psychiatry. New York/London 1964

Gigerenzer, Gerd: Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Aus dem Amerikanischen von Michael Zilgitt. Berlin 2002

Hafen, Martin: Könnte „Schulteam“ zum Leitbild für Präventionsarbeit werden? In: SuchtMagazin 6/1999, S. 3-11

- Hafen, Martin:** Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: *Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung* 1/2001, S. 33-49
- Hafen, Martin:** Was unterscheidet Prävention von Behandlung? In: *Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung* 2/2003, S. 21-33
- Hafen, Martin:** Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Nicht veröffentlichte Fassung einer noch nicht bewerteten Dissertation (eingereicht im Oktober 2004). Basel/Luzern 2004
- Luhmann, Niklas:** Der medizinische Code. In: ders.: *Soziologische Aufklärung 5 – Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen 1990, S. 183-195
- Luhmann, Niklas:** *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Herausgegeben von Dieter Lenzen. Frankfurt am Main 2002
- Regensburger-Hasslwanger, Beate:** (Sucht)Prävention als Kooperationsmodell, dargestellt am Beispiel „step by step“: Früherkennung und Intervention im System Schule. Innsbruck 1999
- Salter, Daniel; McMillan, Dean; Richards, Mark; Talbot, Tiffany; Hodges, Jill; Bentovim, Arnon; Hastings, Richard; Stevenson, Jim; Skuse, David:** Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. In: *Lancet* 361/2003, S. 471-476

Deutsch für Patienten mit Migrationshintergrund

Ein Modellprojekt in einem psychiatrischen Krankenhaus

Julia Levit; Gottlieb Krune; Manfred Voepel

Zusammenfassung

Das Klinikum Nord in Hamburg ist unter anderem ein Krankenhaus der psychiatrischen Regelversorgung für eine Region von circa 900 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der hohe Anteil von ausländischen Kranken der Allgemeinpsychiatrie und deren oftmals mangelhafte berufliche und soziale Einbindung in ihrem Zielland führte bereits 1994 zur Überlegung von Angeboten eines Sprachförderkurses auf den Stationen. Seit knapp elf Jahren werden sowohl Deutschkurse für Patienten und Patientinnen aus den ehemaligen GUS-Staaten angeboten als auch multinationale Kurse mit Teilnehmenden aus verschiedensten Herkunftsländern. Mit der Unterstützung des Vereins der Deutschen aus Russland e.V. wird an dem Aufbau eines nachklinischen Angebotes gearbeitet, das neben der Sprachförderung auch soziale Kontakte vermitteln soll.

Abstract

Klinikum Nord in Hamburg is a hospital which, apart from other things, provides regular psychiatric care for a region of about 900 000 inhabitants. It was already in 1994 that the high share of foreign patients of general psychiatry and their social and occupational integration which is often very poor in their destination country led to the idea of offering remedial language courses on the wards. For almost eleven years, German language courses have been offered to patients coming from the former GUS countries, and multinational courses have been provided for participants coming from a large variety of origin countries. There are initiatives supported by the association Verein der Deutschen aus Russland e.V. (association of Germans coming from Russia) which are aimed at establishing an offer provided for the time after the hospital stay. This project is also to communicate social contacts apart from promoting language skills.¹

Schlüsselwörter

Patient - psychisch Kranker - Ausländer - Sprachunterricht - Modellprojekt

Einleitung

Bis in die 1980er-Jahre interessierte sich in Deutschland kaum jemand für die Migrationsthematik. Die