

# Verschiedene Anträge

**Initiator\*innen:** AK für Inklusion und gegen Ableismus (dort beschlossen am: 30.10.2023)

**Titel:** Psychotherapie für marginalisierte Gruppen

## Antragstext

1 In Deutschland eine Psychotherapie zu machen, ist mit vielen Herausforderungen  
2 verbunden.

3 So gibt es zu wenige Plätze, die Wartezeiten sind lang, es gibt wenig  
4 Möglichkeiten, zu wechseln.

5 Besonders schwierig ist es für **marginalisierte Menschen**, eine Psychotherapie zu  
6 machen.

7 Zu den Gruppen, deren Zugang zu Psychotherapie stark eingeschränkt ist, zählen:

8 • queere/LGBTQIANP+ Menschen, insbesondere für trans\*, nichtbinäre, agender  
9 und a\*spec Personen

10 • behinderte und neurodivergente Menschen

11 • Systeme [**Systeme** = Mehrere Personen in einem Körper, auch als Pluralität  
12 bekannt. Jede Person kann ihren eigenen Namen, Geschlecht, Sexualität,  
13 Alter, Erinnerung usw. haben. Da jedes Gehirn einzigartig ist, ist jede  
14 Art der Pluralität anders.]

15 • BI\_PoC

- 16
- Menschen, die im ländlichen Raum wohnen

17 **Was es braucht:**

- 18
- **Barrierefreiheit**

19 Heute kommen viele gehbehinderte Menschen gar nicht in die psychotherapeutischen  
20 Praxen rein, weil sie nur über Stufen und Treppen zu erreichen sind.

21 Außerdem ist es für Menschen mit Lernschwierigkeiten sehr schwer, eine Therapie  
22 zu machen, weil kaum Therapeut\*innen die Therapie in Leichter oder zumindest  
23 Einfacher Sprache anbieten können.

- 24
- **Mehrsprachigkeit**

25 Es ist besonders hilfreich, eine Therapie in der Sprache machen zu können, in  
26 der wir uns am besten ausdrücken können. In Deutschland haben viele Menschen,  
27 die noch nicht so gut Deutsch sprechen, und gebärdensprachliche Taube Menschen  
28 nicht diese Möglichkeit und müssen eine Therapie mitunter mit Dolmetscher\*innen  
29 machen.

30 Das ist für das therapeutische Setting nicht unbedingt förderlich, ist es doch  
31 oft schon schwer genug, sich einer Person gegenüber zu öffnen/rw.

32 Es würde also sehr helfen, wenn es mehr mehrsprachige Therapeut\*innen geben  
33 würde, die auch in anderen Sprachen eine Therapie anbieten können.

- 34
- **Mehr queere/LGBTQIANP+, behinderte, BI\_PoC Therapeut\*innen**

35 Neben der reinen Zugänglichkeit brauchen wir auch mehr Therapeut\*innen, die eine  
36 bestimmte gesellschaftliche Lebensrealität teilen. Ohne ein Verständnis für  
37 marginalisierte Lebensrealität ist es schwerer, marginalisierten Menschen  
38 therapeutisch zu helfen.

39 Warum gibt es heute so wenige queere/LGBTQIANP+, behinderte, BI\_PoC, arme...  
40 Therapeut\*innen?

41 Es ist super schwer, Psychotherapeut\*in zu werden. Bis zur Umstellung des  
42 Studienganges und der Ausbildung 2021 mussten angehende Therapeut\*innen die  
43 mindestens 3-jährige Ausbildung selber zahlen. Da kamen mitunter 30.000€ auf die

44 Menschen zu. Das schließt schon mal super viele Menschen aus. Bei der neuen  
45 Ausbildung werden die Kosten übernommen, die Psychotherapeut\*innen in Ausbildung  
46 bekommen etwa 1000€ im Monat. Wir müssen uns klar machen, dass die  
47 Psychotherapeut\*innen in Ausbildung bereits ein Bachelor- und Master-Studium  
48 hinter sich haben. Dafür sind 1000€ im Monat natürlich viel zu wenig.

49 Auch die Länge des Studiums plus die Länge der Ausbildung - zusammen nach  
50 Regelstudienzeit 10 Jahre - schließen viele arme, chronisch kranke, behinderte  
51 Menschen und Menschen, die Care-Arbeit leisten, aus.

52 Trotz des klaren Psychotherapeut\*innenmangels gibt es nach wie vor zu wenige  
53 Plätze in Studium und Ausbildung. Es gibt keine gute Übergangsregelung für  
54 Menschen, die vor der Umstellung 2021 mit dem Studium begonnen haben. Sie müssen  
55 meistens das Studium und die "alte Ausbildung" abschließen - und eben die  
56 30.000€ aufbringen.

57 Der sehr hohe NC (etwa 1,0 bis 1,4) sortiert insbesondere marginalisierte  
58 Menschen aus, da unser aktuelles Bildungssystem sehr ungerecht ist.

59 **• Update des Studiums und der Ausbildung**

60 Heute wird im Psychologie-Studium Diskriminierung reproduziert.

61 Bei den Lehr-Inhalten muss geprüft werden, welche Perspektive dargestellt (ist  
62 es wieder eine privilegierte Perspektive?), inwiefern Diskriminierung  
63 reproduziert und geschichtliche Unterdrückung nicht als solche benannt wird.

64 Außerdem soll im Studium und in der Ausbildung mehr Wissen zu

- 65 • Diskriminierungsformen (Ableismus, Rassismus, Klassismus,  
66 Queerfeindlichkeit, Sexismus...)
- 67 • queeren/LGBTQIANP+ Orientierungen, Identitäten und Labeln
- 68 • Amatonormativität, Allonormativität, Cisnormativität, Heteronormativität  
69 und weitere konstruierte Normativitäten, sowie deren Auswirkungen
- 70 • dem Cis-endo-hetero-allo-amato-allistischen-Patriarchat und dessen  
71 Auswirkungen

- 72 • Vielfältigen Lebensmodellen und -wirklichkeiten
- 73 • Diskriminierung von psychisch kranken Menschen (Mentalismus)
- 74 • Communityausdrücke / weniger pathologisierende Sprache
- 75 • Intersektionalität
- 76 • Komorbiditäten
- 77 • dazu, dass auch Jugendliche und Kinder Erkrankungen haben können, die
- 78 typischerweise Älteren zugeschrieben werden

79 vermittelt werden.

80 Wer zur Therapie geht und dort Diskriminierung, fehlende Sensibilität und  
81 Absprechen von Erfahrungen erlebt, kann im Zweifel in schlechterem Zustand aus  
82 dieser wieder raus gehen. Das, obwohl Therapie eigentlich helfen soll. Ohne  
83 entsprechendes Wissen, fehlt Therapeut\*innen das Bewusstsein und die  
84 Sensibilität für verschiedene Themen. Deshalb muss im Studium entsprechend mehr  
85 Wissen vermittelt werden.

86 Es braucht Therapeut\*innen, die beispielsweise um die romantische, sexuelle und  
87 geschlechtliche Vielfalt wissen und Bewusstsein dahingehend mitbringen. Dazu  
88 zählt beispielsweise Nichtbinär-Feindlichkeit, Ace-Feindlichkeit und Aro-  
89 Feindlichkeit als solche erkennen zu können und nicht zu reproduzieren.

90 Viel zu oft werden gerade bi\*, trans\*, nichtbinäre, agender, a\*spec und poly\*  
91 Personen in Therapiekontexten diskriminiert. Sie werden pathologisiert, ihnen  
92 werden ihre Identitäten abgesprochen und es wird versucht sie zu heilen. Wer als  
93 Therapeut\*in Asexualität und Aromantik beispielsweise kennt, anerkennt und  
94 respektiert, wird nicht unbewusst oder unabsichtlich die Gründe dafür suchen und  
95 therapieren wollen, also quasi eine Konversionstherapie versuchen.

#### 96 • **Neue Bedarfsplanung**

97 Die Krankenkassen müssen endlich mehr Zulassungen für ambulante  
98 Psychotherapeut\*innen beschließen.

99 Dafür muss die Bedarfsplanung erheblich und zeitnah überarbeitet werden.

100           • **Mehr Therapieplätze für TINA\* Menschen und Menschen mit Transitionswunsch**

101 Wer in Deutschland transitionieren will, also geschlechtsbestätigende Maßnahmen  
102 wünscht, muss zwangsweise zuvor in Psychotherapeutischer Behandlung sein. Das  
103 Problem daran: es gibt viel zu wenig Therapeut\*innen und Praxen, die darauf  
104 spezialisiert sind und/oder bereit sind sich in das Thema einzulesen. Deshalb  
105 müssen TINA\* Menschen oft stundenlange Fahrten zu entsprechenden Therapeut\*innen  
106 auf sich nehmen, wenn sie überhaupt einen Platz bekommen. Denn die Wartelisten  
107 sind oft auf ein oder mehr Jahre hinaus geschlossen. Dadurch wird das Leiden von  
108 Menschen mit Transitionswunsch unnötig verlängert und auch die Transition  
109 unnötig aufgeschoben. Deshalb braucht es dringend mehr Therapieplätze für TINA\*  
110 Menschen und Menschen mit Transitionswunsch.

111           • **Notfall-Plätze bei den Therapeut\*innen**

112 Menschen müssen in akuten Krisen auch dann ambulant Hilfe bekommen, wenn sie  
113 (noch) keinen festen Psychotherapie-Platz haben.

114           • **Bedarfsorientiert**

115 Die Rahmenbedingungen einer Psychotherapie müssen flexibler auf die Bedürfnisse  
116 der Patient\*innen angepasst werden können. So muss es möglich sein, mehrmals die  
117 Woche zur Psychotherapie zu gehen.

118 Zudem muss Therapie, auch solche mit speziellem Fokus und/oder Spezialisierung,  
119 für alle erreichbar sein. Gerade auf dem Land ist dies keineswegs gegeben. Daher  
120 muss das Angebot an online Therapie(stunden) massiv aufgestockt und ausgebaut  
121 werden. Für das Einlesen von Gesundheitskarten müssen praktikable Lösungen her,  
122 damit Patient\*inenn nicht jedes Quartal ihre Karte in Person einlesen lassen  
123 müssen.

124           • **Sperre weg**

125 Heute werden Menschen nach einer gewissen Anzahl von genehmigten Psychotherapie-  
126 Sitzungen für eine gewisse Anzahl von Monaten oder Jahren (meistens 6 Monate bis  
127 2 Jahre) gesperrt. In dieser Zeit übernehmen die Krankenkassen keine Kosten für  
128 eine Psychotherapie.

129 Das ist oft eine Katastrophe für die gesperrten Menschen, die so eine  
130 unfreiwillige Therapiepause sehr destabilisieren kann.

131           • **Keine Therapiebeendigung gegen Patient\*innenwillen**

132 Dass Therapien von Seiten der therapierenden Person als beendet erklärt werden,  
133 obwohl Patient\*innen weiter in Therapie bleiben möchte, ist Realität. Die einen  
134 sind nicht "krank genug" und bekommen erst Therapie, wenn sich ihr Zustand  
135 verschlechtert hat. Die anderen sind "zu krank" und Therapeut\*innen sehen von  
136 ihrer Seite kein Potenzial für Besserung. In beiden Fällen fallen Patient\*innen  
137 durch's Raster/rw. Sie werden vom System allein gelassen und das teilweise,  
138 obwohl sie weiter Therapie haben möchten. Therapeut\*innen müssen  
139 Patient\*innenwünsche und -bedürfnisse berücksichtigen. Therapien dürfen nicht  
140 gegen Patient\*innenwillen komplett beendet werden. Wer Therapie nach eigenem  
141 Empfinden braucht, muss Therapie auch erhalten können. Wenn ein\*e Therapeut\*in  
142 sich die Therapie nicht mehr vorstellen kann, dann sollen Patient\*innen ohne  
143 großen Aufwand und ohne Nachteile den\*die Therapeut\*in wechseln können.

144           • **Niedrigschwellige Meldemöglichkeiten von Diskriminierung**

145 Insbesondere für marginalisierte Menschen sind Therapieplatzsuche und  
146 Psychotherapie häufig mit Diskriminierung verbunden. Manche brechen die Suche /  
147 Therapie deshalb ab. Manche müssen sich dem immer wieder aussetzen, weil sie die  
148 Therapie dringend brauchen oder machen müssen. Nicht selten schaden und  
149 destabilisieren Therapiestunden mehr als dass sie helfen.

150 Wer Diskriminierung durch Therapeut\*innen melden will, muss zunächst  
151 herausfinden wo und wie das geht. Das baut unnötige Hürden auf, die davon  
152 abhalten Diskriminierung zu melden. Dadurch bleibt die Gefahr, dass das anderen  
153 auch zustößt. Das muss geändert werden. Es braucht niedrigschwellige  
154 barrierefreie Meldemöglichkeiten.

155           • **Community Care** (v.a. statt Psychiatrie)

156 Psychotherapie bringt nicht allen etwas. Vor allem haben nicht alle Zugang zu  
157 Psychotherapie.

158 Und so kommt es oft dazu, dass Menschen in Psychiatrien eingewiesen werden, weil  
159 sie keine Hilfe bekommen haben - nur hilft ein Psychiatrie-Aufenthalt auch nicht  
160 unbedingt weiter.

161 Wir brauchen mehr Community Care, also gemeinschaftliches Aufeinander-Achten und  
162 Füreinander-Da-Sein.

163 Unter Community Care fallen viele Angebote, die wir heute Peer-Angebote nennen  
164 (nach dem Motto "Behinderte helfen Behinderten" usw).

165 Städte und Gemeinden sollen hierfür barrierefreie Räumlichkeiten kostenfrei zur  
166 Verfügung stellen und auf Community Care Angebote aufmerksam machen.

167 Menschen sollen darüber informiert werden, dass es Alternativen zu  
168 Psychotherapie und Psychiatrie-Aufenthalten gibt. Im Endeffekt geht es darum,  
169 dass jede Person Zugang zu den Therapie- und Care-Angeboten hat, die ihr helfen.

## 170 **Glossar**

171 Diese Erklärungen und Definitionen wurden zum Zeitpunkt der Antragstellung nach  
172 bestem Wissen und Gewissen zusammengetragen. Sie erheben keinen Anspruch auf  
173 zeitlich unbegrenzte Gültigkeit oder akkurat sein.

174 Wir kennzeichnen Sarkasmus mit "/sarkasmus" und andere Dinge, die wir nicht  
175 wörtlich meinen, mit "/rw" (für Redewendung). Das hilft neurodivergenten  
176 Menschen beim Lesen.

177 **Bedarfsplanung** = Die Bedarfsplanung legt fest, wie viele Ärzt\*innen und  
178 Psychotherapeut\*innen sich wo in Deutschland niederlassen dürfen. Diese soll  
179 sich eigentlich an den Bedarfen der gesetzlich Versicherten orientieren. Das  
180 letzte Update der Bedarfsplanung gab es 2019:

181 [https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente\\_Bedarfsplanung\\_Broschuere.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf)

182 **Ambulant** = das Gegenteil von stationär, Menschen sind nicht über Nacht in der  
183 Einrichtung oder Klinik.

184 **Marginalisiert** = Marginalisierung bedeutet „an den Rand drängen“ und bezieht  
185 sich sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn auf soziale Prozesse,  
186 bei denen benachteiligte Menschen an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden.

187 **Intersektionalität** = Intersektionalität beschreibt die Verschränkung  
188 (Intersektion) von Diskriminierungsformen. Um die Lebensrealität von Menschen,  
189 die von mehr als einer Diskriminierungsform betroffen sind, darzustellen, können  
190 die einzelnen Diskriminierungsformen nicht einfach getrennt oder addiert werden.  
191 So entstehen durch die Verschränkung eigene Formen der Diskriminierung.

192 **Ableismus** = Diskriminierung von behinderten, chronisch kranken, psychisch  
193 kranken, neurodivergenten und oder Tauben Menschen

194 *Behinderte Identitäten*

195 **Neurodivergente** Menschen denken und fühlen anders und nehmen die Welt anders  
196 wahr als die gesellschaftliche Norm.

197 Es ist umstritten, welche Gruppen alle in das neurodivergente Spektrum fallen.

198 Wir nennen einige Beispiele:

- 199 • autistische Menschen
- 200 • Menschen mit ADHS
- 201 • Menschen mit Dyslexie ("Lese-Rechtschreib-Schwäche")
- 202 • Menschen mit Dyskalkulie ("Rechen-Schwäche")
- 203 • chronischen psychischen Erkrankungen
- 204 • Menschen mit Lernschwierigkeiten

205 **Komorbidität** = Wenn ein Mensch gleichzeitig mehrere Erkrankungen hat, die sich  
206 natürlich auch überlagern und miteinander verwoben sein können.

207 **Leichte Sprache - Einfache Sprache**

208 Leichte Sprache ist eine Form des Deutschen mit klaren Regeln.

209 Bei Einfacher Sprache orientieren wir uns dagegen an Richtlinien, um etwas so  
210 einfach und so gut verständlich wie möglich auszudrücken

211 **Gebärdensprache** = Gebärdensprache ist nicht universell. Viele Länder haben ihre  
212 eigene Gebärdensprache, in Deutschland wäre das Deutsche Gebärdensprache, kurz  
213 DGS.

214 **BI\_PoC** = Black (Schwarz), Indigen, People of Color, also Menschen, die von



215 Rassismus betroffen sind

216 *Queere Identitäten*

217 **LGBTQIANP+**

218 • L = lesbisch

219 • G = gay (schwul), genderfluid, genderqueer

220 • B = bi\* (bisexuell, biromantisch, bigender und weitere)

221 • T = trans\*, Two-Spirit

222 • Q = queer, questioning

223 • I = inter\*

224 • A = a\*spec (asexuell, aromantisch, aplatonsch, asensuell, anästhetisch,  
225 agender und weitere)

226 • N = nicht-binär

227 • P = pan\* (pansexuell, panromantisch, pangender und weitere), poly\*  
228 (polyamor, polysexuell, polyromantisch und weitere)

229 **TINA\*** = trans\*, inter\*, nicht-binär und agender

230 **Poly\***= poly\* bedeutet "mehrere". Darunter fallen in LGBTQIANP+ Kontexten  
231 Menschen, die zu mehreren, aber nicht notwendigerweise allen Geschlechtern  
232 sexuelle oder romantische Anziehung verspüren (polysexuell bzw. polyromantisch),  
233 und Menschen, die gleichzeitig Beziehungen zu mehr als einer Person haben  
234 (möchten) oder sich das vorstellen können (polyamorös).

235 **a\*spec** = Überbegriff für das Asexuelle, Aromantische, Aplatonsche, Asensuelle,  
236 Anästhetische, Agender und weitere A\*-Spektren

237 **Asexualität** = Eine sexuelle Orientierung, die ein von der Norm abweichendes  
238 Erleben von Sexualität und / oder sexuellen Beziehungen beschreibt. Dazu zählen

239 zum Beispiel die (gänzliche/zeitweise/nahezu komplette/...) Abwesenheit  
240 sexueller Anziehung und der fehlende oder kaum vorhandene Wunsch nach sexuellen  
241 Beziehungen und sexuell konnotierten Handlungen. Asexualität bedeutet nicht,  
242 dass eine Person keinen Sex oder sexuelle Beziehungen haben kann.

243 **Aromantik** = Eine romantische Orientierung, die ein von der Norm abweichendes  
244 Erleben von Romantik und / oder romantischen Beziehungen beschreibt. Dazu zählen  
245 zum Beispiel die (gänzliche/zeitweise/nahezu komplette/...) Abwesenheit  
246 romantischer Anziehung und der fehlende oder kaum vorhandene Wunsch nach  
247 romantischen Beziehungen und romantisch konnotierten Handlungen. Aromantik  
248 bedeutet nicht, dass eine Person keine romantische Beziehung haben kann oder  
249 romantische Gesten nicht mag.

250 **Aplatonisch** = Eine platonische Orientierung, die ein von der Norm abweichendes  
251 Erleben von Platonik und / oder platonischer Anziehung beschreibt. Dazu zählen  
252 zum Beispiel die (gänzliche/zeitweise/nahezu komplette/...) Abwesenheit  
253 platonischer Anziehung oder das Konzept platonischer Liebe nicht zu verstehen.  
254 Aplatonik bedeutet nicht, dass eine Person keine Freund\*innenschaften hat oder  
255 möchte, auch wenn solche ebenfalls aplatonisch sein können.

256 **Asensuell** = Eine sensuelle Orientierung, die ein von der Norm abweichendes  
257 Erleben von Sensualität und / oder sensueller Anziehung beschreibt. Dazu zählen  
258 zum Beispiel die (gänzliche/zeitweise/nahezu komplette/...) Abwesenheit  
259 sensueller Anziehung oder der fehlende oder kaum vorhandene Wunsch nach  
260 sensuellem Kontakt.

261 Unter sensuellen Kontakt kann zum Beispiel Händchen halten, kuscheln, umarmen  
262 und anderweitige körperliche Nähe fallen.

263 **Anästhetisch** = Eine ästhetische Orientierung, die ein von der Norm abweichendes  
264 Erleben von Ästhetik und / oder ästhetischer Anziehung beschreibt. Dazu zählen  
265 zum Beispiel die (gänzliche/zeitweise/nahezu komplette/...) Abwesenheit  
266 ästhetischer Anziehung. Ästhetische Anziehung kann zum Beispiel bedeuten, eine  
267 bestimmte Person (längere Zeit/immer wieder/...) anschauen zu wollen.

268 **Nichtbinär und agender** = (Nicht-)Geschlechtliche Identitäten, für Menschen, auf  
269 die die Bezeichnung „Frau“ bzw. „Mädchen“ oder „Mann“ bzw. „Junge“ nicht, nicht  
270 ausreichend oder nicht dauerhaft zutrifft oder die eine Einordnung grundsätzlich  
271 ablehnen. Viele, aber nicht alle, nichtbinären bzw. agender Menschen sind trans\*  
272 oder inter\* oder beides.

273 **Warum nennen wir a\*spec Personen extra?**

274 Asexualität und Aromantik werden in der Psychotherapie mitunter zu "Symptomen"  
275 psychischer Erkrankungen erklärt und damit als krankhaft oder heilbedürftig  
276 dargestellt. Zudem bezeichnet a\*spec das gesamte Spektrum von A\*-Identitäten,  
277 von dem Asexualität und Aromantik ein Teil sind.

278 **Ace-Feindlichkeit** = Feindlichkeit und Diskriminierung gegenüber asexuellen  
279 Menschen / Menschen auf dem asexuellen Spektrum

280 **Aro-Feindlichkeit**= Feindlichkeit und Diskriminierung gegenüber aromantischen  
281 Menschen / Menschen auf dem aromantischen Spektrum

282 **Pathologisierung** = etwas als Krankheit oder krankhaft darstellen

283 **Konversionstherapie**= "Therapien", die das Ziel verfolgen, Menschen von  
284 angeborenen Eigenschaften zu "heilen" oder diese zu überwinden, betroffen sind  
285 viele queere/LGBTQIANP+ Menschen und neurodivergente Menschen

286 **Amatonormativität** = Der Begriff der Amatonormativität geht auf Elizabeth Brake  
287 zurück und beschreibt die Überzeugung, dass romantische Beziehungen  
288 grundsätzlich wichtiger/wertvoller als andere Arten von Beziehungen (zum  
289 Beispiel Freundschaften) sind. Daraus folgt, dann oft die Annahme, dass alle  
290 Menschen diese unterhalten oder zumindest anstreben sollten. Diese Ansicht ist  
291 besonders für aromantische Menschen problematisch.

292 **Allonormativität** = Der Begriff bezeichnet die gesellschaftlich weit verbreitete  
293 Annahme, dass jede Person sexuelles Verlangen empfindet und dieses Verlangen  
294 ausleben möchte. Sex wird dabei oft als die höchste Form der Intimität  
295 angesehen, und es wird angezweifelt, dass eins ohne Sex wirkliche Intimität  
296 erleben oder eine erfüllte Beziehung dauerhaft führen kann.

297 **Cisnormativität** = Beschreibt die gesellschaftlich weit verbreitete Annahme, dass  
298 sich jede Person mit dem Geschlecht, das ihr bei der Geburt, meist aufgrund  
299 äußerer Geschlechtsmerkmale, zugewiesen wurde identifiziert und/oder dem  
300 zugehörig fühlt. Damit gehen die Unsichtbarmachung und Abwertung von Menschen,  
301 die nicht cis sind, also TINA\* Menschen, einher.

302 **Heteronormativität** = Beschreibt die gesellschaftliche Erwartungshaltung, dass  
303 alle Menschen cisgeschlechtlich und heterosexuell wären. Heteronormativität  
304 beinhaltet die Annahme, dass jeder Person ein binäres Geschlecht (also männlich  
305 oder weiblich) zugewiesen werden kann. Dieses könne bereits bei der Geburt an  
306 den Genitalien abgelesen werden. Außerdem besteht die Annahme, dass die  
307 Geschlechter sich grundlegend voneinander unterscheiden und Menschen sich

308 romantisch und sexuell vom anderen Geschlecht angezogen fühlen. Es sollen sich  
309 also (cis) Männer nur zu (cis) Frauen hingezogen fühlen und umgekehrt.  
310 Abweichungen von dieser Norm wie beispielsweise queere Beziehungen oder trans\*  
311 Personen werden als nicht "normal" wahrgenommen, unsichtbar gemacht und  
312 diskriminiert. Auch abweichende Beziehungsformen wie offene Beziehungen oder  
313 queerplatonische Beziehungen werden abgewertet.

314 **Cis-endo-hetero-allo-amato-allistischen-Patriarchat** = Ein System von Macht und  
315 Kontrolle, das weiße cis Männer, die dyadisch (nicht inter\*) sind, heterosexuell  
316 und -romantisch und nicht behindert, nicht neurodivergent, nicht chronisch oder  
317 psychisch krank sind an die Spitze stellt und als "Norm" positioniert.

318 **Transition** = Was das genau für Personen heißt, ist individuell. Transition  
319 bezeichnet generell den Übergang oder Weg zu einem anderen (Nicht-)Geschlecht.  
320 Es gibt verschiedene Formen von Transitionen. Bei der medizinischen Transition,  
321 können zum Beispiel eine Hormontherapie oder körperliche Eingriffe gewünscht  
322 sein. Bei einer sozialen Transition geht es darum im Alltag als das korrekte  
323 (Nicht-)Geschlecht unterwegs zu sein und im besten Fall anerkannt zu werden. Mit  
324 einer juristischen Transition sind Vornamens- und Personenstandsänderungen  
325 gemeint.

326 **NC** = Numerus Clausus, der NC ist eine Zulassungsbeschränkung für Universitäten.  
327 Der NC beruht hauptsächlich auf der Abitur-Durchschnittsnote. Viele Studiengänge  
328 haben einen NC, also einen Durchschnitt, der nicht größer als die angegebene  
329 Zahl ist.

330 Für Studiengänge wie Medizin, Psychologie, Pharmazie und Jura ist der NC sehr  
331 hoch (bzw. niedrig) und liegt etwa zwischen 1,0 und 1,4.

## Begründung

Viele kennen die Suche nach Psychotherapie vermutlich als etwas sehr Langatmiges und Frustrierendes. Mit einer Überweisung ist erst der erste von vielen mühsamen Schritten getan, denn es fehlen von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlte Therapieplätze an allen Ecken und Enden/rw. Dabei ist eine Therapie in der Regel etwas, was möglichst schnell beginnen sollte, um Patient\*innen zu helfen. Wochen-, monate- oder jahrelang auf einen Therapieplatz warten zu müssen, stellt unserem Gesundheitswesen ein sehr schlechtes Zeugnis aus/rw.

Selbst die Menschen, die die Kraft haben, Anruf um Anruf zu machen, Therapeut\*in nach Therapeut\*in abzuklappern/rw, müssen nicht selten einiges an Wartezeit auf sich nehmen. Kommen dann noch Themen wie ein Transitionswunsch hinzu, kann die Wartezeit auch Mal zwei Jahre übersteigen. Denn neben dem

generellen Therapieplatzmangel herrscht ein noch größerer Mangel an Therapeut\*innen, die Menschen mit Transitionswunsch begleiten und respektvoll behandeln. Immer wieder erzählen besonders marginalisierte Menschen von unschönen, belastenden und grenzüberschreitenden Vorfällen. Ein Therapieplatzwechsel ist da nicht immer möglich, sei es weil es keine\*n andere\*n erreichbare\*n Therapeut\*in gibt, weil die Wartelisten ewig im Voraus ausgebucht sein. Sei es, weil es keine ÖPNV-Verbindung gibt, weil ausgefallene Stunden von Patient\*innen bezahlt werden müssen oder weil sie Angst vor Therapeut\*innen haben oder sogar Trauma. Die möglichen Gründe sind vielfältig.

Das muss sich endlich ändern! BI\_PoC, behinderte, neurodivergente, queere/LGBTQIANP+ und andere marginalisierte Menschen müssen endlich adäquate, respektvolle, erreichbare und barrierefreie Therapieplätze zeitnah bekommen können.

Es braucht barrierefrei zugängliche Therapien. Die Treppen nicht nehmen zu können, darf kein Grund sein, weshalb Menschen keine Therapie machen können. Dazu gehört auch, dass wir mehr Therapeut\*innen und / oder Dolmetscher\*innen brauchen, die Therapie in Deutscher Gebärdensprache möglich machen.

Arme, chronisch kranke, behinderte, queere/LGBTQIANP+ und oder BI\_PoC Menschen sind häufiger **nicht** in der Lage, die Studiengebühren zu stemmen /rw, erfahren Diskriminierung oder können im aktuellen Bildungssystem diesen Beruf aus anderen Gründen nicht erlernen. Beispielsweise ist in Deutschland die Erwerbslosenquote der erwerbsfähigen trans\* Menschen fünfmal höher als der Landesweite Durchschnitt. Trans\* Menschen sind überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen.

[

[https://static1.squarespace.com/static/572347337da24f738c352ec7/t/588e15708419c-2ec3fdbfbc7/1485706613853/benachteiligung\\_von\\_trans\\_personen\\_insbesondere\\_im\\_arb-eitsleben.pdf](https://static1.squarespace.com/static/572347337da24f738c352ec7/t/588e15708419c-2ec3fdbfbc7/1485706613853/benachteiligung_von_trans_personen_insbesondere_im_arb-eitsleben.pdf)

[https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS\\_21\\_BAGW\\_inter\\_trans\\_Mensche-n\\_final.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_21_BAGW_inter_trans_Mensche-n_final.pdf)]

Ein Update des Studiums und der Ausbildung sind überfällig und dringend nötig, damit weder angehende Psycholog\*innen, noch Patient\*innen darunter leiden müssen, dass bestimmte Themen, wie zum Beispiele rassistische Diagnosen oder Themen im Bereich TINA\* nicht oder nicht adäquat in Studium und Ausbildung vorkommen.

Ebenso dringend ist eine erhebliche und zeitnahe Überarbeitung der Bedarfplanung. Es braucht mehr Zulassungen für ambulante Psychotherapeut\*innen um frühzeitig mit Therapien beginnen zu können, statt erst lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen.

Daneben braucht es wesentlich mehr Therapieplätze für TINA\* Menschen und Menschen mit Transitionswunsch. Die Anzahl der Berichte, dass monate- oder jahrelang auf einen Platz gewartet und gehofft werden muss - falls überhaupt einer zu finden ist - müssen endlich der Vergangenheit angehören. Das Leiden von Menschen mit Transitionswunsch so künstlich zu verlängern, ist inakzeptabel.

Außerdem unabdingbar sind mehr Notfall-Plätze bei den Therapeut\*innen, dass Therapien flexibel an die Bedürfnisse von Patient\*innen angepasst werden können und dass Therapie-Sperren abgeschafft werden. Weder das System noch einzelne Therapeut\*innen können festlegen, wann eine Person keine Therapie mehr braucht - das kann nur die Person selber bestimmen. Der Bedarf an Therapie verschwindet nicht plötzlich, nur weil eine Sperre auferlegt wurde, im Gegenteil, so eine Sperre vergrößert oft den Leidensdruck und den Therapie-Bedarf. Ebenso wichtig ist, dass Therapien nicht gegen Patient\*innenwillen komplett beendet werden dürfen. Ein Hürden-armer Wechsel muss auch möglich sein, wenn sich eine therapierende Person aus eigener Sicht keine Therapie mehr vorstellen kann.

Patient\*innen wissen in vielen Fällen am besten, ob ihnen eine Therapie gut tut oder nicht und ob sie weiter nötig ist.

Neben all dem sind niedrighschwellige Meldemöglichkeiten von Diskriminierung im Kontext von Psychotherapien wichtig. Meldungen dürfen nicht daran scheitern, dass unbekannt ist wohin diese überhaupt gerichtet werden müssen, in welcher Form und welchem Umfang. Denn das birgt die Gefahr, dass weitere Personen Diskriminierung erleben.

Neben Psychotherapie spielt Community Care eine wichtige Rolle. Nicht allen Menschen bringt Psychotherapie etwas, und nicht alle haben Zugang dazu. Deshalb müssen Community Care-Angebote unterstützt werden.

Vor allem sollen alle Menschen Zugang zu den Therapie- und Care-Angeboten haben, die ihnen gut tun.