

Arbeitskreis  
Frauen und Psychiatrie  
unabhängiger Arbeitskreis  
von Fachfrauen aus sozial-/  
psychiatrischen Einrichtungen, Projekten  
und Praxen

**Handlungsleitende  
(-verpflichtende) Kriterien  
zur frauenspezifischen  
Qualitätssicherung  
in der psychiatrischen  
Versorgung**

**Vorwort**

Der "*Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie*" ist ein unabhängiger Arbeitskreis von Fachfrauen aus sozial-/psychiatrischen Einrichtungen, Projekten und Praxen, der sich erstmalig im Nov.'94 im Münchner Frauentherapiezentrum traf. Uns Frauen brannten Themen auf den Nägeln, wie beispielsweise die Umsetzung von Frauenanliegen in der Psychiatrie, Erfahrungsaustausch über das Arbeiten in gemischt-geschlechtlichen Teams bzw. Gruppen und feministischen Projekten sowie Möglichkeiten gegenseitiger Unterstützung.

Im Arbeitskreis "Frauen und Psychiatrie" stehen inzwischen etwa 25 engagierte und interessierte Frauen aus den Bereichen Frauenprojekte, Sozialpsychiatrische Dienste, Wohngemeinschaften, betreutes Einzelwohnen, Tagesstätten, Kliniken und Bezirkskrankenhäuser, Kriseneinrichtungen, Wohnprojekte für Wohnungslose etc. in Kontakt und treffen sich einmal monatlich im Münchener Frauentherapiezentrum.

Zweck unseres "Arbeitskreises Frauen und Psychiatrie" ist eine gemeinsame Organisationsbasis sowohl für feministische Frauenprojekte als auch für frauenspezifische Anliegen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen.

Zu den bisherigen Arbeitsschwerpunkten gehört die Durchsetzung von Frauen-Mandaten in den jeweiligen Münchner psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (Sektor-PSAGs), um gemeinsam frauen-spezifische Psychiatriepolitik zu bewirken.

Einen weiteren wichtigen Schwerpunkt stellt *Qualität frauenspezifischer Arbeit* in den verschiedenen Projekten und Einrichtungen dar. So hat uns die Erarbeitung der vorliegenden "*Handlungsleitenden (-verpflichtenden) Kriterien zur frauenspezifischen Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung*" zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung über den Begriff der "Qualität" geführt; uns wurde deutlich, dass wir "Qualität" nicht wertneutral verstehen und Ansprüche nicht nur an die Handlungsebene, sondern auch an die – in der Sozialarbeit unverzichtbare – Reflexionsebene haben.

Wir wollen hiermit Anregungen und Beispiele zur internen Auseinandersetzung mit dem Thema "frauenspezifische Arbeit in der Psychiatrie" liefern und damit die Diskussion in den Teams und auf der Leitungsebene erleichtern.

Wir beabsichtigen keine Standardisierung von Vorgehensweisen in der Arbeit mit psychisch kranken Frauen. Wir bieten auch kein QS/QM-Handbuch mit konkreten Angaben im Sinne wer in den einzelnen Einrichtungen bzw. als "Überweisende" wo genau – Klinik, Gericht,

niedergelassene Praxis, Sozialpsychiatrischer Dienst, Wohngemeinschaft etc. – *wann*, also in welcher ganz spezifischen Situation was und wie konkret tun, handeln, sagen, unterlassen, mitentscheiden, überwachen soll.

Zwar haben wir Ausgangspositionen markiert und frauenspezifische Qualitätsstandards und Qualitätskriterien postuliert, doch verstehen wir dies als einen *dynamischen Prozeß der Qualitätsentwicklung*, der immer auch einer inhaltlichen Auseinandersetzung zugänglich bleiben muß.

Für die Weiterentwicklung frauenspezifischer Psychiatriepolitik ist wichtig, dass die Auseinandersetzung mit den vorliegenden Kriterien auf möglichst breiter Basis stattfindet und dass die gewonnenen Diskussionsergebnisse an den "Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie" wieder zurückfließen. Wir bitten daher die Leserinnen und Leser um Rückmeldung und Kritik!

Nicht zuletzt danken wir allen, die uns bei unserer Arbeit unterstützt haben. Ganz besonderer Dank gilt auch dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München für die Übernahme der Druckkosten dieser Broschüre.

Dipl Psych. Ruth Back  
Dipl Psych. Polina Hilsenbeck  
Dipl Päd. Margot Kainz  
Dipl Soz. päd.(FH) Margit Klemer  
Dipl. Päd. Gabriele Koch  
Dipl. Soz.Päd.(FH) Margitta Tienken

## **1. Warum frauenspezifische Qualitätssicherung?**

1.1. Der Begriff "frauenspezifisch" bedeutet, sich der besonderen gesellschaftlichen Prozesse weiblicher Sozialisation bewusst zu werden und sich mit der geschlechtsspezifischen Unterschiedlichkeit von Sozialisationseinflüssen auseinanderzusetzen. Im Fokus stehen dabei die Auswirkungen dieser Einflüsse auf die Identitätsentwicklung von Frauen.

Frauenspezifisches Denken gibt diesen Erfahrungen von Frauen Raum und Stimme, macht Frauen zum Ausgangsort und Ziel der Wahrnehmung und fördert Stärken, Potentiale und weibliche Selbstorganisation.

Frauen sollen unterstützt werden sich anzunehmen, sie sollen verinnerlichte Frauenverachtung erkennen, Selbstachtung und Selbstwertgefühl weiterentwickeln und im Kontakt zu anderen Frauen ihr eigenes Potential entdecken und nutzen.

Frauen sollen ermutigt werden, ein Gefühl für ihre eigene Würde und Wertigkeit zu entwickeln und zu einem eigenen positiven Körpergefühl zu gelangen.

1.2. Die Situation von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft ist geschlechtshierarchisch und bedarf einer geschlechtsdifferenzierten Betrachtungsweise, weil Frauen und Männer in der Regel in unterschiedlichen Geschlechtsrollen/-stereotypen aufwachsen. Diese sind jeweils mit unterschiedlichen Verhaltenserwartungen an Frauen und Männer verbunden und formen das Selbstbild der/des Einzelnen. Sie tragen zum Grundstock der jeweiligen Handlungs- (un)fähigkeit bei, die sich im Laufe des Lebens zunehmend verfestigen kann.

Besonders Frauen sind häufig einer "double-bind"-Situation ausgesetzt: einerseits müssen sie sich nach wie vor an den Bedürfnissen anderer orientieren und somit eigene Interessen und Bedürfnisse zurückstellen, andererseits aber sollen sie auch sogenannte "männliche" Eigenschaften (wie z.B. Durchsetzungsfähigkeit) aufweisen können.

1.3. Armut ist weiblich, denn Frauen befinden sich bis heute durch Benachteiligung in Ausbildung, Beruf und Familie in vergleichsweise starken ökonomischen Abhängigkeiten. Häufig haben sie nur eine geringwertige Ausbildung erhalten oder gar keine Ausbildung abschließen können. Besonders psychisch kranke Frauen sind auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schlecht vermittelbar und werden – wenn überhaupt – oftmals nur an Arbeitsstellen mit Verträgen für "geringfügig Beschäftigte" eingesetzt.

Die ökonomischen und strukturellen Abhängigkeiten der Frauen gegenüber Institutionen, wie z.B. Arbeits- und Sozialämtern, sowie dem sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz (Sozialpsychiatrische Dienste, Kliniken, Krisendiensten etc.), lassen sich ohne entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen kaum abbauen.

1.4. Psychische Erkrankungen von Frauen stehen häufig in einem engen Zusammenhang mit traumatisierenden Gewalterfahrungen, wie sexuellem Missbrauch, körperlichem Missbrauch (Schlägen) und psychischer Gewalt (z.B. Demütigungen).

Sexualisierte Gewalt in der Kindheit ist eine der extremsten Erfahrungen von Selbstentfremdung und für viele Frauen zugleich (schlimme) Lebensrealität.

Um so wichtiger ist es, diese spezifischen Lebensrealitäten als Ausdruck von gesellschaftlichen Verhältnissen zu begreifen, die keinesfalls auf eine individuelle Störung oder persönliches Versagen zurückzuführen sind.

1.5. Präventions-, Therapie- und Nachsorgekonzepte müssen die Lebensrealitäten und Lebenserfahrungen von Frauen berücksichtigen und sowohl Gesellschaft als auch das Gemeinwesen umfassend darüber aufklären. Dies umfasst auch ein Abbau von Hemmschwellen durch niedrigschwellige Angebote (z.B. eine Psychiaterin, die in der Einrichtung aufgesucht werden kann). Ein Nachsorgekonzept ist unerlässlich, um die bereits erreichte Selbständigkeit der Frauen zu sichern, zu erhalten und zu erweitern. "Rückfälle" könnten dadurch weitmöglichst verhindert werden.

Hierzu sollten auch Frauenselbsthilfenetze aufgebaut werden, damit Frauen erfahren, dass sie tatsächlich "auf ihren eigenen Füßen stehen können".

## 2. Was will „frauenspezifische“ Qualitätssicherung?

Frauenspezifische Qualitätssicherung muss Antworten finden auf folgende Fragen:

- *Was will frau erreichen?*  
Welche Ergebnisse sollen erzielt werden? = **Ergebnisqualität**
- *Welche Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen braucht frau dafür?* = **Strukturqualität**
- *Auf welche Art und Weise will frau vorgehen?* = **Prozessqualität**

2.1. Frauenspezifische Qualitätssicherung verfolgt in Hinblick auf die erwünschte Ergebnisqualität frauenfreundliche und frauen-achtende Ziele wie:

### *Gleichberechtigung*

Wesentlich hierfür ist eine Aufhebung der unterschiedlichen Wertungen von Geschlechtszugehörigkeit. Ferner müssen alte Rollenzuschreibungen und damit verbundene Stigmatisierungen überwunden werden. Um dies zu erreichen, müssen Frauen das eigene Potential unabhän-

gig von männlichen/ herkömmlichen Werten und psychiatrischen Diagnosen erkennen und entwickeln können.

#### *Verbesserung der ökonomischen Bedingungen, Chancengleichheit*

Wichtig ist, den Frauen zur ökonomischen Unabhängigkeit zu verhelfen, denn nur diese macht ein selbstbestimmtes Leben möglich. Ökonomische Unabhängigkeit ist nicht bereits dadurch sichergestellt, dass eine Frau Arbeit hat. Typische Frauenarbeit ist häufig unterbezahlt und trägt u.a. der Tatsache, dass viele Frauen ihre Kinder mitversorgen müssen, in keinsten Weise Rechnung. Deshalb ist in Hinblick auf Chancengleichheit darauf hinzuwirken, dass auch Frauen besser bezahlte Berufe erlernen und ergreifen können und sogenannte typische Frauenberufe ökonomisch aufgewertet werden. Außerdem ist es notwendig, Alternativen zum bestehenden Arbeitsmarkt zu entwickeln, die den Fähigkeiten der Frauen entsprechen.

#### *Gewaltfreiheit*

Gewaltfreiheit ist nicht nur in Hinblick auf körperliche Übergriffe oder verbale aggressive Äußerungen zu sehen, sondern drückt sich auch in einer Haltung von Achtung und Respekt aus, die sich aus der Achtung und dem Respekt vor dem Leben selbst ableitet. Gewaltfreiheit beinhaltet die Ächtung von Gewalt und eine Sensibilisierung und gegenseitige Verantwortung für die "alltägliche" Gewalt im Umgang miteinander.

Ein gesellschaftliches Bewusstsein gegenüber gewaltfördernden Handlungen schließt eine Wahrnehmung für strukturelle Gewalt mit ein. Gewaltfreiheit bedeutet auch Freiheit von struktureller Gewalt und ist Grundbedingung für Heilung.

#### *Förderung von Autonomie und frauenspezifischer Identitätsentwicklung*

Persönliche Unabhängigkeit und die Selbstbestimmung des eigenen Lebens ermöglichen die Unabhängigkeit von (sozialen) Institutionen.

Autonomie wiederum setzt Handlungsfähigkeit voraus und die Fähigkeit, den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden.

Hierfür ist Selbstvertrauen wichtig, welches nur aus einer autonomen und stabilen weiblichen Identität heraus entwickelt werden kann.

#### *Verbundenheit und Frauenselbsthilfenetze*

Wenn Frauen lernen, sich aneinander zu orientieren, können sie sich aufeinander beziehen und damit auch gegenseitig unterstützen. Ein Prozess der Sensibilisierung für sich selbst beginnt, eigene Interessen können erkannt und gelebt werden und Durchsetzungsvermögen kann entstehen. Ebenso können sich nun auch stärkende und stabilisierende Frauenfreundschaften entwickeln, die helfen, die Isolation – u.a. von Hausfrauen/Müttern – zu durchbrechen und den Selbstwert als Frau zu verbessern. Dies verringert auch die einseitige Abhängigkeit von professionellen Hilfsangeboten.

## **2.2. Frauenspezifische Qualitätssicherung fragt im Hinblick auf die Strukturqualität nach frauengerechten Voraussetzungen, bzw. Rahmenbedingungen.**

Bei den Voraussetzungen, bzw. Rahmenbedingungen für frauengerechte Hilfsangebote ist zunächst zu überprüfen, welche Einrichtungsarten in der "Psychiatrie-Landschaft" vorzufinden sind und wie deren Ausstattung beschaffen ist.

Weiterhin geht es darum, welche Interessen von KlientInnen konzeptionell berücksichtigt werden, welches Personal diese abdecken soll und auch wo, von wem, bzw. wie diese frauenspezifischen Interessen vertreten werden (auch in der Forschung).

#### *Gesundheits- und Krankheitsverständnis*

Krankheit kann eine Reaktion auf schwierige Lebensbedingungen und eine Bewältigungsstrategie sein und kann als Versuch verstanden werden, Konflikte zu lösen, bzw. Schutz vor Überlastungen zu finden.

Frauen haben sozialisationsbedingt gelernt, Konflikte und Spannungen nach innen gerichtet zu verarbeiten. Eine geschlechtsstereotype Diagnostik und Behandlung kann u.U. zur Erhaltung von selbstzerstörerischen Verhaltensweisen und Einstellungen beitragen (wie unhinterfragte Medikamentenverschreibung). Es braucht neue Konzepte und Therapieansätze, in denen Lebenserfahrungen von Frauen Berücksichtigung finden.

Damit ist zum einen die innerpsychische Ebene gemeint, indem z.B. der Überlebens- und Bewältigungsaspekt von autoaggressiven Handlungen nach Gewalterfahrungen neben dem pathologischen Aspekt in den Mittelpunkt gestellt wird; dies stellt die verlorene "innere Solidarität" der Klientin zu sich selbst wieder her. Zum anderen ist die soziale Ebene gemeint, indem z.B. die Verinnerlichung der gesellschaftlichen und familiären Abwertung von Frauen und frauentypischer Arbeit hervorgehoben wird. Wo das eigene Leiden nicht mehr individualisiert und als persönliches Versagen gewertet werden muss, sondern als gemeinsames Leid an gesellschaftlichen Bedingungen und Ungerechtigkeiten sowie Gewalt verstanden wird, können daraus Solidarität und Handlungskraft folgen.

#### *Lebenssituationsbezogene Hilfsangebote*

Ausgehend von einem frauenspezifischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis, müssen die üblichen diagnose- und störungsbezogenen Einrichtungstypen hinterfragt und gegebenenfalls durch lebenssituationsbezogene Hilfsangebote für Frauen ersetzt werden.

So bieten Frauenprojekte und Frauenberatungsstellen, die nicht speziell im Psychatriebereich angesiedelt sind, oft frauengerechtere und weniger stigmatisierende Unterstützung. Leider ist das Netz frauenspezifischer Hilfen an vielen Stellen noch zu lückig. Beispielsweise gibt es immer noch keine ausreichende Zahl an betreuten Mutter-Kind-Einrichtungen (u.a. auch bei stationären Krisenangeboten), Erziehungshilfen über KJHG und BSHG mit entsprechender Fachkompetenz, Wohngemeinschaftsplätze für Mütter mit Kindern (mindestens zwei pro WG), Wohngemeinschaften für ältere Frauen, Wohngemeinschaften für Gewaltüberlebende (bei Männergewalt, Kriegstrauma, sexuellem Missbrauch) und für Borderline-Selbstverletzte. Die Aufenthaltsdauer in solchen Wohngemeinschaften muss sich nach der Notwendigkeit des Einzelfalles richten, eine Kostenübernahme durch die zuständigen Kostenträger muss individuell gewährt werden können.

Darüber hinaus fehlen frauenspezifische Angebote zur Qualifizierung, Arbeitstherapie und spezielle berufliche Rehabilitation.

#### *Spezifisch weibliche Lebenssituationen*

Es gibt unterschiedliche spezifische Lebenssituationen von Frauen mit Kindern, ohne Kinder. Dabei sind insbesondere die Interessen von Kindern zu wahren und die Verbindung zwischen Frauen und ihren Kindern zu berücksichtigen. Eine psychiatrische Erkrankung als solche ist erfahrungsgemäß nicht so belastend für ein Kind, wenn private und professionelle Unterstützungssysteme und Netzwerke vorhanden sind. Die Nutzung solcher Netzwerke und Unterstützungssysteme ist in den meisten Fällen, im Entwicklungsinteresse der Frauen wie der Kinder, einer Fremdunterbringung vorzuziehen.

### *Frauenspezifische bzw. geschlechtsspezifische Konzeptionen*

Jede (Fach) Einrichtung sollte eine geschlechtsspezifisch ausgerichtete Konzeption haben. Beim Fehlen einer solchen muss die bestehende Konzeption und ihre Umsetzung in Arbeitsstrukturen entsprechend erweitert werden. Die Grundstruktur muss sowohl Frauengruppen als auch Männergruppen anbieten. Erfahrungsgemäß ist es am sinnvollsten, Frauen- und Männerprogramme gleichzeitig stattfinden zu lassen, um zu verhindern, dass die Frauenarbeit einen ausgrenzenden Sonderstatus erhält.

Geschlechtsspezifische Arbeitsweisen ermöglichen beiden KlientInnengruppen den Zugang zu tabuisierten Themen. So können in Frauengruppen eher und anders Themen wie verinnerlichte Frauenverachtung, Beziehungsabhängigkeit von Männern, eigene Körperlichkeit, Sexualität und (sexuelle) Gewalterfahrungen bearbeitet werden. Notwendig sind Frauengruppen zu Themen wie Körpererfahrung, Selbstbehauptung, Selbstverteidigung, Berufsorientierung, Selbsthilfe, Psychotherapie etc.

Die Klientinnen müssen frei wählen können, ob sie in geschlechtsgetrennten oder gemischten Einrichtungen betreut werden wollen. Des Weiteren sollten sie bestimmen können, ob sie als Bezugsperson eine Frau oder einen Mann möchten. Ein Wechsel sollte grundsätzlich ermöglicht werden.

In die Arbeit mit Migrantinnen müssen frauenspezifische und darüber hinaus auch kulturspezifische Gesichtspunkte einfließen (z.B. durch die genaue Analyse von Widersprüchlichkeiten, Potentialen, Frauenbildern oder dem jeweiligen Selbstverständnis).

Auf das häufig vorhandene Sprachdefizit sollte mit dem Angebot von professionellen Dolmetscherinnen eingegangen werden, um nicht durch dolmetschende Familienangehörige und Kinder zu tendenziösen Aussagen bzw. verfälschten Einschätzungen zu kommen.

Außerdem könnte damit wahrscheinlich dem – häufig unnötigen – Einsatz von Psychopharmaka entgegengewirkt werden.

### *Räumlichkeiten und Ausstattung*

Wesentliches Qualitätsmerkmal für frauengerechte Räumlichkeiten und Ausstattung ist der Respekt vor individuellen Schamgrenzen und die Sicherstellung des Schutzes der KlientInnen vor Übergriffen durch Patienten und gewalttätige Angehörige. Aus diesen Gründen (Schutz vor Gewalt und Schutz der Intimsphäre) sind getrennte Wohnbereiche (Einzelzimmer) oder reine Frauenräume, sowie getrennte sanitäre Anlagen erforderlich.

Je nach Ziel und Zweck der Einrichtung sind für Frauen spezielle Räumlichkeiten (Gruppenräume, Teeküchen, Ruheräume, Leseräume, Spiel- und Kinderzimmer) bereitzuhalten.

### *Personal*

Frauenspezifische Handlungskompetenzen müssen als Bedingung bei der Einstellung von MitarbeiterInnen und auch bei Fortbildungsangeboten berücksichtigt werden. Ebenso müssen frauenspezifische Kriterien und Kompetenzen in die Lehrpläne von Ausbildungsinstitutionen und in Studiengänge integriert werden.

Frauenspezifische Kompetenz des Fachpersonals in psychiatrischen Einrichtungen meint zum Beispiel, dass ein Bewusstsein vorhanden ist für Entstehung und Auswirkung von Gewalt, für gewaltfördernde Situationen und dafür, was genau eine gewaltfördernde Atmosphäre kennzeichnet. Geschultes Personal besitzt darüber hinaus Kompetenzen zur Verhinderung, bzw. Verminderung von Gewalt.

Ungenügendes Wissen des Fachpersonals über strukturelle Gewalt und sozialisationsbedingte Lebenserfahrung und Lebensrealität von Frauen kann ungewollt zu einer Verschlimmerung, bzw. Aufrechterhaltung der Situation der Frauen beitragen.

Der prozentuale Anteil des weiblichen Personals sollte in geschlechtsgemischten Einrichtungen auf allen Hierarchie- und Fachebenen den prozentualen Anteil der Klientin-

nen/Patientinnen widerspiegeln. Frauen gehören dementsprechend selbstverständlich in Leitungspositionen.

#### *Supervision*

SupervisorInnen haben frauenspezifisches Bewusstsein und Know-How mitzubringen. Arbeitssituationen, Konzeptionsentwicklung etc. müssen geschlechtsspezifisch hinterfragt und reflektiert werden. Auch kulturspezifische Werte von Männern und Frauen sind einzubeziehen (dies gilt ganz besonders in der Arbeit mit MigrantInnen). Beispielsweise müsste darauf geachtet werden, welche geschlechts-spezifischen Übertragungen und Gegenübertragungen in den Betreuungsbeziehungen auftauchen, und ob diese im Sinne der betreffenden Klientin und deren Autonomieförderung verstanden und umgesetzt werden.

#### *Teamarbeit und Gremienarbeit*

In gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen müssen sich Teams im Interesse der jeweiligen KlientInnengruppe auch geschlechtsspezifisch bilden können (Männerteam, Frauenteam, gemischtes Team). Frauengremien bzw. Frauenarbeitskreise sind sowohl innerbetrieblich (z.B. im Rahmen von Qualitätszirkeln), als auch regional (z.B. im Rahmen der "Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften") und überregional (z.B. im Rahmen von Frauenfachkonferenzen) zu initiieren und von Trägerseite, im Sinne einer dienstlichen Aufgabe, zu unterstützen.

#### *Forschung*

In der Forschung sind Psychopharmaka hinsichtlich ihrer Substanzen und Dosierungsverordnungen auf eventuell geschlechtsspezifisch unterschiedliche Wirkungsweisen hin zu untersuchen und entsprechend zu publizieren. Auch die Eignung vorhandener Einrichtungstypen, beispielsweise einer vollstationären Großinstitution, eines gemischtgeschlechtlichen Kleinstheimes, eines ambulanten Betreuungsdienstes etc., muss geschlechtsspezifisch untersucht werden (z.B. daraufhin, ob Hospitalisierungsschäden oder Verwahrlosungssymptome mehr bei Männern oder bei Frauen entstehen).

### **2.3. Frauenspezifische Qualitätssicherung meint im Hinblick auf die Prozessqualität eine reflektierte Arbeits- und Vorgehensweise.**

*Diese beinhaltet zum einen Werthaltungen* (u. a. Parteilichkeit, Empowerment, Ressourcenorientierung, Akzeptanz und Wertschätzung, Klarheit und Transparenz), *berücksichtigt zum zweiten unterschiedliche Reflexionsebenen* (u.a. in der institutionellen Hierarchie, im Team, in den Betreuungsbeziehungen und den Beziehungen der Frauen untereinander) und *zum dritten auch geschlechtsspezifische Reflexionsinhalte* (beispielsweise Rollenaufteilung, Dominanz- bzw. Anpassungsverhalten, Sprache, strukturelle Gewalt, Traumatisierung, spezifisch weibliche Lebenssituationen, Nutzerinnenzufriedenheit etc.).

#### **Werthaltungen**

##### *Parteilichkeit*

Parteilichkeit ist hier, entgegen einem vielfach geäußerten Missverständnis, nicht im juristischen Sinne gemeint und bedeutet auch keineswegs kritiklose Unterstützung oder undifferenziertes Festhalten der Klientin im Opferstatus. Vielmehr bedeutet Parteilichkeit, gemeinsam mit der Klientin ihre individuellen Interessen herauszuarbeiten und sie bei deren Verwirkli-

chung zu unterstützen. Dabei wird die Klientin in ihrer eigenen Widersprüchlichkeit, wie auch durch eventuelle Konflikte in ihrem Lebensumfeld, begleitet.

Parteilichkeit heißt auch Ungerechtigkeit, Diskriminierung und Gewalt nicht zu verschleiern, zu relativieren oder zu individualisieren, sondern als solche zu benennen und zu kritisieren.

### *Empowerment*

bezeichnet die Unterstützung von Menschen darin, ihre eigenen Angelegenheiten in der Gemeinde und im näheren Lebensumfeld selbst in die Hand zu nehmen, sich mit ähnlich Betroffenen zu Interessengemeinschaften zusammenschließen und handlungsfähig zu werden.

Für Frauen, die sich zum Teil sehr kompetent für die Interessen von Angehörigen und Kindern einsetzen können, jedoch im Laufe der geschlechtstypischen Sozialisation gelernt haben, die eigenen Interessen zurückzustellen, ist dieser Ansatz von ganz besonderer Bedeutung.

Dabei sollen Autonomie und Beziehungsorientierung nicht als Gegensätze verstanden werden, die einander ausschließen. Vielmehr geht es um die Entwicklung innerer Vermittlungsfähigkeiten zwischen diesen Polaritäten und Spannungsfeldern und darum, einen besseren Interessenausgleich zu schaffen. Frauenselbsthilfenetze ermöglichen den Frauen, Kontakt miteinander herzustellen und sich auszutauschen. Sie helfen aus der Isolierung heraus und schaffen somit mehr persönliche Stabilität. Frauenselbsthilfenetze sollten zentraler Bestandteil von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einer Stadt, bzw. Region sein. Dabei ist insbesondere auf die Vernetzung von sozialpsychiatrischen, feministischen und geschlechtsspezifisch arbeitenden Einrichtungen zu achten, denn so können Hilfen schneller, direkter, unbürokratischer und zugleich individueller erfolgen.

### *Ressourcenorientierung*

Längst ist in der Sozialarbeit die Ressourcenorientierung, im Gegensatz zum defizitorientierten Ansatz, anerkannt. Es handelt sich dabei um ein Vorgehen, welches an vorhandenen Fähigkeiten, positiven Erfahrungen und sozialen Netzwerken der Klientin ansetzt. Im psychiatrisch-medizinischen Denken jedoch, das sich an Symptomen und Diagnosen orientiert, bildet der ressourcenorientierte Ansatz zunächst einen gegensätzlichen Pol, der schwer integrierbar scheint. Beispielsweise fördern erfahrungsgemäß geschützte frauenspezifische Räume die gegenseitige Unterstützung der Frauen. Der Selbsthilfecharakter ist nicht zu unterschätzen. Vor allem zeigt sich als positive Verstärkung, dass jede Frau Ressourcen hat – sie erleben sich dann nicht als Opfer und "nur" Hilfesuchende sondern als durchaus "normal, "dazugehörig" und auch kompetent untereinander.

### *Akzeptanz und Wertschätzung*

Die im psychosozialen Bereich selbstverständlichen Grundhaltungen der Akzeptanz und Wertschätzung sollten sich auch im psychiatrischen Bereich von selbst verstehen. Dies betrifft vor allem die unterschiedlichen Formen weiblicher Identität, besonders wenn diese von den gesellschaftlichen Normen abweicht. Akzeptanz und Wertschätzung sollten sich auch auf indirekt geäußerte oder durch augenscheinlich "krankhafte" Symptomatik ausgedrückte Grenzsetzungen von Frauen beziehen.

Als weiteres Beispiel sei die akzeptierende und wertschätzende Arbeit mit selbstverletzendem Verhalten genannt. Nur das Erkennen der Bedeutung und Sinnhaftigkeit von Selbstverletzung im Kontext von extremen und gewalttätigen Beziehungserfahrungen, als auch die Anerkennung ihrer intrapsychischen und interpersonellen Funktion, können diesen Klientinnen den Zugang zu (Verhaltens-) Alternativen eröffnen.

Auch für Frauen, die lernen mussten, sich stark an Personen und defizitäre Situationen anzupassen, kann das Erleben von Akzeptanz und Wertschätzung die erste intensive Erfahrung von Menschenwürde sein und damit den Beginn einer Entwicklung zu mehr Selbstvertrauen einleiten.

### *Transparenz und Klarheit*

Die Transparenz von Verfahren und Entscheidungen trägt viel dazu bei, dass sich eine Klientin ernstgenommen fühlt. Es ist unbedingt darauf zu achten, Entscheidungen nicht ohne Hinzuziehung der Klientin zu treffen, ganz besonders dann nicht, wenn es um Belange von Müttern und Kindern oder gar um Sorgerechtsangelegenheiten geht.

Eine bessere Vernetzung und Kooperation von Psychiatrie, Jugendhilfe und Sozialbehörden darf für die Klientin keinesfalls in eine noch weiter reichende Entfremdung und Fremdbestimmung münden. Faltblätter und Handbücher mit klarer Darstellung von Rechten, Zuständigkeiten, Kooperationswegen und Verfahrensweisen, sowie niedrighschwellige Erstanlaufstellen können für Transparenz und damit größere Sicherheit und Selbstbestimmung sorgen.

## **Reflexionsebenen**

### *Institutionelle Ebene, Hierarchie*

Die Bearbeitung der Frage, welche Funktionsaufteilung oder Kommunikationsform bei den MitarbeiterInnen und innerhalb der institutionellen Hierarchie geschlechtsspezifisch auftritt, kann ein Frauen- und Männerteam sowie eine in dieser Hinsicht engagierte Supervision leisten. Ebenso wesentlich scheint die Reflexion der Frage, inwiefern solche Strukturen direkt und indirekt bei Diagnostik, Behandlung und Betreuung der Klientinnen, nachteilig oder aber fördernd, zu Tage treten.

### *Betreuungsbeziehung*

Hinsichtlich der Betreuungsbeziehung sind unbedingt geschlechtsspezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene zu beachten. Dies gilt auch für weibliche Mitarbeiterinnen und in gleichgeschlechtlichen Betreuungsbeziehungen. MitarbeiterInnen sollten sich ihrer eigenen eventuell vorhandenen Destruktivität bewusst sein und darüber reflektieren können. Grundsätzlich verbietet es sich, sexuellen Kontakt zur Klientin aufzunehmen, da dies mit der Gefahr der Retraumatisierung behaftet ist. In der Regel handelt es sich hierbei um destruktiv wirkende Abhängigkeitsbeziehungen und um eine sexuelle Ausbeutung von Klientinnen. Insbesondere ist dabei in Betracht zu ziehen, dass die Sexualisierung von Abhängigkeits- oder Betreuungsbeziehungen eine Überlebensstrategie von Frauen nach sexuellen Missbrauchserfahrungen sein kann.

### *KlientInnenebene*

Generell sind Beziehungs- und Kommunikationsmuster sowohl in geschlechtshomogenen Beziehungen und Gruppen zu reflektieren, als auch zwischen den Geschlechtern. Auch hier ist ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, ob und inwieweit sexuelle Übergriffe oder Ausbeutungsverhältnisse von Klienten gegenüber Klientinnen verhindert werden können.

## **Geschlechtsspezifische Reflexionsinhalte**

### *Rollenaufteilung*

Wie zuvor unter dem Punkt "Betreuungsbeziehung" formuliert, sind geschlechtsspezifische Aspekte sowie Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene zu berücksichtigen. Die Rollenverteilung innerhalb der therapeutischen Beziehung bzw. Gruppe muss auch auf dem geschlechtsspezifischen Hintergrund analysiert und reflektiert werden. Geschieht dies nicht, kann eine selbstständige und selbstbestimmte Wahl der eigenen Rolle nicht geschehen. Frauen wird in der Regel immer noch der Part der Fürsorglichen zugeschrieben, die für das emotionale Wohl der Gruppe, bzw. Familie zuständig ist.

### *Dominanz und Anpassungsverhalten*

Auf diese geschlechtstypischen Verhaltensmuster sollte ganz besonders geachtet werden; spielen sich diese doch in alltäglichen Interaktionsmustern zwischen den Geschlechtern ab, ohne bemerkt zu werden, so als gehörten sie zur Alltagskultur. Beispiele hierfür sind die sprachlichen Interaktionsmuster in geschlechtsgemischten Gruppen (Frauen ergreifen seltener das Wort, ergänzen eher, bringen unterstützende Beiträge, statt sich selbst in den Mittelpunkt zu stellen).

### *Sprache*

Auch die verwendete Sprache sollte "buchstäblich" weibliche Lebensrealitäten widerspiegeln. So muss z.B. in einer Behandlungsvereinbarung sprachlich und inhaltlich auf weibliche Wirklichkeiten eingegangen werden, und sei dies allein durch die Verwendung der weiblichen Endung.

Sprache kann wesentlich zu (Selbst) Heilung beitragen. Je konkreter sie Missstände beim Namen nennt, umso genauer wird sich die Vorstellung über die einzelnen Schritte zur Veränderung der Missstände gestalten. Sprache trägt wesentlich zur tagtäglichen (Neu-) Definition der Realität bei. Es ist hinlänglich bekannt, dass Phänomene, die als solche in ihrer Kultur keinen oder nur unzureichenden oder verharmlosenden Namen besitzen, bzw. auch tendenziös bewertet werden, von den Betroffenen nicht besprochen werden können (vgl. Hysterie oder Missbrauchserfahrung, alkoholsüchtig oder alkoholkrank).

### *Strukturelle Gewalt*

Hierzu sind zu rechnen arbeitsmarktpolitische Benachteiligungen (z.B. die Tatsache, dass Frauen bei gleicher Qualifikation schlechtere Aufstiegschancen haben und schlechter bezahlt werden als Männer, so dass die meisten Familien finanziell sehr viel schlechter dastehen, sollte doch der Mann den Erziehungsurlaub wahrnehmen). Hinzu kommen juristische Benachteiligungen (z.B. wird Gewalt von Frauen gegen Männer weitaus härter bestraft als von Männern gegen Frauen, und werden Eigentumsdelikte immer noch strengeren Strafen unterworfen als Vergehen gegen die körperliche Selbstbestimmung einer anderen Person).

Problematisch ist hierbei auch die nach wie vor geltende Regelung, dass bei Gewalt von Männern gegen Frauen diese gezwungen sind ins Frauenhaus zu ziehen; desgleichen kommen bei sexuellem Missbrauch i.d.R. die Mädchen in ein Heim, während die Väter in der Wohnung verbleiben (können). Diese Art und Weise der professionellen Intervention verstärkt u.U. die (Selbst)Pathologisierung der Opfer und wirkt als Bestrafung der Geschädigten, was sich auf die psychische Stabilität auch destabilisierend auswirken kann.

### *Traumatisierung*

Zu berücksichtigen sind neuere Forschungsergebnisse über die Verarbeitung von Traumatisierungen durch Gewalt und sexualisierte Gewalt (v.a. auch in der Kindheit) in Bezug auf dissoziative Phänomene und die Entwicklung psychischer Störungen. Konsequenzen sind zu ziehen hinsichtlich Diagnostik, Behandlung und struktureller Veränderungen sowie der Prävention.

### *Patientinnenrechte und Nutzerinnenkontrolle*

Klientinnen müssen möglichst über die gesamte Palette der vorhandenen Einrichtungen informiert werden und Mitsprachemöglichkeiten haben.

Innerhalb der Einrichtungen sollten PatientInnenbeauftragte gewählt, sowie eine Beauftragte für frauenspezifische Fragen benannt werden.

Befragungen zur Nutzerinnenzufriedenheit, die auch frauenspezifische Erfahrungen erfassen, sollten anonymisiert und fortlaufend vorgenommen werden.

Eine weitere Quelle der Qualitätsverbesserung könnten Kritikrunden von Patientinnen und Nutzerinnen, ohne die Anwesenheit von Professionellen, auf institutionalisierter und informeller Ebene sein.

### **3. Deshalb geschlechtsspezifische Qualitätssicherung:**

*"Frauenspezifische Sichtweisen"* führen notwendigerweise zur Entwicklung von geschlechtsdifferenzierten Konzepten und Strukturen. Sie öffnen auch den Blick für adäquate "männerspezifische" Hilfsangebote. So sind ebenfalls Konzeptionen für die Arbeit in Männergruppen angezeigt, in denen ermöglicht wird, die eigene Geschlechtsrolle und deren Auswirkungen zu erkennen und zu verändern und Männeremanzipation zu ermöglichen.

Frauenspezifische Arbeit führt notwendigerweise zur geschlechtsspezifischen, d.h. geschlechtsdifferenzierten Arbeit. Sowohl männliches als auch weibliches Fachpersonal muss sich der eigenen Geschlechtsrollenstereotypen und der damit einhergehenden, gegenseitigen Voreingenommenheit bewusst sein.

Durch eine unvoreingenommene, geschlechtsdifferenzierte Betrachtung können Unterschiede deutlich und bewusst gemacht und damit wahrgenommen werden. Erst dadurch wird gegenseitige Wertschätzung möglich, die wiederum beiden Geschlechtern zugute kommt.

Während mänderspezifische Arbeit vor allem die Auseinandersetzung mit eigenem Gewaltpotential und verinnerlichtem Sexismus im Blick hat, beinhalten Frauenarbeit und frauenspezifisches Empowerment insbesondere Frauenräume – im Sinne von „Freiräumen“ und „Schutzräumen“ – zur Verfügung zu stellen (dies betrifft auch Männerbesuche). Ein solcher intimer Rahmen erleichtert den Frauen sich mitzuteilen und auch schwierigere Themen anzusprechen, was erfahrungsgemäß in gemischtgeschlechtlichen Gruppen nur schlecht möglich ist.

Frauen wird die Definitionsmacht über ihre eigene innere und äussere Realität wiedergegeben und dadurch ermöglicht, den Zugang zu der verlorenen und enteigneten Selbstdefinition wiederzufinden.

#### *Schlussbemerkung*

Abschließend ist zu bemerken, dass die Antworten auf alle hier aufgeworfenen Fragen immer wieder überprüft und selbst die Fragestellungen immer wieder neu zu formulieren sind.

„Frauenspezifische“ bzw. „geschlechtsspezifische“ Qualitätssicherungen soll schließlich keine statische Angelegenheit werden, die zur Ideologie verkommt, sondern dynamisch verstanden werden und so einer inhaltlichen Auseinandersetzung zugänglich bleiben.

Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie  
Frauentherapiezentrum  
Güllstraße 3/80336 München

Dipl. Psych. Ruth Back  
c/o Sozialdienst kath. Frauen  
Marsstr, 5  
80335 München

Dipl. Psych. Simone Eiche  
c/o Gerontopsychiatrischer Dienst  
Schwanseestr. 16  
81539 München

Dipl. Soz.Päd. (FH) Anita Filin  
c/o Atriumhaus  
Bavariastr. 11  
80336 München

Dipl. Psych. Polina Hilsenbeck  
c/o Frauentherapiezentrum  
Güllstraße 3  
80336 München

Dipl. Päd. Margot Kainz  
c/o PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband  
Düsseldorferstraße 22  
80804 München

Dipl. Soz.päd.(FH) Margit Klemer  
c/o Bay. Gesellschaft für psychische Gesundheit  
Preysingstraße 30  
81667 München

Dipl. Päd. Gabriele Koch  
c/o Sozialpsychiatrisches Zentrum  
Teutoburgerstraße 8  
81543 München

Dipl. Soz.päd.(FH) Margitta Tienken  
c/o KID  
Kazmaierstr. 19  
80339 München