

Ergebnisprotokoll des zweiten Dialogforums am 15.06.2021: „Schutz von Frauen mit psychischen Erkrankungen – Herausforderungen und Lösungsansätze“

Moderation: Karin Robben, Katrin Triebel

Teilnehmende: 24 Personen, u.a. Vertreter:innen von Beratungseinrichtungen und Frauenhäusern, psychiatrischen Kliniken, Ärzt:innen, Verbänden, Polizei und Staatsanwaltschaft, Behörden und Bezirken

1. Diskussionsbeiträge

Die Diskussion erfolgt in zwei Unterarbeitsgruppen zu den im letzten Dialogforum herausgearbeiteten Bedarfen und Themenkomplexen „Weitere Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten“ und „Unterkunft und weitere Unterstützung“. Beide Unterarbeitsgruppen diskutieren beide Themenkomplexe. Folgend sind die Ergebnisse der Diskussion gruppenübergreifend bezogen auf beide Themen zusammengestellt.

- In beiden Unterarbeitsgruppen wird die **Zielgruppe** der gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen als **äußerst heterogen** beschrieben (traumatisierte Frauen, die sich noch in akuten Gewaltsituationen befinden; Frauen mit Traumafolgestörungen und komorbiden psychischen Störungen, z.B. Suchterkrankungen; psychisch sehr belastete Frauen, die bereits in Frauenhäusern sind; Frauen aus organisierten und rituellen Gewaltkontexten, die meist unter schweren dissoziativen Störungen leiden).
- Als besonders problematisch wird der Umgang mit **Frauen ohne Krankheitseinsicht** oder mit denjenigen beschrieben, die einen **Aufenthalt in einer Klinik oder eine Therapie ablehnen**.
- Daneben stehe die Gruppe **der Frauen, die bereits Psychiatrieerfahrung haben** und hier keine guten Erfahrungen gemacht hätten.
- Die Unterstützungsangebote müssten dieser **Diversität** gerecht werden.

1.1. Weitere Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten

- Es konnte kein kompletter Überblick über das Regelsystem der ambulanten und stationären Angebote für gewaltbetroffene Frauen mit psychischen Erkrankungen gewonnen werden.

Bisher nicht ausreichend abgedeckte Bedarfe:

- Einig sind sich die Expert:innen darin, dass **mehr Therapieplätze für ambulante Psychotherapien** wünschenswert wären – die Wartezeit auf einen Therapieplatz betrage mittlerweile ein Jahr. Die Beratungsstellen wünschen sich, direkt an eine Therapie weitervermitteln zu können.

- Für viele betroffene Frauen sei es darüber hinaus schwierig, **Termine bei Fachärzt:innen für Psychiatrie in ambulanten Praxen** zu bekommen.
- Wünschenswert wären darüber hinaus mehr spezifische Angebote für Frauen mit **Traumafolgestörungen**. Je schwerer die Traumafolgestörung, desto schwieriger sei eine adäquate Versorgung.
- Wünschenswert wären zudem **mehr Angebote für Frauen mit Suchterkrankungen**. Hier könnte über einen Ausbau der Beratungsstellen zur Suchtproblematik für Frauen wie z.B. **Frauenperspektiven e.V.** nachgedacht werden.
- Gewünscht werden zudem mehr Angebote für **gewaltbetroffene Frauen mit Flucht- und Migrationsgeschichte**, die eine Sprachmittlung brauchen.
- Insgesamt sei eine **stärkere Einbindung der hausärztlichen Versorgung** wünschenswert.
- Zudem müssten **die Bedarfe der Kinder** von gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Erkrankungen stärker in den Blick genommen werden.

Niedrigschwellige Angebote:

- Einig sind sich die Expert:innen, dass Frauen, die sich akut in einer Gewaltsituation befinden, nicht therapiefähig sind. Ihnen fehle es an äußerer Sicherheit und der Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen. Bei Frauen mit schweren dissoziativen Störungen werde jedoch oft erst im Laufe einer Therapie deutlich, dass sie anhaltend Gewalt erleben. Für manche Frauen sei ein Ausstieg aus den Gewaltverhältnissen ohne Therapie nicht zu schaffen.
- Wünschenswert seien grundsätzlich **niedrigschwellige Angebote**, wie z.B. **offene Treffen**.
- Diese Angebote könnten u.a. die Wartezeit bis zum Beginn einer Therapie überbrücken und seien als **Übergangsangebot** wichtig, um die Frauen zu **stabilisieren**.
- Wichtig sei, in diesen niedrigschwelligen Angeboten Informationen zu psychischem Erkrankungen, Stresssymptomen und Stabilisierungsangeboten (**Psychoedukation**) vorzuhalten. Dies könne auch verhindern, dass betroffene Frauen aus Angst vor einer Stigmatisierung als psychisch erkrankte Person eine Psychotherapie nicht beginnen. Zudem könne es die Sorgen der betroffenen Frauen aufgreifen, ob eine diagnostizierte Erkrankung hinderlich sein könnte bei der Sorgerechtsfrage sowie bei der Anerkennung der Gewalterfahrung vor Gericht.
- Weitere niedrigschwellige Angebote mit wenig Therapiebezug könnten z.B. sein: **Yoga, Ergotherapie** (hierfür wird eine fachärztlich-psychiatrische Verordnung benötigt), **angeleitete Selbsthilfe**.
- Niedrigschwellige Angebote sollten eine **sozialräumliche Ausrichtung** haben. Für viele betroffene Frauen seien **Schlüsselpersonen aus der Community** eine Brücke, um den Zugang zu den Angeboten zu erhalten und diese vor allem auch anzunehmen.
- Mögliche Orte könnten **Elternschulen, Tageskliniken, Treffpunkte der ASP oder Gemeindezentren** sein.
- Die Vermittlung in die Angebote könnte **über die Beratungsstellen** laufen.
- Angeregt wird aus dem Kreis der Teilnehmenden, hierzu ein **Modellprojekt** zu initiieren.

- Angeregt wird darüber hinaus eine **offene psychiatrische und traumasensible Sprechstunde**, in der Therapiemöglichkeiten vorgestellt werden und auch eine Medikation und Krankenschreibung erfolgen könne. Hier könnte z.B. auch das Jugendamt oder eine Vertreterin der Psychiatrie über ihre Arbeit berichten, um **Hemmungen abzubauen**.
- Für Mütter mit Kindern könnte es ein **kombiniertes Angebot** geben.

Fortbildungsbedarfe von Fachpersonen:

- Nach Auffassung der Teilnehmenden bestehe noch **zu wenig Wissen zu Traumafolgen** und daraus folgenden psychischen Beeinträchtigungen. Auch bezüglich **Suchterkrankungen** bestehe **Fortbildungsbedarf** – in diesem Kontext wird **auf Schulungen von Prof. Dr. med. Ingo Schäfer** von der Trauma-Ambulanz hingewiesen.
- Gleiches gelte für den traumasensiblen Umgang mit allgemein psychisch erkrankten Frauen.
- Es sei wichtig, auch Ärzt:innen anderer Fachrichtungen für den **Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen** mit psychischen Erkrankungen zu sensibilisieren.
- Auch die **Frauenhäuser** wünschen sich mehr **Fortbildung zum Umgang** mit traumatisierten Frauen und Frauen mit psychischen Erkrankungen.

1.2. Unterkunft und weitere Unterstützung

- Aufgrund der **Heterogenität der Zielgruppe** gibt es derzeit keine einheitliche Verständigung darauf, welcher Schweregrad der jeweiligen psychischen Erkrankung eine Unterbringung im Frauenhaus erschwert bzw. unmöglich macht (Frauen mit „schwerwiegenden“ psychischen Erkrankungen? Was sind „schwerwiegende“ Erkrankungen? Aus Frauenhäusern und Beratungsstellen kommt die Anmerkung, dass mit psychischen Erkrankungen jeglicher Art schwer umgegangen werden könne).
- Eine Differenzierung nach unterschiedlichen Zielgruppen wirft die Frage nach passgenauen – möglicherweise unterschiedlichen – Versorgungskonzepten auf. Es wird angeregt, **„Subgruppen“** zu bilden und zu schauen, welche Bedarfe die einzelnen Subgruppen haben.

Spezifische Bedarfe:

- Einigkeit besteht darin, dass **viele Frauen mit psychischen Erkrankungen aufgrund der Erkrankung nicht in der Lage sind, mit vielen Menschen zusammen zu leben**, wie dies z.B. im Frauenhaus der Fall ist. Es fehle hier an **Rückzugsmöglichkeiten** und **Ruhe**.
- Einigkeit besteht auch darin, dass der **Schutz** der betroffenen Frauen weiterhin im Fokus stehen müsse, d.h. dass eine **anonyme Unterbringung und eine Geheimhaltung der Anschriften** gewährleistet werden müsse.
- Manche Frauen mit psychischer Erkrankung könnten die Anonymität unter Umständen nicht wahren, bräuchten aber ebenfalls spezifische Angebote.

Es wird über die mögliche **Rahmung der Unterkunft** diskutiert:

- Sollen die Anpassungen zur passgenauen Versorgung und des Schutzes durch die Unterkunft in der **bestehenden Struktur** der Hamburger Frauenhäuser erfolgen (**möglicher-**

weise Weiterentwicklung eines Frauenhauses) oder soll eine **neue Struktur geschaffen** werden? Im Ergebnis wird seitens der Teilnehmenden keine klare Präferenz für eine der Ideen artikuliert.

- Die Möglichkeit einer **psychologischen Beratung oder Begleitung** in der Unterkunft sei sinnvoll.
- In einer Gruppe wird angemerkt: Für viele Frauen reiche jedoch bereits ein **Angebot an (Schutz-)Wohnungen**, in denen die Frauen alleine oder mit ihren Kindern leben könnten und dort vom Jugendamt und den Beratungsstellen begleitet werden (**Übergangswohnen** bzw. Kurzzeitintervention als „Clearing“ mit eigenem Zimmer und als „Auszeit“ vom Frauenhaus für ca. 4 – 6 Wochen). Dies seien Frauen, die aus der belastenden Situation herausgenommen werden müssten. Aus Sicht der Teilnehmenden könnte ein solches Angebot zahlreiche Psychatrieaufenthalte vermeiden.
- Daneben wird ein niedrigschwelliges Angebot zur Unterkunft in Art einer **Pension** oder einem **Hotel** mit geschultem Personal angedacht (Ermöglichung einer kurzen Auszeit, um die bestehenden Strukturen verlassen zu können).
- Möglicherweise könnte es sich auch um Wohnungen handeln, **die sowohl vom Jugendamt als auch vom Frauenhaus belegt** werden mit multiprofessioneller Begleitung.
- Insgesamt sei es ein **rechtskreisübergreifendes Arbeiten** (Eingliederungshilfe und Jugendhilfe) erforderlich.
- Die Wohnungen sollten auch für Frauen aus anderen Gewaltkontexten (**z.B. Stalking**) offen sein.
- Zudem werden spezifische Schutzwohnungen für Frauen aus der organisierten und ritualen Gewalt angeregt.
- Als bekannte **Best Practice Beispiele** werden genannt:
 - **Modellprojekt in Stuttgart**: Modellversuch für Frauen aus akuten Gewaltverhältnissen / organisierter Gewalt mit sehr schweren dissoziativen Störungen/ Traumafolgestörungen. Hier handele es sich um ein kombiniertes Angebot aus einer Art Tagesklinik und Wohnen im eigenen Wohnraum.
 - **AgnesNeuHaus** in Hamburg: Sozialtherapeutisches Wohnhaus und Rehabilitationseinrichtung für psychisch erkrankte Frauen; langfristige Unterstützung von sehr schwer psychisch beeinträchtigten Frauen (aber kein Gewaltschutz, keine Kinder.)
 - **Wohnhaus Johanna** in Hamburg: Wohnhaus für junge Frauen mit Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Belastungsstörungen; professionelle Begleitung (kein Gewaltschutz, keine Kinder, keine Frauen mit Dissoziativer Identitätsstörung).

2. Nächste Schritte im Dialogforum

In der dritten Sitzung im September 2021 sollen Ergebnisse und konkrete Empfehlungen zur Umsetzung der Istanbul-Konvention entwickelt werden.

Die Ergebnisse aller Fachforen werden am 25. November 2021 präsentiert.