



**Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen**
BAS Unternehmergeellschaft
(haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089.530 730-0
Fax: 089.530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Registergericht München:
HRB 181761

Geschäftsführung:
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
IBAN:
DE44 7002 0500 0008 8726 00
BIC/Swift: BFSWDE33MUE

Gesellschafter:
Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e.V.

Dokumentation der 32. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern

**„Gewalt bei Drogenkonsumenten – Richtig
reagieren, wenn es brenzlig wird“**

7. Oktober 2015 in Nürnberg

Ablauf der Tagung

Am 7. Oktober 2015 fand im Kleinen Sitzungssaal des Nürnberger Rathauses die 32. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen mit rund 50 Teilnehmern¹ statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

- 09:30 Uhr Begrüßung und aktuelle Informationen rund um die BAS
Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand BAS e.V., München
- 09:45 Uhr Alkohol, Drogen, Gewalt – Fakten, Zusammenhänge, Prävention
Prof Dr. Michael Klein, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln
- 10:45 Uhr Gewalterfahrung von Mitarbeitern der Suchthilfe und Apothekern – Ergebnisse einer bayernweiten Kurzbefragung
Dr. Beate Erbas, BAS UG, München
- 11:00 Uhr Interdisziplinärer Austausch mit Kaffeepause
- 11:30 Uhr Aggression und Gewalt gegenüber Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten – Ergebnisse der bundesweiten Befragungsstudie
Max Feistle, cand. med. Doktorand am Institut für Allgemeinmedizin, TU München
- 11:50 Uhr Einführung in den Umgang mit gewaltbesetzten und emotionalen Konflikten
Stefan Werner, Dipl. Soz. Päd., Bingen
- 12:45 Uhr Mittagspause
- 14:00 Uhr Workshops (alternativ)
- Workshop 1:
Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz – Schwerpunkt Selbstbehauptung
Pamela E. Schmidt, Kriminalhauptkommissarin, K 7 ED/Prävention, Ansbach
- Workshop 2:
Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz – Schwerpunkt verbale Deeskalation
Stefan Werner, Dipl. Soz. Päd., Bingen
- 16:00 Uhr Kurzvorstellung der Ergebnisse aus den Workshops
- 16:30 Uhr Ende der Veranstaltung

¹ Soweit in diesem Text bei der Bezeichnung von Personen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

Alkohol, Drogen, Gewalt – Fakten, Zusammenhänge, Prävention

Prof. Klein stellte seinem Vortrag die folgenden Leitsätze voran: Gewaltverhalten, vor allem bei suchtkranken Männern und Vätern,

- ... ist häufig und kein seltenes Phänomen.
- ... ist therapeutisch behandelbar.
- ... sollte im Rahmen von Suchtprävention thematisiert und in einer (stationären oder ambulanten) Suchttherapie regelhaft diagnostiziert und behandelt werden.
- ... ist eine mögliche Rückfallfolge wie auch ein möglicher Rückfallauslöser.
- ... sollte Anlass für diagnostisches Routinescreening, biographische Gewaltanamnese und komorbiditätsorientierte Kombi-Behandlung sein.

Zusammenhang zwischen Gewaltverhalten und Alkoholintoxikation

Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass es vor der eigentlichen Gewalthandlung zu Vorläufersituationen in Form von verbalen Provokationen gekommen ist. In vielen Fällen sind sowohl Opfer wie Täter alkoholisiert. Laut einer älteren deutschen Polizeikriminalitätsstatistik (2008) wurden rund 30 % aller Fälle von Gewaltkriminalität unter Alkoholeinfluss begangen. In einer anderen Untersuchung (Pillmann et al. 2000) zeigten 65 % aller Gewalttäter eine akute Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt. Dabei ist die Alkoholmenge ganz entscheidend: Neben einer Risikohöherung kommt es mit steigenden Konsummengen zu einer Risikoverdichtung.

Bestimmung des Gewaltbegriffs

Gewalt stellt nur einen kleinen Ausschnitt aggressiven Verhaltens dar, bildet also nur eine Teilmenge davon. Gewalthandlungen beabsichtigen oder nehmen die Schädigung von Personen und Objekten in Kauf. Außerdem kann Gewalt berauschend wirken und besitzt einen eigenen Verstärkerwert. Sie kann sowohl proaktiv ausgeübt werden („Jetzt werde ich es meiner Frau aber einmal zeigen!“) als auch reaktiv in Form von Gegenwehr.

Unterschieden wird zwischen struktureller, sexueller, psychisch-verbaler, physischer und autoaggressiver Gewalt, wobei sich die einzelnen Formen auch überschneiden können.

Problemfelder alkohol- und drogenassoziierter Gewalt

Untersuchungen aus Deutschland, USA, Kanada und Großbritannien zeigten, dass in 32-52 % aller Fälle von *Kindesmisshandlung* Alkohol- und/oder Drogenkonsum beteiligt waren. Eine andere US-Studie ergab, dass Kinder in Familien mit elterlichen Alkoholproblemen eine vierfach erhöhte Wahrscheinlichkeit der Misshandlung, eine fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit der körperlichen Vernachlässigung und eine zehnfach erhöhte Wahrscheinlichkeit der emotionalen Vernachlässigung im Vergleich zu Kindern aus unbelasteten Familien aufwiesen (USDHHS, 1993; Weckerle & Wall 2001).

Auch bei der *Gewalt gegenüber dem Partner* schwankte die Rate der alkoholisierten Täter zwischen 32 % (England/Wales) und 55 % (USA, Deutschland).

Auch im Hinblick auf *Jugendgewalt* zeigten Studien aus Israel, Finnland, England und Wales ein deutlich erhöhtes Risiko, in Schlägereien verwickelt zu sein, wenn gleichzeitig häufiges Binge drinking oder Betrunkenerfahrungen berichtet wurden.

Familienkontexte als Risiko für alkohol- und drogenassoziierte Gewalt

Da drogenabhängige Eltern zu ca. 75 % psychische Komorbiditäten aufweisen, bildet die Trias aus Suchtstörung, psychischer Erkrankung und Gewaltverhalten einen besonderen Stressor für die psychische Gesundheit von Kindern.

Partnerbezogene Gewalttäter lassen sich folgender psychologischer Typologie zuordnen:

- überkontrolliert, depressiv
- unterkontrolliert, impulsiv
- instrumentell, machtorientiert

Die neun wichtigsten negativen Auswirkungen auf Kinder in dysfunktionalen Familien sind emotionaler und sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, emotionale und körperliche Vernachlässigung, geschlagene Mutter, elterliche Komorbidität, elterliche Trennung und Scheidung sowie ein Elternteil im Strafvollzug (Dube et al. 2001).

Kinder mit physischen Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend haben, verglichen mit einer unbelasteten Kontrollgruppe, im Erwachsenenalter signifikant häufiger selbst physische Gewalt erlitten oder sind selbst gewalttätig geworden (Zemlin et al. 2003).

Gewalttäterbehandlung sollte daher immer Bestandteil der Suchttherapie sein.

Prävention und Therapie alkoholassoziierter Gewalt

Abschließend stellte Prof. Klein zwei Programme vor:

- Papilio[®]: Programm für Kindergärten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz
- TAVIM: Behandlungsprogramm für alkohol- und drogenabhängige, gewalttätige Männer und Väter

Gewalterfahrungen von Mitarbeitern der Suchthilfe und Apothekern – Ergebnisse einer bayernweiten Kurzbefragung

Die BAS hat im Sommer 2015 in Kooperation mit dem WIPIG bzw. der Koordinierungsstelle der Bayerischen Suchthilfe eine Befragung zu Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz durchgeführt. Frau Dr. Erbas stellte die Ergebnisse vor, die lediglich orientierenden Charakter haben und nicht repräsentativ sind.

Ergebnisse der Apothekerbefragung:

Insgesamt haben 39 Personen teilgenommen, von denen bereits 29 (88 % Apothekerinnen, 68 % Apotheker) mit aggressiven Kunden konfrontiert waren. Eigene Kollegen als Opfer von Gewalt erlebt hatten 18 Befragte (46 %). In den meisten Fällen handelte es sich um verbale Gewalt (51 %), in nur fünf Fällen (13 %) wurde eine Kombination verbaler und körperlicher Art berichtet.

Lediglich drei Personen hatten eine Fortbildung zum Umgang mit Gewalt besucht.

Hinsichtlich der Frage „Ich fühle mich sicher, Gewaltsituationen auflösen bzw. deeskalieren zu können.“ antworteten 72 % mit „ja“, 10 % mit „nein“ und 15 % waren sich nicht sicher. Mit rund 24 % war der Anteil an Apothekerinnen, die Unsicherheit in Gewaltsituationen berichteten, höher als bei ihren männlichen Kollegen (6 %).

Ergebnisse der Befragung von Mitarbeitern der Suchthilfe:

An der Befragung beteiligten sich Personen (65 % Frauen, 32 % Männer), die überwiegend in der Suchtberatung (45 %), Therapieeinrichtungen (15 %) und im Betreuten Wohnen (14 %) tätig waren. Rund 72 % hatten bereits selbst Erfahrungen mit aggressiven Klienten gemacht oder berichteten über entsprechende Erlebnisse ihrer Kollegen. Auch hier waren die Ereignisse in 91 Fällen überwiegend verbaler Art (60 %), in 38 Fällen verbal-körperlicher Art (25 %) und nur in zwei Fällen rein körperlicher Art.

Unter den Mitarbeitern der Suchthilfe hatten 72 (47 %) bereits eine Fortbildung zum Umgang mit Gewalt absolviert.

Bezüglich der Frage „Ich fühle mich sicher, Gewaltsituationen auflösen bzw. deeskalieren zu können.“ ergab sich folgende Verteilung (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Überblick über Sicherheit im Umgang mit Gewalt nach Geschlecht, Alter und bereits absolvierter Fortbildung unter Mitarbeitern der Suchthilfe in Bayern

	ja	nein	ich weiß nicht
Alle	93 (61,2 %)	12 (7,9 %)	44 (28,9 %)
Frauen	52 (53,1 %)	11 (11,2 %)	35 (35,7 %)
Männer	38 (82,6 %)	0	8 (17,4%)
Bis 30 Jahre	8 (38,1 %)	6 (28,6 %)	7 (33,3%)
Über 30 Jahre	84 (66,1 %)	6 (4,7 %)	37 (29,1 %)
Fortbildung ja	55 (77,5 %)	3 (4,2 %)	13 (18,3 %)
Fortbildung nein	38 (48,7 %)	9 (11,4 %)	31 (39,7 %)

Fazit

- Knapp drei Viertel der Befragten ist bereits mit aggressiven Kunden/Klienten am Arbeitsplatz konfrontiert worden.
- Jüngere und weibliche Mitarbeiter fühlen sich weniger sicher, Gewaltsituationen auflösen zu können.
- Entsprechende Fortbildungen können helfen, die Sicherheit im Umgang mit Gewalt zu steigern.

Aggression und Gewalt gegenüber Allgemeinmedizinern und praktischen Ärzten – Ergebnisse der bundesweiten Befragungsstudie

Herr Feistle präsentierte ausgewählte Ergebnisse seiner Promotionsarbeit, die Erfahrungen mit Gewalt und Aggression u.a. durch bewusstseinsverändernde Substanzen im beruflichen Alltag bei Allgemein- und praktischen Ärzten untersuchte.

Zunächst gab er einen kurzen Überblick über nationale und internationale Untersuchungen zu diesem Thema, die nachfolgend stichpunktartig zitiert werden.

- Schmidt et al., 2012: Hauptauslöser Hilflosigkeit, Unverständnis des Patienten, Intoxikationen mit Alkohol oder Drogen
- Mäulen, 2000: Notaufnahme, psychiatrische Abteilungen und Hausarztpraxen am gefährdetsten, da hier intoxikierte und zum Teil bewusstseins eingeschränkte Patienten vorrangig behandelt werden.
- Püschel & Cordes, 2001: Alkohol- und Drogenkonsum bedeutend bei Gewaltausbrüchen, häufige und heftige Vorfälle insbesondere bei Patienten mit Konsum von Crack bzw. Kokain
- Miedema et al., 2010: Studie aus Kanada, wonach Mehrheit der Täter geistig nicht krank und nicht intoxikiert war (nur 19 %)
- Tollhurst et al., 2003: Deutliche Assoziation zwischen Gewalt und Alkohol- und Drogenkonsum beim Patienten, Verlust der Impulskontrolle, Ärzte sollten Strategien zum Umgang mit diesen Patienten erlernen

Ziel der Befragung war die Erfassung folgender Parameter bei Ärzten in der Praxis, bei Haus- und Heimbefuchen sowie im Bereitschaftsdienst:

- Allgemeines Sicherheitsgefühl
- Rate an Ärzten mit Aggressions- und Gewalterfahrungen
- Tatumstände, Tätermerkmale und Tatfolgen

Methodik

1.500 zufällig ausgewählte Ärztinnen und Ärzte wurden postalisch angeschrieben und um das Ausfüllen eines vierseitigen Fragebogens gebeten.

Ergebnisse

Die Responserate war mit 60 % unerwartet hoch. Das allgemeine Sicherheitsgefühl war bei Ärztinnen und Ärzten in der Praxis am höchsten und nahm in folgender Reihenfolge ab: Heimbefuch, Hausbesuch, Bereitschaftsdienst in der Praxis und schließlich Hausbesuch im Rahmen des Bereitschaftsdienstes. Dabei fühlten sich Ärztinnen deutlich unsicherer als ihre männlichen Kollegen.

Leichte² und mittelschwere³ Aggressionen wurden von über 80 % der Hausärzte berichtet, innerhalb der letzten 12 Monate lag der Anteil dafür bei rund 60 % bei den Frauen und rund 55 % bei den Männern. Schwere⁴ Aggressionen waren mit 23 % bei beiden Geschlechtern deutlich seltener. Immerhin berichteten rund 10 % der Befragten über ein entsprechendes Ereignis innerhalb des vergangenen Jahres.

Inwiefern psychoaktive Substanzen bei den aggressiven Vorfällen beteiligt waren, zeigt die nachfolgende Tabelle.

Tab. 2: Beteiligung bewusstseinsverändernder Faktoren bei aggressiven/gewalttätigen Vorfällen nach Schweregrad (aus Vorderwülbecke et al. 2015, siehe unten)

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	leicht (n = 171)	mittel-schwer (n = 185)	schwer/sehr schwer (n = 93)	gesamt (n = 449)
Bewusstseinsverändernde Faktoren beim Täter (3)				
- nein	37 %	28 %	20 %	30 %
- Alkohol	12 %	17 %	13 %	14 %
- Drogen	7 %	6 %	4 %	6 %
- psychische Erkrankung	21 %	21 %	22 %	21 %
- Alkohol und Drogen	2 %	3 %	4 %	3 %
- Alkohol und psychische Erkrankung	4 %	2 %	8 %	4 %
- Drogen und psychische Erkrankung	2 %	2 %	2 %	2 %
- Alkohol, Drogen und psychische Erkrankung	-	2 %	3 %	1 %
- weiß nicht	12 %	17 %	18 %	15 %
- sonstiges	2 %	4 %	5 %	4 %

² Beispiele für leichte Aggression: Beleidigung oder Beschimpfung

³ Beispiele für mittelschwere Aggression: Bedrohung, Einschüchterung, Sachbeschädigung

⁴ Beispiele für schwere Aggression: ausgeprägte körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Stalking

Literatur

- Schmidt J, Feltes T: Gewalt gegen Rettungskräfte – Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. 2012. www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF_2012/Gewalt_gegen_Rettungskraefte.pdf (last accessed on 11 December 2014).
- Mäulen B: Jeder sechste Kollege verprügelt - Gewalt gegen Ärzte. MMW Fortschr. Med. 2000; 142: 4-10.
- Püschel K, Cordes O: Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. Dtsch Arztebl 2001; 98: A153–7.
- Miedema B, Hamilton R, Tatemichi SR, et al: Monthly incidence rates of abusive encounters for Canadian family physicians by patients and their families. Int J Family Med 2010: 387202 (epub).
- Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S: Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. Aust J Rural Health 2003; 11: 231–6.
- Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K: Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 159–65. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0159
⇒ <http://www.aerzteblatt.de/archiv/168409/Aggression-und-Gewalt-gegen-Allgemeinmediziner-und-praktische-Aerzte>

Einführung in den Umgang mit gewaltbesetzten und emotionalen Konflikten

Herr Werner erklärte zu Beginn, dass es für die meisten Einrichtungen schwierig sei, zu definieren, ab wann aggressives Verhalten anfangen. Jeder Mitarbeiter würde dies zunächst für sich definieren, aber alle sollten gemeinsam festlegen, ab wann eine Schädigung und damit eine Verletzung der Integrität der Person beginne. Eine genaue Definition führe unter der Voraussetzung, dass das gesamte Personal einbezogen werde, zu einer Einschränkung des Gewaltpotentials in der Einrichtung.

Wichtig sei es, die eigene Wahrnehmung für einen möglichen Konflikts zu schulen und Situationen analog zu den Farben einer Ampel für sich zu bewerten. Bei „Grün“ sei alles in Ordnung, bei „Gelb“ hieße es, vorsichtig zu sein und bereits aktiv sein Handeln zu ändern. Bei „Rot“ liege eine eindeutige Grenzüberschreitung vor.

Entscheidungsprozesse unter Stress verliefen unbewusst innerhalb kürzester Zeit und lösten je nach Vorerfahrung verschiedene Gefühle aus. So könne beispielsweise ein aggressiver Klient in einer Beratungssituation bei einem (kampfsport-)erfahrenen Mitarbeiter Vorfreude auf eine mögliche Schlägerei auslösen, bei anderen Mitarbeitern jedoch Angst- und Fluchtgefühle hervorrufen. Die Gefühle lenkten das weitere Verhalten.

Beim Täter seien verschiedene Grundbedürfnisse, die als Motive für Gewalthandlungen in Frage kommen könnten, zu berücksichtigen:

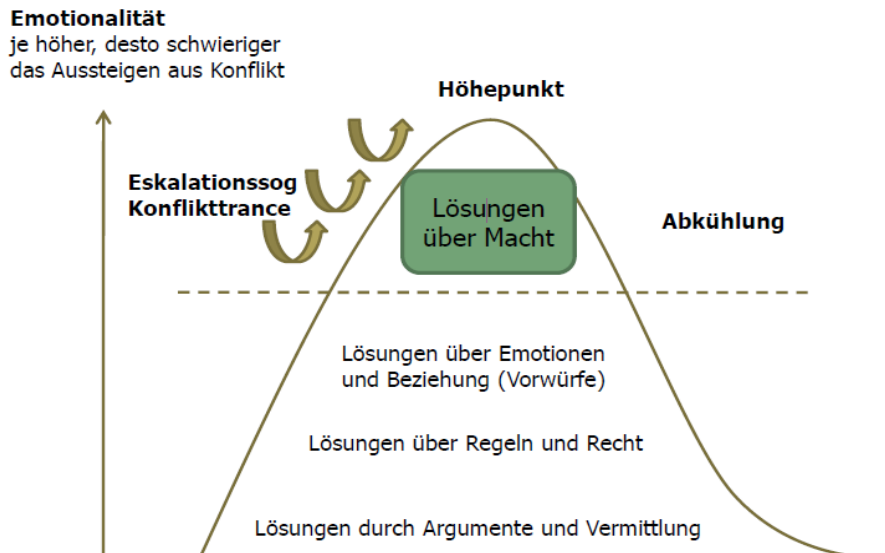
- Selbstverwirklichung: angenehme Gefühle aufbauen, unangenehme abbauen
- Anerkennung und Wertschätzung
- Sozialbedürfnis: Wunsch nach Zugehörigkeit sowie Bedürfnis nach Bindung und Beziehung
- Sicherheit: Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle
- Grund- und Existenzbedürfnisse: Selbstwert aufbauen und erhalten

Bei der Konfliktlösung sei zu beachten, dass Hemmpotenziale häufig durch wiederholte Ausübung von Gewalt reduziert seien.

In der folgenden Abbildung sind die Phasen der Konfliktentwicklung dargestellt, wobei sich die Kommunikation auf verschiedenen Ebenen bewegt. Der Berater sollte versuchen, einen

Ebenenwechsel nach unten herbeizuführen, so dass eine Konfliktlösung weniger emotional und eher sachlich erreicht werden könne.

Abb. 1: Phasen der Konflikentwicklung (individuell)



In Konflikten wechselten die Konfliktarten häufig, wobei generell zwei Typen unterschieden würden:

- Beziehungskonflikte
- Sachkonflikte. z.B. hinsichtlich Ressourcen, Werten, Zielen oder Strategien

Schließlich wies Herr Werner darauf hin, dass das Gegenüber nicht objektiv analysierbar und dass es schwierig sei, die im Hintergrund verborgenen wahren Interessen zu erkennen. Empfehlenswert sei, eher auf Verbindendes als auf Trennendes zu achten. Ferner gebe es kein typisches Konfliktverhalten. Es sollten vielmehr verschiedene Strategien im Sinne des Try and Error-Verhaltens erprobt werden. Wichtig sei eine konstruktive Atmosphäre bei der Konfliktlösung, wobei für beide Partner ein akzeptabler Ausweg gefunden werden sollte.

Workshop 1: Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz – Schwerpunkt Selbstbehauptung

Frau Schmidt erläuterte eingangs, dass sich Gegenwehr bei einem Angriff in jedem Falle lohne. So würden 85 % der Täter bei massiver Gegenwehr vom Opfer ablassen, während das bei Passivbleiben des Opfers nur in 15 % der Fall sei. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass bei jeder Form der Gegenwehr die Verhältnismäßigkeit abzuwägen sei.

Ferner ging sie auf den Unterschied eines Antragsdelikts, z.B. Beleidigung oder einfache Körperverletzung, zu einem Officialdelikt, z.B. schwere Körperverletzung, ein. Bei ersterem müsse vom Geschädigten selbst Anzeige erstattet werden, bei letzterem muss die Polizei tätig werden und ermitteln.

Auch der Einsatz eines Tierabwehrsprays sowie eines Schrillalarms wurde vorgestellt und darauf hingewiesen, dass der Umgang mit dem Spray auf jeden Fall erst einmal geübt werden sollte.

Im weiteren Verlauf des Workshops erfolgten praktische Übungen zur Abwehr von Angreifern, z.B. Schreiübungen, Tritte gegen das Schienbein, Schläge auf die Pratze sowie Befreiungstechniken für den Fall, dass man festgehalten oder gewürgt wird.

Workshop 2: Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz – Schwerpunkt verbale Deeskalation

Herr Werner erklärte eingangs, dass man gelegentlich mit Klienten mit einem stark ausgeprägten und wenig sozial verträglichen Verhaltensmuster konfrontiert sei, das in bestimmten Situationen sehr schnell aktiviert würde. Im Rahmen der Arbeit mit solchen Klienten sei es besonders empfehlenswert, ein Schema einer stufenartigen Präventionsskala mit folgenden Ebenen zu erstellen:

Konflikteskalation
Mitte eines Konflikts
Beginn eines Konflikts
Konfliktfreier Bereich

Für alle Ebenen (einschließlich des noch konfliktfreien Bereichs) sei eine auf die Person bezogene individuelle Verhaltensbeschreibung vorzunehmen sowie zu beobachten und zu erfassen, auf welchen Stufen welche Interventionen, wie z.B. Loben, lösungsorientiertes Fragen, Irritieren oder Grenzsetzung, wirksam seien. Notiert werden sollten darüber hinaus angewandte Techniken, die auf den jeweiligen Stufen nicht wirksam gewesen seien. Hierbei handele es sich um einen präventiven Ansatz, der für die ca. 5 % „sehr schweren Fälle“ des Klientels Anwendung finden sollte.

Herr Werner verwies in diesem Zusammenhang darauf, wie wichtig die Einführung qualitätsbezogener Sicherheitsstandards in Institutionen sei, die mit dieser Klientel arbeiteten. Es sei insbesondere für den Fall, dass jemand im Dienst alleine sei, seitens des Arbeitgebers ein Hilfesystemkonzept zu erstellen und zu implementieren, das Sicherheitsstandards im Vorfeld, in der Beratungssituation und im Nachgang definiere.

Anhand eines Fallbeispiels stellte Herr Wehner vor, wie schnell aus einer zunächst konfliktfreien Situation innerhalb kürzester Zeit ein Konflikt entstehen, eskalieren und vollständig außer Kontrolle geraten könne. Er stellte verschiedene Interventionsansätze vor. Anhand des Fallbeispiels diskutierte er gemeinsam mit den Workshopteilnehmern, auf welcher Stufe des Konfliktentwicklungsprozesses die Situation mit welchen alternativen Verhaltensweisen möglicherweise hätte entschärft und der Konflikt einen anderen Verlauf hätte nehmen können:

Zunächst verwies Herr Werner darauf, dass es sinnvoll sei, von präventiven, über leicht und lustige bis hin zu energischen oder selbstschützenden (Flucht!) Interventionen das Spektrum von Verhaltensmöglichkeiten umfassend auszuschöpfen. Hauptproblem sei, dass oftmals zu spät und zu hart gehandelt werde und die Bandbreite anderer Möglichkeiten zu wenig ausgeschöpft würde. Wichtig sei dabei insbesondere, öfters die Position des anderen einzunehmen, um über einen Perspektivenwechsel respektive den Weg der Empathie ein Gespür dafür zu erlangen, was in der Situation i.S. der Deeskalation hilfreich sein oder was dem anderen einen Ausstieg ermöglichen könnte. Hilfreich sei in konfliktträchtigen Situationen, eigene Bedürfnisse zu kommunizieren [vgl. Konzept der *Gewaltfreie Kommunikation (GFK)* nach Carl Rogers]. Ferner sei die Kunst des aktiven Zuhörens bedeutsam, die Qualität des Zuhörens hingegen aber häufig mangelhaft.

Von zentraler Bedeutung sei auch das Selbstmanagement in Konflikten. Darunter sei zu verstehen, dass man „sauber“ beziehungsweise vorbereitet im Dienst erscheinen solle und die Einstellung vertrete, sich nicht fremd bestimmen zu lassen. Dies bedeute, selbst zu bestimmen, ob man sich auf den Konflikt einlasse oder nicht. Hierzu zählten zudem weitere Ansätze wie das tiefe Durchatmen i.S. der Impulskontrolle, Wahrnehmungsfokussierung, das Großgestalten der Körpersprache, mal einen Schritt rückwärts/seitwärts zu machen, positive Affirmation („Ich bleibe ruhig!“), körperliche An-/Entspannung („Embodiment“) und die Umbewertung von Situationen.

Nachfolgend stelle Herr Werner eine Reihe von Interventionsmöglichkeiten aus folgenden Bereichen vor:

- *Körpersprachliche Interventionen*
(z.B. Haltung, Gestik, Mimik; Bewegung im Raum)
- *Verhandelnde Interventionen*
(z.B. Zuhören und Verstehen; Selbstaussagen; Verhandeln)
- *Verwirrende Interventionen*
(z.B. Agieren durch Humor; Sich dumm stellen; paradoxes Intervenieren; Rollenwechsel)
- *Beziehungsfördernde Techniken*
(z.B. Selbstbetroffenheit formulieren und zeigen; Lösungen gemeinschaftlich suchen)
- *Verbale Techniken*
(z.B. Spiegeln; mit Worten oder Stille beruhigen; Auswirkungen auf die Zukunft erfragen)
- *Verschiebende Techniken*
(z.B. Konflikt auf später oder auf eine andere Ebene oder Personen verschieben)
- *Grenzsetzende Techniken*
(z.B. Kontrolliert ansteigende Beharrlichkeit; Ermahnen und Warnen; Grenzen setzen)
- *Gruppendynamisches Intervenieren*
(nur noch moderierende Tätigkeit)
- *Hilfe oder Unterstützung holen*
(präventiv oder direkt auffordernd)
- *Flucht*
(über Irritation, Grenze setzen oder Ansage)
- *Festhalten zur Eigen- und Fremdsicherung*
- *Körperliche Deeskalationstechniken*

Herr Werner verwies darauf, dass alle Techniken hilfreich sein könnten, es aber nicht sein müssten und dass der Selbstschutz besonders hoch zu werten sei, sodass die Flucht aus der Situation die letzte, aber ins Kalkül zu ziehende Option sein müsse. Und schließlich sei auch zu bedenken, dass Konflikte, die man mit anderen habe, grundsätzlich auch ein Feedback an einen selbst seien. Demzufolge sollte man hinterfragen, welche Botschaft dahinter versteckt sei und was man daraus lernen beziehungsweise an sich selbst verändern könne.

Die 33. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS findet
am **1. Juni 2016** in München statt.

Das Thema wird frühzeitig im Vorfeld der Veranstaltung angekündigt.

**Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder
auch Schwierigkeiten informieren!**