



2. Runder Tisch zur Frauengesundheit

Frauengerechte Psychotherapie?

Ambulante Versorgung in Kiel

Veranstaltung in Kiel am 06.11.2002

Dokumentation

**Psychosoziale
Frauenberatungsstelle
donna klara e.V.**

**Luna Sozialtherapeutische
Wohngruppen für Frauen
(VFG e.V.)**

**IHRISS e.V.
Treffpunkt und Beratung
für Frauen mit und ohne
Psychiatrieerfahrung**

**Notruf und Beratung bei
sexualisierter Gewalt gegen
Mädchen und Frauen e.V.**

Inhalt	Seite
Vorwort	3
Begrüßung <i>Annegret Bergmann</i>	4
Zur Situation der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Frauen in Kiel. Erfahrungen der Frauenfacheinrichtungen <i>Edith Paulsen / Karen Röhling / Trude Zeuschel</i>	7
Ergänzende Stellungnahme Refugio e.V. <i>Behjat Moaali</i>	17
Frauengerechte Therapie - was ist damit gemeint? <i>Dr. Elisabeth Pahl</i>	18
Statements <i>Dr. Marie Luise Crayen</i>	27
<i>Dr. Kirsten Bernhardt / Dr. Katharina Gerok-Falke</i>	27
<i>Juliane Dürkop</i>	29
<i>Dr. Michael Jehs</i>	30
<i>Dr. Uwe Bannert</i>	31
Impulse zur Veränderung	33
Anhang 1: Umfrage unter TherapeutInnen - Anschreiben und Fragebogen	34
Anhang 2: Grundsätze zur frauengerechten Therapie (Faltblatt des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.)	36
Anhang 3: Presseinformation vom 01.08.03: "Initiativkreis zur Verbesserung der Psychotherapie in Kiel" gegründet	40

Vorwort

"Frauengerechte Psychotherapie? Ambulante Versorgung in Kiel"

Dieses Thema stand am 6. November 2002 in Kiel im Mittelpunkt des "2. Runden Tisches zur Frauengesundheit". Von uns als Veranstalterinnen war dieser Runde Tisch als Fortbildung zu der Frage "Was ist frauengerechte Psychotherapie?" ebenso wie zur Diskussion der problematischen aktuellen Situation in Kiel konzipiert.

Es kamen mehr als 100 Frauen und einige Männer aus allen angesprochenen Bereichen: vorwiegend ExpertInnen, TherapeutInnen und VertreterInnen von Institutionen, aber auch Klientinnen und interessierte KielerInnen. Die Reaktionen auf die Veranstaltung waren durchweg positiv. Das Thema und seine Dimensionen wurden in die Öffentlichkeit getragen; die Frauenfacheinrichtungen konnten ihre hohe Professionalität unter Beweis stellen und für ihre Arbeit werben; die Frauenbeauftragte kündigte an, auch für Kiel einen Frauen-Gesundheitsbericht einzufordern; und aus den Diskussionen erwachsen Ansätze zur besseren Vernetzung der ExpertInnen untereinander in Kiel und darüber hinaus. Ein Initiativkreis zur psychotherapeutischen Versorgung von Frauen in Kiel wurde im Frühjahr 2003 gegründet.

Annegret Bergmann

Frauenbeauftragte der
Landeshauptstadt Kiel

Edith Paulsen

Psychosoziale Beratungsstelle
donna klara e.V.

Christina Kirchmann

IHRISS e.V. Treffpunkt und Beratung für
Frauen mit und ohne Psychiatrieerfahrung

Trude Zeutschel

LUNA Sozialtherapeutische Wohngruppen
für Frauen im Verein zur Förderung des
Gesundheitswesens e.V.

Karen Röhling

Verein Notruf und Beratung
bei sexualisierter Gewalt gegen Frauen e.V.

Begrüßung

Annegret Bergmann

Frauenbeauftragte der Landeshauptstadt Kiel

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitveranstalterinnen, zu unserem 2. Runden Tisch zur Frauengesundheit in Kiel begrüße ich - auch im Namen meiner Mitveranstalterinnen aus den Frauenfach-einrichtungen donna klara, IHRISS, Luna und Notruf - Sie alle sehr herzlich.

Insbesondere möchte ich die Hauptreferentin, Frau Dr. Pahl aus Bremen, begrüßen.

Für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der anschließenden Diskussion danke ich außerdem

- Frau Dr. Bernhardt und Frau Dr. Gerok-Falke vom Borderline-Netzwerk Kiel, das in der Universitätsklinik für Psychiatrie angesiedelt ist,
- der Psychotherapeutin Frau Dr. Crayen,
- Herrn Dr. Bannert vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein,
- Herrn Peetz vom Verband der Angestellten-Krankenkassen
- und Herrn Dr. Jehs vom Gesundheitsamt Kiel.

Die Vorsitzende des Berufsverbandes deutscher Psychologinnen und Psychologen, Frau Dürkop, musste ihre Beteiligung leider aus Zeitgründen absagen.

Ein Dank für ihre Beteiligung auch an unsere Moderatorin, Gertje Freese.

Ich freue mich, dass unsere Einladung eine so große Resonanz gefunden hat - nicht nur unter Fachfrauen, sondern auch unter Interessierten oder vielleicht Betroffenen, die selbst etwas beizutragen haben.

Die gesundheitlichen Probleme von Frauen und die Frage, wodurch sie sich von denen der Männer unterscheiden, sind ja - was ihre Erforschung betrifft - ein noch sehr junges Gebiet. Überwiegend orientieren sich Wissenschaft und Praxis im Gesundheitsbereich an der Lebenssituation männlicher Patienten. Auf Diagnosen bei Frauen entfällt weniger Zeit und Aufwand. Der Einfluss ihrer gesellschaftlichen Lebensbedingungen auf die Gesundheit von Frauen wird viel zu selten einbezogen, weil nicht ausreichend bekannt ist,

- dass Frauen mit ihrem Körper, mit der Wahrnehmung gesundheitlicher Einschränkungen und der Bewältigung von Erkrankungen anders umgehen als Männer,
- dass Frauen andere Symptome zeigen können - erst vor kurzem wurde z. B. festgestellt, dass sich ein Herzinfarkt bei Frauen anders ankündigt als bei Männern,
- dass Medikamente auf den weiblichen Organismus ggf. andere Auswirkungen haben als auf den männlichen.
- Wichtig ist nicht zuletzt, dass viele Behandelnde mit Frauen anders umgehen als mit Männern, etwa auf Grund veralteten Wissens. So wurde Herzinfarkt bei Frauen oft nicht diagnostiziert, weil die Lehrmeinung war "Frauen bekommen keinen Herzinfarkt" und Symptome als Rückenprobleme o.ä. gedeutet wurden.

Die Psychotherapie war wahrscheinlich der erste Bereich überhaupt, in dem deutlich wurde, dass bei Frauen andere Diagnosekriterien und andere Behandlungen erforderlich sein können als bei Männern.

Die Frauengesundheitsbewegung der 70er Jahre machte als erste darauf aufmerksam, dass Frauen viel häufiger und schneller seelische Erkrankungen zugewiesen bekamen als Männer. Grundlage dafür war oft die vorgefasste Vorstellung des Therapeuten, wie eine Frau zu sein und zu denken hatte. Abweichungen davon wurden als "krankhaft" eingeordnet.

1992 postulierte dann die Weltgesundheitsorganisation der UNO: "Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden." und forderte für Europa u.a.:

- frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung
- geschlechterdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung
- Frauen-Gesundheitsforschung

- Frauen in führenden Positionen der Gesundheitspolitik

Mittlerweile haben auch die EU und der Deutsche Städtetag das Thema aufgegriffen. Für den Frauen- und Gleichstellungsausschuss des Dt. Städtetages, dem ich angehöre, wurde die Idee der Runden Tische entwickelt, themenzentrierter Fachforen, die Austausch und Bewusstseinsveränderung anregen sollen.

Der erste Runde Tisch hier in Kiel fand im letzten September zum Thema "Eßstörungen" statt.

Runde Tische bilden einen Weg, Betroffene, Behandelnde und politisch Verantwortliche auf kommunaler Ebene ins Gespräch miteinander zu bringen, die Vernetzung zu fördern und konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Lebens- und Gesundheitsbedingungen von Frauen zu entwickeln.

Die Gründe, die meine Mitveranstalterinnen aus den Frauenfach-einrichtungen bewogen haben, für den zweiten Runden Tisch das Thema "Psychotherapeutische Versorgung" an mich heranzutragen, erläutern sie am besten selbst. Sie nehmen durch ihre Arbeit gewisse Defizite wahr, auf die sie hinweisen möchten. Dies stellt sich für andere Organisationen möglicherweise ganz anders dar; insofern freue ich mich auf eine spannende und produktive Diskussion, die die psychotherapeutische Versorgung in Kiel und die Zukunftsperspektiven von vielen Seiten beleuchtet.

Zur Situation der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Frauen in Kiel. Erfahrungen der Frauenfacheinrichtungen

Edith Paulsen, donna klara e.V.

Karen Röhling, Notruf e.V.

Trude Zeuschel, LUNA

1. Die Problematik aus der Sicht der Frauenfacheinrichtungen

Als wir im Frühjahr im Referat für Frauen zusammen saßen, um das Thema für den 2. Runden Tisch zur Frauengesundheit zu besprechen, war es uns ein Anliegen, die psychotherapeutische Versorgung in Kiel zu einem öffentlichen Thema zu machen. Die große Resonanz zeigt, dass es nicht nur für uns ein Thema ist.

Wir möchten mit dieser Veranstaltung einen Schritt aus dem Klagen heraus machen. Wir möchten außerdem deutlich machen, dass wir – angesichts der Psychotherapie-Platz-Situation, wie sie eben zur Zeit ist – in unserer Arbeit an unsere Grenzen kommen.

Deshalb wollten wir diejenigen, die aus verschiedenen Positionen heraus am Bereich 'ambulante Psychotherapie' beteiligt sind, an einen Tisch bringen – um gemeinsam Anregungen und Ideen in Richtung auf eine Verbesserung der Situation zu finden.

Zwei Stränge sind uns dabei wichtig: die Quantität und die Qualität.

Wir möchten den Mangel an PT-Plätzen thematisieren und die Frage nach der Qualität stellen. Qualität heißt für uns: eine Psychotherapie, die Frauen mit ihren jeweiligen Erfahrungen wirklich gerecht wird.

Einige Sätze zur rechtlichen Grundlage

Seit dem 1.1.99 ist die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland gesetzlich neu geregelt. Psychotherapie (PT) ist Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Die kassenärztliche Vereinigung (KV) entscheidet über die Zulassung von in freier Praxis tätigen PsychotherapeutInnen.

Zwei Berufsgruppen sind berechtigt, Psychotherapie durchzuführen: Diplom-PsychologInnen und ÄrztInnen (bei Kindern und Jugendlichen noch Diplom-PädagogInnen und SozialpädagogInnen). Als notwendige PT-Ausbildung werden gesetzlich anerkannt die analytische PT, tiefenpsychologisch fundierte PT und Verhaltenstherapie. Andere Verfahren wie Gestalttherapie, Körperpsychotherapie oder Gesprächstherapie werden nicht anerkannt (letztere ist in Verhandlung).

Beide Berufsgruppen können ihre Arbeit seit dem 1. Januar 1999 direkt mit den Krankenkassen abrechnen, d. h. die Versicherten können sich direkt an die AnbieterInnen von PT wenden.

In den Richtlinien zur Ausführung des Gesetzes ist z. B. die Höchststundenzahl einer psychotherapeutischen Behandlung festgelegt. Diese ist je nach Verfahren unterschiedlich (analytische PT: 240 (300) Stunden, tiefenpsychologisch fundierte PT: 80 (100) Stunden, Verhaltenstherapie: 60 (80) Stunden). Mit besonderer Begründung ist es möglich, die Höchststundenzahl geringfügig zu erhöhen.

Die PT-Richtlinien dienen „...der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen.“ Alle gesetzlichen Krankenkassen sind an diese Richtlinien gebunden, d. h. der Zugang sollte für alle Versicherten gleich sein.

Die KV lässt in jeder Region nur eine bestimmte Anzahl von psychologischen und ärztlichen PsychotherapeutInnen zu. Kiel gilt laut Aussage der KV rein rechnerisch als überversorgt.

Wie stellt sich diese Situation in der Praxis dar?

Zunächst: Die Entscheidung zu einer psychotherapeutischen Behandlung ist in der Regel keine einfache oder schnelle – nicht entstanden aus einem spontanen Impuls oder reiner Neugier. Zugrunde liegt vielmehr meist eine als wesentlich empfundene psychische Beeinträchtigung oder eine akute Lebenskrise.

Meistens sind eine Reihe anderer Wege versucht worden (Selbsthilfe, Medikamente, private Netzwerke – sofern sie bestehen). Das Eingeständnis, nicht mehr allein klar zu kommen, ist meist sehr schambesetzt.

Oft legt das Umfeld (Familie, Hausärzte, KollegInnen, Vorgesetzte) einer Frau nahe, sich um eine PT zu bemühen. Viele Frauen haben von der Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung gehört, wissen aber sehr wenig über die Zugangswege. Bei anderen gesundheitlichen Problemen sind diese bekannter und selbstverständlicher, z. B. das Aufsuchen von Haus- oder Fachärzten.

Mangelnde Transparenz

Das Angebot innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung ist nicht transparent. Viele Frauen wissen z. B. nicht, dass es unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren gibt. Diejenigen, die dies wissen, empfinden es als verwirrend und können sich nicht „zuordnen“. Weder das Branchentelefonbuch noch die Listen der Krankenkassen geben genauere Auskunft über die therapeutische Ausrichtung, über spezielle Fortbildungen, z. B. in Traumatherapie, oder über Arbeitsschwerpunkte wie Begleitung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oder sexuellen Gewalterfahrungen.

Das bedeutet, dass eine Frau mit einem speziellen Anliegen eher nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum Kontakt mit möglichen PsychotherapeutInnen aufnimmt

Wartezeiten

Die erste Erfahrung ist in der Regel der Anrufbeantworter der Therapeutin – manchmal mit der Information über minimale telefonische Sprechzeiten, manchmal mit der Ansage, dass keine freien PT-Plätze angeboten werden können. Kommt ein telefonischer Kontakt zustande, ist die mit Abstand häufigste Antwort ein Bedauern, dass die betreffende Therapeutin kein Angebot machen kann, zumindest nicht vor Ablauf eines halben Jahres.

Besonders benachteiligte Frauen

Für bestimmte Gruppen von Frauen verschärft sich diese Situation noch zusätzlich, da es auf Seiten der Therapeutinnen kaum Kapazitäten gibt, auf spezielle Lebensrealitäten einzugehen. Dies gilt z. B. für

- Migrantinnen, die durch eventuelle sprachliche Schwierigkeiten eine besondere Aufmerksamkeit der Therapeutin benötigen. Die Sensibilisierung für unterschiedliche kulturelle Hintergründe und

deren Auswirkungen auf das psychische Befinden ist noch gering. Die Zahl der Therapeutinnen, die PT in einer Fremdsprache anbieten, ist verschwindend.

- Frauen mit Handicaps: Nur sehr wenige Praxisräume sind annähernd für gehbehinderte Frauen zugänglich. Andere Behinderungen, die ein Umstellen des Gewohnten erfordern, erschweren ebenfalls den Zugang. Hierher gehört auch der Umstand, dass es in Kiel keine Therapeutin mit Kassenzulassung für Frauen mit geistiger oder Lernbehinderung gibt.
- Frauen mit sogenannten Mehrfachproblematiken oder mit schweren psychischen Beeinträchtigungen (z. B. Traumatisierungen – eine der häufigsten Traumaerfahrungen ist nach wie vor die Erfahrung sexualisierter Gewalt). Für sie ist das Angebot so begrenzt, dass sie nur eine sehr geringe Chance auf einen PT-Platz haben.
- Mütter, die auf Grund mangelnder Kinderbetreuung für eine psychotherapeutische Behandlung an bestimmte Tageszeiten gebunden sind.

Keine Wahlmöglichkeit

Die geschilderte Situation hat zur Folge, dass die Klientinnen keine „freie Wahl“ der Therapeutin haben, sondern froh sind, überhaupt einen Platz zu bekommen. Bestimmte, „nicht so erwünschte“ Informationen, z. B. Suizidversuche, Psychiatrieaufenthalte oder Erkrankungen werden verschwiegen. Die Klientin erlebt sich von Anfang an in der Rolle der Bittenden.

2. Die Umfrage zur Situation der ambulanten Versorgung in Kiel

Wir wollten überprüfen, wie niedergelassene PsychotherapeutInnen die Situation der ambulanten Versorgung in Kiel wahrnehmen. Hierzu haben wir einen einfachen, kurzen Fragebogen entwickelt (vgl. Anhang 1) und an 68 der insgesamt 107 Kieler ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen verschickt. Die Angeschriebenen kooperieren bereits mit den Frauenfachberatungsstellen und haben z. B. bei deren Befragungen zu ihren therapeutischen Angeboten und Spezialisierungen Interesse an einer Zusammenarbeit signalisiert.

Die sehr hohe Rücklaufquote von 71% und die ausführlichen schriftlichen Anmerkungen belegen ein reges Interesse an der psychotherapeutischen Versorgungslage und der Fragestellung. Ich möchte mich an dieser Stelle bei den beteiligten Kollegen und Kolleginnen ganz herzlich für ihre Mitarbeit bedanken.

Nun zu den Ergebnissen:

1. Die Erfahrungen der Klientinnen in den Frauenberatungsstellen konnten durch die Ergebnisse des Fragebogens eindrucksvoll bestätigt werden: 90% der Niedergelassenen haben keine freien Plätze. Insgesamt gab es 6 bis 9 freie Plätze im Vergleich zu insgesamt 1384 belegten Therapieplätzen.

2. Art und Kriterien der Platzvergabe sind uneinheitlich, oft dem Zufall überlassen und für Außenstehende verwirrend und nicht transparent. Hierfür sprechen folgende Ergebnisse:

Nur 42% der Befragten führen überhaupt eine Warteliste. Die meisten, nämlich 54% der PsychotherapeutInnen, vergeben ihre Plätze per Zufall, kurz bevor etwas frei wird. Weitere 29% geben an, dass sie Kriterien wie Dringlichkeit, Sympathie, Wirtschaftlichkeit, Geschlecht, eigene Spezialisierung und Empfehlungen verwenden.

Insgesamt sind dieses mehr als 100%, es kam also zu Mehrfachnennungen. D. h., einige TherapeutInnen nehmen KlientInnen nach Warteliste und per Zufall und / oder nach bestimmten Kriterien an. Sie verhalten sich also selbst uneinheitlich.

3. Fast alle Niedergelassenen (N=47) konnten relativ genau vorhersehen, wann bei ihnen wieder etwas frei werden würde. Die durchschnittliche Wartezeit beträgt sechs Monate, variiert aber von Praxis zu Praxis sehr stark; einige sind für mehr als ein Jahr ausgelastet.

4. Niedergelassene erhalten im Schnitt sechs Anfragen pro Woche - wobei einzelne bis zu zwanzig Anfragen angeben - obwohl die meisten von ihnen keinen Platz frei haben. Die hohe Anzahl der Anfragen im Vergleich zur starken Auslastungsquote zeigt, dass sich Niedergelassene ebenfalls in einer schwierigen Arbeitssituation befinden, wenn sie mit den vielen Anfragen von KlientInnen umgehen müssen, ohne selbst etwas anbieten zu können.

5. Die Anzahl der Behandlungsplätze variiert ganz erheblich zwischen 5 und 56 KlientInnen. Durchschnittlich sind es 29 Menschen pro TherapeutIn. Zwei der möglichen Erklärungen für diese große Varianz sind:
 - Frequenz und Dauer der Sitzungen unterscheiden sich individuell sehr stark. Bei größeren Abständen zwischen den Sitzungen sind mehr KlientInnen möglich.
 - Für einen Teil der Niedergelassenen ist die Psychotherapie keine Vollzeittätigkeit. Denkbar sind zusätzliche Tätigkeitsfelder wie Supervision, Fort- und Ausbildung, Dozenten- und Honorartätigkeiten. Reduzierte Stundenzahl auf Grund von Erziehungszeiten wurde ebenfalls angegeben. Hier erhebt sich die Frage, wie weit dies bei der Zulassungsanzahl von den Krankenkassen berücksichtigt wird bzw. werden könnte.
6. 83% der Behandelten sind Frauen, 31% aller Patientinnen sind Frauen mit schweren Traumatisierungen wie sexualisierter Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit. Der Anteil an schwer traumatisierten Frauen variiert je nach BehandlerIn ganz erheblich. Schwer traumatisierte Frauen stellen 28% (N=389 von 1384) der KlientInnen insgesamt und sind damit eine relativ große Gruppe - wobei zu bedenken ist, dass TherapeutInnen befragt wurden, die mit Frauenfachberatungsstellen zusammen arbeiten, also möglicherweise einen hohen Anteil dieser Patientinnen behandeln.
7. Die Bewilligungspraxis der Krankenkassen wird überwiegend als zufriedenstellend bewertet, wenn es um die Häufigkeit der Bewilligungen geht. Die meisten Anträge werden bewilligt. Kritikpunkte sind:
 - Die Bewilligungen dauern zu lange.
 - Das Antragsverfahren ist unverhältnismäßig zeitaufwendig; diese Zeit wäre besser für Therapien und Fortbildung / Supervision eingesetzt. Manche fordern die Abschaffung des Antragsverfahrens oder dessen Einsatz erst ab 40 bis 50 Sitzungen.
 - Das Stundenkontingent reicht bei schweren Störungen nicht aus.

- Die Honorare für Probesitzungen und Antragsberichte sind zu gering.
- Die Zahl der zugelassenen KollegInnen reicht bei weitem nicht aus.
- Die Beratung und Weitervermittlung von anfragenden PatientInnen, die nicht untergebracht werden können, erfolgt unbezahlt.

3. Ein Ausschnitt aus der Arbeit der Sozialtherapeutischen Wohngruppen LUNA

LUNA betreut teilstationär psychosomatisch kranke Frauen mit dem Schwerpunkt Ess- und andere Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Unser Konzept besagt, dass u. a. die sozialtherapeutische Unterstützung im Alltag unser Anliegen ist. Dazu sollte eine psychotherapeutische Begleitung im Außen stattfinden.

Tatsache ist aber, dass sich auf Grund der Schwierigkeiten der Bewohnerinnen, frauengerechte Therapieplätze zu bekommen, das ursprüngliche Aufgabenfeld der Betreuerinnen innerhalb der Wohngruppen verändert hat.

Ein praktisches Beispiel aus der WG

Eine Frau – Anfang 20, seit einem Jahr in der WG, Persönlichkeits- und Angststörung, sexualisierte Gewalterfahrung – hat die Liste der Krankenkasse ohne Beschreibung der speziellen Therapieansätze (z. B. frauenfachgerecht, Traumatherapie, Ess-Störungen) vorliegen. Eine Orientierung ist nicht möglich; wir können nur unsere Erfahrungen mit einzelnen Therapeuten mitteilen und auf die Frauenfachberatungsstellen Notruf, Ihriss und donna klara hinweisen.

Innerhalb der nächsten Wochen führt sie 15 Telefonate mit AB-Ansagen. Es wird nicht zurückgerufen, sie erreicht niemanden oder hört "Nee, damit arbeite ich nicht" oder "Kein freier Platz".

Die Folge: Frust. Trotzdem versucht sie es weiter.

(Die Fragebogenauswertung ergab, dass unter Umständen 44 Telefonate notwendig sind, um einen Treffer zu landen.)

Frau fühlt sich grundsätzlich als Bittstellerin in unklarer Situation.

Auswirkungen auf die Frauen

Die Suche nach einem Psychotherapieplatz setzt einen Grad an psychischer Stabilität voraus, der gerade in Krisenzeiten nicht vorhanden ist!

Die Suizidalität ist steigend, selbstverletzendes Verhalten nimmt zu, vor allem leidet das Selbstwertgefühl noch mehr! Typische Gedanken sind:

- "Die wollen mich nicht!"
- "Ich bin es nicht wert!"
- "Ich bin zu krank!"
- "Wie krank muss ich denn noch werden, um einen Therapieplatz zu bekommen?"
- "Ich kann nie etwas richtig machen!"

Die Frauen sind entmutigt, verzweifelt und frustriert. Ihr Entwicklungsprozess ist immer wieder gestört durch psychotherapeutisch unbearbeitete Themen. Sie resignieren und geben die Suche nach einem speziell für sie passenden Psychotherapieplatz auf.

Statt dessen nimmt die Medikamentenverschreibung und -einnahme als Dauerüberbrückung zu und kann so bis zur Abhängigkeit führen. Es kommt zu vermehrten stationären Klinikeinweisungen, die Frauen fühlen sich abgeschoben; dies kann wiederum eine Retraumatisierung bedeuten.

Insgesamt kann bei ihnen der Eindruck entstehen, dass eine Chronifizierung der Erkrankung nicht zu verhindern sei. Die Aufenthaltsdauer in betreuten Einrichtungen verlängert sich, die Unselbständigkeit der Frauen verstärkt sich.

Die Arbeit der Frauenfacheinrichtungen verändert sich

Die Frauenfacheinrichtungen werden in dieser Situation zunehmend zum "Lückenbüßer". Die Arbeit in den Betreuungs- und Beratungseinrichtungen verschiebt sich immer mehr von der psychosozialen zur psychotherapeutischen Arbeit.

Es kommen mehr Nachfragen nach Beratungen, gerade auch mit dem Thema der Hilflosigkeit angesichts des Mangels an PT-Plätzen. Mehr Nachfragen bedeuten längere Wartezeiten.

Sogenannte Überbrückungsberatungen bzw. Krisenbegleitungen bis zum Beginn einer Psychotherapie dauern nicht mehr zwei bis drei, sondern sechs bis neun Monate. Der Austausch mit behandelnden TherapeutInnen, der als Ergänzung für unsere Arbeit in den WGs wichtig ist, fällt weg. Damit fehlt ein Stück Transparenz in der Behandlung, das für die Selbstverantwortung der Frau von großer Bedeutung wäre.

Durch fehlende oder ihrer Problemlage nicht angemessene Psychotherapie verliert die Frau oft ihre ursprüngliche Zielsetzung aus dem Auge.

Folgen sind ein Anstieg der Krisenhäufigkeit und Suizidalität. Von den Betreuerinnen ist Rollen-*hopping* gefordert, z. B. von der 'Mutter' zur Therapeutin und wieder zur Betreuerin. Oft geht es um Schadensbegrenzung. Das heißt für uns, dass die Anforderungen an unsere Qualifikation steigen: Wir müssen immer mehr hochqualifizierte Fachlichkeit erwerben, um die Qualität unserer Arbeit zu halten. Dies hat Folgen, die von unbezahlten Überstunden bis zu Sekundärtraumatisierung und *burn out* gehen können.

Der Kostenfaktor allgemein

Einige Stichworte zum immer wieder wichtigen Kostenfaktor: Der Mangel an ambulanten Therapieplätzen führt zu

- vermehrter und verlängerter Betreuung in den Einrichtungen
- Notwendigkeit von zusätzlichen Gruppenangeboten verschiedenster Einrichtungen
- vermehrten Krankenhausaufenthalten
- verstärktem Umfang stationärer Nachsorge
- steigenden Ausgaben für Medikamente
- möglichem Rückfall der Betroffenen in den Sozialhilfebezug mit drohender Wohnungslosigkeit
- Möglichkeit der Langzeithospitalisierung.

Der Mangel an ambulanten Therapieplätzen bedeutet also für alle Beteiligten, nicht nur für die Patientin, kaum kalkulierbare Kostensteigerungen, die vermeidbar wären.

4. Resümee

Das Problem der mangelnden PT-Plätze verlagert sich also auf die anderen Einrichtungen im gesamten psychosozialen Bereich

Nicht nur ein Problem der Quantität

Wie bereits eingangs gesagt, ist das Problem der psychotherapeutischen Versorgung nicht nur ein quantitatives, sondern auch ein qualitatives.

Ausgehend von der Tatsache, dass Frauen mit Abstand die größte Gruppe der NutzerInnen von PT sind, sollten die psychischen Auswirkungen des Geschlechterverhältnisses auf Frauen ein wesentliches Thema für alle in diesem Bereich Tätigen sein.

Abschließend

Insgesamt stellen wir einen großen Bedarf an Beratung und Klärung im Vorfeld von PT fest – und an Unterstützung bei der Suche und dem Umgehen mit der derzeitigen Situation.

Wir als Professionelle möchten jedoch nicht nur den Mangel verwalten, sondern einen Schritt weiter gehen. Wir wünschen uns, dass diese Veranstaltung Folgen hat, sowohl für künftige Klientinnen und Patientinnen als auch für alle Beteiligten aus dem professionellen Bereich.

Ergänzende Stellungnahme

(Die Kieler Frauenfacheinrichtungen hatten die Möglichkeit, in die Veranstaltung aus ihren Erfahrungen heraus ergänzende Stellungnahmen einzubringen. *Refugio* e.V. machte von dieser Möglichkeit Gebrauch.)

Behjat Moaali

Vertreterin von Refugio - Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern in Schleswig-Holstein e.V.

Laut *amnesty international* ist Folter in mehr als 70 Ländern der Welt eine gängige Praxis. *Refugio* betreut Menschen aus solchen Ländern, die jetzt in Schleswig-Holstein leben. Von ihren 430 KlientInnen sind die Hälfte Frauen, aber auch eine Reihe Kinder mit Folter- und Gewalterfahrungen.

Jährlich kommen 2.500 bis 3.000 Flüchtlinge nach Schleswig-Holstein, von denen ein Fünftel traumatisiert ist, viele von ihnen schwer. *Refugio* kann nur wenige von ihnen aufnehmen.

Refugio bemüht sich, für diese Menschen schnell einen Therapieplatz zu finden; durch therapeutische Behandlung wird versucht, nicht nur diesen Menschen eine Rehabilitation zu ermöglichen, sondern auch durch therapeutische Stellungnahmen ihre Glaubhaftigkeit, an dem Asylgrund, den sie vorgetragen haben zu bestätigen und dadurch werden die Chancen für eine Anerkennung und Erhalten eines Bleiberechts größer. Ein Platz auf einer Warteliste nützt seinen KlientInnen gewöhnlich nichts, weil sie, so lange die Behandlung noch nicht begonnen hat, abgeschoben oder als AsylbewerberInnen abgelehnt werden können.

Zur Zeit [November 2002] warten 28 Frauen in Schleswig-Holstein auf einen Therapieplatz, der größte Teil von ihnen in Kiel.

Die Schwierigkeiten von schwer traumatisierten Flüchtlingen, Aussagen zu ihrem Flucht- und Asylgrund zu machen, werden von Bundesamt für

Anerkennung ausländischer Flüchtlinge und oder Verwaltungsgericht nicht ausreichend gewürdigt, sondern als mangelnde Glaubwürdigkeit ausgelegt.

Frauengerechte Psychotherapie: Was ist damit gemeint?

Dr. Elisabeth Pahl

Nervenärztin / Psychotherapie, Supervisorin (DGsv), feministische Psychotherapeutin, Mitglied im Arbeitskreis Frauengesundheit, Bremen

Gemeint ist damit eine Therapie, in der die Frau sich in ihren realen Lebenszusammenhängen ganzheitlich wahrgenommen, geachtet und verstanden fühlt und in der sie Unterstützung findet in der Entwicklung und Verwirklichung eigener Wertvorstellungen und Ziele (z. B. lernen, wie eine richtige Frau ist nach dem Vorbild der Therapeutin, oder heraus finden, wie sie sich als Frau erlebt und leben will).

Es wird im folgenden erstens um den Hintergrund / Kontext gehen und dann um Grundpositionen Frauengerechter Diagnostik und Therapie. Abschließen werde ich mit einem Ausblick.

Hintergrund/ Kontext

Um den Kontext erfassen zu können, müssen wir die Lebenszusammenhänge von Frauen untersuchen und die Strukturen kennen, in denen Frauen leben. Diese finden ihren Niederschlag in den gesellschaftlichen Wertmaßstäben und Normen (z. B. Frau, die in einer Gruppentherapie laut Kritik am Leiter übt und für die Art der Äußerung entwertet wird, während der Anlass ihrer Kritik, das Verhalten des Mannes, nicht Thema ist.)

Wir leben in einer dualistischen Struktur. Wir denken in Gegensätzen (oben/unten, hell/dunkel), nehmen unsere Gefühle in Gegensätzen wahr (Liebe/Hass, Freude/Trauer, Lust/Unlust) und bewerten in Gegensätzen (gut/schlecht). Dabei ist 'gut' noch all zu oft unreflektiert männlich und 'schlecht' weiblich. Die Geschlechtszugehörigkeit ist oft der entscheidende Maßstab, dem alle anderen Eigenschaften – meist unbewusst – zugeordnet werden ('männlich' gleich stark, 'weiblich' gleich schwach).

Die Definitionsmacht und die Rollenzuschreibung liegen in vielen Bereichen ausschließlich beim Mann oder erfolgen unreflektiert aus der männlichen Perspektive. (Im Arztregister werde ich als Nervenarzt, nicht als -ärztin geführt.)

Eigenschaften, die in der Gesellschaft als wertvoll gelten oder mit Macht verbunden sind (Rationalität, Stärke, Durchsetzungsfähigkeit) werden oft unbewusst dem männlichen Geschlecht zugeordnet. Der Frau werden die in der Ergänzung erforderlichen Eigenschaften (Emotionalität, Schwäche, Unsicherheit) zugeordnet, die gesellschaftlich weniger geschätzt sind und mit weniger Macht verbunden sind.

Wenn Frauen den Rollenzuschreibungen nicht gerecht werden, werden sie noch oft entwertet oder auch pathologisiert (wie die Frau, die von ihrem Mann, einem Arzt, als geschäftsunfähig bezeichnet wird, nachdem sie sich gegen seinen Wunsch von ihm getrennt hat). Auch wenn die Rollenerwartungen nicht mehr so extrem sind, finden wir sie noch häufig. Z. B. werden sie im häuslichen Bereich noch nach dem traditionellen Modell gelebt. Auch wenn beide berufstätig sind, macht die Frau immer noch die meiste Arbeit, was das Zusammenleben betrifft.

Das Bild von Krankheit und Gesundheit orientiert sich noch stark am Mann. Die traditionelle Forschung erfolgt an Männern, Frauen kommen nicht in Frage als Forschungsobjekt, wegen ihrer monatlichen Menstruation. Die Forschungsergebnisse an Männern werden unreflektiert auf Frauen übertragen (z. B. Herzinfarkt, Alkoholabhängigkeit, Konzepte stationärer Behandlung von Substanzmittelabhängigen).

Psychopharmaka werden an Männern getestet, deren Gehirn schwerer ist als das der Frau (das Gehirn der Frau wiegt im Durchschnitt 10-15% weniger), mit der Folge, dass es bei Frauen leichter zu Überdosierung und Nebenwirkungen kommt.

Die Biographien von Frauen werden in nahezu allen Lebensphasen von den Erwartungen der Partner, der Kinder und alter pflegebedürftiger Eltern sowie anderer Angehöriger strukturiert (Frauengesundheitsbericht 2001). Übergänge im Leben von Frauen – wie Menarche, Menstruation und Menopause – werden nicht gesehen als zyklisch zum Leben dazu gehörig, sondern als Krankheit mit Behandlungsbedarf (Medikalisierung, PMS, Wechseljahre).

Es existiert noch viel Unwissenheit über Krankheiten, die überwiegend bei Frauen vorkommen, mit der Folge von Fehldiagnosen (PTSD, Dissoziative Identitätsstörung); d.h. die Patientinnen werden dann auch falsch behandelt, mit dem Schaden für die betroffene Frau selbst und den Folgekosten im Gesundheitssystem.

Der Blick auf die Frau erfolgt noch oft aus der Perspektive des Mannes, aus der männlichen Weltsicht (vom Mann geleitete Frauengruppe).

Amerikanische Studien zur Einstellung von männlichen Therapeuten zum Idealbild weiblicher Gesundheit zeigen, dass Frauen vor allem als nachgiebiger, abhängiger, leichter beeinflussbar, verletzbarer und vor allem weniger aggressiv angesehen wurden als gesunde Männer. Dieses Idealbild weiblicher Gesundheit entspricht wohl kaum den Idealen der real existierenden Frauen. Überprüfen sie Ihr eigenes Ideal.

Frauen werden noch immer nicht als eigenständige erwachsene Person mit eigenen Zielen und Bedürfnissen gesehen, sondern als Mutter, Haus- oder Ehefrau mit dem entsprechenden Selbstbeschränkungen und Einschränkungen (z. B. Versorgung des kranken Kindes).

Viele Frauen fühlen sich von männlichen Therapeuten nicht verstanden, in den eigenen Veränderungswünschen nicht gesehen, geschweige denn unterstützt, sondern sie fühlen sich gedrängt in die Anpassung an die tradierten Rollen (Beispiele Depression, Stigmatisierung von Lesbischer Lebensform – in der DGSP-Tagung „Frauen und Psychiatrie“ wollte keine Frau zu dem Thema eine AG leiten aus berechtigter Angst vor Nachteilen an der Arbeitsstelle, wenn bekannt würde, dass sie lesbisch ist).

Eine extreme Form der Machtausübung ist Gewalt. Deshalb gehe ich darauf jetzt noch gesondert ein. Frauen sind in unserer Gesellschaft in einem weit höheren Maß Opfer von Gewalt als Männer. Einmal von struktureller Gewalt, wie ich sie eben dargestellt habe, zum anderen von individuell erlebter verbaler, körperlicher und vor allem von sexueller Gewalt.

Laut Unicef ist die ständige Bedrohung, die Frauen und Mädchen erleben, die Menschenrechtsverletzung, die auf der Welt am weitesten verbreitet ist.

Diese Gewalt wird noch häufig geleugnet, marginalisiert oder bagatellisiert. Eine wichtige Grundvoraussetzung, um Frauen gerecht zu werden, ist es, das Ausmaß, die Formen und die Folgen von Gewalt zu erkennen und zu bewerten.

Laut Frauengesundheitsbericht 2001 sind in der polizeilichen Kriminalstatistik die Opfer der Vergewaltigung zu 99,1% bis 100% Frauen, auch die Opfer von sexuellem Missbrauch im Kindesalter sind zu 75% Mädchen bzw. Frauen. Mehr als die Hälfte der Frauen, die Opfer einer Vergewaltigung in Familie oder Haushalt waren, hatte auch körperliche Gewalt erlitten. Frauen sind sehr viel seltener Täterinnen (nur 0,8% der Personen, die einer Vergewaltigung verdächtigt werden, sind Frauen).

Sexuelle Gewalt / Missbrauch kommt in allen sozialen Schichten vor; wird Exhibitionismus mit einbezogen, kommt sexuelle Gewalt in höheren Statusgruppen sogar häufiger vor.

72% der Frauen wurden mindestens einmal am Arbeitsplatz sexuell belästigt (Frauengesundheitsbericht, eigene Erfahrung, Erfahrung vieler Kolleginnen).

Gewalterfahrungen haben einen schädigenden Einfluss auf die Gesundheit.

Bei Krankheitsbildern wie z. B. Eßstörungen, Borderline-Störungen, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, PTSD, dissoziativen Störungen ist die Erfahrung von Gewalt in der Vorgeschichte ein wichtiger pathogener Faktor. Es ist nachvollziehbar, dass beim Umgang mit Frauen mit solchen Vorerfahrungen Gewalt, wie auch immer sie zum Ausdruck kommt, vermieden werden muss.

In unserem Gesundheitssystem gibt es noch viele Beispiele für strukturelle Gewalt und für individuelle Gewalt Frauen gegenüber, ausgeübt von Männern und Frauen. Denn das Machtgefälle zwischen Männern und Frauen durchzieht unsere gesamte Welt und auch unsere gesamte Medizin, das Denken von Männern und Frauen. Wir müssen uns immer wieder bewusst machen, dass das Machtgefälle eine soziale Konstruktion ist, das heißt, eine Konstruktion, an der wir mitwirken, zum Beispiel auch, wenn wir als Zeugin Gewalt tolerieren,

wegschauen oder Minderheiten entwerten (über sexistische Witze mitlachen).

Einige Formen von Machtmissbrauch in der Psychotherapie sind Ignorieren, Pathologisieren, Sexualisieren, Frauen verachtende Kommentare, Wahrnehmung ausreden, Grenzen missachtende Methoden, Durchsetzung therapeutischer Deutungen und Interventionen mittels Drohung mit Therapieabbruch oder Klinikeinweisung. (Missbrauch in Psychotherapie erfolgt überwiegend durch erfahrene männliche Therapeuten.)

Die Kenntnis dieser Strukturen und die Bereitschaft, den Sexismus auch in der Psychologie / Psychiatrie aufzuzeigen, ist die Basis, auf der frauengerecht therapeutisch gearbeitet wird.

In den letzten 20 bis 25 Jahren wurde in kollektiven, nicht hierarchischen Arbeitszusammenhängen eine frauengerechte Diagnostik und Therapie / Beratung entwickelt, ganz im Gegensatz zu den traditionellen Therapieschulen, die fast alle von Männern dominiert sind und deren Theorie aus der männlichen Weltsicht entwickelt wurde (z. B. Depressionsrisiken bei Frauen).

Das Wissen davon, dass viele gesundheitlichen Probleme von Frauen nicht in direktem Zusammenhang stehen mit ihren spezifischen biologischen Eigenschaften, sondern Ergebnis fortdauernder Benachteiligung oder Diskriminierung sind, findet wenig Berücksichtigung in der Behandlung von Frauen. Dies verursacht durch die Fehl- oder Unterversorgung Schaden für die Frau und unnötige Kosten.

Frauengerechte Psychotherapie

Frauengerechte Psychotherapie ist keine neue Therapiemethode, sondern sie beschreibt eine Haltung Frauen (und Männern) gegenüber, die geprägt ist von Achtung und Wertschätzung. Ich habe im ersten Teil ausgeführt, wie wenig selbstverständlich das noch ist.

Sie wurde auch entwickelt aus der Erfahrung von Entwertung, Diskriminierung und Sexualisierung und zwar durch Vernetzung, Austausch, Forschung und Analyse von weiblichen Lebenszusammenhängen. Die Frauengesundheitsbewegung ging Ende der 70er in Deutschland von Frauen aus, die im Bereich von Beratung, Therapie, Bildung, Lehre und Forschung tätig waren als Teil der Frauenbewegung.

Wir entwickelten eine Diagnostik und Therapie, die die gesellschaftlichen Risikofaktoren und Ressourcen von Frauen in unser Gesellschaft einbeziehen.

"Das Persönliche ist politisch" war ein wichtiger Leitgedanke, der dazu führte, die strukturellen Bedingungen aufzuzeigen und sich für Veränderung einzusetzen bis heute (durch die Arbeit der DGVT-Frauen wurde Missbrauch in Psychotherapie als Straftat gesetzlich verankert).

Durch den konsequenten Kontextbezug aus der Perspektive der Frau unterscheidet sich eine frauengerechte Diagnostik und Psychotherapie vom klassischen Medizinmodell, das aus der Perspektive des Mannes entwickelt wurde.

Konsequenter Kontextbezug bedeutet

1. Kenntnis der Forschung im Hinblick auf Wechselwirkungen zwischen Geschlecht, Alter, Lebensform, sozialem Status und Lebensqualität bzw. Gesundheit (z. B. Depression in Menopause Folge von psychosozialem Stress, Probleme in Menopause abhängig von psychosozialen Variablen).
2. Kenntnis bzw. Bereitschaft zur Reflexion über die eigenen bewussten und unbewussten Verzerrungen und Erwartungen in Bezug auf das Geschlecht.
3. Blick auf die Ressourcen der individuellen Frau in ihrer aktuellen Situation und in der Vergangenheit.
4. Analyse der individuellen Ausprägung gesellschaftlicher Risikofaktoren in der aktuellen Lebenssituation und in der Vergangenheit. Beispiel: Entwicklung des Selbstwertes und der Bewältigungsstrategien (Frauen lernen in Krisen zu grübeln und Schuld auf sich zu laden, nicht wie Männer Krisen zu analysieren, sich Unterstützung zu holen und sich abzulenken. Letzteres sind wesentlich bessere *Coping*-Strategien als ersteres.)

Indem die individuelle Geschichte im gesellschaftlichen Kontext gesehen wird, können Schuld- und Versagensgefühle in Frage gestellt und das Selbstwertgefühl gestärkt werden (Depression und Ängste einer Patientin in Zusammenhang mit Diskriminierung am Arbeitsplatz und Überforderung bei der Familienarbeit).

Die therapeutische Beziehung als wesentlicher Wirkfaktor von Psychotherapie ist immer eine hierarchische Beziehung, in der sich die Patientin – wie in der Gesellschaft sonst auch – in der abhängigen Position befindet.

Dieses Machtgefälle wird transparent gemacht und kann von der Patientin zu unterschiedlichen Zeiten thematisiert werden.

Die Erfahrung der Abhängigkeit und Inferiorität gehört zum Leben fast jeder Frau. Das bedeutet ein Krankheitsrisiko, denn eine niedrige gesellschaftliche Position ist ebenso wie Armut, die bei uns weit mehr Frauen betrifft als Männer, ein Depressionsrisiko. Die mit der Erfahrung der Inferiorität verbundenen Gefühle wie z. B. Ohnmacht, Angst, Unsicherheit können die Selbstwahrnehmung beeinträchtigen und damit auch das Selbstwertgefühl, das für psychische Gesundheit und Wohlbefinden eine wichtige Rolle spielt.

Die Patientin als Expertin ist wichtig mit ihren Hypothesen und Strategien und deren Funktion im realen Alltag. Sie ist beteiligt an Diagnostik und Therapieplanung.

Die Unterstützung orientiert sich an den Wünschen und Möglichkeiten der Patientin (Medikamente, alternative Behandlungsformen).

Sie wird umfassend aufgeklärt über Mitarbeit, Ziele, Grenzen, Risiken, Kosten, Dauer etc. (Arbeit der Frauengesundheitszentren).

Sie muss die Möglichkeit haben, zwischen einer Frau und einem Mann als TherapeutIn zu wählen.

Auf der Basis von Achtung und Wertschätzung kann die Frau lernen, sich auch selbst wertzuschätzen und für sich angemessene Lebensformen zu entwickeln.

Sie erhält Unterstützung in der Entwicklung neuer Ressourcen und Möglichkeiten, die es ihr ermöglichen, neue Wege zu finden, um mit den gesellschaftlichen Widersprüchen und Beschränkungen umzugehen – Wege, die weniger mit psychischen Beeinträchtigungen und Krankheit einher gehen. Das fördert das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität, beides wichtige Faktoren für psychische und körperliche Gesundheit.

Basis für eine frauengerechte Psychotherapie ist die kontinuierliche Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Störungen und den

Zusammenhängen mit gesellschaftlichen Strukturen. Denken und Handeln muss in kollektiven, nicht hierarchischen Zusammenhängen immer wieder reflektiert werden, damit wir die Fremddefinition des Weiblichen auch in uns Frauen selbst überwinden.

Frauengerechte Therapie entwickelte sich aus der Frauenbewegung. Frauenbewegung und Gender Mainstreaming haben als gemeinsamen Ausgangspunkt die Vernachlässigung der Frauenperspektive, Ausgrenzung, Diskriminierung und die tiefgreifende Nichtachtung der Bedeutung des Geschlechterverhältnisses (Maschewsky: *Gender Mainstreaming* im Gesundheitswesen, 12. Tagung Netzwerk Frauen und Gesundheit Niedersachsen).

Fokus des *Gender Mainstreaming* ist die sozial konstruierte Definition des Geschlechterverhältnisses. Es geht um den Bezug der Geschlechter zu einander mit dem Ziel, eine geschlechtsbezogene Sichtweise in alle Politikbereiche, in alle Konzepte, auf allen Ebenen und unter alle Akteure einzubringen und den geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen. Hier und heute geht es um frauengerechte Psychotherapie.

Ausblick

- Forschung, die den Unterschieden und Besonderheiten der Geschlechter Rechnung trägt
- Regionale Frauengesundheitsberichte
- Implementierung von Wissen in alle Bereiche von Politik und Gesellschaft, mit dem Ziel von Strukturveränderung nicht nur im Gesundheitssystem
- Nutzung und Ausbau der vorhandenen Ressourcen. Bei den Sparmaßnahmen sind gerade die Projekte in Gefahr, in denen mit den Frauen gearbeitet wird, die im Gesundheitssystem „durchfallen“ – keinen Therapieplatz finden, weil es nur wenige TherapeutInnen gibt, die sich mit dem Störungsbild auskennen bzw. bereit sind, mit solchen Patientinnen zu arbeiten.

Literatur:

- Antonovsky, Aaron: Salutogenese, DGTV Verlag, 1997
- Burgard, Roswitha: Frauenfalle Psychiatrie, Orlanda Verlag, 2002
- Frauengesundheitsbericht der Bundesrepublik Deutschland 2001
- Frauengesundheitsbericht des Landes Bremen 2001
- Freitag, Gabriele: Grundlagen der Feministischen Therapie, in: Bilden, Helga (Hg.in): Das Frauentherapiehandbuch, Verlag Frauenoffensive, 1992
- Hales, Dianne: Warum haben Frauen so kleine Füße? Verlag Bastei Lübbe, 2001
- Maschewsky, Gabriele, in: Frauengesundheitsbericht der Bundesrepublik Deutschland 2001
- McGrath, Ellen; Gwendolyn Puyear Keita; Bonnie R. Strickland; Nancy Felipe Russo (Hg.innen): Frauen und Depression, Mackinger Verlag, 1993
- Olbricht, Ingrid: Was Frauen krank macht, Kösel-Verlag, 2002
- taz (die tageszeitung) vom 08.03.01, 6./7.07.02

Statements von TeilnehmerInnen an der Diskussionsrunde

(Diese Statements wurden vorab schriftlich abgegeben, da es nicht möglich war, die gesamte Diskussion zu dokumentieren. Vom Verband der Angestellten-Krankenkassen, vertreten durch Herrn Sven Peets, wurde kein Statement abgegeben.)

Dr. Marie Luise Crayen

(niedergelassene Psychotherapeutin)

Im Qualitätszirkel für niedergelassene Psychotherapeutinnen in Kiel haben wir immer wieder die Frage diskutiert, wie der Mangel an ambulanten Therapieplätzen für Patientinnen besonders mit Persönlichkeitsstörungen verringert werden könnte.

Wir sehen, dass das Stundenkontingent der Richtlinienpsychotherapie für die tiefenpsychologische Behandlung dieser Frauen nicht ausreicht. Das gekürzte Budget in den psychiatrischen Praxen wird möglicherweise einen weiteren Engpass schaffen.

Wir halten die integrative Zusammenarbeit aller Personen und Institutionen, die an der Behandlung dieser Patientinnen beteiligt sind, für wichtig und notwendig; die Vernetzung und Kommunikation untereinander brauchen viel Zeit, ebenso die erforderliche Weiterbildung und Supervision, was alles nicht bezahlt wird.

Bei der Idee eines möglichen Verbundes von Behandlern halten wir die Einrichtung kurzfristig verfügbarer Betten bei Krisen für sinnvoll.

Dr. Kirsten Bernhardt / Dr. Katharina Gerok-Falke

(Klinik für Psychiatrie – DBT-Station / Borderline-Netzwerk Kiel)

Seit März 1999 bietet die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Kiel ein störungsspezifisches Therapieangebot für Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung an. Bei der Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung spielen biologische, insbesondere aber auch soziale Faktoren eine Rolle. So wachsen Borderline-Patientinnen in einem sogenannten

"invalidierenden Umfeld" auf, das von mangelnder Wertschätzung, Vernachlässigung, häufig Gewalt, Misshandlung und sexuellem Missbrauch geprägt ist. Somit ergibt sich eine gesellschaftspolitische Mitverantwortung bei der Entwicklung und auch bei der Behandlung dieser PatientInnen. 70 % der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind Frauen!

Das zwölfwöchige stationäre Therapieangebot der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan an unserer Klinik hat klar definierte und hierarchisierte Therapieziele: zunächst soll das gefährdete Überleben der Patientinnen (Suizidrate bis zu 10 %!) gesichert werden, d.h. dass suizidales Verhalten vermindert wird. Weiterhin geht es um die Verminderung selbstverletzenden und selbstschädigenden Verhaltens sowie um die Verbesserung der Lebensqualität insgesamt.

Die häufigen und oft sehr langen Klinikaufenthalte im Rahmen unspezifischer Behandlungen können durch DBT erwiesenermaßen reduziert bzw. vermieden werden. Die zwölfwöchige stationäre Therapie ist eine Grundlage für eine weitere ambulante Psychotherapie. Der stationär erreichte Therapieerfolg kann durch Entwicklung einer adäquaten Wohnsituation, insbesondere aber auch durch die Fortsetzung einer ambulanten Psychotherapie stabilisiert, fortgeführt und weiterentwickelt werden.

Hier hat sich in den vergangenen 3¹/₂ Jahren gezeigt, dass die Patientinnen größte Schwierigkeiten haben, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. Häufig machen sie die Erfahrung, nicht nur aus Kapazitätsgründen, sondern auch auf Grund ihrer Diagnose für eine Therapie abgelehnt zu werden; oder aber sie müssen eine Wartezeit von häufig über sechs Monaten für ein Erstgespräch in Kauf nehmen. Die Schwere des Störungsbildes mit (suizidalen) Krisen – und damit große Anforderungen und Belastungen der ambulanten Therapeuten – einerseits und die Schwierigkeiten, die auf Grund der Schwere des Störungsbildes sehr lange und aufwendige Therapie finanziert zu bekommen, andererseits spielen hierbei eine wesentliche Rolle. 80 Therapiestunden Verhaltenstherapie sind bei diesen schwer traumatisierten und folglich in ihrem Denken, Fühlen und Verhalten schwerst beeinträchtigten PatientInnen zumeist nicht ausreichend. Oft haben die PatientInnen bei Entlassung aus stationärer Behandlung trotz motivierter, intensiver und rechtzeitig begonnener Suche noch keinen Therapieplatz in Aussicht. Folge der mangelnden ambulanten

psychotherapeutischen Weiterbehandlung sind häufig erneute (teure) Klinikaufenthalte zur Krisenintervention.

Seit 1999 entwickelt sich ein "Borderline-Netzwerk Schleswig-Holstein". Hier treffen sich regelmäßig VertreterInnen aus ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen, die Borderline-PatientInnen betreuen und behandeln, zum Informationsaustausch, zur Fortbildung und zur Verbesserung der Versorgungssituation. Das wesentliche Ziel des Borderline-Netzwerkes, eine "Börse" für ambulante Therapieplätze für Borderline-PatientInnen zu etablieren, ist bislang leider weit entfernt. Ambulante PsychotherapeutInnen sind nur in geringer Zahl bei den Treffen vertreten, die Kapazitäten für ambulante Therapieplätze erschöpft. Großen Anteil mit viel Engagement haben hingegen frauenspezifische Wohneinrichtungen zur ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung von Borderline-PatientInnen. Der fachliche Austausch unserer Klinik mit Wohneinrichtungen ist in den vergangenen Jahren u.a. durch die Etablierung des Borderline-Netzwerkes zunehmend intensiver und fruchtbarer geworden und ist ein wesentlicher Baustein bei der Weiterversorgung der PatientInnen.

Durch Öffentlichkeitsarbeit (im Frühsommer 2003 geplanter "Tag der offenen Tür" mit Vorstellung einer "Netzwerkbroschüre") soll einerseits Aufklärung über die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die dadurch entstehende Not der PatientInnen, die in vielen gesellschaftlichen und individuellen Lebensbereichen eine Rolle spielt, erfolgen, andererseits soll auf die dringende Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgung von Borderline-PatientInnen hingewiesen werden.

Die psychiatrische Erkrankung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein durch gesellschaftliche Verhältnisse mitverursachtes und daher auch gesellschaftspolitisch mitzulösendes Problem!

Juliane Dürkop

(Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
e.V., Landesgruppe Schleswig-Holstein)

Der Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. weist seit Jahren auf den Mangel in der psychotherapeutischen

Versorgung der Bevölkerung hin. Zwar gibt es durch das Psychotherapeutengesetz seit 1999 für Menschen mit psychischen Störungen das Recht, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt aufzusuchen; die Anzahl der PsychotherapeutInnen und damit das Angebot der Therapieplätze ist trotzdem nahezu unverändert bei steigender Nachfrage.

Befragungen unter Mitgliedern haben ergeben, dass Patientinnen und Patienten mit langen Wartezeiten rechnen müssen. Wir können dies aber nicht als ein frauenspezifisches Phänomen erkennen, sondern als ein politisches und gesundheitsstrukturelles Problem. Da Frauen zu einem größeren Anteil als Männer Nutzerinnen von Psychotherapie sind, sind sie demzufolge häufiger vom Mangel an Psychotherapieplätzen betroffen. In diesem Sinne kann der BDP alle Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung vor allem für Frauen unterstützen.

Das Land Schleswig-Holstein hat mit der Änderung des Heilberufesgesetzes die Voraussetzung für die Gründung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein geschaffen. Das Sozialministerium hat deshalb einen Errichtungsausschuss, dessen Vorsitzende ich bin, berufen. Eine wichtige Aufgabe der Psychotherapeutenkammer wird zukünftig – neben Berufsausübungsaufsicht und Qualitätssicherung – die Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung sein.

Dr. Michael Jehs

(Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Kiel)

Was bedeutet "frauengerecht" in der Psychotherapie?

Frauen sind natur- und sozialisationsbedingt eher offen für Psychotherapie als Männer.

Respekt vor der Konzentration auf Frauen, Respekt vor der Förderung von Angeboten für Frauen. Dabei gilt es, den Respekt davor nicht zu verlieren oder gar zu übersehen, dass es zunächst immer um den einzelnen Menschen geht, gehen muss - unabhängig von seinem Geschlecht.

Mag es nicht sein, dass "frauengerecht" auch zu "männnergerecht" herausfordert – mit der Gefahr von Konkurrenz und Konfrontation

zwischen den Vertretern beider Geschlechter? Die Verantwortung dafür ist zu realisieren – sowohl von Männern als auch von Frauen. Verantwortlichkeit heißt, Aktivität zu entfalten, mit dem Gegenüber auszukommen, sich abzugrenzen, Beziehung zu gestalten.

Wenn es kein politisches Gewicht bekommt, dass neben "akzeptierten" psychischen Erkrankungen, die teilweise gute Interessensvertretung erfahren, viele Menschen beiderlei Geschlechts seelisch krank und behandlungsbedürftig sind, so bleibt es bei Partialbemühungen bis zur Sektiererei. In gleicher Wichtigkeit müssen unter prophylaktischem Aspekt die Entwicklungsbedingungen für erhebliche seelische Störungen erkannt und beseitigt werden.

Es braucht dazu die Grundlage einer gesamtgesellschaftlichen politischen Übereinkunft. Gelänge diese, wäre ein Ergebnis auch eine frauengerechte Psychotherapie, die keine "Parteilichkeit" mehr benötigt.

Dr. Uwe Bannert

(Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein e.V.)

Die gesetzlichen Vorgaben zur statistischen Bedarfsplanung und Zulassung sowie die methodisch eng gefassten Psychotherapierichtlinien sind Arbeitsergebnisse der Selbstverwaltung von Spitzenverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. ihrer gemeinsamen Arbeitsausschüsse und wissenschaftlichen Beiräte.

Andererseits zeigt sich, dass das berufsgruppen- und methodenübergreifende Vorgehen der Reha-Kliniken und der stationären Einrichtungen überhaupt im Bereich der Psychosomatik und Psychiatrie erfolversprechender ist, als es ein einziges Behandlungsverfahren allein sein kann. Als Kassenleistung können diese kombinierten Behandlungswege jedoch nicht angeboten werden, da sie den gesetzlichen Vorgaben widersprechen.

Dennoch gibt es Initiativen niedergelassener ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Störungsbilder, die hauptsächlich Frauen betreffen, wie z. B. die verschiedenen Formen der Eßstörungen: Anorexie, Bulimie, Adipositas in extremer Variante. Diese Störungen haben ihre Ursachen häufig in Trauma-

tisierungen, denen Frauen in ihrer Kindheit und Jugend ausgesetzt waren.

Kolleginnen und Kollegen in Flensburg, Lübeck und an der Westküste haben Modelle hierzu entwickelt und verhandeln mit Krankenkassen über ihre Finanzierung.

Die KV Schleswig-Holstein unterstützt diese Initiativen dadurch, dass sie organisatorische Hilfe bei der Abfassung von Modellverträgen anbietet. Außerdem hat die KV Schleswig-Holstein in ihrem Honorarverteilungsmaßstab Möglichkeiten zur Finanzierung von Sondermodellen geschaffen. Die KV rechnet dafür die zustehenden Beträge nach hergebrachter Vorgehensweise in ein separates Budget heraus und die Krankenkassen können die für die zusätzlichen Behandlungsangebote notwendigen Mehrbeträge diesem separaten Budget hinzufügen.

Impulse zur Veränderung

Folgende "Impulse zur Veränderung" wurden von den TeilnehmerInnen der Veranstaltung zusammengetragen:

auf Praxisebene:

- BehandlerInnen-Verbund gründen (fachlicher Austausch, Abwechseln in Urlaubszeiten → statt Belastung Spaß, Herausforderung)
- Strukturqualität in den Praxen erhöhen (z. B. Warteraum, SekretärIn in Praxiszusammenschlüssen)
- Modellprojekte mit verschiedenen Berufsgruppen und Behandlungsarten initiieren
- Wege jenseits der Richtlinienverfahren, z. B.
 - Krisendienste
 - betreutes Schlafen
 - kurzfristige stationäre Unterbringung
 - ambulante Gruppenangebote wie Stabilisierungsgruppen, Fertigkeitentraining

auf Verbands-/Kassenebene

- Stundenanzahl bei schweren Störungen erhöhen
- spezielle, abrechnungsfähige Fortbildungen
- Teilzeittätigkeit bei Zulassungen berücksichtigen
- zentrale, unabhängige Koordinationsstelle
- Spezialisierungen bei Neuzulassungen berücksichtigen
- Zulassungszahlen überarbeiten
- Kostenübernahme für ambulante Gruppenangebote (s.o.)

auf politischer Ebene:

- Frauengesundheitsbericht für Kiel
- politischen Druck entfalten trotz leerer Kassen

Anhang 1

Umfrage unter TherapeutInnen

Kiel, den 12.09.02

Veranstaltung „Frauengerechte Psychotherapie?“ (2. Runder Tisch zur Frauengesundheit in Kiel)

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

als Beraterinnen und Betreuerinnen der Frauenfachberatungsstellen und Frauenwohngruppen bemerken wir in den letzten Jahren eine zunehmende Verknappung der Psychotherapieplätze in Kiel. Lange Wartezeiten werden dabei besonders für Frauen mit schweren Traumatisierungen zum Problem. Nach unserer Einschätzung fehlt es an frauenspezifischen Angeboten.

Daher lädt die Frauenbeauftragte der Stadt Kiel Annegret Bergmann gemeinsam mit den Kieler Frauenfachberatungsstellen donna klara, Notruf für vergewaltigte Frauen, Ihriss und Luna am 06.11.02 zu einem Zweiten Kommunalen Runden Tisch zur Frauengesundheit ein. Es geht dabei um eine angemessene, frauengerechte psychotherapeutische Versorgung in Kiel. Neben fachlichen Vorträgen zur Situation in Kiel und zur frauengerechten Psychotherapie ist eine Gesprächsrunde zwischen VertreterInnen der Berufsverbände, der Krankenkassen, der niedergelassenen PsychotherapeutInnen in Kiel, des Gesundheitsamtes, der Uniklinik Kiel sowie der Referentin geplant.

Um das Thema der Veranstaltung und die Situation in Kiel mit Ihren Erfahrungen zu untermauern, schreiben wir niedergelassene PsychotherapeutInnen wie Sie, die nach unseren Erfahrungen ein frauengerechtes Angebot machen, an und bitten Sie um eine Momentaufnahme aus Ihrer psychotherapeutischen Praxis. Wenn Sie uns den beiliegenden Fragebogen

bis zum 30. September 2002

im frankierten Rückumschlag an die Frauenbeauftragte ausgefüllt zurücksenden, werden wir Ihre Daten anonymisiert auswerten (die Fragebögen sind nicht codiert). Wir hoffen, dass wir mit der Veranstaltung auch Ihren Bedürfnissen entgegenkommen.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Karen Röhling
Notruf & Beratung für vergewaltigte
Mädchen und Frauen.
Frauen gegen Gewalt e.V.

Edith Paulsen
Psychosoziale Frauenberatungsstelle
Donna Klara e.V.

Christina Kirchmann
Ihriss e.V. Treffpunkt und Beratung
für Frauen mit und ohne
Psychiatrieerfahrung

Trude Zeuschel
Luna. Sozialtherapeutische
Wohngruppen für Frauen (VFG)

**Fragebogen
zur Veranstaltung „Frauengerechte Psychotherapie?“
(2. Runder Tisch zur Frauengesundheit in Kiel)**

1. Sind Ihre Psychotherapie-Plätze zur Zeit belegt? Ja Nein

2. Wenn nein, wie viele freie Plätze haben sie zur Zeit?

3. Führen Sie eine Warteliste? Ja Nein

4. Wenn nein, nach welchen Kriterien nehmen Sie dann neue PatientInnen auf?

Kurz bevor etwas frei wird, nehme ich Anfragen per Zufall an.

Sonstiges:

5. Wann werden Sie voraussichtlich eine/n neue/n Patientin/en aufnehmen können (bitte Anzahl der Monate ankreuzen)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 länger

6. Bitte schätzen Sie ein, wie viele Anfragen nach Psychotherapie in einer Arbeitswoche ungefähr bei Ihnen eintreffen!

7. Wie viele PatientInnen haben Sie zur Zeit?

8. Wie viele davon sind Frauen?

9. Wie viele davon sind Frauen mit schweren Traumatisierungen (z. B. Vergewaltigung, sexueller Missbrauch in der Kindheit, Misshandlung, Vernachlässigung)?

10. Uns interessiert, wie zufrieden Sie mit der derzeitigen Bewilligungspraxis der Krankenkassen Sie sind. Bitte schildern Sie Ihren subjektiven Eindruck!

Anhang 2

Qualitätskriterien für Frauengerechte Therapie

Fachgruppe Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik im AKF®
(Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und
Gesellschaft e.V.)

v.i.S.d.P: Dipl.-Psych. Christa Diegelmann, Postfach 410 542, 34067
Kassel, Fon: 0561 / 3 50 06, Fax: 0561 / 3 50 30

PRÄAMBEL

Jede Form von Therapie steht in einem kulturellen, historischen und gesellschaftspolitischen Kontext.

Psychotherapeutische Behandlung muß dazu dienen, das Selbstbestimmungsrecht und die Kompetenz eines Menschen zu achten und zu fördern. Psychotherapie soll u.a. zum Abbau von Gewaltstrukturen, Diskriminierungen und Benachteiligungen, von denen noch immer besonders Frauen betroffen sind, beitragen.

Frauengemäße Psychotherapie muß den unten angeführten Kriterien entsprechen und sich an ihnen messen lassen.

I. GRUNDHALTUNG

Jede therapeutische Behandlung ist bestimmt von Achtung und Wertschätzung. Angehörige helfender und heilender Berufe müssen ein kritisches Bewußtsein entwickeln von eigenen impliziten Normen und Wertvorstellungen, geschlechtsspezifischen und kulturellen Sichtweisen und von Auswirkungen der Sozialisation. Sie müssen wissen, daß diese Faktoren bewußt und unbewußt wirksam sind, auch im Kontext von Psychotherapie.

Daraus ergibt sich die Forderung, Frauen in ihren realen Lebenszusammenhängen ganzheitlich wahrzunehmen und zu verstehen.

Eine Frau kann von PsychotherapeutInnen erwarten, nicht nach gängigen Stereotypen (Geschlecht, ethnische Herkunft, Alter, Sexualität, Religion ...) wahrgenommen und behandelt, sondern als individuelle und einzigartige Persönlichkeit geachtet und wertgeschätzt zu werden.

Zur therapeutischen Grundhaltung aller helfenden und heilenden Berufe gehört Kritikfähigkeit in Bezug auf sexistische Inhalte in

wissenschaftlichen, weltanschaulichen, politischen und religiösen Denkweisen, welche die Grundrechte und Menschenrechte von Frauen mißachten und einschränken.

II. INTERAKTION UND THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Die Qualität der therapeutischen Beziehung bestimmt wesentlich Erfolg und Heilungschancen einer Behandlung.

Die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn, die sich im Verlauf des Behandlungsprozesses entwickelt, ist nicht frei von Macht und Abhängigkeitsmustern. Um das Machtgefälle zwischen TherapeutIn und KlientIn durchschaubar zu machen und zu verringern, fordern wir:

- Umfassendes Informationsrecht der Klientin über alle sie betreffenden Maßnahmen, Vorgänge und Behandlungen sowie mögliche Konsequenzen und Langzeitwirkungen.
- Verpflichtung der BehandlerInnen zu sorgfältiger und ausführlicher Aufklärung.
- Unterstützung und Förderung des Mitgestaltungsrechtes der KlientIn im Setting des Beratungs- und Therapieprozesses.
- Alle angewandten Behandlungs- und Therapiemodalitäten werden bekannt und transparent gemacht und miteinander vereinbart (*informed consent*). Dies betrifft u.a. die Erwartungen an die Klientin in Bezug auf die Mitarbeit (*compliance*), Therapieziele, Kosten, Dauer, Art der Behandlung, Erfolgskriterien, Grenzen der Therapie und Beendigung der Zusammenarbeit.
- Anspruch auf fachliche und persönliche Kompetenz und psychotherapeutische Professionalität, die sich an dem aktuellen Wissen über therapeutische Wirkungen und Behandlungsmöglichkeiten orientiert.
- Supervision als fachliche Kontrolle ist ein Teil der professionellen Standards. Insbesondere müssen die im Rahmen des therapeutischen Settings entstehenden realen Abhängigkeits- und Machtstrukturen beachtet, reflektiert, überprüft und geklärt werden.
- PatientInnen sind im Rahmen der Therapie vor allen Formen von Machtmißbrauch, Ausnutzung, sexuellen und anderen Übergriffen und Verletzungen zu schützen. Therapeutische Beziehungen schließen gleichzeitige geschäftliche und private Beziehungen aus. Alle Formen von Übergriffen im Rahmen der Behandlung sind als

Machtmißbrauch anzusehen und sind schädigend. Die Verantwortung liegt immer bei den TherapeutInnen.

III. GRUNDVERSTÄNDNIS VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT

Ein frauenspezifisches Grundverständnis von Krankheit und Gesundheit setzt die Analyse von und die Kritik an traditionellen medizinischen und psychologischen Krankheitsmodellen und deren Gesundheitsbegriff voraus. Gesundheit ist u.a. die Möglichkeit zu selbstbestimmter Arbeits-, Genuß- und Liebesfähigkeit, nicht nur die Erfüllung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen. Zyklische Veränderungen der Befindlichkeit gehören nicht in den Bereich von Krankheit, sondern entsprechen zeitgemäßem Gesundheitswissen über Frauen und Männer. Die herrschenden Rollenzuschreibungen setzen insbesondere Frauen Widersprüchen aus, die Risikofaktoren für psychische, psychosomatische und körperliche Erkrankungen bedeuten.

IV. DIAGNOSTIK

Konzepte von Diagnostik und Therapie sind auf ihre impliziten Voraussetzungen, geschlechtsspezifischen Denkweisen und ihr Frauenbild zu überprüfen.

Psychische und psychosomatische Symptome und Störungen werden auch verstanden als nachvollziehbare Reaktionen auf widersprüchliche, repressive und einengende Lebensbedingungen und/oder traumatisierende Lebenssituationen.

Frauen entwickeln aufgrund ihrer Sozialisation spezifische Überlebensmuster, Störungen, Problemlösungs- und Vermeidungsstrategien, die entsprechend entschlüsselt werden müssen.

Viele Frauen haben im Laufe ihres Lebens Übergriffe, Grenzverletzungen und Traumatisierungen erfahren, die im diagnostischen Kontext zum Verständnis der innerpsychischen Widersprüche und Konflikte berücksichtigt werden müssen.

Frauengerechte Diagnostik ist prozessual und kontextbezogen. Diagnostik ist ein intersubjektiver Prozess, in dem der PatientIn ausreichend Raum gegeben wird, über ihre Situation zutreffende Aussagen und Einschätzungen im Sinne einer Selbstdiagnostik zu gewinnen. Diese sind für den therapeutischen Prozeß grundlegend.

Zur Diagnostik gehören neben fachspezifischem Grundlagenwissen Kenntnisse von geschlechtsspezifischen Risiken und Belastungsfaktoren.

V. THERAPIE

Frauengemäße Psychotherapie soll die Lebensbewältigung der KlientIn unterstützen und ihre Möglichkeiten erweitern, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Therapie orientiert sich sowohl an den Ressourcen und Handlungskompetenzen der KlientInnen als auch an ihren Konflikten und Traumatisierungen.

Bei der Therapieplanung hat die TherapeutIn die Pflicht, über verschiedene Therapieverfahren sowie über ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und sich dafür einzusetzen, daß die PatientIn die für sie bestmögliche Therapie erhält.

Ein therapieschulenübergreifender Ansatz seriöser Methoden wird der Unterschiedlichkeit von PatientInnen besser gerecht als Verfahren, die sich ausschließlich an Richtlinienkriterien orientieren.

Die TherapeutIn hat die Verantwortung für die Transparenz von Therapieprozessen, angewandten Methoden und therapeutischer Beziehungsgestaltung. Sowohl der diagnostische Prozess als auch die angestrebten Therapieziele sollen den Fähigkeiten und dem Veränderungswillen der KlientIn entsprechen und mit der KlientIn gestaltet werden.

Interaktion und Kommunikation in der Therapie sind entscheidend für die notwendigen heilsamen Beziehungsqualitäten einer Therapie. Die therapeutische Beziehung ist gleichzeitig eine Übertragungs- und eine Realbeziehung. Aufgabe der TherapeutIn ist es, Abhängigkeiten von der "Droge Therapie" zu erkennen und schädigende Abhängigkeiten zu verhindern.

Das zugrundeliegende Heilungskonzept sollte sich an einem Menschenbild orientieren, das Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele begreift. Therapien sollen sowohl Raum bieten für Sinnfragen als auch spirituelle Bedürfnisse von Menschen ernst nehmen und unterstützen.

Presseinformation vom 01. August 2003:

„Initiativkreis zur Verbesserung der Psychotherapie in Kiel“ gegründet!

Ein "Initiativkreis zur Verbesserung der Psychotherapie in Kiel" hat sich in Kiel gegründet. TrägerInnen sind die Frauenfacheinrichtungen *Ihriss e.V.*, *Notruf Kiel e.V.*, *Luna Wohngruppen*, die *Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V.*, die Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Kiel, verschiedene ambulante und teilstationäre sozialpsychiatrische Einrichtungen sowie mehrere niedergelassene PsychotherapeutInnen.

Interessierte Frauen und Männer sind herzlich willkommen! Aktuelle Termine bitte in der *Psychosozialen Frauenberatungsstelle donna klara* erfragen.

Als erste Aufgabe hat sich der Initiativkreis die Verbesserung der ambulanten Versorgung von Frauen / Menschen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgenommen. Er steht in engem Kontakt mit dem Borderline-Netzwerk, bedingt dadurch, dass Beteiligte des Borderline-Netzwerks auch im Initiativkreis mitarbeiten.

Die erste Aktion

Der Initiativkreis plant für den 23. August 2003 eine Tagesveranstaltung mit den InitiatorInnen des sogenannten "Darmstädter Modells", eines ambulanten Netzwerks zur Behandlung von Menschen mit der Diagnose "Borderline".

Zur Zielgruppe zählen neben den am Initiativkreis beteiligten Einrichtungen die in Kiel ansässigen Mitglieder des Borderline-Netzwerkes sowie niedergelassene PsychotherapeutInnen, die sich die Mitarbeit in einem vergleichbaren Netzwerk in Kiel vorstellen können.

2. Runder Tisch zur Frauengesundheit

Die Gründung des Initiativkreises geht auf den "2. Runden Tisch zur Frauengesundheit" zurück, den die Kieler Frauenbeauftragte Annegret Bergmann und Kieler Frauenfacheinrichtungen zum Thema "Frauengerechte Psychotherapie? Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Kiel" im November 2002 veranstalteten.

Die große Resonanz mit über 150 BesucherInnen (niedergelassene PsychotherapeutInnen, Professionelle aus sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Kliniken, Betroffene) machte deutlich, dass das Thema der mangelhaften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht nur die Frauenfacheinrichtungen beschäftigt. Fazit der Veranstaltung war die Bestätigung der Erfahrungen aus den Frauenfacheinrichtungen:

1. Es gibt zu wenige ambulante Psychotherapieplätze für die große Nachfrage.
2. Immer noch wird im Rahmen von Psychotherapie zu wenig / zu selten / nicht qualifiziert auf die speziellen Erfahrungen von Frauen - gerade mit sexualisierter Gewalt - eingegangen.
3. Gerade schwer traumatisierte Frauen und Frauen mit schweren Persönlichkeitsstörungen haben kaum eine Chance auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. (Männer sind hier in der gleichen schlechten Situation, doch ca. 80% der von diesem Krankheitsbild Betroffenen sind Frauen)

Insbesondere der letzte Punkt beschäftigte die abschließende Podiumsdiskussion. Deutlich wurde nicht nur die Notwendigkeit, nach neuen Wegen in der Behandlung von bestimmten PatientInnen- / KlientInnen-Gruppen zu suchen, sondern auch die Bereitschaft der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung, Verbesserungen zu unterstützen, wenn überzeugende Modelle erarbeitet werden. In der Erarbeitung solcher Modelle sieht der "Initiativkreis zur Verbesserung der Psychotherapie in Kiel" seine Aufgabe.

Weitere Informationen:

Psychosoziale Frauenberatungsstelle *donna klara* e.V., Tel. 0431 / 557 93 44, psychosozial@donnaklara.de

Notruf für vergewaltigte Mädchen und Frauen Kiel, Tel. 0431 / 9 11 44, Frauennotruf.Kiel@t-online.de

Herausgeberin:

Die Frauenbeauftragte der Landeshauptstadt Kiel /
Referat für Frauen,
Neues Rathaus, Andreas-Gayk-Str. 31, 24103 Kiel,
Tel. 0431 / 901-2057, Fax 901-62059
eMail referat.frauen@lhstadt.kiel.de
<http://www.kiel.de/inx/frauen.htm>

Redaktion: Susanne Kalweit

Auflage: 1000 Ex.

Kiel, August 2003