

Sucht und Gewalt

Eine Arbeitshilfe für Fachkräfte und Freiwillige
im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen
mit Schwerpunkten auf Sucht(selbst)hilfe
und Gewaltberatung

Hinweise zur geschlechtergerechten Sprache bei der DHS finden Sie unter folgendem Link: www.dhs.de/gender-sprache
Alternativ kommen Sie auch über den QR-Code auf unsere Erläuterungen.



Sucht und Gewalt

Eine Arbeitshilfe für Fachkräfte und Freiwillige
im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen
mit Schwerpunkten auf Sucht(selbst)hilfe
und Gewaltberatung

Inhaltsverzeichnis

	Einführung	3
1	Aufmerksamkeit schärfen	4
	Sucht: Ursache oder Folge von Gewalt?	4
	Aggressionsfördernde Wirkungen	4
	Henne oder Ei? Sucht & Gewalt	4
	Täterin bzw. Täter oder Opfer?	5
	Bewusstsein schaffen	5
2	Risiken mindern	6
	für Fachkräfte und Freiwillige	6
	Anspruch auf sicheren Arbeitsplatz	6
	Wo liegen Gefahren?	6
	Organisatorische Sicherheit	7
	Personelle Sicherheit	9
	Selbstschutz	10
	Notwehr	11
	Verhalten im Falle eines Angriffs	12
	Übergriffe auf Mitarbeitende	13
	Sucht-Selbsthilfegruppen	14
	Umgang mit (dem Thema) Gewalt	14
3	Risiken erkennen	16
	bei Klientel sowie Patientinnen und Patienten	16
	Gewalt zur Sprache bringen	17
	Häusliche Gewalt	20
	Sexualisierte Gewalt	24
	Kindeswohl beachten	25
	Sexualisierte Gewalt ansprechen	27
4	Unterstützung leisten	28
	für Klientel sowie Patientinnen und Patienten	28
	Grundlagen der Zusammenarbeit	28
	Unterstützung für Opfer bei strafrechtlicher Verfolgung des Täters bzw. der Täterin	29
	Unterstützung für Opfer häuslicher und sexualisierter Gewalt	30
	Schutz und Hilfe für minderjährige Opfer häuslicher Gewalt	31
	Unterstützung für traumatisierte Abhängige	32
	Therapien für traumatisierte Abhängige	34
	Die Arbeit mit Täterinnen und Tätern ist Opferschutz	36
5	Unterstützung finden	38
	für Klientel, Patientinnen und Patienten, Fachkräfte und Freiwillige	38
	Notrufe – 24 Stunden erreichbar, kostenfrei	38
	Hilfetelefone mit eingeschränkten Zeiten	38
	Kostenpflichtig	38
	Unterstützung für Opfer von Gewalt	39
	Unterstützung für weibliche Opfer von Gewalt	39
	Unterstützung für männliche Opfer von Gewalt	39
	Unterstützung für Opfer sexualisierter Gewalt	40
	Unterstützung für Kinder suchtkranker Eltern	40
	Gewaltfrei werden: Beratung und Kurse	40
	Suchtkliniken mit Anti-Gewalt-Training:	40
	Unterstützung für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen	41
	Unterstützung nach Bundesländern und weitere Links für Fachkräfte online	41
	Quellen	42
	Die BZgA	46
	Die DHS	47
	Impressum	48

Einführung

Menschen suchen sich in der Regel selbst aus, wem sie ein Problem anvertrauen. Das gilt auch für Abhängige, die Gewalt erleiden oder ausüben. Sie sprechen ihre Gewalterfahrung nicht unbedingt von sich aus an, etwa in der Suchtberatung, sondern vielleicht eher bei Angehörigen, einem Freund bzw. einer Freundin oder einer Fachkraft aus einem anderen Bereich. Daher richtet sich diese Arbeitshilfe grundsätzlich an einen breiteren Kreis von Fachkräften und Freiwilligen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen und angrenzenden Feldern, setzt aber Schwerpunkte auf Suchtberatung und Sucht-Selbsthilfe.

In Suchtberatung wie Sucht-Selbsthilfe wird das Thema Gewalt zum Teil aus Unsicherheit vermieden, denn: Was dann? Wie lässt sich mit derart „gewaltigen Themen“ umgehen? Diese Unsicherheit teilen wohl die meisten Menschen, die von Gewalttaten erfahren und für den Umgang damit nicht professionell ausgebildet sind. Was ist zu tun, wenn jemand körperlich oder seelisch verletzt wurde? Wie reagieren, wenn jemand offenkundig eine Straftat begeht oder eine verübte gesteht? Wie lässt sich Gewalt vorbeugen? Wie können Gewalttätige lernen, ihr Verhalten zu ändern? Wie lassen sich Opfer schützen? Und wie schütze ich mich selbst?

Diese Arbeitshilfe gibt praxisnahe Antworten – im Rahmen ihrer Kürze. Das Kapitel „Aufmerksamkeit schärfen“ will zunächst Bewusstsein schaffen, Zusammenhänge zwischen Sucht und Gewalt wahrzunehmen. Auch wenn, dies sei vorausgeschickt, keine zwangsläufige Verbindung besteht.

Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen sollen und wollen ihrer Klientel Sicherheit geben. Das können sie nur, wenn sie sich selbst sicher fühlen. Das Kapitel „Risiken mindern“ zeigt, was Einrichtungen für den Schutz ihrer Mitarbeitenden tun können – und was im Falle eines Übergriffes auf

Angestellte zu tun ist. Eine Doppelseite ist speziell der Sucht-Selbsthilfe gewidmet: Wie können oder müssen Selbsthilfegruppen reagieren, wenn Mitglieder Gewalttaten andeuten oder davon berichten? Und welche Unterstützung brauchen traumatisierte Mitglieder?

Gewalt geschieht in der Öffentlichkeit wie zu Hause, in beiden Fällen meist „im Verborgenen“. Wie erfahren Fachkräfte von erlittener oder ausgeübter Gewalt? Das Kapitel „Risiken erkennen“ macht Vorschläge, wie Gewalterfahrungen angesprochen und erfragt werden können. Jüngste Forschungen haben ergeben: Beratung und Behandlung lassen sich wirksamer gestalten, wenn in der Suchtberatung systematisch nach Gewalterlebnissen gefragt wird und in der Gewaltberatung nach dem Konsum von Alkohol und anderen Drogen.

Gewalt kann für Opfer wie für Gewalttätige viele Folgen haben. Beide Seiten brauchen Hilfe: um erlittene Gewalt zu verkraften beziehungsweise erneute Taten zu vermeiden. In beiden Fällen braucht es dafür meist ein Netz an Helfenden. Das Kapitel „Unterstützung leisten“ klärt Voraussetzungen der Zusammenarbeit und nennt beispielhaft Möglichkeiten und Angebote der Hilfe, weist aber auch auf Lücken im System hin. Das Kapitel „Unterstützung finden“ erleichtert Fachkräften und Freiwilligen ihre Suche nach Angeboten und Ansprechpersonen vor Ort: für ihre Klientel sowie Patientinnen und Patienten, aber auch für eigene Fortbildungen.

Aufmerksamkeit schärfen

Sucht: Ursache oder Folge von Gewalt?

Es wird nicht jede abhängige Person gewalttätig und nicht jede Gewalttat geschieht unter dem Einfluss von Alkohol und/oder Drogen. Im Gegenteil: Die weitestgehend meisten polizeilich erfassten Gewalttaten werden bei klarem Bewusstsein verübt. Dennoch hängen Substanzmissbrauch, Abhängigkeit und Gewalt eng zusammen.

Alkohol und Drogen verändern biochemische Prozesse im Körper und beeinflussen so die Wahrnehmung, Stimmung und das Verhalten. Die Wirkung dieser psychotropen Substanzen hängt von vielen Faktoren ab, darunter körperliche Konstitution, Menge, Situation der Einnahme, Motivation und Stimmung des Konsumenten. Es gibt keine geradlinige oder allgemeingültige Beziehung zwischen konsumierter Dosis und deren Wirkung. Bei keiner psychoaktiven Substanz führen Konsum beziehungsweise Missbrauch zwangsläufig zu Gewalt (Kreuzner, 2001).

Aggressionsfördernde Wirkungen

Psychoaktive Substanzen können jedoch Übergriffe fördern. Ein Rausch verändert Wahrnehmung und Verhalten. Kommt es zum Beispiel zu Sinnestäuschungen, Erregung, Angstzuständen und einer allgemeinen Enthemmung, kann dies gewalttätiges Verhalten fördern (Fais, 2012). Die meisten Drogen können eine grundsätzlich vorhandene Gewaltbereitschaft aktivieren. Dieses Aktivierungspotenzial ist bei verschiedenen Drogen unterschiedlich hoch (Foerster, 2001).

Alkohol nimmt Ängste, enthemmt, euphorisiert, schränkt aber auch das Urteilsvermögen ein und lässt Eindrücke rascher bedrohlich erleben. Unterm Strich fördert das die Gewaltbereitschaft. Die Gewalt kann sich gegen andere wie gegen sich selbst (bis zum Suizid) richten.

Amphetamine und amphetaminähnliche Substanzen können zu Selbstüberschätzung, Größenwahn und angriffswilligem Verhalten bis hin zu Körperverletzungen führen.

Cannabis, Halluzinogene und Inhalantien fördern nicht direkt Gewaltbereitschaft, sondern machen eher gleichgültig und apathisch. Sie verringern aber die Urteilsfähigkeit und können Angstzustände auslösen. In der Folge kann es zu angriffswilligem Verhalten bis zu Körperverletzungen kommen.

Kokain steigert Antrieb und Euphorie, enthemmt und kann unkontrollierte Wut sowie gewaltbereites Verhalten auslösen.

Opioide beruhigen, nehmen Ängste und Schmerzen. Morphin, Heroin, Codein, Methadon, Fentanyl und weitere Opiode machen jedoch schnell abhängig. Im Zuge der Beschaffung und Finanzierung illegaler Drogen werden Abhängige häufig zu Tatbegehenden, aber auch zu Opfern von Gewalt.

Phencyclidine machen einerseits schläfrig, benommen und schmerzunempfindlich, andererseits steigern sie Streitlust bis zu Tobsuchtsanfällen. In der Folge führt ihr Konsum häufig zu Körperverletzungen.

Sedativa wie Benzodiazepine und Hypnotika können paradoxe Wirkung auslösen: Dann dämpfen sie das Bewusstsein nicht, sondern putschen auf, euphorisieren und machen eventuell auch gewaltbereit.

(Friedemann, Rettenberg, 2019; Fais, 2012; Kreuzner, 2001; Foerster, 2001)

Henne oder Ei? Sucht & Gewalt

Suchterkrankungen können Ursache und Folge von Gewalt sein. Psychoaktive Substanzen können Aggressivität und Gewalt auslösen, eine Abhängigkeit kann aber auch die Folge erlittener Gewalt sein. Schwere emotionale, körperliche oder sexualisierte Gewalt kann zu einem Trauma und in der Folge zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen (s. auch S. 32). Alkohol und Drogen werden eventuell benutzt, um eine PTBS zu ertragen (s. auch S. 16f.). Zahlreiche Studien belegen Zusammenhänge zwischen Sucht, Gewalt und PTBS. Danach ergaben Stichproben bei Patientinnen und Patienten in

Suchtbehandlung Prävalenzen zwischen 15 und 51 % mit PTBS (Schäfer, Lotzin, 2018). Eine Studie in ambulanten und stationären Suchteinrichtungen Norddeutschlands ergab die Diagnose PTBS für 15 % der alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten, für 30 % der Drogenabhängigen und 30 % der von Alkohol und Drogen abhängigen Menschen (Fais, 2012). Die Traumatisierung geschah häufig bereits in ihrer Kindheit. Für körperliche und sexuelle Gewalt liegen Metastudien vor. Danach widerfuhr 39 % der weiblichen und 31 % der männlichen Abhängigen körperliche Gewalt in ihrer Kindheit; sexuelle Gewalt erlitten 45 % der weiblichen und 16 % der männlichen Abhängigen als Kind. Zwei Drittel der traumatisierten Abhängigen erlebten nicht nur eine, sondern gleich mehrere Formen früher traumatischer Erfahrungen (Schäfer, Lotzin, 2018). Nach Beobachtung von Praktizierenden der Suchthilfe wurden Drogenabhängige in Kindheit und Jugend überwiegend Opfer von Gewalt in vielfältigster Ausprägung – mit entsprechenden Traumata (Fais, 2012). Kinder abhängiger Eltern haben ein besonders hohes Risiko in ihrer Kindheit traumatisiert zu werden. In rund jeder dritten suchtbelasteten Familie wird Gewalt gegen Kinder verübt. Dies ist im Schnitt doppelt bis dreimal so häufig wie in Familien ohne Suchtbelastung (Schäfer et al., 2016). Traumatherapeutinnen und -therapeuten berichten: Sucht ohne Trauma ist selten. Gleichzeitig traumatisieren sich Abhängige häufig selbst mit dem, was sie wegen ihrer Sucht beziehungsweise während Rauschzuständen tun (Gahleitner, Gunderson, 2008).

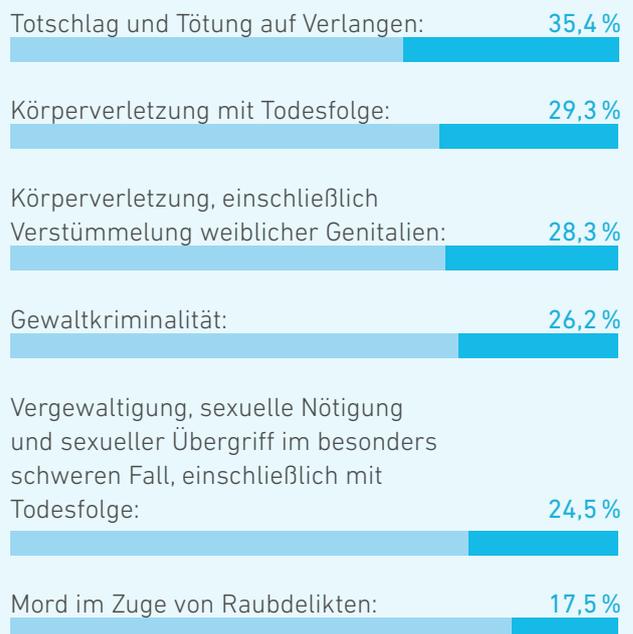
Täterin bzw. Täter oder Opfer?

Fachleute weisen grundsätzlich darauf hin, dass sich Abhängige kaum eindeutig in „Opfer“ oder „Täterin bzw. Täter“ kategorisieren lassen, wenn sie Gewalt erfahren. Eine hessische Studie zu häuslicher Gewalt ergab: Süchtige Frauen in gewalttätigen Partnerschaften waren zumeist Opfer und Täterin zugleich. Den ständigen Wechsel der Rollen zwischen Opfer und Täterin bzw. Täter erleben Mitarbeitende der Drogenhilfe in ihrem Alltag in Kontakt- und Anlaufstellen, Notschlafstellen sowie Drogenkonsumräumen unmittelbar. Drogenabhängige begehen überdurchschnittlich häufig Diebstähle, Überfälle, Körperverletzungen und (sexuelle) Gewalttaten. Zugleich werden sie aber auch überdurchschnittlich oft Opfer solcher Straftaten: „Opio- idabhängige sterben auch häufig an einer Gewalttat“ (Foerster, 2001, S. 38) (Fais, 2012; Vogt, 2015).

Bewusstsein schaffen

Trotz dieser zahlreichen Zusammenhänge sprechen Suchtberatende das Thema Gewalt und Gewaltberater das Thema Sucht noch selten von sich aus an. Dies geht vermehrt aus Studien hervor, darunter z. B. CANSAS (siehe QR-Code S. 41) und das Modellprojekt „Gewalt Sucht Ausweg“ (GeSA) in Mecklenburg-Vorpommern. Diese Arbeitshilfe will dazu beitragen, den Blick für das jeweils andere Thema zu schärfen.

5,5 Millionen Straftaten erfasste die Polizei 2018 insgesamt. Dabei standen insgesamt rund **10 %** der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss und rund **8,5 %** unter Einfluss harter Drogen. Deren Konsumenten begehen besonders häufig Raub, Diebstahl und weitere Beschaffungskriminalität. **Mehr als jedes vierte** aufgeklärte Gewaltdelikt wurde unter Alkoholeinfluss begangen. Unter Einfluss von Alkohol standen Täterinnen und Täter folgender Straftatengruppen:



(Bundeskriminalamt (BKA), 2019)

2

Risiken mindern

für Fachkräfte und Freiwillige

Jede Person, die sich im Gesundheits- und Sozialwesen beruflich oder ehrenamtlich engagiert, kann einen Übergriff erleben. Denn er oder sie berät, betreut, pflegt oder behandelt Menschen, die häufig am Rande ihrer Belastbarkeit stehen und daher eventuell unangemessen (re-)agieren. Teils können Betreute ihr Verhalten infolge verstandesmäßiger oder emotionaler Einschränkungen nicht ausreichend steuern. Die Impulskontrolle von Abhängigen richtet sich dabei auch nach der Verfügbarkeit ihres Suchtmittels beziehungsweise nach dem Fortschritt ihres Entzugs. All dies kann dazu führen, dass Beschäftigte eine Bandbreite an Übergriffen erleben: von persönlichen Beleidigungen bis zu körperlichen Angriffen, von anzüglichen Bemerkungen bis zu sexuellen Belästigungen.

Anspruch auf sicheren Arbeitsplatz

Doch auch für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen gilt: Sie haben grundsätzlich Anspruch auf einen sicheren Arbeitsplatz. Ihr Arbeitgeber ist verpflichtet, ihre Gesundheit zu schützen und Gefahren vorzubeugen. Sicherheit zu schaffen ist eine Führungsaufgabe: Sicherheitsmaßnahmen sind strukturell zu verankern, regelmäßig zu überprüfen und anzupassen sowie mit den notwendigen Mitteln auszustatten. Mitarbeitende sind verpflichtet, sich am Arbeitsschutz zu beteiligen. Die Führung muss ermöglichen, dass sie ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können (Arbeitsschutzgesetz § 3). Dass Arbeitsschutz gesetzlich zur Führungsaufgabe erklärt wird, gibt auch eine Freiheit: Jeder Betrieb und jede Einrichtung ist befugt, eigene Lösungen zu entwickeln und umzusetzen, die dem eigenen Arbeitsalltag gerecht werden (BGW, 2014).

Wo liegen Gefahren?

Die gesetzlichen Pflichten zu Arbeitsschutz und -sicherheit lassen sich nur erfüllen, wenn bekannt ist, wo die Risiken liegen. Gesetzliche Unfallkassen entwickelten daher Vorgaben für eine systematische „Gefährdungsbeurteilung“. Vorteil für Arbeitgebende: Mit der Erstellung und Pflege einer hauseigenen Gefährdungsbeurteilung dokumentieren sie, dass sie ihrer Fürsorgepflicht nachkommen. Vorteil für Arbeitnehmende: Sie werden vor Gefahren bestmöglich geschützt (BGW, 2014).

Praxistipp

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bietet eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur „Gefährdungsbeurteilung in Beratungs- und Betreuungsstellen“: www.bgw-online.de

Für die Gefährdungsbeurteilung ist immer wieder neu zu prüfen:

- ▶ Was vermittelt Fachkräften und Freiwilligen ein unsicheres Gefühl?
- ▶ Was kann bei der Klientel Aggressivität auslösen?
- ▶ Was lässt sich für alle sicherer gestalten?

Unfallkassen und Berufsgenossenschaften haben **TOP**-Risikofaktoren auf den Ebenen **T**echnik – **O**rganisation – **P**erson ermittelt, an denen sich Einrichtungen bei Erstellung ihrer Gefährdungsbeurteilung orientieren können: www.risikocheck.me. Diese Arbeitshilfe erläutert diese TOPs und erweitert sie um Tipps aus der Praxis.

TOP Technische Sicherheit

Unter Technik fällt sozusagen die „Hardware“ einer Einrichtung: räumliche Gegebenheiten und (technische) Ausstattung. In der Praxis hat sich ein gemeinsamer „Einrichtungsscheck“ bewährt. In Form eines realen oder gedanklichen Rundgangs werden Orte

identifiziert, an denen sich Mitarbeitende unsicher fühlen, etwa unübersichtliche Gänge, nicht einsehbare Nischen, schlecht beleuchtete Ecken, „Sackgassen“. An diesen Orten können unangenehme Situationen und deren Entschärfung in Rollenspielen erprobt werden. Die Lösung kann in deeskalierendem Verhalten liegen, aber auch in „technischen“ Änderungen wie besserer Beleuchtung, Anlage von Fluchtmöglichkeiten, Installation von Sicherheitsglas, Nutzung von Personen-Notsignal-Geräten oder Anpassung von Möblierung und Ausstattung. Räume, die Menschen, Medikamente, (Hilfs-)Mittel oder Daten schützen sollen, sind am besten nur von innen zu öffnen: Die Außenseite der Tür hat dann einen Knauf statt einer Klinke. Schreibtische stehen am besten so, dass keiner mit dem Rücken zur Tür sitzt. Alles, was zur Tatwaffe werden kann, wie Brieföffner und Scheren, wandert in Schubladen. Auf Dekoration wie Glaskugeln oder hartkantige schwere Gegenstände wird besser verzichtet. Wegsperrern und verschließen ist aber nicht der einzige Weg, die Sicherheit zu erhöhen. Es kann deeskalierend wirken, zum Beispiel Gemeinschaftsräume wie Küchen oder Wohnzimmer nicht nur für festgelegte Zeiten ihrer Nutzung aufzusperren, sondern rund um die Uhr offenzuhalten. Je freundlicher, offener und wohnlicher die Atmosphäre in einer Einrichtung, desto weniger Spannungen kommen auf (Fais, 2012; www.risikocheck.me).

TOP Organisatorische Sicherheit

Die Organisation ist sozusagen die „Software“: Jede Einrichtung schreibt ihr eigenes Programm für Arbeitsabläufe und Dienstpläne. Optimaler Weise wird dadurch von vorneherein alles vermieden, was Spannungen, wie Hektik, Überbelegung beziehungsweise personelle Unterbesetzung auslöst. Um organisatorische Risiken zu identifizieren, braucht es Gelegenheit, im normalen Tages- und Wochenablauf regelmäßig gemeinsam zu klären: Wann kommen Spannungen im Team, mit, unter oder bei der Klientel auf? Lässt sich das organisatorisch vermeiden? Wo üben wir „strukturelle Gewalt“ (vgl. S. 8) aus, etwa durch hauseigene Vorschriften? Würde weniger strukturelle Gewalt Übergriffen vorbeugen? (Fais, 2012).

Ist zum Beispiel geplant, potenziell Gewalttätige auf ihre Taten anzusprechen, sind organisatorische wie personelle Vorkehrungen zu treffen, etwa einen Beratungstermin zu dritt oder bei offener Tür durchzuführen (siehe auch S. 10). In der Suchthilfe ergeben sich heikle Situationen häufig dann, wenn

Klientel und Patientinnen bzw. Patienten Übergänge meistern müssen, etwa die Rückkehr in die (Sucht-)Klinik nach einem Wochenendausgang oder die Wartezeit vor der Methadon-Ausgabe. Dann ist zu klären: Liebe sich dies vorbeugen, indem bestimmte Schichten personell stärker besetzt werden, etwa am Sonntagabend in der Klinik? Brauchen Mitarbeitende besonders risikoreicher Schichten (mehr) Schulung in Deeskalationstechniken? Zu organisatorischen Aspekten der Sicherheit gehören auch klare Regelungen, was bei Übergriffen zu tun ist. Dafür sind Alarmierungssystem, Notfallplan, Rettungskette, Erstbetreuung nach Vorfällen bis zu einer systematischen Auswertung von Vorfällen zu installieren (siehe S. 12f.).

Praxistipp

In Rollenspielen erproben Beschäftigte, Druck aus heiklen Situationen zu nehmen. Die Übung wird auf wenige Minuten begrenzt. Anschließend schildern „Spielende“ und Zuschauende, was sie erlebt und wahrgenommen haben. Kritik ist verboten! Dies ermöglicht, „hemmungslos Fehler zu machen“ – aus denen alle lernen (Fais, 2012).

Umgang mit struktureller Gewalt

Einrichtungen üben grundsätzlich strukturelle Gewalt aus, etwa durch Öffnungszeiten und Hausordnungen (siehe S. 8). Klare Regelungen sind notwendig, auch zum Schutz der Beschäftigten. Doch kann es sinnvoll sein, situationsbedingt begründete Ausnahmen zuzulassen oder sogar zu ermöglichen. Im Team kann geklärt werden: Wo lassen sich Vorschriften flexibel und individuell umsetzen und dadurch Spannungen abbauen? Wie lassen sich Ansprüche und Bedürfnisse der Klientel und der Mitarbeitenden austarieren – mit einem Ohr an der Klientel? Wo können wir Service bieten?

Fallbeispiel

Ein Patient in einer stationären Suchteinrichtung erscheint nicht zur regulären Mahlzeit, verlangt aber später nach Essen. Aus erzieherischen Gründen liegt die Ablehnung nahe. Allerdings kann ihn die Verweigerung überfordern und gewaltsame Reaktionen auslösen. Die Situation ließe sich eventuell mit einem versöhnlichen Angebot deeskalieren: „Ich kann nichts Warmes anbieten, dafür ein Käsebrot.“

Hausordnung

Regeln der Einrichtung werden in Hausordnungen oder in Verträgen mit der Klientel festgeschrieben. Sie signalisieren, „dass dem Unternehmen Würde und Unversehrtheit seiner Beschäftigten wichtig sind“ (DGUV, 2018, S. 16). Menschen und ihr Wohl werden grundsätzlich ernst genommen – auch das der Klientel. Um einzelne Regelungen können zwar Konflikte entstehen. Doch die Praxis zeigt: Je attraktiver ein Behandlungs-, Beratungs- oder Betreuungsangebot für die Klientel ist, desto einfacher lassen sich sogar Verhaltensregeln durchsetzen. Selbst Abhängige, die akut oder anhaltend eingeschränkt schuldunfähig sind, sind häufig noch in der Lage Regelverletzungen oder nachdrückliche Hinweise darauf als solche wahrzunehmen. „Sie dann in die Verantwortung für die Konsequenzen ihres Verhaltens zu nehmen, ist Ausdruck von Respekt gegenüber erwachsenen Vertragspartnern“ (Fais, 2012, S. 65).

Eine Hausordnung lässt sich nur dann erfolgreich durchsetzen, wenn alle im Team dies als Daueraufgabe begreifen und dabei mit einer Stimme sprechen. Dafür kann intern ein abgestufter Sanktionsplan verabschiedet werden, etwa mit gelber und roter Karte, Verwarnungen, Abmahnungen, befristeten oder unbefristeten Hausverboten. Empfohlen wird, das jeweilige Strafmaß bestmöglich auf den Einzelfall abzustimmen, statt blind „Gerechtigkeit gemäß Punktezahlung“ zu üben (Fais, 2012).

Um eine einheitliche und dennoch individuell angepasste Durchsetzung der Hausordnung zu erreichen, sind die Regelungen immer wieder im Team zu besprechen und zu überprüfen: Was hat sich bewährt? Was ist anzupassen? Welche Paragraphen sind verzichtbar? Welche sind zu erneuern? Welche Regeln werden aktuell am häufigsten verletzt? Wie lässt sich auf Regelverletzungen angemessen reagieren?

Praxistipp

Die Reaktion auf Regelverletzungen lässt sich im Rollenspiel trainieren: Eine Mitarbeiterin ist Spielleiterin, eine die Regelbrecherin, die anderen sind die „Durchsetzer“. Die Regelbrecherin spielt einen Verstoß, indem sie etwa scheinbar Cannabis raucht. Die Spielleiterin gibt jedem 60 Sekunden Zeit, um das Verbot auf ihre Weise durchzusetzen. Im Anschluss sagt die Regelbrecherin, welche Empfindungen die jeweiligen Reaktionen bei ihr auslösten und wie die Szenen ihrer Einschätzung nach weitergegangen wären. Auch die Durchsetzer schildern ihr Erleben und sagen, was ihnen am Vorgehen der anderen besonders gefallen hat. Kritik ist verboten. In der Praxis können sich eine Fehlerdiskussion und ein zweiter „optimierter“ Durchlauf als überflüssig erweisen (Fais, 2012).

Übliche Verbote

In der Regel schließen Hausordnungen Gewalt inklusive des Mitführens von Waffen aus. So heißt es zum Beispiel in einer Hausordnung für betreutes Wohnen: „Gewaltandrohung und Gewaltausübung gegenüber anderen Personen und sich selbst sind nicht erlaubt. Der Umgang miteinander muss von gegenseitiger Achtung und Respekt füreinander getragen bleiben“ (Vogt, 2015, S. 88). Auch Besitz sowie Konsum von und Handel mit Suchtmitteln und Medikamenten werden meist ausdrücklich untersagt. Ist die Hausordnung buchstäblich auf das Haus begrenzt, kann dies Probleme vor die Tür verlagern – und zu Konflikten mit Anwohnenden führen. Eine Lösung ist, den Geltungsbereich der Hausordnung auf einen bestimmten Radius auszudehnen. In Hochrisikobereichen der Suchthilfe wie der Methadon-Ausgabe in Drogenambulanzen kann eventuell Sicherheitspersonal die Durchsetzung der Hausordnung übernehmen. Das erspart Sozialarbeitenden die Doppelrolle als helfende und kontrollierende Person (Fais, 2012).

TOP Personelle Sicherheit

Die Leitung einer Einrichtung legt die Grundlagen für personelle Sicherheiten, etwa durch die Installation entsprechender Notfallausrüstung, durch regelmäßige Schulungen und Fortbildungen, durch die Auswahl qualifizierter Mitarbeitender sowie durch ihre Vorgaben für die Unternehmenskultur.

Gewaltfreie Unternehmenskultur

Für eine gewaltfreie Atmosphäre sorgt zum Beispiel, Beschäftigte in Entscheidungen über ihren Arbeitsalltag einzubeziehen, Fehler als Chance zu begreifen und ein wertschätzendes und offenes Miteinander zu fördern. Eine angenehme Stimmung im Team überträgt sich auf die Klientel. Entlastend wirkt auch ein offener Umgang mit „Tabuthemen“ wie Gewalt und sexuelle Belästigung (DGUV, 2018). In internen Teambesprechungen sind dafür eventuell Machtspiele, Rivalitäten und abwertende Aussagen zu unterbinden wie „Bei mir macht er so was nie ...“ (Fais, 2012).

Qualifizierte Mitarbeitende

Fachliche Qualifikation ist die Grundlage, um sich in seinem Job sicher zu fühlen. Neben den jeweiligen fachlichen Kenntnissen in Medizin, Pflege, Betreuung und Beratung zählen dazu auch Qualifikationen im Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen, darunter Methoden zu klientenzentrierter beziehungsweise motivierender Gesprächsführung, Biographiearbeit und Deeskalation. In der Arbeit mit relativ gewaltbereiten Menschen spielt zusätzlich der persönliche Gradmesser Angst eine Rolle. Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen brauchen ein sicheres Gefühl, bis zu welchem Zeitpunkt sich eine Situation realistisch kontrollieren und handhaben lässt (Fais, 2012).

Praxistipp

Sicherheit ist keine objektiv messbare Größe. Was der eine als Bedrohung erlebt, sieht der andere gelassen. Praktizierende in der Suchthilfe empfehlen, gemeinsam einen „Sicherheitskonsens“ zu entwickeln. Darin wird alles festgehalten, was Mitarbeitenden das subjektive Gefühl gibt, zuverlässig geschützt zu sein. Denn nur Beschäftigte, die sich sicher fühlen, können für die Sicherheit ihrer Klientel sorgen. Sich unsicher fühlende Mitarbeitende könnten selbst ein Sicherheitsrisiko werden. Ihnen fällt es unter Umständen schwerer Gefahrenlagen richtig einzuschätzen und angemessen zu reagieren. Leitung und Mitarbeitende müssen immer wieder neu Antworten auf grundlegende Fragen finden:

„Auf welche konkrete Weise gehen die Sorgfaltspflicht gegenüber Mitarbeitenden und der Versorgungsauftrag der Einrichtung zusammen, wenn es um die Behandlung und Betreuung extrem schwieriger, auf unterschiedlichste Weise übergrifflicher Klientelen geht?

► Was ist gerade noch hinzunehmen (durch Supervision oder andere Formen der Psychohygiene kompensierbar)?

► Wo liegen absolute Grenzen?“ (Fais, 2012, S. 69)

Fortbildung zur Sicherheit

Berufsgenossenschaften empfehlen regelmäßige Schulungen, etwa in Erste Hilfe, zum Umgang mit Notfallausrüstung sowie zum Verhalten bei Übergriffen (vgl. S. 10). Sachverständige erleben eine rege Nachfrage nach Selbstverteidigungskursen, wie sie aus Kampfsportschulen bekannt sind. Diese sportlichen Techniken berücksichtigen aber natürlich in keiner Weise das therapeutische Verhältnis zwischen Beschäftigten und Betreuten. Sie vermitteln zudem nur eine „Sicherheits-Illusion“ (Fais, 2012; prodema-online.de). Es braucht sehr viel körperliche und mentale Übung, um sie wirklich zu beherrschen. Ungeübte lösen damit eher eine Spirale der Gewalt aus und steigern so das Verletzungsrisiko. Hilfreicher seien Schutz-, Befreiungs-, Halte- und Fluchttechniken. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) empfiehlt, solche defensiven Techniken regelmäßig zu üben (BGW, 2007).

Praxistipp

Die BGW bietet und bezuschusst Schulungen zur Deeskalation, die auch Schutz- und Halte-techniken vermitteln. BGW-Seminare und Links zu Anbietern: S. 41.

Selbstschutz

Über die Teilnahme an Schulungen zum Verhalten im Notfall und Deeskalationstrainings hinaus können Fachkräfte und Freiwillige auch selbst einiges für ihren Schutz tun, zum Beispiel: passende Arbeitskleidung wählen und Sicherheitsausrüstung nutzen, ihr Verhalten in Absprache mit Leitung und Kollegium ans Risiko anpassen und auf ihre eigene Psychohygiene achten.

Sicherheitsbewusste Ausstattung

Selbstschutz fängt bei der Wahl der Kleidung an. Unfallkassen raten zu geschlossenen Schuhen mit rutschfesten Sohlen für gute Standfestigkeit. Außerdem empfehlen sie, im Dienst auf alles zu verzichten, was zur Gefahr werden kann: **Schmuck wie Halsketten, Ohringe, Piercings, Ringe und Armbanduhren bergen ebenso wie lange Fingernägel Verletzungsgefahren. Schals oder Halstücher können missbraucht werden, um jemand festzuhalten und zu würgen. Für Brillentragende empfehlen sich bruch-sichere Kunststoffgläser sowie Sportbügel, die weit hinters Ohr gehen und so ein Herunterschlagen der Brille erschweren** (DGUV, 2018). Bei Angriffen fehlt meist die Zeit, zum Telefon zu greifen. Eine Alternative sind Notsignal-Anlagen, die am Körper getragen werden. Diese lösen stille Notrufe aus: auf Druck, aber auch auf bestimmte Signale wie Lage des Trägers bzw. der Trägerin oder Fluchtbewegungen eines Täters bzw. einer Täterin. Einzelarbeitsplätze, etwa im Falle von Hausbesuchen, sind unter Umständen verpflichtend damit auszurüsten (Berufsgenossenschaftliche Regel für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (BGR) 139)

Risikogerechtes Verhalten

Deeskalationstrainer und -trainerinnen warnen davor, streitlustige und möglicherweise gewaltbereite Klientel sowie Patientinnen und Patienten nur als „hilfsbedürftige Menschen“ zu sehen. Das eigene Verhalten sollte vielmehr mögliche Ausraster, auch von Angehörigen, einbeziehen. Ratsam ist, zu zweit oder in Sicht- und Hörweite von Mitgliedern des Kollegiums zu arbeiten. Andernfalls sind Vorkehrungen mit Leitung und Team zu treffen. Sind zum Beispiel Beratungen unbedingt bei geschlossener Tür zu führen, können Mitgliedern des Kollegiums ab und an „kurz mal reinschauen“. Für Hausbesuche können Kontrollanrufe beziehungsweise regelmäßige Rückmeldungen vereinbart werden. Die Berufsgenossenschaft empfiehlt im Umgang mit streitlustigen

Menschen Gelassenheit, gleichmäßige Atmung, entspannten Gesichtsausdruck, ruhige koordinierte Bewegungen, feste Stimme, direkte Ansprache mit Namen, Verzicht auf Drohgebärden und Diskussionen, dafür kurze, verständliche und prägnante Anweisungen (BGW, 2007).

Fallbeispiel

Eine Beratungssituation droht sich zuzuspitzen. Kolleginnen und Kollegen werden über einen vereinbarten Kurzwahl-Code des Telefons gebeten zu kommen. Sie füllen nacheinander still den Raum. Sind alle versammelt, sagt ein Kollege höflich, aber bestimmt: Die Beratung ist zu Ende. Das Verhalten signalisiert „Wir sind friedfertig, stehen aber für einander ein“.

Für Psychohygiene sorgen

Im Alltag ist sprachliche Gewalt am häufigsten. Beschäftigte können nutzlose Rededuellen durch gute Psychohygiene vermeiden. Dafür prüfen sie sich: Warum springe ich auf einen Vorwurf an? Was löst in mir Aggressivität aus? Ein Grund liegt häufig in der Übertragung eigener Gefühle: Die Klientel wird idealisiert („Super, wie er bzw. sie das packt“) oder abgelehnt („zu schwierig“). Professionell dagegen ist es, Distanz zu wahren. Das hilft auch, sich auf Provokationen nicht einzulassen. Locker zu bleiben, ist eine Sache der Einstellung und der Übung.

Kommt es zu körperlicher oder seelischer Gewalt, kann dies traumatisieren (siehe S. 13 und 32). Von Gewalttaten zu hören, kann sekundär traumatisieren sowie psychisch auch längerfristig sehr belastend sein. Zur Vorbeugung reflektieren Beschäftigte, die mit Gewaltopfern beziehungsweise Gewalttätigen arbeiten, immer wieder ihre Grenzen. Dabei helfen Schlüsselfragen

- ▶ zur Motivation: Was treibt mich an?
- ▶ zur Qualifizierung: Was kann ich leisten?
- ▶ zur Autorisierung: Was darf ich leisten?
- ▶ zu Resultaten: Was lässt sich überhaupt erreichen?

Die Antworten beugen vor, die eigenen Möglichkeiten zu überschätzen und sich – und wahrscheinlich auch die Klientel – unterm Strich zu frustrieren. Sie beugen aber auch Selbstausbeutung und therapeutisch übergriffigem Verhalten vor (Thünemann, 2015).

Notwehr

Für Krisensituationen braucht es innerbetriebliche Standards. Fehlen sie, fragen sich Mitarbeitende: Was muss ich tun? Was kann ich tun? Was darf ich tun? Mache ich mich zum Beispiel strafbar, wenn ich mich wehre? (BGW, 2007)

Für Situationen, in denen Leib und Leben bedroht sind, macht das Gesetz Vorgaben:

- ▶ Wer in Notwehr handelt, macht sich nicht strafbar.
- ▶ Notwehr ist jede Verteidigung, die einen „gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen“ abwendet (StGB § 32).

Der Begriff „gegenwärtig“ markiert die Grenze: Es handelt sich um keine Androhung, sondern tatsächlich um eine aktuelle Bedrohung von Leib und Leben.

„Rechtswidrig“ ist alles, was das Gesetz verbietet, wie Raub, (versuchte) Körperverletzung oder (versuchter) Mord.

Angriffe vom Klientel auf Mitarbeitende

Richtet sich die Bedrohung gegen die eigene Person, handeln Beschäftigte nach ihrem eigenen Ermessen. Schätzen sie Verhalten wie Gepöbel oder Randalieren als Androhung ein, das eher dazu dient, Luft abzulassen? Dann müssen sie nicht zwingend reagieren, sondern können alles tun, was Druck aus der Situation nimmt – eventuell einfach auf Distanz gehen. Werden sie handgreiflich bedroht, rangiert ihr Selbstschutz vor Fremdschutz. Dann sind sie berechtigt, in Notwehr alles zu tun, was ihr Leben schützt. Deeskalationstrainings, die speziell für das Gesundheits- und Sozialwesen konzipiert sind, vermitteln auch Befreiungs- und Haltetechniken zum Selbstschutz (QR-Code S. 41) (BGW, 2007).

Angriffe unter Klientinnen und Klienten

Fachkräfte, aber auch Freiwillige in verantwortlicher Stellung, müssen handeln, sobald Menschen in Gefahr sind, die ihnen anvertraut sind. Ansonsten machen sie sich des „Begehens durch Unterlassen“ strafbar (§ 13 StGB). Diese Garantenstellung haben alle Beschäftigten im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen inne, aber auch Freiwillige, die Verantwortung für andere übernehmen, etwa als Leitung von Jugendgruppen oder Übungsleitende in Sportvereinen (LWL, 2011).

Bei Handgreiflichkeiten unter Klientinnen und Klienten oder Patientinnen und Patienten müssen Betreuende daher aktiv werden. Betreute sind vor anderen wie vor sich selbst zu schützen (BGW, 2007). Nach den Regeln der Ersten Hilfe geht auch dabei Selbstschutz vor Fremdschutz. Denn verletzte Helfende sind nur weitere hilfsbedürftige Personen. Fachkräfte und Freiwillige in verantwortlicher Stellung müssen nur dann körperlich einschreiten, wenn dies Aussicht auf Erfolg hat, ihnen zumutbar ist und sie keiner Verletzungsgefahr aussetzt (§ 323c StGB). Brächten sie sich durch ihr Eingreifen selbst in Gefahr, sind sie verpflichtet sich selbst zu schützen und Hilfe zu holen: Mitglieder des Kollegiums, Polizei oder anderweitige Unterstützung.

Verhalten im Falle eines Angriffs

Ruft jemand um Hilfe oder wird ein Angriff beobachtet, ist darauf sofort zu reagieren:

- ▶ Weitere Angriffe verhindern: Angreifende stoppen, Tatwaffen sichern, Unbeteiligte schützen und zum Beispiel aus dem Raum schicken.
- ▶ Notrufe je nach Gefahrenlage an Polizei, Rettungsdienste und/oder Feuerwehr absetzen.
- ▶ Verletzten Erste Hilfe leisten und beistehen, bis weitere Hilfe eintrifft.
- ▶ Eigenschutz geht immer vor! Nicht die Heldin oder den Helden spielen, sondern rechtzeitig Hilfe holen.

Gesetzliche Vorsorge für den Notfall

Der gesetzliche Arbeits- und Gesundheitsschutz gibt Standards für die Notfallvorsorge im Betrieb vor. So sind zum Beispiel vorgeschrieben: ein Verbandskasten (DIN 13157, Typ C) mit Notfall-Plakat zu Erste-Hilfe-Maßnahmen und die Kennzeichnung dessen Standortes mit weißem Kreuz auf grünem Grund. Auf jedem Stockwerk ist ein Handfeuerlöscher erforderlich, der regelmäßig überprüft wird. Flucht- und Rettungswege sind zu kennzeichnen. Bei bis zu 20 Beschäftigten muss eine Person für die Erste Hilfe ausgebildet werden, ab 20 Mitarbeitenden gilt eine Quote von 10 % (BGW, 2019). Wird in kleinen Besetzungen gearbeitet, kann dies zu wenig sein. Dann werden regelmäßige Schulungen beziehungsweise Fortbildungen in Erster Hilfe und Umgang mit Hilfsmitteln wie Feuerlöschern umso wichtiger. Die gesetzliche Notfallvorsorge ist die Grundlage der hauseigenen Vorsorge, die jeder Betrieb selbst entwickeln muss.

Betriebliche Vorsorge für den Notfall

Für den Notfall sind hauseigene Ablaufpläne mit dem Betriebsarzt zu erstellen, immer wieder im Team durchzusprechen und zu aktualisieren. Coaches raten, dabei auch das Udenkbare zu denken und unwahrscheinlich erscheinende Szenarien durchzuspielen. So werden praxisnah klare Verhaltensregeln für den Notfall entwickelt und im Ablaufplan festgeschrieben. Dazu werden wichtigste Rufnummern für Notfälle notiert, etwa auch von örtlichen Arztpraxen, Notdiensten und Kliniken. Diese Notfallnummern können Beschäftigte zusätzlich auf Notfallkarten im Scheckkartenformat erhalten. Ablaufplan und Notfallkarte helfen, im Ernstfall möglichst sicher und vor allem sofort zu handeln (BGW, 2019).

Übergriffe auf Klientel/Patientinnen oder Patienten

Jeder Mensch, der Zeuge eines Angriffs oder Unfalls wird, muss Hilfe leisten – unter Beachtung der eigenen Sicherheit. Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen haben zudem Fürsorgepflichten gegenüber ihrer Klientel sowie Patientinnen und Patienten. Im Falle eines Angriffs müssen sie Hilfe leisten und die bestmögliche Versorgung eines körperlich oder seelisch verletzten Betreuten einleiten. Diese Pflicht kann bereits mit Erster Hilfe, dem Rufen des Rettungsdienstes und dem Versorgen bis zum Eintreffen der Rettungskräfte erfüllt sein.

Laut einer Befragung von Beschäftigten in 51 Notaufnahmen in Hessen standen **85,5 %** der Patientinnen und Patienten, die Klinikpersonal angegriffen, unter Alkohol- oder Drogeneinfluss.

(Güzel-Freudenstein, Christiansen, 2019)

Übergriffe auf Mitarbeitende

Im betrieblichen Notfallplan ist auch das Verfahren im Falle eines tätlichen Angriffs auf Mitarbeitende festzuhalten.

Körperliche Versorgung

Bei Übergriffen auf Beschäftigte ist ebenfalls die Rettungskette in Gang zu setzen: Erste Hilfe leisten, betriebsärztliche Unterstützung anfordern und/oder Rettungsdienst rufen. Neben der Wundversorgung sind Infektionsrisiken zu beachten: Kam es zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, die Infektionen übertragen können, wie Blut, Speichel oder Ausscheidungen? Dann muss die Diagnostik mögliche Ansteckungen einbeziehen. Versicherungsrechtlich gelten Übergriffe als Arbeitsunfälle. Nach einem Arbeits- oder Wegeunfall müssen Beschäftigte einen sogenannten Durchgangsarzt aufsuchen, wenn

- ▶ sie über den Tag des Unfalls hinaus arbeitsunfähig sind,
- ▶ die ärztliche Behandlung über eine Woche dauern wird,
- ▶ Heil- und Hilfsmittel zu verordnen sind,
- ▶ die Folgen des Unfalls zu einer Wiedererkrankung führen.

Durchgangsarztinnen und -ärzte sind von Unfallkassen bestellte Medizinerinnen und Mediziner der Fachrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie, die in Kliniken oder als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte arbeiten. Durchgangsarztinnen und -ärzte entscheiden über die weitere Behandlung. Betriebsärztinnen und -ärzte dürfen die durchgangsarztlichen Aufgaben nicht übernehmen, sie können aber zur Beratung und Wiedereingliederung zugezogen werden. Berufsgenossenschaften wie BGW und VBG tragen die Kosten für umfassende medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation. Ist keine Berufsgenossenschaft (BG) zuständig, läuft die Kostenübernahme über das Opferentschädigungsgesetz. Der Spitzenverband der BG, die DGUV, listet Durchgangsarztinnen und -ärzte, Sachverständige, Kliniken, Physio- und Psychotherapeutinnen und -therapeuten bundesweit nach Postleitzahl:

diva-online.dguv.de/diva-online/

Seelische Versorgung

Ein tätlicher Angriff ist ein traumatisches Erlebnis. Opfer erleben häufig ein Wechselbad an Gefühlen: Schock, Angst, Ärger, Wut, Verzweiflung, Scham bis

hin zur totalen Verunsicherung. Die Unterstützung durch Arbeitgebende und das Kollegium trägt entscheidend dazu bei, die seelische Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Gewaltopfern zu erhalten. Ist das Opfer bei Bewusstsein, muss binnen sechs Stunden nach der Tat ein Auffanggespräch durch die Betriebsleitung stattfinden. Sonst stellt sich rasch das Empfinden ein, alleingelassen zu sein. Halten Angst und Bedrohung nachhaltig Einzug ins Gefühlsleben, kann eine zeitweise Versetzung notwendig sein: in eine andere Abteilung, zu einer anderen Aufgabe oder in eine andere Schicht, etwa Tag statt Nacht (BGW, 2007). Versicherte der BGW können nach einem Extremerlebnis ohne Prüfung fünf Mal 50 Minuten telefonische psychotherapeutische Beratung erhalten. Die weitergehende Behandlung leitet die zuständige Durchgangsarztin oder der -arzt ein (DGUV, 2018).

Gespräche, die auffangen

Im Alltag sind häufig Kolleginnen oder Kollegen erste Anlaufstelle für Gespräche. Sie können helfen, Erlebtes zu ordnen. Was ist wann, wo und wie geschehen? Wie war die zeitliche Reihenfolge? Wie fühlt sich das Tatopfer jetzt? Was ist jetzt zu tun? Wer ist zu benachrichtigen? (**Auf jeden Fall die Führungskraft!**) Fragen nach dem Warum, Kritik am Verhalten des Opfers oder Bagatellisierungen sind fehl am Platz. Die Klärung der Schuldfrage trägt selten etwas zur Klärung der Situation bei. In einem Gespräch, das ein Opfer auffangen soll, geht es primär darum, Verständnis zu zeigen und zu signalisieren: Du wirst ernstgenommen. Ein erstes Gespräch hilft, das Erlebte zu verarbeiten, es ersetzt aber nicht eine therapeutische Behandlung. Innere Verletzungen und seelische Folgen sind nicht auf die Schnelle zu beurteilen. Opfer sollten daher zum Besuch einer Ärztin oder eines Arztes ermutigt werden (BGW, 2007).

Dokumentation zur Vorbeugung

Jede Verletzung, jeder Unfall und damit auch jeder Übergriff auf Mitarbeitende sind im sogenannten „Verbandbuch“ zu dokumentieren. Die lückenlose Dokumentation dient zur rechtlichen Absicherung beteiligter Mitarbeitender. Sie hilft zugleich, Gefahren zu erkennen und ihnen vorzubeugen. Das Verbandbuch muss allen Beschäftigten zugänglich sein und ist nach der letzten Eintragung noch mindestens fünf Jahre aufzubewahren (BGW, 2007).

Sucht-Selbsthilfegruppen

Umgang mit (dem Thema) Gewalt

Mitglieder von Selbsthilfegruppen verpflichten sich zu gegenseitiger Verschwiegenheit. Das ermöglicht, offen zu reden und einander sehr Persönliches anzuvertrauen. Doch beim Thema Gewalt bestehen häufig Unsicherheiten: Wie ist zu reagieren, wenn von Gewalt gegen sich selbst oder gegen andere berichtet wird? Wo liegen Grenzen der Vertraulichkeit? Haben traumatisierte Gewaltopfer und Gewalttätige überhaupt einen Platz in der Gruppe? Dieses Kapitel klärt Aspekte der Gruppenarbeit, gesetzliche Hintergründe und gibt Handlungstipps.

Trauma und Selbsthilfe

Trauma-Selbsthilfegruppen für Menschen klammern häufig das Thema Abhängigkeit aus. Sucht-Selbsthilfegruppen fühlen sich eventuell vom Thema Trauma überfordert. Traumatisierte Abhängige können sich hier wie dort fehl am Platz fühlen. Noch mehr, falls Abstinenz gefordert wird. Beide Arten von Gruppen haben aber Stärken, die für Traumaopfer wichtig sind. Trauma-Gruppen legen Wert auf Schutz und Sicherheit, um Auslöser und erneute Traumataerfahrungen zu vermeiden. Sucht-Selbsthilfegruppen haben häufig klare überschaubare Sitzungsstrukturen. Traumatisierte Opfer brauchen das Beste aus beiden Welten: Sicherheit und Struktur. Ist keine Gruppe mit diesen Merkmalen regional erreichbar, ist eventuell eine eigene Gruppe zu gründen: siehe Lesetipp.

Lesetipps

Martina Stubenvoll, Claudia Schulze, Ingo Schäfer:
[Mit Selbsthilfe den Alltag meistern!](#)
Hamburg, 2011
Download unter → Info Ratsuchende → Selbsthilfe
→ Ratgeber zur Gründung einer Selbsthilfegruppe
auf www.trauma-und-sucht.de

Gewalt gegen sich selbst

Abhängigkeit ist eine Form der Gewalt gegen sich selbst. Sie kann in letzter Konsequenz in einer Überdosierung enden oder im Rausch zu lebensgefährlichen Verletzungen führen. Selbsthilfegruppen unterstützen dabei, von Suchtmitteln unabhängig(er) und gesünder zu leben. Trotzdem können deprimierende Gefühle aufkommen: „Es hat ja alles keinen Sinn mehr“, „Das Leben lohnt ohnehin nicht mehr“. Solche Äußerungen, aber auch Rückfälle, erkennbare Verwahrlosung, zu leichtsinniges Verhalten und übertriebene Großzügigkeit können ankündigen, dass ein Suizid droht. Eventuell werden auch entsprechende Pläne angedeutet. Es gibt kein Patentrezept für den Umgang mit Gefährdeten. Doch meist entlastet es, über angestaute Probleme zu reden. Einladende Fragen können dabei helfen, etwa: Was bedrückt dich? Was macht dich so traurig? Was lässt dich verzweifeln? Reden lassen, zuhören, ernstnehmen und eventuell Hilfe anbieten. Das kann die Welt bereits ein Stück anders aussehen lassen. Aber: Das Gespräch in der Selbsthilfegruppe ersetzt keine therapeutische Behandlung. Hauptursache für Suizide ist eine Depression. Daher sollte auf professionelle Hilfe hingewiesen werden, etwa auf die Notfallambulanz einer Klinik oder auf niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater. Jeder, der eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung wahrnimmt, ist verpflichtet, den psychiatrischen Notdienst, den Rettungsdienst oder die Polizei zu rufen. Dann nichts zu tun, ist strafbar (§ 323c StGB; www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org).

Gewalt gegen andere

Trotz aller Vertraulichkeit wird in Selbsthilfegruppen selten offen von begangenen Gewalttaten berichtet. Fallen doch entsprechende Andeutungen, lässt sich in der Regel mehr erreichen, wenn auch Gewalttätige ein offenes Ohr finden. Selbsthilfegruppen sind nicht dazu da, Taten zu bewerten. Sie können aber die Möglichkeit eröffnen, über begangene Taten zu sprechen. Viele Gewalttätige würden ihr Verhalten gerne ändern – schaffen es aber vielleicht nicht alleine.

Sie können auf Angebote der Gewaltberatung hingewiesen werden (siehe S. 37 und QR-Code S. 41).

Gruppenleitende verstehen sich als „Beistand“ ihrer Mitglieder. Das bedeutet: zu verstehen, aber nicht, mit allem einverstanden zu sein. Es kann sein, dass Leitung wie Mitglieder ein Verschweigen berichteter Taten nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren können, etwa im Falle einer eventuellen Kindeswohlgefährdung. Dann können sie Jugendamt oder Polizei informieren (Guttempler, 2017).

Pflicht zur Verschwiegenheit?

Leitung und Mitglieder einer Selbsthilfegruppe verabreden Verschwiegenheit. Dies ist aber eine private Absprache. Sie vertrauen sich persönliche Informationen auf ähnlicher Grundlage an, wie dies im Familien- oder Freundeskreis geschieht. Anvertrautes auszuplaudern, stünde nur dann unter Strafe, wenn dadurch die Grenze zur Beleidigung (§ 185 StGB) oder zu übler Nachrede (§ 186 StGB) überschritten würde.

Umgekehrt sind Leitung wie Mitglieder einer Selbsthilfegruppe grundsätzlich nicht verpflichtet, Dritten mitzuteilen, was sie gehört haben. Ausnahme: Sie erfahren von der Planung eines schweren Gewaltverbrechens wie Mord, Totschlag, Raub, räuberische Erpressung und weitere gemeingefährliche Straftaten (§ 138 StGB; Wolfslast, 2002). Bestimmte Berufsgruppen dagegen unterliegen der Schweigepflicht, darunter ärztliches, psychologisches, sozialarbeiterisches und sozialpädagogisches Fachpersonal sowie Beratende in anerkannten Beratungsstellen (§ 203 StGB). Auf Leitung und Mitglieder einer Selbsthilfegruppe trifft dies nicht zu – auch dann nicht, wenn sie einen schweigepflichtigen Beruf ausüben. Es sei denn, sie werden aufgrund ihrer Expertise zu einem Treffen einer Selbsthilfegruppe eingeladen und sprechen dort in ihrer Eigenschaft als ärztliche oder psychologische Fachkraft. Alles, was sie dann im Gespräch erfahren, fällt unter ihre Schweigepflicht.

Pflicht zur Anzeige?

Privatpersonen wie Mitglieder einer Selbsthilfegruppe sind nicht verpflichtet, bereits vorgefallene Straftaten anzuzeigen. Doch muss jeder Anzeige erstatten, der glaubhaft von schweren Straftaten zu einem Zeitpunkt erfährt, an dem sich diese noch verhindern lassen (§ 138 StGB). Ausnahmen gibt es für bestimmte Berufsgruppen wie Geistliche und Rechtsbeistände sowie – unter bestimmten Voraus-

setzungen – auch für Angehörige. Doch selbst Angehörige müssen Anzeige erstatten, sobald sie von der Planung schwerer Gewaltverbrechen erfahren (§ 139 StGB). Strafanzeigen können bei der Polizei und Staatsanwaltschaft gestellt werden, teils auch online (www.online-strafanzeige.de) und bei Bedarf anonym (siehe auch S. 29).

Gewalt untereinander

„Wir gehen offen und ehrlich miteinander um“- Das machen sich die meisten Selbsthilfegruppen zur Regel. In der Praxis kann dies eventuell aber auch zu vorschnellen Bewertungen führen: „Das musst du so machen...“ oder „Kein Wunder, dass er/sie ... wenn du immer ...“. Beim Kritisierten kann dies eine Reihe negativer Gefühle wie Schuld, Scham und Verzweiflung auslösen und damit selbstbestimmte Lösungen verhindern. Es wirkt sich auch negativ auf das Gruppenklima aus. Angst vor der Reaktion der Gruppe führt zu Zurückhaltung und Verslossenheit. Aber: Gruppenleitende führen Regie. Sie können auf eine gewaltfreie Kommunikation hinwirken, in der es vorrangig um das Zuhören, nicht um das Bewerten geht. Motto: „Hab ich dein Ohr, find ich mein Wort“ (Marold, 2019). Dafür gibt es eine Reihe von Techniken zur Gesprächsführung. Entsprechende Schulungen bieten die Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenz-Verbände an:

www.blaues-kreuz.de
www.bke-suchtselbsthilfe.de
www.freundeskreise-sucht.de
www.guttempler.de
www.kreuzbund.de

Lesetipps

Carl R. Rogers: [Die nicht-direktive Beratung](#). 15. Aufl. Frankfurt: Fischer TB.

Marshall B. Rosenberg: [Gewaltfreie Kommunikation](#). 12. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband: [„In der Mitte von Schwierigkeiten liegen die Möglichkeiten“](#) – Schwierige Themen in der Sucht-Selbsthilfe – eine Denk- und Arbeitshilfe für Gruppenbegleiter“. Kostenfreier Download auf: www.freundeskreise-sucht.de

Risiken erkennen

bei Klientel sowie Patientinnen und Patienten



So gut wie alle Menschen erleben Gewalt, zumeist schon im Kindesalter. Mal als Zeugin bzw. Zeuge, mal als Opfer, mal als ausübende Person einer der vielfältigen Formen von Gewalt. So sammelt jeder Mensch Gewalterfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven. Dabei ist niemand „immer Gut“ oder „immer Böse“. Gerade bei Abhängigen wird besonders deutlich, dass Menschen zugleich Opfer und Täter bzw. Täterin sein können. Es fördert außerdem die Wachsamkeit, Risiken eines Übergriffs auf die eigene Person wahrzunehmen. Weiterhin kann dies eventuell den Einstieg ins Gespräch erleichtern: „Wir alle haben schon einmal Gewalt erlitten oder ausgeübt: Was ist Ihnen in bleibender Erinnerung?“ (vgl. S. 18). Beratende und therapeutische Fachkräfte können das Gefühl vermitteln, dass über Gewalt geredet werden kann wie über alles andere auch. Werden verübte Taten berichtet, ist selbstverständlich klar, die Grenze zu ziehen. Der gewalttätige Mensch ist zu verstehen, ohne mit den Taten einverstanden zu sein (Thünemann, 2015).

Häufige Hürden

In der Regel schämen sich Täter bzw. Täterin wie Opfer, über ihre Gewalterfahrungen zu reden. Wer Gewalt ausgeübt hat, weiß im Grunde trotz aller Verdrängungsmechanismen um seine Schuld. Paradoxerweise halten sich auch Opfer oft für schuldig („Hätte ich doch/nicht ...“) und schämen sich, Opfer geworden zu sein. Männer wie Frauen, die in ihrer Kindheit (sexuelle) Gewalt erlitten haben, laufen besonders häufig in die Falle von Schuld und Scham. Entwickelten sie in der Folge eine Abhängigkeit, erhöht dies ihre Mauer aus Schuld- und Schamgefühlen. Ihnen gelingt es häufig erst nach Jahrzehnten, über ihre belastenden Kindheitserlebnisse zu sprechen. Und dies oft auch nur dann, wenn der Leidensdruck zu hoch geworden ist. Dabei kämpfen beide Geschlechter mit Erinnerungslücken: Dies ist Trauma-immanent (Gahleitner, Gunderson, 2008; vgl. S. 32). Beratende und therapeutische Fachkräfte müssen „das Unausprechliche aussprechbar machen“. Nur dann können sich Opfer wie Täterinnen bzw. Täter öffnen (Steffes-enn, 2010).

Hürden überwinden

Eine frühe Traumatisierung durch Gewaltausübung nahestehender Menschen kann eine spätere Suchtentwicklung fördern und der Persönlichkeitsentwicklung massiv schaden. Früh Traumatisierte haben häufig ein geringes Selbstwertgefühl und ein gestörtes Selbstbild. Sie wagen z. B. kaum Vertrauen zu fassen und Bindungen einzugehen. Sie sind sich ihrer eigenen Gefühle unsicher und können diese häufig auch nur eingeschränkt steuern (Schäfer, 2016). All dies ist zu bedenken, wenn es darum geht, eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Abhängige, besonders wenn sie zudem traumatisiert sind, brauchen das Gefühl von Sicherheit, Vertraulichkeit, Verlässlichkeit und Wertschätzung. Sie sind vor allem als Expertinnen und Experten des eigenen Lebens und dessen Gestaltung anzuerkennen (GeSA, 2018; Aeberhard, 2015; vgl. S.32f.).

Substanzkonsum als „Lebensmittel“

Alkohol, Drogen und Medikamente werden grundsätzlich wegen ihrer Wirkungen konsumiert. Die Motivation richtet sich nach der Lebenslage. Traumatisierte erhoffen sich, vergessen zu können beziehungsweise schmerzhaftes Erinnerungen und Erlebnisse leichter zu ertragen. Beratende können zu verstehen geben, dies als kurzfristig sinnvolle Überlebensstrategie anzuerkennen (GeSA, 2018). Sie können sogar gemeinsam mit den Abhängigen auf die Suche nach stabilisierenden Faktoren des Substanzkonsums gehen. Warum sehen Sie Substanzkonsum als geeignetes Hilfs- oder gar „Lebensmittel“? Was gelingt Ihnen dadurch? Welche weiteren Ressourcen haben Sie, die Ihnen helfen, zu überleben beziehungsweise etwas zu erreichen? Wo liegen Ihre Stärken und Fähigkeiten? Dieser ressourcenorientierte Ansatz hilft Abhängigen, ihre Situation nicht als „versagen“ wahrzunehmen. Zugleich wird darüber eine anerkennende und wertschätzende Gesprächsatmosphäre geschaffen. Die Anerkennung positiver Seiten fördert das Gespräch mit (abhängigen) Gewaltopfern wie mit (abhängigen) Gewalttätigen (Reddemann, Teunißen, 2006).

Fallbeispiel

Der amerikanische Musiker Ray Charles musste als Sechsjähriger mitansehen, wie sein jüngerer Bruder in einem Waschzuber ertrank. Neun Monate später erblindete er. Seine Mutter, die ihn allein großgezogen hatte, verlor er mit 14 Jahren. Er verarbeitete seinen Schmerz in der Musik, floh aber auch für 20 Jahre in den Konsum von Drogen. Die Musik half dem „Hohepriester des Soul“ allerdings, wieder unabhängig zu werden. Nicht jede abhängige Person wird zur Musik-Legende. Doch jeder Mensch hat Talente und Fähigkeiten, die ihn stärken können.

Substanzkonsum als „Lösungsmittel“

Der Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten kann ein Mittel sein, vergangene oder aktuelle Gewalterlebnisse zu verkraften. Dies ist zu bedenken, wenn nach erlittener Gewalt gefragt wird. Substanzkonsum kann den Schweregrad erlebter Gewalt dämpfen und die Wahrnehmung verzerren. Außerdem erliegen Gewaltopfer wie Gewalttätige häufig beide der Illusion, den Substanzkonsum als Ursache für einen Gewaltausbruch zu sehen. Das ermöglicht es der gewaltausübenden Person, die Verantwortung von sich zu schieben: „Schuld“ war die Substanz (Aeberhard, 2015).

Gewalt zur Sprache bringen

Die wenigsten Menschen sprechen erlittene wie ausgeübte Gewalt beziehungsweise ihre Abhängigkeit von sich aus an. Abhängige, Gewaltopfer wie Gewalttätige brauchen aber jeweils Hilfe, um zu einem selbstbestimmten erfüllten Leben zu gelangen. Welche Art der Unterstützung sie brauchen, richtet sich nach ihrer persönlichen Problemlage. Es empfiehlt sich, tabuisierte Themen wie Gewalt und Abhängigkeit aktiv anzusprechen und systematisch zu erfragen (Schäfer, 2019). So sollten zum Beispiel Gewaltberatende nach dem Substanzkonsum fragen und Suchtberatende nach Gewalterfahrungen. Dabei sollte grundsätzlich auch das Risiko von Kindern erfragt werden: im Haushalt wie im privaten oder beruflichen Umfeld. Die folgenden Seiten geben dazu Anregungen.

2018 verübten partnerschaftliche Gewaltdelikte unter dem Einfluss von Alkohol:

- **24 %** der männlichen Tatverdächtigen (22.380 von 93.813 Männern)
- **21 %** der weiblichen Tatverdächtigen (5.058 von 23.660 Frauen)
- **1,4 %** der Opfer partnerschaftlicher Gewalt standen unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

2018 waren dies **1.823 Opfer**. Von ihnen hatten rund **92 %** Alkohol getrunken, rund **5 %** Drogen und **2,5 %** Medikamente genommen. Das Bundeskriminalamt wertet nur für partnerschaftliche Gewaltdelikte den Anteil der Opfer mit Substanzkonsum aus, nicht für insgesamt in Deutschland begangene Gewalttaten. Bei den Tatverdächtigen wird nur der Konsum von Alkohol extra ausgewiesen. Die Studie „Partnerschaftsgewalt“ des BKA berücksichtigt nicht die Dunkelziffer.

(BKA, 2019d)

Abhängige auf Gewalterfahrungen ansprechen

Abhängige, die durch Gewalterlebnisse traumatisiert wurden, brauchen eine andere Behandlung als Suchtpatientinnen und -patienten ohne Trauma. Häufig erkranken traumatisierte Abhängige früher und schwerer als Abhängige ohne diese Art der Vorbelastung. Sie leiden oft an komplexen Beschwerden, darunter typischerweise PTBS, Angststörungen und Depressionen. Die passende Unterstützung kann nur nach einer genauen Diagnostik vermittelt werden. Daher wurde für Fachkräfte in psychosozialen Berufen eine eintägige Fortbildung zum Erfragen von Traumatisierungen entwickelt: „Learning how to ask“. Das Training vermittelt Grundregeln zum Erfragen wie zum Umgang mit Berichten traumatischer Erfahrungen (Lotzin, 2019). Diese Kapitel informiert über die Grundregeln, ersetzt aber keinesfalls die Fortbildung!

Grundregel 1: Heranführen

Traumatische Erfahrungen sollten nicht „aus heiterem Himmel“ erfragt, sondern durch eine Erklärung eingeleitet werden, zum Beispiel so:

„Nach unserer Erfahrung hatten Suchterkrankte oft sehr belastende Erlebnisse im Leben. Solche belastenden Erfahrungen können zu Suchtproblemen führen und diese verfestigen. Wir sollten daher auch über solch belastende Erfahrungen reden, wenn wir besprechen, welche Unterstützung für Sie hilfreich wäre.“

Grundregel 2: Präzise fragen

Traumatische Erfahrungen wie körperliche und sexuelle Gewalt oder Vernachlässigung sollten nicht umschrieben, sondern direkt erfragt werden. Das befreit Klientinnen und Klienten davon, selbst bewerten zu müssen, ob es sich um ein traumatisches Ereignis handelt.

Eine spezifisch formulierte Frage nach körperlicher Gewalt könnte so lauten:

→ „Wurden Sie schon einmal geschlagen oder körperlich angegriffen?“

Eine spezifisch formulierte Frage nach sexuellem Missbrauch könnte so lauten:

→ „Hat in Ihrer Kindheit jemand versucht, Sie intim zu berühren?“

Eine spezifisch formulierte Frage nach Vernachlässigung könnte so lauten:

→ „Hatten Sie in Ihrer Kindheit ausreichend warme Kleidung und Nahrung?“

Grundregel 3: Grenzen wahren

Das Erfragen traumatischer Erfahrungen erfordert einen Balanceakt zwischen Ermutigung und Grenzziehung. Klientinnen und Klienten, die über Belastendes (jetzt) nicht reden wollen, sollten nicht gedrängt werden. Andere können aber auch zu sehr ins Detail gehen. Das überschreitet die Grenzen einer Trauma-Diagnostik. Dann ist Distanz zur Vergangenheit zu schaffen, indem die Klientinnen und Klienten ins Hier und Heute zurückgeholt werden: „Vielen Dank, dass Sie über diese belastenden Erfahrungen berichtet haben. Welche Unterstützung wäre heute für Sie hilfreich?“

Grundregel 4: Gefühle ernst nehmen

Über traumatische Erlebnisse zu berichten, löst unterschiedliche Gefühle aus. Einige empfinden vor allem Erleichterung, endlich sprechen zu können. Bei anderen kommen Wut, Angst, Scham oder Schuldgefühle hoch. Alle Gefühle sind nachvollziehbar und sollten anerkannt werden. So fühlt sich die Klientel sicher und ernstgenommen. Es kann hilfreich sein, ihnen zu versichern, dass es angemessen und wichtig war, über traumatische Erfahrungen zu sprechen: „Es ist gut, dies ausgesprochen zu haben. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.“

Grundregel 5: Unterstützung anbieten

Bei Bedarf sollte ein weiteres Gespräch oder weitergehende Unterstützung angeboten werden. Schließlich kann gemeinsam überlegt werden, was die Klientinnen und Klienten im Anschluss an das Gespräch für ihren seelischen Ausgleich brauchen, zum Beispiel einen Spaziergang oder Musik hören. Zur Beendigung der Befragung eignet sich auch eine stabilisierende Atemübung (Lotzin, 2019).

Praxistipp

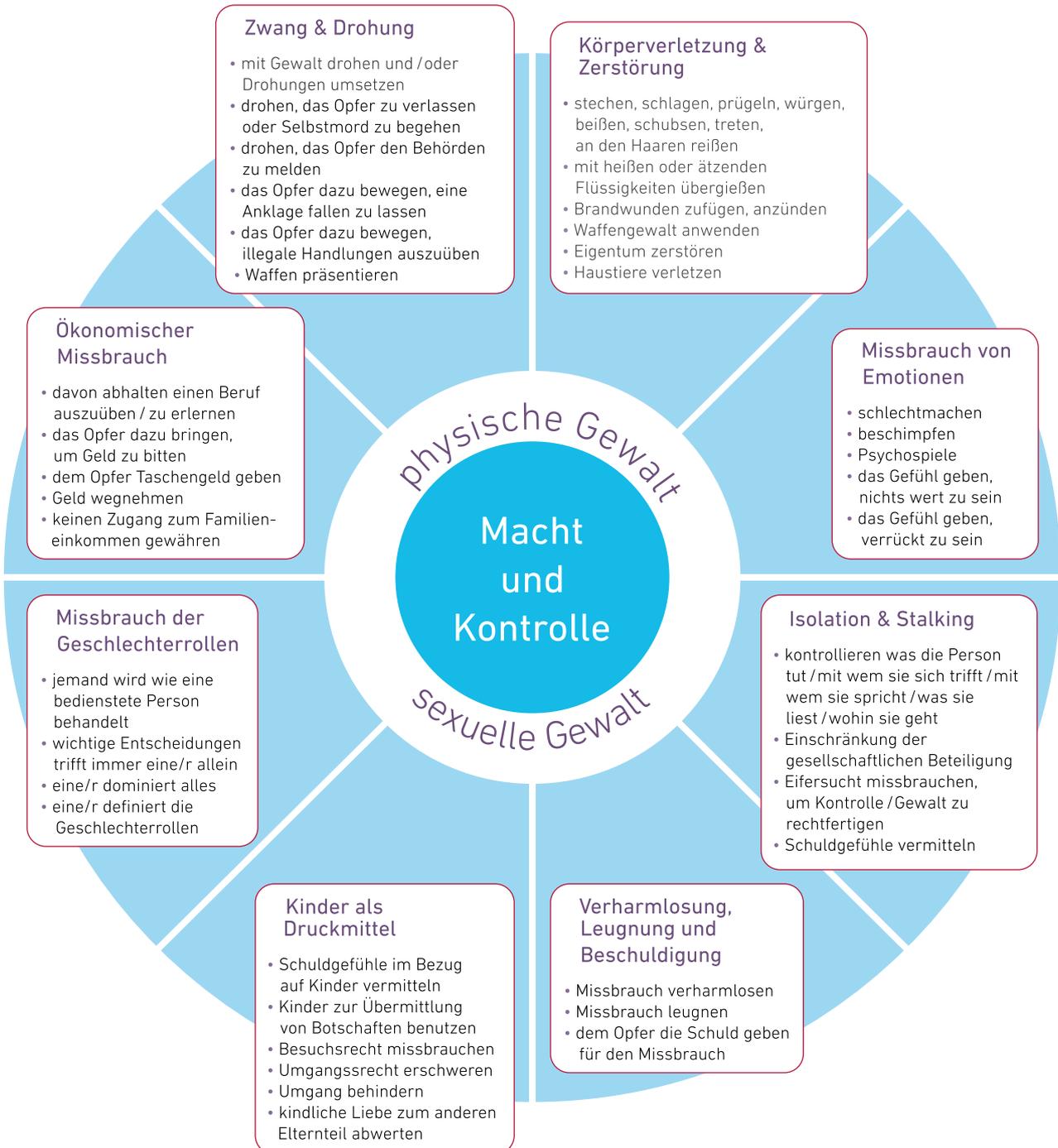
Das Zentrum für Psychotraumatologie Hamburg (ZEP) bietet Inhouse-Schulungen für „Learning how to ask“: zep-hh.de

Gewalterfahrungen erfragen

Was ist gewalttätig? Eine Untersuchung an Opfern häuslicher Gewalt ging dieser Frage nach. Es wurde zusammengetragen, welche Formen Gewaltausübung annehmen kann. Ihr Gewalttrad wurde für diese Arbeitshilfe so erweitert, dass nun über diese Vorlage ein Gespräch über öffentlich oder häuslich verübte oder erlittene Gewalt begonnen werden kann.

Mögliche Fragen:

- ▶ Welche Formen der Gewalt kennen Sie aus Ihrem Leben?
- ▶ Welche Formen der Gewalt haben Sie selbst schon einmal angewendet? Gegen wen?
- ▶ Welche Formen der Gewalt haben Sie selbst schon einmal erlebt? Durch wen?



Quelle in Anlehnung an Duluth-Modell/Gewalttrad
Domestic abuse intervention programs (DAIP)

Häusliche Gewalt

Beim Thema „häusliche Gewalt“ steht meist die Gewalt zwischen zwei Menschen in einer (festen) Beziehung im Fokus. Doch dies ist nur ein Ausschnitt. Gewalt gegen Familienmitglieder kann jeder verüben, der reif genug ist, bewusst zu handeln: ältere Kinder gegen ihre Eltern, Eltern gegen ihre Kinder, Männer gegen Frauen, Frauen gegen Männer. Jedes Alter und Geschlecht kann zu Hause Gewalt erleiden, fast jedes Alter und jedes Geschlecht kann Gewalt ausüben. Beschäftigte im Sozial- und Gesundheitswesen müssen sich bewusst sein, dass man es Menschen nicht ansieht, ob sie Gewalt gegen Nahestehende verüben. Im Gegenteil: Gewalttätige sind vielfach besonders unauffällige Menschen. Häufig sieht man auch Opfern nicht an, dass sie Gewalt erleiden müssen. Dieses Kapitel versucht möglichst umfassend für häusliche Gewalt zu sensibilisieren.

Kinder gegen Eltern

Nach Schätzungen verüben in 10 bis 16 % der Familien in Deutschland Heranwachsende körperliche Gewalt oder seelische Grausamkeit gegenüber ihren Eltern. Das Risiko ist bei sozial schwachen Eltern, einem alleinerziehenden oder einem suchtkranken Elternteil besonders hoch. Häufig haben gewalttätige Jugendliche kaum Zuneigung für oder Achtung vor ihren Eltern. Manche Jugendlichen versuchen, ihr eigenes schwaches Selbstwertgefühl durch Drogen und Alkohol zu stärken. Das kann verbale und körperliche Gewalt fördern. Eltern sind jedoch nur selten bereit, über Gewalttaten ihrer Kinder zu reden oder sie gar zur Anzeige zu bringen (Guttempler, 2017).

Eltern gegen Kinder

2018 wurden insgesamt rund 66.800 Kinder unter 14 Jahren Opfer einer polizeilich erfassten Straftat. Zwei Drittel von ihnen erlitten Körperverletzungen, fast 10.000 wurde ihre persönliche Freiheit genommen, 63 ermordet. Noch häufiger wurden Jugendliche und Heranwachsende Opfer einer Straftat. Unter den Tatverdächtigen sind auch Elternteile. Kriminalistische Studien ergaben, dass schwere Gewalt gegen Babys und Kleinkinder (von der Kindesmisshandlung bis zur Kindstötung) überwiegend von jungen Müttern ausgeht, mit zunehmendem Alter der Kinder steigt der Anteil der Väter als Täter. Bei Opfern über 15 Jahren übten zu fast 92 % Väter oder Bekannte die Gewalt aus. Die Motive elterlicher Gewalttaten können Verzweiflung, Verwirrung, Wahnzustände, Rache am Partner oder an der Partnerin, Überforderung, aber auch falsch verstandene Liebe sein. Schläge werden teils als „ordentliche“ Erziehung missverstanden. Psychisch kranke sowie suchtkranke Eltern haben ein besonders hohes Risiko, ihren Kindern im Rausch beziehungsweise im Zustand der Verwirrung Gewalt anzutun (Steffes-enn, 2010). Aber auch psychisch stabile Eltern können überfordert reagieren, etwa auf anhaltendes Schreien ihres Babys. Laut Schätzungen kommen jährlich 100 bis 200 Säuglinge und Kleinkinder mit einem Schütteltrauma in deutsche Kliniken. Die Dunkelziffer soll weit höher sein. Schütteln kann zu schweren Verletzungen im Gehirn führen. Bis zu 80 % der Todesfälle durch Gehirnverletzungen bei Säuglingen beruhen laut Schätzungen nicht auf zufälligen Verletzungen (www.elternsein.info/schuetteln/gefahr-schuetteln/; www.bitte-nicht-schuetteln.de/fachkraefte/).

Partnerschaftsgewalt

Bei Partnerschaftsgewalt überwiegen in polizeilich erfassten Straftaten männliche Tatverdächtige deutlich. In diesem sogenannten Hellfeld sind 81 % der Opfer partnerschaftlicher Gewalt weiblich und „nur“ 19 % männlich. Nach internationalen wie deutschen Dunkelfeldforschungen geht die Gewalt aber gleichermaßen von beiden Geschlechtern aus. Eine Hamburger Untersuchung zu häuslicher Gewalt ergab: „Insbesondere in Fällen von Beziehungsgewalt kommt es nicht selten zu wechselseitiger Gewalt – vor allem, wenn eine oder mehrere beteiligte Personen unter Einfluss von Suchtmitteln (insbesondere Alkohol) stehen. So stellen wechselseitige Tathandlungen, bei denen der Täter-Opfer-Status bei wiederholten Vorfällen von Anzeige zu Anzeige wechseln kann oder es sogar innerhalb einer Gewaltsituation zu gegenseitigen Übergriffen kommt, eine besondere Herausforderung dar.“ (Hamburger Opferschutzkonzept, 2014, S. 42)

Kreislauf der Beziehungsgewalt

Partnerschaftsgewalt dauert häufig über längere Zeiträume an. Typischerweise durchläuft sie dabei Zyklen: Nach dem Gewaltakt erwacht die gewaltausübende Person wie aus einer Betäubung, erkennt, was sie getan hat, bereut es und beteuert, „so etwas nie wieder zu tun“. Daraufhin beruhigen sich alle Beteiligten. Klingt der Schrecken ab, schiebt die gewalttätige Person die Schuld von sich – auf die Umstände, den oder die anderen, den Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, die Sucht etc. Bis zum nächsten Mal. Mit der Zeit können die Abstände zwischen den Gewaltausbrüchen kürzer werden und die Schwere der Gewalt zunehmen (Lempert, 2000; www.polizei-beratung.de).

Gründe der Partnerschaftsgewalt

Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen stehen vor der Aufgabe, sich auf keinen „Kampf der Geschlechter“ und auf keine Manipulationen einzulassen, sondern Distanz zu wahren und unvoreingenommen zu prüfen: Liegen der Partnerschaftsgewalt Machtgefälle oder Ohnmachtsgefühle, eine Suchterkrankung, ein Trauma und/oder eine psychische Störung zugrunde? Welche Hilfe brauchen Menschen, die (vorrangig) Opfer sind? Und was brauchen Menschen, die (vorrangig) gewalttätig sind? Bei Partnerschaftsgewalt ist immer auch zu fragen: Sind Kinder mitbetroffen? (siehe S. 26) Die Antworten entscheiden mit über die Hilfen, die anzubieten oder zu vermitteln sind.

Opfer: Männer & Frauen

Jede vierte Frau erlebte mindestens einmal im Leben körperliche oder sexuelle Gewalt durch ihren Lebenspartner.

Jeder vierte Mann erfuhr mindestens einmal oder mehrmals körperliche Gewalt durch eine Lebenspartnerin.

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend (BMFSFJ), 2004 und 2005)

Mord

699 Opfer von Mord und Totschlag in Deutschland registrierte die Polizei 2018.

359 Opfer waren männlich, **340** weiblich.

Von den weiblichen Opfern waren 71 von ihren Ehemännern, 28 von ihren Partnern und 24 von ihren Ex-Partnern getötet worden. Der Anteil der Beziehungstaten liegt damit bei **36 %**.

Von den männlichen Opfern waren 15 von ihren Ehefrauen, sechs von ihren Partnerinnen und fünf von ihren Ex-Partnerinnen getötet worden. Der Anteil der Beziehungstaten liegt damit bei **7 %**.

(BKA, 2019b)

Körperverletzung

578.841 Opfer von Körperverletzungen erfasste die Polizei 2018.

62,6 % von ihnen sind männlich, **37,8 %** weiblich.

Ein Drittel der männlichen und **zwei Drittel** der weiblichen Opfer wurden von Familienmitgliedern, (Ehe-)Partner/-innen und näheren Bekannten verletzt.

(BKA, 2019b)

Häusliche Gewalt und Suchtprobleme ansprechen

Im Auftrag des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit erarbeitete das Blaue Kreuz Schweiz interdisziplinär die Studie „Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol“. Daraus entstand das 144 Seiten starke Handbuch für die Beratungspraxis „Alkohol und häusliche Gewalt“. Mit freundlicher Genehmigung des Schweizer Blauen Kreuzes übernimmt diese Arbeitshilfe daraus einige Anregungen und passt sie für eine breiter ausgerichtete Ansprache an (Aeberhard, 2015).

Grundsätzliches

Gewalt- und Suchtprobleme in der Familie lassen sich keinesfalls im Rahmen einer Paar- oder Familientherapie in Anwesenheit mehrerer Familienmitglieder diagnostizieren. Potenzielle Opfer könnten sich durch ihre Antworten in weitere Gefahr bringen. Gespräche dazu sind daher jeweils mit einem Familienmitglied alleine zu führen. Braucht es Dolmetschende, sollten diese möglichst unvoreingenommen sein und keine persönliche Verbindung zu den Gesprächsparteien haben. Die Schweigepflicht der Dolmetschenden ist vertraglich zu regeln. Die Erfahrung zeigt, dass Betroffene bei der ersten Ansprache zurückhaltend reagieren und erst im weiteren Beratungsprozess über ein Problem (z.B. Alkohol) bereit sind, ein weiteres Problem (z.B. Gewalt) zu besprechen.

Einfühlsam vorbereiten

Das Gespräch zu Gewalt- und Suchtproblemen in der Familie kann schrittweise eröffnet werden (vgl. S. 18f.). Die Formulierungen sind Vorschläge, die für die Praxis situationsgerecht anzupassen sind.

→ Normalisieren

„Viele Menschen haben mehrere Probleme. So können beispielsweise Menschen mit einer Suchterkrankung auch ein Problem mit (häuslicher) Gewalt haben. Es ist daher normal, dass in einer Suchtberatung auch Fragen nach Gewalt gestellt werden und in einer Gewaltberatung auch der Konsum von Substanzen angesprochen wird. Wir schließen Sie nicht aus der Beratung aus, sollten Sie ein Problem mit

Gewalt oder mit illegalen Substanzen haben. Uns liegt viel an Ihrem Wohlbefinden, daher wollen wir uns ein ganzheitliches Bild von Ihrer Situation machen. Mit Ihrer Zustimmung unterstützen wir Sie bestmöglich bei allen Problemen.“

→ Bedeutung erklären

„Ihre Antworten geben die Richtung für unsere Beratung vor. Je genauer und aufrichtiger Sie Ihre Situation beschreiben, desto besser können wir auf Ihre Problemlagen eingehen und mit Ihnen zusammen Lösungen suchen und finden.“

→ Möglichkeiten aufzeigen und Entscheidungsfreiheit betonen

„Wenn Sie wollen, können wir zusammen passende Unterstützungsangebote ausfindig machen. Es ist Ihre Entscheidung, ob und welche Unterstützung Sie dann annehmen.“

→ Vertraulichkeit zusichern, aber eventuelle Grenzen aufzeigen

„Wir unterliegen der Schweigepflicht. Was Sie mir anvertrauen, bleibt in diesen vier Wänden. Hier ist aber auch kein rechtsfreier Raum. Wenn Sie wollen, dass wir mit einer anderen Stelle eng zusammenarbeiten, können Sie mich von der Schweigepflicht entbinden. Falls sich eine Notwendigkeit dafür abzeichnet, erkläre ich Ihnen ausführlich, was das für Sie bedeutet“ (vgl. S. 15 und 28).

Link

Das Handbuch plus standardisierte Erhebungsinstrumente, Handlungs- und Notfallpläne, Checklisten und viele weitere Informationen zu häuslicher Gewalt sind abzurufen unter:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol/soziale-folgen/gewalt.html



Kopiervorlage

Häusliche Gewalt und Suchtprobleme erfragen

Fragen nach dem Substanzkonsum

- ▶ Konsumieren Sie oder ein Familienmitglied Alkohol oder illegale Drogen?
Falls ja: Was genau?
- ▶ Wie viel konsumieren Sie oder ein Familienmitglied pro Tag/pro Woche?
- ▶ Beschreiben Sie einen typischen Tag.
- ▶ Was bringt Sie oder das Familienmitglied dazu, Alkohol oder Drogen zu konsumieren?
- ▶ Gibt es etwas, was vom Konsum abhält oder ihn stoppt?
- ▶ Konsumieren Sie alleine oder mit anderen zusammen? Auch mit Familienmitgliedern?
- ▶ Wie schätzen Sie sich oder Ihr Familienmitglied ein: Was bewirkt der Konsum von Alkohol und Drogen? Entspanntes oder aggressives Verhalten?
- ▶ Konsumieren Sie oder ein Familienmitglied bewusst Substanzen, um sich in Rausch zu versetzen?
- ▶ Hatten/Haben Sie nach einem Rausch schon einmal Erinnerungslücken?
- ▶ Kontrollieren Sie Ihren oder ein Familienmitglied seinen Konsum von Alkohol oder Drogen? Falls ja, was hilft dabei?

Fragen nach häuslicher Gewalt

- ▶ Gibt es Dinge, die Sie wegen Ihres Partners, Ihrer Partnerin, Ihrer Eltern oder Ihrer (Groß-) Familie nicht machen?
- ▶ Gibt es Dinge, die Sie nur wegen Ihres Partners, Ihrer Partnerin, Ihrer Eltern oder Ihrer (Groß-) Familie machen?
- ▶ Hatten Sie jemals Angst vor einem Familienmitglied? Falls ja, warum?
- ▶ Gab es umgekehrt Situationen, in denen Familienmitglieder eventuell Angst vor Ihnen hatten? Woran können Sie sich erinnern?
- ▶ Haben Sie Angst, nach Hause zu gehen?
- ▶ Haben Sie Kinder?
- ▶ Leben Kinder mit Ihnen im Haushalt zusammen? (Falls ja, siehe S. 26)

Fragen nach häuslicher Gewalt unter Substanzkonsum

- ▶ Verloren Sie oder ein Familienmitglied schon einmal nach dem Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten die Kontrolle über sich und wurde(n) gewalttätig?
- ▶ Haben Sie schon einmal ein Familienmitglied verletzt, zum Beispiel im Rausch?
- ▶ Welche Entwicklung beobachten Sie? Verlieren Sie oder Ihr Familienmitglied häufiger und in schlimmerem Ausmaß die Kontrolle?
- ▶ Konsumieren Sie, wenn Sie Gewalt erlebt haben? Wie oft ist das bereits passiert?
- ▶ Konsumieren Sie, wenn Sie Gewalt verübt haben? Wie oft ist das bereits passiert?
- ▶ Hat Ihnen ein Familienmitglied jemals erzählt, dass es Angst vor Ihnen im Rauschzustand hatte?
- ▶ Wenn Sie Rausch erleben wollen und fürchten, dabei aggressiv zu werden: Treffen Sie Vorkehrungen, um Familienmitglieder vor Ihren eventuellen Angriffen zu schützen?
- ▶ Hat Ihnen ein Familienmitglied jemals das Gefühl gegeben, dass Sie Alkohol oder Drogen konsumieren müssten? Oder Ihnen diese aufgedrängt? Falls ja: Wie oft bereits?
- ▶ Wurden Sie schon wegen Ihres Konsums von Alkohol, Drogen oder Medikamenten von Ihrer Familie kritisiert? Wie haben Sie reagiert?

Fragen nach der behördlich erfassten Bedrohungslage

- ▶ Hatten Sie jemals Probleme mit Behörden wegen Streitereien oder wegen des Konsums von Alkohol oder Drogen?
- ▶ Wurde jemals wegen Ihnen die Polizei gerufen? Falls ja, warum?
- ▶ Haben Sie jemals wegen familiärer Auseinandersetzungen die Polizei gerufen?
- ▶ Wurden Sie bereits angezeigt oder verurteilt?
- ▶ Müssen Sie gerichtliche Auflagen beachten?

Fragen nach der persönlichen Einschätzung

- ▶ Worüber machen Sie sich am meisten Sorgen?
- ▶ Hatten Sie bereits Sorgen, von Ihrem Partner/Ihrer Partnerin verlassen zu werden?
- ▶ Haben Sie schon einmal überlegt, Ihre Familie zu verlassen?
- ▶ Welche Möglichkeiten sehen Sie, um Ihre Situation zu verbessern?
- ▶ Was können Sie ändern?
- ▶ Welche Unterstützung brauchen Sie, damit Sie diese Veränderung meistern können?

Sexualisierte Gewalt

Sexuelle Handlungen sind eigentlich eine intime Form, um Liebe auszudrücken. Umso schwerer wiegt es, wenn sie missbraucht werden, um Gewalt und Macht auszuüben. Dieser Missbrauch wird als „sexualisierte Gewalt“ bezeichnet. Fachkräfte und Freiwillige im Gesundheits- und Sozialwesen begegnen allen Facetten sexualisierter Gewalt. Ihre Reaktion darauf müssen sie bewusst abwägen. Denn sie handeln auf einem schmalen Grat zwischen Schweige- und Fürsorgepflicht, unterlassener Hilfeleistung, Beihilfe und übler Nachrede. Dieses Kapitel kann leider nicht alle Formen sexualisierter Gewalt abdecken, sondern nur auf wesentliche aufmerksam machen.

Sexuelle Selbstbestimmung

„Nein heißt Nein“. Jede Person hat an jedem Punkt der Begegnung, an dem sie sich unwohl fühlt, das Recht, „Nein“ zu sagen oder ihre Ablehnung körperlich auszudrücken, etwa durch Wegdrehen, Wegstoßen, Weinen oder Erstarren. Jede sexuelle Handlung, die nach diesem sprachlichen oder non-verbalem „Nein“ erzwungen wird, ist seit 2016 strafbar. Auch Belästigungen, wie sexuell intendiertes Streicheln, sind seit 2016 strafbar. Die Beziehung zwischen Opfer und Täterin bzw. Täter (verheiratet, befreundet, verwandt, bekannt oder fremd) spielt keine Rolle (§§ 177–184i StGB; www.polizei-beratung.de).

45.536 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung erfasste die Polizei 2018.

94,5 % der Tatverdächtigen waren männlich, **5,5 %** weiblich.

Bei **47 %** der weiblichen Opfer und **44 %** der männlichen Opfer begangen diese Straftaten Familienmitglieder wie Ex-/Ehe-/Partner/-innen oder Bekannte.

(BKA, 2019c, 2019d)

Sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft

Sexuelle Übergriffe, sexuelle Nötigung und Vergewaltigung sind strafbar (§§ 177 und 178 StGB). Rund ein Drittel der in dieser Kategorie angezeigten Sexualdelikte wurden 2018 innerhalb einer Partnerschaft verübt. Für beide Geschlechter gehen die meisten Delikte dieser Art von ihren Ex-Partnern oder -Partnerinnen aus: Bei Frauen sind es ein Drittel, bei Männern die Hälfte. Insgesamt, also innerhalb und außerhalb einer Partnerschaft, wird ein Viertel der Sexualdelikte unter Einfluss von Alkohol verübt. Opfer von Zwangsprostitution durch den Partner oder die Partnerin sind zu 98 %, von Zuhälterei zu 100 % weiblich. Über die Hälfte dieser Opfer leben mit ihrem tatverdächtigen Partner oder ihrer Partnerin zusammen in einem Haushalt (BKA, 2019a; BKA, 2019e).

Fast **99 %** der Opfer sexualisierter Partnerschaftsgewalt sind weiblich.

(BKA, 2019d)

Gruppenvergewaltigungen

Nach kriminologischen Forschungen werden gemeinschaftlich begangene Vergewaltigungen besonders häufig nach Substanzkonsum begangen: Die Tatverdächtigen sind überwiegend männlich, vergleichsweise häufig minderjährig und fast immer betrunken. Ihre Opfer sind in aller Regel Frauen und Mädchen, die sie nicht kennen, sondern zufällig zu typischen Ausgehzeiten in Großstädten treffen. Fachkräfte im Bereich Streetwork zählen zum Kreis derer, die eventuell einschreiten könnten. Seit 2016 ist bereits die Beteiligung an der Gruppe strafbar, sprich: zuzusehen, statt Gruppenmitglieder von der Vergewaltigung abzuhalten (§ 184j StGB).

63 Tatverdächtige von gemeinschaftlich begangener Vergewaltigung registrierte die Polizei 2018, darunter **14 %** unter 14-Jährige, **37 %** 14- bis 18-Jährige und **21 %** 18- bis 21-Jährige.

(BKA, 2019c)

Kindeswohl beachten

Das Wohl von Kindern kann auf vielfältige Weise gefährdet sein, etwa durch Vernachlässigung, gewalttätige Übergriffe oder sexuellen Missbrauch. Suchtprobleme der Eltern gelten als die bedeutendsten Risikofaktoren für Kinder, zu Hause Gewalt und Vernachlässigung zu erleiden. Kinder süchtiger Eltern haben ein erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens Opfer von körperlichem, sexuellem und/oder psychischem Missbrauch zu werden. Jedes dritte Kind in einer alkoholbelasteten Familie erfährt regelmäßig häusliche Gewalt: als Opfer oder als Zeugin bzw. Zeuge. Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen sind gefordert, gegen Kindeswohlgefährdung und Kindesmissbrauch einzuschreiten. Das Bundeskinderschutzgesetz schafft die Voraussetzungen dafür; die Netzwerke der „Frühen Hilfen“ zwischen Geburtshelferinnen und -helfern, Ärztinnen und Ärzten, Beratungsstellen und Behörden legen eine Basis (Schäfer et al., 2016; Effertz, 2014; Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2018).

Risiko einschätzen

Zum Schutz des Kindeswohls bei abhängigen Eltern wird empfohlen, familiäre Risiken systematisch zu erfragen. Suchtberatungsstellen können dafür den „Hamburger Belastungsbogen“ nutzen: Fragen nach der familiären, finanziellen, sozialen, wohnlichen und gesundheitlichen Situation sowie nach Gewalterfahrungen und Anbindung an das Jugendamt nehmen das häusliche Risiko von Kindern in den Blick. Wird eine Frage bejaht, ist der Fall im Kollegenkreis zu besprechen. Bei mehreren „Ja“ ist das Gespräch mit einer „insofern erfahrenen Fachkraft“ zu suchen (siehe „Recht auf Beratung“). Der Fragebogen wurde im Forschungsprojekt CANSAS zu Verhaltensfolgen früherer Gewalt und Vernachlässigung unter Federführung des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelt. Er ist zu beziehen über PD Dr. Silke Pawils: s.pawils@uke.de.

Verfahren bei Kindeswohlgefährdung

Haben Fachkräfte den Eindruck, dass das Wohl eines Kindes gefährdet sein könnte, müssen sie die Eltern darauf ansprechen und mit ihnen gemeinsam überlegen, was zu tun sei (Bundeskinderschutzgesetz § 4). Kommen Eltern der Aufforderung erkennbar nicht nach, erhalten sie die „gelbe Karte“: Fachkräfte stellen eine Frist, bis zu der Besserung eingetreten

sein muss, andernfalls wird das Jugendamt informiert. Durch die Unterrichtung werden Eltern ins Verfahren einbezogen und damit kein Vertrauensbruch begangen. Bessert sich die Situation nicht, wird das Jugendamt informiert (nicht die Polizei). Auch das Jugendamt spricht als Erstes mit den Eltern und bietet Unterstützung an. Verweigern sich die Eltern erneut, schaltet das Jugendamt das Familiengericht ein. Dieses kann Eltern zur Annahme von Hilfen verpflichten sowie über Sorgerecht und künftigen Lebensort von Kindern entscheiden. Das Jugendamt hat aber auch eine „Eilkompetenz“ und kann Minderjährige im Notfall vorübergehend in Obhut nehmen. Dies kann auch auf ausdrücklichen Wunsch eines Kindes oder Jugendlichen geschehen. Minderjährige haben einen Anspruch auf Beratung durch das Jugendamt, wenn eine vorab ergangene Mitteilung an ihre Sorgeberechtigten, meist die Eltern, den Beratungszweck verhindert hätte (§ 8 und 8a SGB VIII).

→ Recht auf Beratung

Sind Fachkräfte unsicher, ob das Wohl eines Kindes, mit dem sie beruflich zu tun haben, gefährdet ist oder nicht, haben sie gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“. Die Beratung erfolgt ohne Nennung persönlicher Daten wie Name, Alter oder Adresse der minderjährigen Person. Nur wenn eine akute Gefährdung des Kindes erkannt wird, sind genaue Angaben zu machen und das Jugendamt einzuschalten (KKG § 4 und 8a SGB VIII).

Verfahren bei Kindesmissbrauch

Fachkräfte und Freiwillige in Garantenstellung sind verpflichtet, sexualisierte Gewalt von Minderjährigen, die ihnen anvertraut sind, abzuwenden. Schreiten sie nicht ein, machen sie sich strafbar: der unterlassenen Hilfeleistung oder sogar der Beihilfe. Seit 2012 verpflichtet das Bundeskinderschutzgesetz Träger erlaubnispflichtiger Einrichtungen, „Ereignisse oder Entwicklungen, die geeignet sind, das Wohl der Kinder und Jugendlichen zu beeinträchtigen“, unverzüglich anzuzeigen (§ 47 SGB VIII).

→ Medizinische Kinderschutz-Hotline

0800 19 210 00 Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch erhalten Angehörige der Heilberufe unter dieser Hotline rund um die Uhr kostenfrei Rat und Unterstützung.

Sexueller Missbrauch Schutzbevollmächtigter

In Beratung, Behandlung und Betreuung kommen Menschen einander nahe. Abhängigkeitsverhältnisse, etwa von Kindern, Schülerinnen und Schülern, Patientinnen und Patienten und der Klientel, lassen sich missbrauchen, um sexuelle Handlungen durchzusetzen. Bereits der Versuch ist strafbar (§ 174a-c StGB). 2018 waren über 98 % der Tatverdächtigen über 21. Die Altersgruppe über 60 Jahren wurde besonders häufig bei exhibitionistischen Handlungen und beim sexuellen Missbrauch Schutzbevollmächtigter unter Ausnutzung einer Amtsstellung oder eines Vertrauensverhältnisses registriert (BKA, 2019d). Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen sind gefordert, sexuelle Übergriffe aus dem Kollegium sowie zwischen der Klientel zu verhindern, etwa in stationären Einrichtungen mit gemischt-geschlechtlicher Belegung wie Suchtkliniken (Vogt, 2015).

513 Fälle sexuellen Missbrauchs von Schutzbevollmächtigten registrierte die Polizei 2018.

92 % der Tatverdächtigen waren männlich, **8 %** weiblich.

(BKA, 2019c)

Sexueller Missbrauch von Kindern

Sexuelle Handlungen an und mit Kindern unter 14 Jahren sind immer strafbar (§ 176 StGB). Sexuelle Handlungen an Jugendlichen unter 18 sind dann strafbar, wenn ein besonderes Abhängigkeitsverhältnis ausgenutzt wird, etwa von Erziehern, Betreuern oder Ausbildern (§ 174 StGB), oder eine Zwangslage vorliegt (§ 182 StGB). 2015 wurden die Verjährungsfristen bei Kindesmissbrauch deutlich verlängert, in 2016 wurden Ermittlungsmöglichkeiten gegen Darstellungen von Kindesmissbrauch verbessert und Strafbarkeitslücken vor allem in digitalen Medien geschlossen (§ 78b und § 184a-e StGB). Wegen Kindesmissbrauchs können bereits Jugendliche ab 14 Jahren strafrechtlich belangt werden. Diese Handlungen können mit und ohne Körperkontakt stattfinden, etwa durch Betrachten von Pornografie

oder Entblößen von Genitalien. Sie sind auch dann strafbar, wenn das Kind scheinbar einverstanden war. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass ein Kind nicht wissentlich zustimmen kann. Deshalb tragen Kinder grundsätzlich nie Schuld an einem Missbrauch. Jedes dritte betroffene Mädchen und jeder fünfte Junge, die sexuell missbraucht werden, werden Opfer eines Haushaltsmitglieds: (Stief-)Väter, (Stief-)Mütter, Geschwister oder Großeltern. Die meisten Täterinnen und Täter stammen aus dem nahen Umfeld der Kinder: Bekannte der Familie, Nachbarschaft, erzieherisch Tätige, Lehrkräfte, Geistliche, Busfahrende, Sportgruppenleitungen. Ein Drittel aller Verletzungen der sexuellen Selbstbestimmung von Kindern wird von Minderjährigen begangen (www.polizei-beratung.de; Zartbitter e.V. Kontakt- & Informationsstelle gegen sexuellen Missbrauch an Jungen und Mädchen, www.zartbitter.de).

9.357 Anzeigen wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern übergab die Polizei 2018 der Staatsanwaltschaft.

95,5 % der Tatverdächtigen waren männlich; **4,5 %** weiblich.

(BKA, 2019c)

Schwere sexuelle Übergriffe

9.324 Opfer von Vergewaltigung, sexueller Nötigung und sexueller Übergriffe im besonders schweren Fall zählte die Polizei 2018. Acht weibliche und ein männliches Opfer starben an den Folgen.

95 % der Opfer waren weiblich, **5 %** männlich.

2 % der Opfer waren Kinder unter 14 Jahre;

23 % Jugendliche ab 14 Jahren;

16 % Heranwachsende (18 bis unter 21 Jahre) und

59 % Erwachsene über 21 Jahren.

(BKA, 2019c)

Sexualisierte Gewalt ansprechen

Es kann sein, dass sich weder in einer Sucht- noch in einer Gewaltberatung sexualisierte Gewalt erfragen lässt. Gewaltausübende wissen, dass sie Tabus brechen, schweigen oder verleugnen ihre Taten. Opfer verdrängen oder „vergessen“ häufig das Erlebte. Je jünger das Opfer sexualisierter Gewalt und je brutaler die Tat, desto wahrscheinlicher kann sich an Erlebtes nur im Laufe einer Traumatherapie erinnert werden (BMFSFJ, 2005). Eventuell machen Sucht- und Gewaltberatende aber Beobachtungen, die sexualisierte Gewalterfahrungen vermuten lassen. Dann können sie auf entsprechende Therapien hinweisen (siehe S. 34f.). Besonders empfohlen werden geschlechterspezifische Behandlungen (Gahleitner, Gunderson, 2008; Heinzen-Voß & Stöver, 2016).

Typische Reaktionen

Auf Kindesmissbrauch reagieren Jungen und Mädchen zunächst gleich: Sie verdrängen und verleugnen, was passiert (ist). Je stärker sich ihre geschlechtliche Identität ausbildet, desto deutlicher zeigen sich Unterschiede. Jungen reden auch als Erwachsene selten darüber. Sie verarbeiten die Gewalterfahrung eher nach außen gerichtet. Sie entwickeln z. B. Täterphantasien, die aber nicht unbedingt ausgelebt werden. Frauen fühlen sich durch den Missbrauch häufig zeitlebens wie gelähmt und schädigen sich tendenziell selbst, zum Beispiel indem sie gewalttätige Partner bzw. Partnerinnen wählen (Fais, 2012; Gahleitner, Gunderson, 2008).

Sexualisierte Gewalt erfragen

Bei entsprechendem Vertrauensverhältnis und mit der nötigen Einbindung kann sexualisierte Gewalt eventuell erfragt werden (vgl. S. 18 und 22). Anregungen zu Fragen an Opfer gibt die repräsentative Untersuchung des Bundesfamilienministeriums zu Gewalt gegen Frauen (BMFSFJ, 2004). Nach dieser Vorlage formuliert der folgende Absatz einige geschlechtsneutrale Beispielfragen an Opfer und erweitert sie um Fragen an Tatverdächtige:

- ▶ Haben Sie sich bereits sexuell belästigt oder bedrängt gefühlt?
- ▶ Wurden Sie je zu sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die Sie nicht wollten?
- ▶ Hat Sie bereits jemand zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting oder Ähnlichem gezwungen?
- ▶ Hatten Sie schon einmal Angst, weil Sie verfolgt und bedrängt wurden?
- ▶ Hat Sie bereits jemand zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen Ihren Willen in Sie eingedrungen?
- ▶ Trauen Sie sich zu, eine ablehnende Haltung auf Ihr Verlangen nach einer sexuellen Handlung zu erkennen und zu akzeptieren? Warum nicht?
- ▶ Vermuten Sie, dass Sie bereits jemand anderes sexuell belästigt oder bedrängt haben könnten?
- ▶ Haben Sie bereits jemand zu sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen?
- ▶ Haben Sie bereits jemand gedroht, wenn nicht auf Ihre sexuellen Wünsche eingegangen wurde?
- ▶ Wünschen Sie sich, Kinder sexuell anzüglich zu berühren?

Unterstützung leisten



für Klientel sowie Patientinnen und Patienten

Gewaltopfer benötigen auf vielen Ebenen Unterstützung, zum Beispiel emotional, medizinisch, therapeutisch, finanziell oder rechtlich. Gewalttätige brauchen Hilfe, um ihr Verhalten zu ändern. Das ist nicht im Alleingang zu leisten. Unterstützung braucht Zusammenarbeit: zwischen Einrichtungen und mit Behörden. Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens müssen um Zuständigkeiten, bestehende Netzwerke und rechtliche Regelungen wissen. Nur so können sie umfassend beraten und für jede Problematik spezifische Unterstützungsangebote vermitteln. Dieses Kapitel klärt daher Grundlagen der Zusammenarbeit, (straf-)rechtliche Regelungen für alle Gewaltbetroffenen sowie Hilfsmöglichkeiten für Opfer häuslicher und sexualisierter Gewalt. Schließlich werden Angebote zur Traumabehandlung und zur Arbeit mit Täter und Täterinnen beschrieben sowie auf Lücken im Hilfesystem hingewiesen.

Grundlagen der Zusammenarbeit

Regional Agierende müssen einander kennen und sich miteinander abstimmen, um wirksam helfen zu können. Das ist auch eine Frage von Kenntnissen und Zeit. Die Schweizer Initiative für süchtige Opfer häuslicher Gewalt rät Einrichtungen, die Verantwortung für die Vernetzungsarbeit einzelnen Fachkräften zu übertragen und diese für die Dualproblematik Sucht und Gewalt speziell fortzubilden (Aeberhard, 2015). Das bundesweite Modellprojekt „Gewalt Sucht Ausweg“ (GeSA) im Regionalverbund Rostock plädiert für eine regelhafte Finanzierung regionaler Coachingteams, um die Koordination zu sichern (Antoniewski, 2018). Die meisten Bundesländer haben Landesaktionspläne gegen häusliche Gewalt verabschiedet. Darüber können sich Fachkräfte einen Überblick über bestehende Runde Tische, Netzwerke und Ansprechpersonen verschaffen (Schwerpunkte in Stichworten und Links: QR-Code S. 41).

Selbstbestimmung achten

Hilfe ist nur erfolgreich, wenn sie auf dem Willen der Betroffenen beruht und ihren Bedürfnissen entspricht. Vorschnell über ihren Kopf hinweg zu handeln, kann zum Rückzug aus dem Hilfesystem führen. Menschen, die bereits schlechte Erfahrungen gemacht haben, wie Gewalt- und Traumaopfer, sind besonders empfindlich, aber auch verletzlich. Zudem wissen sie oft selbst am besten, welche Unterstützung sie brauchen und annehmen können (GeSA, 2018; Aeberhard, 2015; Vogt, 2015). Der Gesetzgeber sichert die Selbstbestimmung durch Regelungen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht. Es liegt weitgehend in der Hand Betroffener, den Austausch ihrer persönlichen Informationen (Berufs-)Geheimnistragende zu ermöglichen. Ausnahmen sind die Anzeige einer geplanten schweren Straftat und die Befreiung von der Schweigepflicht durch Gerichtsbeschluss, eventuell zur eigenen Verteidigung (§ 203 StGB, vgl. S. 15 und 22).

- ▶ Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen dürfen nur nach schriftlicher Entbindung von ihrer Schweigepflicht durch die Klientel in deren Interesse mit Behörden und anderen Einrichtungen zusammenarbeiten. In der Schweigepflichtsentbindung müssen Personen und Institutionen, an die Informationen weiter gegeben werden, namentlich benannt sein. Klientinnen und Klienten müssen über ihre Widerrufsmöglichkeit belehrt werden und dies schriftlich bestätigen. In bestimmten Fällen besteht eine Offenbarungsbefugnis, etwa um Gefahren für Leib und Leben abzuwenden (§§ 34, 138, 139 und 203 StGB).

Unterstützung für Opfer bei strafrechtlicher Verfolgung des Täters bzw. der Täterin

Opfer bestimmen weitgehend selbst, ob eine Gewalttat strafrechtlich verfolgt wird. Traumatisierte Opfer benötigen eventuell erst einer Therapie, bevor sie sich einer juristischen Aufarbeitung der Straftaten stellen können (vgl. S. 32ff.). Auch Opfer, die bereits eine strafrechtliche Verfolgung wünschen, brauchen Aufklärung, um die Wirkung ihres Handelns abschätzen zu können.

Strafanzeige: Wollen Opfer die strafrechtliche Verfolgung der Tat, können sie diese schriftlich oder mündlich anzeigen: bei einer Polizeidienststelle, einer Staatsanwaltschaft oder direkt bei Gericht. Die Anzeige muss entgegengenommen werden, ist dann aber nicht mehr zurückzunehmen. Die Strafverfolgungsbehörden sind gesetzlich verpflichtet zu ermitteln. Das Verfahren leitet die Staatsanwaltschaft. Die Erstattenden der Anzeige sind keine Klagenden, sondern Zeuginnen bzw. Zeugen. Sorgen sie sich vor weiteren Übergriffen, können sie bei Angabe ihrer Personalia statt ihres Wohnsitzes eine andere Adresse nennen, über die sie zuverlässig erreichbar sind, wie etwa die Adresse einer Opferhilfeeinrichtung oder eines Rechtsbeistandes (BMJV, 2018).

Strafantrag: Bei einigen Delikten können Opfer einen Strafantrag stellen. Damit erklären sie schriftlich, dass sie die Strafverfolgung ausdrücklich wünschen. Dieser Antrag lässt sich zurücknehmen. Das kann die Ermittlungen stoppen. Gegen den Willen der Betroffenen darf nur bei Verbrechen delikten wie Körperverletzung weiter ermittelt beziehungsweise Anklage erhoben werden (BMJV, 2018).

Nebenklage: Bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit und die persönliche Freiheit dürfen Opfer Nebenklage erheben, wenn der Täter oder die Täterin zur Tatzeit volljährig war. Bei minderjährigen Täterinnen und Tätern ist dies nur in besonderen Fällen möglich. Bei Straftaten, die zu schweren körperlichen wie seelischen Schäden führen, wie Vergewaltigung, sexueller Missbrauch oder (versuchte) Tötung, kann die Nebenklage beziehungsweise bei Mordopfern deren Angehörige einen Rechtsbeistand vor Gericht beantragen. Das Gericht

bestellt diesen Opferrechtsbeistand, die Kosten trägt die Staatskasse unabhängig vom Einkommen des Opfers. Minderjährige erhalten einen Opferrechtsbeistand unter erleichterten Bedingungen (BMJV, 2018).

Psychosoziale Prozessbegleitung: Seit 2017 können Opfer schwerer Gewalt- und Sexualstraftaten während des gesamten Strafverfahrens professionell betreut und emotional unterstützt werden. Die Betreuung richtet sich nach den Bedürfnissen des Opfers. Möglich ist die Begleitung zu allen Gerichtsterminen, aber auch die Vermittlung weiterer Hilfe, etwa einer Therapie. Für Opfer ist die Begleitung kostenlos. Psychosoziale Prozessbegleitende vermitteln die Polizei, Opferhilfeeinrichtungen sowie Zeuginnen- und Zeugenbetreuungsstellen. Adressen unter www.odabs.org

Schutz vor Gericht: Angehörige, die Folgen einer Aussage vor Gericht fürchten, können sich von Fachberatungsstellen zum Opfer- und Zeuginnen- bzw. Zeugenschutz beraten lassen. Sie dürfen vor Gericht auch ihre Aussage verweigern. Gerichtsverhandlungen sind generell öffentlich. Ausnahme: Strafsachen gegen Jugendliche, junge Erwachsene und Familiensachen. In anderen Prozessen kann die Öffentlichkeit auf Wunsch der Betroffenen zeitweise ausgeschlossen werden (BMJV, 2018).

Entschädigung für Opfer: Opfer, deren Gesundheit durch die Gewalttat geschädigt wurde, können auf Antrag Heilbehandlungs-, Renten- und Fürsorgeleistungen erhalten. Dafür müssen Opfer Strafanzeige erstatten und einen Antrag bei der zuständigen Landesversorgungsbehörde stellen. Die Bewilligung hängt nicht von der Verurteilung des Täters bzw. der Täterin ab, wohl aber von der Mithilfe des Opfers an der Aufklärung und seiner bzw. ihrer Unschuld am gesundheitlichen Schaden (Opferentschädigungsgesetz). Ein Strafverfahren klärt keine Ansprüche auf Schmerzensgeld. Opfer können nur über einen Zivilprozess eine Entschädigung durch ein Urteil oder durch eine einvernehmliche Lösung erlangen, etwa einen Wiedergutmachungsvergleich (BMJV, 2018). Eine weitere Möglichkeit ist ein Ausgleich zwischen Täter bzw. Täterin und Opfer, für den kein Zivilprozess anzustrengen ist.

Ausgleich zwischen Täter bzw. Täterin und Opfer: Opfer können Polizei oder Staatsanwaltschaft ansprechen, wenn sie an einem Ausgleich mit dem Täter bzw. der Täterin (TOA) interessiert sind. Sieht der Staatsanwalt bei Täter bzw. Täterin wie Opfer die grundsätzliche Bereitschaft, einen Ausgleich zu erzielen, kann er einen TOA einleiten. Dabei spricht eine vermittelnde Person mit beiden Seiten, das Opfer erhält immer Unterstützung, auch bei einer eventuellen Konfrontation mit dem Täter bzw. der Täterin. Ein TOA kann Opfern helfen, mit materiellen und seelischen Folgen besser fertig zu werden. Täterinnen und Täter können die Verantwortung für ihre Tat übernehmen. Ein TOA kann dazu führen, dass die Staatsanwaltschaft keine Klage erhebt oder diese zurückzieht beziehungsweise dass die Strafe milder ausfällt (§§ 46a, 153a und 155a StPO). Fachstellen, die TOA durchführen, sind zu finden auf: www.toa-servicebuero.de

Praxistipp

Nach Erfahrung des Servicebüros für Ausgleich zwischen Tätern bzw. Täterinnen und Opfern und Konfliktschlichtungen bewährt sich ein TOA besonders in Fällen häuslicher Gewalt wie nach Gewalttaten unter Einfluss bewusstseinsverändernder Substanzen.

Unterstützung für Opfer häuslicher und sexualisierter Gewalt

Von außen betrachtet, lautet der einfachste und logischste Rat für Opfer häuslicher Gewalt: Trennung. Doch bei Betroffenen muss dieser Entschluss in der Regel erst reifen, eventuell kommen sie nie zu diesem Punkt. Fachkräfte und Freiwillige im Gesundheits- und Sozialwesen können Opfern nur Zeit und Raum geben, um ihre Lage und mögliche Schritte in Ruhe zu besprechen und zu überdenken. Dafür empfehlen sich geschlechtsspezifische Angebote und gleichgeschlechtliche Beratung (Beutel, 2001; Aeberhard, 2015).

Respektieren: In der Praxis wechseln sich vorübergehende Trennungen, Wiederannäherung, Gewalt und Versöhnung ab. Opfer häuslicher Gewalt können gute Gründe haben, die Beziehung aufrechtzuerhalten, darunter Liebe, Bindung, emotionale Abhängigkeit sowie (Verlust-)Ängste und Sorgen. Abhängige verlieren eventuell ihren Zugang zu Substanzen,

Angehörige von Abhängigen vielleicht ihren Zugang zum Hilfesystem. Süchtige hält häufig auch die Sorge um eine mögliche Trennung von ihren Kindern davon ab, um Hilfe zu bitten. Es mag auch begründete Angst vor Stalking, Entführung oder schwerwiegenden, eventuell tödlichen Verletzungen bestehen. Während und nach einer Trennung ist die existenzielle Gefährdung am größten. Fachkräfte müssen persönliche Gründe und Entscheidungen berücksichtigen und respektieren. Ausnahme: Minderjährige Kinder sind gefährdet (vgl. S. 26f.) (Aeberhard, 2015; Vogt, 2015; GeSA, 2018).

Beziehungsrisiko

Opfer von Gewalt erfahren diese zu **37,7 %** durch einen „Ex“ oder eine „Ex“ **33 %** durch einen Ehepartner oder eine Ehepartnerin **29 %** durch einen Lebenspartner oder eine Lebenspartnerin (BKA, 2019d)

Wer schlägt, der geht: Seit 2002 erlaubt das Gewaltschutzgesetz sofortiges Handeln, seit 2018 ist zudem die europaweite Istanbul-Konvention zur Verhütung und Bekämpfung häuslicher Gewalt in Deutschland in Kraft. Die Polizeigesetze der Bundesländer wurden so erweitert, dass Gewalttätige sofort der Wohnung verwiesen werden können. Konsum von Alkohol oder Drogen ist keine Entschuldigung (§ 1 Absatz 3 Gewaltschutzgesetz). Auf Antrag des Opfers kann Gewalttätigen der Zutritt zur Wohnung sowie zu Umkreisen von Wohnort und Arbeitsstelle verboten werden, ebenso Kontakt aufzunehmen oder Zusammentreffen herbeizuführen. Die Auflagen sind bis maximal sechs Monate befristet. Opfer brauchen häufig Beratung, um Anträge stellen zu können und die Tragweite zu erfassen. So setzt sie zum Beispiel die Befristung unter Handlungsdruck. Opfer sind teils mit dem sofortigen Platzverweis beruhigt, aber überrascht von weiteren Folgen, wie der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens, der Aufforderung zu Aussagen sowie der Information des Jugendamtes und weiterer Stellen (Brückner, 2016). Nach Möglichkeit informieren Fachkräfte Betroffene vorab umfassend.

Praxistipp

Schutzanordnungen kann jedes volljährige Opfer häuslicher Gewalt beantragen: Partnerinnen, Partner, Geschwister, Verwandte und sonstige Mitbewohnende; Sorgeberechtigte auch für (ihre) Kinder. Broschüren zum Download: www.big-berlin.info/page/infomaterial-medien.

Interventionsstellen: In diesen Fachberatungsstellen finden weibliche und teils auch männliche Opfer von häuslicher Gewalt Hilfe. Diese Stellen werden von der Polizei nach Einsätzen beziehungsweise Anzeigen wegen häuslicher Gewalt informiert und können aktiv auf Opfer zugehen. Andere Beratungsstellen müssen Opfer dagegen von sich aus aufsuchen. Interventionsstellen und andere Hilfeinrichtungen vor Ort vermittelt das bundesweite Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen 08000 116 016.

Trauma-Ambulanzen: Je rascher ein Trauma behandelt wird, desto eher sind Folgeschäden vermeidbar. Die Bundesländer richten dafür Trauma-Netzwerke und Trauma-Ambulanzen ein. Netzwerkkarte auf www.traumanetzwerk-dgu.de.

Anonyme Spurensicherung: Opfer sexualisierter Gewalt können Spuren sichern lassen, auch wenn sie (noch) keine Anzeige erstatten wollen. Die Spuren werden je nach Klinik oder Gewaltschutzambulanz bis zu 20 Jahre vertraulich aufbewahrt und nur auf Wunsch der Betroffenen zur Verwertung vor Gericht bereitgestellt. Opfer dürfen sich vor dieser Untersuchung nicht waschen, bei Bedarf werden sie im Anschluss auch behandelt. Sie sollten zudem die Kleidung vom Zeitpunkt des Übergriffs mitbringen, am Körper oder einzeln in Papier verpackt. Adressen der Kliniken und Gewaltschutzambulanzen listet **Terre des Femmes**: → Unsere Arbeit → Häusliche und sexualisierte Gewalt → Unterstützung für Betroffene auf www.frauenrechte.de

Frauenhäuser: Sie bieten Frauen und ihren Kindern Schutz. Frauen werden kostenfrei beraten, auch wenn sie noch nicht sicher sind, ob sie den Schutz in Anspruch nehmen wollen. Drei Organisationen vermitteln in mehreren Sprachen bundesweit Adressen und weitere Hilfen (siehe S. 39). Nur wenige Frauenhäuser können psychisch kranke und süchtige Frauen aufnehmen. Die Lage könnte sich durch das Bundesinvestitionsprogramm verbessern, über das jährlich 30 Millionen Euro bis 2023 in den Ausbau des Schutzsystems fließen. Auch einige Landesaktionspläne sehen Schutz oder Aufbau von Angeboten für süchtige Frauen vor, etwa Berlin, Hessen und das Saarland (QR-Code S. 41).

Schutz für Männer: Für Männer gibt es bislang nur wenige Schutzwohnungen. Bayern und Nordrhein-Westfalen bauen aktuell ein Hilfenetz für männliche Opfer häuslicher Gewalt auf, Sachsen hat bereits eines (siehe S. 39). Die bislang einzige Dunkelfeldstudie des Bundesfamilienministeriums zu Männern von 2005 ergab: Jeder vierte befragte Mann hatte häusliche Gewalt erlebt, aber keiner hatte die Polizei

gerufen. Auch aus Sorge, angezweifelt und abgewertet zu werden. Nach Beobachtung von Ärzten häufig zu Recht. In jüngster Zeit scheint ein Umdenken einzusetzen: Seit 2014 steigt der Anteil polizeilich erfasster männlicher Opfer von Partnerschaftsgewalt nahezu kontinuierlich. Das Schweizer Blaue Kreuz empfiehlt Männern, eine Männer- oder eine Rechtsberatung aufzusuchen, bevor sie Schritte gegen ihre gewalttätige Partnerin oder ihren gewalttätigen Partner einleiten (Aeberhard, 2015; BMFSFJ, 2005; Sonnenmoser, 2017; BKA, 2019d).

Schutz und Hilfe für minderjährige Opfer häuslicher Gewalt

Das Jugendamt ist erster Ansprechpartner für das Kindeswohl. Das Amt hat den Doppelauftrag, Eltern zu unterstützen und Kinder zu schützen. Solange das Kind nicht existenziell gefährdet ist, unterstützt das Amt die Eltern bei ihrer Erziehungsaufgabe.

Sorgerecht: Mütter wie Väter können durch das Jugendamt beim Familiengericht alleiniges Sorgerecht und alleiniges Aufenthaltsbestimmungsrecht beantragen. Erziehungsberechtigte Gewaltopfer können dann den Wohnsitz des Kindes ändern, ohne Kindesentführung zu verüben (§§ 1626-1629 BGB).

Einstweilige Anordnung: Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kann das Familiengericht auf Antrag dem gewaltausübenden Elternteil per einstweiliger Anordnung Zutritts- und Kontaktverbote erteilen. Bestehende Umgangsregeln sind entsprechend zu ändern (§ 1666 BGB).

Umgang: Grundsätzlich sind Schutzbedürfnis, kindliches Recht auf Umgang wie elterliche Rechten und Pflichten auf Umgang auszubalancieren. Das Familiengericht kann aber auf Antrag anordnen, dass sich Eltern beim Abholen und Bringen des Kindes nicht sehen und der neue Wohnsitz eines Gewaltopfers unbekannt bleibt. Ein gewaltausübender Elternteil darf sein Kind eventuell nur in Begleitung einer neutralen Person sehen. Der Umgang kann auch vorübergehend oder ganz ausgeschlossen werden (§ 1684 BGB).

Inobhutnahme: Bei begründetem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kann das Jugendamt Kinder und Jugendliche ohne richterliche Anordnung vorübergehend in Obhut nehmen. Minderjährige können das Jugendamt auch von sich aus darum bitten (vgl. S. 25).

Unterstützung für traumatisierte Abhängige

Die Behandlung eines Traumas können Beratungsstellen in der Regel nicht alleine leisten. Sie müssen aber um die Auswirkungen eines Traumas wissen, um Gesprächsführung, Beratung und Vermittlung weiterer Hilfen entsprechend ausrichten zu können. Da Sucht ohne Trauma relativ selten ist, bräuchte es in allen Einrichtungen der Suchthilfe zumindest eine grundlegende Kompetenz zur Erfassung und zum Umgang mit traumatischen Erfahrungen bei der Klientel (Schäfer, 2019).

Was ist ein Trauma?

Auf bedrohliche Situationen reagieren wir mit „Fight or Flight“, Kampf oder Flucht. Ist beides nicht möglich, löst dies intensive Angst und Hilflosigkeit aus. Ein Trauma beginnt mit Geschehnissen, „die man im Kopf nicht aushält“. Der Körper reagiert entsprechend. Der Organismus wird von Stresshormonen überflutet, das Sprachzentrum geringer durchblutet und die Schaltzentrale des Gehirns, der Hippocampus, lahmgelegt. Erinnerungen gelangen nicht in die Hirnrinde, den Kortex. Nur die Amygdala, der Kern des Gehirns, der Sinnesreize als gefährlich oder freundlich einstuft, speichert die angstausslösenden Eindrücke zersplittert und bruchstückhaft.

Posttraumatische Belastungsstörung

Ob und wie stark sich ein Trauma auswirkt, hängt unter anderem von Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Traumatisierung ab. Ein Drittel der Betroffenen bildet eine Traumafolgestörung aus. Von diesen entwickeln zwei Drittel eine PTBS (Bosse, 2011). Auslösende Traumata können nicht der Vergangenheit zugeordnet werden. Sie werden nicht erinnert, sondern erlebt. PTBS-Patientinnen und -Patienten haben immer wieder das Gefühl ohnmächtigen Ausgeliefertseins. Wahrnehmungen von Sekunden können das Trauma wieder abrufen: Auslöser (Trigger) können visuelle Eindrücke, Geräusche, Gerüche, Jahreszeiten, Orte, Personen oder anderes sein. Auch das seelische und körperliche Empfinden ist völlig verändert. Traumatisierte können Schmerzen ertragen, die eigentlich unerträglich sind, aber über Schmerzen klagen, die sich organmedizinisch

nicht erklären lassen. Sie können in harmlosen Situationen übertrieben heftig reagieren, dagegen bei tatsächlicher Bedrohung scheinbar reaktionslos bleiben. Weitere typische PTBS-Symptome wie Desinteresse, Reizbarkeit, Wutausbrüche und Schlafstörungen können durch die Wirkung von Alkohol und anderen Drogen verstärkt werden (Gahleitner, Gunderson, 2008; Goddemeier, 2009; Reddemann, Teunißen, 2006).

Begleiterkrankungen

Bei einer PTBS sind Begleiterkrankungen eher die Regel als die Ausnahme (Schäfer et al., 2019). Vor allem Menschen, die jahrelang körperlich misshandelt und/oder sexuell missbraucht wurden, können komplexe Symptome ausbilden. Die amerikanische Psychiaterin Judith Herman führte zu Beginn der 1990er Jahre dafür den Begriff der „komplexen PTBS“ ein. Zu deren vielfältigen Symptomen gehören zum Beispiel dauernde Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung bis zur Lebensmüdigkeit, begleitet von schweren Selbstverletzungen und hochriskantem Verhalten (Schäfer, 2018; Schäfer et al., 2019). Wiederholte Traumatisierungen können auch zu dissoziativen Störungen führen. Jede Wiederholung stärkt die innere Fähigkeit, sich vom äußeren Geschehen zu distanzieren: „Das geschieht gar nicht mir“ (Depersonalisation), „Ich bin gar nicht hier“ (Derealisation). Die schwerste Form ist die Persönlichkeitspaltung (dissoziative Identitätsstörung). Daran leiden nach Schätzungen unterschiedlicher Studien 0,5 % der Allgemeinbevölkerung (Bosse, 2011).

Traumaisensibler Umgang

Typisch für traumatische Erfahrungen ist, sich völlig ausgeliefert und machtlos zu fühlen und häufig auch der Eindruck, manipuliert zu werden. Dies geht mit dem Verlust von Kontrolle, Sicherheit und Selbstbestimmung einher. Dementsprechend brauchen Traumatisierte in Beratung und Behandlung ein Höchstmaß an Kontrolle, Sicherheit und Autonomie. Sie müssen sicher sein: Sie bestimmen, wie weit sie sich mitteilen wollen. Das bedeutet nicht, dass traumatische Erfahrungen nicht angesprochen werden

dürfen. Im Gegenteil. Aktive Ansprache ist förderlich – wenn die Klientel bzw. Patientinnen und Patienten dann spüren, dass ihre Äußerungen und Erfahrungen ernst genommen werden.

Traumatisierte müssen zudem sicher sein, über den Verlauf von Beratung und Behandlung selbst zu entscheiden. Das ist nicht ganz einfach, da Fachkräfte in der Regel mehr wissen als die Klientel bzw. Patientinnen und Patienten. Dieser Unterschied kann bereits als Ausgeliefertsein empfunden werden. Dieses Gefühl können auch medizinische Untersuchungen oder ein „Filzen“ in Suchteinrichtungen auslösen. Umso wichtiger ist es, die Klientel bzw. Patientinnen und Patienten so weit wie möglich einzubeziehen, zu beteiligen und ihnen ihre Möglichkeiten zu erklären (www.trauma-und-sucht.de; siehe auch S. 16f.).

Fortbildungen

Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) hat Curricula zum Umgang mit traumatisierten Menschen entwickelt, die zertifizierte Institute in Deutschland, Österreich und der Schweiz anbieten. Inhalte und Adressen der Institute: www.degpt.de

Was kann Suchtberatung leisten?

Der Suchtberatung kommt eine Schlüsselfunktion zu. Sie kann ermitteln, ob die Sucht eine Strategie ist, eine Gewalterfahrung/ein Trauma auszuhalten beziehungsweise zu verdrängen, oder ob die Sucht zu Gewalthandlungen führt. Kurz: Ist die Sucht Ursache oder Folge von Gewalt oder beides? (vgl. S. 4f.) Eventuell braucht es eine Beratung, die gemeinsam mit anderen Fachstellen stattfindet. Im Modellprojekt GeSA haben sich Gruppenangebote für abhängige Opfer häuslicher Gewalt bewährt, die Fachberatungen zu Sucht, häuslicher und sexualisierter Gewalt gemeinsam durchführen (GeSA, 2018).

Abhängige traumatisierte Gewaltopfer

Sind Traumatisierte weiterhin Gewalt ausgesetzt, kommt die Suche nach Schutzmöglichkeiten dazu, die bei abhängigen Opfern besonders schwierig sein kann (siehe S. 29). Häufig ist auch noch die Frage

zu lösen: Sollen Gewalttaten jetzt oder später strafrechtlich verfolgt werden? Eventuell verkräftet das Opfer eine juristische Aufarbeitung der Straftaten erst nach einer erfolgreichen Traumabehandlung. Suchtberatung kann zudem ermitteln, welche weitere Unterstützung es braucht, etwa in Form einer Traumabehandlung, und wo die passende Therapie angeboten wird. Inzwischen bieten immer mehr Einrichtungen Sucht- und Traumabehandlung an (siehe S. 34f.).

Abhängige traumatisierte Gewalttätige

Bei Abhängigkeitserkrankten Gewalttätigen kommt es darauf an, ob sie bereits angeklagt sind. Dann entscheidet die Justiz über Strafe, Therapie oder soziales Trainingsprogramm beziehungsweise über deren Abfolge (§§ 20, 21, 64 StGB; § 35 BtMG; siehe auch S. 36). Einige Rehabilitationskliniken verweigern allerdings die Aufnahme von solchen Patientinnen und Patienten nach § 64 StGB. Auch für Gewalttätige, die noch nicht polizeilich erfasst sind, kann es schwierig sein, eine Rehabilitationsklinik (auf Dauer) zu finden. In der Regel schreiben deren Hausordnungen bei Übergriffen die sofortige disziplinarische Entlassung vor. Theoretisch wäre für diese Gruppe eine kombinierte Trauma-Sucht-Gewalt-Behandlung sinnvoll, doch gibt es kaum Kombinationen von Sucht- und Gewalt-Behandlung. Reine Traumabehandlungen können für Abhängige zu konfrontativ sein und standardisiertes Anti-Gewalt-Training schließt Abhängige und psychisch Kranke oft von vornherein aus (Godemeier, 2009; BAG Täterarbeit, 2018). Angebote für abhängige Täter und Täterinnen sind begrenzt, aber vorhanden (siehe S. 36f. und QR-Code S. 41).

Praxistipp

Abhängige sind durch Angebote, die Abstinenz vorschreiben, oft ausgeschlossen. Dies kann eventuell durch Punktabstinenz überwunden werden: Dann müssen sie nur zum jeweiligen Treffen oder Behandlungstermin mit klarem Bewusstsein erscheinen. Es hat sich zudem bewährt, in Gesprächsgruppen den Umgang mit Verstößen offen zu diskutieren. Die Offenheit entlastet und nimmt dem Problem Sucht das „Dämonische“.

Therapien für traumatisierte Abhängige

Die Psychotraumatologie hat die vergangenen Jahre große Fortschritte gemacht. Lange wurde diskutiert, was traumatisierten Abhängigen mehr hilft: Entzug oder Traumatherapie? Inzwischen ist erwiesen, dass im Alleingang keine Methode der anderen überlegen ist. Auch die Abfolge war lange strittig. Erst Entzug, dann Traumatherapie? Aktuell gilt am wirksamsten, Sucht und Trauma parallel zu behandeln. Dafür ist traumatisierten Abhängigen die ganze Bandbreite der Trauma-Interventionen zugänglich zu machen. Denn alle traumatherapeutischen Behandlungsmethoden können auch bei Abhängigen sicher und wirksam eingesetzt werden. Eine bestehende Suchterkrankung ist grundsätzlich kein Ausschlusskriterium mehr. Nur darf die Traumatherapie die Abhängigen nicht in Gefahr bringen. Das könnte sie, falls hochkommende Erinnerungen zu stark belasten und nicht aufgefangen werden können. Idealerweise werden Elemente aus der Sucht- und der Traumabehandlung phasengerecht kombiniert, dann kann flexibel auf akut vorrangig auftretende Symptome eingegangen werden. Denn ein Entzug kann die Symptome der Traumafolgestörung verstärken, aber auch die Traumabehandlung die Sucht. Der Suchthilfe kommt eine besondere Verantwortung zu, da sie Erfahrung im Umgang mit Abhängigen hat. Bei der Wahl der individuell stimmigen Behandlung spielen unter anderem Schweregrad, Reihenfolge des zeitlichen Auftretens, Wechselwirkung, aber vor allem auch Bedürfnis, Einschätzung und Empfinden der Klientel bzw. Patientinnen und Patienten eine Rolle (Schäfer, 2019; Schäfer et al., 2019).

Behandlungsansätze

Es wird zwischen traumafokussierten und nicht traumafokussierten Interventionen unterschieden. Traumafokussierte Behandlungsansätze aktivieren das Traumagedächtnis, um das traumatische Ereignis erinnern, einordnen und verarbeiten zu können. Üblich ist ein Phasenmodell mit Stabilisierung, traumafokussierter Behandlung und Reintegration. Für die traumafokussierte Behandlung gibt es verschiedene Verfahren, die sich von der kognitiven Verhal-

tenstherapie ableiten. Zu den am besten untersuchten Ansätzen gehören zum Beispiel die Prolongierte Exposition (PE), die Kognitive Verarbeitungstherapie, die Kognitive Therapie nach Ehlers und Clark und die Narrative Expositionstherapie (NET). Daneben gibt es das Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Verfahren (EMDR). Auch diese Methodik fokussiert auf das Trauma, verarbeitet es aber in einem assoziativen Prozess, der die körperliche „Technik“ der Augenbewegungen nutzt, wie sie aus der Verarbeitung seelischer Prozesse im REM-Schlaf bekannt ist (Schäfer et al., 2019; Goddemeier, 2009).

Behandlungsansätze ohne Fokus auf das Trauma

Nicht traumafokussierte Interventionen helfen Patientinnen und Patienten, mit den Folgen ihrer Traumatisierung zurechtzukommen. Es geht also weniger um die Verarbeitung des Traumas, sondern mehr um die Lösung aktueller Probleme. Untersucht wurden das Stressimpfungstraining mit Techniken zur Entspannung und Gedankenstopp sowie stabilisierende Gruppenprogramme, insbesondere das Programm „Sicherheit finden“. Diese Angebote können für Suchtkranke ein sinnvoller erster Schritt sein. Sie helfen, sich vom Suchtmittel zu lösen und offen zu werden für weitere Behandlungsschritte. Einige Therapiekonzepte kombinieren Techniken mit und ohne Fokus auf das Trauma, darunter das Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/ Narrative Therapie (STAIR/NT) und die Dialektisch-Behaviorale Therapie-PTBS (DBT-PTBS) (Schäfer et al., 2019; Schäfer, Lotzin, 2018).

Sicherheit finden

Wie kann ich trotz furchtbarer Erfahrungen überleben oder sogar mein Leben irgendwann wieder genießen? Für Menschen mit der Doppeldiagnose Sucht und Trauma ist dies eine zentrale Frage. Die amerikanische Psychotherapeutin Lisa M. Najavits ging dieser Frage aus familienbiographischer und wissenschaftlicher Sicht nach. Nach jahrelanger Forschung und Praxis in Boston entwickelte sie das integrative Therapieverfahren „Sicherheit finden“

für Menschen mit der Doppeldiagnose Sucht und Trauma. Das Forschungsprojekt CANSAS zu Verhaltensfolgen früher Gewalt und Vernachlässigung passte das Behandlungsmodell für Deutschland an und bietet dazu Seminare mit dem Zentrum für Psychotraumatologie Hamburg (ZEP) an (siehe auch S. 18). Diese Arbeitshilfe skizziert Grundzüge des Programms, ersetzt aber keinesfalls die Fortbildung.

Sicher bewältigen

Das Programm „Sicherheit finden“ will stabilisieren. Traumatisierte Abhängige sollen für sich selbst Sicherheit „herstellen“ können. Sie lernen, die Folgen ihrer traumatischen Erfahrungen besser zu verstehen und selbstbestimmter damit umzugehen. Sie erlernen „sichere Bewältigungsstrategien“ wie eine gute Selbstfürsorge, Pflege sozialer Kontakte und Annahme von Unterstützung. Mit der Zeit ermöglicht ihnen das, auf Substanzkonsum und andere „unsichere“ Verhaltensweisen zu verzichten. Im Gegensatz zu anderen Therapien ist bestehendes Suchtverhalten kein Ausschlusskriterium für die Teilnahme am Programm.

Nah am Leben

Anhand von 25 Themen lernen sich die Teilnehmenden selbst besser kennen. Durch kognitive Themen wie „Heilsames Denken“ erfahren sie, wie ihre Wahrnehmung funktioniert und wie sie sie beeinflussen können. Durch verhaltensbezogene Themen wie „Umgang mit Wut“ erkennen sie eigene typische Verhaltensmuster. Eine Voraussetzung, um eigenes Verhalten ändern zu können. Durch zwischenmenschliche Themen wie „Grenzen setzen in Beziehungen“ lernen sie, eigene Beziehungen gesünder zu gestalten und schädigende Beziehungen eventuell aufzugeben. In den Sitzungen wird weniger über die traumatische Erfahrung gesprochen, sondern mehr über deren Folgen für das gegenwärtige Leben. Begleitend zum Modul empfiehlt sich für Teilnehmende eventuell eine Einzelberatung oder -therapie, für die Leitung eine begleitende Supervision durch traumatherapeutisch tätige Fachkräfte.

Flexibel einsetzbar

Das Programm „Sicherheit finden“ können ambulante, stationäre und teilstationäre Einrichtungen anbieten. Gesamtdauer des Moduls, Länge der einzelnen Sitzungen sowie Behandlung der Themen sind relativ flexibel gestaltbar. Anbieter brauchen keine bestimmte berufliche Qualifikation, wohl aber eine Weiterbildung zum Umgang mit traumatisierten Menschen und zur Durchführung des Therapieprogramms. Das Programm wird bereits von einigen Einrichtungen angeboten, Adressen auf www.trauma-und-sucht.de.

Lesetipp

Lisa M. Najavits
[Trauma, Sucht und die Suche nach Sicherheit](#)
G.P. Probst Verlag 2018

Lisa M. Najavits
[Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch](#)
Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“
Hogrefe Verlag Reihe Therapeutische Praxis 2009

Finanzierung

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Psychotherapie bei Abhängigen insbesondere auch dann, wenn Begleiterkrankungen wie eine Traumafolgestörung vorliegen und diese bei einer Suchtrehabilitation nicht ausreichend mitbehandelt werden können. In der Praxis dauern die Behandlungen von Sucht und Trauma länger, idealerweise ergänzen sich beide Behandlungswege und deren Kostenträger. Bei Gewaltopfern, die als sogenannte OEG-Fälle anerkannt wurden, kann eine Traumatherapie über das Opferentschädigungsgesetz (OEG) finanziert werden. Das Verfahren zur Anerkennung ist mit Belastungen verbunden, zudem müssen Opfer Anzeige erstatten (OEG; vgl. S. 29). Unabhängig vom Kostenträger brauchen Suchtkranke meist Unterstützung bei der Antragstellung.

Die Arbeit mit Täterinnen und Tätern ist Opferschutz

Abhängige können Opfer und Täter bzw. Täterin zugleich sein. Doch Suchtberatung und Suchthilfe wenden sich häufig mehr der Opferperspektive zu. Ein Grund ist, dass Berichte von Gewalttätigen leicht Gefühle von Bedrohung und Angst, aber auch Aggressionen auslösen. Das verunsichert und ist unangenehm. Zudem wird Aggression oft als „unpädagogisches Gefühl“ gewertet. Helfende wollen es dann nicht zulassen. Der gängigen Vorstellung des Helfens ist leichter zu entsprechen, wenn nur der Opferanteil im Täter bzw. in der Täterin gesehen wird: „Was hat die arme Person erlitten, um so ein Mensch zu werden?“ Doch (gewalttätige) Menschen spüren, wenn sie nur als Ausschnitt und nicht als ganze Person wahrgenommen werden. Folglich verüben sie weitere Gewalt, um sich Respekt zu verschaffen. Reflexartig heißt es dann: „So ein Monster.“ Dabei wird übersehen, dass Gewalttätige z. B. auch liebevolle Väter oder Mütter sein können (Vogt, 2015; Lempert, 2002). Die nächste Gewalttat wird nur verhindert, wenn die ganze Persönlichkeit mit ihren Opfer- und Täter- bzw. Täteranteilen gesehen wird. In der Regel braucht es dafür spezielle Aus- oder Fortbildung. So empfiehlt sich eine Zusammenarbeit von Sucht- und Gewaltberatung. Für die Arbeit mit polizeilich erfassten Täterinnen und Tätern hat die Gesetzgebung den Weg geebnet. Gewalttätige können aber auch freiwillig zur Gewaltberatung.

Rechtlicher Rahmen

2012 legte das Gesetz zur Stärkung der Täterverantwortung die Rechtsgrundlage für die Arbeit mit Täterinnen und Tätern. Seither bestehen eine Reihe juristischer Möglichkeiten, Gewalttätige zu „sozialen Trainingskursen“ zu verpflichten: zum Beispiel nach § 153a Abs. 1 Satz Ziff. 6 StPO, § 59a Abs. 2 Ziff. 5 StGB, § 1666 III BGB und § 156 I FamFG. Eine erfolgreiche Teilnahme kann die strafrechtliche Verfolgung zugunsten des des Täters bzw. der Täterin beeinflussen.

Täterarbeit bei häuslicher Gewalt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt (BAG TäHG e.V.) hat 2018 Standards für soziales Training für Täterinnen und Täter vorgelegt. Danach ist die Arbeit mit Täterinnen und Tätern keine Psychotherapie. Verhaltensänderungen sollen mit den Mitteln von Konfrontation, Beratung und sozialer Unterstützung erreicht werden. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit Polizei, Justiz, Jugendamt, Frauenunterstützungs- und weiteren Hilfeeinrichtungen, darunter auch der Suchtberatung. Allerdings zählen „behandlungsbedürftige Suchtmittelabhängigkeit“ und eine „psychiatrische Erkrankung“ zu den Ausschlusskriterien. Außerdem weist die BAG darauf hin, dass bislang nur ein Konzept für die Arbeit mit Tätern in heterosexuellen Beziehungen existiert und es weitere bräuchte: etwa zu Täterinnen, zu Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen, zu Gewalt gegen Kinder und zu Gewalt von Kindern gegenüber ihren Eltern. Beratungsstellen auf

www.bag-taeterarbeit.de

Arbeit mit Täterinnen und Tätern für Abhängige

Einzelne Kliniken bieten für ihre Patienten ein Anti-Gewalt-Training an, darunter die Fachklinik DO IT! in Travemünde mit ihrem ressourcenorientierten Ansatz und das Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie in Bernburg (QR-Code S. 41). Weitere Kliniken haben Konzepte vorgelegt, so zum Beispiel die Salus-Klinik Castrop-Rauxel, die LWL-Universitätsklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm und die Helios Fachkliniken in Hildburghausen (Links Seite 42 unter Huck, Salus, Vieth). Die win2win-gGmbH bietet Anleitungen für die Arbeit mit Gewalttätigen sowie für Aufbau und Durchführung von Anti-Gewalt-Trainings, die sich auch für die Arbeit mit Abhängigen nutzen lassen (siehe Lesetipp).

Lesetipp

Frank Stöckler, Kurt Thünemann (2015)
[Praxis- und Methodenbuch zur Gewaltprävention](#)
Oldenburg 2015

Freiwillig zur Gewaltberatung: Männer wie Frauen

Mit der Hamburger Beratungsstelle Männer gegen Männergewalt entwickelten die beiden Therapeuten Burkhard Oelemann und Joachim Lempert ein Konzept für „Gewaltberatung“. Wie im aktuellen Standard der BAG TäHG e.V. ging es auch den Hamburger Therapeuten darum, dass Gewalttätige die Verantwortung für ihr Handeln übernehmen. Ein wesentlicher Unterschied zu Angeboten nach § 64 StGB: Sie sollen freiwillig kommen. Die ersten Angebote waren für Täter. Doch Männer wiesen immer wieder darauf hin, selbst Opfer von Gewalt durch ihre Partnerin geworden zu sein. Zunächst wurde dies als Versuch gewertet, Verantwortung abzuschieben. Doch schließlich kamen auch Täterinnen freiwillig zur Gewaltberatung. So starteten 2003 Angebote speziell für Täterinnen. Wo immer ein freiwilliges Angebot eröffnet, übersteigt die Nachfrage der Täter sowie der Täterinnen rasch die Kapazität. Es kommen auch Menschen, die Kinder missbrauchen, ihr Verhalten aber zumindest kontrollieren wollen. Die Beratung klärt jeweils, dass Gewalt genau das zerstört, was aufgebaut und geschützt werden soll, wie ein positiver Selbstwert oder Familienleben. Erfassen Gewalttätige diesen Zusammenhang in ihrer ganzen Tragweite, erhält ihre oft hart erarbeitete, aber freiwillige Verhaltensänderung einen positiven Sinn und somit einen Wert: Positiv einsetzbare Selbstmotivation entsteht (Seifert-Wieczorkowsky, 2008; Lempert, 2000).

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Inzwischen wurde die „Gewaltberatung nach dem Hamburger Modell GHM®“ vom Forum Intervention zur „Integrativen Gewaltberatung und Gewaltpädagogik“ erweitert: Gewalttätige werden ganzheitlich mit ihren problematischen Anteilen, aber auch ihren Ressourcen und Potenzialen erfasst und geschlechtsspezifisch und kultursensibel beraten. Beide Geschlechter können zuschlagen, wenn sie nicht mehr weiterwissen, zum Beispiel aus Gefühlen der Ohnmacht, Schwäche, Angst, Scham oder Wut. Wie dies auch der Psychologe Marshall B. Rosenberg anhand der Maslowschen Bedürfnispyramide beschreibt: „Hinter jedem aggressiven Verhalten steht

ein Bedürfnis“, etwa nach Wertschätzung, Autonomie oder Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen. Die Sozialisation entscheidet, was diese Gefühle auslöst (Stöckler & Thünemann, 2015). Und dies ist je nach Geschlecht und Kultur unterschiedlich. Alle müssen lernen, damit umzugehen. Um dies zu erreichen, brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Vorstellungen: kulturell positive Bilder ihres Mann-beziehungsweise Frau-Seins (siehe auch Stickel 2001, S. 97ff.). Die Schnittmenge dabei: Alle müssen lernen, in sich Anteile zuzulassen, die gesellschaftliche, kulturelle Stereotype dem anderen Geschlecht zuschreiben. Täter wie Täterinnen müssen eine neue, offenere geschlechtliche Identität entwickeln, die alle Anteile integriert. Gewaltberatung und -prävention sind somit im Grunde auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

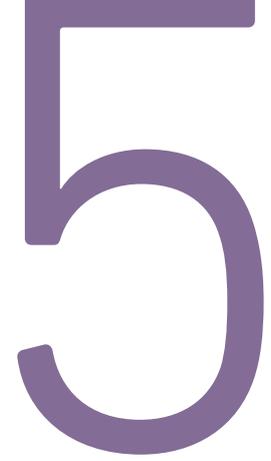
Praxistipp

Einige Mitglieder des Forums Intervention arbeiten auch mit süchtigen Gewalttätigen, die zur „Punktabsistenz“ bereit sind und rechtzeitig vor einer Sitzung auf den Konsum von Alkohol und anderen Drogen verzichten. Adressen über www.intervenieren.de und www.gewaltberatung.org.

Fortbildung

Fachkräfte, auch der Suchtberatung, können sich für die Arbeit mit Opfern, Tätern und Täterinnen fortbilden. Links zu Angeboten: QR-Code S. 41

Unterstützung finden



für Klientel, Patientinnen und Patienten,
Fachkräfte und Freiwillige

Notrufe – 24 Stunden erreichbar, kostenfrei

110

Polizei

112

Feuerwehr, Rettungsdienst, Notarzt

116 006

Weißer Ring für Opfer von Gewalt

www.weisser-ring.de

0800 111 0 111 und **0800 111 0 222**

Telefonseelsorge

08000 116 016

Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen

18 Sprachen verfügbar

www.hilfetelefon.de

116 111

Kinder- und Jugendtelefon

0800 22 55 530

Hilfetelefon sexueller Missbrauch

www.hilfe-portal-missbrauch.de

0800 30 50 750

Hilfetelefon für Opfer organisierter sexualisierter
und ritueller Gewalt aller Alterststufen

<https://nina-info.de/berta> → „Beratung“

0800 400 10 50

Hilfetelefon zu (finanziellen) Hilfen bei sexuellem
Missbrauch im Kindes- und Jugendalter

www.fonds-missbrauch.de

Hilfetelefone mit eingeschränkten Zeiten

0800 1110333

Nummer gegen Kummer e.V. für Kinder
und Jugendliche

Montag bis Samstag von 14 bis 20 Uhr

www.nummergegenkummer.de

0800 – 280 280 1

Notruf-Telefon für Kinder suchtkranker Eltern

Montag bis Freitag von 17 bis 23 Uhr

Samstag, Sonntag und an Feiertagen:

Rund um die Uhr!

Kostenpflichtig

Sucht & Drogen Hotline

01806 313031

(0,20 € / Anruf aus dem Festnetz und aus dem
Mobilfunknetz)

Unterstützung für Opfer von Gewalt

In der **Online-Datenbank für Betroffene von Straftaten** des Vereins Kriminologische Zentralstelle sind Beratungs-, Betreuungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Alter und Geschlecht des Opfers, Art der erlittenen Gewalt (körperlich, seelisch, sexuell) und Postleitzahl zu finden: www.odabs.org

Fachstellensuche zum Täter-Opfer-Ausgleich vom DBH e.V. - Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik unter „Service“ auf: www.toa-servicebuero.de

Der DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik listet **bundesweit Adressen von Einrichtungen und sozialen Diensten der Justiz**: www.dbh-online.de

Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie listet **Traumatherapeuten, -pädagogen, -gutachter und traumazentrierte Fachberaterinnen**: www.degpt.de

EMDRIA, die deutsche Organisation zertifizierter **Therapeuten, die die Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-(EMDR)-Methode zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen anwenden**: www.emdria.de/therapeuteninnen/

Unterstützung für weibliche Opfer von Gewalt

Der europäische Dachverband Women against Violence in Europe listet **Frauenhäuser und Hilfe-Hotlines in mehreren europäischen Ländern**: www.wave-network.org/find-help/

Der Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) ermöglicht die **Suche nach Hilfsangeboten nach Postleitzahl und Beratungsschwerpunkt in rund 30 Sprachen**: www.frauen-gegen-gewalt.de/de/organisationen.html

Der Verein Frauenhauskoordination bietet die **bundesweite Suche nach Frauenhäusern in zwölf Sprachen**: www.frauenhauskoordination.de

Die Zentrale Informationsstelle Autonomer Frauenhäuser listet **Frauenhäuser nach Bundesländern** auf: www.autonome-frauenhaeuser-zif.de

Die Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen listet **Koordinierungs- und Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt** in den 16 Bundesländern: www.big-berlin.info/page/landeskoordinierungsstellen-deutschland

Unterstützung für männliche Opfer von Gewalt

Das Bundesforum Männer e.V. bündelt **Beratungsangebote für Jungen, Männer und Väter, auch im Falle von Gewalt**: www.maennerberatungsnetz.de

Weitere bundesweite Homepages für männliche Opfer gibt es (noch) nicht. Daher wird hier auf regionale Angebote hingewiesen.

Berlin

Beratung für Männer, die in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erlebten: www.tauwetter.de

Männernotruf, Männerhaus und Anti-Gewalt-Arbeit mit Männern und Frauen: www.maennerberatung.de

Beratung und Unterstützung für schwule und bisexuelle Männer nach sexuellen Übergriffen: www.maneo.de

Bayern

Schutzwohnung Nordbayern:

Caritasverband Nürnberg, Tel. +49 911 23542354

Schutzwohnung Südbayern:

SKM e.V. Augsburg, Tel. +49 821 516569

Weitere Hilfe-Adressen für Männer in Bayern: QR-Code S. 41

Nordrhein-Westfalen

Der katholische SKM Fachverband bietet **Jungen-, Männer-Väter- und Gewaltberatung**: www.skmev.de → Beratung & Hilfe

Der SKM Fachverband bietet **für Männer, die Gewalt ausüb(t)en oder erlitten, Beratung** in 15 Städten: www.echte-maenner-reden.de

Raum Oldenburg

Wohnraum für Männer in Krisensituationen: www.maennerwohnhilfe.de

Sachsen

Landesfachstelle Männerarbeit Sachsen mit Links zu **Beratungstelefonen und Schutzeinrichtungen**: www.gib-dich-nicht-geschlagen.de

Stuttgart

Männerberatung: www.sozialberatung-stuttgart.de
→ Fachbereich Gewaltprävention → Gewaltschutz für Männer bei häuslicher Gewalt → Beratung

Unterstützung für Opfer sexualisierter Gewalt

Hilfeportal des UBSKM mit **Informationen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte**: www.hilfeportal-missbrauch.de

Nationale Infoline, Netzwerk und Anlaufstelle zu **sexueller Gewalt an Mädchen und Jungen**: www.nina-info.de

Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zur **Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs**: www.trau-dich.de

Unterstützung für Kinder suchtkranker Eltern

Die **Interessenvertretung für Kinder aus suchtbelasteten Familien**, NACOA Deutschland, listet Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen auf: www.nacoa.de

Gewaltfrei werden: Beratung und Kurse

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Häusliche Gewalt e.V. listet rund 75 **Beratungsstellen für gewaltbereite Männer**: www.bag-taeterarbeit.de

Männer gegen Männer-Gewalt® listet über 20 **Beratungsstellen in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Luxemburg**, die teils auch Frauen beraten: www.gewaltberatung.org

Das bundesweite Präventionsnetzwerk unter Führung der Berliner Charité bietet **kostenfreie Therapie unter Schweigepflicht für Männer mit Phantasien zu Kindesmissbrauch**: www.kein-taeter-werden.de

Baden-Württemberg

Das Netzwerk Straffälligenhilfe bietet **Anti-Gewalt-Training**: www.nwsh-bw.de → Projekte

Berlin

Die Charité **hilft Jugendlichen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, kostenfrei unter Schweigepflicht**: www.du-traeumst-von-ihnen.de

Nürnberg

Der Verein Gewaltberatung Nürnberg **berät Täterinnen, Täter und Eltern gewalttätiger Jugendlicher sowie Menschen, die sich präventiv beraten lassen wollen**: www.gewaltberatung-nuernberg.de

Ruhrgebiet

Das Forum Intervention **berät Täterinnen und Täter** und unterhält die **Gewalthotline**.de:
Tel. +49 209 51956140

Wuppertal

Fachstelle für Gewaltprävention und Beratung für **gewalttätige Mädchen, Jungen, Mütter und Väter**: www.kjf-wuppertal.de/erziehung-beratung/ev-beratungsstelle/fachstelle-gegen-sexualisierte-gewalt/

Suchtkliniken mit Anti-Gewalt-Training:

Travemünde
Fachklinik DO IT!: www.therapiehilfe.de

Bernburg

Landeskrankenhaus für forensische Psychiatrie: www.salus-lsa.de → Suchbegriff „Anti-Gewalt“

Unterstützung für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen

→ Fortbildung
zu Umgang mit und Vorbeugung von Gewalt

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bezuschusst unter bestimmten Voraussetzungen Deeskalationstrainings: BGW-eigene wie Inhouse-Schulungen externer Ausbilder. Die BGW bietet zwei Seminare zur Gewaltprävention: „Gewalt und Aggression systematisch vorbeugen – eine Führungsaufgabe“ und „Ausbildung innerbetrieblicher Deeskalationstrainerinnen und -trainer – Gewalt und Aggression professionell handhaben“, unter: www.bgw-online.de → Gesund im Betrieb → Umgang mit Gewalt

Für Schulungen folgender Anbieter gewährt die BGW einen Zuschuss:
„Connecting – Partnerschaft für Beratung und Training entwickelt mit Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen bedarfsgerechte Konzepte zum Aggressions- und Sicherheitsmanagement:

www.connecting-online.eu
KonfliktFit bildet zum Deeskalationstrainer aus:
www.konfliktfit.de

Die Part Training GmbH berät zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz: www.parttraining.de
Die piag-B schult in innerbetrieblicher Gewaltprävention: www.piag-b.com

Das Institut ProDeMa bildet Deeskalationstrainer aus: www.prodema-online.de

Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG), die gesetzliche Unfallversicherung für bestimmte Einrichtungen von Religionsgemeinschaften wie Jugendwerke, bietet Seminare zur Gewaltprävention in Bildungseinrichtungen an: www.vbg.de → Gewalt

Die Gesellschaft für Prävention bietet für Beschäftigte in der Suchthilfe eine Reihe von Fortbildungen, z. B. Deeskalationstrainings und Seminare zu Schutz- und Haltetechniken, sowie Vorträge, Supervision, Coaching und Training on the Job in Echtzeit: www.win2win-ggmbh.de

LWL-Einrichtungen haben das Deeskalationstraining PDI entwickelt: pdi-training.de

→ Fortbildungen
für die Arbeit mit Gewaltopfern und Gewalttätigen

Der Arbeitskreis der Opferhilfen (ado) bietet Fortbildungen für Menschen, die professionell mit Opfern von Gewalttaten arbeiten:
www.opferhilfen.de → Fortbildung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit bildet zur Beratung gewaltbereiter Männer fort: www.bag-taeterarbeit.de/weiterbildungsinstitut-gewaltpraevention-in-engen-sozialen-beziehungen

Das Forum Intervention bietet Weiterbildung in Integrativer Gewaltberatung und Gewaltpädagogik an: www.intervenieren.de

Das Institut Lempert bildet zur Phämoberatung fort, Schwerpunkt Gewaltberatung für Männer und Frauen. Kurse in deutschsprachigen Ländern: www.lempert.eu

Das Netzwerk Straffälligenhilfe in Baden-Württemberg GbR im Badischen Landesverband für soziale Rechtspflege hat ein Qualitätskonzept für geschlechtsspezifische und altersgerechte Anti-Gewalt-Trainings entwickelt und zertifiziert Anbieter: www.badlandverb.de/anti-gewalt-training

Unterstützung nach Bundesländern und weitere Links für Fachkräfte online



Die aufgeführten Kontaktdaten sollen Fachkräften und Freiwilligen im Gesundheits- und Sozialwesen erleichtern, Angebote vor Ort ausfindig zu machen. Die Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Stand: Dezember 2019

Quellen

Aeberhard, N.; Frei, P. (2015): Alkohol und häusliche Gewalt. Handbuch für die Beratungspraxis. Bern: Blaukreuz-Verlag.

Antoniewski, P. (2018): GeSA: Gewalt – Sucht – Ausweg. Kooperationsprojekt zur besseren Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtproblematik. Konturen online, 27.11.2018.

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg (2014): Konzept zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Menschenhandel und Gewalt in der Pflege. Hamburg. Internet: <https://www.hamburg.de/contentblob/4274734/dbbb4867c799ec64728871d78e2a6c8a/data/opferschutz-konzept.pdf>, Zugriff: 05.04.2024.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2007): Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen. Hamburg. Internet: https://www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/4_1_3c.pdf, Zugriff: 15.01.2020.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2014): Gefährdungsbeurteilung in Beratungs- und Betreuungsstellen. Hamburg.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2019): Notfallvorsorge. Hamburg. Internet: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arbeitssicherheit_und_Gesundheitsschutz/Gesund-und-sicher-Arbeiten/Sichere-Seiten/Beratung_und_Betreuung/Notfallvorsorge-Artikel_Download.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 05.04.2024.

Beutel, M. (2001): Gewalterfahrungen und Sucht. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Gewalt. Stuttgart. S. 7–20.

Bosse, B. (2011): Therapie für Opfer von Straftaten „Wo die Not am größten, ist die Hilfe am fernsten“. In: Zeitschrift Kriminalpolizei, Juni 2011. Internet: <https://www.kriminalpolizei.de/ausgaben/2011/juni/detailansicht-juni/artikel/therapie-fuer-opfer-von-straftaten-wo-die-not-am-groessten-ist-die-hilfe-am-fernsten.html>, Zugriff: 05.04.2024.

Brückner, M. (2016): Grenzen der Passung: Verhältnisse zwischen rechtsstaatlichen Handlungsmöglichkeiten und Dynamiken Häuslicher Gewalt. Qualitative Analyse einer Anwaltschaft. Frankfurt a.M.: gFFZ, Gender- und Frauenforschungszentrum der Hessischen Hochschulen. Online-Publikation Nr. 5/2016. Internet: https://www.gffz.de/fileadmin/user_upload/Nr_5_Aktenanalyse.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Täterarbeit häusliche Gewalt (2018): Arbeit mit Tätern in Fällen häuslicher Gewalt: Standard der Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V. Berlin. Internet: www.bmfsfj.de/resource/blob/95364/49d48cb73cae/cfebe4030b8aea78032c/standards-taeterarbeit-haeusliche-gewalt-data.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

Bundeskriminalamt (BKA) (2019a): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2018 – Jahrbuch. Wiesbaden. Bd. 1: Fälle – Aufklärung – Schaden. Internet: https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2018/pks2018Jahrbuch1Faelle.pdf?__blob=publicationFile&v=9, Zugriff: 05.04.2024.

Bundeskriminalamt (BKA) (2019b): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2018 – Jahrbuch. Wiesbaden. Bd. 2: Opfer. Internet: https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2018/pks2018Jahrbuch2Opfer.pdf?__blob=publicationFile&v=6, Zugriff: 05.04.2024.

Bundeskriminalamt (BKA) (2019c): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2018 – Jahrbuch. Wiesbaden. Bd. 4: Einzelne Straftaten/-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität. Internet: https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2018/pks2018Jahrbuch4Einzelne.pdf?__blob=publicationFile&v=7, Zugriff: 05.04.2024.

Bundeskriminalamt (BKA) (2019d): Partnerschaftsgewalt. Kriminalistische Auswertung – Berichtsjahr 2018. Wiesbaden. Internet: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Partnerschaftsgewalt/partnerschaftsgewalt_node.html, Zugriff: 05.04.2024.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (Hrsg.) (2018): Opferfibel. Rechte von Verletzten und Geschädigten in Strafverfahren. Berlin. Internet: www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Opferfibel.html?nn=110568, Zugriff: 05.04.2024.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin. Internet: <https://www.bmfsfj.de/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf>, Zugriff: 05.04.2024.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2005): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Ergebnisse der Pilotstudie. Berlin. Internet: <https://www.bmfsfj.de/blob/84590/a3184b9f324b6ccc05bdfc83ac03951e/studie-gewalt-maenner-langfassung-data.pdf>, Zugriff: 05.04.2024.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2017): Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, Gesetz zu dem Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 (Istanbul-Konvention). Berlin. Internet: <https://www.bmfsfj.de/blob/122280/cea0b6854c9a024c3b357dfb401f8e05/gesetz-zu-dem-uebereinkommen-zur-bekaempfung-von-gewalt-gegen-frauen-istanbul-konvention-data.pdf>, Zugriff: 05.04.2024.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2018): Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrt. Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Internet: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3429>, Zugriff: 05.04.2024.

Effertz, T. (2014): Kosten bei Kinder aus Suchtfamilien: Die volkswirtschaftliche Dimension eines kaum beachteten Problems. 10 Jahre NACOA Deutschland e.V., Vortrag am 05.09.2014, Berlin. Internet: <https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/vortrag%20effertz%20volkswirtschaftliche%20kosten.pdf>, Zugriff: 5.04.2024.

Fais, J. (Hrsg.) (2012): Gewalt – Sprache der Verzweiflung. Vom Umgang mit Gewalt in der Suchthilfe. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Foerster, K. (2001): Wirkungsweisen von Suchtmitteln im Kontext von Gewalt. Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Gewalt. Stuttgart. S. 35–40.

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (Hrsg.) (2018): Kindern von Suchtkranken Halt geben. Kassel. Internet: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Kinder_von_Suchtkranken_Halt_geben_-_Layout_15.04.2018.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

Friedemann, S.F.; Rettenberg, M. (2019): Delikte unter Alkoholeinfluss. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2019. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 142–151.

Gahleitner, S.B.; Gunderson, C.L. (Hrsg.) (2008): Frauen, Trauma, Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen. Kröning: Asanger Verlag.

GeSA – Gewalt Sucht Ausweg (2018): Handlungsleitlinien zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Sucht und Gewalt. Bundesmodellprojekt GeSA – Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht. Frauen helfen Frauen. Rostock. Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/310319_Abschlussbericht_GeSA.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

Goddemeier, C. (2009): Sucht und Trauma: Herausforderung an eine integrative Behandlung. Deutsches Ärzteblatt, 8, S. 448. Internet: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/66314/Sucht-und-Trauma-Herausforderung-an-eine-integrative-Behandlung>, Zugriff: 05.04.2024.

Güzel-Freudenstein, G.; Christiansen, M. (2019): GINA – Gewalt in der Notaufnahme. Fulda: Hochschule Fulda.

Guttempler in Deutschland (2017): Wer blau ist, sieht schneller rot. Häusliche Gewalt und Sucht. Hamburg. Internet: www.guttempler.de/?sdm_process_download=1&download_id=9508, Zugriff: 05.04.2024.

Heinzen-Voß, D.; Stöver, H. (Hrsg.) (2016): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Huck, W. (2012): Wie du mir so ich Dir. Umgang mit Aggressionen junger Erwachsener. Vortrag vom 13.9.2012 in der LWL-Universitätsklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hamm. Internet: https://www.lwl.org/527-download/pdf/Vortraege/Huck_Wie_Du_mir_so_ich_Dir_Umgang_mit_Aggressionen.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

Kreuzner, A. (2001): Suchtmittelmissbrauch und Gewalt. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Gewalt. Stuttgart. S. 21–34.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2011): Jugend – Sucht – Hilfe. Kooperationen zwischen den Hilfesystemen. Münster.

Lempert, J. (2000): Therapie als Strafe? Frankfurter Rundschau vom 02.12.2000.

Lempert, J. (2002): Täterarbeit ist Opferschutz. Gewaltberatung® mit Tätern. Hamburg.

Lotzin, A. (2019): Learning how to ask – Ein Training zur Diagnostik und zum Umgang mit Berichten von Traumatisierungen. In: LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.): Drug Science. Impulse zum Quer-, Neu- und Weiterdenken. Münster. S. 49–54. Internet: https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_51-Drug_Science.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

Marold, M. (2019): Vom Wert des Gesprächs: „Hab ich dein Ohr, finde ich mein Wort!“. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2019. Berlin. Internet: <https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2019/DAGSHG-Jahrbuch-2019-Marold.pdf>, Zugriff: 05.04.2024.

Reddemann, L.; Teunißen, S. (2006): Ressourcenorientierung in der Behandlung suchtkranker Patientinnen und Patienten. In: Schäfer, I.; Krausz, M. (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 197–218.

Salus Klinik Castrop-Rauxel (Hrsg.) (2018): Konfrontatives Anti-Gewalt-Training im Rahmen einer stationären Therapie. Salü, 8(8). Internet: https://www.salus-kliniken.de/fileadmin/contents/Pool/salue_C-P/salue_Castrop_1_2018.pdf. Zugriff: 05.04.2024.

- Schäfer, I. (2019): Sucht und Trauma. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2019. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 204–215.
- Schäfer, I. et al. (2019): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag.
- Schäfer, I. et al. (2016): Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früherer Gewalt. Bundesgesundheitsblatt, 59, 35–43.
- Schäfer, I.; Lotzin, A. (2018): Komplexe Traumafolgestörungen und ihre Behandlung bei Patienten mit Suchterkrankungen. Suchtmedizin, 20, 219–228.
- Seifert-Wieczorkowsky, S. (2008): Genderorientierte Gewaltberatung. In: Elz, J. (Hrsg.): Täterinnen. Befunde, Analysen, Perspektiven. Kriminologie und Praxis; Band 58. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Sonnenmoser, M. (2017): Häusliche Gewalt gegen Männer: Unbeachtet und tabuisiert. Deutsches Ärzteblatt PP 16, Ausgabe März 2017. Internet: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186686/Haeusliche-Gewalt-gegen-Maenner-Unbeachtet-und-tabuisiert>, Zugriff: 05.04.2024.
- Steffes-enn, R. (2010): Kindesmisshandlung – die Sicht der Täter. Die Kriminalpolizei, (4), 4–7. Internet: https://www.kriminalpolizei.de/downloads/kripo_0410.pdf, Zugriff: 05.04.2024.
- Stickel, H. (2001): Männlichkeit als Problem. Gewalterfahrungen suchtkranker Männer. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Gewalt. Stuttgart. S. 91–98.
- Thünemann, K.; Stöckler, F. (2015): Praxis- und Methodenbuch zur Gewaltprävention. Oldenburg: www.win2win-verlag.de.
- Vogt, I.; Fritz, J.; Kuplewatzky, N. (2015): Frauen, Sucht und Gewalt: Chancen und Risiken bei der Suche nach Hilfen und Veränderungen. Frankfurt: gFFZ, Gender- und Frauenforschungszentrum der Hessischen Hochschulen. Internet: https://www.gffz.de/fileadmin/user_upload/Forschungsberichte/gffz_Forschungsbericht_Vogt_FrauenSuchtGewalt.pdf, Zugriff: 05.04.2024.
- Wolfslast, G. (2002): Strafrechtlich geschützte Schweigepflicht in Selbsthilfegruppen? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) (Hrsg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002. Berlin. Internet: <https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2002/DAGSHG-Jahrbuch-02-Wolfslast.pdf>, Zugriff: 05.04.2024.

Die BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und nimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Sie verfolgt das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

50819 Köln

Tel. +49 221 89920

Fax +49 221 8992300

poststelle@bzga.de, www.bzga.de

Die Suchtvorbeugung ist ein Schwerpunkt der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kostenfrei kann eine Vielzahl an Materialien zur Suchtprävention bestellt werden.

www.drugcom.de

Drugcom.de ist ein Internetangebot, das über Wirkungen, Risiken und Gefahren illegaler und legaler Drogen informiert und die Kommunikation über diese Themen fördert. Die Kernbereiche sind ein Drogen- und Suchtlexikon, Onlineberatung per E-Mail und Chat, neun Wissenstests zu verschiedenen Substanzen, zwei Verhaltens-Selbsttests zu Alkohol und Cannabis, ein Beratungsprogramm für Cannabiskonsumierende und ein Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Zur Prävention von Alkoholmissbrauch spricht die BZgA mit drei aufeinander abgestimmten Teilkampagnen „Alkohol? Kenn dein Limit.“ alle Altersgruppen an:

www.kenn-dein-limit.de

Die Internetseite richtet sich speziell an Erwachsene und hält umfangreiche Informationen rund um das Thema Alkohol bereit. Ein Alkoholselbsttest regt an, den eigenen Alkoholkonsum kritisch zu hinterfragen, und Hilfestellungen unterstützen bei der Reduzierung des eigenen Alkoholkonsums.

www.kenn-dein-limit.info

Die Internetseite richtet sich an Jugendliche im Alter von 16 bis 20 Jahren und informiert über Risiken und gesundheitliche Gefahren, insbesondere durch von Jugendlichen praktizierten hohen und riskanten Alkoholkonsum.

www.null-alkohol-voll-power.de

Die Internetseite richtet sich an Kinder und Jugendliche (12 bis 16 Jahre) und hat zum Ziel, eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern und den Einstieg in den Alkoholkonsum hinauszuzögern.

Die DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchthilfe bundesweit tätigen Verbände. Sie koordiniert und unterstützt die fachliche Arbeit ihrer Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft, um ein Höchstmaß an Wirksamkeit für die präventiven und helfenden Tätigkeiten zu erreichen, in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien, Behörden, Institutionen des In- und Auslandes. Dazu zählen Öffentlichkeitsarbeit und Prävention sowie die Archivierung und Dokumentation von Veröffentlichungen. Zu den Mitgliedsverbänden der DHS gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und der Sucht-Selbsthilfe.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Expertinnen und Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de, www.dhs.de

www.dhs.de

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Außerdem besteht ein Zugang zu allen Broschüren und Faltblättern.

Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Über die Internetseite www.dhs.de ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.

DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen bestellt werden: www.dhs.de

Sucht- und Gewaltprobleme in der Familie

Die vorliegende Arbeitshilfe beschreibt enge Zusammenhänge zwischen Sucht, Familie, Gewalterfahrungen und Trauma. Zur weiteren Information dienen frühere Publikationen der DHS zu Suchtproblemen in der Familie:

Suchtprobleme in der Familie

Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen

Mia, Mats und Moritz

... und ihre Mama, wie sie wieder trinkt
Eine Geschichte für Kinder in Kindergarten und Grundschule

Mit Begleitheft für Fachkräfte und Ehrenamtliche

im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen sowie für Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern

Luis und Alina

Wenn die Eltern trinken
Ein Tagebuch für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 15 Jahren

Mit Begleitheft für Fachkräfte und Ehrenamtliche

im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen sowie für Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern

Erwachsenwerden in Familien Suchtkranker

Eine Arbeitshilfe für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits-, Bildungswesen und der Arbeitswelt

Kostenfrei zu bestellen auf www.dhs.de/infomaterial

Impressum

Herausgeber



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de, www.dhs.de

Redaktion (2020)

Charlotte Tönsmeise, DHS
Christina Rummel, DHS
Christine Kreider, DHS

Lektorat

Dr. Roland Kroemer, txt-file Werbelektorat

Konzeption und Text

Gisela Haberer, Weßling

Konzeptionelle Beratung

Nina Aeberhard, Blaues Kreuz Bern-Solothurn-Freiburg
Christian Bölckow, Guttempler in Deutschland
Gaby Kirschbaum, Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Ulrich Kemper, Bernhard-Salzmann-Klinik,
LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen
Kurt Thünemann, win2win-gGmbH Oldenburg
Prof. Dr. Klaudia Winkler, OTH Regensburg
Dr. Raphael Gaßmann, DHS
Christa Merfert-Diete, DHS
Regina Müller, DHS

Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt am Main

Druck

Warlich Druck Meckenheim GmbH,
Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim
Dieses Medium wurde umweltbewusst produziert.

Auflage

3.5.08.24

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Westenwall 4, 59065 Hamm (info@dhs.de), und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln (bestellung@bzga.de), kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Artikelnummer: 33240300



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de, www.dhs.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit