

Barbara Bojack (Hrsg.)

Gewalt und ihre Folgen

Traumafolgestörungen und Bewältigungsstrategien

ZKS Verlag für psychosoziale Medien



Gewalt und ihre Folgen

Traumafolgestörungen und Bewältigungsstrategien

Herausgegeben von Barbara Bojack



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Barbara Bojack (Hrsg.)

Gewalt und ihre Folgen

Traumafolgestörungen und Bewältigungsstrategien

Alle Rechte vorbehalten

© 2021 Barbara Bojack

ISBN 978-3-947502-60-8

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat und Mitarbeit: Emmelie Katharina Vogeley

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

info@zks-verlag.de

Inhalt

VORWORT	9
----------------------	---

KINIKANWO I. GREEN / ROSEMARY OGU

Consequences of Violence against Women

A Coup against Women's Health	13
-------------------------------------	----

1. Introduction.....	13
1.1 Methodology	15
1.2 Result and Discussion	15
1.3 Types of Violence.....	16
2. Consequences of Violence against Women	17
2.1. Physical Health Consequences	17
2.2. Gynecological and Reproductive Health Consequences.....	18
2.3. Mental and Emotional Health Consequences.....	19
2.4. Children's Health And Wellbeing Consequences.....	20
3. Conclusion	21

KARSTEN GIERTZ

Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und Trauma	25
---	----

1. Einleitung	25
2. Wohnungslosigkeit in Europa und Deutschland.....	26
3. Erkenntnisse aus der psychiatrischen Wohnungslosenforschung.....	30
3.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen	30
3.2 Traumatische Erfahrungen und Wohnungslosigkeit.....	34
3.3 Inanspruchnahme psychosozialer und psychiatrischer Versorgung.....	36
4. Konsequenzen für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung und Bedeutung potentieller Traumatisierung.....	37

VERENA KOLBE

Häusliche Gewalt gegen Männer.....	45
1. Einleitung.....	45
Fallbeispiel	48
2. Medizinisch-therapeutische Relevanz.....	50
Fallbeispiel	54
3. Fazit.....	56
Anlage.....	60

MARTINA MERTEN

Therapien und Fallbeispiele bei Schwertraumatisierten auf den Philippinen	61
1. Philippinen als „Hotspot“ für Online Sexual Exploitation of Children (OSEC).....	61
2. Begrenztes Angebot an staatlichen und privaten Reha- Einrichtungen	62
3. Arten von Traumata und Verhaltensauffälligkeiten	62
4. Therapieansätze auf den Philippinen.....	64
5. Erklärungsansätze für hohe OSEC-Prävalenz auf den Philippinen	65
6. Prävention und Bekämpfung: Eine neue Ära hat begonnen.....	65

INGRID BRAUNBARTH

„Leibhaftige“ Traumabewältigung Wie der Körper vom Feind zum Verbündeten wird.....	73
1. Wozu den Körper einbeziehen?	73
2. Wie zeigen sich die Symptome von Traumafolgestörungen im leiblichen und zwischenmenschlichen Erleben und Verhalten?	75
2.1 Deregulierung des autonomen Nervensystems	77
2.2 Die Sinne.....	79
2.3 Intrusionen, Flash-backs, Körpererinnerungen	80
2.4 Der Körper als vermeintlicher Feind	81
2.5 Verlust des Vertrauens und der Bindungsfähigkeit.....	82
2.6 Täterintjekte und destruktive Glaubenssätze	82

3. Welche Ziele und Mittel sind durch die Körperorientierung möglich?	86
4. Behandlungsprinzipien	97

JÜRGEN DITTMAR im Gespräch mit Barbara Bojack

Experteninterview zum Thema

Umgang mit Folgeschäden nach Trauma.....	103
--	-----

1. Wie kann sich der Umgang mit Folgeschäden nach Trauma gestalten?	103
2. Fallen besondere Verhaltensweisen bei Menschen auf, die ein Trauma erlitten haben?.....	104
3. Wie betrachtet man die Problematik von diagnostischer Seite?.....	107

ULRIKE WICHTMANN

Erste Hilfe für traumatisierte Menschen.

Weichenstellung in der Stabilisierungsphase nach Flucht und

Gewalterfahrungen	109
-------------------------	-----

1. Einleitung	109
2. Erste Hilfe für traumatisierte Menschen	110
2.1 Trauma-Definition nach dem DSM-IV	110
2.2 Helfen als antitraumatische Haltung.....	114
2.3 Komplikationen beim Helfen	114
3. Zusammenfassung	116
3.1 Anmerkungen zur alltäglich transportierten Gewalt in den Medien.....	117
Anhang	119
Übungen	120

BARBARA BOJACK

Folgen von traumatischen Belastungen in der

Kindheit am Beispiel des Diabetes	123
---	-----

BARBARA BOJACK

Frühe Traumatisierung und Folgen zum Beispiel Demenz..... 127

1. Einführung..... 127

2. Folgen von Belastungen in der Kindheit und Risiko für psychische und somatische Erkrankungen 128

 2.1 Vorstellung vom Mechanismus..... 128

 2.2 Begriffsklärung..... 129

 2.3 Vorkommen von Traumatisierung..... 130

 2.4 Befunde 131

 2.5 Befunde bei den bildgebenden Verfahren und bei Laboruntersuchungen..... 132

 2.6 Verlauf der Symptomatik bei PTBS 135

 2.7 Vorstellung von der Dynamik..... 136

 2.8 Was sind mögliche Risikofaktoren?..... 136

 2.9 Was sind Schutzfaktoren? 139

 2.10 Traumareaktivierung 139

 2.11 Weshalb sollte die PTBS behandelt werden?..... 141

 2.12 Möglichkeiten der Behandlung 143

3. Schluss 145

SCHLUSSBETRACHTUNG 157

VORWORT

Gewalt gegenüber anderen Menschen, um die es hier geht, geschieht vielfach im Verborgenen, so gegenüber Kindern, Frauen und Männern.

Wahrscheinlich bedingt durch Scham und Schuld kommt sie relativ selten ans Tageslicht. Häufig spielen auch Hierarchien eine Rolle, die Übergriffe zulassen.

Insofern bildet sich quasi ein vor Öffentlichmachung „schützender“ Rahmen oder Raum um das Geschehen.

Dies zeigt sich im Familienclan, der sich wie eine schützende Wagenburg, aus der nichts herausdringen oder hereinkommen soll, um die Betroffenen bildet ebenso wie in der katholischen Kirche (Dreßing et al., 2018). Letztere ist es gewohnt, ihre Taten zu vertuschen, zu verheimlichen, zu ignorieren und zu verschweigen. Erst vor etwa einem Jahr wurden die bislang geheim gehaltenen Archive den Forschern für einige Tage im Vatikan zu Rom geöffnet, um dann wieder geschlossen zu werden.

Z. B. der Bischof in Köln gibt zwar eine Untersuchung im Zusammenhang mit dem Missbrauch in Auftrag, ist aber keinesfalls bereit, die Ergebnisse zu veröffentlichen (Bayerischer Rundfunk, 2020). Ein üblicher Umgang. Hier weiß der Kölner Bischof, sich durch die Regeln und Gesetze der Kirche geschützt und in üblicher Weise von den gewohnten Geheimhaltungsregeln umgeben und geborgen.

In diesem Buch werden die Folgen, also die der Gewalt folgenden Erkrankungen auf psychischem und somatischem Gebiet dargelegt.

Eine bislang wenig beachtete Opfergruppe wird vorgestellt: die Männer. Es gibt wenig Studien dazu, eine wichtige ist die Studie Gewalt gegen Männer (Gewalt gegen Männer in Deutschland, 2004). Es gibt ein großes Dunkelfeld, das Ausmaß ist noch unklar.

Mittlerweile steigt die Zahl der Einrichtungen, die Menschen nach Traumatisierung behandeln.

Vielfach ist es jedoch nicht möglich, den Traumatisierten eine Behandlung anzubieten, da die Zahl der Patienten zu hoch ist oder einfach die notwendigen Ressourcen fehlen. Dies gilt besonders für die Opfer des Sextourismus nach Asien und die Darsteller in Film, Videos und in Medien, die sich dafür häufig nicht nur freiwillig und zwanglos zur Verfügung stellen.

Dass Behandlung möglich ist, auf welchen verschiedenen Wegen und mit welchen Methoden, wird hier aufgezeigt.

Denn nur was bekannt gemacht wird, kann bearbeitet und einer Behandlung zugänglich werden.

Barbara Bojack im Sommer 2021

Literaturverzeichnis

- Bayerischer Rundfunk (2020). Wie Kardinal Woelki an der Missbrauchsaufarbeitung scheitert. Online : <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/wie-kardinal-woelki-an-der-missbrauchsaufarbeitung-scheitert>, SKZi2TF. (25.01.2021).
- Dreßing, H., Salize, H. J., Dölling, D. & Hermann, D. (2018). Sexueller Missbrauch an Minderjährigen durch katholische Priester, Diakone und männliche Ordensangehörige im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz. Mannheim, Heidelberg, Gießen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Pilostudie.

Consequences of Violence against Women

A Coup against Women's Health

KINIKANWO I. GREEN
ROSEMARY OGU

1. Introduction

Violence against women has remained a severe global challenge involving all regions and socio-economic classes. The United Nations regards it as an infringement of the human rights of women, particularly regarding their rights to equal opportunity, safety, autonomy, integrity, and dignity (United Nations, 2020).

It is profoundly entrenched in our socio-economic and cultural norms and results in disparity in power between men and women. Violence is, therefore, both a demonstration of gender inequality and a means to maintain the power disparity (Watts, C. & Zimmerman, C., 2002). It is characterized by a tradition of silence and denunciation of the seriousness of the health implication of abuse. Also, powerful institutions that should promote gender parity like the state, families, and law enforcement agencies often conspire to maintain the practice of violence against women (Heise et al., 1994)

Unfortunately, some societies still view violence against women as a corrective means by the male folks to ensure an age-long societal norm of male dominance is maintained and practiced.

Globally, and in Nigeria, there is a gross under-reporting of violence against women (Bojack, B. & Heitmeier, T., 2016; Fawole et al., 2005; Aimakhu et al., 2004; Ikeme, A. C. & Ezegwui, H. U., 2003; Okemgbo et al., 2002). The incidence in Nigeria varies between regions, with a range of 11-79 % (Bojack, B. & Heitmeier, T., 2016; Fawole et al., 2005, Aimakhu et al., 2004; Ikeme, A. C. &

Ezegwui, H. U., 2003). This wide range is because there is no consensus method for estimating and reporting violence against women. According to the WHO, surveys around the world reveal about 10-69 % of women report being physically assaulted by an intimate male partner at some point in their lives (Bojack, B. & Heitmeier, T., 2016). The UN Declaration on the Elimination of Violence Against Women defines violence against women as any act of gender-based violence that results in or is likely to result in, physical, sexual, or psychological harm or suffering to women (United Nations, 1993). This declaration regards violence as acts that cause or can cause damage and injury. It further highlights the opinion that these acts are deeply entrenched in sex inequality.

Practically, the term violence against women includes a spectrum of harmful acts targeted at women and girls, ranging from sex-selective abortion to the abuse of elderly women.

It also includes specific forms of abuse such as female genital cutting, dowry deaths, acid throwing, and honor killings (the murder of women who have allegedly brought shame to their family) that are explicit to certain regions and geographical locations. In addition, it includes other forms of violence that are prevalent globally, such as domestic violence and rape.

There is a wide range of potential perpetrators of these harmful acts. Ironically by people who should be protective of their loved ones. They include spouses and partners, parents, other relatives, neighbors, teachers, employers, and law enforcement agents.

Violence against women is not only a demonstration of sex disparity but also serves to maintain this unequal balance of power. In some instances, culprits deliberately use violence as a tool for intimidation. For example, violence by intimate partners is often used to demonstrate and impose a man's position as head of the family or relationship. In some other forms of violence, the subordination of women might not be the perpetrator's overt motivation but is nevertheless an outcome of his actions. For example, a man who rapes a woman whom he judges to be sexually provoking might justify his action as a suitable penalty for her indiscretion of socially determined rules of female behavior.

Women themselves frequently fail to confront the accepted norms of female behaviour set by the male folks because of the fear of being attacked or raped. Thus, women's disproportionate status helps to create their susceptibility to violence, which in turn fuels the cruelty perpetrated against them.

This review is borne out of the need to evaluate the consequences of violence against women globally, especially in the sub-Saharan region of Africa where gross under-reporting is experienced due to cultural and religious factors.

1.1 Methodology

This review used articles from various search engines including google scholar, medline, and other computerized databases. The keywords used for the search include; violence against women, domestic violence, intimate partner violence, consequences of violence against women. Relevant articles matching these keywords were included in the review. The period under review was between 2000 to 2020.

1.2 Result and Discussion

Violence against women remains a global physical, social and mental problem affecting humanity because of the deadly culture of silence that the battered women have adopted over many generations, mainly because they have no haven.

The consequences of violence against women have been multifaceted and remained a major socio cultural and health burden. These include physical health consequences, Gynaecological health consequences, Mental and Emotional health consequences, Children health and well-being consequences.

1.3 Types of Violence

Violence against women consists of a spectrum of causes from an intrauterine environment to old age. Women experience various types of violence as captured in Table 1.

Studies have found that women are most likely to experience violence meted out by close persons, including authority figures, parents, sons, husbands, and male partners. They conclude that one of the most common forms is intimate partner violence, which can include rape, physical violence, and psychological abuse, such as alienation from close relatives and friends (Ogu, R. & Agwu, M., 2016).

Life Stage	Types
In utero/ Infancy	Infanticide; psychological and physical abuse; differential access to food and medical care
Childhood	Female genital cutting; incest and sexual abuse; psychological abuse; differential access to food, medical care, and education; prostitution; trafficking; school-related gender-based violence
Adolescence	Dating and courtship violence; economically coerced sex; sexual abuse in the workplace; rape; sexual harassment; forced prostitution; trafficking; psychological abuse; forced marriage; dowry abuse; retribution for the crimes of others
Reproductive	Intimate partner abuse; marital rape; dowry abuse; honor killings; partner homicide; psychological abuse; sexualabuse in the workplace; abuse of women with disabilities; forced prostitution; trafficking
Old age	Widow abuse; elderly abuse; rape; neglect

Table 1. Types of Violence Against Women

Source: Heise, L. (2020). Violence Against Women. The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Paper. Washington.

2. Consequences of Violence against Women

The adverse effects of violence against women and girls cannot be over emphasized. It is a foremost cause of preventable morbidity and mortality globally. Studies show that abused women have significantly poorer physical and mental health than non-abused women (Ogu, R. & Agwu, M., 2016), World Health Organisation, 2008). Due to the health burden of violence, the focus has been expanded beyond a human rights perspective to a public health approach. This was brought to limelight during the Cairo Program of Action in 1994 and the Beijing Declaration in 1995. The World Health Assembly in May 1996 adopted the United Nations definition, and violence was declared a public health burden and a ‘gender perspective’ was adopted in its analysis. In 1999 the United Nations Population Fund acknowledged violence against girls and women exclusively a “public health priority”.

Because of this, violence against women has been acknowledged as a key determinant of health. Also, efforts have been strengthened by international human rights and health organizations to improve awareness about the distressing health consequences of violence and provide direction on how to address them (World Health Organisation, 2005).

The long-term sequelae of abuse are well recognized and differ by the presentation and degree of cruelty (physical, sexual, psychological). In severe cases this violence can lead to extreme disability or even fatality.

2.1. Physical Health Consequences

Injuries from physical abuse are the most evident health impact of violence. The injuries sustained may be extremely serious and may require medical intervention. This ranges from minor bruises, welts, burns, cuts, wounds, swelling, contusions, and fractures to spleen or liver trauma and chronic disabilities. Often the women also have tufts of hair pulled out, split ear drums, black eyes, broken noses and fractures of the jaw (World Health Organisation, 2005; Eliasson,

M., 1997; Coker et al., 2000; Jackson et al., 2002). Consequences of traumatic brain injury which may be a sequelae of violence against women include sleep disturbances, headaches, giddiness, depression, irritability, nervousness, changes in social or sexual behaviour, speech problems, cognitive impairment, and memory issues (Coker et al., 2000).

The head, neck, face, thorax, breasts, and abdomen are the most frequent sites of injuries followed by musculoskeletal injuries and genital injuries (Jackson et al., 2002). Battered women may present with injuries that occurred in an attempt to defend herself like fractures, dislocations, and contusions of the wrist and lower arms (Grisso et al., 2010). These physical injuries may also have secondary consequences on other chronic health conditions in women like increased rates of gastrointestinal disorders, including stomach ulcers, spastic colon, irritable bowel syndrome, gastric reflux, indigestion, and diarrhoea. Similarly, arthritis, cardiac symptoms such as hypertension and chest pain have also been associated with delayed effects of physical violence (Heise et al., 1996).

In addition to specific associations between violence and longer-term illnesses, there is evidence that abused women remain less healthy over time (Campbell, J. C., 2002; McCauley et al., 1999; Weiss et al., 2008; Silverman et al., 2007). It has been suggested that abused women's increased vulnerability to illness may partly be due to lowered immunity because of stress resulting from the abuse.

2.2. Gynecological and Reproductive Health Consequences

Gynecological problems are the most consistent, long-lasting and largest health difference between battered and non-battered women (Campbell, J. C., 2002). There may be an increased risk of bacterial infection, vaginal or anal injuries, sexually transmitted infections (STIs), fibroids, sexual dysfunction, decreased sexual desire, genital irritation, pain on intercourse, chronic pelvic pain, vaginal bleeding, or infection, and urinary tract infections (McCauley et al., 1999). A nexus has been found between violence and HIV as well as with STIs. A study by Weiss et al. (Weiss et al., 2008) showed that the occurrence of sexual violence within marriage resulted in a threefold increase in women's risk of acquiring

STIs while Silverman et al. (Silverman et al., 2007) reported that women who experienced both physical and sexual violence were almost four times more likely than those who did not have any violence to be HIV infected. Some women are in violent relationships who are forced to engage in sexual intercourse and are unable to negotiate condom usage for fear of further abuse (Pallitto et al., 2005). Sabotage of birth control, condemnation of birth control, preventing the use of contraception, and refusal by men to use condoms, increases women's susceptibility to HIV/AIDS, STIs and puts women at risk of unwanted pregnancy thereby leading to the adverse gynecological and reproductive outcome (Pallitto et al., 2005; Taft et al., 2004). Women in abusive relationships have more unwanted pregnancies (Silverman et al., 2007). This leads to procurement of unsafe abortions with its sequelae.

Violence before and during pregnancy has been found to have severe health implications for both mother and their unborn foetus. The main health effect specific to abuse during pregnancy is the risk of maternal or foetal death, or both from trauma (Taft et al., 2004). Other potential risks that pregnant women may encounter include miscarriage, stillbirth, pre-term labour and birth, foetal injury, foetal distress, ante partum haemorrhage, preeclampsia (Taft et al., 2004).

2.3. Mental and Emotional Health Consequences

There is a nexus between mental health problems and violence (Moracco et al., 2004). Women who are subjected to violence have a more prolonged adverse effect on their physical health. Scars on the body heal more easily while scars on the soul take much longer to fade. Studies show that female victims of abuse have an increased rate of health problems, even after abuse ends, compared to women who have never been abused (Silverman, et al., 2007; Taft et al., 2004).

Researchers show that women who are subjected to violence experience multi-trauma. They often present with symptoms such as sleeping problems, anxiety, paranoia, a negative self-image, low self-confidence and depression quite a long time after the violence has ended without realizing the connection between her experience of violence and her mental health problems.

While other studies done on affected women show different emotional or psychiatric problems such as depression, general anxiety, post-traumatic stress disorder (PTSD), as well as drug and alcohol dependence (Moracco et al., 2004).

Other psychiatric disorders seen include borderline personality disorder, antisocial personality disorder, bipolar disorder, and schizophrenia (Moracco et al., 2004).

2.4. Children's Health And Wellbeing Consequences

The deleterious effect of violence is not limited to women's health. It affects both the health and development of all members of the family, especially children. The nutrition of the children as well as their education and development is negatively affected. Studies show that violence within the home decreased the likelihood of children being fully immunized (Jejeebhoy et al., 2010). Children of mothers who experience violence also have an increased risk of experiencing wasting or stunting, are more likely to be severely underweight for their age, or to have a low body mass index for their age (Jejeebhoy et al., 2010).

Children whose mothers experience violence may be at increased risk of emotional and behavioral problems, such as anxiety, depression, and violence towards their peers. They also have an increased rate of under-five mortality (Jejeebhoy et al., 2010; Mijatović et al., 2020).

3. Conclusion

Violence against women has become a global public health problem. The seriousness of the different forms of gender-based violence, given the magnitude of this violence and its consequences for individuals and society, makes it imperative that urgent initiatives be taken to support and protect women. A right-based approach should be followed to protect and prevent this unnecessary morbidity and mortality that is plaguing our women.

Other interventions for prevention should also include promotion of self-sufficiency for women by reducing gender gaps in relation to employment and education, reducing levels of childhood exposure to violence; reforming discriminatory family law; strengthening women's economic rights, and addressing harmful use of alcohol and drugs.

Stopping this abuse will require a multifaceted approach across several sectors including education, mass media, research, international networking, the legislative system, the judiciary, and the health sector.

References

- Aimakhu, CO., Olayemi, O., Iwe, CA., Oluyemi, FA., Ojoko, IE., Shoretire, KA., et al. Current causes and management of violence against women in Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:58-63.
- Bojack, B. & Heitmeier, T. (2016). *Sexuelle Gewalt*. Coburg: ZKS-Verlag.
- Campbell, J. C. Health consequences of intimate partner violence, *The Lancet*. Vol.359, No.9314, 2002, pp. 1331-1336.
- Coker, A. L. Smith, P. H. Bethea, L. King, M. R. & McKeown, R. E. Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Archives of Family Medicine*, Vol.9, No. 35, 2000, pp.451-457.
- Eliasson, M. (1997). Men's violence against women. Stockholm: Natur & Kultur. https://www.rskriksforeningen.se/_filebank/faktaboken_engelska.pdf
- Fawole, OI., Aderonmu, AL. & Fawole, AO. Intimate partner abuse: Wife beating among civil servants in Ibadan, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2005;9:54-64.
- Grisso, J. A., Schwarz, D. F., Hirschinger, N., Sammel, M., Santanna, C., Lowe, R. A., Anderson, E., Shaw, L. M., Bethel C. A. & Teeple, L. Violent injuries among women in an urban area. <http://www.hawaii.edu/hivandaids/Violent%20Injuries%20Among%20Women%20in%20an%20Urban%20Area.pdf>, abgerufen am 20.10.20
- Heise, L., Pitanguy, J. & Germain, A. op.cit; S.B. Plichta, Violence and abuse: implications for women's health. In Falik MM, Collins KS, eds. *Women's Health, the Commonwealth Fund Survey*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press. 1996, pp. 237-272.
- Heise, L., Pitanguy, J. & Germain, A. Violence against women: the hidden health burden (English). World Bank discussion papers no. WDP 255. Washington, D.C.: The World Bank. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/document-detail/489381468740165817/violence-against-women-the-hidden-health-burden>, abgerufen am 20.10.20
- Ikeme, AC. & Ezegwui, HU. Domestic violence against pregnant Nigerian women. *Trop J Obstet Gynaecol* 2003;20:116-8.
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. L. & Diller, L. Traumatic Brain Injury: A Hidden Consequence for Battered Women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2002;33(1):39-4.
- Jejeebhoy, Shireen, J., Santhya, K.G. & Acharya, R. (2010). Health consequences of violence within marriage: Need for strengthening the health sector response. Policy Brief no. 2. New Delhi: Population Council and UNFPA

- https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1093&context=departments_sbsr-pgy, abgerufen am 20.10.20
- Jovanović, V. M., Čanković, S., Milijašević, D., Ukropina, S., Jovanović, M. & Čanković, D. Health consequences of domestic violence against women in Serbia. *Vojnosanit Pregl* 2020; 77(1): 14–21.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Bass, E. B., Derogatis, L.R., Plichta, S. B. & Golding, J. M. Sexual-assault history and long-term physical health problems: Evidence from clinical and population epidemiology, *Current Directions in Psychological Science*. Vol.8, No.6, 1999, pp.191-194.
- Moracco, K. E., Brown, C. L., Martin, S.L., Chang, J. C., Dulli, L., Loucks-Sorrell, M. B., et al. Mental health issues among female clients of domestic violence programs in North Carolina. *Psychiatr Serv* 2004;55:1036-40.
- Ogu, R. & Agwu, M. (2016). Increasing Prevalence of Intimate Partner Violence: Would Women's Empowerment be of any help in Reducing the Scourge?. In B. Bojack und T. Heitmeier (Hrsg.), *Sexuelle Gewalt* (S. 27-32). Coburg: ZKS-Verlag.
- Okemgbo, CN., Omidoyi, AK. & Odimegwu, CO. Prevalence, patterns and correlates of domestic violence in selected Igbo communities of Imo State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2002;6:101-14.
- Pallitto, C., Campbell, J.C. & O'Campo P. Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature, *Trauma, Violence and Abuse*, Vol.6, No.3,2005, pp. 217–235.
- Silverman, J.G., Gupta, J., Decker, M. R., Kapur N. & Raj, A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01481.x/pdf>, abgerufen am 01.11.14
- Taft A., Watson, L. F. & Lee C. Violence against young Australian women and association with reproductive events: A cross-sectional analysis of a national population sample. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Vol. 28, No.4, 2004, pp. 324–9.
- United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women. https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf, abgerufen am 20.10.20
- United Nations. (1993). Declaration on the elimination of violence against women. New York: United Nations General Assembly.

- Watts, C. & Zimmerman, C. Violence Against Women: global scope and magnitude (S. 1232-1237) *The Lancet*. 2002;359(9313).
- Weiss, H. A., Patel, V., West, B., Peeling, R. W., Kirkwood, B. R. & Mabey, D. Spousal sexual violence and poverty are risk factors for sexually transmitted infections in women: A longitudinal study of women in Goa, India, *Sexually Transmitted Infection*. Vol.84. No.2, 2008, pp.133–139.
- World Health Organization. (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. 2005. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>, abgerufen am 20.10. 20;
- World Health Organization. (2008). Integrating poverty and gender into health programmes: a sourcebook for health professionals. Module on gender-based violence. https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5426/9789290613220_eng.pdf/, abgerufen am 20.10.20.

Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und Trauma

KARSTEN GIERTZ

1. Einleitung

Traumatische Erfahrungen und schwere Traumafolgestörungen gehen mit viel Leid, somatischen Folgeerkrankungen und sozialen Beeinträchtigungen einher (vgl. Felitti et al., 1998; Herman, 2018; Senger, 2019). Allerdings können die Reaktionen auf belastende Ereignisse wie zum Beispiel die Konfrontation mit dem Tod, das Erleben von ernsthaften Verletzungen oder von sexueller Gewalt bei jedem Menschen ganz unterschiedlich verlaufen. Während ein Teil der Betroffenen derartige Erlebnisse nach einer Zeit kompensieren und verarbeiten kann, weist ein anderer Teil akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen, schwere Depressionen, Suchterkrankungen sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung oder komplexere Traumafolgestörungen auf.

Oftmals hängt der Verlauf der Symptomatik mit der Art und der Dauer der traumatischen Erfahrung zusammen (vgl. Maercker et al., 2019). Aber auch individuelle Faktoren wie Entwicklungsbedingungen, Lernerfahrungen, genetische Vulnerabilität, Geschlecht, Vorerkrankungen oder das Vorliegen einer prätraumatischen Persönlichkeitsstruktur können den Symptomverlauf entscheidend beeinflussen. Daneben spielen soziale Faktoren, wie das Vorhandensein von sozialer Unterstützung, das Eingebettet Sein in ein sicheres Milieu oder förderliche Lebensbedingungen, eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen (ebd.).

Obwohl wohnungslose Menschen schweren Lebensbedingungen wie Entbehren, Einsamkeit, Stigmatisierung, Prostitution, Kriminalität und Gewalterfahrungen ausgesetzt sind, blieben traumabezogene Störungen bei dieser Gruppe lange Zeit in der klinischen und epidemiologischen Forschung unbe-

rücksichtigt. Aktuelle Studien weisen jedoch darauf hin, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schwere psychische und traumabezogene Störungen bei wohnungslosen Menschen signifikant häufiger auftreten (Ayano et al., 2020; Fazel et al., 2008). Gleichzeitig kommen eine prekäre Versorgungssituation und zusätzliche Belastungen im Zusammenhang mit der Wohnungslosigkeit hinzu, die sich re-traumatisierend auswirken können und den Störungsverlauf negativ beeinflussen. Darüber hinaus fehlt es wohnungslosen Menschen an persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten zur Bewältigung der langfristigen Folgen von Traumafolgestörungen.

Im folgenden Beitrag wird ein Überblick über die Lebenssituation von Wohnungslosen und über den aktuellen Forschungsstand aus der psychiatrischen Versorgungsforschung von Deutschland zur Prävalenz psychischer und traumabezogener Störungen sowie zur Inanspruchnahme entsprechender Behandlungs- und Versorgungsangebote bei wohnungslosen Menschen gegeben. Ausgehend von den Ergebnissen werden Konsequenzen für die Versorgung bei dieser Zielgruppe aufgezeigt.

2. Wohnungslosigkeit in Europa und Deutschland

Wohnungslosigkeit ist ein weltweites Phänomen, das aufgrund aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen wie Krieg, Flucht, Vertreibung, sozioökonomische Ungleichheit, Mietschulden infolge ökonomischer Krisen, fehlender bezahlbarer Wohnraum, Klimakatastrophen oder die mangelnde Versorgung von bestimmten Personengruppen (z. B. psychisch erkrankte Menschen, junge Kinder und Jugendliche aus konfliktbelasteten Familien, ehemals im Gefängnis untergebrachte Personen) an Bedeutung gewonnen hat. In Europa lässt sich die Anzahl von wohnungslosen Menschen nach einem Bericht der Abbé Pierre Stiftung und des Europäischen Dachverbandes Wohnungslosenhilfe (FEANTSA) (2018) auf hunderttausend Menschen schätzen. Zu den Ländern mit der

höchsten Anzahl von Wohnungslosen zählen in Europa nach den verfügbaren Daten Deutschland, Tschechien und die Niederlande.

Wohnungslosigkeit bildet die extremste Form der gesellschaftlichen Exklusion. Allerdings gibt es bis heute keine international anerkannte Definition von Wohnungslosigkeit. Begrifflichkeiten wie „wohnungslos“, „obdachlos“, „ohne eigene mietrechtliche Wohnung“, „ohnsitzlos“ oder „auf der Straße lebend“ werden häufig synonym verwendet. Der Europäische Dachverband Wohnungslosenhilfe entwickelte eine Typologie (ETHOS), welche sich in Europa weitestgehend als Standard etabliert hat und die verschiedenen internationalen Formen von Wohnungslosigkeit berücksichtigt (FEANTSA, 2017). Dabei wird unterschieden zwischen:

- **Obdachlos:** Personen, die ohne festen Wohnsitz auf der Straße oder an öffentlichen Plätzen leben sowie in Notschlafstellen bzw. niederschwelligen Einrichtungen übernachten.
- **Wohnungslos:** Personen, die für einen begrenzten Zeitraum in Wohnungsloseneinrichtungen leben. Darunter zählen auch Frauen, die wegen häuslicher Gewalt kurz- bis mittelfristig eine Schutzeinrichtung beherbergen oder auch Menschen mit Migrationshintergrund, deren Aufenthaltsstatus noch nicht geklärt ist sowie Personen, die aus einer Dauereinrichtung (Klinik, Gefängnis, Psychiatrie) entlassen werden und über keinen festen Wohnsitz verfügen.
- **Ungesichertes Wohnen:** Personen, die bei Freunden oder Bekannten wohnen, von Zwangsräumung bedroht oder in ihrer Wohnung von Gewalt bedroht sind, sowie illegal eine Wohnung belegen.
- **Unzureichendes Wohnen:** Personen, die Wohnprovisorien (z. B. Abbruchhäusern, Wohnwagen, Garagen, Kellern), nicht geeignete oder überbelegte Wohnräume bewohnen.

Auch in Deutschland gibt es keine rechtlich und fachlich anerkannte Definition von Wohnungslosigkeit. In Fachkreisen wird überwiegend die Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W, 2011) als Orientierung verwenden, welche auf den Deutschen Städtetag (1987) zurückgeht und vom Forschungsverbund „Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen“ zwischen 2001 bis 2004 weiterentwickelt wurde (BAG W, 2005). Danach zählen folgende Personen als Wohnungsnotfälle:

- die nicht über eine eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung (oder Wohneigentum) verfügen und nicht institutionell untergebracht sind.
- die ohne jegliche Unterkunft leben.
- die sich in Behelfsunterkünften (wie Baracken, Wohnwagen, Gartenlauben etc.) befinden oder vorübergehend bei Freunden, Bekannten und Verwandten untergekommen sind sowie zeitweise auf eigene Kosten in einer gewerbmäßigen Behelfsunterkunft leben (z. B. in Hotels oder Pensionen).
- die per Verfügung, Einweisung oder sonstiger Maßnahmen der Obdachlosenbehörde, der zuständigen Ordnungsbehörde oder über eine Kostenübernahme nach Sozialgesetzbuch in vorübergehende Behelfs- bzw. Notunterkünfte oder soziale Einrichtungen leben.
- die mangels einer verfügbaren Wohnung in psychosozialen Einrichtungen, dem Strafvollzug oder einer psychiatrischen Klinik länger als notwendig untergebracht sind.

Bis heute liegen keine offiziellen Zahlen oder amtlichen Statistiken über die Anzahl von wohnungslosen Personen in Deutschland vor. Schätzungen der BAG W (2019) belief sich die Gesamtanzahl im Jahr 2018 auf 678 000 Menschen ohne Wohnung. Im Vergleich zum Vorjahr konnte ein Anstieg um 4,2 % ermittelt werden. Wohnungslos geflüchtete Menschen nehmen dabei einen Anteil von 402 000 ein. In den kommunalen und freigemeinnützigen Hilfesystemen sind ca. 140 000 Wohnungslose untergebracht. Etwa 41 000 Men-

schen leben ohne jede Unterkunft auf der Straße. In einer Zählung der Stadt Berlin, bei der ausschließlich Personen einbezogen wurden, die zum Zeitpunkt der Erhebung auf der Straße lebten oder Angebote der Kältehilfe beanspruchten, konnten insgesamt 1 976 Personen erfasst werden (SenIAS, 2020).

Nach einer umfangreichen Studie zu den Ursachen für Wohnungslosigkeit in Deutschland, zählen Mietschulden oder unzureichende Mietzahlungsfähigkeit (85 %), mietwidriges Verhalten (2,4 %), Eigenbedarf des Eigentümers bzw. der Eigentümerin (1,5 %), Trennung von Partnerin oder Partner (2,2 %) sowie Auszug oder Rauswurf aus dem Elternhaus (1,1 %) zu den häufigsten Gründen für den Eintritt in die Wohnungslosigkeit (Busch-Geertsema et al., 2019).

Die Formen und Arten von Wohnungslosigkeit haben sich in Europa in den letzten Jahrhunderten extrem gewandelt (vgl. Timms, 1996). Allerdings zählen wohnungslose Menschen auch zu einer Personengruppe, welche schon immer Stigmatisierungs-, Kriminalisierungs-, Marginalisierungs- sowie gesellschaftlichen Sanktionierungs- und Disziplinierungsprozessen ausgesetzt ist (Foucault, 1975; [1974-1975]). Wie in vielen anderen Ländern sind Wohnungslose auch in der deutschen Gesellschaft eine vernachlässigte, stigmatisierte und marginalisierte Randgruppe. Einer Umfrage aus dem Jahr 2012 zufolge stimmen 35 bis 38 % der deutschen Bevölkerung Aussagen wie „Die Obdachlosen in unseren Städten sind unangenehm“, „Die meisten Obdachlosen sind arbeitsscheu“ oder „Bettelnde Obdachlose sollten aus den Fußgängerzonen entfernt werden“ eher oder sogar voll und ganz zu (Küper, 2012). Im Vergleich zu anderen Formgruppenbezogener Feindlichkeit (z. B. Antisemitismus, Fremdenfeindlichkeit oder Sexismus) scheint die Abwertung von Wohnungslosen in der Bevölkerung konstant zu verlaufen und es ist zu befürchten, dass bis heute keine rückläufigen Tendenzen zu verzeichnen sind.

Entgegen den aktuellen Klassifikations- und Definitionsversuchen muss betont werden, dass es sich bei Wohnungslosigkeit um ein sehr heterogenes Phänomen handelt (siehe Abbildung 1). Wohnungslose Menschen zeichnen sich durch vielfältige Lebenslagen und multiple Problemlagen aus, die sich nicht ausschließlich durch das Kriterium der Wohnsituation beschreiben lassen (Steckelberg, 2018). Das Zusammenspiel zwischen unterschiedlichen sozialen

Hintergründen, gesellschaftlichen Bedingungen und individuellen Faktoren trägt zur Exklusion in die Wohnungslosigkeit sowie zur Art und Dauer der Wohninstabilität bei. Von daher unterscheidet sich die Lebenssituation von wohnungslosen Kindern und Jugendlichen (Giertz et al., 2021), psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen (Giertz & Sowa, 2021), wohnungslosen Frauen (Steckelberg, 2010) oder wohnungslosen Familien (Bhugra, 1996). In der Forschung wird diese Heterogenität aufgrund von methodischen Herausforderungen oft nicht ausreichend berücksichtigt. Ungeachtet dessen, ist eine differenzierte Sichtweise auf die individuellen Problemlagen wichtig, um geeignete Interventionen und Versorgungskonzepte zu entwickeln.

3. Erkenntnisse aus der psychiatrischen Wohnungslosenforschung

3.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen

Menschen in Wohnungslosigkeit gehören zu einer Gruppe, die sich vor allem durch Multiproblemlagen wie Armut, Arbeitslosigkeit oder Diskriminierung auszeichnet. Aufgrund der belastenden Lebensbedingungen und prekären Versorgungssituation weisen wohnungslose Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine größere psychische und somatische Morbidität auf (vgl. Fazel et al., 2014; Fazel et al., 2008; Kaduszkiewicz, et al., 2017; Schreiter et al., 2017).

Bereits der deutsche Psychiater Karl Wilmanns wies vor über 100 Jahren auf das gehäufte Auftreten von psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen hin. Jahrzehnte lang untersuchte er die Psychopathologie des „Landstreichers“. In seinen Arbeiten erwähnte er die Schizophrenie als eine unter den Landstreichern besonders verbreitete psychische Erkrankung und erkannte auch den Alkoholismus als einen bedeutsamen Faktor in Hinblick auf soziale Exklusion und sekundäre organische Störung. So schreibt er:

„Bei vielen unserer Kranken kommt zu dem erworbenen Schwächezustand der Dementia praecox noch die verhängnisvolle Wirkung des chronischen Alkoholismus. Nicht selten scheint geradezu eine triebhafte Neigung zu berausenden Getränken zu bestehen, (z. B. bei Sonntag), und häufig ist das sinnlose Saufen eine der in den Augen springendsten Äußerungen der beginnenden Dementia praecox [...]“ (Wilmanns, 1906, S.363).

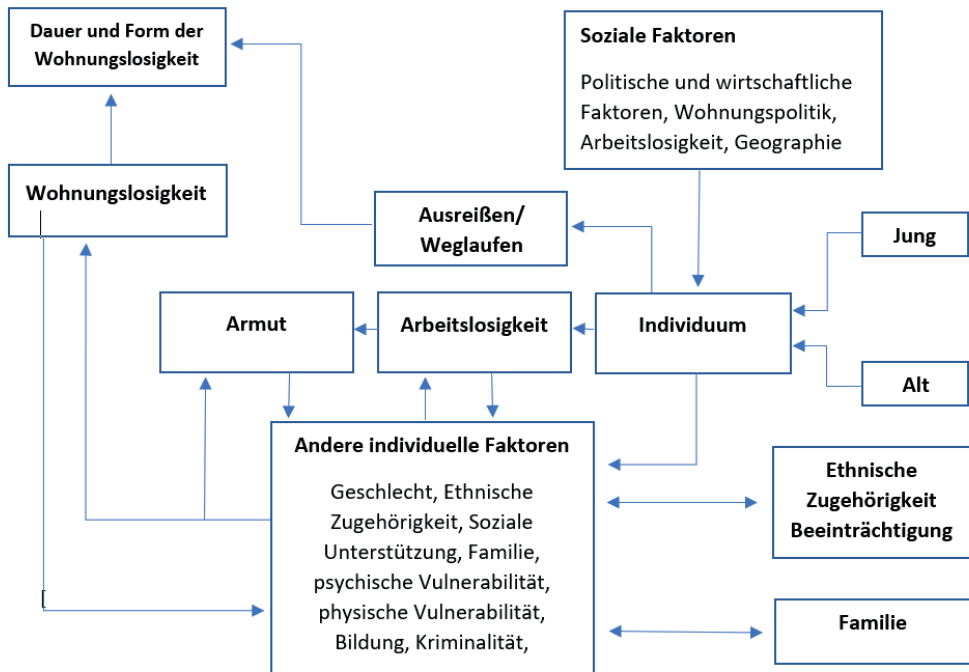


Abbildung 1: Wege in die Wohnungslosigkeit und der Zusammenhang mit unterschiedlichen Faktoren (vgl. McNaught und Bhugra, 1996, S. 29)

Wilmanns Beobachtungen finden sich in vielen Studien aus Deutschland wieder. Gegen Ende der 1990er Jahren untersuchte erstmals eine Arbeitsgruppe um Manfred Fichter das Hilfesuchverhalten und die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei über hundert wohnungslosen Frauen und Männern im Großraum München (Fichter et al., 1996; Fichter et al., 1999; Greifenhagen & Fichter, 1997). Bei der Punktprävalenz wiesen etwa 81 % der männlichen Befragten Kriterien für mindestens eine psychische Erkrankung auf (Fichter et al., 1996). Bei den weiblichen Befragten lag die Punktprävalenz bei 94 % (Greifenhagen & Fichter, 1997). Dabei gehörten in dieser Gruppe Substanzmissbrauchsstörungen, affektive und schizophrene Störungen zu den häufigsten auftretenden Erkrankungen (ebd.).

Völm et al. (2004) fanden in einer Stichprobe mit 82 männlichen Wohnungslosen eine Punktprävalenz von 88 %. Dabei überwiegen Substanzmissbrauchsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. 78 % wiesen eine akute psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit auf. Bei 52 männlichen Wohnungslosen, welche in einem Übergangswohnheim rekrutiert wurden, stellten Rekker et al. (2007) eine Punktprävalenz von 80 % fest, wobei Substanzmissbrauchsstörungen (64 %) und psychotische Störungen (10 %) in der Stichprobe überwogen. Ebenso wiesen in einer Untersuchung von Längle und Mitarbeitende (2005) mit 91 männlichen Wohnungslosen 74 % eine aktuelle Alkoholmissbrauchsstörung, 34 % eine aktuelle Substanzmissbrauchsstörung, 26 % eine aktuelle Angststörung und 15 % eine aktuelle affektive Störung auf. Bei einem überwiegenden Teil der Stichprobe (67 %) fand sich eine Kombination von mehreren Störungsbildern.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Arbeitsgruppe um Josef Bäuml, die in den 2000er Jahren im Großraum München hunderte von wohnungslosen Frauen und Männern untersuchte (vgl. Bäuml et al., 2017). Auch lag eine hohe Punktprävalenz von 74 % vor. Ebenfalls waren Substanzmissbrauchsstörungen mit 74 %, affektive Störungen mit 45 %, Persönlichkeitsstörung mit 35 % und Belastungs- und somatoforme Störungen mit 21 % sowie schizophrene Störungen mit 14 % im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich überrepräsentiert (ebd.).

In einer Metaanalyse deutscher Studien mit insgesamt 1 220 Personen aus elf Studien fassen Schreiter und Mitarbeitende (2017) zusammen, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei wohnungslosen Menschen ein dreifach höheres Risiko für psychische Störungen und bei den alkohol- und substanzbezogenen Störungen sogar ein 22fach höheres Risiko besteht. Einerseits kann der Substanz- und Alkoholmissbrauch als eine leicht zugängliche Bewältigungsstrategie der psychischen Belastungen und beeinträchtigenden Lebensbedingungen angesehen werden. Andererseits bildet der hohe Alkohol- und Substanzkonsum einen entscheidenden Faktor der vermutlich zur Exklusion in die Wohnungslosigkeit und zur Aufrechterhaltung der Wohnungslosigkeit beiträgt (vgl. Fichter & Quadflieg, 2005; Giertz & Sowa, 2021; Schreiter et al., 2021).

Über die Ursachen und das genaue Wechselspiel zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit ist noch nicht viel bekannt. Zum einen können manifeste psychische Erkrankungen und das Vorhandensein einer komorbiden Suchtproblematik im Zusammenspiel mit sozialen, finanziellen und gesellschaftlichen Faktoren sowie fehlenden präventiven psychiatrischen Versorgungsansätzen die Exklusion in die Wohnungslosigkeit begünstigen. So berichten beispielsweise 66 % der Befragten in der Untersuchung von Bäuml und Mitarbeitende (2017) bereits vor der Wohnungslosigkeit auffällige Symptome einer psychischen Störung gehabt zu haben. Bei den restlichen 21 % trat die Störung erst nach der Wohnungslosigkeit und bei 13 % zeitgleich mit dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit auf. Darüber hinaus zeigte sich bei den Daten zur psychiatrischen Erstbehandlungen, dass ein Großteil der Betroffenen erst nach dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit eine ambulante (61 %) oder stationäre (74 %) Behandlung in Anspruch nahm.

Auch die Berliner WOHIN-Studie beschäftigte sich mit den Ursachen der Exklusion von psychisch erkrankten Menschen in die Wohnungslosigkeit (Schreiter et al., 2019). In einem Vergleich zwischen den Behandlungserfahrungen von stationär aufgenommenen psychisch erkrankten Wohnungslosen, stationär aufgenommenen psychisch erkrankten Personen in gemeindepsychiatrischen Versorgungssystemen und stationär aufgenommenen psychisch erkrankten Personen ohne psychosoziale Betreuung in der eigenen Häuslichkeit zeigte

sich, dass die wohnungslosen Personen sich durch eine größere Auftretenshäufigkeit von Substanzmissbrauchsstörungen, ein jüngeres Durchschnittsalter, einen geringeren Bildungsgrad, ein jüngeres Durchschnittsalter bei der Erstbehandlung und eine geringere Häufigkeit von stationären Einweisungen auszeichnen. Möglicherweise führen unzureichende stationäre und außerklinische psychiatrische Behandlungen, der Mangel an psychosozialer Unterstützung im außerklinischen Bereich, fehlende suchtspezifische Präventionsangebote bei Menschen mit psychischen Störungen oder schlechte Behandlungserfahrungen aufgrund von Zwangseinweisungen oder Stigmatisierung dazu, dass dieser Personenkreis das psychiatrische Hilfesystem geringer in Anspruch nimmt, wodurch sich der Krankheitsverlauf verschlechtert und sekundäre Krankheitsfolgen wie Wohnungsverlust, komorbide Suchtstörungen oder andere Exklusionsprozesse wie Schul- oder Ausbildungsabbrüche entstehen.

Auf der anderen Seite weisen Studien wie die Mannheimer Wohnungslosenstudie in einem Gruppenvergleich zwischen wohnungslosen Personen, Personen in unzumutbaren Wohnverhältnissen und Personen in bedrohten Wohnverhältnissen daraufhin, dass sich die subjektiv empfundene Lebenszufriedenheit und die psychische Gesundheit verschlechtert, je prekärer die Wohnsituation und Wohnverhältnisse werden (Salize et al., 2001; 2006).

3.2 Traumatische Erfahrungen und Wohnungslosigkeit

Ein weiterer Aspekt, der in der internationalen und deutschsprachigen Forschung bisher vernachlässigt wurde, ist der Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen, traumabezogenen Störungen und Wohnungslosigkeit (vgl. Marbin et al., 2021; Schreiter et al., 2020).

Bisher liegen keine europäischen Daten zur Art und Häufigkeit von traumatischen Erfahrungen bei wohnungslosen Menschen vor. Eine Studie aus Kanada mit 500 wohnungslosen Menschen ermittelte bei 50 % sexuelle Missbrauchserfahrungen, 56 % körperliche Missbrauchserfahrungen, 59 % körperliche Vernachlässigung, 59 % emotionale Missbrauchserfahrungen und bei 51 % emotionale Vernachlässigung (Krausz et al., 2013). Je früher und häufiger die

Misshandlungen erlebt wurden, desto früher berichteten die Betroffenen über den Einstieg in die Wohnungslosigkeit und über eine höhere Belastung durch suizidale Symptome. Ausgehend von den Ergebnissen und den psychischen Beeinträchtigungen, die die Wohnungslosen mit traumatischen Erfahrungen aufwiesen, schlussfolgert die Arbeitsgruppe:

„Bei vielen Wohnungslosen haben sich die Erscheinungsformen und Auswirkungen chronischer Belastungen wie psychischer Störungen, Substanzabhängigkeit, traumatischer Erfahrungen und Suizidalität zu multikomplexen Problemlagen verdichtet.“ (ebd., S. 298)

In einer internationalen Metaanalyse mit 24 Studien und insgesamt 9 730 wohnungslosen Personen fanden Sundin und Baguley (2015), dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wohnungslose Personen häufiger körperliche Misshandlungen sowie sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aufweisen. So konnte die durchschnittliche Häufigkeit von körperlicher Misshandlung in der Kindheit auf 37 %, die durchschnittliche Häufigkeit von sexuellem Missbrauch bei Frauen auf 32 % und bei Männern auf 10 % geschätzt werden. Ayano und Mitarbeitende (2020) fanden in ihrer Metaanalyse mit insgesamt 19 Studien, 20 364 wohnungslosen Personen und einer gepoolten Prävalenz von 27 % eine durchschnittlich höhere Häufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Bisher bleiben vergleichbare Studien in Deutschland noch aus. Dennoch weisen die Daten daraufhin, dass traumabezogene Störungen und traumatische Erfahrungen bei wohnungslosen Menschen in den westlichen Industriestaaten eine bedeutende Rolle spielen. Der Wegfall eines stabilen sozialen Umfeldes, das Erleben von früher Gewalt und sexuellen Übergriffen sowie frühe Beziehungserschütterungen können den Weg in die Wohnungslosigkeit bei jungen Menschen begünstigen (vgl. Giertz et al., 2021). Darüber hinaus bilden die späteren negativen Erlebnisse im Wohnungslosenmilieu wie Entbehrung, Gewalt oder Prostitution sowie die belastenden Umweltfaktoren wie Hunger, unsichere Übernachtungsmöglichkeiten oder Stigmatisierung an sich einen Risikofaktor für Traumatisierungen. Im Sinne des Konzepts der sequentiellen Traumatisierung kann das Wechselspiel dieser beiden Faktoren

die psychische Gesundheit tiefgreifend beeinflussen (vgl. Gahleitner, 2021). Komplexe und schwere Traumatisierungen gehen nicht nur mit Fragmentierungserleben, Depressivität, Suchtstörungen oder aggressiven Verhaltensweisen einher. Auch das soziale Erleben ist bei vielen Betroffenen von Misstrauen, Isolation oder Angst vor erneuten Übergriffen oder Vertrauensverlust geprägt, wodurch der Kontakt zum Hilfesystem erheblich beeinträchtigt wird.

3.3 Inanspruchnahme psychosozialer und psychiatrischer Versorgung

Trotz der ausgeprägten psychischen Belastungen, die viele Wohnungslose aufweisen, wird in den meisten Studien über eine verhältnismäßig geringe Inanspruchnahme von psychiatrischen, medizinischen und psychosozialen Hilfen berichtet (vgl. Längle et al., 2005; Meller et al., 2000). So nahmen in der Fichter Studie die Frauen mindestens einmal in ihrem Leben mit 50 % das Allgemeinkrankenhaus, mit 62 % das psychiatrische Krankenhaus und mit 53 % psychosoziale Einrichtungen wegen ihrer psychischen Belastungen in Anspruch. Davon suchten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung im Rahmen der Studie ca. 63 % irgendeine Hilfe auf (Meller et al., 2000). Aufgrund psychischer Belastungen beanspruchten die männlichen Wohnungslosen mindestens einmal in ihrem Leben mit 35 % das Allgemeinkrankenhaus, mit 28 % das psychiatrische Krankenhaus und mit 12 % eine stationäre Alkoholentwöhnungstherapie (ebd.). In den letzten 12 Monaten nahmen nur 21 % irgendeine eine Behandlung in Anspruch.

Bei Längle und Mitarbeitende (2005) gehörten bei den psychosozialen Angeboten die Angebote der Straßensozialarbeit mit 27 % und bei den medizinischen oder psychiatrischen Angeboten die allgemeinmedizinischen Angebote mit 59 % zu den Hilfen, welche von den ausschließlich männlichen Wohnungslosen in den letzten zwölf Monaten am häufigsten aufgesucht wurden. Darüber hinaus stellten Fichter und Quadflieg (2005) in ihrer Untersuchung fest, dass die Inanspruchnahme von entsprechenden Unterstützungen im Verhältnis zu den bestehenden Beeinträchtigungen und Belastungen auch nach drei Jahren nicht auffallend zunimmt.

Es ist zu vermuten, dass strukturelle und lebensbezogene Barrieren wie die Suche nach Schlafplätzen oder Lebensmitteln, Sprachprobleme, Angst vor Stigmatisierung, fehlende Dokumente wie Personalausweis oder Krankenkassenskarte, finanzielle Gründe, Überwindung räumlicher Entfernungen oder Misstrauen dazu beitragen, dass der Zugang zu entsprechenden Hilfen erschwert wird oder die Betroffenen anderen Prioritäten nachgehen, welche sich nachteilig auf die gesundheitliche Versorgung, Kooperationsbereitschaft oder Terminfähigkeit auswirken (vgl. Giertz & Bösing, 2021). Aber auch individuelle Barrieren wie Misstrauen aufgrund traumatischer Erlebnisse, Stigmatisierung, Angst vor Autonomieverlust oder negative Unterstützungserfahrungen können den Zugang zum Hilfesystem erschweren. Darüber hinaus muss auch die Rolle von Alkohol- und Substanzmissbrauch betrachtet werden, weil die meisten Behandlungs- und Versorgungsangebote abstinenzorientiert sind und somit einen Großteil der Betroffenen dadurch ausschließen (Giertz et al., 2021).

4. Konsequenzen für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung und Bedeutung potentieller Traumatisierung

Wohnungslose Menschen gehören zu einer Zielgruppe, die erheblichen psychischen Belastungen und multiplen Problemlagen ausgesetzt ist. Bis heute ist es nicht gelungen diese Zielgruppe angemessen in die bestehenden psychosozialen und psychiatrischen Versorgungsangebote zu integrieren. Obwohl die Häufigkeit und Folgen von traumatischen Erfahrungen in der Forschung bisher wenig berücksichtigt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Anteil der wohnungslosen Menschen in der Vergangenheit schwere Traumatisierungen erlebt hat oder im Zusammenhang mit der Wohnungslosigkeit traumatischen Erfahrungen ausgesetzt ist.

Für die psychosoziale und psychiatrische Versorgung ergeben sich hieraus eine Reihe von wichtigen Konsequenzen. Um die Versorgungssituation von wohnungslosen Menschen zu verbessern, bedarf es einer niedrighwelligen auf-

suchenden psychosozialen Arbeit, über die die Integration in das Hilfesystem stattfinden kann. Das Ziel dabei sollte stets die Vermeidung der Reinszenierung traumatischer Erfahrungen aus der Vergangenheit bilden. Auch die niedrigschwellige Vermittlung in Wohnraum im Sinne des Housing-First-Ansatzes trägt dazu bei, dass besonders Betroffene mit schweren psychischen Störungen oder Traumafolgestörungen in Wohnraum integriert und wichtige Grundbedürfnisse sichergestellt werden (Tsemberis, 2010). Dadurch wird die Basis gebildet, dass die Betroffenen im Alltag eine Stabilisierung erfahren. Ebenso kann der Einsatz von zielgruppenspezifischen digitalen Medien niederschwellige Möglichkeiten der Informationsvermittlung und Kontaktaufnahme bilden, um bestehendes Misstrauen oder Befürchtungen vor Sanktionen oder Autonomieverlust beim Aufsuchen von spezifischen Hilfeangeboten abzubauen und erste alternative Erfahrungen zu machen (Giertz, Große & Sowa, 2021).

Daneben sind in der direkten Arbeit Beziehungskompetenzen notwendig, um insbesondere bei Wohnungslosen mit schweren Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, über korrigierende emotionale Erfahrungsprozesse zwischenmenschliches Vertrauen wieder aufzubauen, wodurch der Zugang in das Hilfesystem verbessert werden kann (vgl. Große & Gahleitner, 2021). In diesem Kontext werden Beziehung und Beziehungsarbeit nach Gahleitner (2017) als ein Medium verstanden, über das sämtliche Vertrauens-, Entwicklungs-, Veränderungs- und Integrationsprozesse stattfinden. Neben fachlichen Kompetenzen im Umgang mit psychischen Problemlagen und Krisen bedarf es fundierter Kenntnisse über die biografische Entwicklung, den Bindungsstatus, die Ressourcen und psychosozialen Problemlagen des Einzelnen, um eine „authentische, emotional tragfähige, von Nähe geprägte und dennoch reflexiv und fachlich durchdrungene [...] Beziehungsgestaltung (ebd., S. 13).“ zu ermöglichen.

Letztendlich müssen allerdings auch die Kommunen und die Kostenträger Verantwortung für die Zielgruppe übernehmen und bezahlbaren Wohnraum generieren, um das Schicksal der Betroffenen zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- Abbé Pierre Foundation & FEANTSA (2018). Third Overview of Housing Exclusion in Europe. <https://www.feantsa.org/download/full-report-en1029873431323901915.pdf> (27.01.2020).
- Ayano, G., Solomon, M., Tsegay, L., Yohannes, K. & Abraha, M. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder among Homeless People. In: *Psychiatric Quarterly*, 91, S. 949-963.
- Bäumel, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2017). Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag.
- Bughra, D. (1996). Young homeless and homeless families: a review. In: D. Bughra (Ed.), *Homelessness and Mental Health*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 41-58.
- Busch-Geertsema, V., Henke, J. & Steffen, A. (2019). Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung. Bonn und Bremen, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2005). Forschungsverbund. Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen. Gesamtbericht Oktober 2005. <https://www.bagw.de/de/basiswissen/forschungsverbund-2001-2004.html> (24.01.2021).
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2011). Wohnungsnotfalldefinition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. https://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/wohnungsnotfall_def.html (27.01.2021).
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2019). Pressemitteilung BAG Wohnungslosenhilfe vom 11.11.2019. <https://www.bagw.de/de/presse/index~173.html> (27.01.2021).
- Fazel, S., Geddes, J. R. & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries. Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. In: *The Lancet*, 25, pp. 1529-1540.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries. Systematic review and meta-regression analysis. In: *PLoS Medicine*, 5 (12), e225, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. In: *American Journal of Preventive Medicine*, 14, pp. 245-258.

- FEANTSA (2017). ETHOS: Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit. Brüssel, https://www.feantsa.org/download/ethos_de_2404538142298165012.pdf (27.01.2020).
- Fichter, M. M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H.-U. & Wölz, J. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246, pp. 185-196.
- Fichter, M. & Quadflieg, N. (2005). Three year course and outcome of mental illness in homeless men. A prospective longitudinal study based on a repräsentative sample. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, pp. 11-120.
- Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Wolz, J., Koegel, P., Monica, S. & Wittchen, H.-U. (1999). Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. In: *Psychiatrische Praxis*, 26, S. 76-84.
- Foucault, M. (1975). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt: Suhrkamp, 2017, 20 Aufl.
- Foucault, M. ([1974-1975] 1999). *Die Anormalen: Vorlesungen am Collège de France 1974/1975*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2007, 5. Aufl.
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2021). Traumatische Erfahrungen und hard to reach. In: Giertz, K., Große, L. & Gahleitner, S. B. (Hrsg.). *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen* (S. 38-47). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Giertz, K. & Bösing, S. (2021). Wohnungslos und vergessen: Zur Versorgungssituation von wohnungslosen Menschen während der COVID-19-Pandemie in Deutschland. In: *Trauma & Gewalt*, zum Druck angenommen.
- Giertz, K., Große, L. & Gahleitner, S. B. (2021). Junge wohnungslose Menschen mit multiplen psychosozialen Problemlagen und herausfordernden Verhaltensweisen. In: Kieslinger, D., Dressel, M. & Haar, R. (Hrsg.), *Systemsprenger*innen: Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit* (S. 251-263). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Giertz, K., Große, L. & Sowa, F. (2021). Hard to reach oder Hard to see? Wohnungslose Menschen werden in der Gemeindepsychiatrie nicht richtig gesehen und abgeholt – neue Konzepte sind gefragt. In: *Psychosoziale Umschau*, 36 (1), S. 40-41.
- Giertz, K. & Sowa, F. (2021). Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung. In: Giertz, K., Große, L. & Gahleitner, S. B. (Hrsg.). *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen* (S. 48-60). Köln: Psychiatrie Verlag.

- Greifenhagen, A. & Fichter, M. (1997). Mental illness in homeless women. An epidemiological study in Munich, Germany. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, pp. 162-172.
- Große, L. & Gahleitner, S. B. (2021). Hilfeprozesse bei Hard-to-reach-Klientel beziehungsorientiert ermöglichen. In: Giertz, K., Große, L. & Gahleitner, S.B. (Hrsg.), *Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen* (S. 95-104). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Herman, J. L. ([1992] 2018). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn, Junfermann Verlag, 5. aktualisierte Aufl.
- Kaduszkiewicz, H., Bochon, B., Van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J. & Van der Lee-den, C. (2017). The medical treatment of homeless people. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, pp. 673-679.
- Krausz, M., Strehlau, V., Schütz, C. & Torchella, I. (2013). Frühe Traumatisierung bei Menschen in Wohnungslosigkeit und Armut. Ergebnisse aus einer kanadischen Studie. In: *Trauma & Gewalt*, 7 (4), S. 290-300.
- Küper, B. (2012). *Das Projekt Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit in Deutschland 2012*. Bielefeld, Universität Bielefeld & Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung. https://www.uni-bielefeld.de/ikg/projekte/GMF/Gruppenbezogene_Menschenfeindlichkeit_Zusammenfassung.pdf (27.01.2020).
- Längle, G., Egert, B., Albrecht, F., Petrasch, M. & Buchkremer, G. (2005). Prevalence of mental illness among homeless men in the community. Approach to a full census in a southern German university town. In: *Social Psychiatry and Epidemiology*, 40, pp. 382-390.
- Maercker, A., Pielmaier, L. & Gahleitner, S. B. (2019). Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Seidler, G.H., Freyberger, H. J., Glaesmer, H. & Gahleitner, S.B. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 3., überarbeitete und durchgesehene Aufl., S. 87-100.
- Marbin, D., Deutscher, K., Schreiter, S., Gehrenbeck, K., Gutwinski, S. & Westerbarkey, E. (2021). Die Bedeutung von Wohnungslosigkeit für Menschen mit seelischen Erkrankungen. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 51 (2), S. 35-39.
- Meller, I., Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A. & Wolz, J. (2000). Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. In: *Der Nervenarzt*, 7, S. 543-551.
- McNaught, A. & Bhugra, D. (1996). Models of homelessness. In: D. Bhugra (Ed.), *Homelessness and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 26-40.

- Reker, T., Eikermann, B. & Folkers, H. (1997). Prävalenz psychischer Störungen und Verlauf der sozialen Integration bei wohnungslosen Männern. In: *Gesundheitswesen*, 59, S. 79-82.
- Salize, H. J., Dilmann-Lange, C., Kentner-Figura, B. & Reinhard, I. (2006). Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung: Prävalenz und Einflussfaktoren bei Risikopopulationen. In: *Der Nervenarzt*, 77 (11), S. 1345-1354.
- Salize, H. J., Horst, A., Dillmann-Lange, C., Killmann, U., Stern, G., Wolf, I., Henn, F. & Rössler, W. (2001). Wie beurteilen psychisch kranke Wohnungslose ihre Lebensqualität. In: *Psychiatrische Praxis*, 28, S. 75-80.
- Schreiter, S., Bermpohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rössler, W., Schouler-Ocak, M. & Gutwinski, S. (2017). The prevalence of mental illness in homeless people in Germany: a systematic review and meta-analysis. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, pp. 665-672.
- Schreiter, S., Fritz, F. D., Rössler, W., Majic, T., Schouler-Ocak, M., Krausz, M. R., Bermpohl, F. & Gutwinski, S. (2021). Wohnsituation von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen im akut-psychiatrischen Behandlungssetting in Berlin – eine querschnittliche Patientenbefragung. In: *Psychiatrische Praxis*, 48, S. 156-160.
- Schreiter, S., Gutwinski, S. & Rössler, W. (2020). Wohnungslosigkeit und seelische Erkrankungen. In: *Der Nervenarzt*, 91, 1025-1031.
- Schreiter, S., Heidrich, S., Zulauf, J., Saathoff, U., Brückner, A., Majic, T., Rössler, W., Schouler-Ocak, M., Krausz, M. R., Bermpohl, F., Bäuml, J. & Gutwinski, S. (2019). Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany. A cross-sectional patient survey. In: *British Medical Journal*, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032576>.
- Senger, K. (2019). Traumafolgestörungen. In: *Psychotherapie im Dialog*, 20, S. 12-13.
- SenIAS – Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2020). Ergebnisse der Nacht der Solidarität. <https://www.berlin.de/nacht-der-solidaritaet/ergebnisse/> (03.05.2021).
- Steckelberg, C. (2010). Zwischen Ausschluss und Anerkennung. Lebenswelten wohnungsloser Mädchen und junger Frauen. Wiesbaden: VS Verlag.
- Steckelberg, C. (2018). Wohnungslosigkeit als heterogenes Phänomen: Soziale Arbeit und ihre Adressat_innen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 68, S. 25-26.
- Sundin, E. C. & Baguley, T. (2015). Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, pp. 183-194.

- Timms, P. (1996). Homelessness and mental illness: a brief history. In: D. Bughra (Ed.), Homelessness and Mental Health (pp. 11-25). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tsemberis, S. (2010). Housing First: The Pathway Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorder. Minnesota: Hazelden Publishing.
- Völm, B., Becker, H. & Kunstmann, W. (2003). Psychiatrische Morbidität bei allein stehenden wohnungslosen Männern. In: Psychiatrische Praxis, 31, S. 236-240.
- Wilmanns, K. (1906). Zur Psychopathologie des Landstreichers: Eine klinische Studie. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.

Häusliche Gewalt gegen Männer

VERENA KOLBE

1. Einleitung

Männer haben ein weitaus höheres Risiko als Frauen, Opfer einer Gewaltstraftat durch andere Männer zu werden (Walter et al., 2004). Im normalen Alltag von Männern finden sich zahlreiche gesellschaftliche Zwänge, die fließende Übergänge zu psychischer, physischer und sexualisierter Gewalt zeigen. Wenngleich diese Form von Gewalt bislang weitestgehend ignoriert, wenn nicht sogar geleugnet wurde, ist sie dennoch etwas beinahe Alltägliches. Die in dieser Form bislang einzige groß angelegte Pilotstudie zu Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland aus 2004 (Walter et al., 2004) ergab, dass Männer vor allem in der Öffentlichkeit gefährdet sind, Opfer von körperlicher Gewalt zu werden, die vorrangig durch andere Männer begangen wird. Psychische Gewalt wird insbesondere in der Arbeitswelt, ebenfalls überwiegend durch männliche Kollegen und Vorgesetzte, ausgeübt.

Ein besonders schambesetztes und tabuisiertes Thema ist die häusliche Gewalt gegen Männer. Die genannte Studie ergab, dass ein Viertel der befragten Männer bereits körperliche Gewalt durch ihre Partnerin erfahren hat. Dabei blieben jedoch viele Vorfälle unaufgedeckt, da die Betroffenen die Polizei aus Scham nicht verständigt haben.

Der Begriff „häusliche Gewalt“ wird derzeit noch untrennbar mit „Gewalt gegen Frauen“ assoziiert. Denn Gewalt gegen Frauen ist ein Problem, dessen Relevanz in der Gesellschaft mittlerweile breite Anerkennung erfahren hat. Die Notwendigkeit gezielter und kompetenter Hilfen für betroffene Frauen ist somit auch unbestritten: Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge ist Partnerschaftsgewalt eines der zentralen Gesundheitsrisiken für Frauen

(WHO Europa, 2003). Der sog. Istanbul Konvention, einer Definition der Europaratskonvention zur Verhütung von Gewalt gegen Frauen, zufolge umfasst die Ausübung von Gewalt gegen Frauen Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer und auch wirtschaftlicher Gewalt innerhalb der Familie, des Haushalts oder zwischen aktuellen sowie früheren Partnern (BMFSFJ, 2018). Einer repräsentativen Befragung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA, Fundamental Rights Agency) zum Ausmaß sexueller und häuslicher Gewalt ergab, dass jede vierte bis fünfte Frau seit ihrem 15. Lebensjahr körperliche Partnerschaftsgewalt erfahren hat. Für Deutschland wurde im europäischen Vergleich eine mittlere bis hohe Gewaltprävalenz ermittelt (FRA, 2014).

Weibliche Opfer von häuslicher Gewalt erfahren daher überwiegend gesellschaftliches Verständnis, Mitgefühl und Unterstützung von Fachleuten und ihrem sozialen Umfeld. Dass Frauen Gewalt gegen ihre Partner ausüben, passt dagegen – noch - nicht in unsere gesellschaftlichen Rollenklischees. Es scheint im ersten Augenblick undenkbar, dass Männer Opfer häuslicher Gewalt werden, gelten sie doch als aggressiver und gewaltbereiter als Frauen und sind ihnen in den meisten Fällen zusätzlich körperlich überlegen. Die Datenlage zu betroffenen Männern häuslicher Gewalt ist dementsprechend gering. Die vorhandenen Studienergebnisse deuten jedoch daraufhin, dass auch Männer in relevanter Größe Opfer von Partnerschaftsgewalt werden: Die bereits erwähnte Pilotstudie zu allgemeinen Gewalterfahrungen von Männern ergab nach Auswertung von 266 quantitativen Interviews, dass jeder vierte Mann mindestens einmal körperliche Gewalt durch seine Partnerin erlebt hat (Walter et al., 2004). Der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zufolge sind 1,2 % der befragten Frauen sowie 0,9 % der befragten Männer in den vergangenen zwölf Monaten Opfer physischer Partnerschaftsgewalt geworden (Schlack, et al., 2013). Eine umfassende Übersichtsarbeit, die 17 internationale Untersuchungen zu dem Thema berücksichtigte, ergab Prävalenzen von 3,4 bis 20,3 % für körperliche häusliche Gewalt an Männern (Kolbe & Büttner, 2020).

Von den im Jahr 2018 insgesamt erfassten 140 755 Opfern vollendeter und versuchter Delikte der Partnerschaftsgewalt waren 114 393 (81,3 %) weiblich und 26 362 (18,7 %) Personen männlich (BKA, 2018). Trotz der beachtlichen

Anzahl betroffener Männer – und hier wird lediglich das Hellfeld abgebildet – ist der gesellschaftliche Umgang mit den Betroffenen besorgniserregend; in der öffentlichen Wahrnehmung sind Männer – ihrer vermeintlichen körperlichen Überlegenheit geschuldet – weiterhin eher Täter und keine Opfer. Der bereits erwähnten Pilotstudie (Walter et al., 2004) zufolge werden viele Gewalt-erlebnisse, wie etwa Kneipenschlägereien, nicht als Gewalt als solche wahrgenommen oder aber die erlebte Form der Gewalt ist zu schambesetzt, als dass sie öffentlich thematisiert wird. Darunter fallen auch Erlebnisse wie Partnerschaftsgewalt oder sexualisierte Übergriffe. Dabei leiden männliche Betroffene, ähnlich wie betroffene Frauen, häufig unter einem geringen Selbstwertgefühl und geben sich für die Vorfälle selbst die Schuld und zeigen somit ein typisches Opferverhalten.

Dementsprechend gibt es ebenso Männer, die die Konsequenzen einer Öffentlichmachung fürchten: Einen Gerichtsprozess oder eine Trennung mit der möglichen Zerschlagung der Familie. Um die Familie zu retten, scheuen sich Männer wie Frauen, Hilfsangebote anzunehmen oder gar eine Strafanzeige zu erstatten. Betroffene denken, sie hätten eine Mitschuld an den Gewaltausbrüchen ihrer Partner oder durch eigenes vermeintliches Fehlverhalten provoziert. Ein wesentlicher Grund für Männer, die Übergriffe stillschweigend für sich zu behalten, ist jedoch auch das Unwissen über mögliche Hilfsangebote. Machado et al. zufolge vertrauen sich von Gewalt betroffene Männer allenfalls einem Freund oder Verwandten an. Hilfsorganisationen, Fachberatungsstellen oder gar die Ermittlungsbehörden werden dagegen nur selten aufgesucht, da sich die Männer dort häufig nicht ernst genommen fühlen. So vergehen durchschnittlich 2,5 Jahre, ehe sich ein Betroffener Hilfe sucht (Machado et al., 2016). Es ist auch bei Behörden und Fachpersonal keineswegs selbstverständlich, dass Männer als Opfer häuslicher Gewalt wahrgenommen werden, passen sie doch nicht in übliche Denkmuster und stellen typische Täter-Opfer-Rollen in Frage (Hagner & Ingenberg, 2010). So wie Frauen vor einigen Jahren noch eine Mitschuld an Sexualdelikten unterstellt wurde, heißt es bei männlichen Opfern von Partnerschaftsgewalt häufig, „das wird er schon verdient haben“ und ihre Glaubwürdigkeit wird angezweifelt.

Die von Lenore Walker beschriebene dreiphasige Gewalt-Spirale von Spannungsaufbau, Gewalteskalation und Reue bzw. Versöhnung wird ohne eine externe Intervention nur selten durchbrochen, sondern verstärkt sich in ihrer Intensität eher noch (Schröder & Hertling, 2013). Ob dieses Modell jedoch auch auf von Partnerschaftsgewalt betroffene Männer übertragen werden kann, ist anzunehmen, sollte jedoch in weiteren Studien untersucht werden.

Während der Zeit der Corona-Pandemie, in der sich die Wohnsituation aufgrund von Kontaktverboten, Homeoffice und wirtschaftlicher Unsicherheit für viele Paare verschärft, ist die Hemmschwelle für Partnerschaftsgewalt besonders niedrig. Zusätzlich fehlen öffentliche Kontrollinstanzen, wie der direkte Kontakt zu Arbeitskollegen oder Freizeitsport. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Betroffene aufgrund der permanenten Anwesenheit des misshandelnden Partners keine Möglichkeit haben, sich selbstständig Hilfe zu suchen.

Fallbeispiel

Der 42-jährige Herr R. sucht die Gewaltopferambulanz mit seinen zwei Töchtern, die beide im Grundschulalter sind, an einem Freitagnachmittag auf. Herr R. lebt seit kurzer Zeit von seiner Ehefrau getrennt und hat seine Töchter nun von der Schule abgeholt, damit sie das Wochenende mit ihm verbringen können. Während der Autofahrt sind ihm rötliche Verfärbungen an den Armen seiner jüngeren Tochter aufgefallen. Auf Nachfrage konnte ihm das Mädchen jedoch nicht erklären, wie es zu dieser Verletzung gekommen ist. Daraufhin fährt Herr R. mit den Mädchen direkt in das Institut für Rechtsmedizin, um die Verletzungen begutachten und dokumentieren zu lassen. Der Befund wird von der diensthabenden Ärztin jedoch als uncharakteristisch und nicht als misshandlungstypisch eingestuft. Herr R. ist sehr erleichtert und erklärt daraufhin, dass er über mehrere Jahre von seiner Ehefrau körperlich misshandelt worden ist und nun befürchtet, dass seine Töchter ebenfalls von ihrer Mutter geschlagen werden. Herr R. erzählt, er habe lange mit sich gerungen und es habe gedauert, ehe er sich zu einer Trennung entschlossen habe. Während des Trennungsprozesses habe er sich an mehrere Institutionen gewandt, um Hilfen zu erhalten. Doch er habe sich weder von Mitarbeitern des Jugendamtes, von Interventionsstellen, der Polizei und auch

einem privat beauftragten Rechtsanwalt nicht ernst genommen gefühlt. Er berichtet, dass man ihm – einem groß gewachsenen, sportlich-athletischem Mann – nicht geglaubt habe, dass er sich von seiner Ehefrau, immerhin einer angesehenen Mitarbeiterin einer universitären Einrichtung, habe schlagen lassen. Nach mehreren gescheiterten Versuchen, fachkundige Hilfe zu bekommen, habe er aufgegeben und die Umgangsregelungen akzeptiert, wenngleich er um die Sicherheit seiner Töchter fürchte. In der Gewaltopferambulanz, so erklärt er, fühlt er sich erstmalig ernst genommen und kompetent beraten.

Das fiktive Fallbeispiel, das sich an realen Fällen orientiert, verdeutlicht erneut die Vorurteile einer patriarchalischen Gesellschaft, mit der Betroffene konfrontiert werden: Spott und Häme, sobald sie sich Arbeitskollegen oder Bekannten offenbaren, geschuldet der Hilflosigkeit und dem Unwissen eines Großteils der Gesellschaft. Denn dass sie in Wirklichkeit viele Leidensgenossen haben, ist den meisten männlichen Opfern nicht bewusst. Dem Betroffenen hätte zeitnah mit einer kompetenten Fachberatung sowie einer gerichtsfesten Befunddokumentation geholfen werden können, seine Begehren straf- und zivilrechtlich durchzusetzen.

Von den drei relevanten Formen von Gewalt wird psychische Gewalt am häufigsten angewandt (Walter et al., (2004); Kolbe & Büttner, 2020; (Machado et al., 2016). Die Täterinnen üben dabei insbesondere soziale Kontrolle aus: Sie sind eifersüchtig, kontrollieren die Kontakte ihrer Partner oder überwachen das Smartphone. Etwas weniger häufig üben die Frauen andere Formen der psychischen Gewalt aus: Darunter fallen Demütigungen, Beleidigungen, Erniedrigungen oder Hänseleien, die die Männer in den meisten Fällen stillschweigend ertragen, bis hin zu Drohungen des Sorgerechtszuges oder des Selbstmordes. Es wird jedoch auch körperliche Gewalt gegen Männer ausgeübt, insbesondere dann, wenn zuvor eine soziale Kontrolle durch die Partnerin stattgefunden hat (Walter et al., (2004)). Die Frauen schlagen nicht nur mit Händen oder Fäusten, sondern kratzen, beißen und treten oder verwenden (Haushalts-)Gegenstände (Kolbe & Büttner, 2020), um ihre körperliche Unterlegenheit auszugleichen. Es wird aber auch sexualisierte Gewalt ausgeübt, wenngleich deutlich seltener als psychische oder physische Gewalt, so dass auf diese Form von Gewalt im Folgenden nicht weiter eingegangen werden soll.

Durch ihre körperliche Überlegenheit könnten sich Männer durchaus wehren, doch warum tun sie es nicht? Viele Männer haben eine angeborene oder an-erzogene Hemmung, sich körperlich gegen vermeintlich hilflose und schwache Frauen zu wehren. Weiterhin sehen viele Männer Frauen nicht als ebenbürtig an, fühlen sich durch einfache Gewalt wie Schubsen oder leichte Schläge zu-nächst nicht ernsthaft bedroht und unterschätzen dadurch die Gefahr, so dass auch keine Selbstschutzstrategien entwickelt werden (Sonnenmoser 2017).

Die Anzahl von Frauen, die häusliche Gewaltdelikte zur Anzeige bringen, ist trotz zahlreicher Aufklärungskampagnen in den letzten Jahren auf einem kon-stant niedrigen Niveau geblieben (Hellmann & Blauert, 2014). Der Prozess, dass Männer sich überhaupt gegen ihre misshandelnden Frauen wehren, steckt dagegen noch in den Kinderschuhen.

2. Medizinisch-therapeutische Relevanz

Männer verdrängen ihre gesundheitlichen Probleme üblicherweise, betreiben seltener Vorsorgemaßnahmen und suchen erst spät medizinische Hilfe (Hage-mann-White & Lenz, 2002). Gleiches gilt für die Folgen von Gewalt, obwohl diese einen großen Risikokomplex für die Männergesundheit darstellt. Daher sollten alle medizinischen Professionen Folgen von Gewalt erkennen und an-sprechen können. Neben der Fähigkeit, eine qualifizierte Befunddokumen-tation durchzuführen, sollte ihnen das lokale Beratungs- und Hilfenetzwerk bekannt sein, um eine kompetente, zielgerichtete Weiterbetreuung zu ermögli-chen. Es liegen bereits zahlreiche Empfehlungen zur forensisch-medizinischen Untersuchung und Befunddokumentation von Gewaltopfern vor, mit deren Hilfe die kompetente Dokumentation von Verletzungen betroffener Männer in der medizinischen Praxis unproblematisch sein sollte. Die praktische Umset-zung dieses theoretischen Wissens im klinischen Setting gelingt jedoch nicht in allen Fällen optimal und ist weiterhin durch verschiedene Stolpersteine in den Abläufen erschwert.

Eine zentrale Anlaufstelle für Gewaltopfer stellen daher die sog. Gewaltopferambulanzen, also klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungsstellen, dar. Derartige Ambulanzen sind in den vergangenen Jahren an nahezu allen rechtsmedizinischen Instituten etabliert worden und zu einem integralen Bestandteil des rechtsmedizinischen Alltags geworden (Zinka et al., 2019). Im Rahmen von niedrigschwellig verfügbaren rechtsmedizinischen Untersuchungen – unabhängig von möglichen strafrechtlichen Verfahren – wird von Gewalt Betroffenen die Möglichkeit gegeben, ihre Verletzungen professionell und gerichtsverwertbar dokumentieren zu lassen. Im Rahmen der Untersuchungen können außerdem Blut, Urin sowie Abstriche und Abriebe fachgerecht gesichert werden. Insbesondere geschädigte Personen, die vorerst keine polizeiliche Anzeige erstatten möchten, sind auf diese Form einer qualifizierten gerichtsfesten Befunddokumentation angewiesen, um eine spätere juristische Aufarbeitung des Falles weiterhin zu ermöglichen. Durch die gerichtsfeste Dokumentation, die später ggf. als Beweismittel herangezogen werden kann, wird den Betroffenen Zeit verschafft, weitere Schritte zu planen und einzuleiten.

Opfer häuslicher Gewalt tragen überwiegend Hämatome, Hautabschürfungen und Hautrötungen, überwiegend an den oberen Extremitäten, am Kopf und am Körperstamm davon (Kolbe & Büttner, 2020); Todt et al., 2016). Die Geschädigten wenden sich mit diesen Verletzungen jedoch häufig zunächst an Ärzte in Notaufnahmen oder ihre Hausärzte und nicht an rechtsmedizinische Ambulanzen. Eine nicht-fachgerechte Dokumentation der Verletzungen – sofern sie im klinischen Setting überhaupt erfolgt – hält einem späteren strafrechtlichen Verfahren aber häufig nicht stand. Aus diesem Grund hat sich vielerorts eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit klinischer und rechtsmedizinisch tätiger Ärzte entwickelt: Mit der Etablierung der Gewaltopferambulanzen konnte nicht nur für Geschädigte, sondern auch für medizinisches Personal ein niederschwellig verfügbares Beratungs- und Unterstützungsangebot geschaffen werden. Durch diese unkompliziert zugängliche Möglichkeit der Beweissicherung wurde das Thema „häusliche Gewalt“ in den vergangenen Jahren zunehmend enttabuisiert. Partnerschaftliche Gewalt gegen Männer scheint dagegen auch unter Mediziner*innen weiterhin eher schambesetzt zu sein. Wie jünge-

re Veröffentlichungen zeigen konnten, wurde das rechtsmedizinische Untersuchungsangebot dennoch vermehrt auch von Männern nach häuslichen Gewalterfahrungen bzw. Partnerschaftsgewalt wahrgenommen (Kolbe & Büttner, 2020).

Das rechtsmedizinische Angebot der Gewaltopferambulanzen steht noch nicht flächendeckend allen Betroffenen zur Verfügung, daher sollten alle Ärzt*innen und Therapeut*innen über grundlegendes Wissen zu einer gerichtsfesten Befunddokumentation verfügen, denn im Gegensatz zu psychischer Gewalt lassen sich die körperlichen Verletzungen unkompliziert und in den meisten Fällen eindeutig dokumentieren. Die nachfolgenden Hinweise zur Gesprächsführung und Befunddokumentation orientieren sich an gültigen rechtsmedizinischen Empfehlungen (Banaschak et al., 2014) sowie dem S.I.G.N.A.L.-Leitfaden (S.I.G.N.A.L., (o.D.).

In der Praxis empfiehlt es sich, den Misshandlungsverdacht konkret anzusprechen, sofern typische Verletzungen erkennbar sind. Dies können beispielsweise Abwehrverletzungen an den Armen, Strangulationsverletzungen am Hals, doppelt konturierte Stockschlagverletzungen oder Bissverletzungen sein. Aber auch Verletzungen, die nicht zum angegebenen Entstehungsmechanismus passen genauso wie das gleichzeitige Auftreten von älteren neben frischeren Verletzungen sind zumindest misshandlungsverdächtig.

Das offene Ansprechen des Verdachts unter Betonung der professionellen Schweigepflicht verdeutlicht dem Opfer, dass es von seinem Behandler*in ernst genommen wird. Dabei sollte nach Möglichkeit ein patientenzentriertes Vier-Augen-Gespräch mit angemessenen, offenen Fragen gesucht werden. Sofern sich der Misshandlungsverdacht bestätigt, sollte der Tathergang erfragt werden. Dabei sollte dem Betroffenen Raum gegeben werden, frei zu erzählen und das Gesagte möglichst wortgetreu notiert werden.

Anschließend sollte die körperliche Untersuchung unter Hinzuziehung eines, idealerweise gleichgeschlechtlichen, Zeugen erfolgen und die gesamte Körperoberfläche in Augenschein genommen werden. Dabei sollte jedoch immer nur die zu untersuchende Körperregion entkleidet werden. Die Verletzungen

– auch vermeintliche Bagatellverletzungen - sollten in diesem Zuge fotodokumentiert werden; es empfiehlt sich zunächst eine Übersichtsaufnahme mit anschließenden Detailaufnahmen. Dabei sollte stets eine Größenreferenz, wie beispielsweise ein Winkellineal, verwendet werden. Zusätzlich sollten die Befunde in einem Körperschema skizziert werden, dabei sollte die Beschreibung nicht wertend, sondern rein deskriptiv bleiben. Nach der Befunddokumentation sollte abgeklärt werden, ob eine Rückkehr in das gewaltbelastete, häusliche Umfeld erfolgen kann. Möglicherweise sollte eine stationäre Aufnahme aus sozialer Indikation erfolgen, ist dies nicht möglich oder erwünscht, kann auch die Aufnahme in einen Schutzraum angestrebt werden.

Die Mindestanforderung an den Behandler*in sollte sein, den Betroffenen kompetent über das lokale Hilfenetzwerk zu informieren, dafür empfiehlt es sich, über ausreichend Informationsmaterial zu verfügen.

Neben den körperlichen Verletzungen können sich bei den Betroffenen auch seelische Traumafolgen zeigen, die zeitnah zu dem Vorfall oder aber auch erst später auftreten können. Dazu gehören Flashbacks oder Erinnerungsbruchstücke, Interessenverlust, Angst, Nervosität, innere Unruhe oder eine erhöhte Reizbarkeit. Es können aber auch psychosomatische Symptome wie Magen-Darm-Beschwerden, Herzrasen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen auftreten. Ist der Betroffene nicht in der Lage, seine Partnerschaftskonflikte zu lösen, zieht er sich zurück, verharmlost oder leugnet die Situation, flüchtet sich in Arbeit, Sport oder auch Substanzmissbrauch (Hagner & Ingenberg, 2010).

Andauernde Angst, Scham, Stress sowie körperliche und seelische Verletzungen können zu einem reduzierten Selbstwertgefühl, Depressionen, Angst-erkrankungen und psychosomatischen Erkrankungen bis hin zu suizidalen Gedanken führen (Sonnenmoser, 2017). Derart belastete Betroffene sollten an spezielle Trauma-Ambulanzen vermittelt werden, um die Erlebnisse zeitnah professionell therapeutisch aufzuarbeiten.

Neben den körperlichen und seelischen Verletzungen kann Partnerschafts-gewalt auch zu bedeutenden sozioökonomische Folgen führen: Durch eine mögliche Stigmatisierung kann es zu einem sozialen Rückzug bis hin zu völliger

Isolation kommen. Eine Trennung kann bei einer wirtschaftlichen Abhängigkeit den Misshandelten zu ökonomischer Not führen (Peters, 2019), wenngleich Männer häufig in einer stärkeren oder zumindest in einer gleichwertigen Position wie ihre Partnerin sind (Hagner & Ingenberg, 2010).

Der Umgang mit Gewaltbetroffenen kann auch für Untersucher*innen bzw. Behandler*innen belastend sein. Im Rahmen der Selbstfürsorge sollten entlastende Gespräche oder Supervisionen zur Aufarbeitung des Gehörten angestrebt werden.

Fallbeispiel

Der 63-jährige Herr K. lebt mit seiner Partnerin, Frau M., seit vielen Jahren eheähnlich in einer gemeinsamen Wohnung. Frau M. ist selbstständige Kosmetikerin, doch in den letzten Monaten liefen die Geschäfte schlechter. Frau M. war dadurch mehr und mehr unzufrieden und begann, vermehrt Alkohol zu konsumieren. In der Folge wurde sie Herrn K. gegenüber zunehmend körperlich aggressiv; sie schlug ihn zunächst in unregelmäßigen Abständen mit den Fäusten. In Rahmen der Corona-Pandemie musste Frau M. Privatinsolvenz anmelden und trank seitdem nahezu täglich größere Mengen Alkohol. Frustriert über ihr berufliches Scheitern ließ sie ihren Ärger bald täglich an ihrem Partner aus, schlug ihn mit Fäusten und Gegenständen wie Schuhanziehern oder Kochlöffeln. Als Herr K. Frau M. um die Trennung und den Auszug aus der von ihm finanzierten Wohnung bittet, eskaliert die Situation und Frau M. schlägt minutenlang auf Herrn K. ein, der sich weder gegen seine Partnerin zur Wehr setzt noch die Polizei ruft. Stattdessen übernachtet er in seinem Büro. Als er am nächsten Morgen dort von einem Arbeitskollegen auf seine zahlreichen Schürfungen und Hautverfärbungen angesprochen wird, offenbart Herr K. sich ihm. Er wolle keine polizeiliche Anzeige erstatten, da er Frau M. nicht schaden möchte, denn seiner Meinung nach habe sie durch die Privatinsolvenz schon ausreichend Sorgen. Sein Kollege rät Herrn K., sich an eine Fachberatungsstelle zu wenden. Herr K. bekommt zeitnah einen Gesprächstermin bei der lokalen Fachberatungsstelle gegen häusliche Gewalt und fühlt sich dort kompetent betreut. Die Beraterin rät ihm, seine Ver-

letzungen zeitnah gerichtsfest dokumentieren zu lassen für den Fall, dass er seine Meinung ändert und doch eine Strafanzeige erstatten möchte. Am Folgetag stellt Herr K. sich in einer rechtsmedizinischen Ambulanz vor und lässt seine Verletzungen dokumentieren. Ermutigt durch die Mitarbeiter der Beratungsstelle und der rechtsmedizinischen Ärztin, entbindet er diese von der Schweigepflicht und erstattet eine Strafanzeige wegen Körperverletzung gegen Frau M. Kurze Zeit später fordert der zuständige Staatsanwalt die Befunde einschließlich eines rechtsmedizinischen Gutachtens bei der untersuchenden Ärztin an. Dieses Gutachten wird drei Monate später in einem Verfahren am Amtsgericht als Beweismittel verwendet, an dessen Ende Frau M. zu einer mehrmonatigen Bewährungsstrafe verurteilt wird.

Dieses fiktive Fallbeispiel, das sich ebenfalls an konkreten Fällen orientiert, verdeutlicht, wie hilfreich eine zeitnahe, kompetente Beratung für die Betroffenen sein kann: Akteure des Hilfenetzwerkes, die einander kennen und zielgerichtet weitervermitteln können, haben in diesem Beispiel nicht nur eine zeitnahe Krisenintervention, sondern auch eine gerichtsfeste Befunddokumentation ermöglicht, die in dem nachfolgenden Gerichtsverfahren zu einer Verurteilung der Täterin geführt hat.