



Frankfurt University of Applied Sciences
Fachbereich 4 – Soziale Arbeit und Gesundheit

Abschlussbericht – Gekürzte Version

Die Lebenssituation von gewaltbetroffenen Frauen mit und ohne Psychiatrieerfahrung im
Frauenhaus – eine intersektionale Betrachtung

gefördert vom HMWK im Rahmen der Ausschreibung „Genderforschung und Gleichstellung
der Geschlechter“

Laufzeit: 01.04.2018 – 30.09.2019 (verlängert bis 31.03.2020)

Autorinnen:

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Schrader

Stella Schäfer (M.A.)

Katja von Auer (B.A.)

Theresa Böhm (B.A.)

Melike Engin (B.A.)

Frankfurt am Main, April 2021

Inhalt

1	Kurzbeschreibung des Forschungsprojekts und der erreichten Ergebnisse	3
1.1	Hintergrund	3
1.2	Ziel und Begründung des Vorhabens	4
2	Beitrag des Forschungsprojekts zum Forschungsschwerpunkt.....	6
3	Die Entstehung des Forschungsprojektes.....	7
4	Studiendesgin und Ergebnisse.....	12
4.1	Darstellung des Studiendesgins.....	12
4.2	Ergebnisse: Fragebogen	13
4.3	Ergebnisse: Problemzentrierte Interviews mit Bewohnerinnen	14
4.3.1	Hilfe.....	14
4.3.2	Gesundheit.....	17
4.3.3	Alltag.....	19
4.4	Ergebnisse: Fokusgruppeninterview mit Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern.....	21
4.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	26
4.5.1	Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse	26
4.5.2	Theoretische und methodische Schlussfolgerungen.....	28
5	Handlungsempfehlungen - Praxis	30
6	Intersektionales Frauenhaus: Utopie - Heterotopie?	32
	Literaturverzeichnis.....	35

1 Kurzbeschreibung des Forschungsprojekts und der erreichten Ergebnisse

1.1 Hintergrund

Bisher fand in Deutschland keine Untersuchung statt, die intersektional die Gewaltbetroffenheit von Frauen und deren Folgen untersuchte. In den letzten zwanzig Jahren wurden vereinzelt Studien zu „besonders stark betroffenen Populationen“ (Schröttle 2017, S. 3) durchgeführt. In diesen konnte gezeigt werden, dass Frauen mit Migrations- oder Fluchthintergrund sowie Frauen und Männer mit Behinderung die am stärksten von Gewalt betroffenen Gruppen darstellen (Schröttle und Ansorge 2008; Schröttle und Khelaifat 2007; Schröttle und Müller 2004).

Das Forschungsprojekt „Die Lebenssituation von gewaltbetroffenen Frauen mit und ohne Psychiatrieerfahrung im Frauenhaus – eine intersektionale Betrachtung“ untersuchte, wie Frauen ihre Situation im Frauenhaus wahrnehmen.

Das Forschungsprojekt knüpft an wichtige feministische Debatten an, die Gewalt gegen Frauen sichtbar machten und benannten (Hagemann-White 2002; Seith 2003). Feministische Gewalttheorien, an denen sich das Forschungsprojekt orientierte, gehen davon aus, dass Gewalt gegen Frauen in gesellschaftliche Strukturen eingebettet ist (Hagemann-White 2002; Petran und Thiel 2012; Seith 2003; Teubner 1988).

Frauenhäuser folgen dem Ansatz einer feministischen und parteilichen Sozialarbeit und grenzen sich damit von anderen Institutionen ab. Sie lehnen die Individualisierung von Gewalterfahrungen ab und hinterfragen hierarchische Geschlechterverhältnisse mit dem Ziel sie zu verändern. Das Forschungsprojekt knüpft an diesen feministischen Anspruch auf politische Veränderung und Sensibilisierung für Geschlechterungleichheiten an. In der Konzeption des Forschungsprojektes wurde berücksichtigt, dass Frauenhausmitarbeiterinnen in ihrem beruflichen Alltag oft mit verschiedenen, untereinander verwobenen Ungleichheitskategorien und Diskriminierungsmechanismen konfrontiert werden:

„Welche Menschen gesellschaftlich als Verletzungsoffen positioniert werden, so die Einsicht, ist nicht nur von deren Geschlechtszugehörigkeit geprägt, sondern auch von ihrer sozialen Verortung entlang weiterer Machtkategorien wie race, class, Sexualität, Alter, Religion und anderen.“ (Petran und Thiel 2012, S. 12)

Im Forschungsprojekt wurde Gewalt in einem intersektionalen Kontext betrachtet (Sauer 2011; Schrader 2013; Winker und Degele 2009).

Intersektionalität

Intersektionalität richtet den Blick auf das Zusammenwirken und die Interdependenzen von verschiedenen sozialen Kategorien bzw. Differenzkonstruktionen wie Geschlecht, ‚race‘/Ethnizität, Klasse, Körper und sie fokussiert die damit zusammenhängenden Ungleichheits- und Machtverhältnisse, die als asymmetrische Geschlechter-/Heteronormativitäts-, Klassen-, Ethnizitäts-/Rassismus- und Körper-Verhältnisse in Erscheinung treten, sowie die Effekte und Folgen dieses Zusammenwirkens (Winker und Degele 2009).

Ein zentrales Anliegen des Forschungsprojektes war es, nicht nur subjektive Gewalterfahrung zu analysieren, sondern auch die Handlungsfähigkeit von Frauenhausbewohnerinnen herauszuarbeiten (Holzkamp 1984; hooks 2000). Die Stigmatisierung von Frauen durch die Zuschreibung ‚psychisch krank‘ und die daran anschließende Diagnostik wurde hinterfragt, da wir davon ausgehen, dass die Grenzen zwischen einer Traumatisierung durch strukturelle Gewalt und der klinischen Diagnose einer ‚psychischen Krankheit‘ fließend sind.

Bereits in den 1990er Jahren wurde von Gewaltbetroffenen und Unterstützungsnetzwerken über den Zusammenhang von Gewalterfahrungen und *ver-rückten* Lebenswelten diskutiert. Wildwasser e.V. organisierte eine Konferenz, um den Erkenntnisstand zu Psychiatrie und *Ver-rücktsein* zusammenzufassen und zu diskutieren, inwiefern historisch gewachsene patriarchale Unterdrückungsmechanismen und Gewalt Frauen buchstäblich *ver-rücken* (Brügge und Schwarzer 1999). Gewalt, so die These mancher Diskutantinnen, sei nicht nur auf die Handlungen des Partners beschränkt, sondern müsse als ein Zusammenwirken von Regeln und Selbstverständlichkeiten, welche die Herrschaftsverhältnisse ermöglichen, verstanden werden (vgl. Bessy 2003, S. 8).

1.2 Ziel und Begründung des Vorhabens

Im Forschungsprojekt wurde untersucht, wie Frauen ihren Alltag im Frauenhaus wahrnehmen und welche Formen der Unterstützung für sie hilfreich sind. Die Fragestellung basierte auf den Erfahrungen eines Pilotprojektes, das in Kooperation mit den Autonomen Frauenhäusern in Schleswig-Holstein durchgeführt wurde. Auch in Frauenhäusern sind Frauen mit Psychiatrieerfahrungen nach wie vor gesellschaftlichen Stigmatisierungen ausgesetzt und damit besonders vulnerabel. Nicht selten ist das Frauenhaus jedoch nach einem Psychriaufenthalt die erste Anlaufstelle und damit oft die einzige Übergangslösung vor dem Umzug in eine eigene Wohnung oder in eine betreute Wohnform. Die daraus resultierenden Probleme und Konflikte

waren Ausgangspunkte für eine qualitative Studie, die mit Hilfe der intersektionalen Mehrebenenanalyse (IMA) durchgeführt wurde. Es wurden problemzentrierte Interviews mit Bewohnerinnen und ein Fokusgruppeninterview mit Mitarbeiterinnen durchgeführt. Das Ziel des Forschungsprojektes bestand darin, eine kategoriensensible Soziale Arbeit in den Frauenhäusern anzustoßen, ohne dabei das Stigma der ‚psychisch kranken‘ Frau zu reifizieren. Diese Zielformulierung wurde von uns übernommen. Im Mittelpunkt unserer Empirie stand die Lebenssituation der Frauenhausbewohnerinnen. Wir analysierten, wie sie ihren Alltag erleben und welche Erwartungen an professionelle Hilfe gestellt werden. Im Fokusgruppeninterview arbeiteten wir heraus, wie Mitarbeiterinnen ihre Arbeit wahrnehmen und ob aus ihrer Sicht für die Arbeit mit psychiatriee erfahrenen Frauen quantitative oder qualitative Unterschiede im Unterstützungsangebot notwendig sind.

Gegenwärtig sind Frauenhäuser – nicht zuletzt aufgrund von Arbeitsüberlastung – seltener als in den 1980er und 1990er Jahren an (politische) Netzwerke angebunden. Deshalb war es ein weiteres Ziel im Forschungsprojekt mit einer intersektionalen Herangehensweise die Gründe dafür zu analysieren und zu einer (Re-)Aktivierung der politischen Ansätze in den Frauenhäusern beizutragen, sowie die Destigmatisierung von Bewohnerinnen von Frauenhäusern, ob mit oder ohne Psychiatrieerfahrung, wissenschaftlich zu fundieren. Damit möchten wir auch die Stimmen der gewaltbetroffenen Frauen aus Minderheitengruppen in der Dominanzgesellschaft stärken, sowie Handlungsansätze und Perspektiven zur Verbesserung der Situation entwickeln.

Seit Beginn der Frauenhausbewegung gibt es Kontakte zwischen Frauenhausmitarbeiterinnen und Forscher*innen (Hagemann-White 1981; Bergdoll und Namgalies-Treichler 1987). Die Forschung wird von der Idee geleitet, in Kooperation mit den Frauenhausmitarbeiterinnen die Situation von gewaltbetroffenen Frauen zu verbessern. Eine zweite jüngere Forschungstradition, an die wir leider nur inhaltlich anknüpfen, ist die der *Mad Studies*, die vor allem im englischsprachigen Raum praktiziert wird. Wegweisend ist hier die Idee, dass Überlebende von Gewalt, wie häuslicher Gewalt durch den (Ex-)Partner, zwanghafter Psychiatrisierung oder Stigmatisierung, unbedingt an der Forschung beteiligt werden müssen (Faulkner 2004; Russo 2012b).

Um die Partizipationsmöglichkeiten der Frauenhäuser zu erhöhen, wurden zu Beginn des Forschungsprojektes, während der Auswertung der Ergebnisse und zum Ende des Projektes Beiratstreffen mit Frauenhäusern und anderen Praktikerinnen geplant und durchgeführt. Außerdem wurde den Interviewpartnerinnen die Möglichkeit gegeben, sich bei der Formulierung der Zwischenergebnisse mit einzubringen.

2 Beitrag des Forschungsprojekts zum Forschungsschwerpunkt

Während die Frauenbewegung in ihren Anfängen dafür kämpfte, Gewalt gegen Frauen öffentlich zu machen und auf die politische Agenda zu setzen, ist es jetzt notwendig, Gewalt intersektional zu analysieren (Sauer 2011), da Beratungsarbeit mit betroffenen Frauen nur erfolgreich sein kann, wenn nicht nur die körperlichen Verletzungen, sondern auch die vielfältigen Lebenslagen und psychischen und/oder sozialen Folgen, wie Armut und soziale Isolierung, berücksichtigt werden (Schröttle und Müller 2004). Gewalt gegen Frauen hat immer komplexe Ursachen und ist immer mit Macht verschränkt. Häusliche Gewalt tritt in allen sozialen Schichten auf und kann schon deshalb niemals homogenisiert werden (Schröttle und Müller 2004). Das verweist wiederum auf den strukturellen Zusammenhang zwischen der Gewalt und dem hierarchischen Geschlechterverhältnis (Brückner 1983). Gewalt in Ehe und Partnerschaft ist kein individuelles Problem, sondern gesellschaftlich und strafrechtlich relevant (Gorn 2015; Mönig 2012). Gewalt gegen Frauen, so unsere These, ist vielfältig und niemals singulär, sondern immer das Resultat von Prozessen unter spezifischen Herrschaftsverhältnissen. Diese können jedoch verändert werden. Deshalb ist auch eine Fokussierung auf Frauen mit Psychiatrieerfahrung für die Praxis der Sozialen Arbeit mit ihren unterschiedlichen Unterstützungsangeboten von signifikanter Relevanz.

Auch wenn in der deutschsprachigen Geschlechterforschung die Gewalttheorie elementar erweitert werden konnte (Dackweiler und Schäfer 2002), besteht weiterhin der Bedarf, einen intersektionalen Gewaltbegriff zu entwickeln (Carstensen et al. 2018; Hankivsky und Jordan-Zachery 2019).

Dorothy Smith nimmt Bezug auf unterschiedliche Studien und weist nach, dass Fälle von häuslicher Gewalt in der Regel individualisiert werden und nach Zusammenhängen in den Biografien der Frauen – zum Beispiel hinsichtlich Gewalterfahrungen – gesucht würde (vgl. Smith 1998, S. 77). Die Wissenschaftlerin kritisiert, dass immer wieder vernachlässigt werde, wie Gewalt durch Politik und Ökonomie (vgl. ebd. S. 79) in die Gesellschaft induziert wird. Sie zeigt auf, dass die ökonomischen Abhängigkeiten vieler Frauen der Grund dafür sind, warum Frauen Misshandlungen im häuslichen Umfeld ertragen, und in der Situation verharren (vgl. ebd. S. 82). Die Schrift ist zwar schon über 20 Jahre alt, aber Smiths Überlegungen sind hochaktuell, gerade in Bezug auf das Herrschaftsverhältnis Klassismus und die Kategorie Klasse. Sie zeigt auf, dass der oft unzureichende Familienlohn (vgl. ebd. S. 83) dazu führt, dass die Geschlechterherrschaft auf Grund der ökonomischen Verhältnisse von den Frauen

akzeptiert werden müsse (vgl. ebd. S. 84). Die interviewten Frauen beschreiben den sozialen Abstieg, der mit der Entscheidung verbunden ist, ins Frauenhaus zu gehen. Smith thematisiert eine bestimmte psychische Struktur, die von einer Selbstkonstruktion der absoluten Unterdrückung des eigenen Willens und Begehrens gekennzeichnet sei (vgl. ebd. S. 89). In ihren Überlegungen greift sie den Begriff eines „epistemologischen Privilegs“ (ebd. S. 85) von Männern auf, um zu erklären, dass die männliche Darstellung von Sachverhalten mehr Autorität gegenüber den Institutionen hat als die von Frauen. In unseren Interviewsequenzen wird diese Konstellation im Umgang mit Gerichten und Jugendämtern immer wieder beschrieben. Smith postuliert, dass die ökonomische Struktur des Familienlohnes brüchig sei und sich rechte Ideologien sehr erfolgreich für die Familienform des männlichen Ernährers einsetzen (vgl. ebd. S. 93). Die finanzielle Prekarität von Frauenhäusern und die hochkomplexen Problemlagen vieler Bewohnerinnen sind ein Effekt der Ökonomisierung des Sozialen.

3 Die Entstehung des Forschungsprojektes

Die Projektidee entwickelte sich aus einem Workshop zu Intersektionalität mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Autonomen Frauenhäuser in Schleswig-Holstein. Die Frauenhausmitarbeiterinnen wollten ein differenziertes Verständnis der Gewalterfahrungen von Frauenhausbewohnerinnen sowie die Auswirkungen auf den Alltag der Bewohnerinnen und den beruflichen Alltag der Mitarbeiterinnen entwickeln. Vor allem diskutierten die Workshopteilnehmerinnen den Handlungsdruck, den sie im Berufsalltag wahrnehmen. Der Handlungsdruck, so die These, entstehe „dadurch, dass der gemeinsame Nenner aller Bewohnerinnen zwar die Gewalterfahrung ist, dass jedoch jede Frau anders auf die erlebte Gewalt reagiert, und zwar unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, sexuellen Orientierung, Migrationserfahrung und ihrer körperlichen Verfasstheit“ (Carstensen et al. 2018, S. 140). Anhand dieser These bildete sich eine Forschungsgruppe, die sich diesem Dilemma im Gemeinschaftsleben zuwenden wollte.

Frauen, die als ‚psychisch krank‘ etikettiert sind, werden immer wieder als „Sonderfälle“ (Russo 2012a) bezeichnet und Konzepte wie die ‚Hilfe zu Selbsthilfe‘ könnten auf Grund der komplexen Problemlagen, so die Argumentation, oft nicht angewandt werden und es müsste dann mit speziellen Angeboten reagiert werden. Im folgenden Zitat von Zofia Rubinsztajn werden jedoch die Grenzen solcher Ansätze sichtbar, die wir im Forschungsprojekt besser verstehen wollten:

„Es bedarf nämlich nicht mehr ausschließlich Psychiater_innen, um die eigene Geschichte neu geschrieben zu bekommen. Auch Projekte, deren Schwerpunkt die Anti-

Gewalt-Arbeit ist, zu denen beispielsweise Frauenhäuser und Beratungsstellen gehören, etablieren gesonderte Angebote für ‚psychisch Kranke‘. Sie wappnen sich mittels Zusatzausbildungen oder selbstständig zusammengestelltem psychiatrischen ‚Fachwissen‘, um sich den ‚schwierigen Frauen‘ in separaten Einrichtungen und speziellen Gruppen gewachsen zu fühlen. Damit verschwindet aus dem Blick, dass die Reaktionen und Verhaltensweisen in Anbetracht der erlebten Gewalt verständlich sind, Sinn machen und keineswegs Symptome irgendeiner ‚psychischen Störung‘ sind. Was fehlt, sind nicht die finanziellen und personellen Ressourcen. Es fehlt an Reflexion darüber, was damit konstruiert und manifestiert wird, und es fehlt an Bereitschaft, tatsächliche Unterstützung zu gewährleisten, anstatt den Schwerpunkt zu wechseln und neuen Hilfebedarf zu produzieren.“ (Rubinsztajn 2012, S. 78)

Auf diese besonderen Herausforderungen, so war die Arbeitsthese auch unserer Forschung, kann also nicht mit einer zunehmenden Diagnostik und Spezialisierung reagiert werden. Wir wollten in unserem Projekt deshalb die Kategorisierung und Stigmatisierung von Frauen durch die Zuschreibung ‚psychisch krank‘ und die damit verknüpften Diagnosen hinterfragen, denn die Grenze zwischen einer Traumatisierung durch strukturelle Gewalt und einer psychiatrischen Diagnose sowie die Attribuierung ‚psychisch krank‘ ist fließend. In unseren Überlegungen stellten wir die Handlungsfähigkeit in den Vordergrund. Das Zitat enthält aber auch einen kritischen Aspekt. Rubinsztajn postuliert, dass nicht die strukturellen Gegebenheiten, die fehlenden finanziellen Mittel und Ressourcen das Problem seien, sondern die mangelnde Reflexion der Mitarbeiterinnen. Wir würden diese Position relativieren, da die Ökonomisierung im Gesundheitsbereich gerade im Kontext von Psychiatrisierung erhebliche negative Auswirkungen hat, die sich auch in der Frauenhausarbeit niederschlagen (Schmidt und Schrader 2018; Carstensen et al. 2018). Wir gehen davon aus, dass die Unsicherheit vieler Häuser in Bezug auf die schlechte Finanzierung, die daraus resultierende räumliche Enge, die Unterbesetzung und Überarbeitung der Mitarbeiterinnen bei gleichzeitiger Verschärfung sozialer Problemlagen von Bewohnerinnen zu den meisten Konflikten führen und die Konstruktionen der ‚schwierigen Fälle‘ eine Entlastungsfunktion haben.

Es gibt nur wenige Studien zur Gewalterfahrungen von ‚psychisch erkrankten‘ Frauen (u.a. Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ 2007; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012; Frauenhauskoordinierung e.V. 2015). Studien, die sich mit Gewalt gegen Frauen beschäftigen und die die Kategorie ‚psychisch krank‘ dabei kritisch hinterfragen, sind noch seltener (u.a. Hölling 1999, 2010; Russo 1999). Zu Beginn des Projektes in Schleswig-Holstein stand die Frage, wer eigentlich als ‚psychisch krank‘ bezeichnet werden könnte, wenn doch eigentlich jede Frau, die in ein Frauenhaus kommt, traumatisiert ist und warum die einen als krank betrachtet werden und die anderen nicht. Nach einer Fortbildung bei Jasna Russo wurde sichtbar, dass die eigene normative Sicht zu dieser Verwirrung führt, so

dass wir uns entschieden haben, die Kategorie ‚psychisch krank‘ nicht weiter zu verwenden, da sonst reifiziert würde, was eigentlich dekonstruiert werden soll.

Begriffsbestimmung: „psychiatrieerfahren“

Um diesem Grundsatz in der Forschung gerecht zu werden, ist es wichtig, die spezifischen Situationen der Frauen wahrzunehmen und das Verständnis nicht durch die Verwendung stigmatisierender Begriffe einzuschränken. Deshalb lehnen wir den Begriff ‚psychisch krank‘ ab und verwenden zum einen den Begriff *psychiatrieerfahren*, um zu verdeutlichen, dass Menschen, die mit dem Zwangssystem Psychiatrie konfrontiert wurden, weiterhin handlungsfähige Subjekte sind und *psychiatriebetroffen*, um zu verdeutlichen, dass sie Opfer eines Gewaltsystems geworden sind, unabhängig davon, wie ‚humanistisch‘ die Intentionen der Mitarbeiterinnen in diesem System sein mögen (Goffman 1973; Foucault 1973).

Jedoch stieß dieser Ansatz auf erhebliches Unverständnis in der Praxis. Praktiker*innen befürchteten, dass wir durch die Begriffswahl das tatsächliche Leid der Frauen wegschreiben oder relativieren würden. Eine psychiatrische Diagnose bietet für viele Frauen die einzige Möglichkeit, einen der wenigen Therapieplätze zu bekommen und die Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu sichern. Unsere Ergebnisse zeigen, dass viele Frauen psychisch leiden und sich eine therapeutische Intervention wünschen. Wir versuchen dieses Dilemma bzw. diese Ambivalenz mit dem Ansatz des Trilemmas der Inklusion von Mai Anh Boger zu lösen. Sie zeigt, dass es zwar wichtig ist, die Konstruktion von Diagnosen zu kritisieren, dabei jedoch nicht zu vergessen, dass wir eben diese benötigen, um Leid zu beschreiben und zu analysieren, um dann intervenieren zu können (Boger 2018, 2015). Das heißt nicht, den ‚Diagnosenwahn‘ unhinterfragt zu übernehmen, sondern sich über das ‚Benennungsdilemma‘ im Klaren zu sein, um gleichzeitig Hilfsmaßnahmen einleiten zu können, sofern die Betroffenen das möchten. Es geht immer wieder auch darum, dem unhinterfragten Objektivismus der Humanwissenschaften einen epistemischen Widerstand entgegenzusetzen. Die Kritik an der Diagnostik in der Psychiatrie erweitert Jasna Russo um Fragen der Forschungshaltung:

„Menschen, die als verrückt oder psychisch krank bezeichnet werden, haben in der Forschung für gewöhnlich die Rolle der zu beforschenden Subjekte. Es sind immer die anderen – die Experten – die die Theorien bilden und das Deutungsmonopol auf menschliche Krisen und Zustände haben.“ (Russo 2016, S. 32)

Jasna Russo untersucht in ihrem Beitrag „die Art und Weise, wie sich diese Rollenaufteilung in der Wissensproduktion um Verrücktheit auch in Zeiten der Inklusion und innerhalb der Partizipationsmodelle“ (ebd.) fortsetzt. Eine Verschiebung der Deutungshoheit kann sich nur über partizipative Forschungsansätze vollziehen. Allerdings setzt auch hier der ökonomische

Rahmen Grenzen, der es nur in Ansätzen erlaubt, die Haltung der partizipativen und inklusiven Forschung umzusetzen. Die ökonomischen Bedingungen der Forschungslandschaft zwingen auch uns, auf konventionelle und etablierte Methoden zurückzugreifen, so dass wir nur Expert*innenwissen abfragen können, anstatt auch die Betroffenen als Expertinnen in die Analyse einzubinden.

Studien zeigen, dass unfreiwillige psychiatrische Maßnahmen von Betroffenen als Gewalt wahrgenommen werden und als Menschenrechtsverstoß gewertet werden müssen (Russo 2012a). In den meisten Fällen können die betroffenen Personen sich nicht frei entscheiden, ob sie psychiatrisch behandelt werden oder nicht. Natürlich gibt es auch ‚Freiwillige‘ und in der Regel stimmen die meisten Menschen, wenn sie erst Patient*innen geworden sind, einer Behandlung zu. Dahinter steckt jedoch nicht der Wunsch nach Selbstaufgabe, sondern die gesellschaftliche Anrufung und die daraus resultierende Angst, dass man ohne Behandlung nicht normgerecht funktioniert und damit die effizienten Abläufe stört. Laut Max Horkheimer gilt „Einordnung in die Gesellschaft, Anpassung ans Bestehende, Fähigkeit zur Arbeit, zum Genuß (sic!), in der herrschenden Wirklichkeit (..) höchst verständlich als die therapeutische Aufgabe“ (Horkheimer 1968, S. 142). Die Einsicht in die eigene Krankheit gilt als Signal, dass die Person willens ist, den Normen zu folgen, wodurch sie die Chance bekommt, Intelligibilität (vgl. Butler 1991, S. 25) zumindest teilweise herzustellen. Mit der Einsicht in die Krankheit unterwirft sich die Patient*in einer Diagnose. Die Zuschreibung ‚krankheitsuneinsichtig‘ hingegen dient als Indikator zum vollständigen „Nicht-mehr-ernst-genommen-Werden“. Sie ermöglicht den konstitutiven Ausschluss der „nichtnormierten Anderen“ und legitimiert die Anwendung von Gewaltmaßnahmen (vgl. Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. 2012, S. 141).

Der diagnostische Prozess sei in sich widersprüchlich, so Peter Brieger, denn er objektiviere und schematisiere „das Gegenüber“. Obwohl Diagnosen von Moden geprägt seien, gaukelten sie die Existenz von objektiven Kategorien und zeitlicher Stabilität vor (vgl. Brieger 2016, S. 16 ff.). Dennoch ist Brieger der Meinung, dass sich aus klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Empirie Argumente für die Notwendigkeit von Diagnosen ergäben (vgl. ebd.). Als Psychiater muss er so argumentieren, sonst würde er seiner Profession die Grundlage entziehen. Aber auch aus Sicht der Betroffenen werden Diagnosen oft als positiv beschrieben, sie machten ein Problem (be-)greifbarer und die Gesprächspartner*innen würden schneller verstehen, wovon die Betroffenen sprächen (vgl. Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. 2012, S. 141). Diagnosen werden als erleichternd empfunden, weil das Problem an Totalität verliere und sie beinhalteten auch die Hoffnung auf Bewältigung und befriedigten den

Wunsch, mit dem Problem nicht allein zu sein. Gleichzeitig würden Diagnosen als sehr negativ empfunden, weil sie Zuschreibungen seien, die den Menschen nicht als Ganzes wahrnahmen und ihn stattdessen in Schubladen einsortierten. Darüber hinaus seien diese oft mit Horrorvorstellungen besetzt (vgl. ebd.). Für die Arbeit von Mitarbeiterinnen im Frauenhaus, so Russo, bedeute die Kenntnis einer Diagnose häufig die Vorstellung, dass sie über die Frauen Bescheid wüssten und dass diese von Natur aus schwierig seien (vgl. Russo 1999, S. 134). Diagnosen würden von Betroffenen oft als komplett sinnlos empfunden, was sich im anschließenden, langwierigen ‚Heilungsprozess‘ durch dauernd wechselnde Diagnosen noch bestätigen würde. Diagnosen würden auch als einschränkend empfunden, weil sie den Zugang zur Vielfalt der Erfahrungen versperrten. Sie verhinderten das Miteinandersprechen über die vielfältigen Erfahrungen und das wirklich Erlebte (vgl. ebd., S. 141 f.). Diagnosen seien obendrein nicht geschlechtsneutral, denn sie wurden in der Vergangenheit dazu genutzt, Personen, die von den Geschlechterrollen abwichen, zu entmündigen und einzusperren (vgl. ebd. S. 20). Hier ist zu ergänzen, dass sie auch klassistisch und rassistisch verwendet wurden, um Personen, die sich den herrschenden Machtverhältnissen widersetzen, gesellschaftlich zu vernichten. Diagnosen sind nach wie vor ein probates Mittel der Täter, im Kontext häuslicher Gewalt, den Opfern das Sorgerecht mit dem Argument der Selbst- und Fremdgefährdung entziehen zu lassen (vgl. Schmidt und Schrader 2018, S. 189). Die Stigmatisierung, die mit psychiatrischen Diagnosen einhergeht, ist unumstritten. Deshalb plädieren wir dafür, die Perspektive der Betroffenen in den Fokus zu rücken:

„[D]ie Bezeichnung alleine mildert nicht den Schmerz. Sie hilft dem/der Professionellen oder dem/der Betroffenen nicht, zu verstehen was geschieht oder was dem/der Betroffenen helfen könnte. Sie hindert die Betroffenen daran, die erlebte Erfahrung zu besitzen und ihre eigene Sprache und Interpretation zu finden. Eine Entmachtung dieser Art macht Menschen verrückt. Sie bringt Menschen dahin, ‚psychisch krank‘ zu sein und es zu bleiben.“ (Pembroke 1994, S. 42)

Aus diesen Gründen sprechen wir von psychiatrieeerfahrenen oder psychiatriebetroffenen Menschen und haben uns für eine intersektionalen Methodologie entschieden, um die Gefahr der Reifizierung zu minimieren¹. In weiten Teilen unseres Forschungsprojekts haben wir mit der Intersektionalen Mehrebenenanalyse (IMA) gearbeitet (Degele und Winker 2007).

Intersektionale Mehrebenenanalyse (IMA)

Es handelt sich um eine subjektorientierte Herangehensweise, die auf der Ebene der Identität nach der subjektiven Gewalterfahrung fragt und mit Bezug auf die Repräsentationsebene herausarbeitet, welche Stigmatisierungen von psychiatrieerfahrenen Frauen sichtbar werden und auf welche Ideologien diese zurückgreifen. Die subjektiven Gewalterfahrungen werden in Beziehung zu den Strukturen gesetzt, denn sie manifestieren sich entlang klassistischer, bodyistischer, heteronormativer und rassistischer Herrschaftsverhältnisse, die sich auch im Frauenhaus widerspiegeln. Eine wichtige strukturelle Bedingung ist die Ökonomisierung des Sozialen, von der Frauenhäuser in hohem Maße betroffen sind. So ist das Forschungsziel entstanden, mit unseren Ergebnissen einen Beitrag zu leisten, die Bewohnerinnen zu destigmatisieren, ihre Handlungsfähigkeiten zu erweitern und sie somit wieder selbst zu ermächtigen. Es geht uns darum, mit ihnen ihr Recht auf Deutung zurückzuerobern und dabei auch die Stimme der gewaltbetroffenen Frauen mit Psychiatrieerfahrung und denjenigen aus Minderheitengruppen zu stärken.

4 Studiendesgin und Ergebnisse

4.1 Darstellung des Studiendesgins

Das Forschungsprojekt war als partizipatives Vorhaben geplant. Bewohnerinnen im Frauenhaus wurden als Expertinnen befragt und ihre realen Lebenswelten waren Gegenstand der Forschung. Zwei Sozialarbeiterinnen aus autonomen Frauenhäusern in Schleswig-Holstein begleiteten den Forschungsprozess.

Außerdem gründeten wir einen Beirat, der sich aus Expert*innen der Praxis, Politik, Wissenschaft und Verwaltung zusammensetzte. Die Kooperationspartner*innen wurden zu Beiratstreffen des Forschungsprojektes zu Beginn und während der Auswertung des Materials eingeladen.

Im Rahmen unserer Forschung greifen wir auf die Kategorien ‚Frauen‘ und ‚mit bzw. ohne Psychiatrieerfahrung‘ zurück. Wir sind uns darüber im Klaren, dass dies nicht unproblematisch und immer auch mit der Gefahr verbunden ist, mit diesen Begriffen binäre bzw. differenztheoretische Logiken zu reproduzieren. Der Bezug auf diese Differenzen ist für unser Forschungsvorhaben wichtig, gleichzeitig gilt es, den Blick für (mögliche) Reifizierungen zu sensibilisieren und die Prozesse offen zu legen, die mit den differenztheoretischen Zuschreibungen verbunden sind. „Wer Differenzignoranz vermeiden will, wird immer auf (mehr oder weniger geeignete) Bezeichnungen für von Ungleichheitsverhältnissen betroffene

Kohorten zurückgreifen müssen“ (Akbaş und Leiprecht 2017, S. 422). Dies galt es durchgehend zu reflektieren.

Methodisch wurden folgende Erhebungsmethoden der qualitativen empirischen Sozialforschung angewandt:

1. standardisierter Fragebogen (Porst 2014; Kirchhoff et al. 2010)
2. problemzentriertes Interview (Witzel 2000) und
3. Fokusgruppeninterview (Schulz et al. 2012).

Zentrale Leitthemen waren die *Gesundheit*, welche die körperliche und seelische Verfasstheit umschließt; das *Zusammenleben* im Haus, welches eventuelle Stigmatisierungen bzw. Ausschlüsse sowie Ablehnungen und Solidarität bzw. Anerkennung fokussierte; die *Anforderungen* im Frauenhaus, mit Blick auf individuelle sowie strukturelle Kompetenzen und Ressourcen; die *Kooperationen*, damit wurden Beziehungen im und außerhalb des Frauenhauses erfasst; die *Normen und Wertvorstellungen*, die den subjektiven Wertehorizont und die individuellen Erwartungen an Unterstützung aufnahmen. Abschließend wurden soziostrukturelle Daten der Interviewpartnerinnen erfragt.

Die im Anschluss formulierten Subjektkonstruktionen wollten wir den Interviewpartnerinnen zurückspiegeln. Das dient dem Zweck, Partizipation zu ermöglichen und die Subjektkonstruktionen umzuformulieren, sollten sich unsere Interviewpartnerinnen nicht repräsentiert fühlen oder falls Sachverhalte nicht korrekt dargestellt wurden. Auch wenn wir die Aussagen der Bewohnerinnen zum Ausgangspunkt unserer Forschung gemacht und unsere Ergebnisse immer wieder mit den Praktiker*innen diskutiert haben, so erfüllt unser Vorgehen nicht die Kriterien einer partizipativen Forschung (vgl. dazu Flick 2021).

Als letzten Erhebungsschritt führten wir ein Fokusgruppeninterview mit Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser in Hessen durch, um zu erfahren, wie diese die Situation im Frauenhaus beschreiben und einschätzen. Mit einem starken Fokus auf die Istanbul-Konvention haben wir nach aktuellen Entwicklungen und Tendenzen in der Arbeit gefragt. Zentrale Themen waren das *Gemeinschaftsleben* im Frauenhaus, die *Unterstützungsangebote*, die *Bewertung der eigenen Arbeit* und ein *Ausblick auf diskriminierungsfreie Angebote* in Bezug auf die Istanbul-Konvention.

4.2 Ergebnisse: Fragebogen

Mit dem Fragebogen wurde erfasst, ob es ein einheitliches Vorgehen der Frauenhäuser in Hessen bei der Aufnahme und der Unterstützung von Frauen mit Psychiaterfahrung gibt. Außerdem sollten die Ergebnisse einen Überblick über die strukturellen Bedingungen in der Ausstattung, Lage und Vernetzung der Häuser bieten.

Die Ergebnisse des Fragebogens zeigen Tendenzen im Verständnis der Frauenhausarbeit und strukturelle Herausforderungen für die Mitarbeiter*innen in der Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen mit Psychiatrieerfahrung. Deutlich wird, dass Frauen mit Psychiatrieerfahrung prinzipiell keinen Ausschluss aus dem Frauenhaus erfahren bzw. ihnen ein Platz verweigert wird. Jedoch gibt es Vorbehalte, ob die Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser die Frauen ausreichend unterstützen können. Die Vorbehalte gegen Frauen mit Psychiatrieerfahrung werden wie folgt begründet:

- Wenn sie nicht krankheits-einsichtig oder psychisch zu instabil seien, könnten sie die Unterstützung nicht annehmen.
- Es werden negative Auswirkungen auf die Gemeinschaft der Bewohnerinnen befürchtet, die Retraumatisierungen auslösen könnten.
- Die Ausstattung der Häuser sei strukturell nicht ausreichend, um Frauen mit Psychiatrieerfahrung ausreichend zu unterstützen.

Diese Begründungen wurden in der Fokusgruppendifkussion vertieft.

4.3 Ergebnisse: Problemzentrierte Interviews mit Bewohnerinnen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews mit den Bewohnerinnen anhand der Vertiefung der Subjektkonstruktionen vorgestellt.

Um die Komplexität der Lebenswelten einfangen zu können, fokussierten wir auf drei Felder, die induktiv aus dem Material herausgearbeitet und komprimiert wurden:

1. Hilfe,
2. Gesundheit und
3. Alltag

4.3.1 Hilfe

„Das Jugendamt. Ah ja, ganz klar. Die sind daran schuld, dass ich mein Kind nicht mitnehmen konnte. Weil diese tolle Mitarbeiterin meinem Exmann erklärt hat, dass ich vorhabe, in ein Frauenhaus zu gehen und ob er das denn wisse. Und daraufhin hat er das Kind aus dem Kindergarten geholt. Und deswegen bin ich ohne Kind hier. Und ich hab' mein Kind seitdem auch erst zweimal gesehen. Ja.“ (Fr. Jäger: 451-455)

Frau Jäger äußert sich im Interview sehr kritisch über die Mitarbeiterin des Jugendamtes. Eigentlich sollte sie unterstützt werden, sie erfährt das Gegenteil. Diese Erfahrung ist ernst zu nehmen, da eine Unterstützung oft abhängig ist von der individuellen Mitarbeiter*in. Wir möchten darauf hinweisen, dass es natürlich auch andere Erfahrungen gibt. Jedoch ist immer

eine Unsicherheit in der Zusammenarbeit mit eingepreist, die massive negative Auswirkungen für die gewaltbetroffene Frau haben kann.

Der vielfältig geäußerte Wunsch nach professioneller Hilfe ist vom Aspekt der Gesundheit nicht klar abzugrenzen. So befinden sich die Frauen in einem permanenten Spannungsverhältnis zwischen der Einforderung respektive der Inanspruchnahme von Rechten und Hilfen einerseits und der Stigmatisierung durch das Umfeld sowie durch eingeschriebene Selbst- und Fremdbilder auf der Repräsentationsebene andererseits. Hinzu kommt ihre vulnerable Position gegenüber Institutionen wie Jugendämtern, Familiengerichten und der Polizei, die sich auf der Strukturebene als deprivilegierte Ausgangsbasis erweist, sobald bestimmte Rechte bezüglich professioneller Unterstützung eingefordert werden. Diese Deprivilegierung entwickelt sich entlang heteronormativer, klassistischer, bodyistischer sowie rassistischer und sexistischer Differenzlinien und erhöht die Wahrscheinlichkeit, mit repressiven Maßnahmen und Diskriminierungen konfrontiert zu werden, wenn die Frauen ihre Verwundbarkeit durch die Einforderung von Hilfe sichtbar machen.

Das betrifft auch den Zugang zur Institution Frauenhaus, da auf der einen Seite das Eingeständnis und der offene Umgang mit individuellen (psychischen) Beeinträchtigungen und die Einsicht in eine Hilfsbedürftigkeit die Voraussetzung für eine Aufnahme sind, andererseits eben dieses Bekennen auch zu Ausschlüssen führen kann². Je nachdem, in welchem zeitlichen Abstand die Interviews zum Zeitpunkt der Trennung, dem Einzug ins Frauenhaus, der Neuorganisation, der Arbeits- oder Wohnungssuche stattfanden, formulierten die Bewohnerinnen unterschiedliche Bedürfnisse nach Hilfe. Diese lassen sich kontextuell wie folgt gliedern:

1. Der Weg in das Frauenhaus,
2. das Leben im Frauenhaus und
3. der Weg aus dem Haus, bzw. die „Nachbetreuung“.

Das Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf ist eher in der Anfangszeit anzutreffen, während später eher die Hilfe bei der Wohnungssuche, bei aufenthaltsrechtlichen Belangen oder Schuldenbewältigung in den Vordergrund treten.

Neben der häufig fehlenden Unterstützung aus dem häuslichen oder familiären Umfeld auf Grund der Gewalterfahrungen und der Geheimhaltung des Aufenthaltsortes, kommt eine heteronormative Benachteiligung zum Tragen, die oftmals das Risiko eines klassistischen Abstiegs erhöht. Der Zugang zu professioneller Hilfe in Form von Therapieplätzen oder ambulanter psychotherapeutischer Hilfe ist für klassistisch benachteiligte Frauen nahezu

² Vgl. z. Bsp. Borderline-Diagnose oder Drogenkonsum.

unmöglich. Die „psychisch leidende bürgerliche Frau [findet] leichter Hilfe als die Frau, die materielle und emotionale Entbehrungen erleidet“ (hooks 1990, S. 89). Der erschwerte Zugang ergibt sich unter anderem aus dem Problem, ein geeignetes psychotherapeutisches Setting auszusuchen, Termine zu organisieren und diese trotz prekärer Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie ungesicherter Kinderbetreuung regelmäßig wahrzunehmen. Wege im öffentlichen Raum, die unbegleitet zu bewältigen sind, sind ein Sicherheitsrisiko, zudem müssen bürokratische Abrechnungsverfahren verstanden und bearbeitet werden. Therapeutische Sitzungen finden in der Regel auf Deutsch statt. Dies stellt neben dem therapeutischen Sprachgebrauch, der oft einen ‚bildungsbürgerlichen‘ Habitus voraussetzt, eine weitere Barriere dar, die den Zugang zu Hilfe erschwert. Bezüglich der Kommunikation inner- und außerhalb des Hauses formulieren die Frauen deutlich den ‚hohen Stellenwert‘ deutscher Sprachkenntnisse.

Die Verschränkung unterschiedlicher Diskriminierungen erhöht die Vulnerabilität der Frauen. Dies zeigt sich auch deutlich in der Praxis einer sekundären Viktimisierung. Den gewaltbetroffenen Frauen wird dabei eine (Mit-)Schuld unterstellt. Die physischen wie psychischen und sozialen Folgen der Gewalterfahrung schränken die individuelle Handlungsfähigkeit tatsächlich ein. Die Erfahrung der Frauen, dass sie die Gewaltsituation überlebt haben, stellt aus dieser Sicht also keine Ressource dar, sondern ihnen wird eine psychische Disposition zu gewalttätigen Beziehungen und somit eine Mitschuld an der erfahrenen Gewalt zugeschrieben sowie eine eventuell ererbte und weitervererbte Disposition, selbst „aggressives, delinquentes, antisoziales und weniger prosoziales Verhalten“ zu entwickeln, unterstellt (Elberts 2019).

Die Betroffenen befinden sich in einem Dilemma zwischen der Anrufung intelligibel und ‚normal‘ zu sein, um einer Stigmatisierung bzw. den drohenden institutionellen Diskriminierungen zu entgehen, andererseits sich *zu bekennen*. Mit M. A. Boger erweitert sich das Dilemma von Intelligibilität und Stigma zum „Trilemma“, wenn die individuellen Lebenswelten und Erfahrungen der Frauen analysiert oder Leerstellen in der Forschung bzw. dem Entwurf von Hilfsangeboten sichtbar gemacht werden sollen. Das Spannungsverhältnis basiert auf folgenden drei Aspekten:

1. „das Begehren als Andere_r_ bei den Normalen_ mitspielen zu dürfen (Empowerment-Normalisierung),
2. das Begehren in seiner Individualität ohne Zuschreibung von Andersheit_ gesehen zu werden (Normalisierung-Dekonstruktion) und

3. das Begehren in seiner Eigenheit sein zu dürfen und sich nicht verstecken oder anpassen zu müssen (Dekonstruktion- Empowerment)“ (Boger 2017, o.S.).

Intersektional betrachtet heißt das, dass einerseits eine dekonstruktivistische Herangehensweise dann sinnvoll ist, wenn Stigmatisierungen verhindert werden sollen, um Ausschlüsse zu vermeiden, die sich zum Beispiel auf Grund einer psychiatrischen Diagnose oder bestehender Suchtproblematik ergeben. Andererseits widersprechen die Relativierung und das damit eventuell einhergehende Verbergen von tatsächlich empfundenen psychischen und physischen Leiden dem Anspruch, auf individuelle Lebenswelten zu reagieren und Angebote der Gesundheitswiederherstellung und Erhaltung bereitzustellen. Ebenso erfordert die Idee eines gegenseitigen Empowerns explizit die Benennung und Besprechbarkeit gerade der sensiblen, stigmatisierenden Lebenslagen, Traumata, Gewalterfahrungen und Probleme. Konkret begründet das die Notwendigkeit, einen „strategischen Essentialismus“ (Spivak 1985) zu nutzen, der es ermöglicht, sichtbar für gerechte Zugänge zu Hilfe und Unterstützung (politisch) zu kämpfen, während gleichzeitig die Heterogenität unter den Frauen immer im Blick behalten wird und Opferzuschreibungen vermieden werden. Im Sinne eines Empowerments, welches die Frauen sich als Expertinnen ihrer selbst gegenseitig ermöglichen, bedarf es also innerhalb inklusiver Rahmenbedingungen durchaus exklusiver Räume, die auf den ähnlichen Erfahrungen von Diskriminierung, Benachteiligung oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung gründen und auf dieser Basis wirksam werden können. Es bedeutet aber nicht, institutionell spezialisierte Hilfen bereitzustellen, deren Inanspruchnahme ein *Bekennen* voraussetzt und auf Ausschlüssen derer beruht, die nicht der konstruierten Zielgruppe angehören, sondern ein situatives und bedürfnisorientiertes Reagieren.

4.3.2 Gesundheit

„Ja, und es ist ja auch so, weil, man ja dann alles eigentlich verloren hat, sozusagen. Möbel, eigentlich alles, auch teilweise Kleidung und so weiter und so fort, wenn man in so'n Frauenhaus kommt, dass man wirklich erstmal anfangs dasteht und sich überlegt: Wie kann ich jetzt noch überleben? Man wird natürlich auch immer unterstützt, vor allen Dingen auch, wenn's um so Lebensmittel geht. Aber es geht ja auch um Kleidung und, und, und. Wo man nach und nach gucken muss, dass man wieder guckt, dass man halt irgendwie sich wieder Kleidung kauft, wo man vorher ja selbstverständlich, es hängt im Kleiderschrank, und notfalls, wenn was kaputt geht, holt man es sich dann nach. Aber so ist auf einmal alles weg...“ (Fr. Singh: 56-65)

Die gesundheitlichen Belastungen lassen sich in ihrer Summe und ihrer Genese nicht immer trennscharf differenzieren, da viele Symptome durch andauernden Stress hervorgerufen werden, dessen Ursache zwar in der häuslichen Gewalt begründet liegt, der aber nicht durch

die Aufnahme ins Frauenhaus automatisch beendet wird. Das Zitat von Frau Singh verdeutlicht das. Strukturelle Gegebenheiten in den Häusern sowie die anstrengende Herausforderung, täglich und trotz der Gewalterfahrung mit ihren Auswirkungen innerhalb der „neuen“ Gemeinschaft funktionieren zu müssen, lösen ebenso Stress aus, der wiederum zum Beispiel zu Migräne, Schlafmangel oder Schlaflosigkeit führen kann. Auch problematische Lebensumstände, die trotz der sicheren Umgebung bestehen bleiben, hierzu zählen unter anderem Schulden oder wohnliche Einschränkungen, aufenthaltsrechtliche Konsequenzen, Verlust von Eigentum, sozialer Abstieg und Trennung von Haustieren usw., stellen einen stark belastenden Hintergrund dar, vor welchem sich Gesundheit wiederherstellen oder erhalten soll. Hier zeigen sich in den Subjektkonstruktionen deutlich die oben beschriebenen Dilemmata, wenn einerseits der Wunsch nach psychologischen Therapien da ist, aber Angebote aus Angst, als ‚verrückte Frau‘ diskriminiert zu werden, nicht wahrgenommen werden. Gleichzeitig werden Lösungsvorschläge, die dieses Dilemma umgehen, von den Frauen selbst eingebracht, indem zum Beispiel die Stärkung der Persönlichkeit durch Kosmetikkurse, Yoga oder gemeinsames Joggen im Wald als gesundheitsförderliche Angebote genannt werden. Einen Aspekt, den die Frauen häufig erwähnten und der zeitlich meist in den ersten Wochen des Aufenthalts im Frauenhaus verortet wird, ist eine totale Erschöpfung. Diese wird sowohl physisch begründet als auch in dem Gefühl, jetzt das Leben wieder „von Null“ anfangen zu müssen. Beide Anforderungen verstärken sich gegenseitig und begründen die Tendenz, sich ähnlich der vorangegangenen häuslichen Situation als handlungsunfähig und ohnmächtig wahrzunehmen. Aus dieser Identitätskonstruktion wird die Flucht aus der häuslichen Gewaltsituation auch nicht als Akt der Stärke, sondern als Akt der Verzweiflung oder sogar als Fehler wahrgenommen. Im Sinne des zugrundeliegenden Konzepts von Handlungsfähigkeit nach Holzkamp sind „diese beiden Momente, die Ausgeliefertheit an die Situation und das unmittelbare Mangelerlebnis, (..) auf menschlichem Niveau zwei Seiten derselben Situation. Ebenso ist auch die Überwindung von solchen unmittelbaren Mangelsituationen nicht einfach nur dadurch zu leisten, daß einem gegeben wird, daß man befriedigt wird (...), sondern durch die Überwindung dieser Ausgeliefertheit und Angst, indem man gleichzeitig mit der Überwindung dieses Mangels Verfügung gewinnt über die Quellen der Befriedigung selber, also über die Bedingungen, von denen es abhängt (...)“ (Holzkamp 1985, o.S.). Die basale Überzeugung, dass die Frauen Expertinnen ihrer selbst sind und die Gemeinschaft als Grundlage für Empowerment funktioniert, stützt sich in hohem Maße auf dieses Konzept und ist fest in den strukturellen Abläufen integriert.

Die Interviewpartnerinnen äußerten den Wunsch nach professioneller Unterstützung, haben aber gleichzeitig Angst vor Stigmatisierungen wegen ihrer psychischen Einschränkungen (sekundäre Viktimisierung). Sie beschreiben ein latentes Spannungsverhältnis zwischen dem Einfordern von Rechten bzw. Hilfen und der Angst vor Exklusion und Diskriminierung, wenn sie sich zu ihren psychischen Belastungen bekennen. Es besteht permanent die Gefahr der sekundären Viktimisierung, z.B. durch Zuschreibung einer psychischen Disposition zu gewalttätigen Beziehungen, was den betroffenen Frauen eine Mitschuld an der Gewalterfahrung zuweist und somit Einschränkung der Handlungsfreiheit mit der Begründung des eigenen Wohls begründet.

4.3.3 Alltag

„Ich glaub', das ist für jeden Einzelnen anstrengend. Ich glaub', jeder Einzelne hat für sich so seine Sache, die für ihn wirklich sehr anstrengend ist, hier. Ja. Ich mein', sei's die Sauberkeit, sei es die Ruhe, sei's ähm, weiß nicht, dass man jetzt `ne Stunde aufs Bad wartet, weil's besetzt wird, ja. Ja, also ich glaub', da hat jeder so seine eigenen Sachen, ja.“ (Fr. Hummel: 235-239)

Im Interview mit Frau Hummel wird deutlich, über wie viele Kompetenzen die Bewohnerinnen verfügen müssen, um im Frauenhaus (über)leben zu können. Wir müssen uns immer wieder klar machen, wieviel Kraft und Stärke es braucht die Gewaltsituationen zu verlassen. Sie hätten einen Wellnessurlaub verdient, müssen jedoch im Frauenhaus psychisch und physisch strukturell extrem herausfordernde Situationen managen.

Geprägt von der Haltung, jede Frau als Expertin ihrer selbst anzuerkennen und ein hohes Maß an Partizipation, Handlungsfähigkeit und Selbsthilfe anzustreben, muss grundlegend von einem Mindestmaß an Solidarität unter (den) Frauen ausgegangen werden. Diese Solidarität wird allerdings stark beansprucht, wenn die Bewohnerinnen in ihrem Alltag einerseits mit externen institutionellen Hürden kämpfen, bürokratische ‚nervtötende‘ Formalien erfüllen müssen, um ihre Existenz zu sichern und sich gleichzeitig intern in einer ‚Zwangsgemeinschaft‘ zurechtfinden müssen, welche von Strukturen geprägt ist, die neben normativen Vorstellungen und Zuschreibungen oft auch ungünstige räumliche Ausstattungen (kleine Räume, Hellhörigkeit, wenige Mitarbeiterinnen...) aufweisen. Die Auslagerung von Konflikten im Alltagsleben durch *Othering*³, ebenso wie die Fokussierung auf Sauberkeit als häufigster Grund

³ Eine Strategie Konflikte zu erklären, die in mehreren Interviews zu beobachten ist, ist die Zuweisung der Probleme an bestimmten Gruppen. Zu diesen Gruppen zählen (*schlechte*) Mütter, Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen.

für Konflikte erscheinen zunächst als Symptome einer unsolidarischen Haltung. Sie können aber als Strategien beschrieben werden, um handlungsfähig zu bleiben⁴. Nach hooks „Konzept der Schwesterlichkeit“ kann eine solidarische Verbundenheit dann entstehen, wenn Frauen sich nicht auf Grund gemeinsamer Unterdrückungserfahrungen verbünden, also nicht den Opferstatus als einheitliches Merkmal sehen, sondern sich auf Grund gemeinsamer Ressourcen zusammenschließen und sich gemeinsam engagieren. Frauen mit Unterdrückungserfahrung könnten es sich nicht leisten, sich auf ihre Opferrolle zu fokussieren und zu reduzieren, da sie nur durch den Glauben an die eigene Handlungsfähigkeit überlebensfähig blieben (vgl. hooks 1990, S. 78 f.).

In den Interviews wurde deutlich, dass es reale Faktoren gibt, die die Handlungsfähigkeit der Frauen massiv einschränken und auch die Solidarität untereinander belasten. Das sind zum einen hausinterne Faktoren auf der Strukturebene, wie zu enge Räumlichkeiten und zu wenige oft hellhörige Zimmer ohne Rückzugsmöglichkeiten. Es gibt zu wenig Sozialarbeiter*innen, deshalb können Kinderbetreuung, Beratung und Begleitungen nicht im ausreichenden Maße angeboten werden. Sicherheitsprobleme und die Unsicherheiten bei der Finanzierung der Unterbringung belasten die Frauen zusätzlich.

Auf der symbolischen Ebene werden hausintern auch bestimmte Bilder, Auffassungen und normative Vorstellungen über die Bewohnerinnen antizipiert, die den Alltag jeder einzelnen Frau durch Rollenbilder, Stigmata, Zuschreibungen und Erwartungen bestimmen können. Es gibt diese nach Aussagen der Interviewpartnerinnen zum Beispiel für Frauen mit Migrationsbiografie, für Mütter ebenso wie für Frauen mit Psychiatrieerfahrung.

Als externe Faktoren wurden von den interviewten Frauen folgende strukturelle Bedingungen genannt, die den Alltag zusätzlich erschweren:

- die aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen,
- der deregulierte und kommodifizierte Wohnungsmarkt,
- das Agieren von Familiengerichten und Verfahrensbeiständen,
- die Entscheidungen der Jugendämter,
- die Forderungen der Agentur für Arbeit in einem schwierigen Arbeitsmarkt und
- die bürokratischen Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung, zu Therapien sowie zu Sprach- und Integrationskursen.

Als unterstützende Faktoren bei der Bewältigung des Alltags innerhalb der Frauenhäuser wird von den Interviewpartnerinnen die Anerkennung von erlebtem Leid und das Verständnis für

⁴ Ebenso verhält es sich mit der Verdrängung psychischer Leiden.

„Unpässlichkeiten“ genannt. Unpässlichkeiten meint hier, dass gemeinschaftlichen Aufgaben auf Grund persönlicher Probleme, Beschwerden und Krankheiten nicht erfüllt werden können. Immer wieder beschreiben sie das Empowerment durch gemeinsame Bewältigung der Gewalterfahrung, was sie als erweiterte Handlungsfähigkeit erleben. Das Agieren und Leben in einem „sicheren“ Rahmen (geschützt vor Partnergewalt), das Gemeinschaftsleben und die Solidarität untereinander werden als stabilisierend beschrieben. Die Ergebnisse fließen in die Fokusgruppendifkussion ein und sollen dort verifiziert werden.

4.4 Ergebnisse: Fokusgruppeninterview mit Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern

Für das Fokusgruppeninterview haben sich sechs Mitarbeiterinnen, die alle in Autonomen Frauenhäusern arbeiten, bereit erklärt. Das Interview gibt einen Einblick in die Perspektiven der Mitarbeiterinnen auf ihre Arbeit. Außerdem ging es auch um die Umsetzung der Istanbul-Konvention und darum zu erfahren, welche Unterstützung die Häuser brauchen, um den diskriminierungsfreien Schutz für besonders vulnerable Personen gewährleisten zu können. Im Fokus standen also die Fragen, wie Frauenhausmitarbeiterinnen ihre Arbeit wahrnehmen und ob aus ihrer Sicht für die Arbeit mit psychiatrienerfahrenen Frauen quantitative oder qualitative Unterschiede im Unterstützungsangebot notwendig wären.

Der Leitfaden des Interviews war so aufgebaut, dass er nicht speziell nach Unterschieden in der Arbeit mit psychiatrienerfahrenen Frauen fragte, sondern den Mitarbeiterinnen selbst die Möglichkeit überlies, das Thema zu platzieren. Tatsächlich wurde das Thema der Psychiaterfahrung von den Mitarbeiterinnen im Kontext jeder Fragestellung mitgedacht und diskutiert.

Am Ende wurden die Potentiale der Istanbul Konvention zwar thematisiert, aufgrund der knappen Zeit jedoch nur oberflächlich diskutiert.

Die bereits im Fragebogen angeklungenen Rahmenbedingungen der Frauenhäuser wurden als Einstieg in das Gespräch gewählt. Das Leben im Frauenhaus ist grundsätzlich eine Notlösung für Frauen, die unmittelbar vor häuslicher Gewalt Schutz suchen, und eigentlich für Familien nicht geeignet. Frauenhäuser böten nicht die Grundlage für einen längeren Aufenthalt – selbst, wenn sie größer wären.

Eine weitere Rahmenbedingung entsteht durch die Hausordnungen der jeweiligen Einrichtungen (Carstensen et al. 2018). Üblicherweise hat jedes Frauenhaus aufgrund seiner demokratischen Organisationsform eine eigene Hausordnung entwickelt, die sich teilweise nur in Formulierungen, teilweise aber auch in den jeweiligen Auslegungen von Regeln

unterscheiden und widersprechen. In einigen Häusern ist die Aufnahme „psychisch kranker, suchtkranker und obdachloser Frauen“ durch die Hausordnung untersagt. Das ist ein Widerspruch zu den Ergebnissen des Fragebogens. In anderen Häusern werden lediglich akut erkrankte Frauen nicht aufgenommen. Manchmal ist die Regelung so formuliert, dass die Frauen in der Lage sein müssen, ihr Leben im Frauenhaus selbstständig zu organisieren. Generell wird aber die Aufnahme von Frauen immer als Einzelfallentscheidung betrachtet. Lediglich eine der Interviewpartnerinnen berichtet, dass „psychisch kranke“ Frauen auf Grund der Hausordnung nicht aufgenommen werden können. Frau Sommer erklärt diese wie folgt:

„Bei uns wird unterschieden ob Frauen mit einer akuten psychischen Erkrankung kommen oder ob eine Frau zwar eine Erkrankung hat, aber ihren Alltag selbstständig im Frauenhaus bewältigen kann.“ (Protokoll FGI 1:29)

Bei der Umsetzung der Hausordnung kommt es zu Konflikten, die von den Mitarbeiterinnen als belastend wahrgenommen werden. Sie können aufgrund der Nutzung von Gemeinschaftsräumen wie Bad, Küche und Wohnzimmer entstehen oder treten aufgrund von unterschiedlichem Sauberkeits- und Ordnungsempfinden auf. Auch Grenzüberschreitungen oder das Bevormunden der anderen Bewohnerinnen sind Gründe für Konflikte, ebenso Rassismus, Erziehungsideale und die unfreiwillige Zugehörigkeit zur Gemeinschaft.

Die Mitarbeiterinnen suchen nach unterschiedlichen Lösungsstrategien. Frauen, die „schwieriger“ sind, bringen das Haus durcheinander und werden individuell durch einen Vertrag oder eine Befristung in die Pflicht genommen.

Konflikte können durch die Hausversammlung gelöst werden, aber das gelingt nicht immer. Oft hemmen sie die Gemeinschaft, aber es können auch produktive Lösungsstrategien entstehen, wenn z.B. der gegenseitige Respekt als Wert verhandelt wird. Dies kann positive Auswirkungen auf die Verarbeitung der häuslichen Gewalt haben. Bewohnerinnen erinnern sich gegenseitig an Konfliktstrategien aus der vorherigen Beziehung und erlernen neue Umgänge.

Wie sich in der Auswertung der Fragebögen zeigt, ist vor allem eine „akute psychische Erkrankung“ oft ein Ausschlusskriterium. Im Interviewverlauf stellte sich heraus, dass es in den Frauenhäusern keine einheitliche Definition von „akut psychisch kranken Frauen“ gibt. Die Mindestanforderung der Häuser ist, wie bereits erwähnt, dass die Frauen selbstständig ihren Alltag bewältigen können. Die Frauenhausmitarbeiterinnen gehen davon aus, dass das Zusammenleben im Haus „ab einem bestimmten Punkt der Erkrankung nicht mehr möglich“ sei. Auch würde der Personalstand nicht ausreichen, um die Frauen zu unterstützen. Eine psychologische bzw. psychiatrische Diagnose kann im Aufnahmegespräch nicht erstellt

werden. Trotzdem versuchen die Mitarbeiterinnen die Verfassung der Frau zu erkennen. Problematische Diagnosen, die in der Fokusgruppendifkussion genannt wurden, sind:

- Psychosen,
- akute Suizidgefahr,
- psychotische Schübe,
- Borderline und Schizophrenie.

Vor allem bei Borderline-Erkrankungen wurde von schwierigen Erfahrungen berichtet. Dies wurde vor allem an einer Stelle der Diskussion deutlich, in der auf die Frage, was ‚akut psychotisch‘ bedeuten würde, das Konfliktverhalten im Zusammenhang mit Diagnosen erläutert wurde:

„Für uns bedeutet es, wenn eine Frau in einer Psychose ist oder sich in einer akuten Suizidgefahr befindet. Wenn Frauen psychotische Schübe haben, da ist das Zusammenleben mit den anderen Bewohnerinnen gar nicht möglich aus unserer Sicht. Und dass wir mit unserem Personalstand gar nicht ausreichende Hilfe anbieten können. Ein Beispiel was mir einfällt ist, dass wir eine Frau hatten, es stellte sich raus, dass eine Borderline-Geschichte dahintersteckte. Das kann ein ganzes Zusammenleben im Haus *sprengen* (das Wort sprengen wurde von anderen Diskussionsteilnehmerinnen reinggerufen) und alle überfordern sage ich mal. Die würde ich noch erwähnen, und nicht nur die ganz akuten Erkrankungen. Sondern auch Krankheiten, in denen man in einer ganz anderen Welt lebt, wie in einer Schizophrenie oder so.“ (Protokoll FGI 15:00)

In der Konsequenz könnten nur Frauen aufgenommen werden, die Einsicht in ihre Krankheit zeigen.

Ein großer Teil des Interviews beschäftigte sich mit der Arbeit im Frauenhaus und ging der Frage nach, welche Formen von Unterstützung gewaltbetroffene Frauen benötigen. Die Frauenhausmitarbeiterinnen waren sich einig, dass gewaltbetroffene Frauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Formen der Unterstützung benötigen. Die Frauen müssten in der ersten Zeit vor allem stabilisiert werden, um sich selbst wieder spüren zu können. An diese Phase schließt sich schnell die bürokratischen Existenzsicherung an, in der viel Unterstützung durch die Frauenhausmitarbeiterinnen nötig ist. Dolmetscher*innen spielen hier eine wichtige Rolle.

Die Partizipation am Gemeinschaftsleben kann auch zu Konflikten führen. Die Mitarbeiterinnen sehen es als Aufgabe der Unterstützung und Stabilisierung, solche Konflikte zu lösen. Dazu zählen Austausch über Konflikte und Formen der Kommunikation, um Reflexionen zu ermöglichen – im Einzelgespräch oder auf der Hausversammlung – sowie das Finden von Kompromissen. Manchmal können einfache Lösungen gefunden werden, wie z.B.

ein Zimmertausch. Im Mittelpunkt der Konfliktbearbeitung steht das Gespräch und das Praktizieren angemessener Kommunikationsformen:

„Überhaupt das Angebot zu geben, zur Sprache kommen zu können. Dass der Mensch sich überhaupt ermutigt wird, über Konflikte in Sprache kommen zu können. Kommunikationsversionen mitzubekommen.“ (Protokoll FGI 1:16:10)

Die Organisation und Stärkung der Gemeinschaft durch Freizeitangebote und Hausversammlungen zählt ebenfalls zu den Aufgaben der Frauenhausmitarbeiterinnen. Die Hausversammlung ist das Kommunikationsforum zwischen den Mitarbeiterinnen und den Bewohnerinnen. Sie variieren zwischen den Frauenhäusern in ihrer Größe, Regelmäßigkeit und dem Grad der Verpflichtung.

Manche Interviewpartnerinnen berichteten auch, dass sie sämtliche Formen der Verpflichtungen für Bewohnerinnen abgeschafft haben, da sie keinen Mehrwert feststellen konnten.

Die Stabilisierung der Frauen in einer Übergangsphase, sollte nicht allzu lange andauern. Für die Frauenhausmitarbeiterinnen steht jedoch fest, dass ihre Arbeit zunehmend durch institutionellen und bürokratischen Druck eingeschränkt würde. So berichtet Frau Donner:

„Mir fällt ein, es wird immer schwieriger den Frauen einfach mal Zeit zu lassen; Zeit lassen damit wir mit den Frauen überhaupt an der Stabilisierung arbeiten können. Es kommt sofort von außen irgendwelcher Druck. Das Jugendamt macht oft sehr schnell Druck bezüglich der Umgänge (...)“ (Protokoll FGI 41:28)

Eine Kollegin ergänzte, dass durch die Vielzahl an bürokratischen Aufgaben, die die Frauen nach ihrer Flucht vor dem Partner regeln müssen, eine strukturelle Verantwortungsverschiebung „vom Täter zum Opfer“ praktiziert wird (Protokoll FGI 55:10). Durch die eingeschränkten finanziellen und personellen Mittel der Frauenhäuser ist eine Rundumversorgung der Frauen oft nicht möglich. Die Mitarbeiterinnen fühlen sich in ihrer Arbeit von außen unter Druck gesetzt. Sie müssen bürokratische Hürden bewältigen und haben kaum Zeit, die Frauen zu sich selbst kommen zu lassen. Frau Schreiber belastete vor allem, dass die Komplexität der Probleme mit der geringen Anzahl an Mitarbeiterinnen nicht zu bewältigen ist:

„Belastend ist auch eine starke Gefährdung einer Frau. Der Zickenkrieg im Haus ist auch schwierig, der in der regelmäßig stattfindet. Es handelt sich auch oft um Übertragungen, die Frauen erleben ein Stückweit das, was sie davor miterlebt haben. Wie bekommen wir das in Griff. Da bräuchten wir einfach mehr Personal, um daran arbeiten zu können.“ (Protokoll FGI 59:40)

Die widrige Situation fordert ein besonderes Engagement der Bewohnerinnen, die individuell die Verantwortung tragen, ihre Situation zu verbessern – dies ist für die Frauenhausmitarbeiterinnen eine unbefriedigende Situation.

Vor allem fehlen Zeit und Kapazitäten, wenn es um die Aufnahme von Frauen mit besonderen Bedürfnissen geht. Dies schränkt das Ziel der Arbeit erheblich ein, jeder Frau Schutz bieten zu können. Frau Kremmer betonte, dass deshalb Frauen mit Beeinträchtigung oft nicht aufgenommen werden könnten, auch wenn sie eigentlich die Forderung der Istanbul-Konvention befürwortet, diskriminierungsfreien Schutz zu bieten. Aus ihrer Erfahrung berichtet sie von einer Vielzahl von Herausforderungen, die einen anderen Personalschlüssel erfordern.

Die Frage nach Inklusion und damit einer Berücksichtigung aller Bedürfnisse, die z.B. durch Behinderungen oder Sucht entstehen, konnte nicht beantwortet werden. Wichtig wäre, einerseits die Fragen der Finanzierung im Rahmen der Istanbul-Konvention zu klären, aber andererseits auch die Stigmatisierungen und Vorurteile nicht einfach zu übernehmen. Auch wurde das Prinzip der Geheimhaltung als Teil der Einschränkungen gesehen, welche die Frauen in ihrem Alltag massiv begrenzen und die Vorurteile gegenüber Frauenhäusern bestärken. Trotzdem wollen die Frauenhäuser die Anonymität der Bewohnerinnen weiterhin wahren. Dies führe zu einem Dilemma, das sich nicht auflösen ließe.

Faktoren, die die Arbeit erleichtern, so die Interviewpartnerinnen, wären:

- ein guter Personalschlüssel,
- ein guter Austausch im Team,
- gesetzliche Veränderungen,
- ausreichende Bezahlung,
- räumliche Veränderungen,
- die Akzeptanz von häuslicher Gewalt als gesellschaftliches Problem sowie
- die Anerkennung in Politik und Gesellschaft, dass Frauenhausarbeit notwendig ist.

Grundsätzlich sei eine verlässliche Finanzierung notwendig, um eine Entlastung bei der Arbeit zu haben. Wichtig sei auch, dass die Frauen im Laufe der Unterstützung die Möglichkeit haben, ein selbstständiges Leben aufzubauen.

Manche Mitarbeiterinnen sprachen von der Möglichkeit, die Selbstwirksamkeit der Frauen zu fördern. Dies würde auch bedeuten, dass eine „Rundum“-Betreuung der Frauen nur eine Ausnahme für besondere Bedürfnisse sein sollte und Frauen vielmehr im Alltag und auf der Hausversammlung Selbstwirksamkeit erfahren und dadurch empowert werden. Zusätzlich müsse eine aktive Täterarbeit stattfinden, die die Frauen entlastet.

Damit die Arbeit nicht als belastend wahrgenommen wird, sei es auch notwendig, dass die Frauenhausplätze barrierefrei sind und Frauen nicht mehr abgelehnt werden müssen. Auch könnten die Teams durch berufsfremde Frauen und eine gute Zusammenarbeit entlastet werden. Wichtig wäre auch, für die Kinder ein gutes Angebot zu ermöglichen. In Bezug auf Anerkennung wünschen sich die Mitarbeiterinnen, als Expertinnen wahrgenommen und anerkannt zu werden. Dieses Wissen müsse auch stärker in den Studiengängen der Sozialen Arbeit vermittelt werden, um besser ausgebildete Frauen einstellen zu können. Eine gute Frauenhausarbeit könnte dann auch eine politische Arbeit mit Visionen sein, die nicht nur mit Fokus auf einzelne Fälle arbeitet, sondern auch gesellschaftliche Strukturen verändert.

4.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Ziel des Forschungsprojektes war es, die konkrete Lebenssituation der Frauenhausbewohnerinnen zu analysieren sowie die Einschätzung der Mitarbeiterinnen zum Umgang mit psychiatrienerfahrenen Frauen zu erfassen. Die Forschungsfragen lauteten im Einzelnen:

- Wie erleben die Frauenhausbewohnerinnen ihren Alltag und welche Erwartungen haben sie an professionelle Hilfe?
- Wie nehmen Frauenhausmitarbeiterinnen ihre Arbeit wahr?
- Sind aus ihrer Sicht für die Arbeit mit psychiatrienerfahrenen Frauen quantitative oder qualitative Unterschiede im Unterstützungsangebot notwendig?

Auf Basis feministischer und intersektionaler Konzepte wurde untersucht, welche Subjektkonstruktionen im Leben des Frauenhauses relevant sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Forschung zusammengefasst und abschließend einige Überlegungen zur Intersektionalität und Gewalt im Unterstützungsnetzwerk der Frauenhäuser formuliert.

4.5.1 Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse

Die Frauenhäuser haben grundsätzlich ein großes Interesse, einen umfassenden Schutz für alle Frauen zu ermöglichen. Dies zeigt sich an der hohen Bereitschaft am Projekt teilzunehmen sowie daran, dass die LAG und die AGFH das Projektteam eingeladen haben, um die Ergebnisse vorzustellen. Auch äußerten die Frauenhausmitarbeiterinnen, dass die vollständige Umsetzung der Istanbul Konvention für sie ein mittelfristiges Ziel der Frauenhausarbeit sei. In der Praxis müssen die Frauenhäuser gegenwärtig auf das medizinische (pathologisierende) Verständnis von psychischen Beeinträchtigungen im Sinne des ICD10 zurückgreifen, um

handlungsfähig zu bleiben. Das hat u.a. auch mit der Zielgruppenorientierung und der daraus abgeleiteten Mittelvergabe zu tun. Die Umsetzung eines politischen, parteilichen Mandats für Frauen mit Psychiatrieerfahrung, die durch geschlechtsspezifische Gewalt *ver-rückt* gemacht werden, ist durch die Ökonomisierung Sozialer Arbeit, sowie die Professionalisierung und Spezialisierung eigentlich nicht mehr möglich. Ursprünglich war das anders. Die Interviewpartnerinnen schätzen den ganzheitlichen und subjektorientierten Ansatz der Frauenhäuser und heben immer wieder hervor, wie sehr die dort erfahrene Akzeptanz, sie in ihrer Handlungsfähigkeit erweitert hat. Vor allem die emotionale Unterstützung durch die Soziale Arbeit und die ganzheitliche (therapeutische⁵) Intervention ist für die Befragten zentral. Die Frauenhausbewohnerinnen wünschen sich sehr Normalität (siehe dazu die Ansätze von Mai-Anh Boger). Die Frage, was ein „Gutes Leben“ (im Sinne der Selbstermächtigung und Erweiterung der Handlungsfähigkeit) im Frauenhaus sein kann, muss politisch diskutiert werden. Dabei schränken die strukturellen Bedingungen in den Frauenhäusern die Erweiterung der Handlungsfähigkeit ein. Fehlende Rückzugsräume sowie zu kleine Gemeinschaftsräume erzeugen Stress und beeinträchtigen das Gemeinschaftsleben. Zu viele unterschiedliche Menschen leben auf engstem Raum, die alle Gewalt erfahren haben, woraus sich wiederum verbindende Aspekte ableiten lassen. Die Interviewpartnerinnen benennen Frauen mit Psychiatrieerfahrung nicht explizit als Problem im Gemeinschaftsleben.

Generell gibt es für gewaltbetroffene Frauen kaum niedrigschwellige Zugänge in die Psychotherapien (Klassismus). An dieser Stelle wird das Gewaltschutzgesetz so unzureichend umgesetzt, dass es für die Frauenhausbewohnerinnen auf ihrem Weg in das Frauenhaus nie eine reale Option war, eine solche Unterstützung zu bekommen.

Obwohl die Entscheidung, in ein Frauenhaus zu fliehen, erst am Ende einer Verkettung von Gewalterfahrungen steht, ist die Unterstützung der Zivilgesellschaft, der Polizei und der Gerichte nicht ausreichend. Das hindert die gewaltbetroffenen Frauen daran, ihre Handlungsfähigkeiten zu erweitern. Ebenso schränkt die Praxis der Jugendämter im Sinne des neuen Kindschaftsrechts, also des Sorge- und Umgangsrechts die Handlungsfähigkeit der gewaltbetroffenen Frauen massiv ein. Hier wird oft die Wechselwirkung von Klassismus, Rassismus und Heteronormativismus sichtbar.

⁵ Das ist schwierig umzusetzen, da Sozialarbeiter*innen keine Therapeut*innen sind.

4.5.2 Theoretische und methodische Schlussfolgerungen

Im Fragebogen wurde der inhaltliche Fehler gemacht, den Fachbegriff vom „Guten Leben“ aus der feministischen Ökonomiekritik und Care-Arbeitsdebatte in eine Frage zu integrieren, ohne zu reflektieren, dass es ein „gutes Leben“ in einem Frauenhaus nicht geben kann. Frau Smith (interviewte Bewohnerin) spricht diese Selbstverständlichkeit aus. Hier hätte nach einem erträglichen oder akzeptablen Leben gefragt werden müssen (deshalb wird im weiteren „akzeptables“ Leben verwendet). Frau Smith antwortet verständlicherweise, dass sie nicht noch einmal in diese Situation kommen möchte, in einem Frauenhaus vor häuslicher Gewalt Schutz suchen zu müssen und dafür ihr Zuhause gegen eine Gemeinschaftsunterkunft ohne Privatheit einzutauschen. Sie kann jetzt die Frauen verstehen, die aus dieser belastenden Situation zu ihrem gewalttätigen Partner zurückkehren.

Durch die falsche Formulierung wurde die Möglichkeit verschenkt, von ihr zu erfahren, wie das Leben in einem Frauenhaus so verbessert werden kann, dass die Sehnsucht nach einem „normalen“ Leben nicht größer wird als die Angst vor der Gewalt.

Die Bedingungen für ein akzeptables bzw. erträgliches Leben im Frauenhaus werden in den Aussagen der Bewohnerinnen höchst individuell formuliert und beziehen sich in hohem Maße auf die Gestaltung des Alltags. Rekurrierend auf das Konzept eines gelingenden Alltags nach H. Thiersch, bedarf es nach W. Wahl „einer Utopie gleichsam (...) eines Fluchtpunktes, von dem her und auf den hin Praxis sich orientieren kann. Umgekehrt kann sich die Utopie nur verwirklichen im alltäglichen `Arrangement des Konkreten´“ (Wahl o.J., S. 9). Das bedeutet, dass ein „akzeptables“ Leben im Frauenhaus sich in möglichen Praxen für gelingenden Alltag im Spannungsfeld zwischen „Gegebenem und Möglichem, Aktuellem und Potentiellem, Vorhandenem und Aufgegebenem“ (Thiersch 2014, S. 26) manifestiert. Das (Aus-)maß des „akzeptablen“ Lebens kann immer nur in der „Dialektik von Erfüllung und Perspektive“ (Thiersch 1986, S. 36 f.) verstanden werden. Die Wahrnehmung, wie ein solches Leben gestaltet sein muss, kann sich nur individuell vollziehen und bewegt sich immer im Dreieck von subjektiven Konstruktionen, normativen Vorstellungen und strukturellen Verhältnissen, sodass das gelingende Leben innerhalb einer intersektionalen Sichtweise auf der Subjektebene entsteht, die Strukturebene aber immer miteinbezieht (vgl. Wahl o.J., S. 7). In der Konsequenz heißt das, dass die Utopie einer inklusiven Umgebung, die ohne Ausnahme Frauen in der Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Gesundheit, ihrer Handlungsfähigkeit und der Umsetzung ihres „guten Lebens“ unterstützt und gleichzeitig strukturelle einschränkende Faktoren politisch und gesellschaftlich erst dekonstruiert und dann überwindet, zum einen den „Fluchtpunkt“ darstellt, auf den verallgemeinertes Handeln und politische Praxen ausgerichtet sind. Zum anderen bildet diese Utopie aber auch die Grundlage, die bedürfnisorientierte

exklusive Angebote ermöglicht, sodass Empowerment und Selbsthilfe sich entfalten. Hierbei ist wichtig zu erkennen, dass eine Orientierung an Bedürfnissen im Frauenhaus sich keineswegs nur auf die Bewohnerinnen bezieht, sondern die Mitarbeiterinnen und die jeweiligen Strukturen mitdenkt. Die Einsicht, dass Frauenhäuser nicht alles machen können, erscheint zunächst als Abwehrhaltung und unsolidarische Aussage. Im Kontext der strukturellen Bedingungen, unter denen Frauenhäuser arbeiten, verbirgt sich dahinter eine Überforderung auf Grund der ökonomischen Bedingungen und der eigenen hohen Ansprüche.

Die Bedürfnisorientierung und der ihr immanente situative Ansatz der Problembewältigung sowie die Grundhaltung, ohne Ausschlüsse arbeiten zu wollen, erfordern ein Umdenken. Nicht mehr der Ausschluss von Gruppen, auf Grund bestimmter zugeschriebener Merkmale (u.a. Diagnosen, Status, Geschlecht...), sondern die Analyse und Reflexion der Verhältnismäßigkeit von Exklusion und Zuschreibung müssen im Fokus stehen. Das bedeutet, sich zum Beispiel die Frage zu stellen, ab wann eigentlich von „psychisch krank“ gesprochen und eine Frau zu einer „schwierigen Frau“ wird (vgl. Carstensen et al. 2018, S. 142), die mit dem Risiko markiert ist, „eventuell den Laden zu sprengen“ und inwieweit diese diskursiv erschaffenen Grenzlinien mit ihren Konsequenzen erst den inhaltlichen Gehalt des zunächst leeren Signifikanten „psychisch krank“ konstruieren. Nach Foucault stellt sich über die diskursive Überbetonung eines (devianten) Merkmals und durch die (sprachliche) Intensität der Reaktion darauf das ganze Ausmaß und das inhaltliche Gewicht der Abweichung erst her (vgl. Foucault 2003a, S. 320 f.). Wie unter Kap. 3 bereits beschrieben, bewirkt die Kenntnis einer Diagnose oft die Naturalisierung der zugeschriebenen Schwierigkeit und „wenn sie [die Frauen] nicht schwierig sind, werden sie es in dem Moment, wo wir diese Information bekommen, sie werden potentiell (sic!) schwierig, und dann ist das Frauenhaus kein angemessener Ort mehr“ (Carstensen et al. 2018, S. 143; Russo 1999, S. 134 zit. nach ebd.). Im Sinne der oben beschriebenen Orientierung an Bedürfnissen und Situationen bzw. Bedingungen, stellt die Exklusion auf Grund der Vorstellung über die Persönlichkeit eines Individuums sowie über die sich daraus scheinbar kausal ergebenden Verhaltensmuster eine diskriminierende Haltung dar, die erstens auf homogenisierenden Annahmen über Gruppen mit bestimmten Merkmalen beruht, und zweitens die betroffene Person in ihrem ganzheitlichen Menschsein in Frage stellt. Dagegen stellt ein Ausschluss, der auf Grund fehlender Ressourcen, die zur Befriedigung der angemeldeten Bedürfnisse nötig wären, stattfindet, eine Exklusion aus strukturellen Gründen dar. Diese Gründe sind weder in dem ausschließenden noch in dem betroffenen Subjekt individuell zu verorten, und betreffen insofern nicht die Identitätsebene. Dennoch vollziehen sich beide Arten des Ausschlusses in der Regel über sprachliche Interaktion und können somit als performative

Sprechakte im Sinne Butlers verstanden werden, die in ihrer Wirkmacht das zu tun in der Lage sind, was sie sagen (vgl. Butler 2016, S. 236): Nämlich den Zugang zu verweigern und damit eine reale Situation zu schaffen, die durch die Betroffene bewältigt werden muss. „Die (...) Identität ist nicht Sache des Einzelnen, sondern immer etwas, das sich zwischen Individuum und Gesellschaft abspielt: Sie ist abhängig von Macht, Diskurs und Norm, wird aber von jedem Menschen auch individuell erfahren, wodurch sie zuweilen anders gelebt wird als gesellschaftlich vorgesehen, was zu Ausschluss und Stigmatisierung führen kann“ (Distelhorst 2009, S. 27). Im Hinblick auf die Identitätskonstruktionen besteht der Unterschied jedoch darin, dass im ersten Fall der Ausschluss der Person mit ihren individuellen Merkmalen verknüpft wird und somit die Schuld am Ausschluss subjektiviert und der Person zugewiesen wird. Damit findet nicht nur eine Reduzierung des Menschen auf ein bestimmtes, den Ausschlag gebendes Merkmal statt, sondern die sicht- und spürbare Wirkmacht ebendieses Merkmals wird als Stigma in den Körper eingeschrieben und wirkt in Zukunft handlungsleitend in Bezug auf die Aufrechterhaltung der eigenen Intelligibilität und Handlungsfähigkeit. Im Falle der Exklusion auf Grund struktureller Verhältnisse findet eine Entkopplung der Person von den Gründen des Ausschlusses statt, da die Begründung nicht in der Person selbst, sondern in den Bedingungen verortet wird. Die Verhältnismäßigkeit der Handlung wird nicht mit der Identität der Betroffenen verknüpft und eine Stigmatisierung kann somit vermieden werden. Der Begriff der Ganzheitlichkeit, der sowohl von den Bewohnerinnen im Zusammenhang mit der Alltagsgestaltung genannt wurde als auch in den Haltungen der Mitarbeiterinnen eine zentrale Rolle spielt, bekommt hier eine weitere Dimension, indem er als Korrektiv für stigmatisierende Sicht- und Handlungsweisen fungieren kann. Dies vollzieht sich, indem sich bewusst gemacht wird, dass für eine ganzheitliche Wahrnehmung nie ein einzelnes Merkmal isoliert herangezogen werden darf, um dies dann als Rechtfertigung für spezialisierte Angebote oder als Legitimation von Ausschlüssen zu verwenden.

5 Handlungsempfehlungen - Praxis

Aus den Ergebnissen werden die folgenden Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet. Es ist dringend notwendig, den geschlechtsspezifischen Gewaltbegriff intersektional zu erweitern und Abschied von dem Gedanken zu nehmen, dass es eine Hierarchie in der Klassifikation von Gewaltbetroffenen gibt. Der erweiterte intersektionale Gewaltbegriff muss auch in den Unterstützungsnetzwerken besser verbreitet werden. Es ist nicht zielführend, darüber nachzudenken, für spezifische Problemlagen extra Strukturen aufzubauen, weil auf diesem Weg immer Menschen mit individuellen Problemlagen zurückgelassen werden müssen.

Es ist nicht zielführend, Extrahäuser für Frauen mit Psychiatrieerfahrung, einer Substanzgebrauchsstörung oder ohne festen Wohnsitz einzurichten. Stattdessen müssen die strukturellen Bedingungen verbessert werden, damit ein intersektionaler Ansatz in der Frauenhausarbeit auch real umgesetzt werden kann. Frauenhäuser müssen einzelfallunabhängig und überregional nach dem 3-Säulen-Modell finanziert und mit einem angemessenen Personalschlüssel ausgestattet werden, um der Prekarisierung der Sozialen Arbeit und der Zunahme von Burnout-Erkrankungen entgegenzuwirken.

Erst wenn die Mitarbeiterinnen die zeitlichen, räumlichen und finanziellen Ressourcen haben, können sie allumfänglich Stigmata abbauen, mit professioneller Nähe (Dörrlamm 2006), statt mit professioneller Distanz arbeiten und in Supervisionen und Fallbesprechungen, die eine intersektionale Perspektive haben, darum ringen, Reifizierungen zu vermeiden und ihrer politischen und feministischen Mandatierung gerecht zu werden.

Es geht um die (Wieder)Aneignung eines Verständnisses, wie Frauen in einer patriarchalen Gesellschaft (Väterbewegung, Familiengerichte, Verfahrensbeistände, Jugendämter, Etablierung rechtskonservativer Familienbilder, Backlash und Genderismen) *ver-rückt gemacht* werden. Benötigt wird keine zunehmende Spezialisierung im therapeutischen Sinne, sondern eine bessere Ausstattung der Unterstützungslandschaft für diese Frauen. Es braucht eine Solidarisierung der Frauenhäuser und Beratungsstellen untereinander aber auch in der Sozialen Arbeit als Ganzes, um die viel zu knappen Mittel zu skandalisieren und der Individualisierung von Problemlagen kritisch gegenüberzutreten. Eine Reflexion des Slogans „Hilfe zur Selbsthilfe“ ist angebracht, da dieser über Aktivierungs- und Selbstverantwortungsdiskurse neoliberal vereinnahmt ist. Eine Wiederaneignung wäre nötig, wobei die intersektionalen Diskriminierungserfahrungen vielmehr ins Zentrum der Arbeit gerückt werden müssen.

Die Istanbul-Konvention wurde mit dem Zweck in Kraft gesetzt, alle Frauen vor allen Formen von Gewalt zu schützen und häusliche Gewalt zu beseitigen. Sie verpflichtet alle Staaten, solche Gewalttaten zu verhindern, zu untersuchen und zu bestrafen sowie in jedem Fall dafür zu sorgen, dass die Opfer entschädigt werden. Die Fokussierung auf binäre (okzidentale) Konstruktionen wie z. B. Frauen und Mädchen ist in den gegenwärtigen heteronormativen Diskursen notwendig, um geschlechtsbezogene Gewalt überhaupt sichtbar zu machen und zu adressieren. Mittel- und langfristig fallen besonders vulnerable Gruppen durch dieses Raster, ihre „besondere“ Vulnerabilität ist oft darin begründet, dass sie zu Minderheiten gehören. Im Absatz 87 von Artikel 12 wird unglücklicherweise nicht versucht, eine besondere Schutzbedürftigkeit neutral zu definieren, sondern über die Aufzählung von Gruppen

festzuschreiben. Diese Aufzählung der potenzielle Opferkategorien führt zu Hierarchien und ungewollten Ausschlüssen (toxisches Statusranking von Vulnerabilitäten), obwohl eigentlich alle Opfer von Gewalt, die sich aus der heteronormativen Mehrheitsgesellschaft legitimiert, gemeint sind (Absatz 1). Da z.B. Frauen ohne Kinder oder Frauen mit Söhnen über 12 Jahren, Student*innen, psychiatriebetroffene Frauen oder trans*, inter- und nicht-binären Menschen nicht genannt werden, werden sie ungewollt dethematisiert.

Wir müssen unseren Ergebnistransfer verändern, um die Spezifik (das besonders Vulnerable) mitdenken zu können, ohne die „quantitative Macht“ einer großen Gruppe aufzugeben.

Auch außerhalb der Sozialen Arbeit muss sich die Gesellschaft ihrer Verantwortung für die Gewaltbetroffenen stellen. Der Zugang zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung und zu den notwendigen Therapieplätze muss deutlich verbessert werden.

Es reicht nicht, die Praxis von Ausländerbehörden, Familiengerichten, Verfahrensbeiständen und Jugendämtern im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen zu skandalisieren, um die Arbeit der Jugendämter durch Netzwerkarbeit, Fortbildung und Forschung zu verändern. Ebenso ist es im Sinne der Istanbul-Konvention notwendig, dass sich auch die Praxis der Ausländerbehörden ändert, um auch Frauen ohne deutsche Staatsbürgerschaft diskriminierungsfreien Schutz zu gewähren. Es braucht Budgets für die verpflichtende Fortbildung anderer Institutionen zur Sensibilisierung für die Situationen von gewaltbetroffenen Frauen, damit diese nicht länger nur als Untergruppe im Handlungsschema der Institution bearbeitet werden, sondern als komplexes Einzelschicksal wahrgenommen werden, das nur gelöst werden kann, wenn jede Institution ihren Beitrag leistet. Hier agieren die Frauenhausmitarbeiterinnen als professionelle Expertinnen und müssen auch entsprechend unterstützt und vergütet werden.

6 Intersektionales Frauenhaus: Utopie - Heterotopie?

Nach Michel Foucault sind Utopien Platzierungen ohne Orte und stellen unwirkliche Räume dar. Sie sind entweder Gegenentwürfe oder Perfektionierungen der realen gesellschaftlichen Verhältnisse (vgl. Foucault 2003b, S. 935). Dagegen beschreibt er existierende wirksame Gegenorte als Heterotopien, also „andere Orte“. Dies können Orte sein, „an denen man Menschen unterbringt, deren Verhalten vom Durchschnitt oder von der geforderten Norm abweicht“ (ebd. 937) oder aber Orte, die Räume darstellen, „die solchen Leuten vorbehalten sind, welche sich im Verhältnis zu der Gesellschaft oder dem Milieu, in denen (sic!) sie leben, in einem Krisenzustand befinden“ (ebd. S. 936)⁶. Heterotopien sind keine statischen Räume,

⁶ Foucault unterscheidet zwischen Krisenheterotopien und Abweichungsheterotopien.

sondern funktionieren immer im Verhältnis zu den Dynamiken einer Gesellschaft als Orte des Widerstandes oder als totale Einrichtungen, welche die heterogene Wirklichkeit, innerhalb derer sie existieren, leugnen müssen. Heterotopien „setzen stets ein System der Öffnung und Abschließung voraus, dass sie isoliert und zugleich den Zugang zu ihr ermöglicht“ (ebd. S. 940). Der Ort Frauenhaus stellt eine Heterotopie dar, die gerade durch ihre Zugangsmöglichkeiten wesentlich gekennzeichnet ist. Grundsätzlich steht die Einrichtung jeder von Gewalt betroffenen Frau offen, aber gleichzeitig finden Ausschlüsse sowohl vor dem Zutritt als nach dem Eintreten in das System Frauenhaus statt. Eingebettet in die Veränderungen der systemumgebenden Verhältnisse und im Anschluss an die Idee der Utopie als Fluchtpunkt respektive langfristiges Ziel, kann die Entwicklung der Frauenhäuser in der Vergangenheit, gegenwärtig und in der Zukunft als stetiges Ringen um die Verbesserung der Heterotopie im Sinne der Utopie verstanden werden. Konkret bedeutete das, dass es 2020 die Utopie von einer Gesellschaft gibt, die häusliche Gewalt als ein strukturelles Problem einer kapitalistischen Gesellschaft, die von heteronormativer Männlichkeit geprägt ist, anerkennt. Intersektionale Lösungsansätze sind selbstverständlich und alle Gewaltbetroffenen finden jederzeit Zugang zu individuellen Schutz- und Empowermentmaßnahmen. Eine Heterotopie im Jahr 2050 sähe folgendermaßen aus: Es gibt ein bundesweites System zur Betroffenenversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfall- und Bereitschaftsdiensten, die auch entsprechend vergütet werden. Alle beteiligten Institutionen arbeiten nach einheitlichen internen Leit- oder Richtlinien (*policy*) für eine subjektorientierte, betroffenendominierte, niedrighschwellige, anonyme, bedarfsorientiert und flächendeckende Einzelfallbetreuung. Die Anlaufstellen für Gewaltbetroffene arbeiten vor Ort und sind autonom, werden aber trotzdem verlässlich finanziert und sind mit anderen Institutionen vernetzt. Es gibt eine ausreichende Anzahl von gut ausgebildeten und gut bezahlten Mitarbeiter*innen und Honorarkräften, die ausreichend Ressourcen haben um mit „professioneller Nähe“ zu arbeiten. Sie können auf einen Pool an Wohnungen und betreuten Wohnprojekten mit Appartements zugreifen und haben Zugriff auf ein umfassendes und jederzeit verfügbares Präventions- und Therapieangebot. Ambulante und stationäre Nachsorgeeinrichtungen, die mit Rehamaßnahmen oder Kuren zu vergleichen sind, sind elementarer Bestandteil der Arbeit ebenso wie ein permanent verfügbarer Kontakt zu professionellen und motivierten Ansprechpartner*innen in allen öffentlichen Ämtern und Einrichtungen.

Von der Utopie zur Heterotopie 1976 – 2020

Utopie 1976:

- Gewalt gegen Frauen in Beziehungen ist kein privates, sondern ein gesellschaftliches Problem,
- Es braucht Zufluchtsräume und Orte der ideologiefreien Hilfe für Frauen und ihre minderjährigen Kinder
- Akzeptanz und Finanzierung durch Gesellschaft

Heterotopie 2020:

- 353 Frauenhäuser und 41 Zufluchtwohnungen bieten:
 - Unmittelbaren Schutz,
 - Hilfe für misshandelte Frauen und ihre Kinder durch Unterstützungsleistungen zur Wiedergewinnung des psychischen Gleichgewichts,
 - Beratung in familien- und sozialrechtlichen Angelegenheiten sowie zur psychischen und körperlichen Gesundheit, pädagogische Kinderbetreuung,
 - Hilfe bei der Wohnungssuche und Beratung nach der Frauenhauszeit
- Es fehlen mehr als 14.600 Schutzplätze,
- Multiple Problemlagen können nicht berücksichtigt werden,
- Bundesregierung hat „Istanbul-Konvention“ ratifiziert



Von der Utopie zur Heterotopie 2020 - 2050

Utopie 2020:

- Häusliche Gewalt wird als strukturelles Problem einer Gesellschaft anerkannt, die von heteronormativer Männlichkeit geprägt ist.
- Intersektionale und feministische Lösungsansätze sind selbstverständlich.
- ALLE Gewaltbetroffenen finden jederzeit Zugang zu individuellen Schutz- und Empowermentmaßnahmen.

Heterotopie 2050:

- Bundesweites System zur Betroffenenversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Notfall- und Bereitschaftsdienste:
- Policy (interne Leit- oder Richtlinie):
 - Subjektorientierte, betroffenendominierte, niedrigschwellige, anonyme, bedarfsorientierte und flächendeckende Einzelfallbetreuung
 - Autonome Arbeit vor Ort,
 - Verlässliche Finanzierung und institutionalisierte Vernetzung,
 - Gut ausgebildete und bezahlte Mitarbeiter*innen und Honorarkräfte in ausreichender Anzahl arbeiten mit „professioneller Nähe“,
 - Pool an Wohnungen und betreuten Wohnprojekten mit Appartements,
 - Umfassende und jederzeit verfügbare Präventions- und Therapieangebote
 - Ambulante und stationäre Nachsorgeeinrichtungen (vgl. mit Rehamassnahmen oder Kuren)
 - Professionelle und motivierte Ansprechpartner*innen in allen öffentlichen Ämtern und Einrichtungen



Abbildung 1: Von der Utopie zur Heterotopie (Kathrin Schrader)

Literaturverzeichnis

- Akbaş, Bedia; Leiprecht, Rudolf (2017): Alltägliche Phantasien und Mythen zu Kultur und Sprache. In: Donja Amirpur und Andrea Platte (Hg.): *Inklusive Kindheit*. Ein Handbuch. Opladen: Barbara Budrich, S. 422–446.
- Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ (2007): Projekt Verbesserung der Angebote für gewaltbetroffene Frauen in der psychiatrischen Versorgung in Berlin. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. 2. Aufl. Hg. v. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Berlin. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewiA1diH_6DdAhWDb1AKHUrqAhcQFjABegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.berlin.de%2F1b%2Fpsychiatrie%2F_assets%2Fveroeffentlichungen%2Ffachveroeffentlichungen%2Fbestandsaufnahme_zur_versorgungssituation_von_frauen.pdf&usg=AOvVaw2-BcCqOxBphVwkpHT1Efyn, zuletzt geprüft am 06.03.2023.
- Bergdoll, Karin; Namgalies-Treichler, Christel (1987): *Frauenhaus im ländlichen Raum*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bessy, Albrecht-Ross (2003): Die Geschichte der Frauenhäuser und Psychiatriebetroffene Frauen im Frauenhaus. Homepage der Zentralen Informationsstelle Autonomer Frauenhäuser (ZIF). Online verfügbar unter https://autonome-frauenhaeuser-zif.de/wp-content/uploads/2021/05/af_02_ross.pdf, zuletzt geprüft am 06.03.2023.
- Boger, Mai-Anh (2018): Depathologisierung – Diagnostik der emotionalen und sozialen Entwicklung im inklusiven Kontext. In: *Zeitschrift für Inklusion* (3). Online verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/462/364>, zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Boger, Mai-Anh (2017): Theorien der Inklusion – eine Übersicht. In: *Zeitschrift für Inklusion*. Online verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/413/317>, zuletzt geprüft am 06.03.2023.
- Boger, Mai-Anh (2015): Das Trilemma der Depathologisierung. In: Cora Schmechel, Fabian Dion, Kevin Dudek und Mäks* Roßmölle (Hg.): *Gegendiagnose*. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie. 1. Auflage. Münster: Edition Assemblage (Get well soon, Band 1), S. 268–288.
- Brieger, Peter (2016): Wofür wir Diagnosen brauchen – und warum wir ihnen misstrauen sollten. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*. *Zeitschrift für kritische Psychologie* (4), S. 16–19.

- Brückner, Margrit (1983): Die Liebe der Frauen. Über Weiblichkeit und Mißhandlung. Frankfurt am Main: Verlag Neue Kritik.
- Brügge, Claudia; Schwarzer, Alice (Hg.) (1999): Frauen in ver-rückten Lebenswelten. Ein Lesebuch zu Frauen und Psychiatrie. Wildwasser Bielefeld e.V. 1. Aufl. Bern: eFeF-Verl.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Kurzfassung. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-beeintraechtungen-und-behinderungen-in-deutschland-80576>, zuletzt geprüft am 06.03.2023.
- Butler, Judith (2016): Souveräne performative Sprechakte. In: D. Kimmich, S. Lavorano und F. Bergmann (Hg.): Was ist Rassismus? Kritische Texte: reclam (Reclams Universal-Bibliothek), S. 229–243.
- Butler, Judith (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Carstensen, Melinda; Micus-Loos, Christiane; Oeverdiek, Lena; Schrader, Kathrin (2018): Intersektionalität – ein Denkanstoß für eine kategoriesensible Frauenhausarbeit. In: Gaby Lenz und Anne Weiss (Hg.): Professionalität in der Frauenhausarbeit. Aktuelle Entwicklungen und Diskurse, Bd. 7. Wiesbaden: Springer VS, S. 135–155.
- Dackweiler, Regina-Maria; Schäfer, Reinhild (Hg.) (2002): Gewalt-Verhältnisse. Feministische Perspektiven auf Geschlecht und Gewalt. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Degele, Nina; Winker, Gabriele (2007): Intersektionalität als Mehrebenenanalyse. Unter Mitarbeit von TUHH Universitätsbibliothek. Online verfügbar unter https://tore.tuhh.de/bitstream/11420/384/1/Intersektionalitaet_Mehrebenen.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2023.
- Distelhorst, Lars (2009): Judith Butler. Stuttgart: UTB (UTB Profile, 3038).
- Dörrlamm, Martin (2006): Professionelle Nähe - auf Distanz zum Status quo. In: *Widersprüche - Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich* 26 (100), S. 155–160, online verfügbar unter <http://www.doerrlamm.de/Pdf/Widersprueche.pdf>, zuletzt geprüft am 06.03.2023.
- Elberts, Thomas (2019): Häusliche Gewalt (mit)erleben – Wechselwirkung zwischen Erleben, Verhalten und Genetik. Großer Fachtag 2019. Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt, 26.09.2019. Online verfügbar unter

- hessen.de/veranstaltungen/veranstaltungen/2019-09-26-100000-dokumentation-des-fachtags-der-lks-2019, zuletzt geprüft am 03.11.2020.
- Faulkner, Alison (2004): The ethics of survivor research: Guidelines for the ethical conduct of research carried out by mental health service users and survivors. Bristol: Policy Press. Online verfügbar unter <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwip6t2sxezcAhVBDewKHbd7BcIQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.jrf.org.uk%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fjrf%2Fmigrated%2Ffiles%2F1861346662.pdf&usg=AOvVaw3JAnLFcfXmFCLX5ShwgdIK>, zuletzt geprüft am 09.03.2023.
- Flick, Sabine (Hg.) (2021): Zur Kritik der partizipativen Forschung. Forschungspraxis im Spiegel der Kritischen Theorie. Juventa Verlag. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz GmbH & Co. KG.
- Foucault, Michel (2003a): Das Leben der infamen Menschen. In: Francois Defert und Ewald Francois (Hg.): Schriften. Dits et Ecrits, Bd. 3. 4 Bände. Frankfurt: Suhrkamp, S. 309–332.
- Foucault, Michel (2003b): Von anderen Räumen. In: Francois Defert und Ewald Francois (Hg.): Schriften. Dits et Ecrits, Bd. 4. 4 Bände. Frankfurt: Suhrkamp, S. 931–942.
- Foucault, Michel (1973): Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Frauenhauskoordinierung e.V. (2015): Handreichung. Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.frauenhauskoordinierung.de/fileadmin/redakteure/PDF/FHK_handreichung-2015_web.pdf, zuletzt geprüft am 04.03.2023.
- Goffman, Erving (1973): Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gorn, Gabriele (2015): Häusliche Gewalt und Polizeirecht. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Hagemann-White, Carol (2002): Gewalt im Geschlechterverhältnis als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung: Rückblick, gegenwärtiger Stand, Ausblick. In: Regina-Maria Dackweiler und Reinhild Schäfer (Hg.): Gewalt-Verhältnisse. Feministische Perspektiven auf Geschlecht und Gewalt. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 29–53.

- Hagemann-White, Carol (1981): Hilfen für mißhandelte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Frauenhaus Berlin. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hankivsky, Olena; Jordan-Zachery, Julia S. (Hg.) (2019): The Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy. Cham: Springer International Publishing (The Politics of Intersectionality).
- Hölling, Iris (2010): Krisenintervention - (k)ein Angebot für Psychatriebetroffene. In: Wolf Ortiz-Müller, Ulrike Scheuermann und Silke Birgitta Gahleitner (Hg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Klinische Praxis), S. 152–158.
- Hölling, Iris (1999): Die Diagnosebrille. Zur Funktion und Problematik psychiatrischer Diagnosen. In: Claudia Brügge und Alice Schwarzer (Hg.): Frauen in ver-rückten Lebenswelten. Ein Lesebuch zu Frauen und Psychiatrie. 1. Aufl. Bern: eFeF-Verl.
- Holzcamp, Klaus (1985): Grundkonzepte der Kritischen Psychologie. In: Diesterweg-Hochschule (Hg.): Gestaltpädagogik – Fortschritt oder Sackgasse. Berlin: GEW Berlin, S. 13–19. Online verfügbar unter <https://www.kritische-psychologie.de/1985/grundkonzepte-der-kritischen-psychologie>, zuletzt geprüft am 04.03.2023.
- Holzcamp, Klaus (1984): Gesellschaftliche Widersprüche und individuelle Handlungsfähigkeit. In: Ulrike Eichinger und Klaus Weber (Hg.): Soziale Arbeit. Hamburg: Argument Verlag, S. 16–40.
- hooks, bell (2000): Where we stand: Class matters. New York: Routledge.
- hooks, bell (1990): Schwesterlichkeit: Politische Solidarität unter Frauen. In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis (13), S. 77–92.
- Horkheimer, Max (1968): Psychoanalyse in der Sicht der Soziologie. In: Brede und Werner (Hg.): Gesellschaft im Übergang. Aufsätze, Reden und Vorträge 1942-1970. Frankfurt am Main.
- Kirchhoff, Sabine; Kuhnt, Sonja; Lipp, Peter; Schlawin, Siegfried (2010): Der Fragebogen. Wiesbaden: VS Verlag.
- Mönig, Ulrike (2012): Häusliche Gewalt und Strafverfolgung. Eine Justizaktenanalyse. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos (Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsoptionen, Band 51).
- Pembroke, Louise (1994): Self-Harm: Perspectives From Personal Experience.

- Petran, Anna; Thiel, Johanna L. (2012): Weiterentwicklungen und (neue) Widersprüche – eine Einleitung zu queer-feministischen Gewaltdebatten. In: Gender Initiativkolleg (Hg.): Gewalt und Handlungsmacht. Queer-Feministische Perspektiven. Frankfurt, New York, S. 9–21.
- Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rubinsztajn, Zofia (2012): Für eine politische Selbsthilfe kämpfen. In: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (Hg.): Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Unter Mitarbeit von Jasna Russo, S. 76–79.
- Russo, Jasna (2016): Betroffene in der psychiatrischen Forschung. Infragestellung oder Erweiterung des biomedizinischen Diskurses? In: *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* (2), 32-34.
- Russo, Jasna (2012a): Psychatriebetroffene in der Forschung zu Zwang und Menschenrechten. Psychiatrie-Jahrestagung 2012 des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe. Karlsruhe.
- Russo, Jasna (2012b): Survivor-Controlled Research: A New Foundation for Thinking about Psychiatry and Mental Health. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 13, No 1 (2012): Participatory Qualitative Research. DOI: 10.17169/FQS-13.1.1790.
- Russo, Jasna (1999): Keine Sonderbehandlung. Besonders bin ich schon. In: Claudia Brügge und Alice Schwarzer (Hg.): Frauen in ver-rückten Lebenswelten. Ein Lesebuch zu Frauen und Psychiatrie. 1. Aufl. Bern: eFeF-Verl., S. 126–262.
- Sauer, Birgit (2011): Migration, Geschlecht, Gewalt. Überlegungen zu einem intersektionellen Gewaltbegriff. In: *Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 3 (2), S. 44–60.
- Schmidt, Julia; Schrader, Kathrin (2018): Kritische Psychologie in der Frauenhausarbeit. - ein Ansatz zur Überwindung von Herrschaftsverhältnissen. In: Gaby Lenz und Anne Weiss (Hg.): Professionalität in der Frauenhausarbeit. Aktuelle Entwicklungen und Diskurse. Wiesbaden: Springer VS, S. 187–203.
- Schrader, Kathrin (2013): Drogenprostitution. Eine intersektionale Betrachtung zur Handlungsfähigkeit drogengebrauchender Sexarbeiterinnen. Berlin, Bielefeld: transcript.
- Schrötte, Monika (2017): Gewalt in Paarbeziehungen. Expertise für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Technische Universität Dortmund. Online verfügbar unter

<https://www.gleichstellungsbericht.de/kontext/controllers/document.php/35.b/6/895b92.pdf>, zuletzt geprüft am 09.03.2023.

Schröttle, Monika; Ansorge, Nicole (2008): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93968/f832e76ee67a623b4d0cfd3ea952897/gewalt-paarbeziehung-langfassung-data.pdf>, zuletzt geprüft am 06.03.2023.

Schröttle, Monika; Khelaifat, Nadia (2007): Gesundheit - Gewalt - Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/93964/gesundheit-gewalt-migration-langfassung-studie-data.pdf>, zuletzt geprüft am 09.03.2023.

Schröttle, Monika; Müller, Ursula (2004): Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung Endbericht. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/94206/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf>, zuletzt geprüft am 06.03.2023.

Schulz, Marlen; Mack, Birgit; Renn, Ortwin (Hg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer VS

Seith, Corinna (2003): Öffentliche Interventionen gegen häusliche Gewalt. Zur Rolle von Polizei, Sozialdienst und Frauenhäusern. Frankfurt am Main: Campus-Verl. (Campus-Forschung, 864).

Smith, Dorothy E. (1998): Der aktive Text. Eine Soziologie für Frauen. 1. Aufl. Hamburg: Argument-Verl. (Argument-Sonderband).

Spivak, Gayatri Chakravorty (1985): Subaltern Studies. Deconstructing historiography. In: D. Landry und G. MacLean (Hg.): The Spivak Reader. London, S. 203–236.

Teubner, Ulrike (1988): Männerleid und Männerfreud. Einige Aporien von Macht und Individuum. In: Carol Hagemann-White und Maria Rerrich (Hg.): FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion. Bielefeld, S. 26–40.

- Thiersch, Hans (2014): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Edition Soziale Arbeit).
- Thiersch, Hans (1986): Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Weinheim: Beltz Juventa (Edition Soziale Arbeit).
- Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (Hg.) (2012): Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Unter Mitarbeit von Jasna Russo.
- Wahl, Wolfgang (o.J.): Gelingendes Leben als Leitperspektive Sozialer Arbeit? Ein Beitrag zur sozialarbeitswissenschaftlichen Theoriebildung. Online verfügbar unter. Online verfügbar unter <http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/gelingen.PDF>, zuletzt geprüft am 08.03.2023.
- Winker, Gabriele; Degele, Nina (2009): Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheit. 1. Aufl. Bielefeld: transcript.
- Witzel, Andreas (2000): The Problem-Centered Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 1, No 1 (2000): Qualitative Research: National, Disciplinary, Methodical and Empirical Examples.