

## GEWALT IN SUCHTHILFEEINRICHTUNGEN (FDR-Tagung 1999)

Die Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe erreicht – konzeptionell gewollt und arbeitsteilig organisiert – eine spezielle Klientel: i.v. Opiatabhängige (und Polytoxikomane), die nicht selten vor ihrer Substitution in der Ambulanz bereits eine Vielzahl anderer Behandlungssettings ausprobiert (und mitunter auch „verschlissen“) haben. Sie kommen in der Regel mit dem Ruf, nicht nur „nicht wartezimmerfähig“ und „nicht verabredungsfähig“ zu sein, sondern auch vergleichsweise massiv durch gewaltsame Übergriffe aufzufallen. Dieser Hintergrund – die Konzentration von KlientInnen, deren Erfahrungen und Überlebensstrategien wesentlich durch Gewalt bestimmt ist – fordert zu einem besonders aufmerksamen Umgang mit der Problematik auf. Gewalt ist mindestens eine den Alltag der Institution belastende „Störung“. Eigentlich ist sie – per Sanktion – ausgeschlossen, indem sie zum Ausschluß führt. Schwere „Störungen“ sind zugleich vereinbarter Gegenstand der Arbeit. Von daher muß in der Diskussion bleiben, was die Hausordnung wirklich meint. Es geht um das Spannungsverhältnis der Gefährdungen zwischen Dramatisierung und Normalisierung (Gewöhnung), um den Alltag absoluter Prinzipien, somit um deren unausweichliche Relativierung. Gesucht wird nach kontextabhängigen Grenzen, vor allem aber nach Chancen, Grenzüberschreitungen schon im Vorfeld weniger wahrscheinlich zu machen. Welche „eigenen Anteile“ an Gewalt in Institutionen sind identifizierbar und einzuschränken? Zuletzt bleibt die Frage nach Szenarios im Umgang mit eruptiven Entladungen von Gewalt: Wer oder was ist in welcher Reihenfolge durch welche Maßnahmen zu schützen?

### Vorbemerkungen:

#### 1) A.I.D.: Von der „indoor-scene“ zur „Schwarzwaldklinik“?

Die Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe, in der aktuellen Form seit April 1997 bestehend, arbeitet mit einer speziellen Zielgruppe von Opiatabhängigen/Polytoxikomanen, nämlich mit genau denjenigen, die sich nicht in den nach „Berliner Linie der Substitution“ üblichen (dezentral organisierten) Behandlungs- und Betreuungsrahmen integrieren lassen. Typisch sind besonders lange Drogen- und Delinquenzkarrieren, riskante bis abenteuerliche Konsummuster, hochgradige körperliche und soziale Verelendung, eine Häufung von psychiatrischen Befunden (Doppeldiagnosen), extrem auffällige (unkontrollierte) Verhaltensmuster etc. sowie äußerst eingeschränkte verfügbare Ressourcen zur eigenständigen Bewältigung dieses Problemstaus. Die rasche Expansion der Einrichtung (Verdopplung der PatientInnenzahl) bei durchgehaltener Zuweisung „problematischer“ Klientel durch Clearingstelle, JVAen, Sozialpsychiatrische Dienste, Krankenhäuser, Beratungsstellen etc. führte phasenweise zu einer nur noch schwer zu handhabenden Situation – auch im Hinblick auf gewaltsame Übergriffe. Durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen (Klärungen im Gesamt-Team, Regulierung der Neuaufnahmen und der Zusammensetzung des PatientInnenstamms, Erweiterung der Hausordnung, organisatorische Veränderungen, Zusammenarbeit mit Sicherheitsdienst, Absprachen mit der Polizei...) konnten die zeitweilig szenearartige Atmosphäre innerhalb der Ambulanz und die belastende Lage in ihrem Umfeld wieder geklärt und Rückfälle in einen derartigen Zustand erfolgreich verhindert werden. Da wir keineswegs unsere Klientel gegen andere ausgetauscht haben, ist eine ein für allemal abschließende „Lösung“ des Gewaltproblems allerdings illusionär. Vielmehr ist die Beschäftigung mit diesem Thema Alltags-Arbeit (Zu betonen sind beide Hälften dieses zusammengesetzten Substantivs).

#### 2) Eingrenzung des Themas

Es geht hier nicht um strukturelle Macht des settings oder um gewaltsame Übergriffe durch MitarbeiterInnen, sondern um Gewalt, die von PatientInnen/KlientInnen ausgeht.

Es ist an dieser Stelle auch nicht beabsichtigt, dem zweifellos sinnvollen (parallel stattfindenden) Deeskalationstraining Konkurrenz zu machen. Während dort konkrete Haltungen und Kompetenzen der MitarbeiterInnen den Schwerpunkt bilden, sollen in diesem Beitrag v.a. konzeptionelle Aspekte der Gewaltprävention in Suchthilfeeinrichtungen benannt werden.

# THESEN

## These 1

Es gibt keine Suchthilfeeinrichtung, in der Konfrontationen mit Gewalt ausbleiben. In welcher Form und mit welcher Intensität allerdings Gewalt zum Thema wird, ist durch den Charakter der Einrichtung und ihre „Umwelt“ wesentlich vorbestimmt.

Die Begegnungen mit Gewalt können auf erzählte Lebensgeschichten oder Berichte über Alltagssituationen beschränkt bleiben. Möglich sind aber auch eruptive Entladungen in der Einrichtung (von verbalen Angriffen über Handgreiflichkeiten und Psychoterror bis zum Waffeneinsatz). Prinzipiell kann es auch zu ernsthafteren Gewaltausbrüchen in jeder Einrichtung kommen. Das Risiko dafür ist allerdings nicht gleichverteilt: Offenkundig gibt es settingspezifische, Gewalt eher hemmende oder eher begünstigende Faktoren („Hochschwelligkeit“/Fremdheit/Öffentlichkeit versus „Niedrigschwelligkeit“/Vertrautheit/Nische).

Viel zu wenig berücksichtigt wird - unterhalb der Schwelle des „besonderen Vorkommnisses“-, daß Männer- und Frauengewalt in z.T. sehr verschiedener Ausprägung und Massivität/Subtilität zu erleben sind. (Dafür stehen an vorderer Stelle die zahllosen Sexismen, denen v.a. Mitarbeiterinnen von Suchthilfeeinrichtungen um so sicherer ausgesetzt sind, je selbstverständlicher erwartet wird, daß sie dies schon irgendwie aushalten.)

Zu erhöhtem Risiko führt mit Sicherheit die Nähe von Behandlungs- bzw. Betreuungssetting und Suchtsubstanzen – unabhängig davon, ob verschriebenes Medikament oder Szenedrogen. Auf welche Weise durch die Verfügungsgewalt über Suchtmittel wie z.B. Methadon Szenestrukturen (und damit Szeneverhalten) reproduziert (Ärztin/Arzt in der Rolle des „Dealers“, Betreuungspersonal als „Vermittler“) wäre eingehender zu bedenken.

Anmerkung: Das Stufenschema Gewalt gegen Sachen – Gewalt untereinander – Gewalt gegen MitarbeiterInnen kann, aber muß nicht gelten (sollte also nicht zu illusionärer Sicherheit führen, etwa nach dem Motto: „Bei uns fliegt zwar öfter mal ein Stuhl durch den Laden, gehauen hat aber noch nie einer...“ oder „XY hat zwar gelegentlich Zoff mit andere KlientInnen, vom Team hat er aber noch nie jemanden angefaßt...“)

## These 2

Die Verdrängung des Themas „Gewalt in Suchthilfeeinrichtungen“ funktioniert – in Praxis und Theorie – gleichermaßen ganz hervorragend

- a) in den Einrichtungen selbst
- b) in Forschung und Literatur.

Zu a) Mit der Lebenswelt-Nähe der Einrichtung hängt zusammen, nach welchem Modus Gewalt wahrgenommen, eingegrenzt (definitorisch wie praktisch) und ausgeschlossen (nicht zugelassen, vermieden, verdrängt) wird. Zu unterscheiden sind idealtypisch „Feiertags-settings“ und „Alltags-settings“.

„Feiertags-settings“ werden nur ausnahmsweise aufgesucht; wer dort erscheint, akzeptiert fraglos Regeln und Rituale der Gastgeber, benimmt sich also i.d.R. anständig oder doch wenigstens halbwegs unauffällig. Im Hinblick auf Gewalt-Ereignisse besteht in derartigem Rahmen eine Tendenz zur Dramatisierung. (Zugespitzt: Was mit Überraschung und Konfusion beginnt, führt zunächst zum schnellen Ausschluß des „Index-Klienten“. Der Zwischenfall wird exzessiv aber schließlich doch nur kurz diskutiert und bewirkt schlimmstenfalls die weitere Anhebung der Eingangsschwellen. Damit scheint auch das Problem ausgeschlossen. Ein Rest von Unsicherheit bleibt, solange man überhaupt noch mit jemandem arbeitet.)

„Alltags-settings“ werden in fast jeglicher Stimmung aufgesucht; die Kommunikation verläuft nahezu unverstellt, die Grenze zwischen „innen“ und „außen“ wird weniger scharf erlebt...) Solcherlei Ort bietet ein gutes Klima für eine Tendenz zur Normalisierung (Gewöhnung an Gewalt).

Beide Tendenzen können sich als äußerst problematisch erweisen! Jede beinhaltet in ihrem Gegenteil die Chance, zu einem angemessenen ausbalancierten Verhältnis zur Gewaltproblematik vorzustoßen. (Das kann z.B. heißen, wo Gewöhnung droht, die sprachlose Routine bewußt zu durchbrechen, also: die vielen kleinen Grenzverletzungen, die am Anfang einer Spirale von verbalen und körperlichen Übergriffen stehen, aufmerksam zu thematisieren. Oder: Wo Gewalt praktisch gar kein Thema zu sein scheint, kann es lohnen, Klarheit über die wirksamen Faktoren dieser Art von Normalität zu entwickeln.)

Zu b) Noch immer ist Gewalt in Suchthilfeeinrichtungen in Forschung und Literatur nur ausnahmsweise ein Thema.

(Dies kann und soll an dieser Stelle nicht durch eine umfassende Literaturübersicht belegt werden. Worum es lediglich geht ist die exemplarische Verdeutlichung einer defizitären Situation.)

Beispiel 1: Das „Handbuch der Rauschdrogen“ (Schmidbauer, vom Scheidt, 8. ergänzte und erweiterte Neuauflage) bietet ein 17-seitiges Sachregister. Das Stichwort „Gewalt“ kommt darin ein einziges Mal in der Verbindung „Gewalttätigkeitselixier“ vor. Dabei geht es um die Beschreibung der Wirkungen von Cannabis in einer historischen Textquelle. Auch das ersatzweise aufgesuchte Stichwort „Aggressivität“ kommt auf 688 Seiten kaum vor – einmal als möglicher Nebeneffekt der Kombination von Alkohol und Amphetamin und viermal im psychoanalytischen Kontext (als Gegenstand von Sublimierung).

Beispiel 2: Zu den Bestsellern in den Regalen niedrighschwelliger Einrichtung zählt seit Jahren „Drogenpraxis, Drogenhilfe, Drogenrecht“ (Böllinger, Stöver, Fietzek). Das voluminöse Sachwortverzeichnis bietet lediglich zwei Verweise auf „Gewalterfahrungen drogenabhängiger Frauen“ sowie je eine Textstelle zum Thema Autoaggressivität“ und zu „kollektiven Aggressionen“ als Konsequenz aus der „Doppelmoral des Kapitalismus“. Zweimal wird „Aggression in der Therapie“ thematisiert, jeweils in kritischer Abgrenzung von Konfrontation („Synanon-Spiele“) oder „Zwangstherapie“ („Zwang wird als Aggression erlebt und verstärkt Aggression.“). Wie und auf welche Weise Opfer zu Tätern werden, bleibt ausgespart, erst recht wie sich damit innerhalb der Einrichtungen praktisch umgehen ließe.

Beispiel 3: Als eine der noch eher seltenen Ausnahmen darf die Publikation von Schroers über den „Alltag im Szeneladen“ gelten. Im Rahmen dieser Studie („Eine(r) sozial-ökologische(n) Analyse akzeptanzorientierter Drogenarbeit“) werden unter der Überschrift „Alltagshandeln

im Kontaktladen“ auch Gewaltsituationen, auf Gewaltvermeidung zielende Regularien sowie deren Durchsetzung beinahe zwangsläufig zum Thema. „Gegenstandslogisch“ wird man seit wenigen Jahren gelegentlich auch in der Literatur über Streetwork oder akzeptierende Jugendarbeit zum Thema „Gewalthandeln Drogenabhängiger“ fündig.

Die Bereitschaft zu einer gewissen Transfer-Leistung vorausgesetzt, bestehen zudem in unmittelbar angrenzenden Gebieten oder an weiter entfernten Ufern der Forschung gewisse Chancen zum Erkenntnisgewinn (von psychologischer, soziologischer oder sozialpädagogischer Literatur über auffälliges Verhalten z.B. bei Schulkindern oder in Jugendszenen über – forensische - Psychiatrie bis zu Konfliktforschung, Kriminologie und Ethnologie).

### These 3

Daß das Thema „Gewalt in Suchthilfeeinrichtungen“ (insbesondere: in Einrichtungen der Drogenhilfe) im Vergleich zu seiner praktischen Relevanz in der Literatur so auffällig unterrepräsentiert erscheint, ist kein Zufall.

Wurzeln der weitgehenden Gewalt-Abstinenz in der (Drogenhilfe-)Literatur können u.a. sein:

- historisch-ideologische:

Der (vielfach sicherlich berechtigte) Kampf gegen Kriminalisierung und Stigmatisierung Drogenabhängiger schlägt um in die entgegengesetzte Einseitigkeit: die beharrliche Pflege einer ausschließlichen Opfer-Perspektive. (Paradoxiertweise geschieht dies nicht selten mit besonderer Hartnäckigkeit dort, wo größter Wert auf die Subjekt-Rolle von Drogengebern gelegt wird.) In diesem gedanklichen Umfeld sind auch weiterhin geradezu allergische Reaktionen auf alles zu beobachten, was mit Psychopathologie zu tun hat. (Zwischen Psychiatrisierung und Psychiatrie bliebe somit letztlich doch das alte Gleichheitszeichen stehen.) Praktisch umgesetzt kann dieses Muster an Masochismus grenzen, etwa wenn der Anspruch „niedrigschwellig“ zu arbeiten mit devoter Anspruchslosigkeit verwechselt wird.

- wissenschaftlich-methodische:

Platte soziologisierende Milieu-Theorien sind offensichtlich unsterblich. (Die Umstände machen danach den Menschen - also auch seine Gewaltbereitschaft. Unter günstigeren Umständen verschwände das Problem von selbst.) Auch die (unbestreitbar legitime) Debatte über „strukturelle Gewalt“ ging mit dem Risiko einher, in den Strukturen „steckenzubleiben“ und nicht wieder den Weg zu den Akteuren zu finden. Der nach wie vor absolut dominante quantitative Zuschnitt von Drogenforschung scheint schließlich nur begrenzt Zugänge zum Alltag der Drogenhilfe zu schaffen.

- politische:

Aus nachvollziehbaren Gründen ist Gewalt in Suchthilfeeinrichtungen (wenigstens öffentlich) ein Tabu-Thema: Da gibt man „diesen Leuten“ (den Drogenabhängigen) immer und immer wieder eine Chance (Was das kostet!) und dann fällt denen nichts besseres ein als das Mobiliar zu zerschlagen oder ihre Helfer zu vermöbeln!

## These 4

Suchthilfeinrichtungen sind (potentiell oder tatsächlich) Austragungsort „außen“verursachter Gewalt. Zugleich aber ist Gewalt durchaus auch „hausgemacht“. Wenigstens das, was selbstproduziert ist, läßt sich auch aus eigener Kraft begrenzen.

Was an Gewalt – getragen von der Klientel – in die Einrichtungen „hineinschwappt“, ist überaus komplexer Herkunft: Verarmung, Verunsicherung, Stigmatisierung und Brutalisierung der Gesellschaft insgesamt - vor allem aber bestimmter Milieus und Szenen -, strukturelle Defizite des Hilfesystems („Rückstau“ und Ghettoisierung aufgrund fehlender Anschluß-Hilfen) etc.

Nicht ohne Neben-Wirkungen bleibt auch, daß durch neue oder modifizierte Angebote Gewolltes gelingt: daß z.B. bislang unerreichte, darunter „extrem problematische“ Drogenkonsumenten eingebunden und gehalten werden. Somit verweilen - wenigstens befristet – im Rahmen ambulanter Behandlungs- und Betreuungssettings zunehmend auch Drogenabhängige, deren Desintegration ein anscheinend irreversibles Stadium erreicht hat.

Zum Vergleich: In der bereits erwähnten Publikation von Bölliger, Stöver und Fietzek findet sich ein „Verlaufsschema zum Prozeß von Drogenabhängigkeit und Kriminalisierung“. Die 6. der 8 Stufen beschreibt den Status „Dissozialisierung durch kriminelle Subkultur und Haft komplett.“ Weitere Kennzeichen: „Negatives Selbstbild und trotzige Provokation der Umwelt. Endgültige kriminelle Karriere und Etikettierung als `therapieresistent´. Verwahrung in Haft oder Psychiatrie“. Bei dieser Gruppe wird in Einzelfällen – bei angemessener Unterstützung – noch eine „positive Lösung“ für möglich gehalten. Allerdings sei schon hier „mit Rehabilitation kaum noch zu rechnen“. Ab Stufe 7 bleibt die Spalte „Positive Lösung“ leer. Daß das Risiko von Gewalt unter der Voraussetzung derartiger Dissozialisierung enorm steigt, liegt auf der Hand. Wie viele derartiger KlientInnen eine Suchthilfeeinrichtung wie lange auszuhalten vermag, ist eine offene, d.h. von Fall zu Fall zu beantwortende Frage.

An dieser Stelle beginnt der Bereich der „hausgemachten“, selbstorganisierten Gewaltprobleme. Um deren Quellen identifizieren und ggf. Korrekturen vornehmen zu können, erweist es sich als sinnvoll, periodisch eine „Checkliste“ abzuarbeiten, die sich aus „philosophischen Begriffen“ zusammensetzt:

**Raum:** Wie klar und wirksam ist z.B. die Grenze zwischen „innen“ (Drogenhilfeeinrichtung) und „außen“ (Szene)? Wie einsichtig sind differenzierte Verhaltenserwartungen im Hinblick auf verschiedene, voneinander getrennte (Funktions-)Bereiche innerhalb der Einrichtung? Wie übersichtlich ist das räumliche Angebot? (Gibt es tote Winkel?)

**Zeit:** Da ein Zusammenhang von Streß und Gewalt zweifellos gegeben ist, sollten z.B. Arbeitsabläufe und -organisation zu einem möglichst entspannten Klima beitragen.

**Bewegung/Entwicklung:** Durch verschiedenste Faktoren (innere wie äußere) können sich der Charakter einer Einrichtung und die Atmosphäre in ihr – gewollt oder ungewollt – verändern.

Subjekt/Objekt: Von wem/gegen wen richtet sich welchen Bedingungen genau welche Art von Bedrohung/Gewalt. Wie klar und effektiv wird kommuniziert, um Risiken zu begrenzen bzw. außer Kontrolle geratene Situationen wieder in den Griff zu bekommen?

Ziel/Mittel: Welchem Zweck dient eigentlich die in der Einrichtung geleistete Arbeit/welche Mittel sind diesem Zweck angemessen? Z.B.: Geht es um genau definierbare Hilfen oder dient die Einrichtung der angstverursachten Adrenalinausschüttung bei ihren MitarbeiterInnen, indem Randalierern eine sanktionsfreie Spielwiese geboten wird.)

## These 5

Es gibt (mindestens) drei „substanzielle“ Gründe für Gewalt in Suchthilfeeinrichtungen:

- 1) den Siegeszug des Kokain (bzw. des als Kokain verkauften Speed) als Straßendroge (d.h. auch als Beigebrauchsdroge unter Substituierten)
- 2) das (aus nicht nachvollziehbarer Toleranz gegenüber den „Dealern in weiß“) noch immer ungelöste Rohypnol-Problem.
- 3) Die Chronifizierung massiven Alkohol-Mißbrauchs unter substituierten und nicht-substituierten Opiatabhängigen.

Zusammengefaßt heißen diese drei Gründe Polytoxikomanie. Die zunehmende Tendenz zu polytoxikomanem Konsum – u.a. auch belegbar aus den Daten zu Drogentoten und –notfällen – ist nicht zuletzt auch zu erleben, wo sich Drogenabhängige in der Öffentlichkeit versammeln, ebenso aber natürlich in den Einrichtungen, die sie aufnehmen.

## These 6

Gewalt muß immer wieder neu definiert werden. Das ist kein Defizit, sondern eine lebensnotwendige Aufmerksamkeitsübung.

Geradezu „klassische“ Ausgangspunkte für zugespitzte Situationen sind die Ablehnung eines Wunsches (diametral zur suchttypischen Anspruchshaltung „alles-gleich-ganz“), die Konfrontation mit Regeln (oder anderen Verhaltenszumutungen) oder die Mitteilung einer Sanktion. Eine in Richtung Bedrohung oder Gewaltanwendung führende Interaktion wird durch sehr verschiedene nonverbale oder verbale Signale angezeigt. Einige Beispiele (aus dem Fundus der weniger subtilen Signale):

- A) Klient X öffnet die Jacke, eine bislang verborgene Waffe wird sichtbar. Kommentar: „Du siehst, was ich hier habe.“
- B) Identische Situation, außer: Die Drohung richtet sich gegen eine anwesende/abwesende dritte Person.
- C) Eine Waffe ist nicht unmittelbar im Spiel, doch es wird mitgeteilt: „Du weißt, daß ich eine Kanone habe und auch damit umgehen kann...“

- D) Ohne auffällige Erregung wird erklärt: „Bitte nimm zur Kenntnis, daß ich jetzt endgültig satt habe, was du mit mir abziehst. (Künftig wird dir die Lust dazu vergehen.)“
- E) „Weißt du was? Das war jetzt zuviel. Ich weiß genau, wann du Feierabend hast/wo du wohnst.“
- F) Mehr oder weniger erregt/mit ausgestrecktem Zeigefinger/in angespannter Körperhaltung/in Minimalabstand wird festgestellt: "Du bist auch nur so ein ...(z.B.) Sozialarbeiter-fuzzi.“
- G) „Mal sehen, was du sagst, wenn du mich in eurem Klo liegen/vor eurer Tür hängen findest.“

Über die Frage, wie jede einzelne dieser (zufällig ausgewählten) Situationen zu bewerten ist und welche Reaktion angemessen wäre, wird es keine Einigung geben können. Komplexe Probleme schließen Standard-Lösungen aus.

## These 7

Mit der Entscheidung für eine Zielgruppe ist bereits wesentlich vorbestimmt, ob und auf welche Weise Gewalt zum Thema wird.

Die perfektste Gewalt-Prävention besteht selbstverständlich darin, sich alle Drogenabhängigen vom Leibe zu halten (Man kann ja nie wissen...), vor allem aber diejenigen, die sich aller Voraussicht nach schon vorab als „problematisch“ identifizieren lassen. Das sind insbesondere

- „einschlägig vorbelastete“,
- aktuell (bei-)konsumierende,
- psychiatrisch auffällige KlientInnen („Doppeldiagnosen“)

Z.B.: (Auszug aus einem Gerichtsurteil)

„...Am 26. 02. 1993 begab sich der Angeklagte gegen ca. 10.00 Uhr zu einem Beratungsgespräch in das Büro des Sozialarbeiters X., Einrichtung Y. Dort forderte er die Erteilung eines Fahrkartengutscheins, den er zuvor zwar schon erhalten hatte, der ihm aber entwendet worden sei. Herr X. versagte die geforderte Leistung, da er unzuständig war. Daraufhin erhob sich der Angeklagte von seinem Stuhl, öffnete seine Jacke, wobei ein langes, machetenähnliches Messer sichtbar wurde, zog dieses heraus und bedrohte Herrn X. damit, indem er das Messer gegen ihn erhob und sinngemäß sagte: `Im Grunde gehörst du abgestochen!´... Der Angeklagte war bei Ausführung seiner Taten drogensüchtig und hochgradig psychotisch...“

Die beste Gewalt-Prävention besteht wohl eher in einer möglichst genauen Kenntnis der Klientel bzw. jedes/jeder einzelnen Klienten/Klientin. Aber: Auch hierbei ist Vorsicht geboten. So bleibt individuell zu entscheiden, auf welche Weise die MitarbeiterInnen von Suchthilfeeinrichtungen Informationen erhalten und wie damit jeweils umzugehen ist. Der Inhalt des Beispiel-Textes sagt für sich genommen noch nichts über eine aktuell angemessene Gestaltung des Kontakts zum damals gerichtlich Verurteilten.

## These 8

Es hat (heuristischen) Wert, das „Normalgeschehen“ in einer Einrichtung als SPIEL und abweichendes Geschehen (z.B. Gewalt) als REGELVERLETZUNG zu betrachten.

Für die Zweckmäßigkeit eines derartigen (bewußt verfremdenden, distanziert reflektierenden) Verständnisses spricht u.a.:

- Wie ein „Spiel“ funktioniert auch der Alltagsbetrieb einer Suchthilfeeinrichtung mit i.d.R. überschaubarem Teilnehmerkreis (in verteilten Rollen) und eventuell auch mit Zuschauern, d.h. nicht unmittelbar beteiligten Personen (sofern das Geschehen nicht „umkippt“, was unbedingt zu vermeiden wäre).
- Es sind verschiedenste Verhaltensmöglichkeiten zugelassen, aber: Es gibt einen Minimalvorrat an unumstößlichen, indiskutablen Regeln. Jenseits dieser Regeln ist das Spiel zu Ende. („Platzverweis“)
- Die absolut gültigen Regeln sind potentiell auslegbar, müssen unter den Beteiligten also immer wieder geklärt werden. Daneben bleibt Spielraum für zusätzliche, z.T. diskutabile, letztlich aber ebenso klar zu formulierende (individuelle) Vereinbarungen.

Wenn „N“ das in einer Institution gewollte Geschehen beschreibt und „G“ den nicht intendierten, dennoch aber möglichen „Störfall“ (Gewalt), sind zwei Fragen zu beantworten:

- 1) Wie läßt sich vermeiden, daß „N“ in „G“ umschlägt?
- 2) Wie läßt sich ggf. möglichst schnell und effektiv der umgekehrte Weg beschreiten?

Zu 1) Einige Aufmerksamkeitsrichtungen im Vorfeld bzw. zur Vermeidung potentieller Gewalteskalation:

- A) Unbedingt zu beachten sind die Rahmenbedingungen des „Spiels“, insbesondere im Falle ihrer Veränderung. Wie bei einer Sportveranstaltung zu berücksichtigen ist, ob die Atmosphäre besonders aufgeheizt ist, da es um Aufstieg, Abstieg oder Qualifikation geht, sollten auch im Betrieb einer Suchthilfeeinrichtung Besonderheiten der Situation oder des Umfeldes hinsichtlich ihres Einflusses auf das interne Klima bewertet werden.
- B) Sicherlich von Nutzen ist die möglichst genaue Einschätzung sämtlicher „MitspielerInnen“ und ihrer Beziehung zueinander. Zu differenzierter Kenntnis der Klientel (s.o.) kommen die (Selbst-)Einschätzungen der MitarbeiterInnen über unproblematische oder eben auch ungünstige personelle Konstellationen. In der Regel bestehen durchaus Gestaltungsspielräume hinsichtlich der Klient-Mitarbeiter-Zuordnung.
- C) Jeder neue „Mitspieler“ ist genauestens, auf eine ihm angemessene Weise mit den Regeln vertraut zu machen. Individuell ist ggf. auch zu entscheiden, wie früh und in welcher Form bei (drohenden) Regelverletzungen gemahnt oder verwahrt werden muß.
- D) Immer wieder zu prüfen ist, auf welche Weise die raum-/zeitlichen Bedingungen zu Regelverstößen „einladen“: Gibt es (bzw. entstehen) „tote Winkel“, stressige Abläufe, Grenzüberschreitungen infolge fehlender Rituale (Wer das Büro betreten will, hat anzuklopfen.) oder Kontaktschemata (Problematischere Gespräche finden nicht vor Publikum, sondern z.B. im Beratungsraum statt...?)

E) Welche Möglichkeiten und welche Bereitschaft bestehen, im Sinne der Gewaltprävention einzelne „MitspielerInnen“ (ganz oder befristet) vom Platz zu stellen? (Diese Frage wird sich wohl häufiger auf KlientInnen beziehen, muß aber auch bezogen auf MitarbeiterInnen zulässig sein.)

Zu 2) Deeskalierend wirksame (Sofort-)Maßnahmen:

- A) Ad-hoc-Definition der jeweiligen Bedrohungs- oder Gewaltsituation: Dazu ist – bei gleichzeitiger „Spielunterbrechung“ - die auffällige oder „Index“-Person (Regelverletzer) möglichst präzise zu identifizieren. Beim Inkrafttreten eines vorab feststehenden „Alarm-Schemas“ bedarf es einer ersten Entscheidung über den Schweregrad des Problems (Ist eine Lösung aus eigener Kraft möglich oder muß Hilfe geholt werden? Wie massiv/durch wen konkret soll interveniert werden? Umgekehrt: Wer sollte ggf. nicht in Erscheinung treten?) . Grundsätzlich geklärt muß schon im Vorfeld jeder potentiellen Zuspitzung sein, wer oder was mit welcher Priorität geschützt werden muß (MitarbeiterInnen, KlientInnen und – mit einigem Abstand - unter Umständen auch Türen, Technik, Methadon, Möbel und Geschirr).
- B) Bei unübersichtlicher Lage ist womöglich eine kurze Absprache mit den „Schiedrichter-kollegInnen“ sinnvoll – unbedingt aber unter Ausschluß des Publikums!
- C) Die möglichst klare Sofortreaktion (z.B. Hausverbot) hat zunächst nur den Zweck, die Spannung zu reduzieren und eine Ausweitung des Problems zu unterbinden. Ein Entscheidungsvorbehalt über das letztlich angemessene Ausmaß einer Sanktion ist möglich und mitunter – im Sinne von momentaner Entlastung - auch sehr hilfreich (z.B. mit Verweis auf ein klärendes Gespräch an anderem Ort oder ein kurzfristig angesetztes Beurteilungsgremium).
- D) Sofern nicht anders möglich (bei Gefahr unkontrollierbarer Konfliktausweitung) muß das „Spiel“ abgebrochen werden. Ansonsten ist das Ziel von Sofortinterventionen nicht die Klärung des Problems in all seinen Facetten (dies ist mit etwas Distanz ohnehin eher zu erreichen), sondern die rasche Rückkehr zum „normalen Geschäft“.

Schlußbemerkung: Zum „normalen Geschäft“ jeder Suchthilfeeinrichtung gehört mit Sicherheit, daß sich die MitarbeiterInnen hinreichend sicher fühlen. Dies bedeutet mehr, als nicht täglich um Leib und Leben fürchten zu müssen. Schon diesseits der mehr oder weniger massiven Angst vor gewaltsamen Übergriffen beginnen Zumutungen, die es unmöglich machen, den Kopf für die professionelle Arbeit frei zu haben. Nicht erst permanente Beleidigungen oder offensichtliche Bedrohungen, sondern schon das Gefühl wehrlos oder bedroht zu sein, führen zu überdosiertem Streß und zu unverantwortlichem Verschleiß. (Ob dieses Gefühl „zurecht“ besteht, ist gänzlich uninteressant, d.h. nicht Gegenstand der Diskussion.) Es liegt im elementaren Interesse wohl jeglicher (Suchthilfe-)Einrichtung, dies zu vermeiden – also: in erster Linie die MitarbeiterInnen zu schützen. D.h. aber zugleich, ihrem Sicherheitsgefühl eine von ihnen selbst stetig überprüfbare Basis zu schaffen: Kompetenzen gezielt zu trainieren und Alltagspraxis organisiert zu reflektieren.