

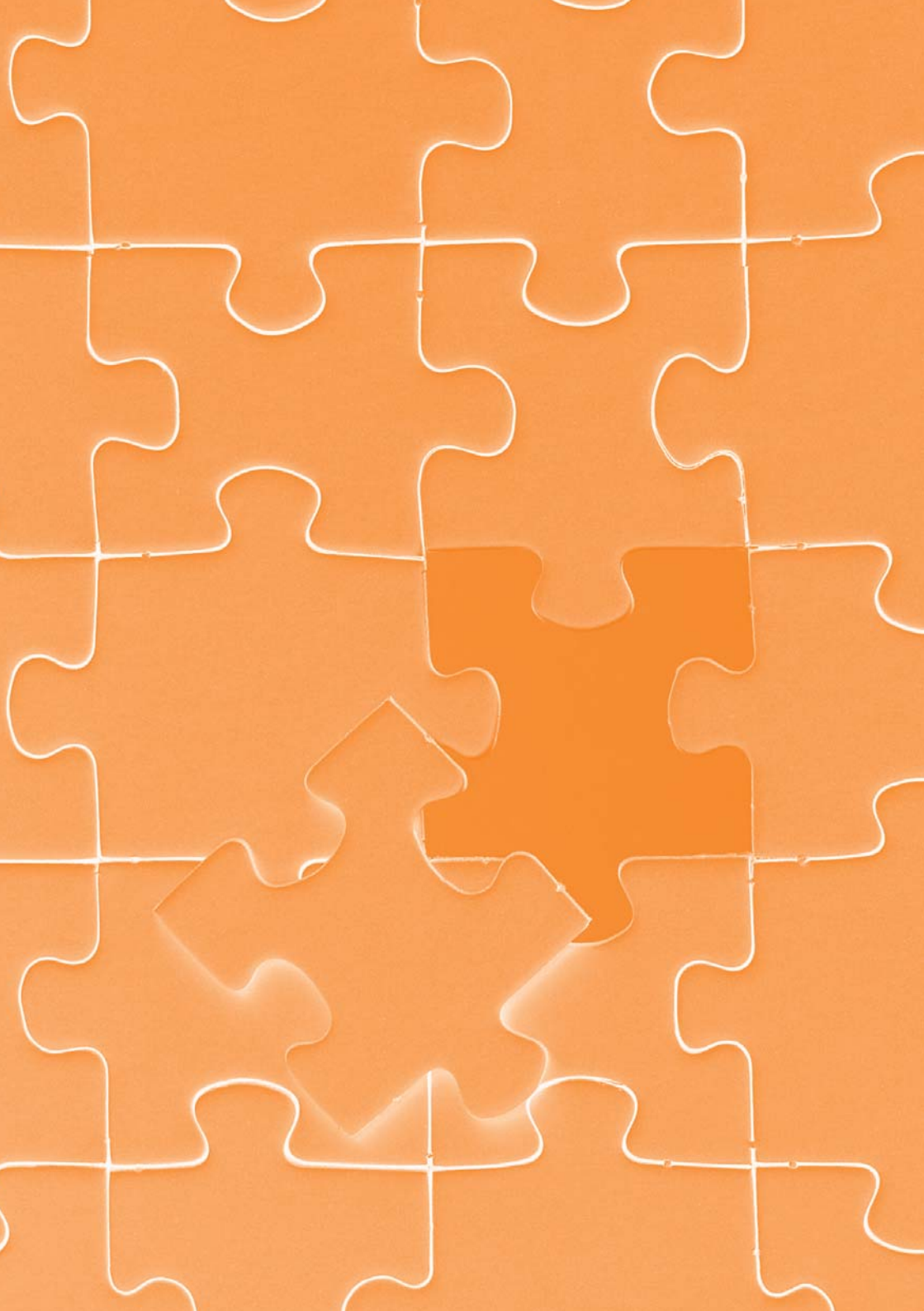


Erfahrungen aus einem dreijährigen
Bundesmodellprojekt zum Aufbau
eines regionalen Kooperationsmodells
zur Verbesserung der Versorgung
gewaltbetroffener Frauen
mit Suchtmittelproblematik
und deren Kinder

oder

**Wie kommt zusammen,
was zusammen gehört?**

**GEWALT-
SUCHT-
AUSWEG**





GEWALT-
SUCHT-
AUSWEG

Erfahrungen aus einem dreijährigen
Bundesmodellprojekt zum Aufbau
eines regionalen Kooperationsmodells
zur Verbesserung der Versorgung
gewaltbetroffener Frauen
mit Suchtmittelproblematik
und deren Kinder

oder

**Wie kommt zusammen,
was zusammen gehört?**



Inhalt

Drei Jahre GeSA – ein Blick zurück	4
Danksagung	5
Grußwort des Bundesgesundheitsministeriums	6
Grußwort des Frauenhauskoordinierung e.V.	7
1 Ein Projekt für gewaltbetroffene Frauen mit Suchtmittelproblematik: Gibt es nicht wichtigere Themen?	8
1.1 Mythen, Fakten und die Frage nach den Männern	8
1.2 Expert*innenexkurs 1: Auswirkungen einer Dualproblematik auf die seelische Gesundheit von Frauen und daraus resultierende Konsequenzen für die Gestaltung von Unterstützungsangeboten – Von Katrin Koertner	12
1.3 Expert*innenexkurs 2: Substanzbelastete Frauen in Frauenhäusern und in Fachberatungsstellen bei Gewalt gegen Frauen – Von Barbara Kavemann	15
1.4 Expert*innenexkurs 3: Von Gewalt und Sucht betroffene Frauen in Einrichtungen der Suchthilfe – Von Klaudia Winkler	18
2 Ganz am Anfang: GeSA – etwa noch ein neuer Arbeitskreis?	20
2.1 Regionale Rahmenbedingungen des Projektes	20
2.2 Die Grundidee	23
2.3 Die Arbeitsstruktur	24
2.3.1 Ebene 1: Kooperationsteams in den beteiligten Regionen	24
2.3.2 Ebene 2: Die Arbeit in den Regionalverbänden	25
2.3.3 Ebenenübergreifend: Der Expert*innenbeirat	26
2.4 Der Aufbau des Kooperationsnetzwerks	26
2.4.1 Die Kooperationsteams entstehen	26
2.4.2 Die Idee der Regionalverbände	29
2.4.3 Von der Kunst des Überzeugens	30
2.4.4 Achtung, Stolpersteine!	31
2.4.5 Das Ergebnis: Die Regionalverbände	34

3	Mittendrin: Und wenn dann doch alle ganz unterschiedlich ticken?	38
3.1	Unsere innovative Arbeitsweise	38
3.2	Was Betroffene wirklich wollen – Unterschiedliche Arbeitsansätze und die Auseinandersetzung damit	42
3.3	Zusammenarbeit als Ergebnis eines komplexen und lebendigen Prozesses	44
4	Und am Ende: Was haben wir erreicht?	51
4.1	Mit Blick auf die betroffenen Frauen	51
4.2	Mit Blick auf die mitbetroffenen Kinder	52
4.3	Aus der Perspektive der in den Regionalverbänden kooperierenden Einrichtungen	53
5	Typisch Modellprojekt? – War es das jetzt?	58
5.1	Was bleibt: Überlegungen zur Ergebnissicherung, Verstetigung und Übertragbarkeit	58
5.1.1	Ergebnissicherung	58
5.1.2	Verstetigung	59
5.1.3	Übertragbarkeit	60
5.2	Von der Vision zum Ergebnis – Was es braucht	60
5.3	Ein kritisches Resümee: Wenn Vision auf Realität trifft ...	63
6	Verwendete Literatur	64
6.1	Zu Kapitel 1.2	64
6.2	Zu Kapitel 1.3	64
6.3	Zu Kapitel 1.4	65
7	Anhang	68
7.1	Literaturempfehlungen	68
8	Zeitstrahl	70
9	Impressum	72



Drei Jahre GeSA – ein Blick zurück

Nun liegen drei Jahre intensivster Netzwerkarbeit hinter uns. Drei Jahre gefüllt mit Bedarfsermittlungen, Wissenstransfer, Fallberatungen, dem Kennenlernen von Arbeitsansätzen, dem Hinterfragen von Strukturen, der Auseinandersetzung mit eigenen Haltungen, dem Erarbeiten von Handlungsmöglichkeiten. Drei Jahre Reisen durchs Land, Besichtigen von Einrichtungen und Gewinnen neuer Mitstreiter*innen. Es war eine fruchtbare, bereichernde Zeit, geprägt von Respekt – und der Erkenntnis, nicht allein zu sein, wenn es um die Unterstützung von Frauen geht, die von Sucht und Gewalt betroffen sind.

Und doch gab es in dieser Zeit auch den einen oder anderen Moment in dem wir uns, angesichts der zahlreichen »Mühen der Ebene«, fragten, ob es wirklich so eine gute Idee war, dieses Projekt zu initiieren. Glücklicherweise war die Antwort dann immer und schnell wieder ein Ja, wenn wir den Blick auf die betroffenen Frauen richteten, denen wir mit einem professionellen Netzwerk im Rücken besser zur Seite stehen können. Sie haben uns immer wieder bestärkt, das Projekt mit Elan fortzuführen und so unseren Handlungsspielraum zu erweitern.

Wir freuen uns sehr darüber, dass viele Einrichtungen, Dienste und Fachkräfte unserer Idee gefolgt sind, uns vertraut haben und bereit waren, bis zum Schluss Zeit und konstruktive Gedanken zu investieren. Das ist nicht selbstverständlich angesichts des allorts zunehmenden Aufgaben- und Zeitdrucks. Aber anscheinend konnten wir überzeugen. Wir haben viele neue Gleichgesinnte gefunden, die den Weg weiter mit uns gehen wollen. Dafür ein großes und sehr herzliches Dankeschön.

Ein besonderer Dank gilt unserer **GeSA**-Projektleiterin Petra Antoniewski, die mit enormem Wissen, hoher Professionalität und Kommunikationsfreude überzeugt und mit unermüdlichem Engagement, viel Herzblut und immerwährender Wertschätzung dieses Kooperationsbündnis auf die Beine gestellt hat.

Ich wünsche allen Netzwerkpartner*innen an der Basis viel Kraft, Mut und Ausdauer für die alltäglichen Hürden und Auseinandersetzungen. Unsere Arbeit lohnt sich, hilft sie doch, Menschen auf ihrem Weg in ein gewaltfreies und selbstbestimmtes Leben zu unterstützen.

Ulrike Bartel

Geschäftsführung Frauen helfen Frauen e.V. Rostock



Danksagung

GeSA (Gewalt-Sucht-Ausweg) steht als Kooperationsmodell für die Idee einer schwellenreduzierenden Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen. Ohne die Mitwirkung und das Engagement so vieler Beteiligten wäre ein Projekt wie **GeSA** nicht zustande gekommen: Unser Dank richtet sich an erster Stelle an die betroffenen Frauen, die den Mut und das Vertrauen aufgebracht haben, uns ihre Lebensgeschichten zu erzählen und die uns bei der Suche nach und der Gestaltung von geeigneten Unterstützungsangeboten mit ihren Erfahrungen zur Seite standen.

Die Arbeit der Kooperationsteams in Stralsund und Rostock erforderte neben einem hohen Maß an Fachlichkeit vor allem auch zusätzliche und flexible zeitliche Ressourcen. Sie hätte in dieser Form nicht geleistet werden können ohne die engagierten Kolleginnen selbst, aber vor allem nicht ohne die Unterstützung der jeweiligen Träger. Besonders danken wir deshalb dem Geschäftsführer der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH, Herrn Peter Grosch, dem Geschäftsführer der Caritas Mecklenburg e. V., Herrn Peter Neumann, sowie dem Vorstand des ARCHE e. V. – für Frau und Familie Güstrow, die das Projekt von Beginn an unterstützten und scheinbar Unmögliches möglich machten.

Alle Kolleginnen der **GeSA**-Kooperationsteams arbeiteten mit ihrem »Hauptstandbein« in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe oder in Gewaltschutzeinrichtungen, waren also fest eingebunden in ihre Teams und darauf angewiesen, dass das Engagement für **GeSA** durch diese mitgetragen wird. Liebe Kolleg*innen in den Teams: Dankeschön dafür!

Unser Dank gilt auch unseren Kooperationspartner*innen in den Regionalverbänden, die bereit waren, Zeit zu investieren, uns mit ihrer Expertise zu unterstützen. Mit uns um- und neu zu denken und gemeinsam mit uns den einen oder anderen »schrägen Weg« zu beschreiten.

Nicht zuletzt bedanken wir uns für die finanzielle Förderung und die fachliche Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Petra Antoniewski
Projektleiterin



Grußwort des Bundesgesundheitsministeriums

Warum beschäftigt sich das Bundesgesundheitsministerium mit dem Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen, werden sich vielleicht manche Leser*innen dieses Handbuchs fragen. Ausgangspunkt für das Projekt Gewalt-Sucht-Ausweg **GeSA** war der Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, der Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder aus dem Jahr 2012. In diesem Bericht wurde deutlich, dass es zu wenig Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen mit Suchterkrankungen gibt und dass die Entwicklung entsprechender Konzepte notwendig ist.

Unter Beteiligung von Vertreter*innen aus dem Bundesministerium für Familie, Jugend, Frauen und Senioren haben wir im Jahr 2013 einen Workshop mit Expert*innen aus der Suchthilfe und Suchttherapie sowie dem System der Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen durchgeführt. Wir wissen aus vielen anderen Bereichen, dass Suchthilfe nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie mit anderen Bereichen kooperiert, darunter etwa der Jugendhilfe, niedergelassenen Ärzt*innen oder der Psychiatrie. Und so wurde in diesem Workshop auch die Gestaltung der Schnittstellen intensiv diskutiert.

Tatsächlich wurde schnell klar: Obwohl Gewalterfahrungen und Suchtproblematik vielfältig zusammenhängen, existierten bislang kaum Vernetzungen der beiden Hilfesysteme. Im Nachgang der Expert*innenrunde entstand deshalb die Idee, in einem regionalen Modellprojekt Kooperationsmöglichkeiten zu erproben und die dort gewonnenen Erfahrungen auch anderen zur Verfügung zu stellen. 2015 ging **GeSA** als Projekt des Vereins Frauen helfen Frauen Rostock e. V. an den Start.

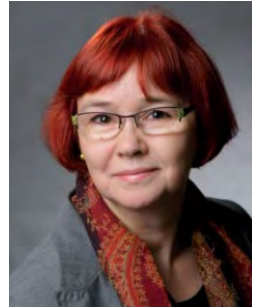
Durch das hohe Engagement aller Beteiligten ist es gelungen, Kooperationsteams aufzubauen und Strukturen der Vernetzung zu schaffen. Trotz unterschiedlicher Haltungen und Blickrichtungen standen immer die betroffenen Frauen im Mittelpunkt. Diese Herangehensweise zeichnete das Projekt aus, auch wenn Kontroversen selbstverständlich nicht ausblieben. Das hiermit vorgelegte Handbuch schildert, welche positiven Erfahrungen dabei gemacht wurden, aber auch welche Stolpersteine aus dem Weg zu räumen waren.

Der Erfolg des Projektes gibt allen Beteiligten die feste Zuversicht, dass die in Mecklenburg-Vorpommern aufgebauten Strukturen auch nach dem Auslaufen der Modellförderung weiter bestehen werden. Es ist den betroffenen Frauen zu wünschen, dass andere Regionen auf den gemachten Erfahrungen aufbauen und – auch mit Hilfe dieser Handlungsempfehlungen – die Vernetzung der Hilfesysteme vorantreiben.

Regina Kraushaar

Leiterin der Abteilung 4 des Bundesgesundheitsministeriums Pflegeversicherung, Prävention





Grußwort des Frauenhauskoordinierung e.V.

»Der richtige Ort – Kein Ort nirgends?« – Unter diesem Arbeitstitel hat sich der Verein Frauenhauskoordinierung e.V. von 2012 bis 2015 intensiv mit der Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen befasst. Den Anstoß gaben aus Frauenhäusern und Fachberatungsstellen kommende Hinweise, dass Unterstützungsangebote für diese Frauen und ihre Kinder Einrichtungen wie Mitarbeiter*innen an ihre Grenzen bringen. Mangelnde Ressourcen im Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen (zu wenig Fachpersonal, kaum professionelle Unterstützung für die mitbetroffenen Kinder und fehlende private Rückzugsmöglichkeiten in den Frauenhäusern) stellen den Auftrag an Frauenhäuser und Fachberatungsstellen in Frage, allen schutzsuchenden Frauen und ihren Kindern Schutz und Beratung zu ermöglichen.

Daher haben wir nach Möglichkeiten gesucht, wie den Bedarfen gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen und Suchtproblemen besser entsprochen werden kann. In der daraufhin erstellten Handreichung »Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen« von 2015 ist die Verbesserung der Kooperation zwischen dem Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen, dem psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgungssystem und der Suchthilfe ein wichtiger Ansatz. Wie das gelingen kann? Hierzu existieren bislang kaum praktische Erfahrungen.

Umso mehr haben wir die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit begrüßt, ein Bundesmodellprojekt zur Erprobung der Kooperation zwischen der Suchthilfe und dem Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen zu initiieren. Mit dem Projektträger Frauen helfen Frauen e. V. Rostock bekam ein erfahrener Verein mit vielfältigen Hilfsangeboten den Zuschlag. Mit großem Interesse haben wir die Schritte der Koordinator*innen und Kooperationspartner*innen von **GeSA** verfolgt und mit unserer Fachpraxis erste Erkenntnisse aus dem Bundesmodellprojekt diskutiert.

Der Grundgedanke »Wenn Gewalt und Sucht so oft miteinander verwoben sind, warum dann nicht auch Professionelle, die mit beiden Phänomenen konfrontiert sind?« trägt Früchte! Das Handbuch präsentiert die Ernte, aber auch »den einen oder anderen schrägen Weg«, der es trotz der beschriebenen Defizite in den Hilfesystemen ermöglicht, von einer Dualproblematik betroffene Frauen besser zu unterstützen.

Dennoch bleiben wichtige Fragen offen: Wie sind die Versorgungslücken für Frauen mit Dualproblematik zu schließen? Wie lässt sich ein bedingungsloser Schutz für gewaltbetroffene Frauen mit einer Suchtmittelproblematik in einer akuten Gefährdungssituation realisieren? Hier sehen wir uns selbst ebenso gefordert wie die Entscheidungsträger in Bund, Ländern und Kommunen.

Wir wünschen den Ergebnissen und dem Handbuch von **GeSA** breites Interesse in beiden Hilfesystemen, Weiterbestand in der Modellregion und viele »Ableger mit erntereifen Früchten«!

Heike Herold

Geschäftsführerin von Frauenhauskoordinierung e.V.



Ein Projekt für gewaltbetroffene Frauen mit Suchtmittelproblematik:

Gibt es nicht wichtigere Themen?

1.1 Mythen, Fakten und die Frage nach den Männern

Im Jahr **2015**, als das Bundemodellprojekt **GeSA** startete, suchten viele Menschen auf der Flucht vor Krieg und Folter Schutz in Deutschland. Die dadurch entstandene Situation brachte ehrenamtliche und professionelle Helfer*innen ebenso wie viele soziale Einrichtungen an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Auch das Thema Gewalt gegen Frauen wurde in diesem Kontext auf neue Art relevant. Der Umgang mit Kriegstraumata und der Frage, wie Frauen und Kinder in überfüllten Massenunterkünften vor weiteren Gewalterfahrungen zu schützen seien, rückte in den Fokus. In einer Situation wie dieser erschien es fast ein wenig weltfremd, Aufmerksamkeit und Unterstützung für Frauen einzufordern, die mit ihrer doppelten Last aus Gewaltbetroffenheit und Suchtmittelkonsum eher im Verborgenen blieben.

Andererseits gab es da die Begegnungen mit eben diesen Frauen im Arbeitsalltag, die immer wieder an die Grenzen der eigenen Unterstützungsmöglichkeiten führten und mit oft erfolgloser Suche nach geeigneten weiterführenden Hilfen verbunden waren. Wo aber kommt all das zusammen: Ausreichender Schutz, ein sicheres Setting und die Berücksichtigung von Gewalterfahrung und Suchtmittelproblematik?

Und **2015** war eben auch das Jahr, in dem die Kriminalstatistik des BKA, zum ersten Mal in dieser Differenziertheit, folgende Zahlen für Deutschland auswies:

- **127.457** von Partnerschaftsgewalt betroffene Personen
- **82 Prozent** der davon betroffenen Menschen waren Frauen;
- Fast **100 Prozent** der Opfer von **Vergewaltigung und sexueller Nötigung** waren weiblich;
- **80,4 Prozent** der Tatverdächtigen waren männlich;
- **25,8 Prozent** der Tatverdächtigen standen während der Tatausübung unter Alkoholeinfluss;
- Von den weiblichen Opfern standen **1,8 Prozent** zum Tatzeitpunkt unter der Wirkung von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.¹

Aussage einer Klientin im Rahmen eines Beratungsgesprächs in der Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt in Rostock: »Irgendwann hab ich aufgehört zu erzählen, was mein Vater gemacht hat. In der Klinik haben sie immer nur gesagt, eins nach dem anderen – erstmal der Alkohol. Ich weiß, die haben es anders gemeint, aber mich hat es trotzdem an die Reaktion meiner Mutter erinnert. Die hat gesagt, mit meinen kleinen schmutzigen Geschichten will ich doch nur von meinem Gesaule ablenken.«

¹ Vgl. dazu Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung des BKA. Berichtsjahr 2015

Bereits früher wiesen Studien darauf hin, dass

- bei häuslicher Gewalt ca. 60 Prozent der Beteiligten angetrunken oder betrunken sind²;
- etwa 28 Prozent aller von Gewalt betroffenen Frauen in der Folge dieser Erfahrungen auf Alkohol, Drogen und Medikamente zurückgreifen³,
- süchtige Frauen überdurchschnittlich oft von Gewalt betroffen sind⁴.

Und auch dies gehört zur Lebensrealität betroffener Frauen: Das Ergebnis einer bundesweiten Bestandsaufnahme zur Situation von Frauenunterstützungseinrichtungen zeigte, dass sich viele Schutzeinrichtungen für die Betreuung gerade dieser in doppelter Weise belasteten, nämlich der psychisch kranken oder suchtkranken Frauen, als nur eingeschränkt oder gar nicht geeignet empfinden. Was bedeutet, dass ihr Schutz in einer akuten Gewaltsituation nicht gewährleistet werden kann. Der Studie zufolge mussten allein im Jahr 2010 701 suchtkranke oder psychisch kranke Frauen – unabhängig von freien Plätzen – abgewiesen oder weiterverwiesen werden⁵.

² Helferich u.a. 2004

³ Schröttle / Ansorge 2008

⁴ Vogt / Fritz / Kuplewatzky 2015

⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013

Die sich daraus ergebende Frage lautet: **Wo finden diese Frauen angemessene Betreuung? Wo ist der Ort, der den besonderen Belastungen und Bedürfnissen dieser Gruppe von Frauen gerecht werden kann?**

Das Zusammenspiel von Sucht und Gewalt ist ausreichend belegt, die besondere Betroffenheit und Schutzlosigkeit von Frauen ebenfalls. Auswirkungen auf eine entsprechende Kooperation der beteiligten Hilfesysteme hatte dies bisher kaum.

Gründe genug für GeSA, oder? Warum polarisiert das Thema dennoch so stark?

Auf der einen Seite stehen diejenigen, die einen dringenden Handlungsbedarf sehen:

Jenny Rothe, Mitarbeiterin von Charisma e.V. Rostock (Regionalverbund Rostock):

»Als das Projekt an uns herangetragen wurde, warf ich sofort meinen Arm in die Höhe, um daran teilnehmen zu können. Aufgrund unseres Tätigkeitsfeldes im Bereich der Wohnungslosigkeit, wo eine Vielzahl der Klientinnen mit Gewalterfahrungen sowie aktuellen Suchtkrankheiten belastet ist, ... interessiert mich die Thematik ganz besonders.«



Vertreter*innen der anderen Seite halten die Problematik für völlig »aufgebauscht«. Hartnäckig halten sich Mythen, die sich nicht nur in der Stigmatisierung betroffener Frauen durch ihr soziales Umfeld, sondern ebenso auch in den Einstellungen professioneller Helfer*innen widerspiegeln. Immer wieder begegneten wir ihnen im Rahmen der Akquise für die Regionalverbände und in den Fachforen:

MYTHOS

»Die vorgehaltenen Unterstützungsangebote sind durchaus geeignet und ausreichend. Eine Nichtinanspruchnahme von Hilfe resultiert aus dem fehlenden Willen Betroffener, wirklich etwas zu verändern.«

TATSÄCHLICH

Diese Aussage verkennt die Situation betroffener Frauen. Die gefühlte Ausweg- und Hoffnungslosigkeit als Folge eingeschränkter persönlicher, sozialer und ökonomischer Ressourcen nach jahrelanger Gewalterfahrung und andauerndem Suchtmittelkonsum wird völlig ausgeblendet. Unterschätzt wird auch das besondere Bedürfnis der Frauen nach Sicherheit, Autonomie und Kontrolle, dem viele Hilfsangebote eben gerade nicht gerecht werden können (mehr darüber erfahren Sie in den »Expert*innenexkurs«-Kapiteln).

MYTHOS

»Pack schlägt sich, Pack verträgt sich!«

TATSÄCHLICH

Ein solches Statement verharmlost das Ausmaß der Gewaltproblematik und deren massive gesundheitsschädigenden Folgen. Zudem wird, oft durchaus herabwürdigend, suggeriert, Gewaltausübung und Gewaltbetroffenheit seien ausschließlich Probleme von Menschen in prekären sozialen Lebenssituationen. Häusliche und sexualisierte Gewalt gegen Frauen kommt jedoch in allen sozialen Schichten vor.⁶

MYTHOS

»Der Täter hätte, ohne alkoholisiert zu sein oder unter dem Einfluss anderer Drogen zu stehen, keine Gewalt ausgeübt. Und die Frau wäre nicht zum ‚Opfer‘ von Gewalt geworden, hätte sie nicht durch ihr Verhalten als Konsumentin selbst dazu beigetragen.«

TATSÄCHLICH

Das gleichzeitige Auftreten zweier Phänomene belegt keineswegs einen kausalen Zusammenhang. Eine Wechselwirkung zwischen Sucht und Gewalt ist unumstritten, aber der Konsum von Suchtmitteln ist nicht Voraussetzung dafür, dass es zu Gewalttätigkeiten in der Partnerschaft kommt. Was im Umkehrschluss auch bedeutet, dass eine Beendigung des problematischen oder süchtigen Konsums nicht auch das Ende von Gewalt bedeutet.

MYTHOS

»Na ja, aber man muss schon sagen, dass sie auch wusste, welche Knöpfe sie bei ihm drücken muss. Und das hat sie auch getan, wenn sie betrunken war ...«

⁶ Vgl. Hornberg/Schröttle/
Khelaifat/Pauli/Bohne 2008

Eine solche Aussage rechtfertigt Gewalt, stellt sie fast als alternativlos dar, weil sie z. B. Folge einer Provokation sei. Gewalt gegen einen Menschen ist aber durch nichts zu rechtfertigen – egal, welche »Knöpfe gedrückt werden«.

Häufig stand auch die Frage nach den Männern im Raum:

»Ist es nicht Ausdruck einer gewissen Einäugigkeit, ausschließlich auf die defizitäre Versorgung betroffener Frauen zu fokussieren? Die Hürde für ähnlich belastete Männer, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist aufgrund klischeehafter Rollenzuweisungen wie Männer = Täter und den gesellschaftlich normierten Vorstellungen von Männlichkeit enorm hoch. Und was ist überhaupt mit Frauen als Täterinnen?«

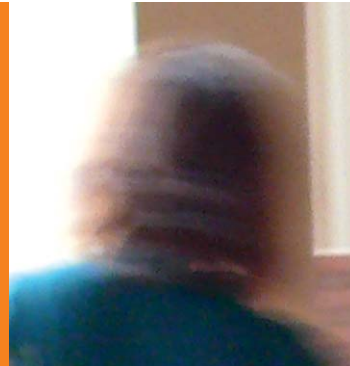
Eine umfassende Auseinandersetzung, die die Komplexität der Wechselwirkungen von Gewalt und Sucht mit ihren Auswirkungen auf die Lebensgestaltung von Frauen ebenso wie auf die von Männern oder Menschen mit anderer geschlechtlicher Identität berücksichtigt, ist unbedingt anzustreben.

Nicht nur einäugig ... sondern verantwortungslos wäre es aber, zu ignorieren, dass Frauen nun einmal die Bevölkerungsgruppe sind:

- die nachweislich am stärksten von häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffen ist,
- deren Zugang zu Hilfe oft zusätzlich durch die Verantwortung für ihre Kinder erschwert wird und
- die bei zusätzlicher Belastung mit einer Suchterkrankung in doppelter Weise stigmatisiert wird.

Aussage einer Klientin, die wir im Rahmen von **GeSA** begleiten⁷:

»Das geht einfach nicht. Du kannst dich nicht einfach hinstellen und das erzählen. Ich würde nie ... also den wenigsten Menschen erzähl ich davon. Ich sag zwar: »Okay, ich bin geschlagen worden.« Aber ich sag nicht, dass ich dann noch bei dem geblieben bin. Weil du weißt, was passiert. Und ich würd auch keinem sagen, dass ich Alkoholikerin bin. Die Eltern meines Freundes, zum Beispiel, die wissen das nicht. Weil, die mögen mich wahnsinnig. Und ich denk mal, sie würden mich nicht so ... Nein, ich weiß es nicht. Ich weiß es nicht, aber ich hab dann so'ne Angst – dass das Blatt sich wenden könnte, mit diesem einen Wort, mit diesem einen Satz - der kann Welten verändern.«



⁷ Während der Projektlaufzeit von GeSA wurden durch Student*innen der Hochschule Neubrandenburg Interviews mit betroffenen Frauen durchgeführt, denen die meisten der im Handbuch zu findenden Zitate entnommen sind.



Dr. Katrin Koertner arbeitet seit 2010 als Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Jüdischen Krankenhaus in Berlin und leitet dort die Station für Suchterkrankungen und die Psychotherapiestation. Ihr besonderes klinisches und persönliches Interesse gilt der Aufklärung, Prävention und Behandlung von Gewalterfahrungen in Familien und (Ex)partnerschaften, dem verbesserten Umgang suchtkranker Eltern mit ihren Kindern, der strukturellen Vernetzung ambulanter und stationärer Hilfsangebote im Sucht- und Gewaltschutzbereich sowie der Integration der WHO-Leitlinien zu häuslicher Gewalt in den Versorgungsbetrieb von Krankenhäusern und ambulanten Praxen.

1.2 Expert*innenexkurs 1: Auswirkungen einer Dualproblematik⁸ auf die seelische Gesundheit von Frauen und daraus resultierende Konsequenzen für die Gestaltung von Unterstützungsangeboten Von Katrin Koertner

31 bis 90 Prozent der Frauen mit Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit haben im Laufe ihres Lebens (Ex-)Partnergewalt erlebt⁹. Das Risiko problematischen Alkoholkonsums oder anderer substanzbezogener Störungen ist nach (Ex-)Partnergewalt bis auf um das Sechsfache erhöht¹⁰. Die Gewalterfahrung und der Substanzkonsum stehen, zeitlich betrachtet, in einem bidirektionalen Zusammenhang: Von (Ex-)Partnergewalt betroffene Frauen konsumieren in der Folge vermehrt Drogen und/oder Alkohol, der Substanzkonsum erhöht aber umgekehrt auch das Risiko, (Ex-)Partnergewalt zu erfahren¹¹. Dies allein macht es im Sinne präventiver Maßnahmen notwendig, dass Mitarbeiter*innen, sowohl des Gesundheits- und Suchthilfesystems als auch der Schutz- und Unterstützungseinrichtungen bei häuslicher Gewalt für beide Problemfelder sensibilisiert sind, um betroffene Frauen aufklären und unterstützen zu können.

Von (Ex-)Partnergewalt betroffene Frauen leiden zu ca. 60 Prozent (in manchen Studien bis zu 85 Prozent) an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)¹². Diese äußert sich in angstbesetzten Erinnerungsschüben an die Gewalterfahrung, z. B. in Form von Bildern oder Körperwahrnehmungen, in der Vermeidung von Aktivitäten, Orten, Gesprächen, Menschen, Situationen, die an das Trauma erinnern, sowie in starker Anspannung, Nervosität, Reizbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen. Weiterhin treten Gefühlstauheit, Interessenverlust mit Freudlosigkeit, sozialer Rückzug, schwere Schuld- und Schamgefühle auf. Auch Depressionen entwickeln sich überdurchschnittlich häufig (ca. 69 Prozent).

Die meisten Frauen leiden an vielfältigen, meist an mehr als drei seelischen Beschwerden, die mit der (Ex-)Partnergewalt in Zusammenhang stehen und zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag und bei der Berufsausübung, aber auch zu familiären und sozialen Problemen führen¹³. Die Symptome einer PTBS, vermutlich auch die depressiven Beschwerden, scheinen die Entwicklung von missbräuchlichem oder abhängigem Substanzkonsum nach Gewalterfahrung zu begünstigen. Ob es nach stattgehabter (Ex-)Partnergewalt zu vermehrtem Substanzkonsum kommt, hängt also unter anderem davon ab, ob die Betroffene PTBS-typische Beschwerden entwickelt und wie sie lernt, mit diesen umzugehen¹⁴. Der Konsum von Suchtmitteln dient, im Sinne einer Selbstmedikation, der Dämpfung der seelischen Probleme oder macht das Erleben positiver Gefühle überhaupt erst wieder möglich. Wenn keine alternativen Methoden zur Stressbewältigung gelernt wurden oder zur Verfügung stehen, »helfen« Alkohol, Drogen oder Beruhigungsmittel bei der Alltagsbewältigung und dabei, den seelischen Schmerz auszuhalten sowie eine missbräuchliche Beziehung

zu ertragen¹⁵. Daher ist es notwendig, nach erlebter (Ex-)Partnergewalt frühzeitig eine psychologische Diagnostik, mindestens eine Aufklärung der Betroffenen über die Beschwerden und schädigenden Bewältigungsstrategien (z. B. Substanzkonsum) sowie einfache Maßnahmen zur Stressbewältigung anzubieten. Wenn sich der Substanzkonsum verfestigt hat und suchtspezifische Behandlungen in Anspruch genommen werden, sollten diese integrativ ausgelegt sein. Das bedeutet, Folgen der Gewaltbetroffenheit und eines missbräuchlichen oder abhängigen Konsums gleichermaßen zu berücksichtigen¹⁶.

50 bis 77 Prozent der Frauen, die von (Ex-)Partnergewalt betroffen sind, haben bereits in Kindheit und Jugend Gewalt erlebt. Auch bei Frauen mit Suchterkrankung finden sich häufig frühe Traumatisierungen¹⁷. Die traumatisierenden Kindheitserfahrungen haben oft schon vor der (Ex-)Partnergewalt zu mangelhaften und/oder selbstschädigenden Bewältigungsstrategien, wie z. B. Substanzkonsum, Risikoverhalten, Selbstverletzungen und vielfältigen psychischen Erkrankungen, geführt¹⁸. Das Erleben von Partnergewalt hält die bereits vorbestehenden seelischen Störungen aufrecht bzw. kann zu massiver Verschlechterung oder krisenhaften Zuspitzung, ggf. mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung, führen.

Gewaltbetroffene Frauen mit missbräuchlichem oder abhängigem Substanzkonsum sind komplex und hoch belastet: Gewalterfahrung, psychische Beschwerden und Substanzkonsum entfalten in wechselseitiger Verstärkung kumulative Effekte, die zu persönlichem und sozialem Ressourcenverlust mit erheblichen Funktionseinschränkungen im Alltag, zum Verbleib in missbräuchlichen Beziehungen und zur Chronifizierung von seelischen Störungen und damit zur direkten und/oder indirekten Mitbetroffenheit von Kindern führen.

Den Betroffenen fällt es oft schwer, sich professionelle Hilfe zu holen, gerade dann, wenn sie aktuell noch von Partnergewalt bedroht sind und/oder problematischer Substanzkonsum besteht. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Sicherheitsbedenken, Probleme hinsichtlich der Kinderbetreuung und Haushaltsführung, finanzielle Hürden, soziale Isolation, mangelndes Selbstvertrauen, eingeschränkte Belastbarkeit durch Substanzkonsum und seelische Beschwerden¹⁹.

Von besonderer Bedeutung scheinen Schuld- und Schamgefühle sowie die Furcht vor doppelter Stigmatisierung (»verrückt und süchtig«) zu sein, welche nicht selten durch die gewalttätigen Partner geschürt und benutzt werden²⁰. Die vielfältigen und ineinandergreifenden Probleme der von Gewalt und Sucht betroffenen Frauen machen eine integrative und niedrigschwellige Unterstützung durch verschiedene miteinander kooperierende Hilfesysteme notwendig. Die betroffenen Frauen stellen eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichem Hilfebedarf dar²¹. Einbezogen werden sollten daher, neben Schutz- und Unterstützungseinrichtungen sowie In-

⁸ *Der Begriff der Dualproblematik wird in diesem Handbuch für die doppelte Belastung durch Gewalterfahrungen und eine Suchtmittelproblematik verwendet.*

⁹ *Vgl. El-Bassel u.a. 2004, Engstrom u.a. 2012, Rivera u.a. 2015.*

¹⁰ *Bonomi u.a. 2009, La Flair u.a. 2012.*

¹¹ *Kilpatrick u.a. 1997, Rivera u.a. 2015.*

¹² *Golding 1999.*

¹³ *Vgl. dazu: FRA 2014, Golding u.a. 1999, Johnson u.a. 2008, Schrötle/Müller 2004.*

¹⁴ *Vgl. Jaquier u.a. 2015, Sullivan u.a. 2009.*

¹⁵ *Vgl. Khantzian 1985, Ouimette u.a. 2010.*

¹⁶ *Najavits 2009.*

¹⁷ *Vgl. Engstrom u.a. 2012, BFSFJ 2013.*

¹⁸ *Anda u.a. 2006, Green u.a. 2010.*

¹⁹ *Vgl. FRA 2014, Iverson u.a. 2011, Johnson u.a. 2008.*

²⁰ *Vgl. Johnson u.a. 2008, Street / Arias 2001, Warsaw u.a. 2014.*

²¹ *Golder u.a. 2012.*

stitutionen der Suchthilfe und des Gesundheitssystems, auch Behörden (z. B. Jugendämter, Jobcenter, Betreuungseinrichtungen für Kinder und Schulen) und Jurist*innen. Mitarbeiterinnen der Hilfesysteme benötigen Kenntnisse über Suchtkrankheiten, Gewaltdynamiken in Partnerschaften, seelische Folgen des Zusammenspiels von Gewalterfahrung und Substanzkonsum. Ebenso wie Kenntnisse über traumasensible Gesprächsführung und Beratung, ggf. auch über die Anwendungen stabilisierender Maßnahmen zur Ressourcenaktivierung, Bewältigung von Substanzverlangen und traumaassoziierten seelischen Beschwerden.

Derzeit existieren so gut wie keine ausreichend validierten Handlungsempfehlungen oder Therapiemanuale für akut von Gewalt betroffene Frauen mit seelischen Belastungen und /oder Suchterkrankung, die sich (noch) nicht von ihrem Partner getrennt haben, weiterhin Substanzen konsumieren oder sich in einer Schutzeinrichtung befinden²². In den wenigen diesbezüglichen Therapiestudien konnten depressive und PTBS-typische Beschwerden wirksam reduziert werden. Soziale und persönliche Ressourcen, einschließlich der Arbeitsfähigkeit, ließen sich verbessern. Teilweise war das Risiko, erneut Partnergewalt zu erleiden, verringert²³. Solche integrativen, d. h. Gewalterfahrung, Sucht, psychische Probleme gleichermaßen aufgreifenden, therapeutischen Programme müssen frühzeitig, also bereits in den Schutz- oder suchtmmedizinischen Einrichtungen, angeboten werden. Sie sollten strukturiert, ressourcenorientiert und flexibel anzupassen sein, hinsichtlich Thema (u. a. Berücksichtigung akuter Probleme), Setting (Gruppen- oder Einzeltherapie), Dauer und Häufigkeit, und durch verschiedene Berufsgruppen angewendet werden können. Weiterhin muss eine Betreuung durch Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und Psychiater*innen auch dann gewährleistet sein, wenn die Betroffenen sich noch nicht auf eine Abstinenz einlassen oder eine Entzugsbehandlung in Anspruch nehmen können.

Neben der Kooperation zwischen Schutz- und Unterstützungseinrichtungen, Gesundheitssystem, Behörden und anderen sozialen Einrichtungen sowie der Schulung und Aufklärung der Mitarbeiter*innen wäre letztlich ein »sicherer Ort« zu schaffen, der es gewaltbetroffenen Frauen mit Substanzkonsum und oder anderen seelischen Problemen ermöglicht, notwendige Angelegenheiten mit professioneller Unterstützung erledigen. Und dies ohne den Druck, Entscheidungen hinsichtlich Trennung, Abstinenz und/oder Therapie treffen zu können. Ein Ort, der es ihnen ermöglicht, ihre Ressourcen zu erkennen und zu erweitern und/oder erste Strategien zum Umgang mit seelischen Beschwerden oder Suchtdruck zu erlernen.

²² *Warshaw u.a. 2013.*

²³ *Cohen u.a. 2013, Iverson u.a. 2011, Johnson u.a. 2011, Johnson u.a. 2016.*

1.3 Expert*innenexkurs 2:

Substanzbelastete Frauen in Frauenhäusern und in Fachberatungsstellen bei Gewalt gegen Frauen

Von Barbara Kavemann

Obwohl Deutschland – im europäischen Vergleich – über ein gutes Netz an Schutz- und Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Frauen verfügt, gibt es Gruppen von betroffenen Frauen, für die in den Einrichtungen keine geeignete Unterstützung vorgehalten wird und die deshalb oft nicht aufgenommen werden. Frauenhäuser in Deutschland wurden befragt, wie sie ihre Eignung für die unterschiedlichsten Zielgruppen, die bei Gewalt in Paarbeziehungen Schutz brauchen, beurteilen (Kavemann 2016). Bei der Gruppe der suchterkrankten und der psychisch erkrankten Frauen zeigte sich hier eine klare Unterversorgung. Insbesondere für die Zielgruppe der suchtkranken oder problematisch konsumierenden Frauen gibt es kaum einen schützenden Ort. Fast die Hälfte (46 Prozent) aller befragten Frauenhäuser gab an, für die Zielgruppe der gewaltbetroffenen Frauen mit Suchtproblemen nicht geeignet zu sein.

Dies hat Gründe: Frauenhäuser sind stationäre Einrichtungen mit hohen Voraussetzungen. Die Frauen mit ihren Kindern leben hier über teilweise längere Zeiträume, über Wochen oder gar Monate. Ein Frauenhaus funktioniert nur, wenn die hier Ankommenden eine gewisse Kompetenz und Fähigkeit mitbringen, selbstverantwortlich ihren Alltag zu gestalten und ihre Kinder zu versorgen. Frauenhäuser gehören zu den wenigen Kriseneinrichtungen in diesem Land, die mehrheitlich nicht über professionelle Nachtdienste verfügen. Die Gemeinschaft der dort Lebenden muss also so weit funktionieren, dass sie halbwegs stabil ist, auch wenn gerade keine Mitarbeiterinnen im Haus sind. Dies kann problematisch sein, wenn es um das Thema Sucht geht. Die Fachkräfte in den Frauenhäusern sind zudem in der Regel keine Expertinnen für den Bereich Sucht.

Die Mehrheit der Frauenhäuser – knapp drei Viertel – entscheidet sich jedoch nicht prinzipiell gegen die Aufnahme von Frauen mit Suchtproblemen, sondern macht die Aufnahmeentscheidung vom Einzelfall abhängig. Wichtige Kriterien sind hier etwa die aktuelle Stabilität der Hausgemeinschaft, die Anwesenheit von Frauen, die Gewalt durch trinkende Partnern erlebt haben und das Zusammenleben mit einer trinkenden Mitbewohnerin nicht aushalten könnten, und die Möglichkeit, Frauen in Einzelzimmern unterzubringen. Das Gleiche gilt im Übrigen für Frauen, die starke psychische Probleme und Symptomatiken aufweisen. Auch hier stößt die Einrichtung Frauenhaus mit der bisherigen Ausstattung an ihre Grenzen. Unter den Frauen, die bei der Suche nach einem Platz in einem Frauenhaus scheiterten bzw. an ein anderes Frauenhaus oder eine andere Einrichtung weiterverwiesen wurden – und zwar nicht, weil das Haus belegt war – finden sich vor allem Frauen mit psychischen oder Suchterkrankungen.

Das große Problem dabei ist: Es gibt keine anderen schützenden Orte als



Prof. Dr. Barbara Kavemann, Dipl. Soziologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstituts Freiburg, Honorarprofessorin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin.

Ihre Themenschwerpunkte sind Gewalt im Geschlechterverhältnis, sexualisierte Gewalt, sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen, Prostitution und Menschenhandel.

Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die praxisbegleitende, evaluierende Forschung und der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis.

Frauenhäuser. Weder die Wohnungslosenhilfe noch ambulante Beratungseinrichtungen können schützen, wenn eine akute Bedrohung da ist, z. B. ein Partner einer sich trennenden Frau nachstellt, sie bedroht. Wenn es also um Gesundheit und Leben geht.

Im Bereich der auf Gewaltaspekte spezialisierten Beratungsstellen sieht es etwas besser aus für Frauen mit Suchtproblemen. Hier gibt nur knapp ein Viertel der Einrichtungen an, für diese Zielgruppe nicht geeignet zu sein. Der entscheidende Unterschied: In den Beratungsstellen wohnen die Frauen nicht. Hierher kommen sie, werden beraten und gehen wieder, ohne dass ein schützender Ort geboten wird. Deshalb lässt sich im ambulanten Bereich sehr viel eher sagen: »Wir sind gut geeignet dafür, mit diesen Zielgruppen können wir arbeiten, auch mit den suchtkranken Frauen.« Die hier klaffende Versorgungslücke ist inzwischen gut identifiziert und empirisch belegt. Dennoch richten nur wenige den Blick auf sie – zu sehr sind die Kapazitäten dadurch gebunden, im eigenen Arbeitsfeld die Dinge mit den begrenzten zur Verfügung stehenden Mitteln am Laufen zu halten. Und so werden für diese Gruppe keine Türen geöffnet, keine schützende Angebote zugänglich gemacht oder aufgebaut. Der Rückzug auf das »Kerngeschäft« ist einerseits auf die eingeschränkten Ressourcen im Unterstützungssystem zurückzuführen, andererseits aber auch auf eine Ausweitung des Arbeitsfeldes auf neue Zielgruppen, von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bis zu geflüchteten Frauen.

Frauen mit Suchtproblemen, vor allem trinkende Frauen, sind zudem auch im Unterstützungssystem eine marginalisierte und stigmatisierte Gruppe. Alkohol ist seit jeher Thema, wenn es um Gewalt in Paarbeziehungen oder sexuelle Gewalt geht, und gilt oft als Entschuldigung für die gewalttätigen Männer. Trinkende Frauen hingegen dürfen kaum Mitgefühl erwarten. Diese Situationsbeschreibung weist auf ein in der Forschung bekanntes Problem deutlich hin: Frauen mit einer Suchtproblematik sind überproportional häufig von Gewalt im Geschlechterverhältnis betroffen, finden aber kaum Zugang zu Schutz. Eine neue Studie aus der Schweiz zeichnet das in der internationalen Literatur immer gleich auftretende Bild: Etwa die Hälfte der Tatpersonen, die im Polizeieinsatz angetroffen werden, und das sind ganz überwiegend Männer, waren alkoholisiert (Gloor/Meier 2013). Für gewaltbetroffene Frauen liegen folgende Daten vor: 60 Prozent der befragten Frauen, die in den USA eine Suchtfachstelle aufsuchten, berichteten über aktuelle oder frühere Gewalt durch den Partner (Swan et al. 2001). Bei einem Viertel bis zur Hälfte der Frauen, die in den USA wegen Gewalt durch den Partner Kontakt zu Opferberatungsstellen hatten, wurde ein problematischer Substanzgebrauch festgestellt (Bennett und Bland 2008). Eine Befragung in britischen Frauenhäusern stellte für Frauen, die vom Partner misshandelt werden, ein fünfzehnfach erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch und ein neunfach höheres Risiko für Drogenmissbrauch fest (Women's Aid).

Die deutsche Prävalenzstudie erhob Gewalt gegen Frauen generell. 39,5 Prozent gewaltausübende Männern waren in der unmittelbaren Gewaltsituation häufig durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt, 15,2 Prozent waren es gelegentlich. Von Partnergewalt betroffene Frauen waren in der akuten Gewaltsituation zu 3 Prozent häufig und zu 6,8 Prozent gelegentlich durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt. Hinzu kommen 3 Prozent bis 7 Prozent Frauen, die in der Folge der erlittenen Gewalt zu Alkohol griffen, um mit dem Erlebten fertig zu werden²⁴. Der Zusammenhang zwischen Gewalterleben und Sucht ist gut belegt und in der Praxis bekannt, wird aber noch nicht ausreichend bearbeitet.

Ein weiterer Aspekt der Problematik muss in den Blick genommen werden. Für Töchter und Söhne, die im Kontext von Gewalt und Sucht in der Beziehung der Eltern aufwachsen, erwächst daraus ein besonderes Risiko. Forschungsergebnisse belegen zweierlei: Kinder mit alkoholkranken Eltern und Kinder, die die Gewalt in der Beziehung der Eltern miterleben, tragen ein enormes Entwicklungsrisiko. Die Belastungen greifen in ihr psychisches Wohlbefinden, ihre gesundheitliche Entwicklung generell und in ihre intellektuelle Entwicklung ein. Kommt im Leben der Kinder beides zusammen, was nicht selten der Fall ist, dann kann von einer Verdopplung der Belastung der Mädchen und Jungen gesprochen werden. Auch hier sehen wir, dass im Unterstützungsbereich noch deutlicher Verbesserungsbedarf besteht und diese Kinder stärker in den Blick genommen werden müssen.

Resümierend lässt sich sagen, dass unser Unterstützungssystem aktuell am ehesten die besonders stark Betroffenen ausschließt, deren Symptomatik zeigt, dass sie wenige oder keine geeigneten Bewältigungsstrategien haben. Durch **GeSA** ist hier erstmalig ein Umdenken eingetreten. Frauenhäuser und Beratungsstellen stehen vor einer mehrfachen Herausforderung:

- 1 Schutz für Frauen zu bieten, die eine Suchtproblematik haben, ohne sie zu überfordern, indem von ihnen verlangt wird, das Problem der Sucht und das der Gewalt gleichzeitig zu bearbeiten.
- 2 Schutz für Frauen zu bieten, deren gewalttätiger Partner getrunken hat, und die keine Konfrontation mit Alkohol oder Drogen im Frauenhaus ertragen.
- 3 Schutz für die Töchter und Söhne der Frauen aus beiden genannten Gruppen mit dem Ziel, sie in die Unterstützung für die Mutter einzubinden und Trennungen und Bindungsabbrüche nach Möglichkeit zu verhindern.

Das bedeutet, für bessere Ressourcen zu streiten: Professionelle Nachtdienste, bauliche Veränderungen, die getrennte Wohneinheiten ermöglichen, Fortbildungen zum Thema Sucht und den Aufbau einer engmaschigen kollegialen Zusammenarbeit mit den Facheinrichtungen für Sucht vor Ort.

²⁴ Vgl. Schröttle/Müller 2004



Prof. Dr. Klaudia Winkler ist seit 2003 als Professorin an der Technischen Hochschule Regensburg, Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften tätig. Sie lehrt auf den Gebieten Klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie und Forschungsmethoden. Sie war langjährig in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe tätig, wobei ihr Arbeitsschwerpunkt auf frauenspezifischer Suchtarbeit lag. Die Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit im Bereich substanzbezogener Störungen bezogen sich auf:

- Beratungs- und Behandlungsangebote für substanzabhängige Frauen*
- Frauen als Minderheiten in Fachkliniken*
- Gendermainstreaming in der Suchtarbeit*
- die Behandlung von substanzabhängigen Müttern kleiner Kinder (Bindungstheoretische Überlegungen)*

1.4 Expert*innenexkurs 3: Von Gewalt und Sucht betroffene Frauen in Einrichtungen der Suchthilfe Von Klaudia Winkler

Dass die Gewaltbelastung alkohol- und drogenabhängiger Frauen überdurchschnittlich hoch ist, gilt als gut belegt²⁵. Vogt, Fritz und Kuplewatzky fassen die Befunde der Studien zu süchtigen Frauen, die von Gewalt betroffen sind und die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen, pauschal zusammen²⁶ und stellen dabei fest: Der Anteil derjenigen, die körperliche Gewalt erfahren haben, liegt zwischen 50 Prozent und 60 Prozent, derjenigen, die sexuelle Gewalt erlitten haben, zwischen 30 Prozent und 40 Prozent. Selbstverständlich gibt es hier Überschneidungen.

In Einrichtungen der Suchthilfe trifft man zum einen substanzabhängige Frauen, die Gewalt erfahren haben, gerade weil sie Alkohol oder Drogen konsumieren. Und man trifft Frauen, die auf Grund (früherer) erlebter Gewalterfahrungen substanzabhängig geworden sind. Der Konsum psychoaktiver Substanzen erhöht, speziell für Frauen, das Risiko, im sozialen Nahraum Opfer von Gewalt zu werden²⁷. Psychotrope Substanzen werden aber auch als Mittel zur Selbstmedikation eingesetzt, sie ermöglichen Distanzierung, Abspaltung der Gefühle vom Körper, Beruhigung und Angstminderung.

Diese beiden Gruppen von Frauen haben unterschiedliche Wege in die Abhängigkeit hinter sich. Beiden ist allerdings Eines gemeinsam: Sie sprechen nicht über ihre Gewalterfahrungen und sie werden von den Berater*innen und Behandler*innen in der Suchthilfe nicht oder nur selten danach gefragt. Frauen, die auf Grund von Gewalterfahrungen in der Kindheit süchtig geworden sind, ist dieser Hintergrund ihrer Abhängigkeitsentwicklung zudem oft gar nicht bewusst – sie können die erfahrene Gewalt und die Entwicklung ihrer Substanzabhängigkeit nicht unbedingt in einen Zusammenhang bringen.

Frauen, die substanzabhängig sind und Gewalt erlebt haben, befinden sich in einer besonders schwierigen Situation. Sie wissen, dass man sie (zumindest teilweise) für selbst schuldig an ihrem Unglück hält, weil sie trinken oder Drogen konsumieren²⁸. Viele dieser Frauen teilen sogar die Einstellung ihrer Umgebung: Wenn sie nicht trinken würden, würden sie auch nicht geschlagen. Suchtmittelabhängigkeit und Gewalterfahrung führen also nicht nur zur sozialen Stigmatisierung sondern auch zur Selbststigmatisierung: Schamgefühle, Schuldgefühle und Selbstabwertung sind die Folge.

Wenden sich von Gewalt und Substanzabhängigkeit betroffene Frauen an das Suchthilfesystem, spielt unter anderem die erwartete bzw. befürchtete Reaktion des helfenden Umfeldes eine hemmende Rolle. Die Frauen scheinen davon auszugehen, dass auch die Vertreter*innen des Hilfesystems negativ auf sie reagieren, wenn diese erfahren, dass sie es mit einem substanzabhängigen Gewaltopfer zu tun haben²⁹. Es ist daher naheliegend,

dass Gewalt im Alltag der Suchthilfe selten zur Sprache kommt³⁰. Zwar haben frauenspezifische Themen dort eine langjährige Tradition, weitergehende Probleme wie häusliche oder sexualisierte Gewalt sind aber fachlich weniger verankert. Viele Mitarbeitende in der Suchthilfe sind nicht oder wenig darauf vorbereitet, sich auf das Thema »häusliche Gewalt« einzulassen³¹.

Eine Abfrage der Koordinierungsstelle der Bayerischen Suchthilfe im Jahr 2014 bei den Leistungserbringern in der Suchthilfe bestätigt, dass die auf Sucht spezialisierten Einrichtungen, laut eigener Einschätzung, in der Regel nicht über ausreichende Kompetenzen und Möglichkeiten verfügen, Frauen vor akuter Gewalt zu schützen und Gewalterfahrungen begleitend zu bearbeiten³².

In stationären Einrichtungen wird unterschiedlich mit dem Thema Gewalterfahrungen der Klientinnen umgegangen. In einigen Rehabilitationskliniken gehören Angebote zur Trauma-Behandlung bereits zum Standard. Allerdings wird das Sicherheitsbedürfnis von Frauen mit Gewalterfahrung in den Einrichtungen der Suchthilfe, in denen Frauen und Männer gemeinsam behandelt werden, noch zu wenig gesehen und dementsprechend zu wenig berücksichtigt³³. Frauen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen können durch die Anwesenheit von Männern in der Behandlungsgruppe eingeschüchtert werden, eigene Gewalterfahrungen sind in Gegenwart tatsächlicher oder potentieller Täter nicht thematisierbar.

Einige wenige Studien zeigen, dass Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und alkoholbezogenen Störungen von einer integrierten Behandlung profitieren. Eingesetzt wird, neben anderen Methoden, das Behandlungsprogramm »Sicherheit finden« von Najavits³⁴.

Gahleitner und Tödtke³⁵ betonen die Bedeutung der Haltung der Fachkräfte für den Behandlungserfolg. Signalisieren diese Sicherheit und Zuverlässigkeit, können die Frauen Vertrauen entwickeln und sind eher bereit, Hilfe anzunehmen. Insbesondere bei Frauen, die substanzabhängig sind und unter einem Trauma leiden, sind langjährige, stabil und kooperativ angelegte Beziehungen nicht nur zwischen Helfer*in und Klientin sondern auch zwischen den Akteur*innen der unterstützenden Systeme selbst besonders wichtig.

Bisher arbeiten Einrichtungen der Suchthilfe und Antigewaltarbeit häufig nebeneinander her. Es existieren zwar regionale projektbezogene Kooperationen, die meist auf dem Engagement einzelner Expertinnen beruhen. Eine systematische, institutionalisierte und damit nachhaltige Zusammenarbeit aber konnte bislang noch nicht geschaffen werden.

- *die Mitarbeit an der Erstellung der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zum Screening, der Diagnostik und Behandlung von Intoxikation, riskantem schädlichen und abhängigen Alkoholgebrauch: AG Gender*
- *die Mitgliedschaft im wissenschaftlichen Kuratorium der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)*

²⁵ Vgl. u.a. Bennett/Bland 2008, Kilpatrick u.a. 1997, Oberlies/Vogt 2013 und Vogt 1993.

²⁶ Vogt/Fritz/Kuplewatzky 2015, S. 10.

²⁷ Vgl. u.a. Kilpatrick u.a. 1997 und Waldrop 2009. Zitiert nach Vogt/Fritz/Kuplewatzky 2015, S. 10.

²⁸ Vgl. Vogt/Fritz/Kuplewatzky 2015.

²⁹ Vgl. u.a. Ahrens 2006 und Vogt/Fritz/Kuplewatzky 2015.

³⁰ Vogt/Fritz/Kuplewatzky 2015, S.126.

³¹ Oberlies/Vogt 2013.

³² Fachbereiche Frauen 2015.

³³ Oberlies/Vogt 2013.

³⁴ Vogt/Hoch/Thomasius/Winkler 2015.

³⁵ Gahleitner/Tödtke 2015.



Ganz am Anfang: GeSA – noch ein neuer Arbeitskreis?

2.1 Regionale Rahmenbedingungen des Projektes

Mecklenburg-Vorpommern ist flächenmäßig das sechstgrößte deutsche Bundesland, hat aber die geringste Gesamteinwohnerzahl. Folgerichtig ist es das deutsche Bundesland mit der geringsten Bevölkerungsdichte – ein Umstand, der für die Versorgung hilfesuchender Menschen von entscheidender Bedeutung ist. Während Hilfsangebote in größeren Städten wie Rostock, Schwerin, Stralsund, Wismar oder Neubrandenburg noch relativ unkompliziert erreichbar sind, müssen Einwohner*innen kleinerer Orte und Gemeinden oft längere Fahrwege auf sich nehmen, um z.B. eine spezialisierte Beratungsstelle aufzusuchen. Bedenkt man zudem, dass kleinere Ortschaften häufig kaum noch oder nicht mehr an das öffentliche Nahverkehrsnetz angeschlossen sind, wird deutlich, wie schwer es für Menschen aus den ländlichen Gebieten sein kann, Hilfsangebote zu nutzen. Die letzte Kreisgebietsreform hat diese Situation weiter verschärft: Die Fusionierung von ehemals zwölf zu nunmehr sechs Landkreisen hat auch der Beratungslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern neue Herausforderungen beschert.



GeSA-Regionalverbund Rostock

Der Regionalverbund vereinigt **22 Partner** aus der kreisfreien **Hansestadt Rostock** (ca. 200.000 Einwohner) und dem **Landkreis Rostock**, der mit einer Fläche von **3.400 km²** der viertgrößte Landkreis Deutschlands ist. Die Kreisverwaltung hat ihren Sitz in Güstrow und unterhält eine Außenstelle in Bad Doberan. Zum Landkreis gehören zehn amtsfreie Gemeinden und 13 Ämter mit 107 amtsangehörigen Städten und Gemeinden.

GeSA-Regionalverbund Stralsund

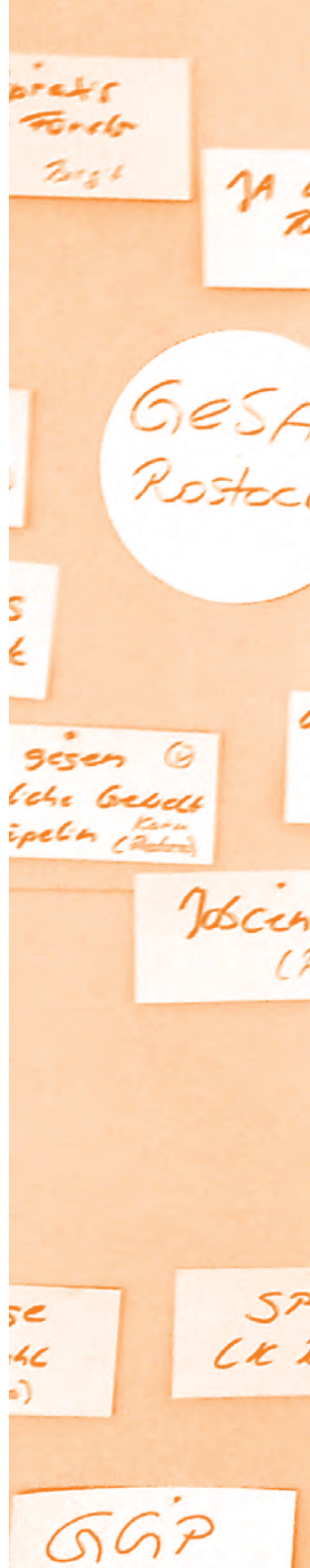
Hier sind im **3.200 km²** großen **Landkreis Vorpommern-Rügen** (mit 230.000 Einwohnern und damit 70 Einwohnern/km²) und der **kreiszugehörige Hansestadt Stralsund** (ca. **60.000 Einwohner**) **20 kooperierende Einrichtungen** zu einem Regionalverbund vereint. Der Landkreis Vorpommern-Rügen ist der fünftgrößte Landkreis Deutschlands. Die Kreisverwaltung hat ihren Hauptsitz in der Hansestadt Stralsund und unterhält Außenstellen in Bergen auf Rügen, in Grimmen, Ribnitz-Damgarten und Barth. Neben Stralsund zählen sieben amtsfreie Gemeinden und Städte sowie 12 Ämter mit insgesamt 98 amtsangehörigen Gemeinden zum Landkreis.

Das Netz der Suchtkrankenhilfe

Die Suchtkrankenhilfe verfügt in Mecklenburg-Vorpommern über ein differenziertes Netz von Unterstützungseinrichtungen für Betroffene. Dieses umfasst mehrere Entzugs- und Entwöhnungskliniken, Suchtberatungsstellen, soziotherapeutische Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke, Trainingswohnen und ambulant betreute Wohnformen.

Bedingt durch Mecklenburg-Vorpommerns geringe Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte bleibt die Spezialisierung und Vielfalt der jeweiligen Hilfseinrichtungen begrenzt. So ist im Zusammenhang mit der Spezifik des Bundesmodellprojektes **GeSA** vor allem hervorzuheben, dass uns **keine ausschließlich frauenspezifischen Hilfseinrichtungen** zur Verfügung stehen. Bedenkt man die übliche Verteilung der Geschlechter, vor allem in stationären Einrichtungen, liegt die Zahl der behandelten Frauen meist bei zwischen 20 und 30 Prozent. In der Praxis führt dies häufig dazu, dass **einzelne Frauen in überwiegend männerdominierten Gruppen** betreut und behandelt werden. Für von einer Dualproblematik betroffene Frauen birgt dies zusätzliche Probleme und Schwierigkeiten. Außerdem **fehlt es an Einrichtungen mit geschlechtsspezifischen, traumasensiblen Angeboten**, was die Auswahl an geeigneten Behandlungsmöglichkeiten für Frauen, die von einer Suchterkrankung und einer Gewaltproblematik betroffen sind, weiter einschränkt.

Die Betroffenen haben damit entweder die Wahl, sich in eine auf ihre Spezifik ausgerichtete Einrichtung **weit entfernt vom Wohnort** zu begeben und **dabei längere Wartezeiten sowie erhebliche Fahrwege** auf sich zu





nehmen oder ein Angebot vor Ort zu nutzen. Ersteres hat den zusätzlichen Nachteil, dass die Frauen ihr vertrautes Umfeld verlassen müssen und der Kontakt zu den Kindern kaum zu realisieren ist. Belastungserprobungen vor Ort sind im Rahmen dieser Lösung kaum möglich. Die zweite Option ermöglicht zwar die Bearbeitung der Sucht, die Gewaltproblematik findet aber wenig Berücksichtigung. Hinzu kommt die schon erwähnte Behandlung in männerdominierten Gruppen, die sie nicht selten auch mit gewaltbereiten Männern bzw. Tätern konfrontiert.

Betroffene Frauen sind oft auch **Mütter minderjähriger Kinder**. Die Verantwortung für sie **erschwert Frauen ohnehin häufig, sich auf eine stationäre Beratung einzulassen**, so empfehlenswert und erforderlich sie auch sein mag. Eine gemeinsame Aufnahme von Müttern und Kindern ist im Land Mecklenburg-Vorpommern **lediglich in zwei Fachkliniken** (einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und einer Fachklinik für Drogenabhängigkeit) möglich. **Die Kapazität des Landes an tagesklinischen Behandlungsplätzen**, für Frauen mit Kindern häufig eine eher zu realisierende Alternative zur stationären Behandlung, ist ebenfalls gering. Bedenkt man dann noch die demographische Situation, ist eine **tagesklinische Therapie für nicht in unmittelbarer städtischer Umgebung lebende Menschen quasi ausgeschlossen**.

Das Angebot im Bereich der ambulanten Therapien ist etwas umfangreicher, aber ebenfalls oft nur für Betroffene nutzbar, die in der Nähe größerer Orte leben. Auch in den ambulanten Therapiegruppen findet sich die erwähnte männliche Dominanz, so dass sich die Frage stellt, inwieweit insbesondere jene Frauen, an die sich **GeSA** richtet, hier adäquat aufgefangen werden können.

Hinsichtlich der suchtmmedizinischen Versorgung zeigt sich ein ähnliches Bild. Insgesamt gibt es im Land Mecklenburg-Vorpommern sechs Schwerpunktpraxen: in Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Güstrow, Waren, und Parchim. Kliniken für qualifizierte Entzugsbehandlungen sind ähnlich übers Land verteilt, haben aber häufig längere Wartezeiten.

Das Beratungs- und Hilfenetz bei häuslicher und sexualisierter Gewalt

Auch hier gibt es ein Netzwerk, das ein differenziertes Unterstützungsangebot vorhält. Von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt betroffene Menschen finden in Mecklenburg-Vorpommern Unterstützung in

- fünf Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt und Stalking,
- neun Frauenschutzhäusern,
- fünf Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt sowie
- acht Beratungsstellen für Betroffene häuslicher Gewalt

Einmal mehr gilt aber auch hier, dass es für Betroffene aus dem ländlichen Raum mit einem erheblichen Aufwand an Zeit und auch Kosten verbunden

ist, benötigte Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Das ist besonders vor dem Hintergrund der Gewaltproblematik fatal, weil Täter*innen nicht selten die ökonomischen Ressourcen von Betroffenen einschränken und deren Verhalten extrem kontrollieren.

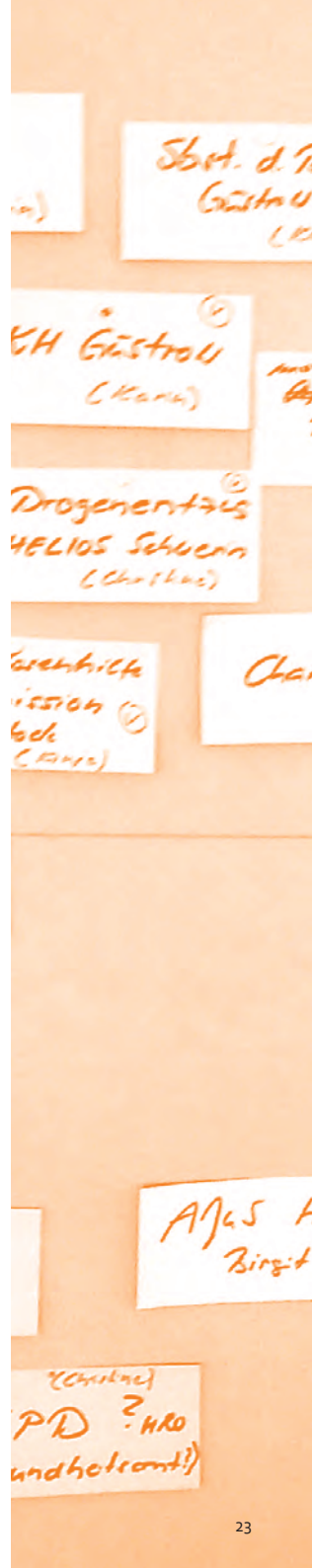
Beeinträchtigt wird die Versorgung Betroffener auch durch **drastische Unterschiede hinsichtlich der personellen Ausstattung der Einrichtungen**. In einzelnen Frauenschutzhäusern müssen Schutz, Beratung und Begleitung von Frauen durch zwei (!) Kolleg*innen realisiert werden. Es gibt Beratungsstellen, in denen eine Kolleg*in die Versorgung des gesamten Landkreises gewährleisten muss. Und an dieser Stelle sei noch einmal vergegenwärtigt, dass es bei den Modellregionen von **GeSA** um die viert- und fünftgrößten Landkreise Deutschlands geht. Diese Situation macht deutlich, warum die Unterstützung von Frauen, die zusätzlich zu ihrer Gewaltproblematik durch Suchtmittelprobleme oder andere psychische Erkrankungen belastet sind, **oft eine Überforderung** darstellt. Diese wird durch fehlende spezifische Fachkompetenz und Erfahrungen im Umgang mit dem Thema Sucht weiter verschärft.

Bis zum Beginn des Bundesmodellprojektes **GeSA** waren Einrichtungen aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe und der Anti-Gewalt-Arbeit zudem wenig vernetzt.

2.2 Die Grundidee

Das zentrale Ziel des Bundesmodellprojektes **GeSA** bestand darin, die Versorgung für gewaltbetroffene Frauen mit einer Suchtmittelproblematik und deren Kinder zu verbessern. Der hierfür gewählte Ansatz basierte auf der Überlegung, dass, wenn Gewalt und Sucht so oft miteinander verweben sind, es auch die mit beiden Phänomenen konfrontierten Professionellen sein müssten. Auf diese Weise wäre es ihnen möglich:

- Voneinander zu erfahren und sich kennenzulernen,
- Vom Fachwissen anderer Arbeitsbereiche zu profitieren,
- Die Sensibilität und Fachlichkeit im Umgang mit Betroffenen zu erhöhen,
- Ressourcen miteinander zu verknüpfen,
- Fachliche Unterstützung und Entlastung zu erfahren,
- Kooperationen zu erproben und
- Sich über gemeinsame Vorgehensweisen abzustimmen, um mehr Handlungssicherheit zu gewinnen



Und vielleicht könnte es über diesen Austausch miteinander auch gelingen, den einen oder anderen »schrägen«, also ungewöhnlichen oder gar unkonventionellen Weg zu entdecken, der es trotz der beschriebenen Defizite in den Hilfesystemen ermöglicht, von einer Dualproblematik betroffene Frauen besser zu unterstützen.

Soweit zur Idee hinter **GeSA**. Einen neuen Arbeitskreis würde es dazu allerdings tatsächlich brauchen. Und der müsste inhaltlich ergiebig genug sein, um

- die potentiellen Teilnehmer*innen trotz ihrer hohen Arbeitsbelastung zur Mitwirkung zu motivieren,
- viele Professionen mit ihren unterschiedlichen Bedarfen und Ansprüchen in einem gemeinsamen Arbeitsprozess zusammenzuführen und
- Ergebnisse zu liefern statt im Stadium des Klagens über die schwierige Ist-Situation zu verharren.

2.3 Die Arbeitsstruktur

Um diese Grundidee von **GeSA** umzusetzen, wurden im Rahmen des Projektes **zwei Arbeitsebenen geschaffen:**

2.3.1 Ebene 1: Kooperationsteams in den beteiligten Regionen

Die erste Ebene war die der zwei Kooperationsteams in den Modellregionen Rostock und Stralsund. Diese setzten sich aus jeweils maximal fünf Vertreterinnen der stationären und ambulanten Suchtkrankenhilfe und den entsprechenden Schutz- und Unterstützungseinrichtungen zusammen. Sie bildeten das Herzstück des Projektes und waren für die inhaltliche und organisatorische Gestaltung verantwortlich. In den drei Jahren übernahmen diese Kolleginnen immer neue, ganz unterschiedliche Rollen. Selbstverständlich waren sie Expertinnen für ihr Arbeitsfeld, daneben aber auch Managerinnen, Moderatorinnen, Referentinnen, Coaching Team – und nicht zuletzt die kreativen Köpfe bei der Erarbeitung dieses Handbuchs. Ausgestattet mit zusätzlichen fünf Stunden Arbeitszeit pro Woche gelang es ihnen:

- Die mitwirkenden Einrichtungen einzubinden,
- Frage- und Interviewbögen zu erarbeiten,
- Auf den regionalen Fachtagen Basiswissen zu vermitteln,
- Die zehn Fachforen pro Region vorzubereiten, zu moderieren und zu dokumentieren,
- Fallverläufe zu reflektieren und mit Empfehlungen und Hinweisen zu versehen,
- Kolleg*innen anderer Arbeitsbereiche zu coachen,
- Betroffene zu beraten,
- Hin und wieder die Versorgung von Veranstaltungsteilnehmer*innen schon mal ganz persönlich zu übernehmen.

Bei einem solchen Aufgabenspektrum überrascht es kaum, dass diese Kolleginnen die Zeit zur Besprechung eigener Fälle oft erst einfordern mussten. Ermöglicht wurde der intensive Austausch auf dieser Arbeitsebene durch sechs bis acht Arbeitstreffen pro Jahr, die vor allem der Koordination und Absprache dienten. Für diese Treffen waren jeweils vier Arbeitsstunden eingeplant – das bedeutete in der Regel ein straffes Programm. Ergänzend zu diesen Arbeitstreffen und als Höhepunkt des Arbeitsprozesses gab es Begegnungen beider Kooperationsteams, die zwei- bis dreimal im Jahr stattfanden und eine gute Verzahnung der Arbeitsprozesse sicherten.

Beatrix Waehnke, Beraterin in der Sucht- und Drogenberatungsstelle der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern in Stralsund und Mitwirkende im Kooperationsteam Stralsund:

»Hätte ich schon zu Beginn gehnt, was da als Mitwirkende im Kooperationsteam alles auf mich zukommt – ich hätte mir das nicht zugetraut. Aber irgendwie bin ich gemeinsam mit Euch da rein gewachsen.«



2.3.2 Ebene 2: Die Arbeit in den Regionalverbänden

Die zweite Arbeitsebene stellten die Regionalverbände Rostock und Stralsund dar, in denen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Schutz- und Unterstützungseinrichtungen sowie andere soziale Einrichtungen mit einem Bezug zu Betroffenen zusammengeführt wurden. Diese Zusammenarbeit erfolgte im Rahmen von Fachforen, von denen im Zeitraum 2016/17 insgesamt zehn pro Region stattfanden. Die mitwirkenden Einrichtungen waren nicht nur Gastgeberinnen dieser Veranstaltungen, sondern entsandten auch feste Vertreter*innen in den Regionalverbund, die

- als Multiplikator*innen innerhalb ihrer eigenen Einrichtung fungierten,
- ihre fachlichen Kompetenzen dem Regionalverbund zur Verfügung stellten,
- über Fallvorstellungen einen tiefen Einblick in die eigene Arbeitsweise gewährten und
- durch offene und engagierte Diskussionen die Fachforen bereicherten.



2.3.3 Ebenenübergreifend: Der Expert*innenbeirat

Die Arbeit auf beiden Ebenen wurde von einem Expert*innenbeirat begleitet. Im Rahmen regelmäßiger Konsultationen unterstützte dieser das Projekt mit Hintergrundwissen, fachlichem Rat und kritischem Blick aus wissenschaftlicher Perspektive. Zudem standen uns die Expertinnen bei den Fachtagen und Fachforen als Referentinnen und für dieses Handbuch als Autorinnen zur Verfügung.

KOOPERATIONSMODELL zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht

KoopTeam Stralsund/ Rostock

Fünf Fachkräfte aus Suchtkrankenhilfe und Anti-Gewalt-Arbeit
ambulant / stationär

Expert*innenbeirat



Regionalverbund Rostock und Stralsund

Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Anti-Gewalt-Arbeit, soziale Einrichtungen, die mit der Zielgruppe in Kontakt sind.

2.4 Der Aufbau des Kooperationsnetzwerks

2.4.1 Die Kooperationsteams entstehen

Schon lange vor dem offiziellen Projektbeginn beschäftigten sich der Trägerverein »Frauen helfen Frauen e.V. Rostock« und die zukünftige Projektleitung mit Überlegungen dazu, wer für die Mitwirkung in den Kooperationsteams Rostock und Stralsund infrage käme. Ein wichtiges Anliegen war es, die **Teams entsprechend dem Kooperationsgedanken des Modellprojektes paritätisch mit Vertreter*innen aus der Suchtkrankenhilfe und den Schutz- und Unterstützungseinrichtungen zu besetzen**. Dabei war es eine Sache, Kolleg*innen aus dem eigenen Arbeitsfeld, also den Schutz- und Unterstützungseinrichtungen anzufragen, eine ganz andere, dies im bisher wenig vertrauten Bereich der Suchtkrankenhilfe zu tun. Von Vorteil war, dass die Projektleiterin berufliche Erfahrungen und fachliche Kompetenzen aus beiden Hilfesystemen mitbrachte. Außerdem erwiesen sich frühere persönliche Kontakte, selbst da wo eher flüchtig, als ausgesprochen hilfreich: eine Begegnung auf einem Fachtag, ein kurzes Telefonat zur Vermittlung einer Klientin, eine Kolleg*in, die eine Kolleg*in kennt.

Die Reaktionen auf die Einladung zur Mitwirkung im Modellprojekt waren sehr unterschiedlich. **Ein Teil** der angesprochenen Kolleg*innen hatte **sofort ganz konkrete eigene Erfahrungen mit betroffenen Frauen vor Augen** und empfand das Projektanliegen als wichtig und dringlich.

Hanka Schmidt, Leiterin der Interventionsstelle gegen häusliche und Gewalt und Stalking und Mitwirkende im Kooperationsteam Stralsund: »Also, wenn Ihr mit der Planung eines solchen Projektes befasst seid, dann möchte ich, dass wir Stralsunderinnen daran auch beteiligt sind. Wir haben ganz klar das Problem, keinen Schutzraum für betroffene Frauen mit Suchtmittelproblemen zu finden, es gibt in diesem Bereich kaum Vernetzung und Kooperation. Für uns wäre das wirklich wichtig.«



Andere schienen zunächst erstaunt über die Fokussierung auf die Zielgruppe und waren eher unsicher hinsichtlich der Relevanz des Themas für den eigenen Arbeitsbereich. Fast durchweg löste die Anfrage aber ein Nachdenken aus, das zu einer bewussteren Auseinandersetzung mit dem Problem führte:

Birgit Kähler, Mitarbeiterin des Frauenhauses Rostock und Mitwirkende im Kooperationsteam Rostock: »**GeSA** begann für mich mit der Vorstellung der Projektidee in unserem Team. Zunächst erstmal Skepsis – andere Baustellen schienen viel dringlicher. Aber dann ... irgendwie hatte ich im Laufe meiner Arbeit im Frauenhaus schon häufig Frauen mit einer Suchtproblematik und fühlte mich oft unsicher und wenig kompetent. Entscheidungen im Umgang mit Alkohol wurden eher intuitiv und wenig konsequent getroffen. Von daher hab ich schon einen Bedarf gesehen und mein Interesse am Projekt stieg.«



Anja Trautmann, Mitarbeiterin der Suchtberatungsstelle der Evangelische Suchtberatung Rostock gGmbH und Mitwirkende im Kooperations-team Rostock: »Nun muss ich selbstkritisch zugeben, dass ich selbst anfänglich das Gefühl hatte, nicht sehr viele Frauen beraten zu haben, bei denen das Thema Gewaltbetroffenheit eine Rolle spielte. (...) Interesse am Projekt war trotzdem da und zum Glück wurde durch **GeSA** mein Blick mehr in diese Richtung gelenkt. Ich stellte z. B. durch unsere Fragebögen zu Projektbeginn fest, dass es doch wesentlich mehr Frauen waren als gedacht. Außerdem stellt sich natürlich auch die Frage, wie viele Frauen ich vielleicht noch betreut habe, ohne von deren Gewaltbetroffenheit zu wissen.«



Die starke Tabuisierung und Stigmatisierung, die von Sucht und Gewalt betroffene Frauen erfahren, birgt offensichtlich auch die Gefahr, dass sie mit ihrer doppelten Last unsichtbar bleiben. Wer Klientinnen schon mit Fragen nach dem Konsumverhalten belasten muss, tut sich schwer damit, auch noch nach leidvollen Gewalterfahrungen zu fragen. Umgekehrt scheint es genauso zu gelten: Wenn eine Klientin sich schon überwindet, über belastende Gewalterfahrungen zu berichten – ist es dann wirklich notwendig, sie auf ein weiteres so schambesetztes Thema wie ihren Alkohol- und Drogenkonsum anzusprechen?

Eine ganz andere Hürde für die Mitwirkung in den Kooperationsteams ergab sich aus einer Situation, die ursprünglich als wesentlicher Vorteil und sogar als Anreiz empfunden wurde: Es war von vornherein klar, dass die umfangreichen Aufgaben der Teams ein zusätzliches Zeitbudget erfordern würden. Keine der angefragten Kolleginnen hatte vor Projektstart Grund, über Langeweile und fehlende Auslastung zu klagen. Aus der Förderung als Bundesmodellprojekt ergab sich die Möglichkeit, den Mitwirkenden in den Kooperationsteams fünf Stunden pro Woche für die zusätzlichen Arbeitsaufgaben zu Verfügung zu stellen.

Was zusätzliche Kapazitäten schuf – aber die Einrichtungen und Mitarbeiter*innen auch vor das Problem stellte, Arbeitszeit umverteilen zu müssen. Einmal mehr profitierte das Projekt von der Aufgeschlossenheit und Unterstützung der Träger der beteiligten Einrichtungen. Keine Spur von der im Vorfeld von vielen Seiten befürchteten Konkurrenzangst. Übrigens auch nicht in den zukünftigen Kooperationsteams, die sich bereits im Dezember 2014 zum ersten Mal trafen.

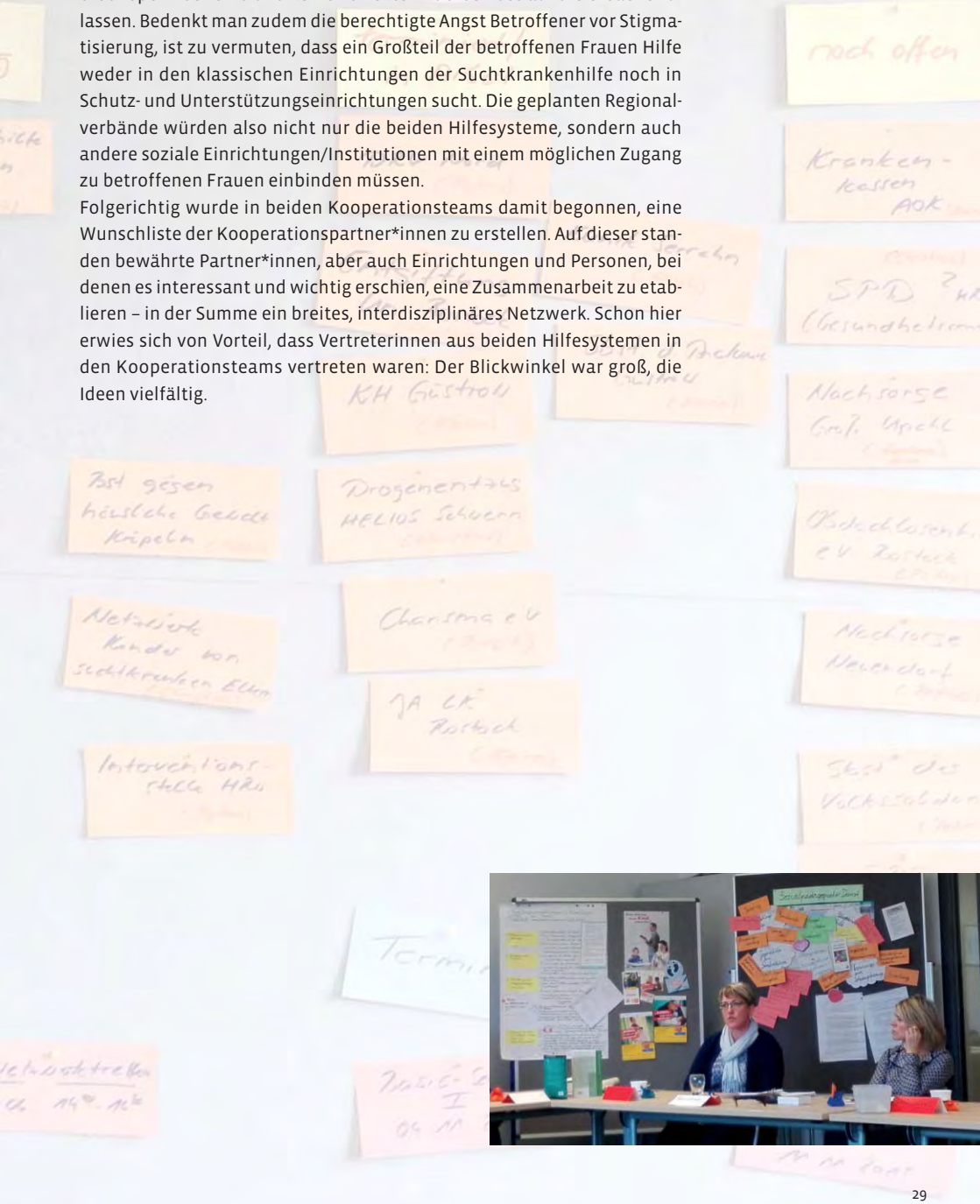


GESA Rostock

2.4.2 Die Idee der Regionalverbände

Gewalt und Sucht haben gemeinsam, dass ihre Auswirkungen und Folgen oft unspezifisch sind und keinen direkten Rückschluss auf die Ursache zulassen. Bedenkt man zudem die berechtigte Angst Betroffener vor Stigmatisierung, ist zu vermuten, dass ein Großteil der betroffenen Frauen Hilfe weder in den klassischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe noch in Schutz- und Unterstützungseinrichtungen sucht. Die geplanten Regionalverbände würden also nicht nur die beiden Hilfesysteme, sondern auch andere soziale Einrichtungen/Institutionen mit einem möglichen Zugang zu betroffenen Frauen einbinden müssen.

Folgerichtig wurde in beiden Kooperationsteams damit begonnen, eine Wunschliste der Kooperationspartner*innen zu erstellen. Auf dieser standen bewährte Partner*innen, aber auch Einrichtungen und Personen, bei denen es interessant und wichtig erschien, eine Zusammenarbeit zu etablieren – in der Summe ein breites, interdisziplinäres Netzwerk. Schon hier erwies sich von Vorteil, dass Vertreterinnen aus beiden Hilfesystemen in den Kooperationsteams vertreten waren: Der Blickwinkel war groß, die Ideen vielfältig.



2.4.3 Von der Kunst des Überzeugens

Schon am Beginn dieser Phase Partnergewinnung ergab sich ein organisatorisches Problem: Der ursprüngliche Fördertitel des Projektes – »Regionales Kooperationsmodell zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit Suchtproblematik und deren Kinder« – nannte Anliegen und Zielgruppe, erwies sich aber im praktischen Gebrauch als zu sperrig, was Identifikation und Wiedererkennung gleichermaßen erschwerte. Diese Erkenntnis war die Geburtsstunde von **GeSA** (Gewalt – Sucht – Ausweg). Der Begriff **GeSA** entwickelte sich schnell zu einer »Marke«, mit der die meisten das konkrete Anliegen gut verknüpfen konnten. Und es schaffte auch außerhalb der Regionalverbände eine Verbindung zwischen den Teilnehmer*innen: »Ah ja, wir kennen uns von **GeSA**.«



Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht

Modellprojekt 2015 – 2017 gefördert durch
das Bundesministerium für Gesundheit

Für die nun einsetzende Gewinnung von Netzwerkpartner*innen wurde zunächst jeder/m potentiellen Kooperationspartner*in eine Vertreterin des Kooperationsteams als Patin zugeordnet. Diese Patin nahm Kontakt zur betreffenden Einrichtung auf, führte erste Gespräche darüber, wie die Kooperation konkret gestaltet werden könnte und hielt von da an den Kontakt aufrecht.

Die Kooperationsgespräche wurden, der Grundidee des Projekts entsprechend, durch die Kolleginnen des Kooperationsteams im Tandem und am Arbeitsort der potentiellen Partner*in geführt. Diese persönliche Ansprache innerhalb des gewohnten Arbeitsumfeldes war wichtig, um Respekt zu signalisieren und dem Gegenüber die Möglichkeit einzuräumen, als Gastgeber*in das Setting zu bestimmen. Die Gespräche selbst waren dann vor allem um den Aufbau von Vertrauen, die Schaffung von Verbindlichkeit und dem Ausdruck von Respekt und Wertschätzung vor der Arbeit der/s anderen bemüht. Die Vermittlung von Fakten war auch wichtig, dem aber nachgeordnet – dafür würde sich später noch Zeit finden.

Aber auch die Klärung der formalen Details schon am Beginn erwies sich

als sehr wichtig: Gerade hinsichtlich der Verbindlichkeit erwiesen sich vorbereitete Kooperationsverträge, die die Ansprüche ebenso wie die Verpflichtungen beteiligter Einrichtungen klar definierten, als hilfreich. Außerdem musste der Mehrwert für die potentielle Partnereinrichtung deutlich erkennbar sein, um eine realistische Aufwand-Nutzen-Abwägung zu ermöglichen.

Natürlich ging ein gewisser Reiz auch davon aus, an einem Bundesmodellprojektes mitwirken zu können. Aber andere Aspekte standen im Vordergrund – auch diese durchaus unterschiedlich, je nachdem ob Praktiker*innen an der Basis oder eher die Leitungsebene das Gespräch bestimmten. Viele Praktiker*innen fühlten sich besonders von der durch das Projekt angestrebten Vernetzung und Entlastung angesprochen. Auf Leitungsebene überzeugten eher die mit dem Projekt verbundene Erhöhung der öffentlichen Sichtbarkeit und implizierte kostenfreie Fortbildungsmöglichkeiten für die eigenen Mitarbeiter*innen über die Fachtage, Fachforen und das Coaching. Alle Ebenen einte dabei ein großes Interesse am Thema ebenso wie die Bereitschaft, das eigene Fachwissen anderen Professionen zur Verfügung zu stellen.

2.4.4 Achtung, Stolpersteine!

Bei aller Aufgeschlossenheit: Gerade in der Aufbauphase gab es durchaus auch das eine oder andere Hindernis, das gemeinsam überwunden werden musste. So waren nicht alle Gesprächspartner*innen von der Relevanz des Themas überzeugt. Haben wir überhaupt so viele Frauen mit einer Dualproblematik, dass sich eine Mitwirkung für uns lohnen würde? Macht so viel Aufwand Sinn, für die wenigen Fälle, mit denen wir (vielleicht, irgendwann einmal) konfrontiert sein werden?

Mit dem Argument »Wirtschaftlichkeit«, für viele Einrichtung von immenser Wichtigkeit, konnten wir bei unserer Einladung zur Mitarbeit nicht punkten. Auch wenn durchaus zu erwarten war, dass eine höhere Sensibilität und größere Handlungssicherheit im Umgang mit der Dualproblematik Frauen ermutigen würde, sich zu öffnen und Hilfe in Anspruch zu nehmen, ließ sich kein plötzlicher Ansturm von Klientinnen auf bestimmte Einrichtungen prognostizieren.

Wenn Aussagen, wie

- »Kein Thema für uns.«
- »Haben wir bei uns nicht.«
- »Machen wir alles schon.«
- »Wollen wir bei uns gar nicht.«

die Grundhaltung charakterisierten, blieb gelegentlich nur, sich vom Wunsch einer Kooperation zu verabschieden. Glücklicherweise war dies nur selten der Fall: Die schon erwähnten guten Kontakte der Kooperations-

Beziehungen
15
Markt
✓

MINST. 200
Gren. Ges.
Hauts

Schwerpunkt
Seit: 20 20
✓ Markt
Beitrag

OK

team-Mitglieder zu den Praktiker*innen anderer Einrichtungen ermöglichen es in den meisten Fällen, Interesse für das Projekt zu wecken. Nicht zuletzt, weil gerade die Kolleg*innen, die im direkten Kontakt mit Klientinnen arbeiteten, durchaus Vernetzungs- und Qualifikationsbedarf sahen. Hier galt es im Blick zu behalten, dass die Vertreter*innen der Partnereinrichtungen im Regionalverbund auch als Multiplikator*innen wirken sollten. Sie sollten Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt in die Einrichtungen tragen und notwendige Veränderungen anstoßen. Wir wollten vermeiden, dass eine verbesserte Versorgung betroffener Frauen vom Engagement und Wissen einzelner Mitarbeiter*innen abhängig bleiben würde, so dass bei personeller Fluktuation in der Institution Sensibilität und Kompetenzen im Umgang mit Betroffenen wieder verloren gingen.

Dies setzte Problembewusstsein und grundsätzliches Interesse an einer Verbesserung der Situation (im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten der Einrichtung) auch auf Leitungsebene voraus. In einigen Fällen gelang es den engagierten Kolleg*innen selbst, die Leitungsebene zu überzeugen und in die Pflicht zu nehmen. Anderenorts war unsere Hartnäckigkeit gefragt. Es gab Einrichtungen, in denen wir mehrfach, auf unterschiedlichen Ebenen, für das Projekt werben mussten. In einigen wenigen Fällen gelang es uns gar nicht, Entscheidungsträger direkt anzusprechen. Beispielsweise konnten wir nur ein Jugendamt für die Mitwirkung in den Regionalverbänden gewinnen. Das war dann besonders frustrierend, wenn wir vom dringenden Mitwirkungswunsch und Engagement einzelner Kolleg*innen wussten, aber dennoch keine Chance erhielten, unser Anliegen auf Leitungsebene vorzustellen.

Schwierigkeiten bereiteten in dieser ersten Phase oft auch die sehr detaillierten Nachfragen potentieller Kooperationspartner*innen zu Arbeitsinhalten und zu erwartenden Ergebnissen, da es diese auch da gab, wo sich zu diesem Zeitpunkt noch keine Antworten geben ließen. Existierten doch zunächst die Grundidee und eine grobe Struktur und der einhellige Wunsch, im Rahmen der Fachforen gemeinsam an ganz praktischen Fallbeispielen zu arbeiten. Welche Leitfragen und Ziele hierbei im Mittelpunkt stehen würden, sollten die Partner*innen gemeinsam entwickeln, auch in Abhängigkeit von verfügbaren Ressourcen und fachlichen Kompetenzen.

SB ^{Medien}
Bethanien
S GmbH ✓

Polizeiinspektion
Stralsund
Hauke ✓

^{Beckler}
Jugendhaus
Stordienst ✓

GESA
Stralsund

MISS. Bst.
(Sel. Gerecht)
Hauke ✓

So psych. Dienst
VR
Hauke

Schwerpunktpraxis
Secht: Fr. Dr.
Kietfeld
Beckler ✓

Langzeittherapie
Bodden - Klinik
Zinib
~~Hauke~~ Beckler



Friedrich
Ute
Hauke

Obstetrics
Lösger
Hauke

DRV
Nord

FIOR

13. Kreis-
u. Jugendrat
d. Ostfriesl.

KRS
Hauke

Uhlenhof
Hauke

2.4.5 Das Ergebnis: Die Regionalverbände

Regionalverbund Rostock

VERBUND

IB Beratungsstelle für Betroffene von häuslicher Gewalt

Am Wasserwerk 1
18236 Kröpelin

Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen – Friedrich-Petersen-Klinik

Semmelweisstraße 1
18059 Rostock

MEDIAN Klinik Schweriner See

Am See 4
19069 Lübstorf

Hanse-Jobcenter

Friedrich-Engels-Platz 6-8
18055 Rostock

Charisma e.V. Rostock

Verein für Frauen und Familie
H.-Ibsen-Straße 20
18106 Rostock

Suchtberatungs- und Behandlungsstelle

Volkssolidarität e.V.
Goethestraße 16
18055 Rostock

Landkreis Rostock

Jugendamt
Sozialpädagogischer Dienst
Am Wall 3-5
18273 Güstrow

Jobcenter Güstrow

Eisenbahnstraße 12
18273 Güstrow

Dr. Martin Förster

Praxis für Allgemeinmedizin
Doberaner Straße 43b
18057 Rostock

Universitätsmedizin Rostock

Schillingallee 35
18057 Rostock

Sucht- und Drogenberatung Güstrow

Diakonie Güstrow e.V.
Eisenbahnstraße 18
18273 Güstrow

KMG Kliniken Güstrow GmbH

Friedrich Trendelenburg-Allee 1
18273 Güstrow

HELIOS Kliniken Schwerin

Carl-Friedrich-Flemming-Klinik
Klinik für Abhängigkeitserkrankungen
Wismarsche Straße 393-397
19049 Schwerin

Kooperationsteam

Ev. Suchtberatung Rostock gGmbH
Dalwitzhofer Weg 1
18055 Rostock

Frauenschutzhaus Güstrow
Arche e.V. – für Frau und Familie
Postfach 120
18261 Güstrow

Autonomes Frauenhaus Rostock
Postfach 10 11 53
18002 Rostock

Fachdienst Suchtkrankenhilfe
Caritas Kreisverband Rostock
August-Bebel-Straße 02
18055 Rostock

Fachberatungsstelle gegen
sexualisierte Gewalt
Frauen helfen Frauen e.V. Rostock
Ernst-Haeckel-Straße 1
18059 Rostock

Integratives Betreuungszentrum IBZ

Hawermannweg 17
18069 Rostock

Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking

Frauen helfen Frauen e.V.
Heiligengeisthof 3
18055 Rostock

AOK Nordost

Geschäftsstelle Schwerin
Am Grünen Tal 50
19063 Schwerin

Sozialtherapeutische Nachsorgeeinrichtung

Haus »Zuflucht«
Ev. Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH
An der Kirche 01
18276 Groß Upahl

VERBUND

Kiss – Kontakt- und Informationsstelle

für Selbsthilfegruppen
Mönchstraße 17
18439 Stralsund

Kreisdiakonisches Werk Stralsund e.V.

Soziale Dienste
Carl-Heydemann-Ring 55
18437 Stralsund

Internationaler Bund e.V.

IB Vorpommern-Rügen
Hilfen zur Erziehung
Naumannstraße 25-27
18435 Stralsund

Uhlenhaus Tagesklinik

Psychiatrische Institutsambulanz
Stralsund MED gGmbH
Rotdornweg 10
18439 Stralsund

**Langzeittherapie für mehrfach-
geschädigte Alkoholranke**

Bodden Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH
Sandhufe 1
18311 Ribnitz-Damgarten

Herberge für obdachlose Menschen

DRK Kreisverband Rügen-Stralsund e.V.
Mühlengrabenstraße 10
18437 Stralsund

Jugendhaus Storchennest e.V.

Gartenstraße 2
18442 Niepars

Polizeihauptrevier Stralsund

Böttcherstraße 19
18439 Stralsund

Landkreis Vorpommern-Rügen

Fachdienst Gesundheit
Sozialpsychiatrischer Dienst
Carl-Heydemann-Ring 67
18437 Stralsund

MISS – Beratungsstelle für Betroffene

sexualisierter Gewalt
Frankendamm 5
18439 Stralsund

Schwerpunktpraxis Sucht

Knieperdamm 81
18435 Stralsund

Landkreis Vorpommern-Rügen

Eigenbetrieb Jobcenter
Carl-Heydemann-Ring 98
18437 Stralsund

Kooperationsteam

Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt
und Stalking

Frankendamm 5
18439 Stralsund

Nachsorgeeinrichtung für erwachsene
chronisch mehrfachgeschädigte abhängig-
keitskranke (CMA) Männer und Frauen

Ev. Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH
»Haus Rügen«
Landower Straße 15
18573 Dreschvitz

Sucht- und Drogenberatungsstelle Stralsund
Ev. Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH
Wallensteinstraße 7 a
18435 Stralsund

Suchtberatungs- und Behandlungsstellen

Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH
Bahnhofstraße 33 a
18528 Bergen

HELIOS Hansekllinikum

Abt. Suchtmedizin
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund

DRV Nord

Neubrandenburg
Platanenstraße 43
17033 Neubrandenburg

Beratungsstelle für Betroffene häuslicher Gewalt Bergen

KJFH Rügen e.V.
Bahnhofstraße 27
18528 Bergen

Soziale Dienste der Justiz

Geschäftsbereich Stralsund
Knieperdamm 76 a
18435 Stralsund

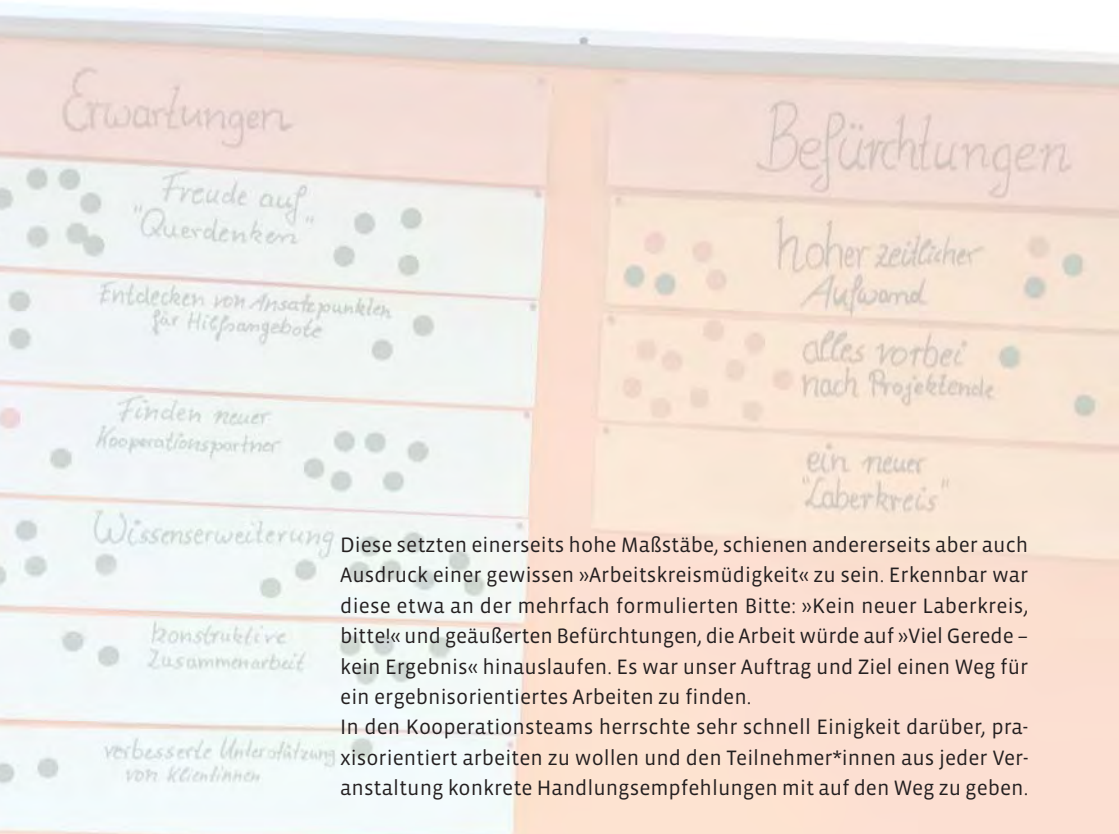


Mittendrin: Und wenn dann doch alle ganz unterschiedlich ticken?

3.1 Unsere innovative Arbeitsweise

Die Vielfalt der beteiligten Einrichtungen innerhalb der Regionalverbände war Chance und Herausforderung zugleich. Es galt, unterschiedlichste Professionen mit ihren differenzierten fachlichen Kompetenzen und ganz unterschiedlichen Vorerfahrungen zum Thema Sucht und Gewalt in einen gemeinsamen Arbeitskontext einzubinden, der ein Geben und Nehmen ebenso wie ein lösungsorientiertes Arbeiten im Sinne der Zielsetzung von **GeSA** ermöglichte.

Den Ausgangspunkt unserer Überlegungen zur Arbeitsweise bildeten die von den Mitwirkenden auf den ersten Treffen der Regionalverbände im Frühjahr 2015 geäußerten Erwartungen und Befürchtungen.



So entwickelte sich ganz allmählich eine differenzierte Vorstellung von den gemeinsamen Fallkonferenzen. Dabei wollten wir den Schwerpunkt nicht darauf legen, die Arbeit der Kolleg*innen zu supervidieren, sondern neue Handlungsoptionen durch die Erweiterung der individuellen Blickwinkel und neue Kooperationsideen zu eröffnen.

Bei unserer Vorgehensweise waren wir darauf angewiesen, dass die beteiligten Einrichtungen den Mut und die Bereitschaft aufbrachten, nicht nur als Gastgeber eines Forums zu agieren, sondern auch Fälle aus ihrem Arbeitsalltag vorzustellen. Durchaus eine Herausforderung – bedeutete es doch, einen tiefen Einblick in die eigene Arbeitsweise zu gewähren, setzte also eine hohe Transparenz und Offenheit voraus.

Uns war klar, wie wichtig es deshalb sein würde, eine wertschätzende, respektvolle und angstfreie Arbeitsatmosphäre innerhalb der Regionalverbände zu etablieren. Wir nannten es schließlich das Prinzip der Wertungsfreiheit, mit dem wir verhindern wollten, dass Kolleg*innen zur Zielscheibe von Besserwisseri oder Entwertung wurden. Wir vermieden Bewertungen im Sinne von »richtig« oder »falsch«. Vielmehr griffen wir prinzipiell alle Interventionen und Vorschläge zum Umgang mit der Dualproblematik auf, um sie hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile, ihrer Chancen und Gefahren zu analysieren. Zu jeder Fallkonferenz wurde durch die zuständigen Kooperationssteams ein Protokoll erstellt, in dem die Ergebnisse der Analyse in Form von Hinweisen und Empfehlungen zusammengefasst wurden.

Für die Fachforen waren in der Regel 3,5 Stunden anberaumt, der Ablauf gestaltete sich wie folgt:

- Begrüßungsrunde (15 min)
- Vorstellung der gastgebenden Einrichtung (45 min)
- Fallvorstellung aus dem Arbeitsalltag der gastgebenden Einrichtung (20 min)
- Kurze Pause (10 min)
- Fallkonferenz (90 min)
- Abschlussrunde (30 min)

Hinsichtlich des zeitlichen Rahmens waren Kompromisse nötig. Wollten wir wirklich sicherstellen, dass möglichst viele Kolleg*innen die Möglichkeit zur regelmäßigen Teilnahme an den Fachforen bekämen, durften wir daraus keine »Ganztagsveranstaltung« machen. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der meisten Kolleg*innen und eines ohnehin bestehenden Mangels an personellen Ressourcen wäre dies für viele Einrichtungen nicht realisierbar. Anliegen und Inhalt hätten dies aber durchaus gerechtfertigt. So entschieden wir uns für eine Dauer von ca. 3,5 Stunden, waren aber auf eine straffe Durchführung angewiesen, die uns wenig Spielraum ließ. Und nicht selten blieb zu wenig Zeit für wichtige vertiefende Diskussionen.

Dass wir auf den Fachforen durchschnittlich 20 Fachkräfte begrüßen durften, war für manche gastgebenden Einrichtungen schon räumlich eine Herausforderung – in einigen Fällen gab es schlicht keinen Raum, der groß genug war. Eine Lösung fand sich immer, auch hier konnte man sich innerhalb des Regionalverbundes gegenseitig unterstützen. Dennoch: Die Teilnehmer*innen empfanden es immer als besonders authentisch und wichtig, sich vor Ort ein Bild von der jeweiligen Einrichtung machen zu können. Andererseits entstand gerade dann oft eine besondere Nähe und Vertrautheit, wenn diesbezüglich improvisiert werden musste. So etwa, als wir mit dem Rostocker Regionalverbund im Verein »Charisma e.V.« zu Gast sein durften. Die mehr als 20 Teilnehmer*innen des Fachforums fanden Platz am großen Tisch in der eher kleinen Küche des Vereins, die kurzerhand zur »Arbeitsküche« umfunktioniert wurde. Die besondere Arbeitsatmosphäre ist vielen besonders intensiv in Erinnerung geblieben. Wie auch das Fachforum des Stralsunder Regionalverbundes im Haus »Rügen« in Dreschwitz, einer Nachsorgeeinrichtung für chronische mehrfachgeschädigte alkoholabhängige Menschen. Hier war es vor allem die freundliche und liebevoll gestaltete Atmosphäre, durch die die Teilnehmer*innen sich so willkommen fühlten.

FAZIT

Wichtiger als komfortable Räume ist das Treffen in der Einrichtung selbst.

Ein ganz wesentliches Ziel der Fallkonferenzen war es, für die Situation betroffener Frauen und einer durch Sucht und Gewalt geprägten innerfamiliären Dynamik sowie die Dynamik zwischen Klientin und Hilfesystem zu sensibilisieren. Außerdem wollten wir die Erwartungen, Wünsche und Ziele Betroffener denen professioneller Helfer*innen gegenüberstellen, um Quellen für Missverständnisse, Überforderung und gegenseitige Enttäuschung zu identifizieren.

Bei der Erarbeitung von Handlungsschritten und der Benennung von Kooperationsmöglichkeiten können die Fachforen die vielen vorhandenen Kompetenzen bündeln und dadurch neue Wege eröffnen, betroffene Frauen unter Nutzung der Ressourcen verschiedener Hilfesysteme zu begleiten.

Die Bearbeitung der Fallbeispiele erfolgte in Kleingruppen, die schon im Vorfeld so strukturiert wurden, dass sich jeweils möglichst viele unterschiedliche Arbeitsbereiche zusammenfanden. Darauf aufbauend wurden dann in jedem Forum folgende fünf Schritte absolviert:

SCHRITT 1

Fallvorstellung im Plenum

SCHRITT 2

Arbeit in Kleingruppen: Einnahme der Perspektive der unterschiedlichen Fallbeteiligten unter bestimmten Fragestellungen, z.B.:

● **Der Perspektive der betroffenen Frau:**

- Gedanken und Gefühle
- Ich in meiner Rolle als Frau, Mutter, Partnerin ...
- Meine Beziehung zu meiner Tochter, zum Täter, zur Beraterin...
- Meine Wünsche und Hoffnungen
- Meine Ängste
- Erwartungen an die Familie, das Hilfesystem...

● **Der Perspektive des Täters:**

- Gedanken und Gefühle
- Ich als Mann, Partner, Vater...
- Erwartungen an meine Frau
- Meine Ängste
- Meine Erwartungen an Hilfe von außen

● **Der Perspektive anderer Beteiligten:**

- Gedanken und Gefühle
- Ich in meiner Rolle als...
- Wünsche
- Ängste
- Erwartungen

● **Der Perspektive der professionellen Helfer*in:**

- Gedanken und Gefühle
- Ziele
- Erwartungen an die Betroffene, ...
- Befürchtungen
- Handlungsimpulse

Kleingruppe "Schwarz"
 - die Perspektive der Schwester als Kind

- Gedanken / Gefühle
 - Hilflosigkeit, Angst, Unsicherheit
 - Hoffnungslosigkeit, Verunsicherung
 - Traurigkeit
 - Zerrissenheit / Ambivalenz
 - Scham
- die Beziehung zu meiner Schwester
 - Verantwortung als "die Große" / "Einziger Vater?"
 - Schutz
 - Verbündete / wir müssen zusammenhalten
- Wünsche / Ziele
 - Anerkennung
 - "wenn ich groß bin wird alles gut sein"
 - Zueinander Familie, Zusammenhalt, Sicherheit
 - Schutz / Unterstützung
- Ängste / Befürchtungen
 - Unpredictability - was wird das für einen / welchen Schaden ich?
 - nicht bleiben wie Zwillingen?
 - sterben meine Eltern? was wird dann aus uns?
 - Bin ich schuld?
- Erwartungen an Hilfe von außen
 - "ich meine Eltern, dass sie es anders machen sollen"
 - Scham oder
 - Konstante / überlässliche Ansprechpartner
 - Schenktung einer gewissen Lebenserwartung
 - die Familie soll zusammenhalten

2 Kleingruppe: Mutter & Stiefvater

Gefühle / Gedanken	Befürchtungen	Wünsche / Ziele (Hoffnungen)	Erwartungen an Hilfe
- DV - Minderwertigkeitsgefühle - Schuldgefühle - aus Sorge für Gesamtportfolio Mutter: - Was ist mir geschehen? - Schuld - Aufregung? - Einfluss des Partners - Was wird die Zukunft sein?	- wenn ich nicht lebe, was dann? - wenn wir nicht mehr zusammen sind	- Partner Sozialkompetenz - in die Rolle - Ersetzt das Stiefvater, was die Mutter - Tochter soll ihre Aufgaben übernehmen - Trennung / Tochter vom Partner	- Rettung - Ersetzt d. System - Hilfe für die Tochter - Bist du die in Ordnung? - in Kontakt bleiben mit Tochter

3 Kleingruppe: Partner

Gefühle / Gedanken	Befürchtungen	Wünsche / Ziele (Hoffnungen)	Erwartungen an Hilfe
- Konkurrenz ggü SpDi - Angst vor Veränderung / Konsequenzen / Entkernung - Kontrollverlust - Unsicherheit - Mitgefühl / Mitleid - Minderwertigkeitsgefühle - Machtgefühl - Normalität - Wut - Angst um die Frau	- Verlustangst - Verlust d. Arbeit - Entkernung / Kollaps? - Veränderung - Strafe / Verurteilung - Kontrolle - Stärker werden der Frau	- Alles bleibt beim Alter - perfekte Partnerin - Impulsivität verringern - orientierendes Verhalten d. Frau - das ich selber eine Frau erfüllen - mehr Kontrolle über die Frau	- Beistand - Veränderung d. Frau

SCHRITT 3

Vorstellung der Arbeitsergebnisse aus den Kleingruppen im Plenum

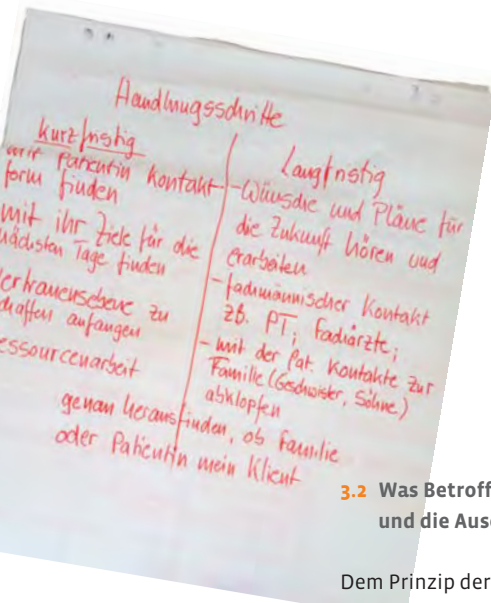
(ohne Diskussion im Plenum an dieser Stelle, aber mit ausreichender Zeit, die Beschreibungen der unterschiedlichen Perspektiven wirken zu lassen)

SCHRITT 4

Perspektivwechsel: Rückkehr in die Rolle der Expert*innen und Erarbeitung kurz- und langfristiger Handlungsschritte und Kooperationsmöglichkeiten in den Kleingruppen

SCHRITT 5

Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse im Plenum



3.2 Was Betroffene wirklich wollen – Unterschiedliche Arbeitsansätze und die Auseinandersetzung damit

Dem Prinzip der Wertungsfreiheit entsprechend galt es, Scheren aus dem Kopf zu verbannen und den Mut zum Querdenken zu entwickeln. Dies sollte möglich sein, ohne dafür gleich Kopfschütteln oder Kritik zu ernten. Kontroverse Diskussionen dagegen waren ausgesprochen erwünscht. Und diese gab es durchaus, beispielsweise zu Themen wie Motivation und Eigenverantwortung von Betroffenen, zur Frage nach Schuld oder zu den Grenzen professioneller Hilfe.

Es kristallisierten sich Unterschiede in der Einstellung und Haltung heraus, die unter anderem durch das jeweilige Arbeitsfeld geprägt waren. Während einige Kolleg*innen eher klare Regeln, die Auftragsklärung und konkrete Zielvereinbarungen anmahnten, betonten andere stärker die Notwendigkeit eines sehr kleinschrittigen Vorgehens und der Druckentlastung für Betroffene.

Dem Hinterfragen, inwieweit die betroffene Frau überhaupt eine Veränderung ihrer Lebenssituation wünsche, stand die Vorstellung gegenüber, dass ein Schritt ins völlig Ungewisse ohne die Idee von einer möglichen neuen Perspektive zu verschreckend sei. Dem Gedanken, die Betroffene

sehne sich nach Sicherheit und Normalität, wurde entgegengesetzt, dass es ebenso möglich sei, dass alle ihre Sehnsüchte vor dem Hintergrund ihrer Abhängigkeitserkrankung nur noch um das Suchtmittel kreisten. Die Idee, dass der Konsum des Suchtmittels in einem direkten Zusammenhang mit der Erfahrung sexualisierter Gewalt in der Kindheit stehen könnte, wurde die Frage gegenübergestellt, ob es auch möglich sei, die Betroffene habe sich das vielleicht nur ausgedacht, um damit ihren Alkoholkonsum zu entschuldigen. In solch kontroversen Situationen half uns das Prinzip der Wertungsfreiheit sehr. Es verhinderte, in endlosen Streitereien über Recht und Unrecht zu versinken.

Ausgangspunkt und kleinster gemeinsamer Nenner blieb in allen Diskussionen eine Frage: Welche Perspektive, welcher Blickwinkel ermöglicht uns den größten Handlungsspielraum und einen neuen, anderen Zugang zur Klientin? Diese Frage war die Basis, auf der sich allmählich eine Zusammenarbeit entwickeln und verschiedene Formen der Kooperation erprobt werden konnten.

Christine Voss, Mitarbeiterin des Fachdienstes Suchthilfe der Caritas, Mitwirkende im Kooperationsteam Rostock: »Ich habe schon gemerkt, dass Mitwirkende im Regionalverbund ‚unterschiedlich ticken‘, aber darin liegt eine große Chance, den eigenen Blick(-winkel) zu verändern, den eigenen Auftrag zu hinterfragen bzw. zu prüfen. Und ich sehe es als Bereicherung, gemeinsam herauszubekommen, was Betroffene wirklich brauchen.«



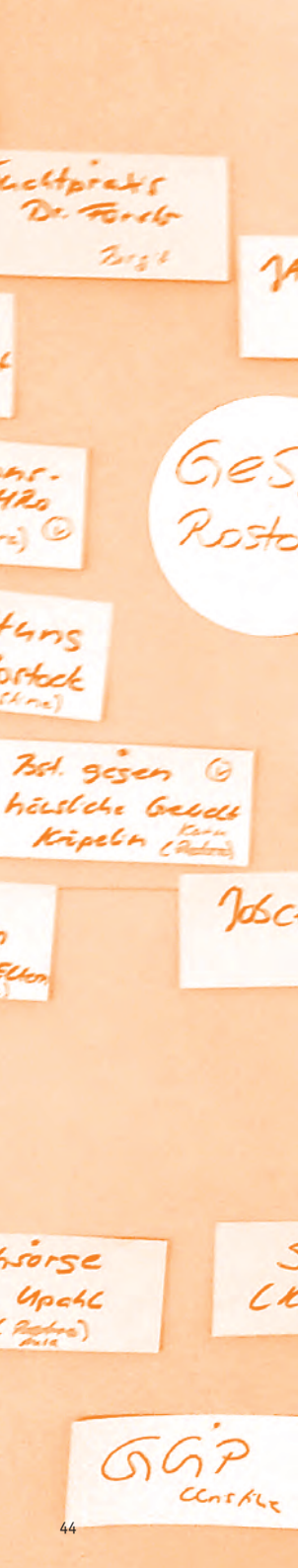
Ina Pellehn, Miss-Beratungsstelle Stralsund/Rügen, Mitglied im Regionalverbund Stralsund: »Der Blick aus meinem Hilfesystem (Anti-Gewalt-Arbeit) wurde vom Sockel der ›Das müssen die doch jetzt endlich mal verstanden haben...‹ – Haltung gestoßen und hin zu ›Hilfesysteme sind spezifisch und ich bin geduldig(er) mit vermeintlichen Fehlern anderer und mir selbst‹ verändert.«



Anja Trautmann, Mitarbeiterin der Suchtberatungsstelle der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH und Mitwirkende im Kooperationsteam Rostock: »Erst durch die Zusammenarbeit in den Fachforen habe ich tatsächlich erlebt, dass doch recht unterschiedliche Herangehensweisen und Blickwinkel auf Betroffene bzw. die jeweils vorgestellten ‚Fälle‘ existieren, die möglicherweise auch mit der Zugehörigkeit zum Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe bzw. Anti-Gewalt-Arbeit zu tun haben.

Es war für mich spannend zu sehen, wie unterschiedlich Kolleg*innen aus der Suchthilfe und der Anti-Gewalt-Arbeit die Situation Betroffe-





ner betrachten und bewerten. So entstand überhaupt erst ein kritischer Blick darauf, ob ich aus meinem beruflichen Hintergrund heraus möglicherweise auch eine eingeschränkte Sichtweise habe. Oder ob Kolleg*innen aus anderen Hilfesystemen diese mitbringen. Das Feststellen des ‚unterschiedlich Tickens‘, das sich teilweise in den Fachforen offenbarte, empfinde ich aber nicht als problematisch, sondern eher als horizonterweiternd. Ich werde offener für andere Blickwinkel/Erklärungsansätze und auch Handlungsmöglichkeiten. Daraus folgt für mich: Wenn alle unterschiedlich ticken, kann das am Ende trotzdem super für das Ganze sein. Nämlich dann, wenn es möglich ist, dass die unterschiedlichen Sichtweisen sich nicht bekämpfen, sondern respektieren und jede*r bereit ist, die Gedanken der Anderen auch zuzulassen und für sich zu überprüfen. Ich glaube, das ist uns in den Fachforen durchaus auch gelungen.«

3.3 Zusammenarbeit als Ergebnis eines komplexen und lebendigen Prozesses

Die intensive Arbeitsphase im Jahr 2016 mit den sieben Fachforen pro Region wirkte sich nicht nur atmosphärisch, in der Begegnung der Beteiligten im Rahmen der gemeinsamen Veranstaltungen, und in gemeinsam besprochenen Fällen aus, sondern bescherte auch weiterführende Synergieeffekte:

- Weniger Berührungängste, sowohl im Umgang mit Betroffenen als auch bei der Kontaktaufnahme zu anderen Einrichtungen und Institutionen,
- Bilaterale Kooperationsgespräche beteiligter Einrichtungen,
- Gegenseitige Teamfortbildungen,
- Kollegiale Coachings,
- »Tandembegleitung« von Klientinnen durch Fachkolleg*innen aus verschiedenen Hilfesystemen und
- Niedrigschwiligen Vermittlungen (Erstkontakte an vertrautem Ort, gemeinsame Erstgespräche mit Betroffener und Kolleg*in der vermittelnden Einrichtung, anonyme Erstkontakte)

Helmut Lenuweit, Fallmanager im Jobcenter Vorpommern-Rügen, Dienststelle Ribnitz-Damgarten: »Deutlich wurde mir durch die Mitarbeit im Regionalverbund **GeSA** die besondere Rolle, die das Jobcenter in der Begleitung betroffener Frauen einnehmen kann: Das Jobcenter als **IMPULSGEBER** für Veränderung. Durch die Mitwirkung im Regionalverbund habe ich nicht nur das Gefühl, dass meine Arbeit mit den Bürgerinnen anders geworden ist. Bei individuellen Konstellationen, wie z. B. der einer Dualproblematik, finde ich schneller einen Lösungsansatz, weil ich weiß, da kann ich für mich oder die Betroffene Beratung und Unterstützung finden. Ich höre den Bürgerinnen anders zu, denke manchmal die Ansätze aus Sicht einer Beratungsstelle oder anderer Unterstützungseinrichtungen mit.«



Karin Wien, Beraterin des Frauenschutzhauses in Güstrow: »Anna kam im November 2016 nach einem Polizeieinsatz wegen häuslicher Gewalt zu uns ins Frauenschutzhause. Sie war stark angetrunken, wir entschieden uns dennoch für eine Aufnahme. Bezüglich ihres Alkoholkonsums überwogen anfänglich Bagatellisierung und Leugnung, sie trank heimlich abends und an den Wochenenden, wenn wir Mitarbeiterinnen nicht präsent waren. Anfänglich trugen die anderen Bewohnerinnen dieses Verhalten mit und schwiegen. Bis nach einem Streit die Situation so eskalierte, dass Anna völlig die Kontrolle über ihren Konsum verlor. Sie hatte sich eingeschlossen, eine Flasche Kräuterlikör geleert und war kaum noch ansprechbar. Eine Mitbewohnerin informierte uns. Wir sahen uns gezwungen zu handeln, sowohl zu Annas Schutz als auch dem der anderen Bewohnerinnen des Hauses. Aber was tun? Entlassung war für uns keine Option, hätte das für Anna doch mit ziemlicher Sicherheit bedeutet, in die gewalttätige Beziehung zu ihrem Partner zurückzukehren. Aber hätten wir, wenn es uns gelänge Anna zu motivieren, überhaupt eine Chance, schnell ein Bett für eine Entgiftung zu bekommen? Und würde es Anna, die doch noch unter dem Eindruck der Erfahrung körperlicher Gewalt stand, dort überhaupt aushalten können? Mein erster Gedanke war: Schwester Susanne, Kooperationspartnerin im **GeSA**-Regionalverbund und Mitarbeiterin der Suchtambulanz der Helios-Kliniken-Schwerin. Es bedurfte keiner langen Vorüberlegungen für das Telefonat und dann auch nicht vieler Worte, um die Situation und die Dringlichkeit zu verdeutlichen – dann hatten wir das Bett und die Gewissheit, dass sich Anna eines sensiblen Umgangs hinsichtlich ihrer zusätzlichen Belastung durch die erfahrene Gewalt sicher sein könnte. Jetzt galt es ‚nur‘ noch, Anna ins Boot zu holen. Rückblickend hätte ich mir gewünscht, wir hätten die Möglichkeit gehabt, Anna mehr Zeit zu lassen und sie nicht so unter Entscheidungsdruck setzen zu müssen. Aber das gaben und geben bis heute weder die räumlichen noch die personellen Ressourcen unse-



rer Einrichtung her. Glücklicherweise gelang es uns, Anna vom Schritt in die Entgiftung zu überzeugen. Dabei hat sicherlich eine Rolle gespielt, dass wir wussten, wovon wir sprachen, wir auf Anna eine gewisse Sicherheit und Zuversicht ausstrahlten. Anna blieb drei Wochen in der Klinik, beendete die Behandlung regulär und kehrte danach zu uns Frauenschutzhaus zurück. Sie wirkte gestärkt, sich ihrer eigenen Fähigkeiten irgendwie wieder bewusster. Der Empfehlung des Krankenhauses, sich an eine Suchtberatungsstelle vor Ort zu wenden, leistete sie Folge. Wir vermittelten den Kontakt zur Suchtberatungsstelle der Diakonie – ebenfalls Kooperationspartnerin im **GeSA**-Regionalverbund. Anna gestattete uns den Austausch miteinander, so dass wir unser Vorgehen, aber auch den Umgang mit Krisen miteinander abstimmen konnten.

Annas Weg verlief nicht weiterhin so geradlinig. Nach einem Rückfall verließ sie das Frauenhaus und es steht zu befürchten, dass sie zu ihrem Partner zurückgekehrt ist. Wir sind dennoch überzeugt davon, dass sie diese positiven Erfahrungen beim nächsten Wagnis zur Veränderung ermutigen werden. Uns jedenfalls hat diese Erfahrung ermutigt, uns der Aufnahme von Klientinnen mit einer zusätzlichen Belastung durch eine Suchtproblematik zu stellen.«

Anja Trautmann, Mitarbeiterin der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH: »Für mich ist ein ganz großer Gewinn von **GeSA**, dass ich die Möglichkeit gefunden habe, persönliche Einblicke in ein anderes Arbeitsfeld zu erhalten. Damit konnte ich meinen Blickwinkel erweitern, meine Wahrnehmung schärfen und nun – damit komme ich konkret zur Zusammenarbeit – die Möglichkeit zur Rücksprache mit fachkompetenten Kollegen wahrnehmen, wenn ich in der Begleitung einer betroffenen Frau Unsicherheiten entwickle oder an Grenzen stoße. So kann ich mich versichern, ob ich mit dem was ich tue noch auf einem guten Weg bin und ob es Dinge gibt, die ich noch zusätzlich tun könnte.

Dieser fachliche Austausch ohne Hemmschwellen bereichert mich persönlich und in der Arbeit. Ohne das persönliche Kennen hätte ich mich sicher nicht getraut, mal einfach so in einer Fachberatungsstelle anzurufen und die dort arbeitenden Kollegen um eine telefonische Fallbesprechung zu bitten. So war es ganz einfach, da ich weiß, mit wem ich es zu tun habe, dass uns dieselben Dinge am Herzen liegen und dass wir gegenseitig voneinander – von unserem Wissen, unseren Erfahrungen – profitieren und die Offenheit in beide Richtungen da ist. Durch die Zusammenarbeit in den Kooperationsteams und Fachforen ist Nähe und Vertrauen entstanden.

Ganz konkret kann ich das in Bezug auf einen »Fall« beschreiben, der mir im Sommer begegnete: Die damals 21jährige Klientin, Frau K., wurde von ihrer Betreuerin in einer Mutter-Kind-Einrichtung, in der

sie mit ihrer zehntonatigen Tochter lebte, in die Suchtberatung vermittelt. Bei Frau K. bestand eine Cannabisabhängigkeit. Die Klientin war zwei Tage nach Geburt der Tochter auf Druck des Jugendamtes in die Einrichtung gezogen, da ihr anderenfalls der Entzug des Sorgerechtes drohte. Bis zur Geburt ihrer Tochter habe sie »nur Party gemacht«. Zum Zeitpunkt der Erstberatung war Frau K. seit einigen Tagen cannabisfrei (sie hatte allein aufgehört) und litt noch sehr unter Suchtdruck und Entzugserscheinungen. Davon abgesehen wurde in den Gesprächen sehr schnell eine hohe Belastung von Frau K. spürbar. Cannabis hatte für sie die Funktion, Abstand von belastenden Gedanken, Problemen zu finden und entspannen zu können. Mit diesen war sie nun ohne das Suchtmittel ganz anders konfrontiert. Sie berichtete, im Elternhaus mit Abhängigkeit und Gewalt aufgewachsen zu sein. Der trinkende Vater sei regelmäßig aggressiv gewesen. Auch in ihren eigenen Partnerschaften habe sie Gewalt erfahren, zuletzt vom Ex-Partner und Vater ihres Kindes, der sie in der Schwangerschaft so geschlagen habe, dass sie fast ihre Tochter verloren hätte. Sie leide unter Alpträumen und Schlafstörungen und habe häufig mit den belastenden Erinnerungen zu kämpfen. Auch Überforderungsgefühle im Hinblick auf die eigene Mutterrolle spielen eine Rolle.

In den Gesprächen sprach Frau K. schnell ihre belastenden Themen an und weinte dabei viel. Bei mir entwickelte sich Unsicherheit hinsichtlich des Umgangs mit ihren traumatischen Erfahrungen, der Thematisierung dieser Dinge in der Beratung und der Frage, inwieweit es im Rahmen der Beratung zu einer Überforderung der Klientin kommen könnte. Ich stellte mir Fragen wie: Ist es gut für die Klientin, so intensiv über die traumatischen Erlebnisse zu sprechen? Welche Emotionen werden dadurch ausgelöst? Kann sie mit diesen Emotionen nach der Beratung zurechtkommen? Neben dem Besprechen dieser Fragen mit der Klientin selbst, empfand ich es als sehr hilfreich, ganz unkompliziert eine Kollegin aus dem GeSA-Kooperationsteam anrufen zu können, von der ich wusste, dass sie sich als Traumafachberaterin noch besser mit diesen Fragen auskennt als ich.

Anonymisiert besprachen wir die Geschichte und den Beratungsverlauf von Frau K. und meine Unsicherheiten und Fragen. Ich erhielt fachliche »Rückendeckung« für das, was bisher im Beratungsprozess geschehen war und einige hilfreiche Tipps, welche Dinge ich noch mit der Klientin besprechen könnte. Außerdem empfahl sie mir einige einfache Übungen zur Achtsamkeit/Entspannung und Unterbrechung ungünstiger Gedankenkreisläufe, die ich der Klientin an die Hand geben konnte. Diese wurden von Frau K. dankbar angenommen. Leider kam es schlussendlich dennoch zum Abbruch der Beratung durch die Klientin. Einerseits weil die Klientin rückfällig wurde, andererseits weil sie die von ihr zunächst gewünschte stationäre Therapie gemeinsam mit der Tochter doch nicht in Anspruch nehmen

58
Bethanien
S 0

Stadtrand
✓

rych. Dienst
✓
+

Lang
Beide
?

RV
ford

wollte. Aus Rückmeldungen einer Betreuerin weiß ich, dass Frau K. die Gespräche in der Suchtberatung dennoch als sehr positiv empfunden hat.

Aus heutiger Sicht, auch mit dem im Rahmen von **GeSA** gewachsenen Bewusstsein und Wissen, würde ich vielleicht den geäußerten Therapiewunsch der Klientin weiter hinterfragen, mögliche Befürchtungen und Ambivalenzen genauer anschauen und dem Prozess insgesamt noch mehr Zeit lassen, da ich heute denke, dass Frau K. mit der Situation noch überfordert war und die geplanten Schritte vielleicht zu schnell für sie gingen.«

Christine Voß, Mitarbeiterin des Fachdienstes Suchthilfe der Caritas in Rostock, und Petra Antoniewski, Mitarbeiterin der Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt in Rostock: »Im Rahmen von **GeSA** begleiteten wir erstmals gemeinsam eine Klientin im Tandem über einen längeren Zeitraum hinweg. Zuvor gab es die eine oder andere Vermittlung von Klient*innen zwischen uns, nie aber diese enge Form der Zusammenarbeit innerhalb eines Beratungsprozesses.«
Christine Voß: »Ich lernte die Klientin als Erste kennen. Frau L. nahm Kontakt zu unserer Suchtberatungsstelle auf, nachdem sie nach über zehnjähriger Alkoholabstinenz rückfällig geworden war. Der Rückfall wurde ausgelöst, als sich Frau L. im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung, der sie sich aufgrund einer depressiven Symptomatik unterzogen hatte, mit Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch durch ihren Vater in ihrer Kindheit konfrontiert sah. Ich erlebte eine emotional höchst belastete Klientin, die unter immensem Druck zu stehen schien. Ich dachte sofort an **GeSA**, berichtete der Klientin vom Projekt und schlug eine Zusammenarbeit mit der Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt vor.«



Petra Antoniewski: »Frau L. nahm auf Vermittlung der Suchtberatungsstelle Kontakt mit mir auf. Ich erlebte eine Klientin, die in schockloser Offenheit über ihre Situation zu berichten begann. Sie wirkte ausgesprochen hart im Umgang mit sich selbst, schien alle Energie und Kraft aufzuwenden, um zu funktionieren und Wut, Enttäuschung, Ekel und Scham irgendwie unter Kontrolle zu halten. Sie hatte es geschafft, ihren Alkoholkonsum wieder zu unterbrechen, aber die enorme Anspannung, unter der sie stand, war im gesamten Raum spürbar. Sie formulierte ein ganz konkretes Anliegen an mich, nämlich sie auf den Friedhof an das Grab ihres Vaters zu begleiten. Er sollte wissen, was er ihr angetan hatte.

Es war klar, dass dies die Klientin zum gegenwärtigen Zeitpunkt völlig überfordert hätte. Ich teilte ihr meine Sorge mit und wir erarbeiteten einen Zeitplan, der Raum für Vorbereitung und vor allem Stabilisierung

geben sollte. Wir sprachen auch über das Risiko eines weiteren Rückfalls und vereinbarten vor diesem Hintergrund ein gemeinsames Gespräch mit Frau Voß. Anders als sonst entwickelte ich gemeinsam mit der Klientin bereits in diesem ersten Gespräch einen Notfallplan, in dem wir ganz konkret vereinbarten, was in einer Krise zu tun sei: Was hatte ihr bislang in solchen Situationen geholfen? Wie darf ich Kontakt aufnehmen, mit wem sprechen und wen informieren? – Dieses Vorgehen war ganz klar auch ein Ergebnis der Zusammenarbeit im Rahmen von **GeSA** und sollte sich im weiteren Verlauf als ausgesprochen hilfreich erweisen.«

Christine Voß und Petra Antoniewski: »Es gelang uns zwar in ganz enger Abstimmung miteinander, den für die Klientin so wichtigen symbolischen Akt der Konfrontation mit dem Täter zu begleiten und sie aufzufangen. Dennoch erlebten wir immer wieder, dass sich Frau L. ungeschützt in Überforderungssituationen begab, z.B. wenn sie die Thematik ihrer Gewalterfahrung innerhalb der Herkunftsfamilie eröffnete und sich damit massiven Entwertungen und Vorwürfen aussetzte. Diese andauernden Konflikte führten wiederholt zu Rückfällen. Mit Unterstützung der Schwerpunktpraxis Sucht, in die wir Frau L., letztlich auch dank **GeSA**, unkompliziert einbinden konnten, gelang es zwar, die Trinkphasen immer wieder zu unterbrechen, nicht aber eine stabile Abstinenz zu erreichen.

Es zeigte sich für uns als Beraterinnen immer deutlicher, dass unter den Belastungen des Alltags eine psychische Stabilisierung, im Sinne von Selbstfürsorge oder der Fähigkeit zur Distanzierung von den traumatischen Erfahrungen, nicht zu erreichen war. Eine stationäre Behandlung lehnte Frau L. zunächst jedoch ab. Rückblickend denken wir, dass dies begründet war durch ihre Angst vor dem Verlust von Kontrolle über das, was mit und in ihrer Familie in ihrer Abwesenheit geschehen würde. Aber ganz sicher auch mit der Angst vor weiterer Stigmatisierung, die sie von Teilen ihrer Familie ohnehin ausreichend erfuhr. Es bedurfte eines längeren Atems, die Klientin zu diesem Schritt zu ermutigen. Hilfreich war dabei, dass wir Kenntnis von einer Klinik mit einem integrativen therapeutischen Konzept hatten, das Suchtproblematik und Gewalterfahrung gleichermaßen berücksichtigt. Dass Frau L. sich schließlich für die Therapie entscheiden konnte, hatte zum Teil mit diesem Konzept zu tun, ganz sicher aber auch mit einem zwischen uns allmählich gewachsenem Vertrauen. Inzwischen ist Frau L. nach siebenwöchiger Therapie wieder zu Hause. Und es gibt einen neuen Termin – zu dritt, natürlich.«

Krank
kass

Stb. d. Pächter
Güter
(Karin)

roll
(u)

mobile * SB-
Anlage
Kochung
Sonder (Karin)

Staus
Kern
(Karin)

Chansma e.V.
(Karin)

ANAS H2U
Birgit

co
H2U



Beatrix Waehnke, Mitarbeiterin der Sucht- und Drogenberatung der Evangelischen Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH, und Hanka Schmidt, Beraterin der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking in Stralsund, beide Mitwirkende im Kooperationssteam Stralsund: »Wir waren erfreut als wir aus dem Frauenhaus als **GeSA**-Kooperationsteam eine Anfrage für eine kollegiale Fallbesprechung erhielten. Denn das Besondere: Als wir hinzugezogen wurden, ging es nicht um die Frage »Wohin mit Frau A.«, sondern darum, eine Entlassung aus dem Frauenhaus zu vermeiden. Wir wissen, das ist keine Selbstverständlichkeit.

Wir lernen die Geschichte von Frau A. kennen, einer in ihrer Heimat schwer traumatisierten Frau, die glaubte, bei einem Partner in Deutschland ein Stück heile Familie finden zu können. Dieser Traum endet mit der Erfahrung massiver häuslicher Gewalt und der gemeinsamen Flucht mit der Tochter ins Frauenhaus. Frau A. ist voller Wut und Enttäuschung, im Umgang laut und äußerst schwierig. Mit der Versorgung der Tochter ist sie bald überfordert. Sie stimmt zu, einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung zu stellen, aber dessen Bearbeitung zieht sich. Die Kolleginnen vermuten bald eine Alkoholproblematik. Diese schreitet voran, Frau A. verstößt immer offensichtlicher gegen das Alkoholverbot im Haus. Das fällt auch anderen Bewohnerinnen auf. Kontaktversuchen der Kolleginnen versucht sie sich zu entziehen. Es kommt zur ersten Abmahnung.

Gemeinsam denken wir uns in den Fall, in die Situation von Frau A. hinein, beleuchten diese aus unseren unterschiedlichen Perspektiven. Bald ist klar: Nicht noch mehr Druck. In den Fokus der Überlegungen rückt die Frage, wie es gelingen kann, einen Zugang zur Klientin zu bekommen. Es entsteht ein ganz konkreter Plan, dabei orientieren wir uns am Verhalten der wenigen Bezugspersonen zu denen Frau A. noch Kontakt hat.

Die Beziehungen funktionieren über Fürsorglichkeit, vor allem über das gemeinsame Essen. Eine Idee, die das Team des Frauenhauses aufgreifen wird – weit weg von den sonst gängigen Normen des Alltags, aber einen Versuch wert. Daneben spielen weitere Überlegungen zur Entlastung eine Rolle, die u. a. die Betreuung des Kindes und die Möglichkeiten der Einbindung in die Suchtberatung betreffen. Wir haben erlebt, dass diese gemeinsame Besprechung für die Kolleginnen eine enorme Entlastung bedeutete und das Gefühl vermittelte, nicht allein zu stehen. Es gab neue Anregungen, ebenso wurden aber auch die Grenzen professionellen Handelns deutlicher.«

Und am Ende: Was haben wir erreicht?



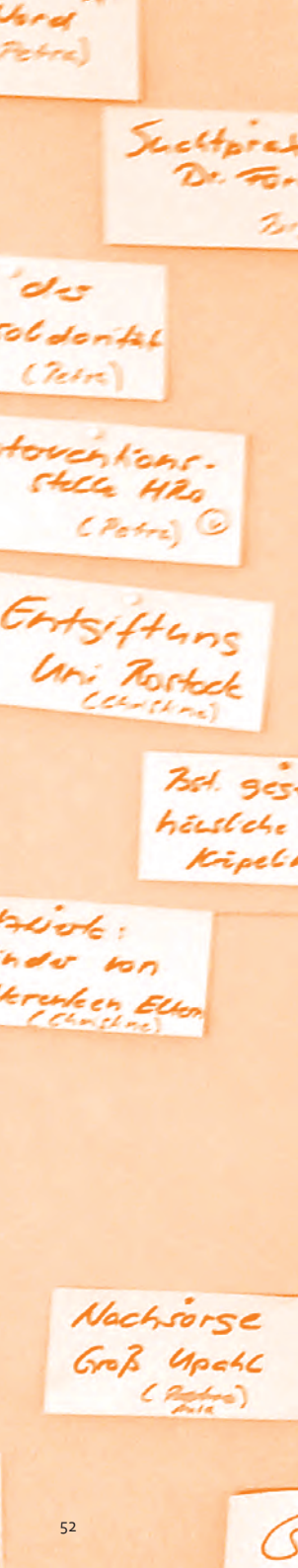
4.1 Mit Blick auf die betroffenen Frauen

Betroffene Frauen, die auf Kooperationspartner*innen von **GeSA** treffen, profitieren zunächst von einer höheren Sensibilität für eine mögliche Belastung durch eine Dualproblematik und einer vorurteilsfreieren Begegnung. Genaueres Hinschauen und ein sensibles und differenziertes Nachfragen bereiten einen Boden, der die Chancen erhöht, dass sich Betroffene öffnen. Die Entscheidung darüber, und auch das ist den Beteiligten an **GeSA** klar, muss und darf bei den Betroffenen bleiben – das gilt für die Öffnung ebenso wie für die Inanspruchnahme von Hilfe.

Wer um die Folgen und Auswirkungen einer doppelten Belastung durch Gewalterfahrungen und einen problematischen Konsum von Suchtmitteln weiß, konfrontiert Betroffene nicht mit unrealistischen Erwartungen und Anforderungen und verringert so die Chancen eines Scheiterns der Prozesse. Wer Hilfesysteme gut kennt und enge Kooperationen pflegt, kann Unterstützungsangebote entwickeln, die stärker auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten Betroffener zugeschnitten sind. Dies wiederum erleichtert deren Inanspruchnahme durch die Gestaltung niedrigschwelliger Übergänge. Im konkreten Einzelfall kann dies auch bedeuten, von der üblichen Routine einer Behandlung abzuweichen. Wir haben außerdem erfahren, dass sich Klientinnen durch ein vertrautes professionelles Verhältnis zwischen den am Hilfeprozess beteiligter Kolleg*innen sicherer fühlten.

Einige praktische Beispiele mögen das verdeutlichen:

- 1 In einer Fallbesprechung zwischen Suchtberatung und Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt wurde deutlich, dass für die Klientin die Nachsorge Sucht im Rahmen einer Gruppe nicht erträglich war. Es häuften sich dissoziative Zustände. Vom üblichen Vorgehen abweichend, wurden mit der Klientin ein Einzelsetting im wechselnden Modus Sucht- und Anti-Gewalt-Beratung sowie mit regelmäßigen Kontakten im Tandem vereinbart.
- 2 Der Chefarzt einer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen signalisierte aus dem Wissen heraus, dass die stationäre Behandlung betroffener Frauen in Bezugsgruppen mit einer deutlichen Überzahl an Männern schwierig ist, die Bereitschaft nach alternativen Möglichkeiten zu suchen. Dabei entstand u.a. die Idee einer tagesklinischen



Aufnahme Betroffener mit zeitgleichem Aufenthalt im Frauenhaus. Und dies auch dann, wenn die ansonsten geforderten Voraussetzungen für ein tagesklinisches Setting, wie z. B. eine vorausgegangene Abstinenz und ein stabiles soziales Umfeld, eher noch nicht gegeben sind.

- 3 Kolleginnen einer Beratungsstelle für Betroffene von häuslicher Gewalt, die den Schutz von Frauen in einer Zufluchtswohnung sicherstellen können, möchten zukünftig der Aufnahme suchtbelasteter Frauen Vorrang einräumen.

4.2 Der Blick auf die mitbetroffenen Kinder

Konnten von einer Dualproblematik betroffene Frauen auch in ihrer Rolle als Mütter profitieren? Und wie stellt sich die Situation der Kinder selbst dar? Hier zeigten sich zwei Hürden, die es im Rahmen des Projektes zu überwinden galt: Nicht nur betroffene Mütter schrecken aus Angst vor negativen Bewertungen und dem Verlust des Sorgerechts für ihre Kinder vor einer Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt zurück. Auch für Professionelle stellt die Entscheidung, das Jugendamt zu informieren, einen schwierigen Schritt dar. Unsere Erfahrungen im Rahmen von **GeSA** verdeutlichten, dass hier unrealistische Befürchtungen über mögliche Konsequenzen für die betreffende Familie und die Angst vor Fehleinschätzungen eine große Rolle spielen. Eine weitere Sorge betraf die Auswirkungen einer solchen Entscheidung auf die Arbeitsbeziehung zur Klientin. In den Regionalverbänden musste es also in einem ersten Schritt darum gehen, einerseits die Verantwortung für mitbetroffene Kinder in den Fokus zu nehmen und andererseits Transparenz über die Abläufe herzustellen.

Im Regionalverbund Rostock fiel dies durch die engagierte und aktive Beteiligung des Jugendamtes des Landkreises leichter, das selbst als Gastgeber eines Fachforums auftrat und so einen intensiven Einblick in die Arbeitsweise und das Vorgehen im Falle einer Kindeswohlgefährdung gewährte. Dabei gelang es, gemeinsam Ideen zu entwickeln, wie niedrigschwellige Kontaktaufnahmen die Handlungssicherheit erhöhen könnten – beispielsweise in Form anonymisierter Fallbesprechungen.

Im Regionalverbund Stralsund griffen wir auf das Fachwissen und die Erfahrung der Kinder- und Jugendberaterin der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking zurück. Hinzu kamen Erfahrungen von Kolleginnen aus der bisherigen Arbeit am Thema, u. a. durch die Mitarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen.

Von einer Entdämonisierung der Rolle des Jugendamtes und der Suche nach einzelfallbezogenen Lösungen profitieren die betroffenen Mütter,

weil ihre Sorge um die Sicherheit für ihre Kinder ebenso wie ihre Versagensängste in der Rolle als Mutter besser gesehen werden. Vor allem profitieren aber die Kinder selbst davon, die weniger Gefahr laufen, mit ihren Nöten, Ängsten und Bedürfnissen einfach »übersehen« zu werden. Eine Vergegenwärtigung der Situation mitbetroffener Kinder ist Voraussetzung dafür, auch diesbezüglich konkrete Unterstützungs- bzw. Behandlungsangebote unterbreiten zu können. Eine wichtige Aufgabe, die dringend einer vertieften Auseinandersetzung bedarf.

Weiterhin problematisch bleiben auch Fälle, in denen Frauen Hilfsangebote nicht in Anspruch nehmen können, weil keine sichere und geeignete Betreuung der Kinder gewährleistet werden kann. Ebenfalls ein Problem, das im Rahmen der Projektlaufzeit nicht ausreichend bearbeitet werden konnte und eine dringende Aufgabe für die Zukunft darstellt.

4.3 Die Perspektive der in den Regionalverbänden kooperierenden Einrichtungen

Beatrix Waehnke, Mitarbeiterin der Sucht- und Drogenberatung der Evangelischen Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH und Mitwirkende im Kooperationssteam Stralsund: »Ich bin fest davon überzeugt, dass der Nutzen den Aufwand rechtfertigt. Für mich liegt der Hauptgewinn in der Netzwerkarbeit, sowohl auf der Ebene des Kooperationsteams als auch auf der Ebene der Netzwerkpartnerschaften im Regionalverbund des Modellprojektes. Darüber hinaus sind die entstandenen und immer noch entstehenden Synergieeffekte immer wieder bereichernd und maßgeblich dafür verantwortlich, dass wir uns als Fachleute mit diesem Arbeitsschwerpunkt weiter identifizieren. Klar ist, dass der Wissenszuwachs mich auch motiviert und meine eigentliche Tätigkeit als Suchtberaterin erheblich bereichert.«

Karin Wien, Leiterin des Frauenschutzhauses in Güstrow und Mitwirkende im Kooperationssteam Rostock: »Ich arbeite seit 25 Jahren im Frauenschutzhaus in Güstrow. Nicht selten unterstütze ich Frauen, die von häuslicher Gewalt und einer Suchtmittelproblematik betroffen sind. Und ich kenne das ungute Gefühl, Frauen, die im Frauenschutzhaus durch Alkoholmissbrauch aufgefallen sind, zu sagen, dass Sie die Einrichtung verlassen müssen. Mir war immer bewusst, dass einige Frauen in die von Gewalt geprägte Beziehung zurückgehen. Mit **GeSA** haben sich neue Perspektiven für meine Klientinnen mit einer Dualproblematik und auch für mich als Beraterin entwickelt. Die engen Kooperationsbeziehungen, die zu den einzelnen Mitarbeiter*innen aus den Suchthilfeeinrichtungen entstanden sind, tragen dazu bei, dass meine Klientinnen zeitnah

und entsprechend ihren Bedürfnissen die geeignete Hilfe bekommen können. Unsere Frauen im Frauenschutzhaus mit einer Dualproblematik haben es nun in der Hand zu entscheiden, wie es nach einem bekannt gewordenen Alkoholmissbrauch weiter gehen kann. Ich fühle mich in Beratungen mit Frauen, die eine Suchtproblematik haben, fachlich sicherer. Einerseits weil ich von dem Wissen der Mitarbeiter*innen der Suchtkrankenhilfe im Kooperationsteam und des Fachforums profitiere und andererseits, weil ich meinen Klientinnen andere Wege aufzeigen kann.«

Jenny Rothe, Mitarbeiterin im Charisma e.V. Rostock und Mitwirkende im Regionalverbund Rostock: »Von der Mitwirkung in diesem Projekt profitiere ich in vielerlei Hinsicht. Besonders hervorzuheben ist die Nähe zu anderen Trägern. Ohne **GeSA** wäre es mir nicht möglich gewesen, innerhalb so kurzer Zeit einen Überblick über die einzelnen Einrichtungen und deren fachliche Ausrichtungen und Kompetenzen zu bekommen. Ich kann nun schneller und gezielter entscheiden, welche weiterführende Beratungsstelle, Einrichtung etc. für den jeweiligen Fall in Frage kommt und kann aus einem breiteren Spektrum schöpfen. Das erleichtert mir das Arbeiten und ist auch von Vorteil für meine Klient*innen. Speziell durch die Fachforen in den Einrichtungen, die sich mit Sucht beschäftigen, bin ich sensibler für das geworden, was meine Klient*innen nebenbei erwähnen - und womöglich auch geduldiger. Auch überlege ich mir die individuell notwendigen Schritte genauer und versuche, die Klient*innen nicht mit meinen Ideen und Vorstellungen zu überfordern, sondern ihr Tempo einzuhalten und ihre psychischen und physischen Kräfte besser einzuschätzen. Insgesamt würde ich sagen, dass meine Arbeitsweise durch die Anreize von **GeSA** strukturierter geworden ist. Ich bin mir ziemlich sicher, dass das geplante Handbuch zusätzliche Impulse geben wird. [...]

Ich würde ohne zu zögern erneut bei **GeSA** teilnehmen. Der Austausch mit Kolleg*innen anderer Fachrichtungen, die Ernsthaftigkeit und Intensität, mit der der Kreislauf von Gewalt und Sucht untersucht wird, sowie das gemeinsame Hinarbeiten auf ein Sichtbarmachen und eine wirksame Bearbeitung der Problematik, rechtfertigen dieses Bundesmodellprojekt in jedem Punkt.«

Noreen Schaal-Stegemann, Leiterin der Sozialen Dienste der Justiz, Geschäftsbereich Stralsund, und Roswitha Plischka, Gerichts- und Bewährungshelferin, Geschäftsbereich Stralsund, beide Mitwirkende im Regionalverbund Stralsund: »Die Vorgehensweise innerhalb des Projektes bot eine gute Basis zum Kennenlernen des Arbeitsbereiches, aber auch Einblicke in die Vielfältigkeit der Fallbearbeitung.



Dabei trug die Lebendigkeit bei der Bearbeitung der Praxisfälle wesentlich dazu bei, Projektinhalte im Sinne von Wissensgewinn zu verinnerlichen.

Über die Fallkonferenzen wurde im Projektverlauf immer deutlicher, dass jede Profession zwar ihren eigenen Arbeitsauftrag hat, wir hinsichtlich der Unterstützung Betroffener jedoch durchaus dasselbe Ziel verfolgen. Abstimmung und Kooperation sind hier in jedem Falle förderlich. Eine der Projektteilnehmer*innen aus unserer Einrichtung berichtete zu den Auswirkungen des Projektes auf die eigene Arbeitsweise: „Unsere Arbeit befasst sich überwiegend mit den heutigen Täter*innen, aber auch Opfern. Viele der Täter*innen waren früher auch Opfer und haben dies geschickt verdrängt. Durch die Arbeit konnte ich andere Ansatzpunkte auch in meinem Arbeitsfeld der Anti-Gewalt-Beratung einbringen. Meine Stärken, aber auch meine eigenen Grenzen sind mir bewusster geworden. Durch das persönliche Kennenlernen Aktiver in weiterführenden Hilfssystemen konnte ich deren Angebote überzeugender an Betroffene weitervermitteln.“

Katrin Frenkel, Mitarbeiterin der MEDIAN Klinik Schweriner See und Mitwirkende im Regionalverbund Rostock:

»Aus meiner mehrjährigen Arbeit im Frauenschutzhaus Wismar war mir bekannt, wie schwierig es sein kann, gewaltbetroffene Frauen mit einer Suchterkrankung ausreichend zu unterstützen und ihnen den Zugang zu entsprechenden Angeboten aus den Hilfenetzen zu gewährleisten. Trotz hoher Arbeitsbelastungen erachtete die MEDIAN Klinik Schweriner See Klinik Schweriner See es als sinnvoll, sich am Bundesmodellprojekt **GeSA** zu beteiligen, in der Hoffnung durch die entstehenden Arbeitsergebnisse klinikeigenen Angebote entsprechend ergänzen zu können. Als Intensivbehandler sind wir zudem sehr daran interessiert, die Nachsorge für unsere Patientinnen durch eine gute Vernetzung ökonomisch zu gestalten. Eine gute Nachsorge ist maßgeblich für den weiteren Abstinenz-Erfolg nach der Rehabilitationsmaßnahme. [...] Die Mitwirkung im Modellprojekt hat mir noch einmal verdeutlicht, dass eine Weiterentwicklung der Hilfsangebote für gewaltbetroffene Suchterkrankte dringend notwendig ist.«



Anja Trautmann, Mitarbeiterin der Suchtberatungsstelle der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH und Mitwirkende im Kooperations-team Rostock: »Ja, der Aufwand rechtfertigt den Nutzen! Auch wenn nicht unerwähnt bleiben soll, dass meine Rolle als Workshop-leiterin und Moderatorin oder meine Doppelfunktion, gleichermaßen Suchtberaterin und Kooperations-team-Mitglied zu sein, mich auch immer wieder vor Herausforderungen stellen. Und vielleicht zum einen oder anderen neuen grauen Haar beigetragen hat... [...] Ich

möchte die Erfahrungen, die ich im Rahmen der bisherigen, fast dreijährigen Projektmitarbeit dazugewonnen habe, nicht missen. Was habe ich gewonnen? Mein beruflicher ›Radius‹ hat sich erweitert, d.h. ich weiß wesentlich mehr über Hilfsangebote und Möglichkeiten, die ich vorher nicht in dieser Differenziertheit gekannt habe. Durch die persönlichen Kontakte ist die Scheu gesunken, auf diese Einrichtungen auch zuzugehen, Dinge genauer zu erfragen und zu kooperieren. Darüber hinaus bin ich unheimlich dankbar für das Wissen, das ich durch Fortbildungen, fachlichen Austausch und gemeinsame Fallarbeit gewinnen konnte. Ich fühle mich anders sensibilisiert für die Situation ›doppelt betroffener‹ Klientinnen und gleichzeitig sicherer in den Gesprächen, denn ich habe das Gefühl, selbst besser mit der Situation umgehen zu können und auch Kolleg*innen als Sicherheit im Hintergrund zu wissen, die ich bei Bedarf hilfreich einbeziehen kann. Und, last but not least: Die persönlichen Begegnungen in den Kooperations- und Fachforen haben **GeSA** nicht nur arbeitstechnisch, sondern auch menschlich zu einer Bereicherung gemacht!«



Angelika Löscher, Leiterin der Einrichtungen der Sucht- und Drogenberatung Stralsund und Außenstelle Ribnitz-Damgarten der Evangelische Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH und Mitwirkende im Regionalverbund Stralsund: »Die Mitwirkung im Modellprojekt war beides – unglaublich anstrengend und erhellend. Zu erleben, wie die Mitwirkenden bei der Fallbearbeitung ebenfalls ihre Schwierigkeiten und Probleme haben, aber auch neue Herangehensweisen finden, hatte einerseits für mich supervidierende Anteile und war andererseits auch entlastend. Für die eigene (Netzwerk-)Arbeit war es sehr bereichernd. [...] Vor den Treffen denkt man immer darüber nach, wie man den Termin unterbringt, was man vorher oder nachher noch schnell erledigen kann. Trotzdem habe ich meine Teilnahme nie bereut. Die zeitliche Belastung scheint erst einmal sehr hoch, aber die Bereicherung durch die Treffen wiegt es auf.«

Mitarbeiterin aus Haus »Zuflucht« Ev. Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH und Mitwirkende im Regionalverbund Rostock: »Interesse an dem **GeSA** Projekt in unserer Einrichtung war vorhanden, aber durch Krankheit verschiedener Kolleg*innen in diesem Jahr sehr schwer umzusetzen. Das Thema, die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt werden zurzeit nicht wirklich gut in die Einrichtung transportiert, da nicht immer Kolleg*innen an den Treffen teilnehmen können. Trotzdem würden wir uns wieder für eine Teilnahme an dem Projekt entscheiden. Der Gewinn für unsere Einrichtung bestand im Kennenlernen der Projektteilnehmer*innen mit den unterschiedlichen Angeboten.«

Andrea Zamorowski, Fallmanagerin im Hanse-Job-Center Rostock und Mitwirkende im Regionalverbund Rostock: »Ich habe das Gefühl, dass sich durch die Mitwirkung im Modellprojekt mein Blickwinkel auf diese Personengruppe erweitert und verfeinert hat. Dass ich viel mehr zwischen den Zeilen höre und auch hinterfrage. Im Hinblick auf das Hilfesystem konnten Kommunikations- und Kontaktwege verkürzt und Unterstützungsangebote direkt vor Ort kennengelernt werden.«

Christine Schleusner, Mitarbeiterin in der Herberge für obdachlose Menschen des DRK Kreisverbandes Rügen-Stralsund und Mitwirkende im Regionalverbund Stralsund: »Die Arbeit an den realen Fallbeispielen und die gezielte Auseinandersetzung mit der Zielgruppe ermöglichen eine neue Sichtweise und verdrängen das sogenannte Schubladendenken. Darüber hinaus erwies sich die Zusammenarbeit mit Mitarbeiter*innen aus anderen Institutionen als sehr hilfreich. Schön war und ist, dass kein Konkurrenzverhalten aufkommt. Die konstruktive Zusammenarbeit steht an erster Stelle.«



Christine Voß, Mitarbeiterin im Fachdienst Suchthilfe der Caritas Rostock und Mitwirkende im Regionalverbund Rostock: »Knüpfen eines Netzwerkes, Zusammenarbeit, Haltung, Resonanz – das sind nur ein paar Worte, die einen gemeinsamen Weg beschreiben, den zu gehen und zu erfahren sich gelohnt hat. Meine anfängliche Hoffnung auf ein tragendes Netzwerk, in dem Frauen Halt und Sicherheit und Hilfe erfahren können, hat sich zum Ende der Projektzeit erfüllt. Hinzu kommt die gegenseitige Erweiterung des fachlichen Wissens, um betroffenen Frauen professionell und kompetent zur Seite zu stehen. Ich bin sensibler und noch aufmerksamer geworden in der Begegnung mit Frauen, die zu mir in die Beratung kommen – insbesondere hinsichtlich einer möglichen Doppelproblematik. Und ich habe die Erfahrung gemacht, dass Frauen dies spüren und den Raum, den ich ihnen bereithalte, nutzen, um sich zu öffnen. Die Zusammenarbeit im Netzwerk hat mir gezeigt, dass es möglich ist, sich um eine gemeinsame Haltung zu bemühen, die von Akzeptanz, Respekt, Wertschätzung und Annahme gekennzeichnet ist. Dies gilt für die Begegnungen mit den betroffenen Frauen ebenso wie für den gemeinsamen Umgang mit der Unterschiedlichkeit jeder/s Einzelnen im Netzwerk. Die Bereitschaft, das eigene Denken und Handeln zu hinterfragen, hat die geknüpften Verbindungen im Netzwerk gestärkt. Und dies hat sich für mich vor allem in den direkten Beratungen ausgewirkt, die wir im »Tandem« durchgeführt haben. Darüber hinaus gibt mir das Gefühl, das Netzwerk im Rücken zu wissen, Halt und mehr Sicherheit. Diese Erfahrungen erfüllen mich mit Dankbarkeit und ich empfinde die Mitarbeit bei **GeSA** als eine große Bereicherung für meine Arbeit und für mich persönlich.«



Typisch Modellprojekt? – War es das jetzt?

5.1 Was bleibt: Überlegungen zur Ergebnissicherung, Verstetigung und Übertragbarkeit

Unser Bundesmodellprojekt sah sich von Beginn an mit einer ambivalenten Haltung Außenstehender konfrontiert. Relevanz und Sinnhaftigkeit des Projektes wurden selten angezweifelt. Vielmehr schwang – mehr oder weniger unterschwellig – die kritische Frage mit, was »Leuchttürme« an wenigen Standorten nützen und ob Aufmerksamkeit und Interesse für die Situation Betroffener nicht einfach wieder versanden, wenn die Projektförderung ausläuft. Diese Sorge hat natürlich auch uns als Kooperations-teams beschäftigt und damit folgende Fragen aufgeworfen:

- Wie können wir für Nachhaltigkeit sorgen?
- Werden wir die begonnene Arbeit nach der Modellphase fortsetzen und notwendige Weiterentwicklungen vorantreiben können?
- Wie können wir Anregung und Unterstützung zur »Nachahmung« auch in anderen Regionen im Land geben?

5.1.1 Ergebnissicherung

Einen Teil der Verantwortung sahen und sehen wir hier bei uns selbst, in unserer Arbeitsweise.

Es erschien uns wichtig, unsere Projektergebnisse gut zu dokumentieren, um sie auch nicht im Regionalverbund vertretenen Kolleg*innen zugänglich und nachvollziehbar zu machen. Deshalb achteten wir beispielsweise darauf, die Ergebnisse der Fachforen sorgsam zu protokollieren. Nicht nur, um die Ergebnisse der Fallkonferenzen festzuhalten, sondern auch, um daraus übertrag- oder verallgemeinerbare Hinweise und Empfehlungen abzuleiten.

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Ergebnissicherung war die auf dem Treffen der Regionalverbände im Frühjahr 2017 getroffene Entscheidung, gemeinsam **regionale Handlungsleitlinien für den Umgang mit von einer Dualproblematik betroffenen Frauen** zu entwickeln. Inhaltlich einigten sich die Teilnehmer*innen auf folgende Themen:

- Das Ansprechen der Themen Gewalt und Sucht,
- Stigmata, Mythen, Vorurteile – Die Notwendigkeit kritischer Selbstreflexion,
- Der Umgang mit Betroffenen (meint auch: Die Auswirkungen von Traumatisierungen auf den Beratungsprozess und die Konsequenzen

- für die Gestaltung des Settings und die Beratungsinhalte),
- Der Umgang mit Täter*innen bzw. der Täterschaft Betroffener,
- Kindeswohlgefährdung,
- Standards niedrigschwelliger Vermittlung / Kooperation,
- Ansprechpartner*innen vor Ort und ihre Kompetenzen

Die Einigung auf gemeinsame Handlungsleitlinien ist von besonderer Bedeutung, weil sie für Betroffene ebenso wie für Fachkräfte eine verlässliche (und über den Projektzeitraum hinaus gültige!) Basis für den Umgang mit der Dualproblematik und für die Zusammenarbeit darstellt.

Für die Ableitung regionaler Handlungsleitlinien bedurfte es der Erfahrungen und Ergebnisse aus den Fachforen und erprobter Kooperationsmodelle im Einzelfall. Ihre Erarbeitung konnte daher nicht im Projektzeitraum abgeschlossen werden, sondern erfordert eine Fortsetzung der gemeinsamen Arbeit darüber hinaus.

5.1.2 Verstetigung

In beiden Modellregionen ist der Aufbau gut funktionierender Regionalverbände unter Beteiligung verschiedener Hilfesysteme gelungen, die eine Fundgrube vielfältiger fachlicher Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten darstellen. Die Regionalverbände müssen erhalten und ausgebaut werden, um auf Themen zu fokussieren, die im Projektzeitraum nur angerissen werden konnten. Dazu gehören beispielsweise:

- Die Versorgungssituation mitbetroffener Kinder (unter Beteiligung des Netzwerkes »Frühe Hilfen«, Kinderschutzeinrichtungen etc.)
- Maßnahmen zur »Früherkennung« einer Dualproblematik (unter Einbeziehung des ambulanten medizinischen Sektors)

Netzwerkarbeit braucht Zeit. Sie ist kein Selbstläufer sondern erfordert Kontinuität, intensive Kontaktpflege und die Fortschreibung gemeinsamer Zielsetzungen. Dies zu leisten, war im Projektzeitraum Aufgabe der Kolleg*innen aus den Kooperationsteams, die jedoch gleichzeitig auch in ihrer Fachlichkeit zu den Themen Sucht und Gewalt im Regionalverbund auf vielfältige Weise gefragt waren. Ihre Rolle hat sich im Laufe des Projekts entwickelt und lässt sich jetzt viel eher mit dem Begriff »Coachingteams« beschreiben. Zum Aufgabenspektrum gehörten:

- Der Aufbau und die Pflege des Netzwerkes
- Die Moderation der gemeinsamen Veranstaltungen
- Die fachliche Vor- und Nachbereitung der Fachforen
- Das Coaching von Kolleg*innen aus beteiligten Einrichtungen
- Die Tandem-Beratung von Klientinnen
- Die Organisation und Durchführung von Fortbildungen und Fachtagen

Aus unserer Sicht ist die Verstetigung dieser erprobten Coachingteams, die Wissen und Erfahrungen beider Arbeitsbereiche vereinen, unabdingbar, um eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation betroffener Frauen zu gewährleisten. **Der hierfür nötige Aufwand erscheint im Vergleich zum Nutzen gering, geht es doch nicht um die Schaffung neuer Strukturen, Personalstellen oder spezialisierter Einrichtungen, sondern lediglich um ein zusätzliches Zeitkontingent.**

5.1.3 Übertragbarkeit

War es im Flächenland mit der geringsten Bevölkerungsdichte Deutschlands möglich, das Projekt erfolgreich zu realisieren, ist eine Implementierung in anderen Bundesländern erst recht erfolgversprechend. Auch in Großstädten und städtischen Ballungsgebieten, obgleich es dort spezifische Einrichtungen in größerer Anzahl und Dichte gibt, gibt es die Probleme mangelnder Kenntnis voneinander und fehlenden Kooperation miteinander in gleicher Weise. Ein erklärtes Ziel dieses Bundesmodellprojekts war die Überwindung der für den Sozial- und Gesundheitsbereich überregional typischen Versäulung der Hilfesysteme. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen deutlich, dass dies im Rahmen von **GeSA** gelungen ist.

Wir hoffen, dass die in Form dieses Handbuchs vorgelegte Verschriftlichung unserer Erfahrungen interessierten Einrichtungen eine hilfreiche Unterstützung sein kann. Denkbar und sinnvoll wäre darüber hinaus aber auch, **das Prinzip des Coachingteams auch für die Etablierung von Kooperationsmodellen in anderen Regionen** zu nutzen und die Erfahrungen aus den Modellregionen über den Austausch mit Einrichtungen vor Ort weiterzugeben.

5.2 Von der Vision zum Ergebnis – Was es dafür braucht

GeSA hat gezeigt, dass mit vertretbarem Aufwand eine deutliche Verbesserung der Versorgung betroffener Frauen erreicht werden kann. Dafür bedurfte es weder zusätzlicher Personalstellen noch der Schaffung neuer spezialisierter Einrichtungen.

Was es aber jedoch brauchte, waren:

- Engagierte und an der Thematik interessierte Fachkräfte vor Ort,
- Die Unterstützung durch Geschäftsführungen und Vorstände,
- Die Bereitschaft, konstruktive inhaltliche Zusammenarbeit über das Konkurrenzdenken zu stellen,
- Die Reduzierung von Berührungsängsten,
- Die kritischen Reflexion der eigenen Arbeitsweise,
- Den Mut, ausgetretene Pfade zu verlassen und neue Wege zu beschreiten.

Eine ganze Reihe von Voraussetzungen – und doch allein noch nicht ausreichend, um ein Projekt wie **GeSA** zu realisieren.

Ein solches Projekt lässt sich nicht umsetzen ohne ein zusätzliches Zeitkontingent für die erforderliche Netzwerkarbeit und die Begleitung Betroffener, die Langfristigkeit und Intensität erfordern!

Im Rahmen von **GeSA** hat sich zudem bestätigt, dass der Schutz konsumierender Frauen in akut eskalierenden Gewaltsituationen nach wie vor ein Problem darstellt, das sich auch durch eine funktionierende Kooperation nicht beheben lässt. Zwar haben positive Kooperationserfahrungen beteiligte Frauenschutzeinrichtungen (z. B. schnelle Vermittlungsmöglichkeiten in die Entgiftung oder an Beratungen durch Kolleg*innen aus dem Arbeitsbereich Sucht vor Ort) zur Aufnahme betroffener Frauen ermutigt. Dennoch blieb dies an die Bereitschaft zur zeitnahen Inanspruchnahme abstinenzsichernder Maßnahmen gebunden. Dies überfordert viele Frauen nach oft jahrelanger Gewalterfahrung und langanhaltendem Substanzkonsum.

Was es also noch braucht, ist – neben der Etablierung von »**Coaching-teams**« ein »**Geschützter Denkort**« für betroffene Frauen und deren Kinder. Angegliedert an, aber räumlich getrennt von einer bestehenden Schutzeinrichtung sollte konsumierenden Frauen und ihren Kindern ein vor weiterer Gewalt schützender Rahmen angeboten werden, der sie nicht sofort dem Druck von Veränderungsansprüchen (wie z.B. Abstinenz und Trennung) aussetzt, sondern es ihnen zuallererst ermöglicht:

- Zur Ruhe zu kommen,
- Sich physisch und psychisch zu erholen,
- Beratung zu möglichen Perspektiven/Alternativen zu erhalten und
- Auf Wunsch Unterstützung bei der Vermittlung in weiterführende Hilfen zu erhalten.

Es geht auch hier nicht um die Schaffung einer neuen spezialisierten Einrichtung, sondern um eine Erweiterung und Anpassung vorhandener Strukturen an die Bedürfnisse Betroffener. Dies erfordert jedoch die Bereitstellung zusätzlicher personeller, räumlicher und finanzieller Ressourcen.

Aus unserer Sicht braucht es hier ein klares politisches Bekenntnis, Verantwortung für die Situation betroffener Frauen zu übernehmen. Sucht und Gewalt sind nicht das individuelle Problem der Betroffenen, sondern Phänomene, die sich auf dem Boden gesellschaftlicher Strukturen, Machtverhältnisse und Rollenzuweisungen entwickeln. Daraus erwächst eine Verpflichtung zur Prävention ebenso wie zum Schutz und zur Unterstützung Betroffener.

War es das jetzt?

Aus unserer Sicht: Nein! – Wir haben in den vergangenen drei Jahren gezeigt, was möglich ist. Wir haben uns klar positioniert und konkrete Vorstellungen davon entwickelt, was zu tun bleibt. Jetzt geben wir die Beantwortung dieser Frage weiter an die politischen Entscheidungsträger auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene sowie an Leistungsträger aus dem sozialen und medizinischen Bereich.



5.3 Ein kritisches Resümee: Wenn Vision auf Realität trifft ...

... können nicht alle Erwartungen erfüllt werden:

Grenzen des Modellprojekts

- Unsere Prioritätensetzung bei der Auswahl der **GeSA**-Kooperationspartner*innen hat bisher Berufsgruppen und Einrichtungen nicht berücksichtigt, deren Fachlichkeit und Mitwirkung hilfreich gewesen wären. Wir denken dabei z. B. an Hausärzt*innen, Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen.
- **GeSA** ist keine neue »Behandlungsstelle«, in die betroffene Klientinnen »einfach vermittelt« werden können. **GeSA** ist ein Kooperationsverbund und lebt von der Mitwirkung aller Beteiligten und deren Bereitschaft, mit der Thematik und Betroffenen auch umgehen zu wollen.
- Durch **GeSA** wurden keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse gewonnen oder neue Behandlungsmethoden entwickelt. Vielmehr haben wir bereits existierendes Wissen und vorhandene Erfahrungen zusammengeführt und damit in neuer Qualität nutzbar gemacht.
- **GeSA** konnte offensichtliche Lücken in der Versorgung nicht schließen. Das gilt z.B. für begrenzte Ressourcen für eine langfristige, kontinuierliche Arbeitsbeziehung im Umgang mit betroffenen Frauen und Kindern. In einigen Fällen wäre der rasche und unkomplizierte Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen hilfreich gewesen, um Frauen hinsichtlich psychischer Beschwerden zu unterstützen, die sie von der Inanspruchnahme anderer Hilfsangebote abhalten können. Ebenso gibt es bislang keinen grundsätzlichen und bedingungslosen Schutz für gewaltbetroffene Frauen mit einer Suchtmittelproblematik in einer akuten Gefährdungssituation.

... kann dennoch vieles gelingen: Einsichten und Erfolge

Einsichten und Erfolge

Im Rahmen der existierenden Strukturen wurde eine höhere Sensibilität für die Situation betroffener Frauen hergestellt. Es wurde eine kritische Reflexion darüber in Gang gesetzt, wie die Bedürfnisse von Betroffenen, z.B. nach Sicherheit, Kontrolle und Selbstbestimmung, unter den gegebenen Bedingungen berücksichtigt werden können.

- **GeSA** steht für eine erfolgreiche Arbeit an den Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen.
- **GeSA** ist keine neue Institution, sondern eine übertragbare Strategie.
- **GeSA** zeigt, dass Innovationen entstehen, wo vorhandene Strukturen neu gedacht und verknüpft werden.

6.1 Zu Kapitel 1.2

- Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung des BKA-Berichtsjahrs. Wiesbaden: Bundeskriminalamt 2015.
- Helfferich, C./Kavemann, B./Rabe, H./Lehmann, K./Beilharz, H./Bluthardt, U./Bornschein, E./Ewald, J./Federer, E./Hendel-Kramer, A./Hotel, M./Kämmerer-Kupfer, P./Schöter, C./Schweizer, B./Thierfelder, V./Wagner, R.: Wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Frauen und zum Beratungsangebot nach einem Platzverweis bei häuslicher Gewalt »Platzverweis – Beratung und Hilfen«. Forschungsprojekt, Abschlussbericht. Freiburg: Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut der Evangelischen Fachhochschule Freiburg 2004.
- Schröttle, M./Ansorge, N.: Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen – eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Bielefeld: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008.
- Vogt, I./Fritz, J./Kuplewatzky, N.: Süchtige und von Gewalt betroffene Frauen: Nutzung von formalen Hilfen und Verhaltensmuster bei Beendigung der Gewaltbeziehung. gFFZ Online-Publikation Nr. 4 (2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder. Berlin 2013.
- Hornberg, C./Schröttle, M./Khelaifat, N./Pauli, A./Bohne, S.: Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung häuslicher Gewalt. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42 (2008).

6.2 Zu Kapitel 1.3

- Bennett, L./Bland, P.: Substance Abuse and Intimate Partner Violence. Harrisburg: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence 2008.
- Gahleitner, S. B./Tödtle M.: Traumatisierte Frauen aus Gewaltverhältnissen mit Suchtproblematik: Hintergründe verstehen und neue Wege eröffnen – ein Daphne-Projekt. Suchttherapie 16/03 (2015) S. 118–122.
- Kilpatrick, D. G. Acierno, R./Resnick, H. S./Saunders, B. E./ Best, Connie L.: A 2-year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance use in women. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Jg. 65 (1997) H. 5, S. 834–847.

- Oberlies, D./Vogt, I.: Gewaltschutz für alkohol- und drogenabhängige Frauen/Mütter: Untersuchung zur Passung der Hilfsangebote zum Bedarf. Im Juni 2017 verfügbar unter: <http://www.gffz.de/forschung/abgeschlossene-forschungsprojekte/gewaltschutz-fuer-alkohol-und-drogen-abhaengige-frauen/>. 2013.
 - Vogt, I.: Gewaltsame Erfahrungen. »Gewalt gegen Frauen« als Thema in der Suchtkrankenhilfe. Bielefeld 1993.
- Vogt, I./Fritz, J./Kuplewatzky, N.: Frauen, Sucht und Gewalt: Chancen und Risiken bei der Suche nach Hilfen und Veränderungen. Broschürenreihe des gFFZ. 2015.
- Vogt, I./Hoch, E./Thomasius, R./Winkler, K.: Frauen und Alkoholabhängigkeit. Aktueller Forschungsstand zur Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen als Grundlagen für Behandlungsempfehlungen. In: Suchttherapie 16 (2015) S. 110–117.

6.3 Zu Kapitel 1.4

- Anda, R.F./Felitti, V.J./Bremner, J.D./Walker, J.D./Whietfield, C./Perry, B.D./Dube, S.R./Giles, W.H.: The enduring effects of abuse and related experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. In: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 256 (2006) S. 174–186.
- Gewalt in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin 2013.
- Bonomi, A.E./Anderson, M.L./Reid, R.J./Rivara, F.P./Carrell, D./Thompson, R.S.M.D.: Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. In: Arch Intern Med 169 (2009) S. 1692–1697
- Cohen, L.R./Field, C./Campbell, A.N.C./Hien, D.A.: Intimate Partner Violence Outcomes in Women with PTSD and Substance Use: A Secondary Analysis of NIDA Clinical Trials Network »Women and Trauma« Multi-Site Study. In: Addict Behav 38 (2013) S. 2325–2332.
- El-Bassel, N./Gilbert, L./Frye, V./Wu, E./Go, H./Hill, J.: Physical and sexual intimate partner violence among women in methadone maintenance treatment. In: Psychology of Addictive Behaviors 18 (2004) S. 180–183.
- Engstrom, M./El-Bassel, N./Gilbert, L. (2012): Childhood sexual abuse characteristics, intimate partner violence exposure, and psychological distress among women in methadone treatment. In: Journal of Substance Abuse Treatment 43 (2012) S. 366–76.
- Gewalt gegen Frauen. Eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Hrsg. Von der FRA (Agentur der Europäischen Union für Grundrechte) im Jahr 2014.

- Golder, S./Connell, C.M./Sullivan, T.P.: Psychological distress and substance use among community-recruited women currently victimized by intimate partners: A latent class analysis and examination of between-class differences. In: *Violence Against Women* 18 (2012) S. 934–957.
- Golding, J.M.: Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. In: *Journal of Family Violence* 14 (1999), S. 99–132.
- Green, J.G./McLaughlin, K.A./Berglund, P.A./Gruber, M.J./Sampson, N.A./Zaslavsky, A.M./Kessler, R.C.: Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. In: *Arch Gen Psychiatry* 67 (2010) S. 113.
- Jaquier, V./Flanagan, J.C./Sullivan, T.P.: Anxiety and Posttraumatic Stress Symptom Pathways to Substance Use Problems among Community Women Experiencing Intimate Partner Violence. In: *Anxiety Stress Coping* 28 (2015) S. 445–455.
- Johnson, D.M./Zlotnick, C./Perez, S.: The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters. In: *Behavior Therapy* 39 (2008) S. 232–241.
- Johnson, D.M./Zlotnick, C./Perez, S.: Cognitive-behavioral treatment of PTSD in residents of battered women shelters: Results of a randomized clinical trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79 (2011) S. 542–551.
- Johnson, D.M./Johnson, N.L./Perez, S.K./Palmieri, P.A./Zlotnick, C.: Comparison of Adding Treatment of PTSD During and After Shelter Stay to Standard Care in Residents of Battered Women’s Shelters: Results of a Randomized Clinical Trial. In: *Trauma Stress* 29 (2016) S. 365–373.
- Iverson, K.M./Gradus, J.L./Resick, P.A./Suvak, M.K./Smith, K.F./Monson, C.M.: Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79 (2011) S. 192–202.
- Khantzian, E.J.: The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. In: *The American Journal of Psychiatry* 142 (1985) S. 1259–1264.
- Kilpatrick, D. G./Acierno, R./Resnick, H. S./Saunders, B.E./Best, C.L.: A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 (1997) S. 834–847.
- La Flair, L. N./Bradshaw, C. P./Storr, C. L./Green, K.M./Alvanzo, A.A./Crum, R.M.: Intimate partner violence and patterns of alcohol abuse and dependence criteria among women. In: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 73 (2012) S. 351–360.

- Najavits, L.M.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm »Sicherheit finden«. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung durch Ingo Schäfer, Martina Stubbenvoll, Anne Dilling. Hogrefe Verlag 2009.
- Ouimette, P./Read, J.P./Wade, M./Tirone, V.: Modeling associations between posttraumatic stress symptoms and substance use. In: *Addict Behaviour* (2010) S. 64–7.
- Rivera u.a.: The relationship between intimate partner violence and substance use. An applied research paper. National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health 2015.
- Schäfer, I./Najavits, L.M.: Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. In: *Current Opinion in Psychiatry* 20 (2007) S. 614–618.
- Schröttle, M./Müller, U.: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Kurzfassung. BMFSFJ 2004.
- Street A.E./Arias I.: Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims* 2001, S. 65–78.
- Sullivan, T.P./Cavanaugh, C.E./Buckner, J.D./Edmondson, D.: Testing Posttraumatic Stress as a Mediator of Physical, Sexual, and Psychological Intimate Partner Violence and Substance Problems Among Women. In: *Trauma Stress* 22 (2009) S. 575–584.
- Warshaw u.a.: A systematic review of trauma-focused interventions for domestic violence survivors. National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health 2013.
- Warshaw, C./Lyon, E./Bland, P./Phillips, H./Hooper, M.: Mental Health and Substance Use Coercion Surveys Report. National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health and National Domestic Violence Hotline 2014.



7

Anhang

7.1 Literaturempfehlungen

- GeSA-Reader auf der Homepage
http://www.fhf-rostock.de/fileadmin/media/Dokumente_GeSA/GeSA.Reader.2015.pdf
Herausgeber: Frauen helfen Frauen e.V. Rostock, 2015
- Aeberhard, Nina/Frei, Philipp: Alkohol und häusliche Gewalt. Handbuch für die Beratungspraxis. Bern: Blaukreuz-Verlag 2015.
- Oberlies, D./Vogt, I.: Gewaltschutz für alkohol- und drogenabhängige Frauen/Mütter: Untersuchung zur Passung der Hilfsangebote zum Bedarf. Im Juni 2017 verfügbar unter: <http://www.gffz.de/forschung/abgeschlossene-forschungsprojekte/gewaltschutz-fuer-alkohol-und-drogenabhaengige-frauen/2013>.
- Gloor, Daniela/Meyer, Hanna: Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz 2013.
- Gloor, Daniela/Meyer, Hanna: »Der Polizist ist mein Engel gewesen«. Sicht gewaltbetroffener Frauen auf institutionelle Interventionen bei Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Schweizerischer Nationalfonds NFP 60, Schlussbericht 2014.
- Najavits, L.M.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm »Sicherheit finden«. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung durch Ingo Schäfer, Martina Stubenvoll, Anne Dilling. Hogrefe Verlag 2009.



Zeitstrahl – Bundesmodellprojekt GeSA

2016

Projektstart 01.01.2015

Januar 2015

erstes offizielles Arbeitstreffen der Koop.Teams in Rostock und Stralsund (von insgesamt acht in 2015)

Frühjahr 2015

Konstituierung des Expertinnenbeirats

Mai/Juni 2015

erstes Netzwerktreffen der Regionalverbände (RV) Rostock und Stralsund

September bis November 2015

Organisation und Durchführung von je zwei Fachtagen pro Modellregion: »Im Kreislauf von Gewalt und Sucht – Betroffene wirksam unterstützen«

Dezember 2015

Arbeitstreffen zwischen den Koop.Teams und Expertinnenbeirat in Berlin zur Entwicklung des Konzeptes für die Fachforen

Organisation und Durchführung von je sieben Fachforen pro Modellregion mit unterschiedlichen gastgebenden Einrichtungen

RV Rostock

- 13.01. HELIOS Kliniken Schwerin
- 24.02. Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking in Rostock
- 06.04. Hanse-Jobcenter Rostock
- 15.06. Charisma Verein für Frauen und Familie e.V.
- 07.09. Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen »Friedrich-Petersen-Klinik«
- 12.10. Frauenschutzhaus Güstrow/ Autonomes Frauenhaus Rostock
- 30.11. Fachdienst Suchthilfe der Caritas

RV Stralsund

- 20.01. Storchennest e.V.
- 02.03. HELIOS Hanseklinikum
- 13.04. Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreises Vorpommern-Rügen
- 22.06. Fachklinik Gristower Wieck
- 14.09. Nachsorgeeinrichtung »Haus Rügen«
- 02.11. Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking in Stralsund
- 07.12. Kommunales Jobcenter

Januar / Februar

zweites Netzwerktreffen der Regionalverbände zur Bilanzierung der bisherigen Arbeitsergebnisse

Zwei themenspezifische Fachforen pro Region

RV Rostock

26.04. Jugendamt des Landkreises Rostock

Thema: Kindeswohlgefährdung – erkennen und handeln

13.09. MEDIAN Klinik Schweriner See

Thema: Traumatisierung durch Gewalterfahrungen – Konsequenzen für den Umgang mit Betroffenen

RV Stralsund

05.04. Uhlenhaus Klinik gGmbH

Thema: Traumatisierung durch Gewalterfahrungen – Konsequenzen für den Umgang mit Betroffenen

20.09. Herberge für obdachlose Menschen

Thema: Kindewohlgefährdung unter besonderer Berücksichtigung von Gewalt und Sucht

April Bundesweiter Expert*innenworkshop im Bundesgesundheitsministerium

Thema: Vorstellung und Austausch zu den bisherigen Arbeitsergebnissen von **GeSA**

bis Dezember Fertigstellung Praxishandbuch

05.12. Bundesweiter Fachkongress:

»Wie kommt zusammen, was zusammen gehört?«
oder

Innovative Schnittstellengestaltung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtmittelproblematik



Herausgeberin

Frauen helfen Frauen e.V. Rostock
Ernst-Haeckel-Straße 1
18059 Rostock
Telefon 0381. 4403077
www.fhf-rostock.de

Konzeption

Petra Antoniewski
Projektleiterin **GeSA**
Ernst-Haeckel-Straße 1
18059 Rostock
Telefon 0381. 4403294

Finanzierung

Bundesministerium für Gesundheit

Redaktionelle Bearbeitung

Dr. Kristina Koebe
Rotorwerk Project Services
Klosterbachstraße 10
D-18057 Rostock
Telefon 0381. 375971-75

Layout

Marion Hornung
mh@g4grafik.de

© Oktober 2017



