



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Prävention von sexualisierter Gewalt an Menschen mit
intellektueller Behinderung im Rahmen
sonderpädagogischer Institutionen.

Eine empirische Untersuchung in Sonderschule und Betreuungseinrichtung
über die Möglichkeit und Durchführung präventiver Maßnahmen.“

Verfasserin

Nicole Steinbauer

Angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie (Mag^a phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl, lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Ernst Berger

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich einige besondere Menschen hervorheben, die mich durch die (manchmal schwierige) Studien- und Diplomarbeitszeit begleitet haben und mir eine unverzichtbare Stütze waren.

Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei Dr. Berger bedanken, der mir mit seinem Engagement sowie mit Rat und Tat zur Seite stand. Vielen Dank für Ihre grenzenlose Geduld und Ihr Verständnis!

Dankeschön auch an alle InterviewpartnerInnen für Ihre Zeit sich meinen Fragen auszusetzen und ihr Wissen mit mir zu teilen.

Ein riesengroßes DANKE an meine Eltern und meine Großeltern für ihre Unterstützung, ihre Liebe und den Glauben an und in mich, wenn ich manchmal schon selber nicht mehr an ein Ende glaubte.

Danke, Markus, für deine Geduld mit mir, deinem Optimismus und natürlich für deine Liebe!

Astrid und Chrissi, ihr habt mich immer aufgebaut, wenn die Krise mich erfasst hat. Vielen vielen Dank!

Danke an Marion von der ich so viel lernen durfte und die immer an meine Fähigkeiten geglaubt hat.

Last but not least ein ganz ganz großes DANKESCHÖN an Romana für die Stütze, Geduld und das offene Ohr, das du immer und jederzeit für mich gehabt hast und immer noch hast: Ohne dich hätt ich es definitiv nicht geschafft!

Abstract

Aktuell existieren in Österreich kaum Studien über sexuelle Übergriffe an Menschen mit (intellektueller) Behinderung, was darauf schließen lässt, dass zum einen die Thematik der Sexualität von Menschen mit (intellektueller) Behinderung, als auch weiterführend die Problematik der sexuellen Übergriffe immer noch gesellschaftliche Tabuthemen darstellen. Die vorliegende Arbeit hat es sich deshalb zum Ziel gesetzt in der Praxis angewandte Prävention von sexualisierter Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung zu untersuchen. Zunächst gibt ein Theorieteil Übersicht über Prävention während im zweiten Teil der Arbeit anhand einer empirischen Untersuchung aufgezeigt wird welche präventiven Maßnahmen und Konzepte in Sonderschule und Betreuungseinrichtung für Menschen mit intellektueller Behinderung verwendet werden. Innerhalb der Untersuchung wurden problemzentrierte Interviews mit SonderschulpädagogInnen und Mitarbeiterinnen in Betreuungseinrichtungen geführt und anschließend mit Hilfe einer Inhaltsanalyse die Ergebnisse dargestellt. Innerhalb der Untersuchung soll analysiert werden, wie Prävention im Alltag von den ExpertInnen umgesetzt wird und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden ExpertInnengruppen hinsichtlich der Ausführung von Prävention bestehen.

Actually, there are hardly any Austrian studies on sexual violence against people with mental disability which suggests that the topic of their sexuality and the problem of sexual violence against people with mental disability are still social taboos. Therefore the following theses analyses how prevention of sexual violence against people with mental disability is realised in everyday life.

The first chapter of the thesis presents an overview of the theory behind the topic and the second chapter analyses the results of the empirical study.

The study should examine how special education teachers and care workers for people with mental disability implement prevention of sexual violence against people with mental disability.

Vorwort	11
Einleitung	12
1. Behinderung	13
1.1 Definitionen und ihre Gemeinsamkeiten	13
1.1.1 Die 3 Dimensionen von Behinderung nach SCHÖNWIESE	15
1.2 Intellektuelle Behinderung	16
1.2.1 Das Ende des Begriffes „geistige Behinderung“ in Österreich	16
1.2.2 Defektologische und Dialogische Definitionen	17
1.2.2.1 Das internationale Klassifizierungssystem der WHO als Beispiel einer defektologischen Haltung	18
1.2.2.2 Paradigmenwechsel hin zur dialogischen Haltung	18
1.2.3 Selbstbestimmung trotz Behinderung anhand von Normalisierungsprinzip und Selbstbestimmt-Leben-Bewegung	20
1.2.3.1 Das Normalisierungsprinzip	20
1.2.3.2 Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung	21
1.3 Zusammenfassung	22
2. Sexualität	22
2.1 Sexualität – ein ganzheitlicher Begriff	23
2.2 Liberalisierung und Enttabuisierung von Sexualität	24
2.3 Die Geschichte der Sexualität im Zusammenhang mit intellektueller Behinderung	26
2.3.1 Eugenik und der Sterilisationsgedanke in Vergangenheit und Gegenwart	27
2.3.1.1 Begriffsdefinitionen	27
2.3.1.2 Die Geschichte der Zwangssterilisation vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart	28
2.3.1.3 Der Gedanke der Sterilisation in der jüngsten Vergangenheit und die derzeitige Rechtslage	31
2.3.1.3.1 Die 3 Hauptargumentationslinien der Befürworter der Sterilisation	32
2.3.1.3.2 Die heutige Rechtslage	33
2.4 Die psychosexuelle Entwicklung von Menschen mit intellektueller Behinderung	34
2.5 Vorurteile, Mythen und die Notwendigkeit einer sexuellen Selbstbestimmung	35
3. Gewalt. Formen, Definitionen und Hintergründe	39
3.1 Der Gewaltbegriff der WHO	39
4. Sexualisierte Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung	42

4.1	Streitfrage Begrifflichkeit	42
4.2	Die Vielfalt der Definitionen	43
4.3	Charakteristika sexualisierter Gewalt	44
4.4	Prävalenzrate und aktueller Forschungsstand	46
4.4.1	Sexualisierte Gewalt in Institutionen	49
4.5	Gesetzliche Rahmenbedingungen	50
4.5.1	Vorbemerkungen	50
4.5.2	Sexualisierte Gewalt im Strafgesetzbuch	51
4.5.3	Gesetzliche Grundlagen für HelferInnen	53
4.5.3.1	Die Mitteilungspflicht nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG)	53
4.5.3.2	Ärztliche Verschwiegenheit und die gelockerte Anzeigenpflicht im Ärztegesetz (AerzteG)	53
4.6	Behinderung als Risikofaktor	54
4.6.3	Physische Faktoren	54
4.6.4	Psychische und emotionale Risikofaktoren	55
4.6.5	Gesellschaftliche Risikofaktoren	57
4.6.6	Institutionelle und strukturelle Risikofaktoren	58
4.7	Die Signale der Betroffenen	59
4.8	Das Ophelia-Syndrom als Ausdruck schwerer Traumatisierung	60
4.9	Folgen	61
4.9.1	Die vier Folgedynamiken nach FINKELHOR und BROWNE	63
4.10	TäterInnen und ihre Strategien	64
4.10.1	TäterInnen im unmittelbaren Nahverhältnis	65
4.10.1.1	Die „Tricks“ der TäterInnen	66
4.10.2	Sexualisierte Gewalt innerhalb eines Betreuungsverhältnisses	68
4.10.3	Frauen als Täterinnen	68
4.10.4	TäterInnen mit intellektueller Behinderung	69
4.10.5	Kinder und Jugendliche als Täter	70
4.11.	Die spezielle Problematik der Intervention bei sexuellem Missbrauch an Menschen mit intellektueller Behinderung	72

5. Prävention und Intervention sexualisierter Gewalt an Kindern und Erwachsenen mit intellektueller Behinderung. 75

5.1	Allgemeine Grundlagen und Einführung in die Thematik	75
5.1.1	Vorbemerkung	75
5.1.2	Begriffliche Abgrenzung der Termini Prävention und Intervention	76
5.1.3	Geschichtlicher Abriss	77
5.1.4	Die Notwendigkeit einer (ganzheitlichen) Prävention von sexualisierter Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung	79
5.1.5	Das Grundprinzip der Ganzheitlichkeit als Ziel und Aufgabe von Prävention	79
5.1.6	Struktur und Ebenen von Prävention	80
5.1.6.1	Primäre Prävention	81
5.1.6.2	Sekundäre Prävention	82
5.1.6.3	Tertiäre Prävention	82
5.1.6.4	Gewaltprävention	83

5.2	Präventive Bemühungen für Menschen mit intellektueller Behinderung – Inhalte und Rahmenbedingungen	84
5.2.1	Vorbemerkung: Der direkte und indirekte Ansatz einer opferorientierten Prävention	84
5.2.2	Ziele von Primär- und Gewaltprävention	85
5.2.3	Konkrete präventive Themen und Inhalte	86
5.2.3.1	Vorbemerkungen	86
5.2.3.2	Inhalte von primärer Prävention	86
5.2.3.2.1	Gefühlserziehung und das Vertrauen in die eigene Intuition	86
5.2.3.2.2	Körperliches Bestimmungsrecht	87
5.2.3.2.3	Grenzen setzen und das Recht „Nein“ zu sagen	87
5.2.3.2.4	Selbstverteidigung	88
5.2.3.2.5	Sexualpädagogik	89
5.2.3.3	Inhalte von Gewaltprävention	91
5.2.3.3.1	Angenehme und unangenehme Gefühle	91
5.2.3.3.2	Unterschied zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen erkennen	91
5.2.3.3.3	Umgang mit Geheimnissen	92
5.2.3.3.4	Informationen über sexuelle Gewalt und die Thematik der Schuld	93
5.2.3.3.5	Informationen über Unterstützungssysteme und das Recht auf Hilfe	94
5.3.	Sekundäre Prävention – Charakterisierung und Unterstützungsansätze von und für HelferInnen	95
5.3.1	Das Helfer-Modell von DE WAAL/ THOMA	95
5.3.1.1	Die Sensoren	95
5.3.1.1.1	Das THOMA'sche Modell	97
5.3.1.2	Die Melder	98
5.3.1.3	Die Akteure	98
5.3.1.3.1	Weitere Vorgangsweise bei Minderjährigkeit des Opfers	98
5.3.1.4	Die Unterstützer	100
5.3.2	Ansätze zur Unterstützung von HelferInnen	100
5.4.	Tertiäre Prävention – Möglichkeiten einer Rehabilitation	101
5.5.	Prävention für PädagogInnen	102
5.5.1	Aufgaben von PädagogInnen hinsichtlich primärer und Gewaltprävention	104
5.5.2	Sekundäre Präventionshinweise für PädagogInnen	105
5.6.	Elternarbeit	106
5.6.1	Inhalte einer präventiven Arbeit mit Eltern	107
5.7.	Täterprävention	109
5.7.1	Vorbemerkungen	109
5.7.2	Strukturen von Täterprävention	110
5.7.3	Inhalte einer Täterprävention	110
5.7.4	Prävention von Rückfällen	111
5.8	Zusammenfassung	112
6.	Empirische Untersuchung von präventiven Leistungen in Sonderschule und betreuter Wohnform	113
6.1	Ablauf und Vorgangsweise der empirischen Untersuchung	113
6.1.1	Wahl des Forschungsthemas	113
6.1.2	Forschungsfragen als Untersuchungsziel	114
6.1.3	Wahl der Forschungsannahmen	115
6.1.4	Wahl der Methodik	116
6.1.5	Wahl der Interviewpartner und die Phase der Kontaktaufnahme	117

6.1.6	Das Erhebungsverfahren: Das problemzentrierte Interview	118
6.1.6.1	Entscheidung für das problemzentrierte Interview	118
6.1.6.2	Vorbereitung und Ablauf des problemzentrierten Interviews	119
6.1.7	Phase der Materialaufbereitung	119
6.1.8	Die qualitative Inhaltsanalyse aus Auswertungsverfahren	120
6.2	Das Kategoriensystem	122
6.3	Präsentation und Interpretation der Untersuchungsergebnisse	123
6.3.1	Ergebnisse hinsichtlich der Interviewpartnerinnen die in einer Einrichtung für Menschen mit intellektueller Behinderung arbeiten	124
6.3.2	Untersuchungsergebnisse aus den Interviews mit SonderschulpädagogInnen	145
6.3.3	Zusammenfassung, Vergleich und Interpretation der Ergebnisse	162
6.4	Überprüfung von Hypothesen und Forschungsfragen	169
6.4.1	Überprüfung der Forschungsfragen	169
6.4.2	Überprüfung der Hypothesen	172
6.4	Pädagogische Konsequenzen	174
	Literaturverzeichnis	179
	Curriculum Vitae	190
	Eidesstattliche Erklärung	192

Vorwort

Mit der Thematik der sexualisierten Gewalt kam ich schon in den Anfangsphasen meines Studiums in Berührung. Zu Beginn in Form von Basisinformationen als Studentin, später vertiefte ich mein Wissen in einem Langzeitpraktikum in einem Kinderschutzzentrum.

Nach Übernahme der telefonischen Beratung von Erstkontakten im oben erwähnten Kinderschutzzentrum sowie dem Verfassen von Skripten für Vorträge und Schulungen zum Thema Kinderschutz, wurde ich schließlich einige Jahre später als Mitarbeiterin einer Bildungseinrichtung mit der Aufgabe der Schulungen für Pädagogen betreut. In weiterer Folge wurden unter meiner Mitarbeit auch Präventionsprojekte an Schulen und Kindergärten gestartet.

In meiner Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung wurde mir bewusst wie wichtig es ist sich im Behindertenbereich mehr um Prävention bzw. Sexualaufklärung von Menschen mit intellektueller Behinderung zu kümmern, da dies in vielen Einrichtungen mangels Personal und Zeit vernachlässigt wird. Gerade aus diesem Grunde richtet sich der Fokus dieser Arbeit auf präventive Konzepte und ihre praktische Durchführung im Alltag.

Einleitung

Die nachfolgende Arbeit soll klären, welchen Stellenwert Prävention von sexualisierter Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung aktuell in Sonderschule und Betreutem Wohnen einnimmt. Hierfür ist es nötig in einem Theorieteil zunächst Begriffsklärungen vorzustellen sowie den aktuellen Forschungsstand näher zu betrachten. Die Begrifflichkeiten Behinderung, Sexualität und Gewalt werden vorgestellt und hinsichtlich ihrer aktuellen Gültigkeit überprüft. In einem anschließenden theoretischen Kapitel wird eine erste Vierteilung von Prävention vorgenommen. Die klassische Dreiteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention wird in der vorliegenden Arbeit um den Bereich der Gewaltprävention ergänzt. Es werden weiters inhaltliche Themen und Maßnahmen zu diesen einzelnen Bereichen vorgestellt.

In der Literatur ist ersichtlich, dass sexuelle Übergriffe auf Menschen mit Behinderung eine Problematik darstellt, deren aktuelle Brisanz häufig verkannt wird. Dies lässt unter anderem darauf schließen, dass alle Helfergruppen, welche mit Menschen mit intellektueller Behinderung arbeiten, noch nicht adäquat auf die Thematik sensibilisiert wurden. Innerhalb des abschließenden empirischen Teiles soll deshalb geklärt werden inwieweit Prävention in Sonderschule und betreuter Wohnform zum Einsatz kommen, welche Möglichkeiten es gibt und wie die ExpertInnen mit einem Ernst- und Akutfall umgehen. Es soll hierbei gezeigt werden welche präventiven Maßnahmen und Leistungen für Menschen mit intellektueller Behinderung in den beiden Institutionen existieren und welchen Stellenwert Prävention für die befragten ExpertInnen einnimmt.

Ausgewertet werden die Befragungen, welche aus problemzentrierten Interviews entstanden sind, durch eine qualitative Inhaltsanalyse. Die Auswertungsergebnisse werden mithilfe der Methode der Zusammenfassung vorgestellt und in einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse der Interviews verglichen, interpretiert und analysiert.

Es werden sodann die Forschungsfragen beantwortet und die Forschungsannahmen auf ihre Gültigkeit überprüft um in einem letzten Schritt die Möglichkeiten bzw. Relevanz für die (Sonder- und Heil-) Pädagogik aufgezeigt werden.

1. Behinderung

Behinderung wird in der Alltagssprache vielfach noch mit Krankheit gleichgesetzt. Auch wenn Behinderung mit Krankheit einhergehen kann, ist es keineswegs synonym zu verwenden. Behinderung ist weiters nicht als ein zentrales Moment zu sehen, es ist ein Zusammenschluss verschiedener Faktoren. Wie Behinderung von Einzeldisziplinen definiert wird, wie die Begriffsdiskussion geklärt werden kann und welche Bedeutung schließlich dem Normalitätsprinzip und der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung zufällt, soll das anschließende Kapitel klären.

1.1 Definitionen und ihre Gemeinsamkeiten

Es gibt weder in der Literatur noch in den aktuellen Gesetzestexten eine einheitliche Definition von Behinderung vielmehr hat man das Gefühl jede Fachrichtung hätte ihre eigene intradisziplinäre Klassifizierung. Die meisten Definitionsversuche „unterscheiden sich nach Ursache, Art und Folgewirkung der Behinderung“ (Buch der Begriffe Sprache, Behinderung, Integration. 2003, S.23). Selbst der Gesetzgeber hält sich mit einheitlichen Formulierungen sehr zurück. Die Formulierung variiert nach den jeweiligen Zielsetzungen. (vgl. Behindertenbericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich 2008, S.4)

So stellt das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (Art.1 BGBl. I Nr.82/2005) im § 3 Behinderung als „Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren“ dar. Das Bundeseinstellungsgesetz (BEinstG, BGBl. Nr. 22/1970) hingegen setzt sich im § 3 die Teilnahme am Arbeitsleben zum Merkmal während im Bundespflegegeldgesetz (BPGG, BGBl. Nr. 110/1993), im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG, BGBl. Nr. 189/1955) und im Familienlastenausgleichsgesetz 1967 (BGBl. Nr. 376/1967) jeweils andere Merkmale herangezogen werden.

Auch in den Disziplinen Pädagogik, Soziologie oder Psychologie gibt es diverse Herangehensweisen an die Thematik.

So bezeichnet FRÖHLICH im „Wörterbuch Psychologie“ Behinderung als länger anhaltende funktionelle „Beeinträchtigungen der Wahrnehmungs-, Denk-, Sprach-, Sprech-, Lern-, Bewegungs- und/oder Verhaltensfähigkeit in Abweichung von alterstypischen Normen“. (FRÖHLICH 2000 S.91). Weiters unterscheidet er zwischen *psychischen Behinderungen* welche auf psychische Störungen zurückzuführen sind und *geistige Behinderung* welche aus angeborenen Schädigungen und damit einhergehenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit resultiert. (FRÖHLICH 2000 S.91)

Für SPECK hingegen resultiert Behinderung nicht nur aus einer körperlichen Beeinträchtigung, auch individuelle Persönlichkeitsfaktoren und soziale Einflüsse sind zu berücksichtigen. (vgl. SPECK 1993 S.40)

Viele internationale und interdisziplinäre Definitionen gründen auf der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation WHO. Zunächst im Jahre 1980 als ICIDH („International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“) veröffentlicht wurde 2001 (bzw. 2005 in deutscher Sprache) die aktualisierte Fassung als ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“) herausgegeben. Die 3-Teilung des ICIDH wurde zwar beibehalten, „das bio-psycho-soziale Modell, das in Ansätzen der ICIDH unterlag, wurde mit der ICF erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit Betroffener besser angepasst“¹(S.4). Außerdem wurde der defizitorientierte Ansatz um einen ressourcenorientierten Ansatz erweitert, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren miteinbezogen. (vgl. S.5)

Behinderung ist ein sehr weitgefasster Begriff ohne allgemeine Definition, aber verschiedenen Klassifizierungen, jedoch mit einigen Gemeinsamkeiten:

Behinderung liegt (auf Basis von ICF) vor wenn

- eine körperliche Schädigung
- eine Beeinträchtigung der Aktivitäten und

- die Partizipation in allen Lebensbereichen eingeschränkt ist.

¹ WHO Welt Gesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf 2005. Online im

(vgl. PUSCHKE 2005²)

1.1.1 Die 3 Dimensionen von Behinderung nach SCHÖNWIESE

SCHÖNWIESE (2003) fasst seine Kriterien von Behinderung in 3 Dimensionen zusammen:

1) „Behindert ist, wer Hilfe braucht.“³

Diese Notwendigkeit einer persönlichen Assistenz „bezieht sich darauf, dass behinderte Menschen vielfache gesellschaftliche Forderungen nach Leistungsfähigkeit, Fähigkeit sich beruflich zu betätigen und damit ihren Lebensunterhalt zu finanzieren nicht entsprechen, dass behinderte Personen persönliche Hilfeleistungen zur Abwicklung des Alltags und der persönlichen Pflege benötigen, die andere Personen – so genannte nichtbehinderte Personen - nicht benötigen.“³

2) „Behindert ist, wer keinen gleichen Zugang zu allen gesellschaftlichen Institutionen und Einrichtungen hat, wie er anderen Bürgerinnen und Bürgern selbstverständlich ist“³

Nur ein angemessener Schutz vor und „Abbau von Diskriminierung im Rahmen von Rechten auf Bildung, Rechten im Arbeitsleben, Baurechtsregelungen, Rechten auf Mobilität, Rechten auf Kommunikation, Gleichstellung behinderter Frauen“³ vermag Menschen mit Behinderung ein annähernd barrierefreies Leben ermöglichen. (SCHÖNWIESE, 2003)

Einem Fehlen von diesen Zugängen und Rechten muss ein Schutz von Seiten des Gesetzgebers gegenüberstehen. Aus diesem Grunde trat am 1. Jänner 2006 das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz in Kraft, das unter anderem ein Diskriminierungsverbot beschreibt welches auch einklagbar ist. Gesetzesziel unter §1 „ist es, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen oder zu verhindern und damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.“ (Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz⁴)

² PUSCHKE, 2005 Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/wzs-7-05-puschke-klassifikation.html> [06.10.2009]

³ Zit. nach SCHÖNWIESE, 2003 Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/schoenwiese-wirklichkeit.html> [06.10.2009]

⁴ Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz – BGStG. §1. Bundesgesetzblatt Nr.82/2005

An dieser Stelle und im Hinblick auf die Thematik der *Selbstbestimmung* sei auch das Normalisierungsprinzip erwähnt, auf das in Kapitel 1.2.3.1 näher eingegangen wird.

3) „Behindert ist, wer gesellschaftlichen Projektionen ausgesetzt ist, die ihn zum symbolischen Träger allgemeiner, gesellschaftlicher oder existentieller Probleme macht.“ (SCHÖNWIESE, 2003)

Diese Projektion äußert sich unter anderem in unserer Alltagssprache. Gerade aus diesem Grund beschäftigt man sich in den letzten Jahren auch zunehmend mit den Begrifflichkeiten in Bezug auf Behinderung. So werden „behinderte Menschen“, wie sie früher genannt wurden, zumindest in der Fachliteratur schon fast durchgängig als Menschen mit Behinderung bezeichnet, der Begriff der geistigen Behinderung wird zunehmend von dem Term Menschen mit intellektueller Behinderung abgelöst.⁵

In den folgenden Kapiteln wird nun weiterführend der Begriff der intellektuellen Behinderung geklärt, es werden Definitionen und der Paradigmenwechsel in der Sonderpädagogik vorgestellt.

1.2 Intellektuelle Behinderung

„Menschen mit intellektueller Behinderung sind den belastenden Einflüssen des Alltagslebens häufig relativ schutzlos ausgeliefert, da ihre Möglichkeiten, diese Bedingungen zu kontrollieren, eingeschränkt sind: sie haben weniger Möglichkeiten, ihre Arbeits- oder Wohnplatz oder ihr persönliches Umfeld zu verändern und sind häufiger Gewalterlebnissen (einschließlich sexueller Gewalt) ausgesetzt.“⁶

1.2.1 Das Ende des Begriffes „geistige Behinderung“ in Österreich

Der zunehmend in Kritik geratene Begriff der *geistigen Behinderung* löst die Suche nach neuen Begrifflichkeiten in der Sonderpädagogik aus. Anlässlich eines Symposiums, zu dem die Lebenshilfe Österreich 2005 einlud, wurden einige neue Begriffsalternativen vorgestellt:

⁵ vgl. auch Kapitel 1.1.2 Das Ende des Begriffes „geistige Behinderung“ in Österreich

⁶ BERGER 2007 online im WWW unter URL <http://www.univie.ac.at/kjnp-rehab-integra/projekt/PSYCHOTHERAPIE%20BEI%20INTELLEKT.%20BEHINDERUNG.htm>

- Menschen mit Behinderungen
- Menschen mit intellektueller Behinderung
- Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung
- Menschen mit mehrfacher Beeinträchtigung.
- Menschen mit Lernschwierigkeiten
- Menschen mit besonderen Fähigkeiten
- Menschen mit besonderen Bedürfnissen
- unterstützenswerte Personen

(vgl. Lebenshilfe Österreich. Fachzeitschrift Dezember 2005/Nr. 4)

Die Lebenshilfe Österreich hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Begriff der *geistigen Behinderung* zu reformieren: „Diese Bezeichnung ist kein genuines Merkmal des Individuums, sondern bietet lediglich ein klassifizierendes Urteil in der sozialen Interaktion an. Begriffe sozialer Abweichungen von angeblicher Normalität, worunter auch der Behindertenbegriff zu zählen ist, nehmen geradezu unausweichlich den Charakter von Stigmatisierung und damit in Folge von Diskriminierung an“ (WEBER 2005, S.4)

Ein neuer Begriff muss von den Betroffenen selbst gewählt und akzeptiert werden können, muss eine respektvolle Bezeichnung sein und die Benachteiligung der Betroffenen muss klar ersichtlich sein, der Begriff sollte dennoch „nicht als Schimpfwort dienen können“ (WEBER 2005, S.3)

Da in Österreich über einen einheitlichen Begriff immer noch Uneinigkeit herrscht, sich im amerikanischen Sprachgebrauch jedoch die Bezeichnung „*intellectual disability*“ durchgesetzt hat⁷, legt die vorliegende Arbeit auch den Begriff der intellektuellen Behinderung zu Grunde.

1.2.2 Defektologische und Dialogische Definitionen

⁷ Vgl. WEBER 2005, S.3

Auch in Bezug auf intellektuelle Behinderung gibt es einen Dschungel voller Definitionen. HINZ schlägt vor jene Definitionen in *defektologisch* und *dialogisch* einzuteilen. Geistige Behinderung, nach defektologischem Prinzip, wird unter anderem gesehen „als Zustand und Eigenschaft“ im Vergleich zur dialogischen Haltung, welche geistige Behinderung als „dynamischen Prozeß“ beschreibt. (HINZ 1996). Die defektologische Sichtweise ist eine eher defizitorientierte und medizinisch-psychiatrische Haltung, während die dialogische, kompetenzorientierte, den Menschen mit intellektueller Behinderung als Eingliederung in das System begreifen möchte, deren Entwicklung von inneren und äußeren Bedingungen wechselseitig beeinflusst wird (vgl. HINZ 1996)

1.2.2.1 Das internationale Klassifizierungssystem der WHO als Beispiel einer defektologischen Haltung

Als defektologische, also defizitorientierte Haltung kann die von der Weltgesundheitsorganisation WHO als Organisation der Vereinten Nationen herausgegebene Klassifizierung von organischen Krankheiten und psychischen Störungen (International Classification of Diseases – kurz ICD) angesehen werden.⁸

Im Hinblick auf den Bereich der intellektuellen Behinderung ist die Kategorie F7 von Bedeutung. Die Klassifizierung wird hier anhand des intellektuellen Niveaus des Individuums vorgenommen.⁹

Grundlegend für eine Einordnung nach ICD-10 sind ein Intelligenztest sowie eine klinische Einschätzung eines Professionisten.

1.2.2.2 Paradigmenwechsel hin zur dialogischen Haltung

In den letzten Jahren vollzieht sich immer mehr ein Paradigmenwechsel hin von einer ausgrenzenden zu einer integrativen Heilpädagogik, von einer Typologisierung und Klassifizierung hin zur Individualisierung. (vgl. EGGERT 1996) Dies findet sich auch zunehmend in der Literatur wieder. „Disability Studies“ heißt das neue ‚Zauberwort‘ der zeitgenössischen Pädagogik. Die ursprünglich in den USA und Großbritannien in den 70er

⁸ ICD ist in der aktuellen 10. Auflage als ICD 10 verfügbar und wird laufend aktualisiert. Die deutsche aktuellste Fassung (2009) wurde unter dem Titel „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2009“ veröffentlicht.

⁹ Jene Klassifizierung erstreckt sich von F70 (leichte Intelligenzminderung) bis F79 (Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung)

Jahren des 20. Jahrhunderts mit der Kampfansage *Wir sind nicht behindert, wir werden behindert* entstandene Bewegung von AktivistInnen, behinderten StudentInnen und WissenschaftlerInnen wurde schließlich auch Anfang des 21. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum übernommen und wird zunehmend zu einer eigenständigen Wissenschaft: „Disability Studies ist nicht mehr eine Wissenschaft, die vor allem - wie in der integrativen Pädagogik - ErziehungswissenschaftlerInnen beschäftigt, sie ist interdisziplinär, transdisziplinär und betrifft im gleichen Maße Soziologie, Politologie, Rechtswissenschaften, Wirtschaftswissenschaften, Medizin, Geschichtswissenschaften, Sprach- und Literaturwissenschaften, Medienwissenschaften, Geschichtswissenschaften usw.“ (SCHÖNWIESE 2005)

Gegenstand der Disability Studies ist unter anderem ein historisches Interesse an der Verfolgungsgeschichte, den gesellschaftlichen Bedingungen der Vergangenheit und Gegenwart, der Präsenz von behinderten Menschen in den historischen und aktuellen Medienberichten und ein gleichzeitiges Interesse an der Geschlechterforschung im Zusammenhang mit Frauen und Männern mit Behinderung. (Vgl. SCHÖNWIESE 2005)

Der Gedanke der Disability Studies ist nicht neu¹⁰, WissenschaftlerInnen auf der ganzen Welt haben sich über die Geschichte und damit verbundenen Probleme und Nöte von Menschen mit Behinderung Gedanken gemacht, lediglich der Terminus *technicus* ist nun ein anderer. (vgl. SCHÖNWIESE 2005)

Die bis heute geltenden Grundsätze und Forderungen der Disability Studies bringt MILES-PAUL auf den Punkt:

- *Anti-Diskriminierung und Gleichstellung behindeter Menschen*
- *Entmedizinierung von Behinderung*
- *Nichtaussonderung und größtmögliche Integration in das Leben der Gemeinde*
- *Größtmögliche Kontrolle über die Dienstleistungen für Behinderte durch Behinderte*

¹⁰ Vgl. hier auch DEDERICH, Markus: Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. 2007

- *Peer Counseling, Peer Support und Empowerment als Schlüssel zur Ermächtigung Behindeter.*

Zit. nach MILES-PAUL 2006, S.31, in DEDERICH 2007, S.25

1.2.3 Selbstbestimmung trotz Behinderung anhand von Normalisierungsprinzip und Selbstbestimmt-Leben-Bewegung

1.2.3.1 Das Normalisierungsprinzip

Dieses Kapitel befasst sich nun mit dem in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts von BANK-MIKKELSEN begründeten Normalisierungsprinzips, das in späterer Folge von NIRJE weiterentwickelt und für die Praxis tauglich gemacht wurde und das mit seinen Grundprinzipien als Basis für aktuelle Integrationsbemühungen dient. .

Das Prinzip der Normalisierung soll nicht als „Herstellen von Normalität, so als sollte man geistig behinderte Menschen ‚normal machen‘ “ verstanden werden, vielmehr ist Normalisierung als „Sicherung gleicher Rechte für alle Bürger“ zu sehen, sodass „auch für geistig behinderte Bürger grundsätzlich gleiche (normale) Lebensbedingungen existieren können. Was geistig behinderte Personen an Hilfe und Diensten brauchen, hat als normal zu gelten, als selbstverständlich“ (SPECK 1993, S. 163)

"Das Grundprinzip der Normalisierungstheorie ist es, daß alle Menschen, seien sie behindert oder nicht, die gleichen Rechte haben; es ist also ein Gleichheitsprinzip. Trotzdem darf man nicht vergessen, daß alle Menschen verschiedenartig sind, daß sie verschiedene Bedürfnisse haben, so daß Gleichheit lediglich bedeutet, jedem einzelnen Menschen Hilfe und Unterstützung anzubieten, die seinen individuellen Bedürfnissen anzupassen sind. Der Behinderte ist in gesetzlicher und humaner Hinsicht als gleichgestellter Bürger zu betrachten, auch wenn die verschiedenen Formen von Therapiebehandlungen die Behinderung nicht zu beseitigen vermögen“ (BANK-MIKKELSEN/BERG, 1982, S. 109 in OMMERLE 1999)

Kernforderungen sind nach NIRJE (1974) die Forderung nach einem *normalen Tages- und Jahresrhythmus* sowie einem *normalen Lebenslauf*. Des Weiteren sollen die *Bedürfnisse und Entscheidungen respektiert werden, angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern* ermöglicht und eine klare *Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen*

angestrebt werden. Ein *normaler wirtschaftlicher Standard* soll für die Betroffenen ebenso sichergestellt werden, wie *Standards in Einrichtungen* gegeben sein sollen. (vgl. EITLE 2003, S. 120)

1.2.3.2 Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung

Ein anderes Konzept das sich mit der Entdiskriminierung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung auseinandersetzt ist die Selbstbestimmt – Leben – Bewegung, die sich aus den in den USA entstandenen *Independent-Living-Programs* entwickelte.

Die Forderungen dieser Bewegung sind u.a.:¹¹

1. Anti-Diskriminierung: Ziel der Bewegung ist eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, nach welcher Diskriminierung von Behinderung in allen Ländern per Gesetz verboten wird um Gleichstellung zu gewährleisten.
2. Entmedizinisierung: Vor allem Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind oftmals in medizinischer oder therapeutischer Obhut, obwohl sie sich nur durch ihr Äußeres von einem nicht behinderten Menschen unterscheiden. Die Bewegung hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht den Unterschied zwischen Krankheit und Behinderung aufzuzeigen
3. Entinstitutionalisierung: Die Selbstbestimmt – Leben - Bewegung lehnt jede Institutionalisierung für Menschen mit Behinderung ab und fordert stattdessen integrativere Lösungen.
4. Entprofessionalisierung: Zumeist ist das Leben von Menschen mit Behinderung von professionellen Fachleuten abhängig und wird durch diese bestimmt. „Die ‚Selbstbestimmt – Leben - Bewegung‘ geht davon aus, daß jeder Mensch selbst Experte in eigener Sache ist. Behinderte Menschen sollen wieder Macht über ihr eigenes Leben erhalten“¹²
5. Peer Support: bezeichnet die Hilfe und Beratung durch Betroffene, wie etwa BeraterInnen mit Behinderung.
6. Netzwerkarbeit: „Die einzelnen Gruppen der ‚Selbstbestimmt-Leben-Bewegung‘ sollten ständig Kontakt zueinander halten, Informationen austauschen und sich gegenseitig

¹¹ OMMERLE 1999 Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/ommerle-normalisierung.html> [06.10.2009]

¹² Zit. nach OMMERLE 1999

unterstützen. Dahinter steht die Erfahrung, daß es für eine größere Gruppe leichter ist, Einfluß auszuüben und ihre Ziele zu verwirklichen.“¹²

7. Kontrolle über die eigene Organisation: Die Selbstbestimmt – Leben – Bewegung fordert, dass Menschen mit Behinderung ihre Interessen selbst vertreten sollten um so mehr Verantwortung über die eigene Organisation zu bekommen.

8. Verwaltung über die eigene Organisation: „Behinderte Menschen wissen selber am besten, was sie brauchen. Dienstleistungsangebote wie z.B. Beförderung oder Assistenz werden meist von nichtbehinderten Fachleuten konzipiert, kontrolliert und verwaltet. Wenngleich dies in guter Absicht geschieht, haben nichtbehinderte Menschen meist eine andere Vorstellung über die Bedürfnisse, den Lebensstil und die Ziele behinderter Menschen. So müssen sich dann behinderte Menschen in der Rolle des ‚Klienten‘ oder ‚Patienten‘ den vorgegebenen Strukturen der Dienstleistungen anpassen, obwohl diese vielleicht gar nicht ihren Bedürfnissen entsprechen.“¹²

1.3 Zusammenfassung

Behinderung ist ein sehr weitgefasster Begriff und kann nicht ohne Einschränkungen definiert werden. Aufgrund der Vielfalt an beteiligten Helferdisziplinen ergeben sich analog hierzu gleichermaßen viele Blickpunkte aus welchen der Umstand „Behinderung“ bzw. der im Vordergrund stehende Mensch mit Behinderung gesehen werden können. Hierbei wird jede Disziplin andere Prioritäten verfolgen und folglich andere Definitionskriterien aufstellen.

Ist Behinderung an sich bereits ein Begriff der vielfältigen Definitionen so kann auch „intellektuelle Behinderung“ nicht ohne Abstriche bestimmt werden. Diese Versuche der Bestimmung einer Krankheit rücken den Mensch mit (intellektueller) Behinderung wieder eher in den Hintergrund. Es macht die „Krankheit“ zum Thema, nicht den Menschen. Eine derart defektologische Sichtweise bringt das Bedürfnis nach Konzepten, die eine dialogische Sichtweise verfolgen. Besonders in den letzten Jahrzehnten hat sich eine neue Bewegung geformt, die den Menschen mit (intellektueller) Behinderung wieder in den Mittelpunkt rückt. Die Haltung dieser Bewegung beruht auf der Sicherung der Rechte für Menschen mit intellektueller Behinderung mit dem Ziel der Schaffung gleicher Lebensbedingungen wie sie für nichtbehinderte Menschen gelten.

2. Sexualität

Im Hinblick auf primärpräventive Bemühungen kann der komplexe Themenbereich der Sexualität im Vorfeld keinesfalls außer Acht gelassen werden. Zunächst soll geklärt werden was man unter dem komplexen Begriff der Sexualität versteht während in einem nächsten Kapitel versucht wird aufzuzeigen wie Menschen mit intellektueller Behinderung Sexualität erleben und mit welchen Hindernissen sie in Vergangenheit und Gegenwart konfrontiert waren und sind.

2.1 Sexualität – ein ganzheitlicher Begriff

„Sexualität ist ein existentielles Grundbedürfnis des Menschen und ein zentraler Bestandteil seiner Identität und Persönlichkeitsentwicklung. Sexualität umfaßt sowohl biologische als auch psychosoziale und emotionale Tatbestände und Vorgänge. Die Ausgestaltung von Sexualität deckt ein breites Spektrum von positiven bis zu negativen Aspekten ab, von Zärtlichkeit, Geborgenheit, Lustempfinden, Befriedigung, bis hin zu Gewaltanwendung und Machtausübung. Menschen leben und erleben Sexualität unterschiedlich. Sie ist ein wichtiges Element der individuellen Lebensweise.“¹³

Weiters hat Sexualität „sinngabende Bedeutung für die Ganzheitlichkeit von Menschsein“¹⁴ und ist in Anlehnung an Sigmund FREUD „als ‚das Gemeinsame‘ zu verstehen“, das allen Menschen inne wohnt, dessen Macht man sich aber selbst mit „Wille und Selbstbeherrschung“ nicht erwehren kann. (FUTTERER/SIEGEL in WALTER, 2005, S.82)

ELSIGAN/ ISTENITS (2008) beschäftigen sich mit dem Sinn und der Funktion von Sexualität und greifen hierbei auf BARTHOLOMÄUS (1978) zurück. BARTHOLOMÄUS stellt vier Sinnkomponenten von Sexualität vor:

1. Der *Identitätsaspekt* beschreibt Sexualität als „Selbstbestätigung, als Bedingung zur Selbstliebe und als Voraussetzung, andere in ihrem Selbst zu achten.“¹⁵

¹³Zit. nach: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Rahmenkonzept zur Sexuaufklärung der BZgA in Abstimmung mit den Bundesländern. 15. Auflage, Köln 2008

¹⁴ KREBS in WALTER, 2005, S.40

¹⁵ BARTHOLOMÄUS 1978 zit. nach ELSIGAN/ISTENITS 2008 S.37 f

2. Der *Beziehungsaspekt* steht in diesem Zusammenhang „für das mit Menschen in Kontakt zu treten, Geborgenheit und Wärme zu geben und zu empfangen (...).“¹⁵

3. Der *Lustaspekt* drückt sich in Ekstase und Leidenschaft aus und „versteht sich als Kraftquelle, die den Lebensmut erhöht“¹⁵.

4. Der *Fruchtbarkeitsaspekt* beschreibt Sexualität als Zeugungsakt.

(ELSIGAN/ ISTENITS 2008 S. 37 f.)

Erst wenn alle dieser Aspekte in gleichem Maße vertreten sind, kann man von einer „dynamischen Balance“ bzw. von „gelungener Sexualität“ sprechen. (ELSIGAN/ ISTENITS 2008 S.37)

2.2 Liberalisierung und Enttabuisierung von Sexualität

„Während im Mittelalter noch mehr Raum zum Ausleben der Sexualität war, wurde sie in der Neuzeit auf ihre Fortpflanzungsreduktion beschränkt. Diese Einengung der Sexualität auf Fortpflanzung und Genitalsexualität stellt eine Reduktion dar.“¹⁶ Erst in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die straffe Sexualmoral aufgeweicht und ein offenerer Zugang zu Sexualität ermöglicht.

„Vor dem Hintergrund einer restriktiven und restaurativen Sexualmoral bis in die 60er Jahre waren beide [Anm. d. Verf.: Sexualforschung und Sexualpädagogik] selbst Teil des gesellschaftlichen Wandels von Sexualität. Die Forschung zeigte, dass man Sexualität in einer anerkannt seriösen und ernsthaften Weise untersuchen kann; dies trug zu einer ‚Veröffentlichung‘ und Enttabuisierung von sexuellen Fragen bei.“ (HELFFERICH in SCHMIDT/ SIELERT 2008, S.55)

Wie sich die Einstellung zur Sexualität in den letzten Jahrzehnten verändert hat, zeigen die Thesen von TÜCKE (2007):

Es zeigt sich in den letzten Jahrzehnten, etwa ab den 60er Jahren (mit der ’68er Bewegung³) eine *Veränderung der Einschätzung von Ehe und Familie als vorwiegendem Ort sexueller Betätigung*. Die *Funktion von Sexualität* unterliegt weiters einer

¹⁶ BACH, 1981, S. 11f. zit. nach SCHWARZ 2008

Veränderung. Erst ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts beginnt eine sexuelle Emanzipation und Liberalisierung.¹⁷

Die öffentliche Meinung, Sexualität würde nur zur Fortpflanzung dienen, wird schließlich abgelöst vom Tenor Sexualität sei „integraler Bestandteil einer Partnerschaft“ und diene dem Vergnügen.¹⁸

Zunehmend zeigen sich eine *größere Offenheit* gegenüber sexuellen Praktiken, Varianten und Vorlieben sowie eine „*Enttabuisierung großer Bereiche der Sexualität*“ in dem Menschen ihre oben erwähnten Praktiken, Varianten und Vorlieben einer breiten Öffentlichkeit (z.B. in Talkshows) zu präsentieren.¹⁸ In einem nächsten Schritt passiert eine Aufweichung und Erweiterung eines „normalen“ Sexualverhaltens.“¹⁸ Normal ist was gefällt und den Sexualpartnern Lust bereitet. Sexualität kann nun öffentlicher gezeigt werden. Das Resultat aus oben angeführten Punkten ist eine höhere „*Offenheit und damit größere Übereinstimmung zwischen Einstellung und Verhalten*“. (TÜCKE 2007, S.208).

Wenn es jedoch um Sexualität UND Behinderung geht, stoßen die Menschen „immer noch auf viele innere wie äußere Schranken“ (VOM HOFE 2001).

ZEMP/PIRCHER (1996) sprechen in diesem Zusammenhang vom „Tabu im Tabu“, das geprägt ist durch eine „schizophrene Einstellung der Gesellschaft zur Sexualität von Frauen und Mädchen mit Behinderung.“ (ZEMP/PIRCHER 1996)

Sexualität wird Menschen mit Behinderung einerseits immer noch abgesprochen, das Ausleben von Sexualität durch die institutionellen Rahmenbedingungen erschwert, verhindert oder durch BetreuerInnen zur Gänze verboten. Andererseits eignen sich Menschen mit Behinderung schon sehr früh ein negatives Körperbewusstsein an. Dies resultiert unter anderem aus der Institutionalisierung und aus häufigen Arzt- und Krankenhausbesuchen: „Durch die vielen Sonderbehandlungen wie Therapien, Operationen usw. wird ihnen das Gefühl vermittelt: ‚Mit mir ist etwas nicht in Ordnung, ich bin nicht recht, so, wie ich bin.‘“ (ZEMP/ PIRCHER 1996)

VOM HOFE zeigt in diesem Zusammenhang eine weitere Argumentationslinie: „Die Sexualität behinderter Menschen weckt bei vielen Menschen - behinderten wie nicht behinderten - Gefühle der Scheu, Unsicherheit und Angst. Unsere Träume und Phantasien sind zunehmend geprägt von der Vorstellung des ‚perfekten‘ Menschen. Fitnesswelle, immer neue Diätvorschriften, die rasante Zunahme kosmetisch-chirurgischer Eingriffe

¹⁷ vgl. ELSIGAN/ ISTEINITS 2008, S.48

¹⁸ Zit. nach TÜCKE 2007, S.208

spiegeln dieses Streben. Es gilt, die Körper durch Zurichtung und Disziplinierung in eine ideale Kontur einzupassen. Ich kann für Aussehen und Gesundheit persönlich haftbar gemacht werden. "Körperoptimierung" ist das neue Schlagwort.

Der Zwang, ein attraktives Erscheinungsbild abzugeben, mag vielen Menschen ohne Behinderung zur Last werden; für Menschen mit Handicap führt er darüber hinaus zu einer weiteren Entfremdung von ihrem Körper“. (VOM HOFE 2001)

2.3 Die Geschichte der Sexualität im Zusammenhang mit intellektueller Behinderung

Behinderung war bis ins 16. Jahrhundert kein Gegenstand der Medizin. Ein grundsätzlicher Wandel des Verhältnisses von Medizin und Behinderung setzte etwa in der Mitte des 16. Jahrhunderts ein und dauerte bis zum Anbeginn des 20. Jahrhunderts. (vgl. BERGER 1999)

Während dieses Wandels wurden „die ursprünglich dominierenden humoralpathologischen Konzepte (die Lehre von den Mischungen der Körpersäfte) (...) Schritt für Schritt von mathematisch-mechanischen Konzepten, die sich auf naturwissenschaftliche Experimente stützen, abgelöst. Auf diese Weise entstand das Modell der ‚Krankheitsbilder‘ auf physikalisch-chemischer Basis, die Grundlage der Dominanz des naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin.“ (BERGER 1999)

In weiterer Folge wird dieser naturwissenschaftliche Ansatz mit einem „ökologischen Ansatz“ sowie einer humanistischen Haltung verbunden. (BERGER 1999)

Anfang des 20. Jahrhunderts dominierte schließlich der Biologismus die Medizin: Menschen wurden vermessen, gezählt und verglichen und mit den Anfängen des Nationalsozialismus wurde die „Rassenbiologie“ zum zentralen Paradigma. (vgl. BERGER 2005) 1933 trat das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*¹⁹ in Kraft.

In einer Vernichtungsflut (so genannte T4-Aktion) wurden bis zu 70 000 Menschen mit Behinderung ermordet, weitere 300 000 wurden Opfer von Zwangssterilisation und/oder in Institutionen (Anstalten) getrennt nach Geschlechtern ‚verwahrt‘. (vgl. ZEMP/PIRCHER 1996)

¹⁹ Siehe Kapitel 2.3.1.2 der vorliegenden Arbeit

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges und dem Ende des nationalsozialistischen Regimes gab es trotz Beendigung der Vernichtung von behinderten Menschen keine Veränderung des Paradigmas: „Der Biologismus überlebte die Veränderung der politischen Verhältnisse; sein Kern: die Verabsolutierung biologischer Fakten einschließlich ihrer Überdehnung und Verfälschung.“²⁰ Besonders häufig trifft man auf die Erklärung psychischer und sozialer Aspekte aus biologischen. (vgl. BERGER 2005) Um dies zu verdeutlichen gibt BERGER ein Beispiel: „Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn man der Annahme folgt, aus dem Faktum einer Veränderung der Genstruktur (z.B. bei Trisomie 21) oder einer Schädigung des Gehirns unmittelbar das Verhalten eines Menschen erklären zu können.“ (BERGER 2005)

Ein erstes Umdenken findet schließlich 1975 durch eine Empfehlung der Psychiatrie-Enquete statt: Die Trennung von psychisch Kranken und Menschen mit intellektueller Behinderung im Hinblick auf Versorgung wird ebenso angeregt wie die Gründung Einrichtungen nur für Menschen mit Behinderung welche sich auch örtlich von Krankenhäuser lösen sollten. (HÄBLER 2004, S.6)

Diese Deinstitutionalisierung beginnt in Wien schließlich mit einem Beschluss des Wiener Gemeinderates 1979 wonach die Lebensbedingungen von Menschen mit intellektueller Behinderung jenen Bedingungen nichtbehinderter Menschen angepasst werden sollten. Dies schließt unter anderem die Eingliederung ins Berufsleben aber auch das selbstverantwortliche Verlassen des Elternhauses ein. Dies konnte jedoch nicht für alle Menschen mit intellektueller Behinderung verwirklicht werden und so wurde in einem weiteren Beschluss 1986 schließlich die Schaffung von Wohnraum und betreuten Wohnplätzen für Betroffene beschlossen. (vgl. BERGER/ HOCHGATTERER/ LEITHNER/ MARYSCHKA/ GRASSL 2006)

2.3.1 Eugenik und der Sterilisationsgedanke in Vergangenheit und Gegenwart

2.3.1.1 Begriffsdefinitionen

„Der Begriff *Eugenik* setzt sich zusammen aus den griechischen Wörtern „eu“, das u. a. die Bedeutung von „wohl“, „gut“ und „tüchtig“ umfasst und dem Wort *Gen*, was auf die Entstehung von Leben verweist, das als erblich (genetisch) bedingt vermutet wird. Ziel der

²⁰ BERGER 2005

Eugenik ist demnach die Züchtung des guten und tüchtigen Menschen“ (WOLF 2007 zit. nach MÄSER 2008). Der Begriff der Eugenik wird erstmals von dem britischen Psychiater Sir Francis GALTON geprägt und verwendet. In weiterer Folge wird *Eugenik* durch den Begriff *Rassenhygiene* ersetzt.

Sterilisation bezeichnet den „Eingriff in den Körper der Frau oder des Mannes, der den Zweck hat, eine Vereinigung der Keimzellen als Folge des Geschlechtsverkehrs dauernd zu verhindern.“ (BÖCKLE 1978 zit. nach TREIBER 2004). Es ist weiters „eine operative definitive Unfruchtbarmachung (...) die sich durch ihre Endgültigkeit grundsätzlich von den temporären, reversiblen Kontrazeptiva unterscheidet“ (HEIDENREICH 1987 zit. nach TREIBER 2004).

2.3.1.2 Die Geschichte der Zwangssterilisation vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieb der französische Schriftsteller Arthur DE GOBINEAU seine Rassentheorie: Nach DE GOBINEAU treten bei bestimmten Rassen charakteristische Eigenschaften auf. Die edelste Rasse sei hierbei die weiße Rasse (gefolgt von gelber und schwarzer Rasse), diese sei bestimmt zu Herrschen. (vgl. ZIMA 1998)

Nur kurze Zeit später und wesentlich populärer beschrieb der britische Biologe Charles DARWIN in *Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampf ums Dasein* die Theorie über die natürliche Auslese, die eine „immer bessere Anpassung und größere Leistungsstärke garantiere“ (ZIMA 1998)

In weiterer Folge stellt der Schweizer Psychiater August FOREL in *Die sexuelle Frage* in einem letzten Kapitel ein Programm der Rassenhygiene vor, das er unter Berufung auf den britischen Psychiater Sir Francis GALTON entwirft: Zentrale Forderung FORELS ist „die möglichste Verhinderung solcher Individuen, sich fortzupflanzen“²¹. FOREL differenziert zwischen Völkern mit hoher Kulturstufe (wie etwa die weiße Rasse) und „inferiore Menschenrassen“ (wie etwa die schwarze Rasse), welche „nur zu einer niedrigen Kulturstufe befähigt“ sind.²¹

²¹ FOREL 1902, zit. nach BERGER/MICHEL 1997

Er empfiehlt, um zu zuverlässigen Berichten über die innewohnende Kulturstufe zu kommen, „...neugeborene Mongolen bei uns aufzuziehen und sie dann auf ihren Kulturwert zu prüfen“ um „... den Boden für eine zugleich idealere und gesündere Gestaltung der sexuellen Verhältnisse“ zu schaffen.²² Dies ist jedoch nur mit „künstlichen Hilfsmitteln“ möglich. Die Sterilisation bei Frauen stellt für FOREL ein adäquates „Hilfsmittel“ dar um „die prinzipiell und praktisch durchgeführte Unterscheidung zwischen der Befriedigung des Geschlechtstriebes und der Kinderzeugung“ zu ermöglichen.²²

FOREL beschreibt auch genau welcher Typus von Mensch sich reproduzieren darf und welcher nicht: Von der Vermehrung ausgeschlossen „sind in erster Linie alle Verbrecher, schwerere oder unheilbare Geisteskranke, alle Schwachsinnigen, vermindert Zurechnungsfähige, boshafte, streitsüchtige, ethisch defekte Menschen (...)“ sowie Narkosesüchtige, „zu Tuberkulose Neigenden, die körperlich Elenden, die Rachitischen, Haemophilen, Verbildeten und sonst durch vererbte Krankheiten oder krankhafte Konstitution zur Zeugung eines gesunden Menschenschlages unfähigen Individuen“²²

Endziel ist nach FOREL „keineswegs eine neue menschliche Rasse, einen Übermenschen zu schaffen, sondern nur die defekten Untermenschen allmählich durch die Entfernung der Ursachen (...) und durch willkürliche Sterilität der Träger schlechter Keime zu beseitigen. Dafür möchten wir bessere, sozialere und glücklichere Menschen zu einer immer größeren Vermehrung veranlassen.“²²

Der Grundstein der Rassenhygiene war somit gelegt und gipfelte schließlich in der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft mit dem 1933 verabschiedeten und 1934 in Kraft tretenden „*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*“ (GzVeN), das 1940 auch in Österreich (ehem. Ostmark) in Kraft trat:

§ 1(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

²² FOREL 1902, zit. nach BERGER/MICHEL 1997

§ 1(2) Erbkrank im Sinne des Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkulärem Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwerer erblicher Mißbildung.

§ 1(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

„Weiters wird im § 12 festgelegt, dass die Sterilisation auch gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt werden kann.“ (BERGER/MICHEL 1997)

„Das Gesetz beruht auf einer "Kann" - Bestimmung („Wer erbkrank ist... k a n n unfruchtbar gemacht werden’).“²³ Die Bedingung für ihre Anwendung war die „Feststellung der ‚großen Wahrscheinlichkeit’ von Erbschäden als ärztliches Fachurteil“ und basierte zumeist mehr oder weniger auf Spekulationen. (BERGER/MICHEL 1997)

Das Bundesfinanzministerium (1961) geht in einer Schätzung von 1939-1945 von 320.000 Zwangssterilisation im gesamten deutschen Reich (für Österreich gibt es keine gesicherten Einzel-Ergebnisse) aus. (vgl. BERGER/MICHEL 1997)

Trotz jener hohen Zahlen waren Zwangssterilisationen im Namen der Rassenhygiene kurzfristig nicht besonders wirksam und die Ziele (eine reine, gesunde, arische Rasse) hätten erst nach einigen Generationen erreicht werden können. Eine für die Nationalsozialisten „schnellere Methode“ war schließlich die Liquidierung und gezielte sowie geplante Tötung von Menschen mit psychischer Erkrankung sowie Menschen mit intellektueller Behinderung. Jene Tötung erfolgte zunächst im Rahmen der T4-Aktion in speziellen Vergasungseinrichtungen sowie in weiterer Folge in psychiatrischen Anstalten.

Mit dem Ende des Krieges wurde auch das GzVeN von den Alliierten aufgehoben, das Strafrecht von 1852 tritt wieder in Kraft. Sterilisation ist demnach eine „schwere Körperschädigung“ und grundsätzlich strafbar, jedoch nicht wenn sie unter die Bedingung einer Heilbehandlung fällt.

„Eine solche ist sie oder steht doch als prophylaktische Maßnahme einer solchen gleich, wenn unter den besonderen Umständen des Falles eine neuerliche

²³ BERGER/MICHEL 1997

Schwangerschaft die Frau in Lebensgefahr bringen würde.“ (Strafrechtslehrbuch 1962 und SCHMIDINGER 1989 zit. nach ISTENITS/ ELSIGAN 2008, S. 72)

Am 1.1.1975 trat ein neues Strafgesetzbuch in Kraft in dem die Frage der Sterilisation erstmals gesetzlich (im §90) neu geregelt wurde: Demnach ist eine „Körperverletzung oder Gefährdung der körperlichen Sicherheit (...) nicht rechtswidrig, wenn der Verletzte oder Gefährdete in sie einwilligt [Abs.1 – Anm. d. Verf.] und die Verletzung oder Gefährdung als solche nicht gegen die guten Sitten verstößt [Abs.2 – Anm. d. Verf.]“²⁴ Weiters „(...) wenn die Person bereits das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet hat oder der Eingriff aus anderen Gründen nicht gegen die guten Sitten verstößt. (...) Sterilisation (Unfruchtbarmachung) zu Heilzwecken ist nach Abs.1, zu anderen Zwecken (Geburtenkontrolle) nach Abs. 2 zu beurteilen. Kastration ist nur zu Heilzwecken erlaubt“ (FOREGGER 1998 zit. nach ISTENITS/ ELSIGAN 2008, S. 72)

2.3.1.3 Der Gedanke der Sterilisation in der jüngsten Vergangenheit und die derzeitige Rechtslage

BERGER/ MICHEL (1997) sprechen von einer rechtlichen Grauzone, in welcher sich die Zwangssterilisation bis vor kurzem noch befand. Somit ist es auch nicht verwunderlich, dass sie in der jüngsten Vergangenheit noch praktiziert wurde: Befürworter und Verfechter der Zwangssterilisation von Mädchen mit einer intellektuellen Behinderung war in Wien unter anderem Dr. Rett (Leiter der Kinder- und Jugendneurologe am Krankenhaus Rosenhügel), der bis in die 80er Jahre ein sehr radikales Paradigma in Bezug auf Zwangssterilisationen befürwortet. RETT spricht Menschen mit intellektueller Behinderung jeglichen genitalen Kontakt ab, „weil da von einer *schranken- und gedankenlosen Behindertenpolitik ein Tor aufgestoßen wurde, das kaum mehr zu schließen sein wird*“. (RETT 1987, zit. nach ZEMP/ PIRCHER 1996)

RETT propagiert die Zwangssterilisation als einziges adäquates Verhütungsmittel, vor allem für Frauen mit einem Intelligenzquotienten unter 80. (vgl. ZEMP/ PIRCHER 1996)

Als weiteren Legitimationsgrund nennt RETT den Schutz vor Vergewaltigung, kann diese Argumentation jedoch nicht nachvollziehbar begründen: *Eine Unterbindung schützt nicht*

²⁴ FOREGGER 1998 zit. nach ISTENITS/ ELSIGAN 2008, S. 72

vor Vergewaltigung, aber viele geistig Behinderte schauen ja normal aus und sind also auch normal körperlich entwickelt, und wenn die dann zu streunen beginnen, dann gibt's dann natürlich eine Schwangerschaft nach der anderen (RETT zit. nach ZEMP/ PIRCHER 1996)

2.3.1.3.1 Die 3 Hauptargumentationslinien der Befürworter der Sterilisation

Die 3 Hauptpositionen der Befürworter sind nach BERGER/ MICHEL (1997):

- Heredität (Vererbung)
 - Elternschaft
 - Schutzanspruch
1. Befürworter der Zwangssterilisation sehen die Gefahr einer *Vererbung von Behinderung*: Widerlegbar ist dies durch statistische Zahlen: „Der Anteil höhergradiger geistiger Behinderungen in der Bevölkerung liegt bei 0,3 – 0,7%, davon sind aber nur etwa 10% genetisch bedingt. Alle anderen Behinderungsformen sind also nicht vererbt, sondern durch Risiken im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt erworben.“ (BERGER/ MICHEL 1997 zit. nach ISTENITS/ ELSIGAN 2008, S. 73)
 2. Bedenken haben die Befürworter auch in der Frage der potentiellen *Elternschaft* von Menschen mit intellektueller Behinderung. Sie sehen eine Gefährdung des Kindes vorliegen. “Real though this risk may be, mental handicap is by no means the only defect in parents which makes for unhappy childhood: It is notoriously difficult to predict who will make a poor parent, and I.Q. is a much less effective predictor than some social criteria.” (Anonymes Editorial zit. nach BERGER/MICHEL 1997)
 3. Schließlich bezieht sich das letzte Argument auf die besondere Schutzbedürftigkeit von behinderten Frauen. Als Argument für Zwangssterilisation wird der Schutz vor Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch angegeben. Dieses nicht ganz nachvollziehbare Argument kann widerlegt werden indem man sich vor Augen führt, dass eine Zwangssterilisation höchstens vor den Folgen einer ungewollten Schwangerschaft schützen kann, als Schutz vor Vergewaltigung ist sie gänzlich ungeeignet und man muss davon ausgehen, dass das Risiko von sexuellem Missbrauch bzw. Vergewaltigung (speziell auch bei inzestuöser) durch eine Zwangssterilisation noch erhöht wird. (vgl. BERGER/ MICHEL 1997)

2.3.1.3.2 Die heutige Rechtslage

„Sterilisation - und ganz besonders "fremdbestimmte" Sterilisation - ist in Österreich nur in ganz engen und klar definierten Grenzen zulässig“²⁵.

Aus dem ABGB:

§ 146d

Weder ein minderjähriges Kind noch die Eltern können in eine medizinische Maßnahme, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit des minderjährigen Kindes zum Ziel hat, einwilligen.

Bei Volljährigen liegt die Entscheidungskraft gänzlich bei dem Menschen mit Behinderung, sofern er die Urteilsfähigkeit hat und kein Sachwalter bestimmt wurde, in diesem Fall ist die Einwilligung durch den Sachwalter notwendig. Ist die „körperliche Unversehrtheit“ in Gefahr, darf ein Sachwalter nur zustimmen, wenn ein unabhängiger Arzt die Urteilsfähigkeit des Betroffenen bescheinigt und die Behandlung zu ihrem Wohle geschieht. Bei nicht Vorliegen der Bescheinigung muss eine gerichtliche Zustimmung erfolgen:

Sollte eine medizinische Behandlung derart dringend sein, dass Leib und Leben der betroffenen Person in Gefahr ist und die Einholung der Einwilligung einen Aufschub u deshalb eine Beeinträchtigung wäre oder eine schwere Schädigung das Resultat wäre, ist die Zustimmung der betroffenen Person, des Sachwalters und des Gerichtes nicht nötig:

§ 283

(1) In eine medizinische Behandlung kann eine behinderte Person, soweit sie einsichts- und urteilsfähig ist, nur selbst einwilligen. Sonst ist die Zustimmung des Sachwalters erforderlich, dessen Wirkungsbereich die Besorgung dieser Angelegenheit umfasst.

(2) Einer medizinischen Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, kann der Sachwalter nur zustimmen, wenn ein vom behandelnden Arzt unabhängiger Arzt in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt, dass die behinderte Person nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung ihres Wohles erforderlich ist. Wenn ein solches Zeugnis nicht vorliegt oder die behinderte Person zu erkennen gibt, dass sie die Behandlung ablehnt, bedarf die Zustimmung der Genehmigung des Gerichts. Erteilt der Sachwalter die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung nicht und wird dadurch das Wohl der behinderten Person gefährdet, so kann das Gericht die Zustimmung des Sachwalters ersetzen oder die Sachwalterschaft einer anderen Person übertragen.

²⁵ Stichwort Sterilisation. Verein Bizeps. Online abrufbar unter URL: <http://www.bizeps.or.at/links.php?nr=92> [01.08.09]

(3) Die Einwilligung der einsichts- und urteilsfähigen behinderten Person, die Zustimmung des Sachwalters und die Entscheidung des Gerichts sind nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung, der Zustimmung oder der gerichtlichen Entscheidung verbundene Aufschub das Leben der behinderten Person gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre.

2.4 Die psychosexuelle Entwicklung von Menschen mit intellektueller Behinderung

Wie in einem früheren Kapitel der vorliegenden Arbeit beschrieben, ist die „Sexualität des Menschen (...) eine ihm, von der Natur gegebene, lebens- und persönlichkeitsgestaltende Eigenschaft und Kraft. Sie ist viel umfassender als der Teilbereich der Genitalität ausmacht“. (KREBS in WALTER 2005, S.56)

Gerade weil Sexualität umfassender und weitreichender als bloße Genitalität darstellt, beginnt sie auch nicht erst mit einer genitalen Sexualität sondern von Geburt an. Sexuelle Entwicklung braucht Übung und Anregung: „Alle Menschen (...) können ihre Persönlichkeit dann am besten ausbilden, wenn die sexuellen Fähigkeiten von Geburt an unterstützt und gefördert werden.“ (PRO FAMILIA 2001, S.5) Körperkontakt und liebevolle Beschäftigung ist deshalb die erste Voraussetzung im (Klein-)Kindalter um Empfindungs- und Gefühlsfähigkeit anzuregen.

Die psychosexuelle Entwicklung von Menschen mit intellektueller Behinderung verläuft oftmals langsamer als jene Entwicklung bei nichtbehinderten Gleichaltrigen, da die „körperliche Reife (...) meist nicht der affektiven und emotionalen Entwicklung und den Möglichkeiten der intellektuellen Verarbeitung“ entspricht. (PRO FAMILIA 2001, S.10)

Aus dieser Schwierigkeit entsteht zwangsläufig ein enormes Spannungsfeld, das der Mensch mit intellektueller Behinderung nur schwer erfassen oder verarbeiten kann.²⁶ Hier könnte man irrtümlicherweise schlussfolgern, dass das Problem auf Seiten des Betroffenen sei, jedoch ist Sexualität „keine individuelle Angelegenheit, sondern ein sensibles Zusammenspiel von Personen und ist abhängig von den Wertungen und Bewertungen, von den Unterstützungen oder Verhinderungen des Umfeldes. Es ist ein Prozess, der mit der Geburt beginnt und erst mit dem Tod endet und als solcher ist er abhängig von Bedingungen der Umwelt, d.h. von Einstellungen, Angeboten und Hilfeleistungen von Eltern, Lehrern, Erziehern und Betreuern. Sexuelle Verhaltensweisen sind demnach sehr

²⁶ Vgl. BATTISTICH/ RETT in KRENNER 2003, S.16

stark auch durch soziales Lernen bestimmt. Insofern ist Sexualität auch ein ‚Lernprodukt‘.“ (STINKES 2006)

Dieses Lernen wird jedoch durch behinderungsspezifische Bewegungseinschränkungen beeinträchtigt. So kann beispielsweise ein „starker Spasmus die Bewegungsfähigkeit so einschränken, dass es dem/der Betroffenen nicht möglich ist, sich ohne Hilfe selbst zu befriedigen, auch eine Schädigung des ZNS [zentralen Nervensystems – Anm. d. Verf.], die die Wahrnehmung beeinflusst, kann die Sexualität behindern.“ (KRENNER 2003, S.14) Weitere Hinderungen können „fehlender Antrieb, gestörte Wahrnehmung oder Sinnesschädigung die Entfaltung ungehinderter Interessen und Umgangsformen in Bezug auf den eigenen Körper schwerwiegend beeinträchtigen“ (DANK 1993 zit. nach KRENNER 2003, S. 14)

Diese Einschränkungen werden besonders deutlich, wenn der/die Betroffene in die Pubertät kommt, jene Phase in der Jugendliche (mit oder ohne Behinderung) große und einschneidende physische, psychische, emotionale und soziale Veränderungen erleben. (vgl. TREIBER 2004)

Jene Veränderungen brauchen die Zeit und Raum zur Entfaltung, den jugendliche Betroffene aufgrund eines erhöhten Bedarfs an Hilfe und Unterstützung oftmals nicht zur Verfügung haben. Identitätsentwicklung bedeutet „einerseits die Auseinandersetzung mit sich selbst als behinderter Person und andererseits die Klärung der sexuellen Identität, wozu z.B. die Auseinandersetzung mit der eigenen heterosexuellen oder homosexuellen Geschlechtsidentität als Mann oder Frau gehört.“ (PRO FAMILIA 2001, S.10)

2.5 Vorurteile, Mythen und die Notwendigkeit einer sexuellen Selbstbestimmung

Auf Basis des Normalisierungsprinzips, das für Menschen mit Behinderung die gleichen Anrechte und Freiheiten fordert und der UNO Deklaration der Rechte geistig behinderter Menschen ist Sexualität ein Grundrecht für alle Menschen. (vgl. WALTER 2005 S.37)

Um diese Einstellung jedoch ins Bewusstsein der Gesellschaft zu integrieren, muss zuvor mit einigen Vorurteilen aufgeräumt werden:

In den zunehmenden Publikationen über das Thema Behinderung und Sexualität wird zunehmend versucht jene Mythen aufzuzeigen. Für WALTER sind diese Vorurteile der

Öffentlichkeit hauptsächlich *Verdrängung und Leugnung, Dramatisierung und Fehldeutung*: (WALTER 2005, S.32 ff.)

Verdrängt wird das Faktum, dass der geistig behinderte Mensch eine meist altersgemäße und von geistiger Behinderung unabhängige geschlechtliche Reifeentwicklung durchlebt und sich in gleichem Maße mit seiner Sexualität auseinandersetzen muss, wie der nichtbehinderte Mensch.

Der geistig behinderte Mensch wird jedoch, im Unterschied zum nichtbehinderten Menschen, als sexuelles Wesen *geleugnet* (*siehe Kapitel Zwangssterilisation 2.3.1.2*). Es wird erwartet, dass Menschen mit geistiger Behinderung „naive, unverdorben und geschlechtslose“ Kinder bleiben (WALTER 2005 S.32) und sich als solche verhalten. Dies führt zu der Ambivalenz einerseits die Erwartungen der Menschen zu erfüllen und andererseits die eigenen sexuellen Gefühle und Empfindungen ausleben zu wollen.

„Die Intelligenzminderung schließt für den Außenstehenden die Unfähigkeit ein, die menschliche Sexualität in die eigene Person zu integrieren, sie zu lenken oder gar zu kompensieren. Daraus erwächst dann die Befürchtung, die Sexualität der geistig Behinderten sei meist ungeordnet, verselbstständige sich und werde dann aggressiv.“ (HUBER 1975 zit. nach WALTER 2005, S.33)

Diese *Dramatisierung* ist ein Ausdruck von Fehlannahmen, dass Sexualität für geistig behinderte Menschen nur eine Triebbefriedigung darstellt (vgl. WALTER 2005, S.33)

Verhaltensweisen von Menschen mit intellektueller Behinderung können zum Teil missverständlich gedeutet. Sie können sich oftmals, aufgrund von fehlenden sprachlichen Fähigkeiten, nur durch nonverbale Kommunikation äußern. Jene Ausdrucksform basiert häufig auf direkten Körperkontakt wie etwa sich anschmiegen oder den Interaktionspartner zu kosen. Dies wird sowohl in der Öffentlichkeit aber auch bei Eltern und einem Teil der Pädagogen als sexualisiertes Verhalten *fehl gedeutet*.

Schon aufgrund der oben genannten Gründe ist Sexualität von Menschen mit Behinderung auch eine „behinderte Sexualität“.

Damit Menschen mit Behinderung ihre Sexualität leben können muss laut ZIMA in das Bewusstsein (auch von BetreuerInnen) gelangen, dass „Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung keine besondere und abgesonderte Sexualität ist.“ (ZIMA 1998)

„Sexualität ist bei behinderten nichts anderes als bei nichtbehinderten Menschen auch: eine Energie, die Beziehungen aufnehmen, Zärtlichkeit und Liebe erfahren und geben läßt. Sexualität existiert nie als Abstraktum, sondern immer in der individuellen Ausformung durch einzelne Menschen und deren sexuelle Sozialisation. Und so, wie jeder Mensch subjektive Individualität lebt, mit oder ohne irgendwie gearteter Behinderung, so erhält die Sexualität eines Menschen durch seine Behinderung ‘lediglich’ eine weitere Facette an individueller Eigenart“ (SCHRÖDER 1991 zit. nach ZIMA 1998)

Wie bereits erwähnt nimmt Sexualität einen hohen Stellenwert im Leben von Menschen ein, Sexualität ist Lebensenergie, Kommunikationsmedium und stellt ein Grundrecht dar²⁷:

„Ethischer Leitsatz muß sein: Die verantwortlichen Bezugspersonen geistig behinderter Menschen sind verpflichtet, Sexualität, Freundschaft und Partnerschaft in dem Maße zu fördern, wie sie die behinderten Partner einander näherbringt, sie in ihrer sozialen Verantwortung füreinander reifen und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung wachsen läßt.“

Einerseits hat eine Partnerschaft oder Sexualität für einen Menschen mit intellektueller Behinderung die Aufgabe „sich ihrer Attraktivität für andere bewußt zu werden“ und „als ‚vollwertiger‘ Partner akzeptiert zu werden“ (WALTER 1994)

Andererseits ist der positive Effekt einer Partnerschaft auch sehr pragmatisch zu sehen: Wo Menschen mit Behinderung alleine vielleicht überfordert wären, können sie nun lernen sich gegenseitig zu unterstützen und helfen (vgl. WALTER 1994) Resümee von WALTER lautet deshalb: „Anstatt die ganze Kraft in letztlich wenig aussichtsreichen Unterdrückungsversuchen zu vergeuden, sollte im Gegenteil die enorme Motivationskraft, die von einer möglichen Partnerschaft ausgehen kann, pädagogisch im positiven Sinne genutzt werden.“ (WALTER 1994)

2.6 Zusammenfassung

Sexualität stellt ein Grundbedürfnis jedes Menschen dar, sei er mit einem Handicap versehen oder nicht. Es muss deshalb auch für Menschen mit intellektueller Behinderung eine Möglichkeit geben dieses Bedürfnis auszuleben. Aufgrund der speziellen Situation der Institutionalisierung in der sich Menschen mit intellektueller Behinderung häufig befinden, ist es auch Aufgabe der Betreuungspersonen, Räume zu schaffen wo ein Rückzug und ein

²⁷ Vgl WALTER 1994

Ausleben der Sexualität möglich sind. Dies muss in der heutigen Zeit zum Standard einer Institution gehören. War es früher noch üblich Menschen mit intellektueller Behinderung das Bedürfnis nach Sexualität komplett abzusprechen, sie in abgeschlossenen Institutionen einzusperren und sie zum Teil einer Zwangssterilisation zu unterziehen, wird heutzutage der Fokus wieder auf den Menschen und nicht auf die Funktion des Menschen gelegt. Dennoch, in einer Gesellschaft, die nach (äußerer) Perfektion strebt, muss noch viel Arbeit geleistet werden um diese Thematik salonfähig zu machen. Offenheit und eine lückenlose Aufklärung der Betroffenen ist gerade im Hinblick auf Prävention und hierbei im Speziellen auf Sexualpädagogik wichtig, gelungene Sexualität trägt jedoch natürlich auch zu einem gesamten Wohlbefinden bei.

3. Gewalt. Formen, Definitionen und Hintergründe

Ebenso schwierig wie die Begriffsdefinition der Termini „Behinderung“ und „intellektuelle Behinderung“ ist auch eine Definition des Gewaltbegriffes keine eindeutige und zum Teil ambivalente. Es scheint als könne man Gewalt in vielerlei Hinsicht definieren wobei es hierbei darauf ankommt „wer den Begriff definiert und für welchen Zweck dies geschieht.“ (WHO Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003, S.5)

Relevanz erlangt ein Definitionsversuch jedoch in Hinsicht einer späteren Auseinandersetzung mit der Thematik der sexuellen Gewalt bzw. mit Gewaltpräventionsprogrammen.

HEITMEYER/SOEFFNER fassen die diversen Definitionsversuche zusammen: „Sowohl im historischen Kontext als auch in aktuellen Auseinandersetzungen geht es immer um Varianten der Zerstörung und ihre destruktiven Ergebnisse, die unterschiedliche Folgen nach sich ziehen können (...).“ (HEITMEYER/SOEFFNER 2004, S. 11)

3.1 Der Gewaltbegriff der WHO

Die WHO versucht im Bericht „Violence: a public health priority“ eine Definition, die für alle Berufsgruppen gelten kann: Gewalt sei „der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“ (WHO Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003. S.6)

Zur näheren Betrachtung ist es nötig Gewalt noch weiter zu differenzieren. Die WHO unterscheidet im *World report on violence and health* in einer Typologie unter 3 Kategorien (vgl.: WHO Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003. S.6 f.)

- Gewalt gegen die eigene Person
- zwischenmenschliche Gewalt und
- kollektive Gewalt.

Jene Kategorien werden nun weiter differenziert in:

- *Physische Gewalt* bezeichnet absichtlich durchgeführte körperliche Angriffe, Schädigungen und Verletzungen.
- *Sexuelle Gewalt* bezeichnet einen sexuell motivierten und mit Gewalt einhergehenden Übergriff und Machtmissbrauch.
- *Psychische Gewalt* bezeichnet die verbale oder nonverbale Verletzung anderer durch Drohung, Verleumdung, Ablehnung, Beschimpfung, Belästigung, Stalking usw.
- *Deprivation und Vernachlässigung* bezeichnet die körperliche und/oder seelische Vernachlässigung bzw. Entziehung der notwendigsten (auch emotionalen und seelischen) Bedürfnisse.

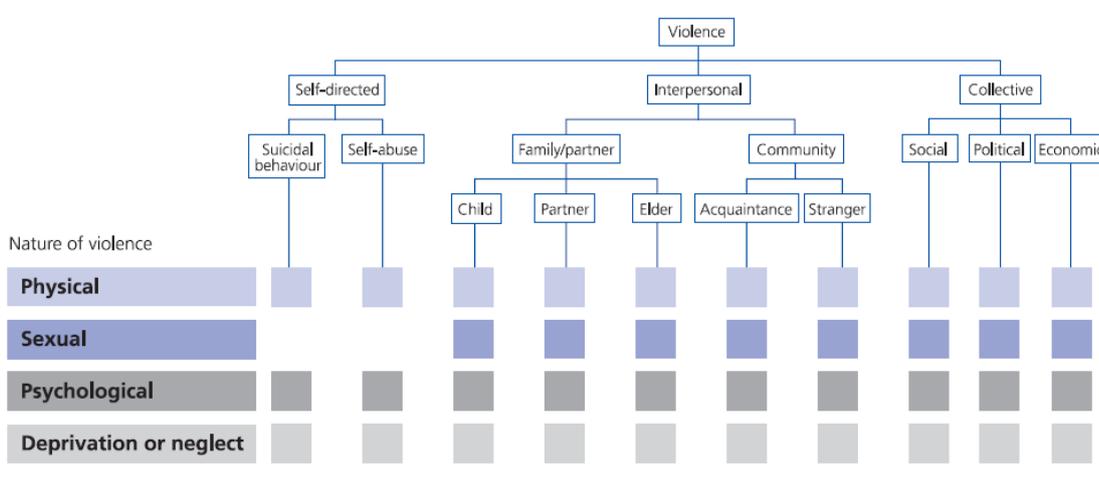


Abbildung 1: Eine Typologie der Gewalt. WHO Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003. S.6

Suizidales Verhalten und Selbstmisshandlung, welche in Form von physischer, psychischer Gewalt und in Form von Vernachlässigung auftreten können, sind unter der Kategorie *Gewalt gegen die eigene Person* zusammengefasst.

Zwischenmenschliche Gewalt kann sowohl Gewalt in der Familie bzw. zwischen Intimpartner als auch von Gemeinschaftsmitgliedern ausgehen und in allen beschriebenen Formen passieren.

Unter der Kategorie der *kollektiven Gewalt* bezeichnet die WHO „instrumentalisierte Gewaltanwendung durch Menschen, die sich als Mitglieder einer anderen Gruppe

begreifen und damit politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Ziele durchsetzen wollen.“ (WHO 2003. S.7)

3.2 Zusammenfassung

In gleichem Maße in dem der Begriff der Behinderung nicht eindeutig definiert werden kann, ist dies bei dem Gewaltbegriff ähnlich. Für die vorliegende Arbeit ist eine einheitliche Definition wichtig. Gerade im Hinblick auf Gewaltprävention ist es für den Präventionsprozess bedeutend, dass HelferInnen für sich selbst zunächst eine einheitliche Definition finden. Nur dann kann gesichert sein, dass die Informationen auch bei den Adressaten ankommen.

4. Sexualisierte Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung

„Sexueller Missbrauch an Menschen mit geistiger Behinderung wird häufig als doppelte Tabuisierung – das Tabu im Tabu – bezeichnet.“²⁸

„Sexuelle Ausbeutung ist nicht in erster Linie ein Sexualdelikt, sondern ein Gewaltdelikt und ein Machtproblem.“²⁹

Basierend auf den Begrifflichkeiten der WHO sowie deren Kategoriensystem widmet sich dieses Kapitel nun der sexuellen Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung. Es sollen Definitionen auf ihre Gültigkeit im Behindertensektor prüfen, Charakteristika und eine aktuelle Präferenzrate sowie der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt werden. Weiters wird untersucht welchen zusätzlichen Risikofaktor Behinderung darstellt und welche Folgen für die Betroffenen entstehen.

4.1 Streitfrage Begrifflichkeit

Schon die erste Betrachtung des bloßen Begriffes der sexuellen Gewalt ist in der Wissenschaft eine Streitfrage. In der Alltagssprache sowie in der Literatur werden die verschiedensten Termini verwendet: Sexueller Missbrauch, Sexuelle Gewalt, sexueller Übergriff, Sexualisierte Gewalt, sexuelle Ausbeutung, sexuelle Misshandlung usw.

Obwohl sich der Begriff *Sexueller Missbrauch* in der Alltagssprache und zum Teil auch in der Literatur durchgesetzt hat, ist er doch widersprüchlich zu betrachten, denn Experten kritisieren, wo es einen sexuellen MISSbrauch gibt, muss es auch einen sexuellen GEbrauch geben.

Auch der Begriff der *sexuellen Gewalt* ist umstritten, so wird Gewalt in der Alltagssprache oftmals nur mit physischer Gewalt in Verbindung gebracht. Sexueller Missbrauch geht jedoch immer auch mit psychischer Gewalt einher. Dies beschreibt keineswegs die gesamte Tragweite der sexuellen Gewalt. Sexuelle Übergriffe gehen immer mit psychischer Gewalt einher, können zunächst vorsichtige Berührungen sein und schließlich in Penetration enden. Es gibt jedoch auch sexuellen Missbrauch ohne jegliche

²⁸ GERDTZ 2003, S. 33

²⁹ ZEMP, Aiha Online abrufbar unter URL <http://www.fabs-online.ch/hintergrund/artikel-2/> [16.02.2010]

Berührungen, wie etwa Nötigung zum Betrachten von pornographischem Material oder Exhibitionismus. Experten bezeichnen diese unter „hands off“ – Handlungen (im Gegensatz zum oben erwähnten „hands on“- Handlungen).³⁰

In dieser Arbeit wird größtenteils der Begriff *sexualisierte Gewalt* verwendet. Dieser Begriff meint, Macht und Gewalt treten in sexualisierter Form auf, ein Überbegriff ist *sexueller Übergriff*.

4.2 Die Vielfalt der Definitionen

Gerade für einen derart facettenreichen Begriff wie jener der sexuellen Gewalt gibt es keine einheitliche Definition, so variieren sie z.B. in Hinsicht auf Täter- oder Opferbezogenheit, Auswirkungen und Handlungen. Des Weiteren „unterliegt das Verständnis sexueller Ausbeutung einem historischen Wandel“ und es sind „kulturelle Unterschiede festzustellen“³¹

Die folgenden beiden Definitionen stellen nur eine Auswahl dar, sind jedoch für die vorliegende Arbeit und hinsichtlich der oben genannten Gesichtspunkte bedeutsam. Der erste Definitionsversuch von KOES (1979) stellt eine sehr übersichtliche, allumfassende Definition dar, die sowohl die Tat an sich als auch die Folgen von sexualisierter Gewalt einschließt.

„SEXUELLER MISSBRAUCH ist jeder nicht zufällige, bewusste [bzw.] unbewusste „nicht zwangsläufig physisch, aber immer psychisch gewaltsame, immer nur der Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen dienende und durch Ausnutzung von Macht erwirkte psychische [bzw.] physische Übergriffe auf die sexuelle Sphäre von Kindern, der häufiger in Familien [und/oder] Institutionen als durch Fremde geschieht, meistens keine Einzeltat ist und zu physischen und vor allem psychischen Verletzungen, die oft das ganze weitere Leben negativ beeinflussen, führt, und der das Wohl und vor allem die Rechte eines Kindes beeinträchtigt [bzw.] bedroht und von den Kindern selbst am ehesten als Mißbrauch erkannt werden kann.“ (nach einer Abb. von KOES 1979 in BESTEN 1992, SELIGMANN 1996, S.18 f)

³⁰ vgl. hierzu auch Kapitel 4.3 Charakteristika sexualisierter Gewalt

³¹ BANGE 1995 in MARQUARDT-MAU 1995, S.31

Diese Definition ist jedoch auf die spezielle Situation von nichtbehinderten Kindern zugeschnitten, weshalb eine zweite spezifischere Definition genannt werden soll.

„Sexuelle Ausbeutung von Kindern und/oder physisch und/oder geistig abhängigen Menschen durch Erwachsene (oder ältere Jugendliche) ist eine sexuelle Handlung des Erwachsenen mit einem abhängigen Menschen, der aufgrund seiner emotionalen, intellektuellen oder physischen Entwicklung nicht in der Lage ist, dieser sexuellen Handlung informiert und frei zuzustimmen. Dabei nützt der Erwachsene, der/die HelferIn die ungleichen Machtverhältnisse zwischen sich und der/dem Abhängigen aus, um es/sie/ihn zur Kooperation zu überreden oder zu zwingen. Zentral ist dabei die Verpflichtung zur Geheimhaltung, die das Kind/die abhängige Person zu Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit verurteilt.“ (ZEMP 1991 in Anlehnung an SGROI 1982, zit. nach ZEMP/PIRCHER/SCHOIBL 1997)

Die Merkmale von sexuellem Missbrauch an Menschen mit intellektueller Behinderung sind also jenen von Missbrauch an nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen gleichzusetzen, jedoch darf der Faktor der Behinderung als Risikofaktor nicht außer Acht gelassen werden. Im Kapitel 4.6 wird versucht dies in die Überlegungen mit einzubeziehen und die Risikofaktoren herauszufiltern.

4.3 Charakteristika sexualisierter Gewalt

Die in der Literatur vorliegenden Definitionen haben die folgenden Gesichtspunkte gemein³²:

- Vorhandensein einer sexuellen Handlung
- Auftreten von Gewalt
- Machtgefälle/Machtmissbrauch zwischen TäterIn und Opfer
- Geheimhaltungsgebot zwischen TäterIn und Opfer
- emotionale, ambivalente Gefühle der Betroffene
- Abhängigkeitsverhältnis zwischen TäterIn und Opfer
- Sexuelle Gewalt stellt eine geplante Tat dar.
- Naheverhältnis zum TäterIn

³² Vgl. SELIGMANN 1996, DAMROW 2006, KOCH/KRUCK 2000, BECKER 2001

- Sexueller Missbrauch hat Wiederholungscharakter
- oftmals Entwicklungs- bzw. Altersunterschied zwischen TäterIn und Opfer (speziell bei nichtbehinderten minderjährigen Opfern)

Im Folgenden wird versucht jene Hauptgesichtspunkte genauer zu untersuchen:

Charakteristisch für sexualisierte Gewalt ist immer ein *Vorhandensein einer sexuellen Handlung*. Hierbei ist es oftmals eine Auslegungssache wo sexuelle Handlungen beginnen. Ein Versuch der Klärung ist die Einteilung in enge und weite Definition. Sexueller Missbrauch im engeren Sinne bezeichnet alle sexuellen Handlungen mit direktem Körperkontakt wobei innerhalb einer weiten Definition auch Handlungen ohne Körperkontakt wie etwa die Nötigung zum Anschauen pornographischen Materials oder Exhibitionismus berücksichtigt werden. (vgl. HASLBECK 2007, S.15). Eine enge Definition von sexueller Gewalt kann jedoch in der Praxis nicht herangezogen werden, da diese zu unkonkret ist. Die weite Definition ist für die Praxis ebenso wenig geeignet, da die Thematik der sexuellen Gewalt weiterhin unkonkret bleibt.

Sexualisierte Gewalt ist Gewalt in sexualisierter Form, das *Vorliegen von Gewalt* ist evident. Wie in den obigen Kapiteln beschrieben kann Gewalt verschiedene Erscheinungsformen haben. Bei sexualisierter Gewalt ist jedoch immer psychische Gewalt beteiligt. Dies wird in der vorliegenden Arbeit im Kapitel 4.9 Folgen (von sexuellen Übergriffen) noch genauer erläutert.

Sexuelle Gewalt ist weiters immer definiert von einem *Machtgefälle zwischen TäterIn und Opfer*. Zur Verdeutlichung des Machtgefälles in Beziehungen seien hier Gregory BATESON und seine Theorie der symmetrischen und komplementären Beziehungen genannt. BATESON unterscheidet zwischen einer symmetrischen (gleichartigen) Beziehung und einer komplementären Beziehung (die auf Ungleichheit beziehungsweise einem Machtgefälle beruht). Eine komplementäre Beziehung ist immer durch ein unterschiedliches Machtverhältnis von zwei Personen charakterisiert, egal ob es sich hier um das Verhältnis von Kindern und Erwachsenen, behinderten Menschen und deren BetreuerInnen, SchülerInnen und LehrerInnen oder auch Angestellte(r) und Vorgesetzte(r) handelt. Bei sexualisierter Gewalt werden symmetrische und komplementäre Beziehung vermischt. Es entsteht eine Verstrickung: Das Opfer hat zunächst aufgrund des Machtunterschiedes eine

komplementäre Beziehung zur/zum TäterIn, es wird jedoch durch die sexualisierte Handlung auf eine Ebene, also in eine symmetrische Beziehung gezwungen. Diese Vermischung der Ebenen resultiert schließlich in *ambivalente Gefühle seitens des Opfers*. Jene Ambivalenz resultiert aus Gefühlen der Zuneigung, die jedoch in gleichem Maße wie das Wissen um die Unrechtmäßigkeit der Tat bestehen. Je näher der/die TäterIn dem Opfer steht, desto größer wird dieser intrapersonale Konflikt der Betroffenen. Diese dieser Beziehungsverstrickung gefangen. Besonders bedeutsam ist dies wenn der/die TäterIn (wie dies zumeist der Fall ist) aus dem unmittelbaren Nahbereich (Verwandte, Bekannte, Betreuungspersonen, ...) der Opfer stammt.

Dieser Umstand erklärt auch das hohe *Abhängigkeitsverhältnis des Opfers zum/zur TäterIn*.

Neben der Abhängigkeit von den TäterInnen und den ambivalenten Gefühlen sei hier noch das *Geheimhaltungsgebot* erwähnt. Sexualisierte Gewalt ist auch immer von einem Redeverbot charakterisiert. TäterIn und Opfer haben ein Geheimnis und TäterInnen wenden die verschiedensten Strategien (z.B. offene oder versteckte Drohungen) an um jenes Geheimnis unter Verschluss zu halten. Die TäterInnen genießen weiters eine hohe Vertrauensrate. Diese Rate ist, wenn der/die TäterIn in der eigenen Familie der Betroffenen zu finden ist, natürlich am höchsten.

Oftmals charakterisiert sexuelle Gewalt auch ein mit einem Machtgefälle einhergehendes *Entwicklungsgefälle zwischen TäterIn und Opfer*. Dieses Merkmal bekommt besondere Bedeutung in Hinsicht auf sexuelle Gewalt an Menschen mit Behinderung.

Laut BECKER (2001) kommt hierbei noch das gesellschaftliche Problem hinzu, trotz Enttabuisierung und Liberalisierung *Sexualität immer noch als Tabu zu betrachten* (siehe dazu Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit) und kaum bis wenig Möglichkeit zu haben über das Erlebte zu sprechen. Hier kann unter anderem primäre Prävention ansetzen.

4.4 Prävalenzrate und aktueller Forschungsstand

Wie auch bei sexuellem Missbrauch an nicht behinderten Kindern und Jugendlichen ist die gesicherte Aussage über die Prävalenzrate nicht möglich.

Dies hat mehrere Gründe: Zunächst muss nochmals erwähnt werden, dass Sexualität von behinderten Menschen immer noch ein Tabu darstellt und Menschen mit intellektueller Behinderung oftmals als geschlechtslose Wesen betrachtet (siehe Kapitel 2.5.) und in ihrer Sexualität geleugnet werden. Sie können mit diesem gesellschaftlichen Hintergrund kaum ein positives Verhältnis zu ihrem Körper und ihrer Sexualität aufbauen, viele Menschen mit intellektueller Behinderung wissen nicht welche (sexuellen) Handlungen „in Ordnung“, also rechtens sind und welche nicht. Des Weiteren haben Menschen mit intellektueller Behinderungen oftmals nicht die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten, weshalb es zu keiner Offenlegung und zu keiner Anzeige führen kann.³³ Jene Fälle tauchen in den vorliegenden Statistiken und Untersuchungen kaum auf. „Meist wird der Mißbrauch an Kindern, die nur über begrenzte Ausdrucksmöglichkeiten verfügen, nur dann bekannt, wenn eindeutige körperliche Symptome auf den sexuellen Mißbrauch hinweisen, wenn der Mißbrauch durch andere Bezugspersonen angezeigt wird oder wenn das Opfer die Möglichkeit hat, nonverbal auf das Geschehen hinzuweisen.“ (SENN 1993 zit. nach SELIGMANN 1996)

Ein weiterer Grund für sehr marginale Statistiken sind die wenigen Veröffentlichungen, die es im deutschsprachigen Raum zu dieser Thematik gibt sowie die nicht vorhandene Kriminalstatistik. In dieser werden die etwaigen Behinderungen der Opfer (oder Täter) weder aufgeführt noch berücksichtigt. Eine genaue Zahl kann aus diesem Grunde nur geschätzt werden und hängt hauptsächlich von Berichten von Mitarbeitern in entsprechenden Einrichtungen bzw. den Betroffenen selbst.

Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer im Vergleich zu sexuellem Missbrauch an nichtbehinderten Kindern um ein vielfaches höher anzusetzen ist: „Berichte von PraktikerInnen lassen die Schlußfolgerung zu, daß sexuelle Gewalt gegen behinderte Mädchen und Jungen besonders häufig vorkommt“(Enders 1990, zit. nach Becker 2001, S.41) Eine Umfrage unter den teilnehmenden Personen der Fachtagung über sexuellen Missbrauch an Kindern mit Behinderung in Ulm hat ergeben, dass fast jede(r) TeilnehmerIn spontan etwa 1 bis 2 Fälle von sexuellem Missbrauch aus der Praxis zu berichten hatten. (vgl. SELIGMANN 1996 S.86 f., BECKER 2001 S.40)

³³ Vgl. hierzu auch Kapitel 5.3 der vorliegenden Arbeit

Verfügbare und deutlichere Zahlen liegen in Veröffentlichungen und Studien aus den USA und Kanada vor. Jedoch gibt es auch hier Probleme bei der Datengewinnung: Die amerikanischen Wissenschaftlerinnen konnten vielfach keine Datenerhebungen in Behinderteneinrichtungen und Heimen durchführen, da ihnen der Zugang nicht gestattet wurde. Sie konnten nur dann Material sichern, wenn bereits ein Fall öffentlich wurde und die Wissenschaftlerinnen nur mit dem Auftrag der Weiterbildung für die Einrichtungs- und Heimangestellten gesandt wurden. (vgl. ZEMP/ PIRCHER 1996)

Ein weiteres Hindernis war die zuvor erwähnte Kommunikationsbarriere zwischen Wissenschaftlerinnen und Menschen mit intellektueller Behinderung weshalb sich die Untersuchungen und Studien größtenteils auf Menschen mit „mild mental retardation“ beziehen. (vgl. ZEMP/ PIRCHER 1996)

In einer in Kanada durchgeführten Untersuchung wurden die Gewalterfahrungen von 1200 Frauen mit Behinderung untersucht. Ergebnis war, dass 40 % der Frauen angaben, schon einmal Opfer von sexueller Gewalt waren. Diese Daten beziehen sich auf das ganze Leben der Frauen, es wird nicht explizit der sexuelle Missbrauch im Kindesalter untersucht. (vgl. BECKER 2001, S. 45)

Um die Tragweite des Missbrauchs im Kindesalter darzulegen, fasst die amerikanische Wissenschaftlerin Charlene SENN vom *The G. Allen Roeher Institute* die vorliegenden amerikanischen Studien zusammen: Es wird geschätzt, „daß zwischen 39% (...) und 68% (...) der Mädchen und zwischen 16 % (...) und 30% (...) der Jungen mit Entwicklungsstörungen Opfer sexuellen Mißbrauchs werden, ehe sie 18 Jahre alt sind.“ (SENN 1993, S.30)

Besonders alarmierend sind die Zahlen über sexuellen Missbrauch an Kindern mit Hörbeeinträchtigungen. In einer Umfrage an einem amerikanischen Internat für gehörlose Kinder und Jugendliche gaben etwa 75 % der Befragten sexuelle Gewalterfahrungen an, 19% aufgrund von inzestuösen Erfahrungen. (vgl. BECKER 2001, S.45 f.)

Eine österreichische Untersuchung

Zahlen aus dem deutschsprachigen Raum liegen wie bereits erwähnt nur sehr spärlich vor. 1996 gab das Bundesministerium für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz eine Studie in Auftrag, die die „sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit

Behinderung“ (so auch der Titel der Studie) untersuchen sollte. Die Autorinnen ZEMP und PIRCHER haben hierfür 130 Frauen im Alter von 17 bis 69 nach ihren Gewalterfahrungen befragt. Die befragten Frauen wiesen unterschiedliche Behinderungen auf, wobei die größte Gruppe der befragten (57,5 %) eine intellektuelle Behinderung aufwies, 23,5 % eine Körperbehinderung, 12,5 % Mehrfachbehinderung und 6,6 % eine Lernbehinderung. Von jenen 130 befragten Frauen gaben 71 (62,3 %) an, bereits Opfer von sexueller Belästigung geworden zu sein, 74 Frauen (63,8%) gaben an bereits sexuelle Gewalterfahrungen zu haben. (vgl. ZEMP/ PIRCHER 1996)

4.4.1 Sexualisierte Gewalt in Institutionen

Menschen mit geistiger Behinderung sind häufiger von Institutionalisierung betroffen als nichtbehinderte Menschen. Es muss deshalb der Bereich des Missbrauchs innerhalb Institutionen ebenso berücksichtigt werden. Dieser scheint jedoch noch in viel höherem Maße tabuisiert zu werden, gesicherte Daten gibt es meines Wissens keine. Die wenigen Untersuchungen, die auf Erzählungen ehemaliger MitarbeiterInnen bzw. PraktikantInnen basieren, lassen darauf schließen, dass das Ausmaß der Problematik als sehr hoch einzustufen ist.

Dennoch ist es kaum möglich sexuelle Übergriffe im institutionellen Kontext aufzudecken. Der Kinderschutzbund im deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen hat sich mittels einer ExpertInnenrunde mit der Intervention und der Prävention von sexuellen Übergriffen innerhalb von Institutionen für nichtbehinderte Kinder beschäftigt. Trotzdem sich jene ExpertInnenrunde nicht mit der Thematik hinsichtlich Menschen mit intellektueller Behinderung auseinandersetzt, können die genannten Gründe übernommen werden.

- Innerhalb der einzelnen Disziplinen wird diese Thematik nicht oder nur unzureichend kommuniziert.
- TäterInnen werden von KollegInnen kaum „in den eigenen Reihen“ vermutet
- Wenn jedoch der Verdacht aufkommt, haben viele MitarbeiterInnen Angst vor einer Falschaussagen über eine(n) KollegIn und/oder
- Angst bei der offenen und medialen Bearbeitung der Thematik die eigene Einrichtung in Verruf zu bringen
- Angst es könne zu einer Eskalation kommen, wenn der Verdacht geäußert würde. (vgl. KINDERSCHUTZBUND NORDRHEIN WESTFALEN 2003)

Ergänzen möchte ich hier noch das fehlende Wissen vieler KollegInnen über die Problematik der sexuellen Übergriffe und ihre ordnungsgemäße Bearbeitung bei einem Verdachtsfall sowie die eigene Haltung der Thematik Sexualität gegenüber. Eine Betreuungsperson, die selbst Schwierigkeiten hat, mit Sexualität offen umzugehen, wird sich im Verdachtsfall tendenziell eher weniger an einen Vorgesetzten wenden, als MitarbeiterInnen die der Thematik Sexualität gegenüber aufgeschlossen sind. Dieser dargelegte Aspekt stellt auch einen großen Risikofaktor dar und wird, wie auch andere Risikofaktoren, im Kapitel 4.6 näher behandelt.

4.5 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Thematik soll nun in dem folgenden Kapitel auf ihre rechtlichen Grundlagen überprüft werden. Wie in der vorliegenden Arbeit in Kapitel 6 noch hinreichend erklärt wird, hat Prävention auch immer aufdeckenden Charakter weshalb eine genaue Betrachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Opfer und HelferInnen zwingend notwendig ist. Es werden unter anderem Auszüge aus dem Strafgesetzbuch, des Jugendwohlfahrtsgesetzes sowie der Strafprozessordnung aufgezeigt und zusammengefasst.

4.5.1 Vorbemerkungen

In diesem Kapitel werden einige Paragraphen herangezogen und deren Wortlaut übernommen. Es gilt deshalb im Vorfeld, die wichtigsten im Gesetzestext verwendeten Begriffe, zu erläutern:

- *Unmündige* Personen sind Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Als *minderjährig* gelten Personen bis zum vollendeten 19. Lebensjahr
- Jugendliche sind nach dem Gesetz Personen ab dem 15. bis zum vollendeten 19. Lebensjahr
- Die in Klammer gestellten Ziffern stellen den Absatz des einzelnen Paragraphen dar.

4.5.2 Sexualisierte Gewalt im Strafgesetzbuch

Im Strafgesetzbuch werden diverse Begriffe für sexualisierte Gewalt verwendet. Im Strafgesetzbuch (StGB) finden sich im Zehnten Abschnitt „Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung“ aktuell 19 Paragraphen, die sexualisierte Gewalt betreffen.

Unter anderem spricht der Gesetzgeber im Kontext mit Kinder und Jugendlichen von „sexuellem Missbrauch“ (§ 206 und § 207 StGB Schwerer sexueller Mißbrauch von Unmündigen und Sexueller Mißbrauch von Unmündigen), hinsichtlich mündigen und volljährigen Personen von „Vergewaltigung“ (§201 StGB), „Geschlechtliche Nötigung“ (§202 StGB) oder „sexuelle Belästigung(...)“ (§218 StGB)

Besonders im Hinblick auf sexuelle Gewalt im professionellen Betreuungskontext sei der § 212 (§212 *Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses*) hier noch hervorzuheben:

Zu bestrafen ist, wer „mit einer mit ihm in absteigender Linie verwandten minderjährigen Person, seinem minderjährigen Wahlkind, Stiefkind oder Mündel“ oder „mit einer minderjährigen Person, die seiner Erziehung, Ausbildung oder Aufsicht untersteht, unter Ausnützung seiner Stellung gegenüber dieser Person eine geschlechtliche Handlung vornimmt oder von einer solchen Person an sich vornehmen lässt oder, um sich oder einen Dritten geschlechtlich zu erregen oder zu befriedigen, dazu verleitet, eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen(...)“.

Dies gilt für oben genannte Gruppen gleichermaßen wie für ÄrztInnen, klinische PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Angehörige eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufes oder SeelsorgerInnen. Weiters auch für Angestellte *„einer Erziehungsanstalt oder sonst als in einer Erziehungsanstalt“* Beschäftigte und Beamte, die mit einer amtlichen Obhut betraut sind.

4.5.3 Opferschutzgesetze

Aus Gründen der Vollständigkeit und auch im Hinblick auf sekundäre und tertiäre Prävention bzw. Opferhilfe sollen auch das Gewaltschutzgesetz und das Verbrechenopfergesetz kurz Erwähnung finden.

4.5.3.1 Gewaltschutzgesetz³⁴

1997 tritt erstmals in Österreich das Gewaltschutzgesetz in Kraft, welches massive Hilfestellungen und Schutzmaßnahmen für Opfer von Gewaltverbrechen zum Ziel hat.

Mit in Kraft treten des Gesetzes ist es Opfern nun möglich eine Wegweisung und Betretungsverbot zu erwirken. (§38a SPO) Weiters kann nach §382b und §382e Exekutionsordnung (EO) kann eine *erstweilige Verfügung* bis zu 6 Monaten gelten und die Schutzmaßnahmen, die die Opfer benötigen können ebenfalls beantragt werden. Staatlich anerkannte *Opferschutzeinrichtungen* (Interventionsstellen) kümmern sich in dieser Zeit um die Opfer von Gewalterfahrungen.

Vor, während und nach einer Gerichtsverhandlung haben Opfer Recht *psychosoziale und juristische Prozessbegleitung* zu beantragen. Die Prozessbegleitung fungiert hierbei als Vertrauensperson und ist berechtigt die Betroffenen zu jeglichen Verhandlungen und Vernehmungen zu begleiten und ist auch vom Gericht über die Verhandlungstermine zu unterrichten. (§ 73b ZPO)

Es sei an dieser Stelle noch die höchst bedeutende und notwendige *kontradiktorische Einvernahme* zu erwähnen. Diese Form der Einvernahme soll Opfer und TäterInnen während der Einvernahme räumlich trennen.

Sollte es zu einer Einvernahme im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens oder einer Hauptverhandlung kommen, kann nach § 165 STPO (Strafprozessordnung) die kontradiktorischen Einvernahme sowohl von Opfer als auch TäterIn beantragt werden. Handelt es sich jedoch um ein Sexualdelikt so ist eine kontradiktorische Einvernahme bei Unmündigen per Gesetz zwingend. Für alle Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, kann es, wie oben erwähnt, bei der Staatsanwaltschaft beantragt werden.

³⁴ Vgl. BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH. Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst. FRAUENRATGEBERIN; VEREIN AUTONOME ÖSTERREICHISCHE FRAUENHÄUSER. INFORMATIONSSTELLE GEGEN GEWALT. Zweites Gewaltschutzgesetz ;

4.5.3.2 Verbrechenopfergesetz

Das VOG regelt den Anspruch auf Hilfe. Dies sind Zuschüsse und Entschädigungszahlungen sowie ärztliche, psychosoziale Hilfe und juristischen Beistand.

4.5.3 Gesetzliche Grundlagen für HelferInnen

Alle Personengruppen die in ihrem Berufsfeld mit Kindern, Jugendlichen und in weiterer Folge auch mit Menschen mit intellektueller Behinderung zu tun haben, haben ihrerseits gesetzliche Grundlagen.

4.5.3.1 Die Mitteilungspflicht nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG)

Für alle Personen, die in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt beschäftigt sind sowie jene Personen, die in Einrichtungen tätig sind, die von der Jugendwohlfahrt beauftragt werden, gilt die in § 37 festgehaltene Pflicht von einer Gefährdung einer minderjährigen Person unverzüglich Meldung an die zuständige Jugendwohlfahrtsabteilung zu machen. Dies betrifft hauptsächlich Pädagogen in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für minderjährige Kinder und Jugendliche. Von dieser Meldung sind auch PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und medizinisches Personal betroffen, sofern ihre Arbeit im Auftrag der Jugendwohlfahrt durchgeführt wird. In diesem Fall ist von der Schweigepflicht abzusehen und nach dem JWG zu handeln.

4.5.3.2 Ärztliche Verschwiegenheit und die gelockerte Anzeigepflicht im Ärztegesetz (AerzteG)

Ärzte sind nach § 54 (1) AerzteG zur Verschwiegenheit gegenüber PatientInnen verpflichtet. Bei konkreten Hinweisen des Missbrauches an Minderjährigen ist jedoch eine Anzeigepflicht im § 54 (5) verpflichtend. Richtet sich der Verdacht jedoch auf einen Täter im Familiensystem des Kindes, ist diese Anzeigepflicht jedoch gelockert und die Anzeige kann unterbleiben, wenn der Jugendwohlfahrtsträger miteinbezogen wird. In Bezug auf volljährige Personen haben Ärzte ebenso grundsätzliches Gebot zur Verschwiegenheit, ist jedoch der Verdacht einer gerichtlich strafbaren Handlung gegeben, so muss sofort Anzeige erstattet werden.

4.6 Behinderung als Risikofaktor³⁵

Wie in den vorigen Kapiteln der vorliegenden Arbeit ersichtlich wird ein Großteil der Menschen mit intellektueller Behinderung Opfer von sexuellem Missbrauch und es ist wichtig „die Gründe für diese Vulnerabilität einzuschätzen, um gezielte Prävention und Intervention leisten zu können.“ (SENN 1988, S.30)

Es wird nun versucht die Besonderheiten, mit den Menschen mit intellektuellen Behinderungen konfrontiert sind und die Missbrauchserfahrungen begünstigen aufgezeigt. Es wird hierbei unter physischen, psychischen, gesellschaftlichen und institutionellen Risikofaktoren unterschieden:

4.6.3 Physische Faktoren

1. Sterilisation

Wie in Kapitel 2.3.1 hinreichend dargelegt war es in der Vergangenheit üblich Menschen mit intellektueller Behinderung einer Zwangssterilisation zu unterziehen. Eines der Argumente bezieht sich hierbei auf den Schutz vor sexuellen Übergriffen. Tatsächlich schützt eine Sterilisation die Betroffenen jedoch nicht vor sexueller Gewalt, vielmehr schützt es die potenziellen TäterInnen, da eine Schwangerschaft, welche unter Umständen den Missbrauch aufdecken könnte, nun nicht mehr möglich ist und dies die Hemmschwelle der TäterInnen herabsetzt. Es ist daher zu schlussfolgern, dass eine Sterilisation Missbrauch keinesfalls verhindern würde, man muss sogar davon ausgehen, dass sexuelle Übergriffe begünstigt werden.

2. Körperliche Fremdbestimmung und beschränkte Intimsphäre

Schon in Hinsicht auf tägliche Pflegeleistungen sind Menschen mit intellektueller Behinderung nur beschränkt selbstbestimmt. Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, dass viele Betroffene nicht zwischen Pflegeleistungen bzw. liebevollem Berühren und sexuellen Übergriffen unterscheiden können: „Behinderte Kinder nehmen körperlichen Kontakt daher als krankengymnastische oder pflegerische Notwendigkeit wahr, so daß ihnen das

³⁵ Vgl. SELIGMANN 1996, S.71-83

Unterscheiden zwischen echter Nähe und mißbrauchenden Berührungen erschwert ist.“ (SIERCK 1989 zit. nach SELIGMANN 1996, S. 77)

Aufgrund oftmaliger Verletzung der (ohnehin verminderten) Intimsphäre wachsen Menschen mit intellektueller Behinderung „schließlich mit dem Gefühl auf, 'an mir darf jede und jeder herumfummeln': der Arzt, der Pfleger, der Therapeut usw.“ (ZEMP 1992 zit. nach SELIGMANN 1996, S. 77)

3. Eingeschränkte Bewegungsfreiheit

Auch die körperlichen Voraussetzungen von Betroffenen können einen Risikofaktor für einen sexuellen Übergriff darstellen: Menschen mit intellektueller Behinderung haben oftmals auch eine körperliche Behinderung, die sie nicht in gleichem Maße verteidigungsfähig macht wie nichtbehinderte Menschen. Es gibt demnach häufig auch keine Verteidigungsspuren, was einen Missbrauch noch besser verschleiern lässt.

4. Abhängigkeit von Angehörigen und/oder Pflegepersonen

Einen weiteren Risikofaktor stellt die Abhängigkeit der Menschen mit intellektueller Behinderung zu ihren diversen Pflegepersonen dar. Auch die große Anzahl der Pflegepersonen die ein Mensch mit besonderen Bedürfnissen benötigt, erhöhen „die Wahrscheinlichkeit (...), daß sich unter den Bezugsperson ein Täter befindet. Das Angewiesensein auf körperliche Hilfestellungen bei alltäglichen, oft intimen Bedürfnissen kann leicht sexuell ausgenutzt werden. Ein Täter hat die Möglichkeit den sexuellen Mißbrauch als 'notwendige Pfllegetätigkeit' zu tarnen. (...) Daher erhöht die Abhängigkeit von Pflegepersonen das Risiko, durch diese mißbraucht zu werden, erheblich.“ (SELIGMANN 1996, S.78).

4.6.4 Psychische und emotionale Risikofaktoren

1. Emotionale Abhängigkeit

Zusätzlich zu einer physischen Abhängigkeit besteht auch eine psychische oder emotionale Abhängigkeit zu den verschiedenen Bezugspersonen, gerade wenn es Personen sind, welche auch pflegerische Tätigkeiten verrichten. Täter könnten mit der Angst „arbeiten“, wenn die Betroffenen den Missbrauch enthüllen, könnten die Pflegeleistungen und emotionale Bindung nicht mehr erhalten bleiben. Diese „psychische Abhängigkeit von Erwachsenen führt zu einer ‚erlernten Hilflosigkeit‘. Körperbehinderte Kinder können

daher oft das Gefühl der eigenen Stärke nicht aufbauen. Dies bewirkt, daß sie sich machtlos fühlen und meinen, auf Schutz angewiesen zu sein.“ (SENN 1993, zit. n. SELIGMANN 1996, S.79)

2. Niedriges Selbstbewusstsein und hohe Manipulierbarkeit

Menschen mit intellektueller Behinderung werden zeit ihres Lebens zu Anpassung und Gehorsam erzogen und entwickeln aus diesem Grunde im Laufe der Zeit eine Art von Widerstandslosigkeit. Dies führt zu niedrigem Selbstwertgefühl und leichter Manipulierbarkeit (vgl. GERDZT 2003, S. 34). Betroffene sind weiters für Tricks der Täter empfänglicher als nichtbehinderte Betroffene, da „sie aufgrund mangelnder Erfahrung oder aufgrund von Entwicklungsstörungen Schwierigkeiten haben, die Vorgehensweisen von [nichtbehinderten] Erwachsenen zu durchschauen.“ (SENN 1993, zit. n. SELIGMANN 1996, S. 79)

3. Fehlende ICH-Grenzen und Distanzlosigkeit

Ein weiterer Risikofaktor für Betroffene ist eine „nur schwach ausgeprägte beziehungsweise mangelnd geförderte Fähigkeit zur Grenzziehung zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen anderer(...)“ (SELIGMANN 1996, S.80) Resultat ist meist eine Abspaltung der eigenen Bedürfnisse und der Wahrnehmung dessen. „Eine solche ICH-Grenze ist aber notwendig um Informationen über sich selbst und andere zu erhalten.“ (SELIGMANN 1996, S.80) Weiters suchen viele Betroffene die Nähe zu nichtbehinderten Menschen. Der Körper dient hierbei als Kommunikationsmittel, das von anderen nichtbehinderten Menschen falsch interpretiert werden könnte.

4. Emotionale Vernachlässigung aufgrund Überbehütung oder Isolation

Eltern, die ihr Kind mit intellektueller Behinderung vor der Umwelt abzuschirmen und in ausgeprägtem Maße zu behüten versuchen, sind sich des Umstandes nicht bewusst, dass das Risiko eines Übergriffes dadurch erstrecht steigt. Menschen mit intellektueller Behinderung sehen sich ob der Abschirmung nicht in der Lage soziale Kontakte zu knüpfen und ihrer natürlichen sexuellen Neugier nachzugehen und sind so ständig der Gefahr ausgesetzt emotional zu vereinsamen (vgl. SENN 1993, S.33). Jener Überbehütung und Überschüttung von Liebe steht nun die Distanzierung der Familie gegenüber, welche zu einer Institutionalisierung bei gleichzeitiger Isolation von der Familie führt und ebenso große wie signifikante emotionale Vereinsamung zum Resultat hat.

„Bei sexuellem Mißbrauch scheint die Erziehung, die das behinderte Kind erhalten hat, ein wesentlicher Risikofaktor für sexuellen Mißbrauch zu sein. Das Fehlen bestimmter Erziehungsinhalte, beispielsweise sexuelle Aufklärung, sexuelle Selbstbestimmung, und die soziale Umgebung des Kindes können das Risiko des sexuellen Mißbrauchs erhöhen (...).“ (SELIGMANN S.82)

4.6.5 Gesellschaftliche Risikofaktoren

1. Machtverhältnisse

Ein zentrales Moment von sexuellem Missbrauch ist das Vorhandensein eines Machtgefälles. Kinder und Erwachsene mit Behinderung sind wie keine andere Zielgruppe mit einem ständigen (zusätzlichem) Machtgefälle konfrontiert. Nicht nur zwischen Erwachsenen und Kinder, zwischen Männern und Frauen auch zwischen Menschen mit und ohne Behinderung besteht ein Machtgefälle (vgl. SELIGMANN S.75). Auch auf das Gefälle zwischen Pflegeperson und Mensch mit Behinderung sei an dieser Stelle hingewiesen.

2. Isolation

Menschen mit intellektueller Behinderung sind, besonders wenn sie in Institutionen leben, von einer sozialen und räumlichen Isolation betroffen. Auch wenn die Betroffenen nicht institutionalisiert sind, erfahren sie doch meist die unterschiedlichsten Therapie- und Fördermöglichkeiten, sind auch in Sondereinrichtungen (Sonderschule etc.) von gleichaltrigen nichtbehinderten Menschen und der Umwelt isoliert. Die Gefahr der emotionalen Vereinsamung ist hier gegeben.

Hinter der bewussten elterlichen Isolation steckt auch häufig das Vorurteil dass Übergriffe nur außerhalb des eigenen Heimes und ausschließlich von Fremden vollzogen wird. Dass dies nur ein Mythos ist, belegen die wenigen, jedoch aussagekräftigen Studien und Untersuchungen.

3. Behinderung und das gesellschaftliche Schönheitsideal

Vielfach wird in der Gesellschaft deutlich, dass Menschen mit Behinderung nicht in das gesellschaftliche Schönheitsideal passen und eher als sexuell unattraktiv gelten. Der Mensch mit Behinderung solle doch froh sein, dass sich jemand mit ihm/ihr beschäftigt und sich interessiert. (vgl. GERDTZ 2003, S.36)

Selbst wenn der Betroffene den Täter vor Gericht bringen kann, wird es doch dann weiterhin schwer, dass der Täter eine gerechte Strafe erhält. Eher wird man sie für psychisch krank erklären. „Es entspricht eben nicht dem gesellschaftlichen Schönheitsideal, einen geistig behinderten Menschen zum Sexualpartner zu nehmen und deswegen können es sich viele Menschen auch nicht vorstellen, dass jemand Gefallen daran finden kann, einen geistig behinderten Menschen sexuell zu missbrauchen.“ (GERDZT 2003, S. 37)

4. Mangelnde bis fehlende Sexuaufklärung

Dieser Risikofaktor ist eng mit einem hartnäckigen Mythos verknüpft, Menschen mit geistiger Behinderung müssen nicht aufgeklärt werden. Sie würden es nicht verstehen oder nicht brauchen. Es ist jedoch das Gegenteil der Fall. Sexualität ist ein wichtiger Faktor von Gesundheit und Beziehungsaufbau³⁶ der Menschheit, Sexualität stellt ein Grundbedürfnis dar, von dem auch Menschen mit intellektueller Behinderung nicht ausgeschlossen werden dürfen. Von diesem Faktum abgesehen, ist es eine Notwendigkeit (auch aus präventiver Hinsicht) über Sexualität Bescheid zu wissen, denn nur jemand der weiß was Sexualität ist und was gut tut, kann wissen, wo ein sexueller Übergriff beginnt und sich an geeignete Hilfspersonen wenden.

4.6.6 Institutionelle und strukturelle Risikofaktoren

Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sind oftmals von rigiden und autoritären Strukturen geprägt innerhalb derer das Leben der BewohnerInnen in vielen Bereich des Lebens reglementiert wird. Diese Einschränkungen gelten auch für den Bereich der Sexualität. Letztlich obliegt es den BetreuerInnen ob das Ausleben von Intimität und Sexualität für die BewohnerInnen einer Einrichtung möglich ist.

Weiters ist anzumerken, dass auch eine hohe Personalfuktuation ein Risikofaktor sein kann, da potenzielle TäterInnen bei einem Verdacht die Einrichtung wechseln könnten oder versetzt werden. (vgl. BECKER 2001, S. 37).

³⁶ Siehe hierzu Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit

4.7 Die Signale der Betroffenen³⁷

Um geeignete Präventions- oder Interventionsmaßnahmen zu treffen muss im Vorfeld auch geklärt werden welche Signale die Betroffenen von sexueller Gewalt aussenden. GERDTZ meint hierzu, Voraussetzung für Helfer sei ein Auseinandersetzen mit der eigenen Sexualität und der eigenen Einstellung zu Gewalt und Macht. (vgl. GERDTZ 2003. S.21)

Sexualisierte Gewalt ist schwierig „aufzudecken“. Es gibt in der Praxis kein Symptom, das eindeutig sexueller Gewalt zuzuschreiben ist. „Man kann einem Kind den Mißbrauch nicht ansehen, ebenso wenig wie der Täter ein Kainsmal auf der Stirn trägt. Es gibt nur die Tatsache, *daß* sich etwas verändert.“ (FRIEDRICH 2001 S.89)

Menschen mit Behinderungen reagieren, nicht nur aufgrund ihres Alters und ihrer Behinderung grundsätzlich verschieden. Es können jedoch Signalgruppen zusammengefasst werden.

Nach SENN³⁸ können die folgenden Symptome unterschieden werden:

- Mündliche Enthüllungen: Einer der sichersten Signale für Missbrauch ist eine mündliche Aussage. Man muss jedoch berücksichtigen, dass dies den meisten Betroffenen nicht möglich ist. Gründe hierfür sind unter anderem im Kapitel 4.6 schon hinreichend erklärt worden.
- Nonverbale Enthüllungen: Diese sind meist schwieriger zu deuten und werden oft missverstanden. Es sind dies für SENN Zeichen und Signale von Betroffenen, die den Missbrauch aufdecken wollen, es jedoch aus den verschiedensten Gründen nicht verbalisieren können.
- Verdeckte Zeichen und Symptome: Hier unterscheidet SENN zwischen physischen, genitalen Symptomen (Geschlechtskrankheiten, genitale oder anale Ausschläge bzw. Verletzungen oder Blutungen) körperliche aber nicht-genitale Symptome (psychosomatische Auffälligkeiten) und Verhaltenssymptomen.

Jene Verhaltensauffälligkeiten, wie auch SENN sie beschreibt reichen von Schlaf-, Leistungs- und/oder Essstörungen über Ängste, Zwänge bis hin zu suizidalem Verhalten. (vgl. auch FRIEDRICH 2001)

³⁷ Vgl. Kapitel 4.8 der vorliegenden Arbeit (*Das Ophelia-Syndrom*)

³⁸ Vgl. SENN 1993, S.40 - 48

4.8 Das Ophelia-Syndrom als Ausdruck schwerer Traumatisierung³⁹

Die nun genannten Auffälligkeiten sind sowohl als Signale als auch als Folgeerscheinungen zu deklarieren, weshalb sich dieses Kapitel sowohl mit Signalen als auch Folgen von sexualisierter Gewalt beschäftigt.

Das Ophelia-Syndrom beschreibt wiederkehrende psychotische Zustände, die aufgrund schwerer Traumatisierungen auftreten. Es sind Frauen mit intellektueller Behinderung betroffen, die chronischer intrafamiliärer sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind oder waren. Das psychotische Reaktionsbild „erfolgt parallel zur Ablösungsdynamik im Rahmen der Autonomieentwicklung der Adoleszenz, die in der chronologischen Relation häufig um 5 - 10 Jahre später als Durchschnittsentwicklung auftritt. Die verbleibende Ausdrucksebene ist das demonstrative Agieren mit (mehr oder weniger) symbolischen Inhalten. Die ‚Flucht aus unerträglicher Realität‘ führt zu Veränderungen des Realitätsbezugs und zu Bewusstseinsstörungen.“ (BERGER 2005)

Jene Zustände können in eine Kategorie der ICD-10 nicht bzw. nur in eine Restkategorie eingeordnet werden. Jene Zustände sind psychotische Symptome, welche einzeln klassifizierbar sind, die gesamte Störung, die nach einer Traumatisierung auftritt ist jedoch nicht im ICD-10 erfasst.

Jene Frauen, die am Ophelia-Syndrom leiden, sind mit folgenden Schwierigkeiten konfrontiert:

- *Isolation* bedingt durch das Fehlen von sexuellen Erfahrungen und/oder fehlender Sexualaufklärung
- Aus der Isolation resultierende (*finanzielle und emotionale*) *Abhängigkeit* von den Hauptbezugspersonen.
- Die aus einer Gewalterfahrung resultierenden *ambivalenten Gefühle*. Der/Die nahestehende/r TäterIn wird einerseits positiv besetzt, die Gewalttat wird jedoch abgelehnt.
- Jene Ambivalenz kann aufgrund eingeschränkter kommunikativer Möglichkeiten *nicht thematisiert* werden.
- Durch den Ablösungsprozess in der Adoleszenz wird jene Ambivalenz zusätzlich verschärft.

³⁹ Vgl. BERGER: *Psychosen nach schwerer Traumatisierung - Das Ophelia-Syndrom*. 2005

- Durch fehlende Sexualaufklärung kann Sexualität nicht verstanden werden und wird als *Tabu* betrachtet.
- Die Umgebung der betroffenen Frau hat mangelnde Glaubwürdigkeit gegenüber der betroffenen Frau und verleugnet die Gewalttat.

Folgende Symptome kennzeichnen das Ophelia-Syndrom:

- Bewusstseinsveränderung und -störungen, Depersonalisation, Identitätsverschiebungen
- Störungen im Denken (sprunghaftes Denken)
- Sprachstörungen
- Affektstörungen
- Antriebsstörungen
- Störungen im sozialen Verhalten (Neigung zu aggressivem Verhalten, Agieren ist demonstrativ-theatralisch, sexualisiertes Verhalten)

4.9 Folgen

Folgeerscheinungen sind sehr individuell zu behandeln und können nicht generalisiert werden, dennoch zeigen sich in Studien signifikante Häufigkeiten, welche in diesem Kapitel vorgestellt werden.

Die Folgesymptome und –erscheinungen von sexualisierter Gewalt können körperlich, psychosomatisch, psychisch, emotional, auf einer sozialen Ebene sein und können in Autoaggression gipfeln. (vgl. SELIGMANN 1996 S.41-45)

An dieser Stelle sei anzumerken, dass die Folgen von sexuellem Missbrauch von nichtbehinderten Kindern sich kaum von jenen von Menschen mit intellektuellen Behinderungen unterscheiden, jedoch Missbrauch bei Menschen mit intellektueller Behinderung schwerwiegendere Folgen hat.

4.9.1 Körperliche Folgeerscheinungen

Körperliche Folgen von sexuellem Missbrauch können Verletzungen am ganzen Körper und im Genitalbereich sein, oftmals einhergehend mit Pilz- und Geschlechtskrankheiten.

Weiters sollte im Fall eines oralen Missbrauchs auch der Rachenraum auf Hämatome untersucht werden. (BECKER 2001, S. 26)

Oftmals haben Betroffene jedoch wenig bis keine physischen Folgeschäden, zumal „genitale Verletzungen sehr schnell verheilen“. (MCCANN/ VORIS/ SIMON 1992, zit. nach BECKER 2001, S. 26)

4.7.1 Psychosomatische Auswirkungen

Hier seien Schmerzen (im Besonderen Unterleibsschmerzen) Störungen der Menstruation und Hormonstörungen anzuführen. Auch Ess-, Schlaf- und Sprachstörungen können als Indiz gelten, sowie Bettnässen und Einkoten. (vgl. BECKER 2001, S.28). Des Weiteren sind manchmal Probleme mit der Psychomotorik gegeben und es zeigt sich ein erhöhter Muskeltonus besonders im Genitalbereich und im Bereich der Hüfte und Knie. Bei oraler Vergewaltigung können auch Atem- und Schluckprobleme hinzukommen (vgl. BECKER 2001, S.28)

4.7.2 Psychische Folgeerscheinungen

Sowohl in Hinblick auf Entwicklung als auch im Umgang mit anderen zeigten sich bei Kindern mit Missbrauchserfahrungen Regressionstendenzen und Störungen. Sie ziehen sich häufiger zurück als andere, fühlen sich in Gruppen tendenziell eher unwohl. Lern- und Konzentrationsstörungen zeigen sich sehr häufig, schulische Probleme (vor allem ein Leistungsabfall) sind resultierend. (vgl. BECKER 2001, S. 28-33)

Aktuelle Studien lassen darauf schließen, dass Dissoziation⁴⁰ eine häufige Begleit- und Folgeerscheinung von Missbrauch darstellt. Anhand fünf amerikanischer Studien wurde dargestellt, dass PatientInnen mit multiplen Persönlichkeitsstörungen signifikant oft in ihrer Kindheit missbraucht wurden (68 % der Betroffenen). (vgl. BECKER 2001, S.28-33)

⁴⁰ Vgl. auch Kapitel 4.8 der vorliegenden Arbeit *Das Ophelia-Syndrom*

4.7.3. Langzeitfolgen

Erwachsene, die als Kind missbraucht wurden zeigen häufig Folgeerscheinungen im Bereich der Sexualität: Gerade wenn es zu Intimitäten mit einem Sexualpartner kommt, werden Erinnerungen an den Missbrauch wach. Diese Konfrontation mit den „alten Gefühlen“ führt nicht selten zu Ekel- und Abscheugefühlen, manche Erwachsenen mit Missbrauchserfahrungen lehnen Sexualität bzw. sexuelle Kontakte zur Gänze ab.

Im Erwachsenenleben zeigt sich auch häufig ein negatives Selbst- und Körperbild sowie generell ein vermindertes Selbstwertgefühl. Auch Depressionen bis hin zu Zwangsstörungen können Folgeerscheinungen sein. (vgl. BECKER 2001, S.28-33)

Eine weitere durch Studien belegte Folgeerscheinung ist die Reviktimisierung: Erwachsene, die als Kinder von sexuellem Missbrauch betroffen waren, werden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit wieder Opfer von sexueller Gewalt als Menschen ohne derartige Erlebnisse. Von Reviktimisierung betroffen sind nach Studien von RUSSEL (1984), BRIERE (1984), BROWNE/ FINKELHOR 1986, HARD (1986) und HYMAN (1987) sehr selten männliche Opfer, aber signifikant häufig Frauen mit intellektueller Behinderung. (vgl. SENN 1993, S.55 f.)

4.9.1 Die vier Folgedynamiken nach FINKELHOR und BROWNE

FINKELHOR/ BROWNE (1985, in SENN 1993, S. 53 f.) stellen spezifisch auf sexuelle Übergriffe an Kindern mit intellektueller Behinderung ein Konzept dar, das die Folgen von Missbrauch zu erklären versucht. Sie beschreiben 4 Dynamiken:

1. Traumatische Sexualisierung

„Traumatische Sexualisierung beschreibt den Prozeß, in dem die Sexualität eines Kindes als Folge des sexuellen Mißbrauchs nicht altersentsprechend geformt wird. Dies bedeutet, daß sexuelle Aktivität mit negativen Gefühlserinnerungen verbunden wird und eine Aversion gegen Intimität auftreten kann.“ (SELIGMANN 1996 S.89) Diese Folge wird signifikant bei jenen Kindern auftreten, welche nicht ausreichend über Sexualität und Intimität aufgeklärt wurden.

2. Verrat

Verrat ist nach FINKELHOR/ BROWNE jener Prozess in dem Kindern mit Behinderung bemerken, dass sie von dem/der TäterIn, die einen Übergriff getätigt hat, abhängig sind, ja sogar ihr Überleben abhängt. Die Statistik zeigt, dass besonders viele Menschen mit intellektueller Behinderung Opfer von Übergriffen in einer Einrichtung werden und die TäterInnen oftmals die BetreuerInnen darstellen. In diesen Fällen kann man von einer starken Ausprägung dieser Dynamik ausgehen.

3. Machtlosigkeit

Machtlosigkeit als Folge verspüren jene Kinder mit Missbrauchserfahrungen, die ein ständiges Übergehen oder Ignorieren ihrer Wünsche und Rechte verspüren. Zumeist sind Menschen mit Intellektuellen Behinderungen, die in Einrichtungen leben schon mit Fremdbestimmung konfrontiert, weshalb sich diese Dynamik schon vor dem Übergriff zeigt.

4. Stigmatisierung

Als Stigmatisierung bezeichnen FINKELHOR und BROWNE den Prozess bei dem Kinder die als negativ erlebte Missbrauchserfahrung in ihr Selbstbild integrieren. Das bedeutet, dass auch Kinder, die keine Sexualaufklärung bzw. Aufklärung über Gewalt erfahren haben, von diesen Folgen betroffen sind. „Diese Aussage ist entscheidend, denn, entgegen dem Mythos. Behinderte Kinder könnten sexuellen Mißbrauch nicht verstehen (...) zeigt sie auf, daß behinderte Kinder sehr wohl wissen, was mit ihnen geschieht, und so durch sexuellen Mißbrauch schwerwiegende Folgen davontragen.“ (SELIGMANN 1996, S.89 f.)

4.10 TäterInnen und ihre Strategien

Gerade im Hinblick auf Prävention ist es wichtig zu wissen wer die TäterInnen sind bzw. welche Strategien sie zum Teil anwenden. GERDTZ (2003) meint hierzu: „Wissen über die TäterInnen erweitert die Handlungsspielräume und bietet mehr präventive Möglichkeiten.“ (GERDTZ 2003, S.17)

In einer der aktuellsten, österreichischen Studien von ZEMP /PIRCHER wurden 130 Frauen mit Behinderung (hier sind auch „leichte“ Behinderungen und Lernbehinderungen mit

eingeschlossen) nach ihren Gewalterfahrungen befragt.⁴¹ 74 Frauen gaben an bereits Opfer von sexualisierter Gewalt geworden zu sein. Die Täter waren dem Opfer zu einem großen Teil bekannt bzw. nahe Angehörige, zu mehr als 23% nicht bekannt, zu etwa 13% andere Heimbewohner und zu etwa 7% Betreuungspersonen bzw. Ärzte oder Therapeuten. (vgl. ZEMP/ PIRCHER 1996)

Wie aus obiger Studie ersichtlich, besteht bei Menschen mit intellektueller Behinderung die spezielle Situation, dass sexualisierte Gewalt oftmals auch im Betreuungskontext stattfindet, muss dies einzeln betrachtet werden. Zunächst werden jene TäterInnen charakterisiert, die mit dem Opfer NICHT in einem professionellem Betreuungskontext verbunden sind. Dies sind Menschen die zu einem großen Prozentteil dem Opfer nahe stehen, mit ihm/ihr in einem Haus leben oder sie/ihn gut kennen.

4.10.1 TäterInnen im unmittelbaren Nahverhältnis

Sexualisierte Gewalt ist keine einmalige Handlung, Missbrauch hat Methode. (vgl. SELIGMANN 1996, S.36). TäterInnen sind meist sehr zielstrebig und tasten sich vorsichtig an ihr Opfer heran. Häufig sind Missbrauchshandlungen in einem frühen Stadium als Spiel getarnt, einhergehend mit besonderer Aufmerksamkeit und Zuwendung seitens der TäterInnen. Die Handlungen werden schließlich intensiver. Zum Teil sind die Betroffenen jahrelanger sexueller Gewalt ausgesetzt.

Diese jahrelangen Peinigungen inkludieren ein jahrelanges Schweigegebot. Der Täter wendet fast immer die Methode der Geheimhaltung an. Täter und Opfer haben ein Geheimnis, das es zu bewahren gilt. Durch diese Erklärung der Missbrauchshandlungen als gut gehütetes Geheimnis wird dem Opfer „ein Gefühl von aktiver Beteiligung und Mitverantwortung gegeben“. (SELIGMANN 1996 S.37)

Diese Vereinbarung zur Geheimhaltung ist meist durch offene oder versteckte Drohungen belegt wobei die meisten TäterInnen auch vor physischer Gewalt nicht zurückschrecken.

Eine hilfreiche Erklärung über das Verhalten von TäterInnen liefert FINKELHOR (1984). Er beschreibt 4 Vorbedingungen, die für sexualisierte Gewalt von TäterInnen zu erfüllen sind. Der Autor beschreibt dies für sexuelle Übergriffe an Kindern. Da jedoch das

⁴¹ Vgl. hierzu Kapitel 4.4

Täterverhalten bei TäterInnen die dem Opfer bekannt oder sogar vertraut sind, sich annähernd gleich äußert, ist die nachfolgende Erklärung auch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung:

1. Es muss eine innere Motivation der TäterInnen bestehen, sexualisierte Gewalt ausüben zu wollen.
2. Die Hemmungen diese Motivation auszuleben, muss von den potenziellen TäterInnen überwunden werden.
3. In gleichem Maße in dem innere Hindernisse überwunden werden müssen, müssen die TäterInnen auch äußere Hindernisse überwinden.
4. Schließlich muss „der potenzielle Täter oder ein anderer Faktor (...) die mögliche Gegenwehr des Kindes gegen den sexuellen Mißbrauch schwächen oder überwinden“⁴². Dies versuchen TäterInnen mit angewandten Tricks und Strategien.

4.10.1.1 Die „Tricks“ der TäterInnen⁴³

TäterInnen, die dem Opfer bekannt sind bzw. dem Opfer vertraut sind, verwenden die verschiedensten Tricks und Strategien um den Missbrauch „unter Verschluss“ zu halten. THOMA beschreibt die 10 häufigsten „Verzerrungen“ und die damit erzwungenen „Auswirkungen beim Kind“⁴⁴:

1. „Verzerrte Bedeutungsgebung/ Definition von Normalität“: Der/die TäterIn suggeriert dem Kind, dass der Missbrauch normal und alltäglich ist. Das Kind befindet sich dadurch in Konflikt mit dem was es fühlt und als negativ erlebt und dem Positiven, was es durch den/die Missbraucher hört.
2. „Verdrehung der Verantwortung (Täter als Opfer): Der/die TäterIn gibt jegliche Verantwortung an das Opfer ab. Dieses muss diese Verantwortung nun aushalten und schwankt zwischen den Gefühlen der Macht und der Ohnmacht.
3. TäterInnen versprechen dem Kind, dass der Missbrauch ein einmaliges ‚Versehen‘, ein Ausrutscher. Das Kind erlebt nun den Erwachsenen in seiner

⁴² FINKELHOR 1984, zit. nach BECKER 2001, S.12

⁴³ Vgl. THOMA, Christoph: Die Umsetzung der Idee der Kontrolle in der Beziehungsgestaltung zum Kind. Unterlagen entwickelt für die praktische Arbeit im Kinderschutzzentrum *die möwe*, St. Pölten.

⁴⁴ THOMA hat diese Strategien bei sexualisierter Gewalt an Kindern erörtert. Da sich das Täterverhalten jedoch nicht von jenen TäterInnen unterscheidet, die im Nahbereich eines Menschen mit intellektueller Behinderung zu finden sind, wird dieses Konzept in die vorliegende Arbeit miteinfließen obgleich die Termini ‚Kind‘ und ‚sexueller Mißbrauch‘ übernommen werden.

- verantwortungsvollen Rolle, jedoch ist der Missbrauch zumeist nicht zu Ende und die Hoffnung des Kindes wird ihm genommen.
4. „Vorwurf des Genießens“: Die TäterInnen spielen mit der Schuld des Kindes und werfen ihm/ihr das vermeintlich zustimmende Handeln vor bzw. werfen ihm/ihr vor, es selbst gewollt zu haben.
 5. „Vorwurf des Duldens (Ein fehlendes Nein ist ein Ja)“: Viele Kinder können sich im Moment des Missbrauches nicht wehren und sind derart geschockt, dass sie auch nicht „Nein“ sagen können – dies wird von den TäterInnen ausgenutzt und gegen das Kind verwendet. Das Kind fühlt seine Schuld und dieses Gefühl ist derart stark, dass der Missbrauch verdeckt bleibt.
 6. „Definition des SMB [Anm. d. A.: = sexueller Missbrauch] als ‚spezielle Liebesbeziehung‘“: Die TäterInnen geben dem Kind das Gefühl der Einzigartigkeit, es bekommt eine Sonderstellung innerhalb der Familie. (z.B.: „So was mach ich nur mit dir, weil ich dich so lieb habe“). Das Kind fühlt sich einerseits geschmeichelt, ist andererseits aber wegen des negativen Gefühls verwirrt.
 7. „Offene Gewaltandrohung“: Der/die TäterIn droht dem Kind ganz offen, wenn es das Geheimnis nicht unter Verschluss hält. Das Kind ist konfrontiert mit seiner Angst, schweigt aber auch weil es eine eventuell schlimmer werdende Situation vermeiden will.
 8. „Implizieren von Fremdverantwortung“: Dem Kind wird suggeriert, wenn es das Geheimnis nicht unter Verschluss hält, wird etwas noch viel schlimmeres passieren, wie etwa die Zerstörung/Scheidung der Familie. Oftmals droht der Täter auch ganz offen mit Suizid oder mit dem Vergehen an Geschwistern. Das Kind erfährt Verantwortung für das Wohlergehen von anderen (geliebten) Menschen. Es hält den Missbrauch verdeckt um Schlimmeres zu vermeiden.
 9. „Idee des Heldentums“: Die TäterInnen drohen dem Kind, dass sie andere (nahestehende) Personen missbrauchen, wenn sie es nicht vom dem Betroffenen bekommen. Das Kind opfert sich für andere auf (siehe auch Pkt.7 und 8)
 10. „Versuche des Erwachsenen, das Kind als ‚verrücktes/schlimmes‘ Ding abzustempeln“: Der/die MissbraucherIn suggeriert dem Kind, dass ihm/ihr niemand Glauben schenken wird und es erst gar niemandem erzählen soll. Der/die Betroffene erlebt sich als nicht normal, nicht vertrauenswürdig und hält das Geheimnis so unter Verschluss.

4.10.2 Sexualisierte Gewalt innerhalb eines Betreuungsverhältnisses

Wie bereits in Kapitel 4.4.1 dargelegt, scheint sexualisierte Gewalt innerhalb der Institutionen für Menschen mit intellektueller Behinderung ein größeres Tabu darzustellen als der Gewaltakt selbst. Es existieren hierüber nur sehr wenige Studien weshalb gesicherte Aussagen über sexualisierte Gewalt in einem institutionellen Betreuungskontext nicht getätigt werden können. Zum Thema wird ein sexueller Übergriff in Behinderteneinrichtungen oder anderen Institutionen nur sehr marginal gemacht. Durch den öffentlichen Druck gerade durch aktuelle Vorfälle von sexualisierter Gewalt in Einrichtungen der Kirche wird in der Öffentlichkeit mehr über die Thematik der Übergriffe durch Betreuungspersonen gesprochen, gesicherte Daten oder Studien gibt es jedoch keine.⁴⁵

4.10.3 Frauen als Täterinnen

Zu einem hohen Prozentsatz sind Männer die Täter, das bedeutet jedoch nicht, dass es keine Täterinnen gibt. Täterinnen wird in der Öffentlichkeit weniger Beachtung geschenkt als männlichen Tätern. Einerseits passen Gewalthandlungen nicht zum Rollenbild der Frau, andererseits ist Missbrauch schwerer zu erkennen, da Täterinnen sexuelle Gewalt vielfach mit Pflegehandlungen tarnen.⁴⁶

Der prozentuale Anteil von Täterinnen variiert oftmals unter anderem je nach Definition von sexuellem Missbrauch und der Methodik der Datenerhebung. Es lässt sich jedoch davon ausgehen, dass der prozentuale Anteil von Täterinnen bei etwa 10-15% liegt. Es ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da Buben den Missbrauch aufgrund des „männlichen Selbstverständnisses“ geheim halten und eher erzählen, dass sie es genossen hätten und Mädchen bei Aufdeckung des Missbrauches mit der Angst konfrontiert werden, lesbisch zu sein. (vgl. KAVEMANN/ BRAUN. In: BANGE/ KÖRNER 2002, S.121- 131)

Wie bereits erwähnt haben Frauen (eher als Männer) die „Chance“ einen sexuellen Missbrauch als Körperpflege zu tarnen. Dies resultiert einerseits aus einem

⁴⁵ Gründe hierfür wurden in Kapitel 4.4.1 dargelegt

⁴⁶ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND. ABT. II/2 JUGENDWOHLFAHRT UND KINDERRECHTE (HRSG.): (K)ein sicherer Ort. Sexuelle Gewalt an Kindern. 4. Auflage. Wien 2007, S. 13

Rollenverständnis, sodass Frauen immer noch mehr Körperkontakt zu Kindern zugestanden wird, andererseits dass Frauen als Täterinnen in der Gesellschaft fast zur Gänze ausgeblendet werden und sexualisierte Gewalt, die von Frauen ausgeübt wird, irrtümlicherweise mit Verführung gleichgesetzt wird (vgl. KAVEMANN/ BRAUN. In: BANGE/ KÖRNER 2002, S.121- 131)

Täterinnen kommen (wie auch männliche Täter) aus allen sozialen Schichten der Gesellschaft, haben unterschiedlichen Background und unterschiedliche Hintergründe. Es lassen sich jedoch nach KAVEMANN/ BRAUN vier Typen von Täterinnen charakterisieren:

1. Die *Liebhaberin* tarnt den sexuellen Übergriff als Liebesdienst, missbraucht hauptsächlich männliche Jugendliche und sieht diese als erwachsene „Geliebte“. Sie hält fest an der Vorstellung, dass sie durch den Jugendlichen verführt wurde und es eine Beziehung aus Liebe sei.
2. Die *Mittäterin* wird meist zu Beginn von einem männlichen Täter zur Mittäterschaft gezwungen und ist meist in einer derart starken Abhängigkeit vom (männlichen) Täter gefangen sodass ein Aussteigen aus der Situation fast unmöglich scheint.
3. Die *vorbelastete Täterin* sind meist Frauen mit eigenen Missbrauchserfahrungen, die diese Erfahrungen zum Teil auch reinszenieren. Durch eine machtvolle und herrschende Position verschafft dieses Gefühl der Macht scheinbar ein Entspannungsgefühl. Dies wiederum stellt eine starke Motivation für weitere Übergriffe dar.
4. Die *atypische Täterin* lässt sich in keine der oben genannten Kategorien einordnen. Die atypische Täterin missbraucht in gleichem Maße wie der männliche Täter oder sucht sich vornehmlich missbrauchende Männer aus.

4.10.4 TäterInnen mit intellektueller Behinderung

Nach einer Studie von ZEMP/ PIRCHER/ SCHOIBL 1997, die 117 Männer mit intellektueller Behinderung befragten, bekannten sie etwas mehr als 25 % der Befragten zu Taten der sexuellen Belästigung und/oder sexualisierter Gewalt. Hierbei sind nur wenige der Fälle

einmalige Gewalttaten. Von jenen TäterInnen sind 60 % selbst Betroffene von sexualisierter Gewalt bzw. ehemalige Opfer.⁴⁷

Jene Zahlen decken sich auch mit anderen Studien wonach der Anteil an TäterInnen mit intellektueller Behinderung bei etwa 10 bis 20 % liegt. (vgl. ZEMP/ PIRCHER/ SCHOIBL 1997).

SENN beruft sich auf eine Reihe von Autoren wenn sie davon ausgeht, dass „Menschen mit Entwicklungsstörungen weder mit größerer noch mit geringerer Wahrscheinlichkeit Kinder sexuell mißbrauchen als andere Menschen“ (SENN 1993, S.83) Die Autoren ZEMP/ PIRCHER/ SCHOIBL berufen sich u.a. auf GRIFFITH (1985) und stellen fest: „Im Gegensatz zu Männern ohne Behinderung, die zu höheren Anteilen sexuelle Gewalt an Frauen ausüben, beuten Männer mit Behinderung Frauen und Männer zu gleichen Teilen aus (...).“ (ZEMP/ PIRCHER/ SCHOIBL 1997)

Die oben genannten Autoren ziehen aufgrund fehlender Daten und Studien nur Männer in ihre Veröffentlichungen ein. Es gibt meines Wissens nach auch keine Studien die diesbezügliche Zahlen liefern könnte. Einzig eine Studie, die Gewalttaten innerhalb der Behinderteneinrichtungen untersuchen wollte, bezogen auch Frauen mit intellektueller Behinderung als Täterinnen ein: „Furey und Niesen fanden heraus, daß in 171 Fällen von Menschen mit geistiger Behinderung, die sexuell ausgebeutet wurden, 42% der Täter auch geistig behindert waren (1993, 286). Von diesen waren 94% männlich.“ (ZEMP/ PIRCHER/ SCHOIBL 1997).

4.10.5 Kinder und Jugendliche als Täter

Zwischen 15 und 46% (bei weiblichen Opfern) bzw. 24 und 46% (bei männlichen Opfern) bewegt sich der Anteil von jugendlichen Tätern.

Untersuchungen belegen, dass ein erheblicher Teil von verurteilten Sexualstraftätern bereits im Jugendalter deviante (von der Norm abweichende) Interessen und Handlungen aufwies. (vgl. DAVID in BANGE/ KÖRNER 2002, S.234-240)

„Sexuell deviante Jugendliche sind im Vergleich zu unauffälligen Kindern und Jugendlichen deutlich beeinträchtigt. Sie sind misstrauisch anderen Menschen gegenüber,

⁴⁷ ZEMP, Aiha: „Weil alles weh tut mit Gewalt“ Fachartikel auf der Homepage der Fachstelle für Behinderung und Sexualität. Online abrufbar unter URL <http://www.fabs-online.ch/hintergrund/artikel-2/>

isolierter und zurückhaltender im Sozialkontakt, weniger zufrieden in der Schule, neigen zu Selbstüberschätzung und Selbstgefälligkeit und haben ein geringeres Selbstwertgefühl und negativere Elternbilder.“ (S. 235)

„Gewalt als Opfer oder als Zeuge zu erleben, dem Einfluss eines „traumaorganisierten Systems“ (BENTOVIM, 1995) ausgesetzt zu sein, führt zu subjektiver Hilflosigkeit (...).“ (BENTOVIM 1995 S.236) Kinder versuchen jene Hilflosigkeit schließlich mit aggressivem Verhalten und Fantasien zu überwinden, die später oftmals auch sexualisiert werden. (vgl. DAVID in BANGE/ KÖRNER 2002, S.234-240)

Je jünger jene Kinder und Jugendliche sind, welche die zuvor beschriebenen aggressiven Verhaltensmuster zeigen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit bzw. der Zusammenhang zu eigener Traumatisierung.

DEAN & MALAMUTH (1997) suchten in einer Längsschnittuntersuchung Erklärungen, Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung von (männlichem) sexuell aggressivem Verhalten. Sie fanden die Risikofaktoren „feindselige Männlichkeit“ und eine „unpersönliche Sicht von Sexualität“ wohingegen die „Fähigkeit zur Empathie“ einen Schutzfaktor darstellt. Feindselige Männlichkeit zeichnet sich durch Misstrauen und Feindseligkeit anderen (insbesondere Mädchen und Frauen) gegenüber aus, während unpersönliche Sicht von Sexualität eine Abspaltung von Sexualität zu Beziehungen und emotionalem Engagement meint.⁴⁸

Weitere Untersuchungen ergaben eine Vielfalt von weiteren traumatischen Einflüssen welche die Entstehung von sexuell aggressivem Verhalten bedingen:

Es sind dies Misshandlung und Vernachlässigung, sexuelle Gewalterfahrungen der Mutter, Partnerkonflikte der Eltern, abwesende Väter, „sexualisiertes Familienklima und labile Grenzen innerhalb der Familie, die verhindern, das sich beim Kind ein Sinn für geschützte Intimität entwickeln kann“, chaotische Strukturen innerhalb der Familie und „wechselnde Intimbeziehungen der Eltern“. (ROMER in BANGE/ KÖRNER 2002, S.273)

⁴⁸ DAVID in BANGE/ KÖRNER 2002 S. 238

Es muss an dieser Stelle noch erwähnt werden, dass sexuelle Über- oder Angriffe von Kindern deutlich von einvernehmlichen sexuellen Experimenten zwischen Gleichaltrigen zu unterscheiden sind. Sexuelle Aggressivität ist mehr als ein Symptom einer Sozialstörung. Vielmehr ist sie Ausdruck „einer tiefgreifenden Entwicklungs- Beziehungs- und Familienpathologie.“ (ROMER in BANGE/ KÖRNER 2002, S.274)

ROMER fasst weiters zusammen:

„Das vielgestaltige entwicklungspsychopathologische Geschehen lässt sich weder auf eine ‚Triebentgleisung‘ noch auf das ‚Umkehren passiv erlittener Traumata‘ reduzieren. Die verfrühte und rücksichtslos ausagierte Sexualisierung dieser Kinder ist meist Folge einer traumatischen Beziehungserfahrung mit seinen Bindungsfiguren, (...). Stattdessen wird das Erreichen von Lust- und Machtgefühlen gegenüber einem als schwächer und hilfloser wahrgenommenen Kind als Strategie benutzt, um Angst zu kompensieren und Nähe herzustellen.“ (ROMER in BANGE/ KÖRNER 2002, S. 274)

4.11. Die spezielle Problematik der Intervention bei sexuellem Missbrauch an Menschen mit intellektueller Behinderung

Dieses Kapitel behandelt nun die spezielle Problematik, mit der sich HelferInnen konfrontiert sehen, wenn sie von einem Missbrauch an Menschen mit intellektueller Behinderung erfahren. Auf die Thematik der Intervention an sich sowie eine Übersicht der Handlungsschritte bei konkreten Anhaltspunkten für sexuellen Missbrauch an Menschen mit intellektueller Behinderung (inklusive der aktuellen Rechtslage und der weiterführenden Möglichkeiten sowie Therapien) wird innerhalb des Kapitel 6 eingegangen.

Zunächst sind Betroffene und HelferInnen mit den schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen konfrontiert, die es im Umgang mit Menschen mit Behinderung gibt. Unter anderem besteht kein flächendeckendes Netz an Hilfsangeboten speziell für Betroffene mit Behinderung. Die bestehenden Beratungsstellen sind häufig auf die Beratung nichtbehinderter Menschen ausgerichtet, vielerorts fehlt die passende behindertengerechte Infrastruktur wie geeignete Rampen und Fahrstühle um in die Beratungsstelle zu gelangen sowie geeignetes Personal. Des Weiteren werden oftmals Informationen über (sexuelle) Gewalt nicht behindertengerecht dargeboten (besonders Gesetzestexte) und vorgestellt. Dies würde unter anderem eine akustische,

gebärdensprachliche und/oder leicht verständliche Informationsdarbietung bedeuten. (vgl. SELIGMANN 1993, S. 94)

Auch im Hinblick auf eine medizinische Versorgung ist das Krankenhauspersonal meist nicht auf den Umgang mit Menschen mit intellektueller Behinderung ausgerichtet. Es erfordert von Seiten der ÄrztInnen und Pflegepersonen mehr Geduld und Einfühlsamkeit. (vgl. SELIGMANN 1993, S.94.)

Innerhalb der Intervention selbst sehen sich weiters HelferInnen immer wieder mit dem Problem konfrontiert, dass das Erkennen von Missbrauchssignalen bei Menschen mit intellektuellen Behinderungen sich noch schwieriger gestaltet als bei nichtbehinderten Personen. Eindeutigkeit gibt es nur, wenn es Tatzeugen gibt oder stichhaltiges Beweismaterial wie etwa Videoaufzeichnungen oder Fotos vorliegt. Ein mündlicher Bericht hat ähnliche Aussagekraft ist aber ob der Sprachbarrieren oftmals nicht möglich. Auch Zeichnungen haben nur eine beschränkte Beweiskraft, es kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass Menschen mit intellektueller Behinderung fähig sind, differenziert zu zeichnen. (vgl. SELIGMANN 1996, S.93 und GERDTZ 2003, S. 42)

Auch im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten gibt es oftmals Fehldeutungen und Unklarheiten, „ob ein bestimmtes Verhalten eine Folgeerscheinung sexuellen Missbrauchs oder eine Sekundärschädigung der Behinderung ist.“ (GERDTZ 2003, S. 42)

Auch die Frage der Glaubwürdigkeit erschwert nach GERDTZ die Intervention: Menschen mit Behinderung, so der Mythos, seien distanzlos und hätten den/die TäterIn verführt. (vgl. GERDTZ 2003, S. 42)

Unumgänglich ist deshalb auch innerhalb der Intervention eine persönliche Ansprechperson mit der nötigen Fachkenntnis⁴⁹, die nur für Fragen und Probleme zur Verfügung steht, der jedoch z.B. im Strafverfahren keine aktive Rolle zu Teil wird. Dies könnte unter anderem eine Person aus der Prozessbegleitung sein.

⁴⁹ Vgl. hierzu auch Kapitel 4.5 (Gesetzliche Rahmenbedingungen) der vorliegenden Arbeit

4.12 Zusammenfassung

Auch im Hinblick auf sexualisierte Gewalt gibt es Schwierigkeiten in der Definition des Begriffes. In der Öffentlichkeit hat sich der Begriff „Sexueller Missbrauch“ scheinbar etabliert, obwohl in den letzten Jahren ein scheinbarer Begriffswechsel stattfindet und sich die ExpertInnen immer mehr dem Begriff sexuelle Gewalt bzw. sexualisierte Gewalt zuwenden. So umstritten schon die Begrifflichkeiten, so umstritten ist auch eine inhaltliche Definition. Grundsätzlich geht die vorliegende Arbeit davon aus, dass bei einem Fall von sexueller Gewalt immer ein Machtgefälle zwischen TäterIn und Opfer besteht und Gewalt in sexualisierter Form auftritt. Hierbei stellt Sexualität von Menschen mit intellektueller Behinderung an sich bereits ein Tabuthema dar, sexualisierte Gewalt steht diesem um nichts nach. Unter anderem aus diesem Grunde stehen im deutschsprachigen Raum kaum Untersuchungen zur Thematik zur Verfügung. Erzählungen von Betroffenen sowie Betreuungspersonen lassen jedoch auf ein hohes Maß an Fällen schließen. Besonders sexualisierte Gewalt innerhalb von Institutionen stellt ein massives Problem dar, da diese Übergriffe meist nie an die Oberfläche dringen. Zu nah und zu abhängig sind die Opfer von den TäterInnen. Des Weiteren fehlen vielen Betroffenen auch die Begrifflichkeiten um auszudrücken was mit ihnen geschehen ist. Schließlich gibt es auch eine große Anzahl an Menschen mit intellektueller Behinderung die die Untat nicht als solche erkennen und ihre negativen Gefühle diesbezüglich nicht einordnen oder äußern können. Die Folgen können schwerwiegend sein und bis zu schweren, psychotischen Zuständen führen.

5. Prävention und Intervention sexualisierter Gewalt an Kindern und Erwachsenen mit intellektueller Behinderung.

In diesem letzten Theorie-Kapitel wird nun, in Bezug auf Begriffserklärungen und Hintergrundwissen, die Thematik der Prävention aufgegriffen. Hierbei geht die folgende Arbeit von der Dreiteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention sowie einer aufbauenden speziellen Prävention (Gewaltprävention) aus. Zunächst wird jedoch die Relevanz für die Praxis dargestellt. Obgleich die vorliegende Arbeit ihren Schwerpunkt auf die primäre Prävention bzw. Gewaltprävention gelegt hat, soll sekundäre und tertiäre Prävention der Vollständigkeit halber dargestellt werden.

5.1 Allgemeine Grundlagen und Einführung in die Thematik

5.1.1 Vorbemerkung

In der Praxis und im deutschen Sprachraum existieren diverse Konzepte zur Prävention von sexuellem Missbrauch. In diesem Kapitel wird nicht versucht alle bestehenden Konzepte zur Prävention aufzuzählen, vielmehr ist es Ziel dieser Arbeit herauszufinden, welche inhaltlichen Gemeinsamkeiten jene Konzepte haben und wie alltagstauglich sie sein können. Es muss weiters noch im Vorfeld angemerkt werden, dass die meisten Konzepte hauptsächlich für die Arbeit mit nichtbehinderten Kindern entwickelt wurden. In der vorliegenden Arbeit wird versucht sie hinsichtlich des Einsatzes im Behindertenbereich zu untersuchen.

Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass das Prinzip der Ganzheitlichkeit notwendig ist um dem Problem des sexuellen Missbrauchs auf allen Ebenen entgegenzuwirken, weshalb dies als Priorität in dieses Kapitel einfließt.

Im Weiteren wird im Sinne einer Prävention auf allen Ebenen die Präventionsarbeit mit den Eltern untersucht und in einem letzten Schritt die Angebote für Pädagogen herausgefiltert. Da es für Pädagogen und Behindertenbetreuer von außerordentlicher

Wichtigkeit ist im Missbrauchsfall so rasch wie möglich zu handeln und dies in den Bereich der Sekundärprävention fällt, soll auch Intervention miteinbezogen werden.

Zunächst werden jedoch eine allgemeine Begriffsklärung und ein Theorieabriss in die Thematik einführen.

5.1.2 Begriffliche Abgrenzung der Termini Prävention und Intervention

Der Terminus **Prävention** leitet sich aus dem Lateinischen *prä* was übersetzt etwa *vor* oder *vorher* bedeutet und dem Lateinischen *venire*, das im Deutschen mit *kommen* übersetzt werden kann. Prävention bedeutet demnach *zuvor kommen* oftmals wird es mit dem Begriff *Vorbeugung* übersetzt.

Prävention von sexualisierter Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung bedeutet eine Vorbeugung zu treffen und sexuelle Übergriffe zu verhindern, aber auch die Dynamik von sexualisierter Gewalt zu unterbrechen und bestehende Übergriffe aufzudecken.

Speziell auf die präventive Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung bezogen hat Prävention zwei grundlegende Aufgaben:

1. Präventive Maßnahmen für Menschen mit intellektueller Behinderung sollen (so weit möglich) psychische Gesundheit bewahren und gleichzeitig den Menschen hinsichtlich seiner Entwicklung fördern. Prävention von sexuellem Missbrauch soll jene Risikofaktoren⁵⁰ (welche durch die Behinderung entstehen oder sich verstärken), die sexuellen Missbrauch begünstigen, eindämmen oder (annähernd) beseitigen.
2. Prävention für Menschen mit intellektueller Behinderung soll weiters durch seinen aufdeckenden Charakter auf sexualisierte Gewalt aufmerksam machen. Es soll Pädagogen und Eltern sensibilisieren und die Betroffenen ermutigen sich jemandem anzuvertrauen um die Übergriffe zu beenden.

⁵⁰ Siehe Kapitel 4.6 der vorliegenden Arbeit

Prävention von sexualisierter Gewalt lässt sich in die Bereiche Opfer- und die Täterprävention einteilen, wobei die vorliegende Arbeit fast ausschließlich die Thematik der Opferprävention aufgreift. Täterprävention soll dennoch kurz umrissen werden, da auch das Wissen um die TäterInnen gerade innerhalb gewaltpräventiven Maßnahmen von Nutzen sein kann

In der Prävention, rein etymologisch betrachtet, versucht man dem noch nicht Geschehenen vorzubeugen, wohingegen man in der **Intervention** auf das Geschehene adäquat reagieren muss. Intervention bedeutet Handlungsschritte im konkreten Fall sowie im Verdachtsfall zu setzen und ist deshalb ausgelegt auf alle Helfergruppen, die mit Kindern oder Erwachsenen mit besonderen Bedürfnissen arbeiten und leben.

5.1.3 Geschichtlicher Abriss

Zunächst war Prävention noch von Abschreckung und Angstmache charakterisiert. Sie begründeten sich vor allem auf dem Mythos, der Täter sei ein fremder Mann, vor dem sich Mädchen in Sicherheit bringen sollten. Jungen als Opfer und Frauen als Täterinnen wurden ebenso ausgeklammert wie das Faktum, dass die Täter aus dem Familien- oder Bekanntenkreis stammen könnten und die Übergriffe über Jahre andauern.

Diese Prävention war geprägt von Verboten und Angstmache. Mädchen sollen sich vor dem Täter in Sicherheit bringen, zu niemandem ins Auto steigen, von niemandem Geschenke annehmen usw.

Jene vermeintliche Prävention verursachte jedoch Angst, Panik und Verunsicherung. Gerade diese Angst und Verunsicherung macht Betroffene handlungsunfähig, stumm und unfähig sich an HelferInnen zu wenden.

„Fehlinformation und Panikmache verunsichern die Mädchen und Jungen, schränken sie in ihrer Bewegungsfreiheit ein, schwächen ihr Selbstbewußtsein und Verstärken die Abhängigkeit von den Eltern. Mit anderen Worten: Sie bereiten geradezu den Boden für Mißbrauch, denn fehlinformierte, unsichere, angepaßte und abhängige Kinder sind ideale Opfer!“ (BRAUN 1989 zit. nach LEHNART 1991)

Mit dem Aufkommen der sexuellen Befreiung sowie mit dem gleichzeitigen Auftreten von sexueller Gewalt betroffener Frauen rückt die Thematik der sexualisierten Gewalt in der

zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. In den USA resultieren aus dieser Bewegung in den 1970er Jahren die ersten Präventionsprogramme. Zunächst noch durch Privatinitiativen entwickelt, sind zurzeit etwa 450- 500 englischsprachige Programme im Umlauf. (vgl. DAMROW 2006, S.56)

Jene ersten Programme aus den USA basierten nun nicht mehr auf Angstmake und Abschreckung. Vielmehr war das Schlagwort nun *Bestärkung*. Mit einer völlig neuartigen Methodik der Aufklärung und Informationsweitergabe sollten Kinder nun *safe, strong and free* (sicher, stark und frei) sein. Eines der ersten und über die Grenzen der USA hinaus bekanntesten Programme war das *Child Assault Prevention Project*, kurz CAPP genannt. Durch die zunehmende Enttabuisierung und sexuelle Revolution wurde dieses Programm schließlich in Europa bekannt und vermehrt eingesetzt. Es wurde zum Teil unverändert übernommen und bildet auch heute noch die Basis vieler aktueller Präventionsprogramme.

EXKURS: Das Child Assault Prevention Project (CAPP) – Die Anfänge einer stärkenden Prävention

CAPP ist eines der ersten in den USA entwickelten Programme, das die Stärkung der Kinder zum Ziel hatte. Es wurde Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts von Teilnehmerinnen der Frauenbewegung entwickelt, mit dem Grundgedanken, dass sexueller Missbrauch ein Missbrauch von Macht sei, der mit dem bloßen Sexualtrieb nicht zu tun hat.

Die Adressaten des CAPP stellen Kinder und Jugendliche im Alter von 5-18 Jahren dar, wobei die Inhalte entsprechend dem Alter entsprechend angepasst werden. Das Programm besteht aus einem Workshop für Pädagogen, Elternarbeit und der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen. Die TrainerInnen sind in Wochenend-Workshops ausgebildet worden und sind ihrerseits engagierte BürgerInnen oder Eltern. CAPP soll den ethnischen Hintergrund der Kinder einbeziehen.

Inhaltlich werden Kinder in vier Rollenspielen geschult, wobei die ersten drei Rollenspiele mit negativem Ausgang enden und in einer anschließenden Reflexionsrunde die Strategien besprochen werden. In einem vierten Rollenspiel wird mit den Kindern geübt wie sie sich an Hilfspersonen (PädagogInnen) wenden. Es wird innerhalb des Programms über das Nein sagen gesprochen, sowie gute und schlechte Geheimnisse geklärt. (vgl. KOCH/KRUCK 2000, S.42-47)

Das CAPP ist in seiner Durchführung sehr umstritten und wird von manchen AutorInnen zur Gänze abgelehnt. Dies liegt zum einen an der mangelnden (psychosozialen) Qualifizierung der CAPP-TrainerInnen sowie an der begrenzten Vorbereitung der PädagogInnen.

Weiters wird die für Prävention notwendige Thematik der Sexualität fast gänzlich ausgespart, auch der Geheimhaltungsdruck sowie ambivalente Gefühle zum/zur TäterIn werden völlig ausgespart. Das Programm setzt sich eine Aufdeckung von sexualisierter Gewalt zum Ziel sowie das Wenden an die PädagogInnen. Diese haben jedoch keinerlei Verhaltens- oder Hilfsstrategie erhalten um mit diesen Informationen umzugehen. (vgl. KOCH/KRUCK 2000, S.42-47)

5.1.4 Die Notwendigkeit einer (ganzheitlichen) Prävention von sexualisierter Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung

Wie in den obigen Kapiteln der vorliegenden Arbeit ersichtlich sind sexuelle Übergriffe an behinderten und nichtbehinderten Kindern (und Erwachsenen) keine Seltenheit und erschreckend aktuell und brisant. Als erschwerend erweisen sich jene Faktoren, die das Risiko von sexuellen Übergriffen betroffen zu sein im Behindertenbereich wesentlich erhöhen. Viele der in Kapitel 4.6 der vorliegenden Arbeit genannten Risikofaktoren sind durch Erziehung oder Unwissenheit geschaffen wurden, viele sind aber auch das Ergebnis von gesellschaftlichen Einstellungen und Rollenbildern. SELIGMANN weist an dieser Stelle darauf hin, dass jene Risikofaktoren grundsätzlich veränderbar sind. Jene Veränderungen müssen in Erziehung und Gesellschaft vorgenommen werden. Hier kann und muss Prävention ansetzen. (vgl. SELIGMANN 1993, S. 99)

5.1.5 Das Grundprinzip der Ganzheitlichkeit als Ziel und Aufgabe von Prävention

Ein präventives Programm, das auch den gewünschten Effekt der Nachhaltigkeit zum Ziel hat, darf nicht nur auf die Schulung und Arbeit mit Kindern ausgelegt werden. Gerade wenn man davon ausgeht, dass auch Veränderungen in Erziehung und Gesellschaft passieren müssen, liegt es nahe, Prävention auch jenen Helfergruppen bereit zu stellen, die in ihrem täglichen beruflichen Umfeld mit Menschen mit intellektuellen Behinderungen konfrontiert sind. Auch die Arbeit mit den Eltern darf nicht außer Acht gelassen werden. Es ist wichtig, dass Eltern nicht nur über das Präventionsgeschehen informiert werden,

sondern als wichtiger Faktor direkt miteinbezogen und hinsichtlich Erziehung auch geschult werden: „Man muss aber im Hinterkopf behalten, dass nicht nur die Kinder stabilisiert werden müssen, sondern auch Eltern Sensibilität brauchen, um Fälle von Übergriffen frühzeitig zu erkennen. Veränderungen müssen demnach auf mehreren Ebenen sowohl in der Erziehung als auch in der Gesellschaft angestrebt werden.“ (GERDTZ 2003, S.54)

Welche gesellschaftlichen, strukturellen Gefüge es zu verändern gilt, fasst KAVEMANN zusammen: „**Wenn Prävention nicht Feigenblatt sein will**, dann muß sie darauf zielen:

1. die gesellschaftlichen Strukturen zu verändern, die diese Gewalt möglich machen und aufrechterhalten,
2. die Konstrukte von Geschlecht und Sexualität zu verändern, die die Sexualisierung von Gewalt ermöglichen,
3. den sozialen und rechtlichen Schutz von Kindern und Jugendlichen vor allen Formen der Gewalt zu verbessern und für die Einhaltung schützender Vorschriften zu sorgen,
4. die Handlungsalternativen und Lebensmöglichkeiten von Mädchen und Jungen zu verbessern und ihre eigenständige Rechtsposition zu stärken,
5. eine Utopie von einem besseren Zusammenleben der Geschlechter und Generationen zu entwickeln.“⁵¹

5.1.6 Struktur und Ebenen von Prävention

Nach CAPLAN (1964), der dieses System ursprünglich für die Sozialpsychiatrie begründet, gliedert sich die Prävention in drei Bereiche oder Ebenen: Primäre, Sekundäre und Tertiäre Prävention. Die Grenze zwischen diesen Bereichen ist fließend und kann kaum abgesteckt werden.

Neben dieser klassischen Dreiteilung wird in neueren Präventionskonzepten noch der vierte und eigenständige Bereich der Gewaltprävention beschrieben. Gewaltprävention erfolgt aufbauend auf jene Dreiteilung. Während die primäre Prävention die Basis darstellt, die sekundäre und tertiäre zur Intervention gezählt werden können, baut Gewaltprävention auf diese Basis auf.

⁵¹ KAVEMANN, Barbara: Nein sagen ist nicht genug. Möglichkeiten und Grenzen präventiver Arbeit gegen sexuellen Mißbrauch von Mädchen. Zeitschrift forum für Politik, Gesellschaft und Kultur. Ausgabe 173/174. Februar 1997. Online abrufbar im WWW unter URL http://www.forum.lu/pdf/artikel/3780_173_174_Kavemann.pdf

Mit dieser Teilung in Primär-, Sekundär-, Tertiär- und Gewaltprävention schließt sich die vorliegende Arbeit nicht jenen Autoren an, die die Dreiteilung per se als Gewaltprävention charakterisiert sondern vertritt ein neues Konzept wonach Primärprävention als Basis jeder speziellen Prävention sein muss.

Dieses Modell kann auch in anderen sozialen Bereichen, wie etwa der Drogenprävention (Dreiteilung und spezifische Drogenprävention) eingesetzt werden und kann entsprechend adaptiert werden.

5.1.6.1 Primäre Prävention

Primärprävention wird in der Literatur oft auch als die wahre Prävention bezeichnet, sie soll da ansetzen wo noch nichts passiert ist, kein Übergriff oder Grenzverletzung stattgefunden hat, erfüllt eher die Kriterien von „vorbeugenden Maßnahmen“. Primäre Prävention soll die Risikofaktoren, die sexualisierte Gewalt begünstigen, verringern oder eindämmen.

Primäre Prävention soll Betroffene in deren Identitätsfindung bestärken, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl heben und Ressourcen und Hilfsangebote aufzeigen. Sie muss für alle Kinder und Erwachsene jeden Alters und jeder Entwicklungsstufe erfolgen, sollte jedoch so früh wie möglich beginnen. Primäre Prävention ist ein längerfristiger Bestandteil des Alltags in Elternhaus, Einrichtung und Schule und soll keinen Programm- oder Methodikcharakter aufweisen.

Primäre Prävention sollte im Sinne eines ganzheitlichen Prinzips erfolgen und alle Personen, die an der Erziehung des Kindes oder Erwachsenen mit intellektueller Behinderung beteiligt sind, mit einbeziehen. Des Weiteren soll primäre Prävention Informationen und Aufklärung beinhalten, weshalb ein Konzept, das ausschließlich Selbstverteidigung beinhaltet, nur wenig zielführend ist.

Wie eingangs erwähnt, hat primäre Prävention durch die Informationsweitergabe und die Auseinandersetzung mit Gefühlen auch immer aufdeckende Eigenschaften. Dies bedeutet, dass auch Menschen, die beruflich und privat mit Prävention arbeiten, sich mit einem Interventionsleitfaden auseinandersetzen müssen. Primärprävention soll darauf ausgelegt

werden, dass die Betroffenen sich an ihre Bezugs- und Vertrauenspersonen wenden so bald eine Grenzverletzung stattgefunden hat, weshalb eine ganzheitliche Prävention nötig ist.

5.1.6.2 Sekundäre Prävention

Im Unterschied zur primären, wird in der sekundären Prävention der Fokus auf unmittelbare Folgen gelegt, die NACH einem Übergriff entstehen. Die Zielgruppe der Sekundärprävention stellen demnach Kinder und Menschen mit Behinderung dar, die bereits von Gewalt und Übergriffen betroffen sind. Ziel ist eine „Aufdeckung“ des Geheimnisses und ein Verhindern oder Eindämmen von unmittelbaren Folgen sowie eine Unterbindung von Wiederholung der Übergriffe.

Sekundärprävention benötigt die Zusammenarbeit und Vernetzung von allen (erwachsenen) Personen, die mit den Betroffenen arbeiten sowie Eltern und gesetzlich bestellte Hilfspersonen (Polizei, Staatsanwaltschaft, Prozessbegleitung).

Um Sekundärprävention durchzuführen ist es nötig, Netzwerkarbeit im Vorfeld zu betreiben. Es gilt für HelferInnen im Vorfeld einen Handlungsleitfaden zu erstellen, welche Stellen im Notfall eingeschaltet werden können um für den Ernstfall die nötige Struktur zu haben um den Betroffenen adäquate Hilfe zu leisten oder zur Verfügung zu stellen.⁵²

5.1.6.3 Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention schließlich soll eventuelle Spätfolgen verhindern und kann man begrifflich mit dem Konzept der Rehabilitation vergleichen (vgl. DAMROW 2006, S.62) Eltern, Sonderschulpädagogen und BetreuerInnen in Behinderteneinrichtungen sind an einem tertiären Präventionserfolg nur noch peripher beteiligt, die Arbeit wird zur Gänze in die Hände von professionellen BeraterInnen, (Psycho-)TherapeutInnen und ÄrztInnen gelegt. Die Aufgabe der Betreuungspersonen liegt allenfalls in der Bereitstellung der professionellen Kontakte.

⁵² Ein Handlungsleitfadens wird in Kapitel 5.3 präsentiert

Ziel ist es weiters, durch die gezielte Behandlung und Rehabilitation von Täter und Opfer, Spätfolgen eines Übergriffes zu verhindern und auszuschalten um auch hier spätere (weitere) Übergriffe zu verhindern. Tertiäre Prävention ist demnach wiederum eng mit primärer und sekundärer Prävention verknüpft und nicht zu separieren.

5.1.6.4 Gewaltprävention

Die klassische Dreiteilung wird nun durch einen vierten Teil ergänzt: Die Gewaltprävention.

In der Literatur ist Gewaltprävention oftmals ein Überbegriff, es soll in der vorliegenden Arbeit jedoch von der Dreiteilung separiert werden, zu Gunsten einer umfassenderen Prävention welcher eine Basis zu Grunde liegen muss (Primärprävention), auf die man in spezifischen gewaltpräventiven Inhalten (Was sind unangenehme Berührungen; Was ist Gewalt; Was ist sexualisierte Gewalt etc.) aufbauen kann. Zusammengefasst lässt sich nun feststellen:

Primäre Prävention liefert eine Basis auf welche die Gewaltprävention aufbaut. Während man sich in der primären Prävention mit Inhalten beschäftigt, die hauptsächlich auf die Entwicklung der Person mit intellektueller Behinderung zielt, setzt man sich in der Gewaltprävention mit den Themen Gewalt und sexualisierten Übergriffen direkt auseinander. Jene gewaltpräventiven Inhalte müssen vorsichtiger vermittelt werden, ohne eine Offenheit und das direkte Ansprechen zu vermeiden. Primärprävention lässt sich auch ohne weitere gewaltpräventive Maßnahmen durchführen, dies gilt in die umgekehrte Richtung jedoch nicht. Gewaltprävention braucht, ob der sonst schwer verständlichen Inhalte, eine aufbauenswerte Basis.

In der Primärprävention sollen Inhalte einfließen, die man mit Kindern jeden Tag besprechen und üben kann, während gewaltpräventive Inhalte gezielter vermittelt werden sollen. Dies bedeutet, dass Gewaltprävention mehr Planung und Zeit der Nachbesprechung erfordert.

Aufbauende ganzheitliche Prävention bedeutet von Seiten der Betreuungspersonen ein durchgeplantes und strukturiertes Konzept. Potenzielle Opfer müssen zum Beispiel zunächst wissen was Gefühle sind und dass es angenehme und unangenehme gibt bevor sie über Gewalt und Übergriffe aufgeklärt werden können. Erst in weiterer Folge können sie

eine Sprache dafür entwickeln und sich nach einem Übergriff an (helfende) Vertrauenspersonen wenden zu können.

5.2 Präventive Bemühungen für Menschen mit intellektueller Behinderung – Inhalte und Rahmenbedingungen

Wie eingangs erwähnt, ist es nicht Ziel der vorliegenden Arbeit wahllos alle Präventionskonzepte aufzuzählen, vielmehr sollen die gemeinsamen Inhalte und didaktischen Überlegungen aufgezeigt werden.

Zunächst werden Primärpräventive Inhalte vorgestellt und in einem weiteren Schritt wird ein Handlungsleitfaden für sekundäre präventive Maßnahmen bzw. Maßnahmen der Intervention präsentiert um in einem letzten Schritt tertiärpräventive Inhalte darzustellen. Hierbei soll sekundäre und tertiäre Prävention nur am Rande dargestellt werden, da sich die vorliegende Arbeit auf den Bereich der primären Prävention und Gewaltprävention spezialisieren möchte.

5.2.1 Vorbemerkung: Der direkte und indirekte Ansatz einer opferorientierten Prävention

Im Vorfeld sei hier zu bemerken, dass zwischen zwei Formen der *Orientierung von (Opfer-) Präventionskonzepten* unterschieden wird: Der *direkte Ansatz* bezeichnet Konzepte, die direkt an die gefährdeten Personen richtet, während der *indirekte Ansatz* eine Helferzentrierung aufweist. (vgl. DAMROW 2006, S.66-71)

Prävention anhand des direkten Ansatzes bedeutet dass die AdressatInnen oder AnsprechpartnerInnen von Prävention auch die „eigentliche Zielgruppe darstellen; d.h. jener Personenkreis, bei dem eine Bestärkung und/oder Veränderung von Fähigkeiten, Einstellungen und/oder Verhalten bewirkt werden soll.“ (UHL/ SPRINGER 2002, S. 65)

Im Vergleich dazu bedeutet der indirekte Ansatz, dass „die AnsprechpartnerInnen Personen sind, die mit der eigentlichen Zielgruppe interagieren; d.h. Schlüsselpersonen (Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System), MediatorInnen (unmittelbare Bezugspersonen) und/oder MultiplikatorInnen (mittelbare Bezugspersonen).“ (UHL/ SPRINGER 2002, S. 65)

5.2.2 Ziele von Primär- und Gewaltprävention

Die Entwicklung von einer Prävention voller Abschreckung und Angstmache zu einer Prävention der Stärkung wurde in Kapitel 5.1.3 dargelegt. In der Gegenwart muss das Motto aller Präventionsbemühungen deshalb Stärkung und Bestärkung sein um die Adressaten zu sicheren, starken und freien Persönlichkeiten zu erziehen.

Jene Stärkung der Persönlichkeit und des Selbstvertrauens muss deshalb die erste Bedingung einer Prävention von sexualisierter Gewalt sein.

Ein weiteres Ziel stellt die Vermittlung von Wissen dar, das in Abstimmung auf den Grad der Entwicklung der Betroffenen aufbereitet werden muss. Es sind dies Informationen über Sexualität, Verhütung sowie Informationen über sexuelle Übergriffe.

Schließlich müssen Betroffene Informationen erhalten welche Ressourcen und Möglichkeiten es im Falle von Übergriffen gibt, an welche Vertrauenspersonen sie sich wenden können und wer konkrete Hilfe anbieten kann.

5.2.2.1 Besonderheiten im Hinblick auf Gewaltprävention in der Sonderschule

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass Prävention auch Teil des Lehrplanes der allgemeinen Sonderschule ist, dies jedoch keinen separaten Teil darstellt, vielmehr direkt in den Unterricht integriert wird. Es werden lediglich Hauptthemenfelder vorgegeben, Umsetzung und genaue Themendurchführung bleiben in der Hand der PädagogInnen.

Ziele die hinsichtlich der vorliegenden Arbeit für die Prävention relevant sind, sind

- Gefühlserziehung
- Sexualerziehung
- Umgang mit Gewalt
- Verhaltensweisen gegenüber Sexualtätern
- „sexuellen Missbrauch thematisieren“
- Empfängnisverhütung

(vgl. Lehrplan für die allgemeine Sonderschule 2008, S.24 – 35)

Diese Themen sollen laut Lehrplan in den Unterricht einbezogen werden, die PädagogInnen sind jedoch in der Umsetzung sehr frei.

Die im nachfolgenden Kapitel dargelegte Struktur könnte auch hier Anwendung finden.

5.2.3 Konkrete präventive Themen und Inhalte⁵³

Jene vorgestellten Inhalte können sowohl nach dem direkten als auch nach dem indirekten Ansatz vermittelt werden.

5.2.3.1 Vorbemerkungen

Zunächst muss eine Basis vorhanden sein, um in weiterer Folge spezifische Themen wie Gewalt und sexuell motivierte Übergriffe einfließen zu lassen. Jene Grundlage soll die Persönlichkeit und Identität von Betroffenen⁵⁴ stärken, Handlungs- und Problembewältigungskompetenzen (weiter-) entwickeln damit sie eine Grenzverletzung frühzeitig bemerken und angemessen darauf reagieren zu können.

Primäre Prävention erfordert allgemeinere Themen, die auf die Stärkung des Selbstbewusstseins ausgerichtet sind, während innerhalb einer Gewaltprävention auch (sensiblere) Inhalte und Informationen weitergegeben werden. Die vorliegende Arbeit geht von der Notwendigkeit einer aufbauenden Prävention aus, weshalb die folgenden Unterkapitel thematisch aufeinander aufbauen.

5.2.3.2 Inhalte von primärer Prävention

Diese Inhalte stellen eine Basis dar und müssen Voraussetzung für weitere gewaltpräventive Maßnahmen sein.

5.2.3.2.1 Gefühlserziehung und das Vertrauen in die eigene Intuition

Als Basis für weitere präventive Bemühungen ist das *Erspüren, Benennen und Einordnen der eigenen Gefühle*. Betroffene müssen zunächst wissen, was Gefühle sind, wie sich

⁵³ Vgl. DAMROW 2006; SENN 1993; KAVEMANN 1997; SELIGMANN 1996; GERDTZ 2003; STROHHALM e.V.; Inhalte der Präventionsschulung der KINDERSCHUTZAKADEMIE; Schulische Prävention. Präventionsbausteine online im WWW unter URL <http://www.kinderschutzportal.de/228.0.html>

⁵⁴ Aus Gründen der Vereinfachung bezeichne ich die Adressaten von Prävention von sexueller Gewalt als Betroffene, meine jedoch Personen mit intellektueller Behinderung

diverse Gefühle ‚anspüren‘ und sollen sie benennen können. Weiters sollte den Betroffenen vermittelt werden, dass Gefühle oftmals auch körperlich zu spüren sind. Betroffene können einen Zusammenhang zwischen einer Emotion und der einhergehenden körperlichen Reaktion herzustellen. Wenn dieser Zusammenhang hergestellt werden kann, können unangenehme Gefühle (diese gehen zwangsläufig mit einem sexuellen Übergriff einher⁵⁵) frühzeitiger erkannt werden um entsprechend darauf reagieren zu können. Jedoch nicht nur in Bezug auf sexualisierte Gewalt ist diese Thematik von Bedeutung. Auch in diversen anderen speziellen Präventionen (Drogenprävention, Kriminalprävention etc.) bieten die vorliegenden Inhalte geeignete und brauchbare Grundlagen.

5.2.3.2.2 Körperliches Bestimmungsrecht

Jeder Mensch hat das *Recht über seinen eigenen Körper zu bestimmen*. Dazu gehört auch, dass die betroffene Person entscheiden kann wer sie/ihn wo berühren darf. Im Behindertenbereich kommt diesem Faktum eine spezielle Bedeutung zu. Menschen mit intellektueller Behinderung sind (vor allem wenn sie zusätzlich an einer körperlichen Behinderung leiden) mehr als jeder andere von Fremdbestimmung betroffen und manche (vielleicht) unangenehme Berührungen können bei Arztbesuchen oder innerhalb einer Therapie passieren. Es muss also klargelegt werden, dass manche Berührungen für Betroffene unangenehm sein könnten, dennoch jedoch notwendig. Dennoch können und müssen sie auch in diesem Bereich ein Mitspracherecht bekommen. In wie weit Kinder oder Menschen mit intellektueller Behinderung in der Lage sind diese Unangenehmen Berührungen moralisch voneinander zu trennen muss im Vorfeld abgeklärt werden.

5.2.3.2.3 Grenzen setzen und das Recht „Nein“ zu sagen

Wie im obigen Kapitel erläutert ist es für die Betroffenen sehr wichtig ihre Grenzen zu kennen und abzustecken. Wie jeder nichtbehinderte Mensch haben auch Menschen mit intellektueller Behinderung das Recht Nein zu sagen, wenn ihnen etwas unangenehm ist. Des Weiteren haben sie das Recht sich bestimmten Forderungen zu widersetzen. Dies impliziert Forderungen von Fremden und Bekannten, behinderten und nichtbehinderten Personen gleichermaßen wie von Lehrern oder Betreuungspersonen.

⁵⁵ Vgl. Kapitel 6.2.3.3.1

Kritisch ist hier jedoch anzumerken, dass ein Nein von einem Betroffenen auch immer Akzeptanz des Neins von seinem Gegenüber erfordert. Dies bedeutet einerseits es muss klar vermittelt werden welche Grenzverletzungen und unangenehme Gefühle zum Beispiel in einer Schule oder einer Betreuungseinrichtung akzeptiert werden müssen: „Hierarchische Strukturen in der Schule verlangen von den Kindern sich anzupassen. Andererseits soll aber auch jedes einzelne Kind lernen, sich durchzusetzen und Grenzen zu ziehen. Dies ist also ein Widerspruch in sich, der aber durch ein Nebeneinander dieser beiden Anforderungen besser umgegangen werden kann als durch ein Gegeneinander.“ (GERDTZ 2003, S.57)

Erziehung zum Nein sagen birgt andererseits auch die Gefahr, dass Betroffene im Ernstfall nicht den Mut aufbringen zu ihrem Peiniger Nein zu sagen und der Täter dieses Faktum zu einer Täterstrategie heranzieht. Ein Geheimnis mit der Strategie „Du hast ja nicht Nein gesagt“ kann durch die implizierte massive Schuldzuweisung an das Opfer unter Verschluss gehalten werden.

Es ist ersichtlich, dass eine Erziehung zum Nein sagen auch Gefahren birgt, zumal keine Studien existieren, die belegen, wie viele Übergriffe tatsächlich durch ein Nein verhindert werden konnten, denen sich Erwachsene und Unterstützungspersonen bewusst sein müssen.

5.2.3.2.4 Selbstverteidigung

Einige Präventionsprogramme nehmen die Methode der Selbstverteidigung in ihr Konzept auf wobei nach SENN nicht-körperliche von der körperlichen Selbstverteidigung zu unterscheiden ist. Körperliche Selbstverteidigung soll Kinder stärken um sich körperlich zur Wehr setzen können bzw. sich bei einem Übergriff wehren zu können. Nicht körperliche Selbstverteidigung ist eine Stärkung durch den spielerischen Umgang wie es bei Rollenspielen stattfindet. Nach FINKELHOR (1988) stellen Rollenspiele eine adäquate Möglichkeit dar um Widerstands- und Vermeidungstechniken zu erlernen und an wen man sich im Notfall wenden kann. (vgl. SENN 1993, S.69).

5.2.3.2.5 Sexualpädagogik

Wie in Kapitel 2 dargelegt, ist Sexualität ein bedeutsamer und notwendiger Bestandteil des Menschen und der Menschwerdung und als solcher muss die Auseinandersetzung mit Sexualität auch Bestandteil von Prävention sein.

Besonders für Menschen mit intellektueller Behinderung ist eine Unterscheidung zwischen Übergriff und Zuneigungsbekundung von größter Bedeutung.

Dabei müssen zunächst Begrifflichkeiten besprochen werden. Wesentlich hierbei ist eine Sprache zu finden um Körperteile benennen zu können. Gerade in amerikanischen Präventionsprogrammen wird der Bezug auf die Genitalien völlig ausgespart. (vgl. DAMROW 2006 S.93) Dies ist auch in Hinsicht einer sekundären Prävention bzw. Intervention äußerst kontraproduktiv, da Personen mit intellektueller Behinderung durch Präventionsleistungen zwar den Mut aufbrächten, sich Hilfspersonen anzuvertrauen, sie die Geschehnisse jedoch sprachlich, aufgrund fehlender Begriffe, nicht eindeutig berichten können.

In einem weiteren Schritt müssen auch Körperfunktionen und Informationen über genitale Sexualität sowie den Zeugungsakt erklärt werden. Der deutsche Kinderschutzbund e.V. beschreibt hierzu die folgenden Regeln zur (Sexual-)Aufklärung bei nichtbehinderten Kindern, welche nach GERDTZ (2003) auch in Hinsicht auf „Entwicklungsverzögerungen“ adaptiert werden kann: Kinder sollten etwa mit einem Alter von drei Jahren wissen „woher die Babys kommen (...)“ und die körperlichen (geschlechtlichen) Unterschiede von Männern und Frauen kennen. Die Aufklärung über die Entstehung von (menschlichem Leben) sollte ab einem Alter von etwa fünf Jahren erfolgen. Anschließend sollen alle weiteren Informationen folgen, bis Kinder ab einem Alter von 11 Jahren vollständig aufgeklärt werden sollten. (GERDTZ 2003, S.61)

Menschen mit intellektueller Behinderung benötigen weiters die Möglichkeit eigene sexuelle Erfahrungen machen zu dürfen. Auch Überbehütung stellt eine enorme Gefahrenquelle dar⁵⁶: „Denn gerade ’unaufgeklärte und überbehütete Jugendliche sind besonders gefährdet, in entsprechende Situationen vertrauensvoll hineinzugeraten und

⁵⁶ Vgl. Kapitel 5.3.

gegen ihren Willen sexuellen Übergriffen ausgesetzt zu sein.“ (WALTER 1992, zit. nach SELIGMANN 1996, S.105) Mangelnde bzw. Fehlende Aufklärung führt häufig zu einer Verzerrung der Normalität sodass Täter einen Übergriff leichter als normal und üblich bezeichnen können.

Sexualaufklärung für Menschen mit intellektueller Behinderung muss einen wesentlichen Bereich innerhalb der Prävention darstellen, denn es besteht eine Notwendigkeit des Wissens um die Funktionen und Teile des eigenen Körpers „sowie altersangemessene Information über ethische Gesichtspunkte, Rechte und Verantwortung erhalten.“ (SELIGMANN 1996, S.105)

Nach Seligmann müssen Präventionsprogramme, die für die Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung konzipiert sind, „das Alter beziehungsweise den Entwicklungsstand (...) sowie den unterschiedlichen Grad der Behinderung und die jeweilige psychosoziale und psychosexuelle Entwicklung berücksichtigen.“ (SELIGMANN 1996, S.105)

Auswirkungen einer (gelungenen) Sexualaufklärung stellt HARD (1986) in einer Studie dar: Die von HARD befragten Frauen mit Behinderung⁵⁷, die in ihrem Leben keine Art von Sexualaufklärung erhielten⁵⁸, waren alle Opfer von Übergriffen geworden. Hingegen reduzierte sich diese Zahl, nachdem jene Frauen Sexualerziehung erfahren hatten, auf 12 %. Bei Männern sind jene Zahlen und Auswirkungen nicht derart signifikant, es stellt jedoch dennoch die positiven Auswirkungen von Sexualpädagogik dar. 38% jener Männer, die in ihrem Leben keinerlei Sexualerziehung erfahren hatten, waren Opfer sexueller Übergriffe. Hingegen nach (gelungener) Sexualpädagogik „nur“ 20 %. (vgl. SENN 1993, S.67f./ SELIGMANN 1996, S.105f.)

HARD (1986) und DUFFET (05/87) kommen in einer Auswertung von mündlichen Daten zu folgendem (erschreckenden) Ergebnis: Jene (mündlich) befragten Frauen ohne vorangegangene Sexualaufklärung bezogen ihr Wissen über Sexualität nur aus ihren eigenen Missbrauchserfahrungen. (vgl. SENN 1993, S. 68)

(Gelungene) Sexualerziehung ist jedoch nicht ausschließlich von (theoretischer) Sexualaufklärung abhängig. Voraussetzung jeder Sexualpädagogik muss ein offener

⁵⁷ SENN beschreibt diese als Frauen mit Entwicklungsverzögerungen

⁵⁸ Als Sexualerziehung bezeichnet HARD jede Form von Sexualaufklärung, die über fünf Stunden andauerte.

Umgang mit Sexualität in Schule, Betreuungseinrichtung und Elternhaus sein. GERDTZ (2003) fasst dies zusammen: Es „kann gesagt werden, dass eine geduldige, offene und lebensnahe Sexualaufklärung der beste Schutz (...) vor Verführung und Missbrauch (...)“ ist. (GERDTZ 2003, S.62)

Gerade dies erfordert jedoch von Bezugspersonen und Betreuungspersonal Offenheit, ein positiver Umgang und die eigene Fähigkeit der Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität. Sexualaufklärung und Hilfestellung muss deshalb ebenso Bestandteil täglicher Arbeit mit Menschen mit Behinderung darstellen wie das Erlernen von Körperhygiene oder Hilfestellung bei der Unterscheidung von Nähe und Distanz. (vgl. HUBER 1985, S.25)

5.2.3.3 Inhalte von Gewaltprävention

Aufbauend auf zuvor erwähnte Inhalte werden nun jene Themen vorgestellt die eine gezielte Planung und Struktur sowie ein höheres Maß an Sensibilität erfordern als in einer Primärprävention.

5.2.3.3.1 Angenehme und unangenehme Gefühle

Aufbauend auf ein Erkennen und Benennen von Gefühlen sollen Betroffene zwischen *angenehmen und unangenehmen Gefühlen* unterscheiden können. Wie in den obigen Kapiteln dargelegt geht sexualisierte Gewalt mit einer Reihe von Gefühlen einher. Diese Gefühle können zum Teil negativ aber auch ambivalent sein und es ist wichtig, dass Menschen aus Risikogruppen (den Menschen mit intellektueller Behinderung zweifellos angehören) dies wissen.

Nur wenn es für die Betroffenen klar ist, dass eine Situation ein unangenehmes Gefühl erzeugt und sie diesem Gefühl vertrauen, *auf ihre Intuition achten*, können sie sich an Hilfspersonen wenden. Ziel ist es hierbei ein Gespür zu bekommen, wann eine Situation ein unangenehmes Gefühl hervorruft und auf die eigenen Empfindungen und Gefühle zu vertrauen.

5.2.3.3.2 Unterschied zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen erkennen

Um diese Thematik in einer Präventionseinheit aufzugreifen muss gesichert sein, dass Betroffene Kontakt zu ihren Gefühlen haben und diese unterscheiden können. Weitere

Voraussetzung ist, dass Betroffene wissen, dass sie selbst über ihren Körper und Berührungen des Körpers entscheiden dürfen und sollen. (vgl. GERDTZ 2003, S.57)

Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann man mit den Betroffenen (nachhaltig) über angenehme und unangenehme Berührungen sprechen.

Hierbei ist es hilfreich Verbindungen zu Gefühlen zu ziehen. So kann den Betroffenen erklärt werden, dass aus angenehmen Berührungen angenehme Gefühle resultieren und mit unangenehmen Berührungen zwangsläufig unangenehme Gefühle einhergehen.

Besonders jene Berührungen von TäterInnen, die enge Bezugspersonen darstellen, sind für Betroffene schwierig einzuordnen. Ambivalente Gefühle sind eine unvermeidbare Folge jener verwirrenden Übergriffe, da die Betroffenen einerseits mit negativen und unangenehmen Gefühlen konfrontiert sind, andererseits dennoch (besonders bei dem Opfer nahe stehenden TäterInnen) Gefühle der Zuneigung vorhanden sind. Hier ist es besonders wichtig zu vermitteln, dass Betroffene sich auf ihre Gefühle und Intuition verlassen können und sich an Vertrauens- und Hilfspersonen wenden sollen.

Wesentlich ist zu betonen, dass Übergriffe häufig mit für die Opfer angenehmen Berührungen beginnen welche meist zunächst in spielerischer Form von TäterInnen ausgeübt werden, jedoch mit fortschreitender Zeit in einen sexuellen Übergriff gipfeln. TäterInnen tasten sich langsam an die Betroffenen heran und loten deren Grenzen aus.

Gerade jene kontinuierliche, langsame Steigerung der Übergriffe ist für Betroffene fatal, da sie immer mehr Charakter von Normalität annehmen und Betroffene die mit den Übergriffen verbundenen schlechten Gefühle nicht mehr oder nur schwach wahrnehmen. Resultat ist ein stilles Leiden der Betroffenen ohne sich an Vertrauenspersonen zu wenden.

Betroffenen ist klar verständlich zu vermitteln, dass jene unangenehmen Berührungen, die an unangenehme Gefühle gekoppelt sind, nur dann abgebrochen werden können, wenn man sich an eine Vertrauensperson wendet. Denn unangenehme Gefühle, die Betroffene nicht mitteilen entwickeln sich zu einem schlechten Geheimnis.

5.2.3.3.3 Umgang mit Geheimnissen

Die in Kapitel 4.6.1 dargestellten Strategien von TäterInnen hinsichtlich sexuellen Missbrauchs zielen auf eine (stille oder auch ausgesprochene) Vereinbarung zwischen

TäterIn und Opfer ab. Dieses Abkommen kann nur durch ein Geheimhaltungsgebot seitens der Opfer bestehen bleiben. In der Primärprävention wird dies als schlechtes Geheimnis bezeichnet.

Ein Geheimnis kann nur unter der Bedingung existieren, wenn es Personen gibt, die von dem Geheimnis wissen (TäterIn und Opfer) und Personen, die über das Geheimnis nicht Bescheid wissen und auch nicht Bescheid wissen sollen (Umwelt).

Die Aufgabe von Prävention muss daher eine Aufklärung über Geheimnisse sein. Betroffenen muss erklärt werden, dass es gute Geheimnisse gibt und dass diese wichtig und richtig sind und Geheimnisse bleiben dürfen. Gute Geheimnisse erkennt man an angenehmen, guten Gefühlen die damit verbunden sind.

Unangenehme Geheimnisse jedoch, welche mit unangenehmen Gefühlen einhergehen müssen nicht für sich behalten werden. Betroffene muss erklärt werden, dass ein schlechtes Geheimnis so lange bestehen bleibt so lange das Geheimhaltegebot zwischen TäterIn und Opfer bestehen bleibt. Sobald man sich jedoch an Hilfspersonen wendet, kann das Abkommen nicht mehr bestehen bleiben.

Für Personen mit intellektueller Behinderung ist diese Thematik vielleicht zu abstrakt. Eine alternative Möglichkeit wäre ganz allgemein über das Thema „Petzen“ oder „Weitersagen“ zu sprechen und zu erklären, dass man unangenehme Gefühle weitersagen kann und darf. (vgl. GERDTZ 2006, S.58)

5.2.3.3.4 Informationen über sexuelle Gewalt und die Thematik der Schuld

Betroffenen muss in einfachen Worten erklärt werden was (sexualisierte) Gewalt ist und dass sie zu keinem Zeitpunkt an den Geschehnissen Schuld tragen. Weiters muss für die Betroffenen klar sein, dass sie den Schutz vor sexualisierter Gewalt für sich oftmals nicht selbst herstellen können und (professionelle) Hilfspersonen benötigen.

Gerade wenn TäterInnen den sexuellen Missbrauch mit der Strategie der Schuld tarnen, ist die Gefahr groß, dass Betroffene das Geheimnis weiterhin unter Verschluss halten

Es ist von besonderer Wichtigkeit darzulegen, wenn innerhalb der Prävention das „Nein“ sagen gelernt und geübt wird, dass die Betroffenen keine Schuld haben, selbst

wenn sie nicht „Nein“ zu einem Übergriff gesagt haben sondern dass die Verantwortung für sexualisierte Gewalt zu jedem Zeitpunkt bei den TäterInnen bleibt.

EXKURS: Es sei an dieser Stelle und in diesem Zusammenhang auch das Konzept des Empowerments von THEUNISSEN erwähnt. Empowerment lässt sich grob mit *Selbstbefähigung* oder *Selbstermächtigung* übersetzen⁵⁹ und „steht für eine neue Philosophie des Helfens, zugleich gilt er aber auch als ein neues Programm; zudem wird er im reflexiven und transitiven Sinne benutzt (sich selbst befähigen und ermächtigen; aber auch jemanden dazu verhelfen, sich zu emanzipieren)“(THEUNISSEN 2001). Hinter dem Begriff des Empowerments stehen Konzepte, Leitideen und Programme damit Menschen mit (intellektueller) Behinderung wieder *Experten in eigener Sache*⁶⁰ sein können. Betreuungspersonen sollen assistieren, Entscheidungen dürfen und müssen jedoch (im Rahmen der Möglichkeiten) von dem Menschen mit Behinderung selbst getroffen werden.

5.2.3.3.5 Informationen über Unterstützungssysteme und das Recht auf Hilfe

Nachdem nun hinreichend erläutert wurde, dass ein sexualisierter Übergriff nur beendet werden kann, wenn die Geheimhaltung beendet wird und sich Betroffene an Hilfspersonen wendet, muss für Betroffene auch geklärt werden welche Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene existieren.

Zunächst muss Betroffenen ermöglicht werden Kontakt zu anderen (nichtbehinderten) Menschen zu bekommen, die im Notfall den Betroffenen helfen könnten.

Gerade wenn der/die TäterIn im engen Bekannten- bzw. Bezugsbereich des Opfers zu finden ist, ist es sinnvoll auch auf Vertrauenspersonen „zurückgreifen“ zu können, welche bestenfalls fernab von Elternhaus bzw. Betreuungseinrichtung sind.

GERDTZ schlägt vor, *Hilfe holen* in Rollenspielen einzuüben, denn Betroffene „müssen verstehen lernen, dass auch Erwachsene mitunter Fehler machen und dass sie nicht eher aufgeben dürfen, bis sie Hilfe bekommen – auch wenn das manchmal sehr, sehr schwer werden kann.“ (BESTEN 1991 zit. nach GERDTZ 2003, S. 59)

⁵⁹ Vgl. THEUNISSEN 2003

⁶⁰ Dieser Terminus wurde von THEUNISSEN im Zusammenhang mit der Empowerment-Bewegung geprägt.

5.3. Sekundäre Prävention – Charakterisierung und Unterstützungsansätze von und für HelferInnen

Wie in Kapitel 5.1.6 der vorliegenden Arbeit dargestellt wurde, beschäftigt sich die sekundäre Prävention mit Intervention. Es wird deshalb ein Leitfaden für HelferInnen vorgestellt anhand dessen eine Hilfeleistung für Betroffene möglich ist.

Wenn von sekundärer Prävention bzw. Intervention gesprochen wird, muss notwendigerweise auch das österreichische Rechtssystem miteinbezogen werden. Eine Auswahl der Gesetzestexte befindet sich sowohl in Kapitel 4.5 der vorliegenden Arbeit, weshalb in diesem Kapitel nur auf die Möglichkeiten von Betroffenen hingewiesen wird. Die gesetzliche Lage in Österreich macht eine Unterscheidung zwischen mündigen und unmündigen Opfern erforderlich. Eine Charakterisierung der verschiedenen Helfergruppen ist von jener Unterscheidung jedoch nur am Rande betroffen.

5.3.1 Das Helfer-Modell von DE WAAL/ THOMA⁶¹

Unter dem Motto „Jedem Helfer seinen Part“ beschreiben DE WAAL/ THOMA vier Helfergruppen, die bei sexualisierter Gewalt beteiligt sind. Jenes Konzept ist auf die Arbeit mit nichtbehinderten Kindern zugeschnitten, es wird jedoch im Folgenden versucht es für den Behindertenbereich zu adaptieren.

Die vier Helfertypen sind Sensoren, Melder, Akteure und spezielle Unterstützer.

Es werden nun in einem weiteren Schritt die Aufgaben der jeweiligen Helfergruppen für die sekundäre Prävention erläutert.

5.3.1.1 Die Sensoren

Sensoren sind Personen, die in ihrem beruflichen oder privaten Umfeld mit Menschen mit intellektueller Behinderung konfrontiert sind und denen Veränderungen in Verhalten und Persönlichkeit der Betroffenen zuerst registrieren. Es sind dies hauptsächlich Bezugspersonen in Behinderteneinrichtungen (Wohnbereich und Werkstättenbereich)

⁶¹ Vgl. DE WAAL, Helmut/ THOMA, Christoph 2000, S. 17-51

sowie Vertrauenspersonen im privaten Bereich (Eltern, Sachwalter etc.) oder Personen, die in regelmäßigem Kontakt mit den Betroffenen stehen (Freunde, Nachbarn etc.). Verhaltensauffälligkeiten deuten meist auf ein Problem hin, dem nachgegangen werden sollte.

Sensoren werden zunächst versuchen mittels Beobachtung oder Gesprächen für die Veränderung möglichst plausible Erklärungen zu finden wobei zunächst eine Unterscheidung zwischen *Beobachtung und Vermutung* passieren muss.

Sensoren müssen sich klar werden ob diese beobachtete Verhaltensauffälligkeit auf einer Grundlage passiert, die aus einer Befürchtung resultiert oder eine konkrete Beobachtung zu Grunde liegt.

Eine *Vermutung oder Befürchtung* liegt dann vor, wenn die Auffälligkeit nicht sinnlich erfasst wurde, wenn eine „'Eigenproduktion' überwiegt und der 'Faktenanteil' gegen Null geht.“ (s.18f.)

Eine *Beobachtung* hingegen hat eine sinnliche Wahrnehmung zu Grunde und kann auch von anderen Sensoren beobachtet werden.

In einem weiteren Schritt wird geprüft ob *spezifische* oder *unspezifische* Hinweise vorliegen (*konkreter oder vager Verdacht*). Dies entscheidet die weitere Vorgehensweise. Spezifische Hinweise können Spuren von Gewalt (etwa Verletzungen oder blaue Flecken) oder Videomaterial sein. Gerade bei minderjährigen Personen wird in diesem Fall eine Meldung an die zuständige Jugendwohlfahrtsbehörde ratsam sein.

Ein vager Verdacht ist aufgrund unspezifischer Hinweise entstanden, welche nicht eindeutig auf einen sexuellen Übergriff hindeuten und jeden anderen krisenartigen Zustand zu Grunde liegen haben könnte. In diesem Fall wird zunächst versucht werden weitere Informationen zu bekommen und plausible Erklärungen zu finden. Sollte sich der Verdacht schließlich erhärten oder nur unbefriedigende Erklärungen existieren, wird auch hier im Falle von minderjährigen Opfern die zuständige Jugendwohlfahrtsbehörde eingeschaltet werden.

Bei mündigen Menschen mit Behinderung muss bei einem konkreten Verdacht der eventuelle Sachwalter oder die Bezugspersonen miteinbezogen werden um sich in einem weiteren Schritt mit dem/der Betroffenen über eine mögliche Anzeige abzusprechen.

5.3.1.1.1 Das THOMA'sche Modell

Bei unspezifischen Hinweisen und unkonkreten Anhaltspunkten hat sich in der Praxis⁶² das THOMA'sche Modell bewährt. THOMA geht davon aus, dass das Geheimnis (der Übergriff), das nur dann geheim bleiben kann wenn eine stille Vereinbarung zwischen TäterIn und Opfer besteht, durch eine Schutzhülle geschützt wird. Dies bedeutet, dass nach dem Geheimnis nicht direkt gefragt werden kann sondern der „Umweg“ über die Gefühlswelt notwendig ist.

Betroffene können über das Erlebte (das Geheimnis) zu Beginn nicht sprechen, jedoch sehr wohl über die Schutzhülle. Nach THOMA besteht jene Schutzhülle aus den Gefühlen der Schuld, aus Schamgefühlen und aus Gefühlen der Angst vor der Situation bzw. der Lüftung des Geheimnisses. „Es sind dies grobe Gefühlsbündel, die von Fall zu Fall verschieden stark ausgeprägt sind (altersabhängig, situationsabhängig, geschlechtsabhängig).“ (DE WAAL/ THOMA 2000, S.29)

Mit Betroffenen kann nun über diese drei Gefühlsgruppen gesprochen werden.

Wird in diesen Gesprächen der Verdacht nun erhärtet und die Hinweise konkret, wird ein Sensor (im Falle von Minderjährigkeit muss ein beruflicher Sensor eine Meldung an das zuständige Jugendwohlfahrtsamt machen⁶³) nun in Absprache mit dem/der volljähriger/n Betroffenen die Entscheidung treffen ob die Geschehnisse nun gemeldet werden und eine Strafanzeige getätigt wird oder nicht. Die Entscheidung zu einer Strafanzeige kann nur von einem/r volljährigen Betroffenen entschieden werden und sollte gut durchdacht werden. Hier benötigen die Betroffenen (professionelle) Unterstützung, eine (juristische und psychosoziale) Prozessbegleitung kann hilfreich sein um diese heikle Frage zu klären. Die Vor- und Nachteile einer Strafanzeige werden zu einem späteren Zeitpunkt genauer besprochen.

Bei minderjährigen Betroffenen wird bei einer Meldung an das zuständige Jugendwohlfahrtsamt der Sensor zu einem Melder. Eventuell werden Sensoren aus dem beruflichen Umfeld zuvor auch andere Vertrauenspersonen oder Eltern mit einbeziehen und ihre Beobachtungen besprechen. (vgl. DE WAAL/THOMA 2000, S.17)

⁶² Anm.: Der Leitfaden von De WAAL/ THOMA der hier als Grundlage dient zielt auf die Arbeit mit unmündigen, nichtbehinderten Minderjährigen ab und findet seinen Einsatz in diversen Kinderschutzeinrichtungen wie z.B. dem Kinderschutzzentrum *die möwe*.

⁶³ Vgl. hierzu die gesetzlichen Grundlagen für berufliche Helfer – Kapitel 4.5.3

5.3.1.2 Die Melder

Der Melder achtet innerhalb der Meldung darauf möglichst spezifische Beobachtungen und Hinweise mitzuteilen. Der Melder wird dies so konkret wie möglich machen und eigene Befürchtungen und Vermutung unterlassen und sich nur auf die Fakten konzentrieren. Im Falle von minderjährigen Opfern wird eine Meldung an die zuständige Jugendwohlfahrtsbehörde getätigt.

Bezieht sich die Beobachtung einer Hilfsperson, eines Sensors, auf einen (potenziellen) Täter, kann eine Meldung an die Exekutive erfolgen. Sollte das Opfer bereits die Volljährigkeit erreicht haben, muss die Meldung zuvor mit dem Opfer abgesprochen sein.

Das Melden eines Hinweises aktiviert die Akteure.

5.3.1.3 Die Akteure

Akteure sind vom Gesetz her beauftragt zu Handeln, wenn das Wohl eines Kindes bzw. einer schützenswerten Person gefährdet ist⁶⁴.

Akteure sind die SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt sowie die Exekutive und Judikative.

5.3.1.3.1 Weitere Vorgangsweise bei Minderjährigkeit des Opfers

Bei Einlangen einer Meldung in der Jugendwohlfahrtsbehörde wird der Verdacht oder Hinweis des Melders zunächst auf Vermutungen oder Befürchtungen überprüft und die Fakten herausgefiltert.

Gibt es keine hinreichenden Verdachtsmomente werden die Hinweise weiterhin geprüft, jedoch keine weiteren rechtlichen Schritte unternommen.

Liegen konkrete Beobachtungen vor bzw. spezifische Beweise für einen Übergriff bzw. eine Kindeswohlgefährdung vor, wird sich die zuständige Jugendwohlfahrtsbehörde an Polizei oder Justiz wenden.

Liegen hinreichend Beweise vor und ist die Gefährdung im Nahbereich des Opfers wird die Justiz eine Wegweisung genehmigen und dem/der TäterIn aus der unmittelbaren

⁶⁴ Vgl. Kapitel 4.5.

Umgebung das Betreten des Bereiches verbieten. Sind die Geschehnisse als strafbare Handlung einzuordnen, muss die Polizei eine Anzeige aufnehmen und die Betroffenen müssen bei der Polizei eine Aussage tätigen. Sollte es durch die Staatsanwaltschaft weitere angeordnete Ermittlungen geben und ein anschließendes Verfahren eingeleitet werden, muss das Opfer seine Aussage sowohl innerhalb der Ermittlung als auch vor Gericht nochmals wiederholen, manchmal nochmals im Rahmen einer Gutachtenserstellung. Um dies den Opfern zu erleichtern bzw. sie darauf vorzubereiten gibt es die juristische und/oder psychosoziale Prozessbegleitung.⁶⁵

5.3.1.3.2 Weitere Vorgangsweise bei volljährigen Opfern

Die Jugendwohlfahrtsbehörde ist für volljährige, mündige Personen nicht mehr zuständig, es gibt auch keine Meldepflicht oder gesetzliche Bestimmung für HelferInnen, mit Ausnahme der Berufsgruppe der Ärzte. Nach § 54 Absatz 4 und 6 des Ärztegesetzes⁶⁶ sind Ärzte zu einer Anzeige verpflichtet, wenn aus dem Übergriff eine schwere Körperverletzung oder der Tod des Opfers resultiert und wenn *eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.*(§ 54 Abs. 4)

Betroffene müssen sich selbst entscheiden ob sie den/die TäterIn anzeigen oder nicht. Sollte eine Behörde von einer Sexualstraftat erfahren, muss diese jedoch eine Ermittlung einleiten, da sexualisierte Gewalt (wie auch Vergewaltigung, Nötigung, Körperverletzung und Stalking) ein so genanntes Offizialdelikt darstellt und in diesem Fall gibt es keinen privaten Kläger. Dies übernimmt die Staatsanwaltschaft. Weiters kann die Anzeige eines Offizialdeliktes nicht mehr zurückgezogen werden.⁶⁷

Bei der Einleitung des Verfahrens hat der/die Betroffene das Recht eine Vertrauensperson hinzuzuziehen, auch hier besteht die Möglichkeit einer kostenfreien psychosozialen und juristischen Prozessberatung.

⁶⁵ Vgl. AUTONOMES FRAUENZENTRUM. INFOBLATT NR: 3 "Prozessbegleitung bei sexueller, körperlicher und seelischer Gewalt"

⁶⁶ Vgl. auch 4.5.3.2

⁶⁷ Vgl. GEWALTSCHUTZZENTRUM NÖ - Verein für Gewaltprävention, Opferschutz und Opferhilfe: Strafverfahren und Prozessbegleitung

Grundsätzlich sollte die Erstattung einer Anzeige gut durchdacht sein, da ein Strafverfahren zumeist ein längerfristiges, für Betroffene anstrengendes Verfahren darstellt in welchem sie mehrmals das Geschehene wiedergeben müssen. Die Gefahr einer sekundären Traumatisierung ist sehr groß und darf nicht unterschätzt werden. Es ist deshalb notwendig die Möglichkeit von Prozessbegleitung in Anspruch zu nehmen und sich in dieser wichtigen Entscheidung Hilfe zu holen.

5.3.1.4 Die Unterstützer

Schließlich ist noch eine letzte Helfergruppe an dem Interventionsgeschehen beteiligt: Die speziellen Unterstützer. Diese haben zwei grundlegende Aufgaben:

„Einerseits (Medizinische und psychologische Diagnostik) spezifizieren Sie gegebenenfalls einen Verdacht auf Missbrauch indem sie – in ihrem Fachgebiet – direkte Hinweise erheben oder sie andere Möglichkeiten für die Veränderung ausschließen(...)“ (DE WAAL/ THOMA 2000, S.45)

Andererseits helfen sie als Mitarbeiter in Krisen-, Gewalt- und Kinderschutzzentren Betroffenen und allen Beteiligten das Erlebte zu verarbeiten. (vgl. DE WAAL/ THOMA 2000, S.45)

5.3.2 Ansätze zur Unterstützung von HelferInnen

Die oben genannte Charakterisierung von HelferInnen soll im akuten Krisenfall helfen um zu einer innerlichen Struktur gelangen und somit die eigene Rolle abzustecken. Dieses Abstecken erleichtert die Hilfestellung im Rahmen der eigenen Möglichkeiten und soll unter anderem auch einer Überforderung von HelferInnen vorbeugen. Des Weiteren fördert dieses Modell die interdisziplinäre Zusammenarbeit, da die HelferInnengruppen Hand in Hand agieren müssen um zu einem entsprechenden Ergebnis innerhalb eines Krisenfalles zu gelangen. In einem nächsten Schritt soll nun herausgearbeitet werden, welche Unterstützungsansätze für HelferInnen gegeben sein sollen um einerseits den Krisenfall für die Betroffenen zu erleichtern, die Situation jedoch auch für die Unterstützungspersonen so effektiv wie möglich zu machen: ⁶⁸

⁶⁸ Unterstützungsansätze: vgl. GRÜN 1996 in WAIDHOFER, 2003. S. 85f.

- Um die Situation für Betroffene und HelferInnen zu erleichtern sollte in der Institution ein offener Umgang mit der Problematik und dem Krisenfall möglich sein. Dies sollte auch für die UnterstützerInnen gelten, diese sollten die Möglichkeit der Inter- und Supervision erhalten um sich über Arbeitsschritte und eigene Gefühlslage austauschen zu können.
- Ein „Geheimhaltegebot“ innerhalb der Institution muss außer Kraft gesetzt werden, gerade wenn innerinstitutionelle sexualisierte Gewalt involviert ist. TäterInnen welche innerhalb der Institution arbeiten müssen konsequent und rechtlich verfolgt werden (können).
- Präventive Arbeit muss weiterhin verfolgt werden
- Der Schutz der Betroffenen muss gegeben sein, eventuell sollten geschlechtsspezifische „Schutzräume“ installiert werden.
- Die Fort- und Weiterbildungsangebote müssen um die vorliegende Thematik erweitert werden. Die Betreuungspersonen müssen in einer Weiterbildung auch auf die eigenen emotionalen und ambivalenten Gefühle hingewiesen werden. Dies soll innerhalb einer Supervision besprochen werden.

5.4. Tertiäre Prävention – Möglichkeiten einer Rehabilitation

Wenn von tertiärer Prävention die Rede ist muss klar werden, dass hier die Grenzen einer (pädagogischen oder psychologischen) Prävention erreicht sind und diese präventiven Maßnahmen zur Gänze in die Hände von ExpertInnen gelegt werden muss, die sich um die therapeutische Nachbetreuung der Opfer kümmern. ExpertInnen sind unter anderem (Psycho-)TherapeutInnen, welche innerhalb der tertiären Prävention versuchen Folgeschäden vorzubeugen und den Opfern helfen, die traumatischen Erlebnisse so weit wie möglich aufzuarbeiten.

Wobei hier nach ZEMP (1994) anzumerken, dass es keine Therapie zur Gesund- oder Ganzwerdung sein kann, vielmehr muss Therapie die Selbstheilungskräfte aktivieren und jene Blockaden aus dem Weg räumen, die eine (mögliche) Heilung verhindert.

Dies kann über ein Gespräch passieren oder mittels spielerischen Ansatzes, es kann gestalttherapeutische Maßnahmen mit einbeziehen oder analytische Werkzeuge. Die Möglichkeiten sind vielfach vorhanden.

In der Praxis (und auch in der Diagnostik) haben sich jedoch nach ZEMP das Sandkastenspiel und die Arbeit mit anatomisch korrekten Puppen bewährt. Mit den Puppen

(die mit sämtlichen Geschlechtsmerkmalen ausgestattet sind) lassen sich Erlebtes darstellen und zur Aufklärung (primäre Prävention) einfließen lassen. „Dabei sind Wiederholungen von höchster Wichtigkeit, damit Gelerntes zur Gewohnheit werden kann, das, wenn nötig, einfach da ist.“ (ZEMP 1994, S.73)

In den therapeutischen Prozess muss weiters notwendigerweise auch das Unterstützungssystem mit einbezogen werden, damit Erlerntes wie etwa das Nein sagen nicht kontraproduktiv wird, wenn es zuvor in der Therapiestunde eingeübt wird und in Elternhaus oder Betreuungseinrichtung (ohne Erklärung) ignoriert wird. (vgl. ZEMP 1994, S.73)

Weiters müssen Betroffene einen Raum bekommen um Gefühle, die mit den Geschehnissen in Verbindung stehen zu entdecken und zuzulassen, „denn es gehört zur Überlebensstrategie von Betroffenen, Gefühle abzuspalten und zu verdrängen.“ (ZEMP 1994, S.73)

Es wird hier ersichtlich, dass in der therapeutischen Arbeit und der tertiären Prävention wieder mit allen Themen der Primärprävention gearbeitet werden kann.

5.5. Prävention für PädagogInnen

Eine ganzheitliche Prävention kann nur dann gewinnbringende Erfolge haben, wenn alle Berufsgruppen, die eng mit den Betroffenen verknüpft sind, an einem Strang ziehen und sich aktiv in das Präventionsgeschehen einbinden.

Nach FINKELHOR und ARAJI (1983) müssen Fachkräfte die folgenden Qualifikationen erwerben⁶⁹:

1. Fachkräfte müssen die grundlegenden Begriffe der Prävention kennen und verstehen. Außerdem müssen sie diese in angemessener Form an andere weitergeben können.

⁶⁹ Vgl. SENN 1993, S.71

2. PädagogInnen müssen auf die Thematik sensibilisiert sein um Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und im Notfall die weiteren Interventionsschritte einleiten zu können.
3. PädagogInnen müssen in der Lage sein mit Betroffenen über die Geschehnisse zu sprechen und die nötige Einfühlsamkeit hierfür besitzen
4. Sie müssen in der Lage sein, die adäquate Intervention zu finden, ohne den Betroffenen zu traumatisieren.
5. Sie sollen aktuelle Informationen über weiterführende Hilfe und weitere Interventionsschritte kennen um sie im Notfall weiterzugeben
6. Fachkräfte müssen in der Lage sein Informationen über sexualisierte Gewalt und die Prävention dahingehend an andere weitergeben zu können.

Modifizierung der LehrerInnenausbildung

Ergänzend soll hier noch erwähnt werden, dass HelferInnen oftmals mit den eigenen Emotionen im Krisenfall überfordert sind. Es sollen deshalb die Fort- und Supervisionsbemühungen folgendermaßen modifiziert werden⁷⁰:

- a) Reflexion der beruflichen und gesellschaftlichen Normen
- b) Realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der
Betreuungsverantwortung
- c) Welche Handlungsräume und Schutzmöglichkeiten stehen zur Verfügung
- d) Wo kann innerhalb und außerhalb der Behinderteneinrichtung Unterstützung geholt
werden
- e) Reflexion der männlichen und weiblichen Rollen
- f) Auseinandersetzung mit den Gefühlen, die sexuelle Gewalt bei den HelferInnen selbst
auflöst
- g) Auseinandersetzung mit den eigenen Opfer-, TäterInnen-, Mittäteranteilen
- h) Reflexion männlicher Gewalt und Sexualität
- i) Reflexion der eigenen Sexualität

⁷⁰ folgende Aufzählung zit. Nach Waidhofer 2003, S.85f.

Im Folgenden wird die Relevanz von PädagogInnen sowohl für die primäre (und gewaltpräventive) als auch für die sekundäre Prävention geklärt und Aufgaben in den jeweiligen Bereichen aufgezeigt.

5.5.1 Aufgaben von PädagogInnen hinsichtlich primärer und Gewaltprävention

Nach MARQUARDT-MAU (1995) sind die folgenden (inhaltlichen) Präventionsschritte im Bereich der primären⁷¹ Prävention notwendig⁷²:

1. PädagogInnen sollen sich mit dem traditionellen Verständnis von Prävention auseinandersetzen um durch Aufklärung und Stärkung des Selbstbewusstseins sich für aktuelle präventive Maßnahmen zu entscheiden.
2. Fachkräfte müssen sich mit den eigenen Unsicherheiten und Barrieren auseinandersetzen. Außerdem sollen sie die vorhandenen präventiven Materialien auf Aktualität und Nachhaltigkeit überprüfen.
3. Sie müssen sich über mögliche Nebeneffekte im Klaren sein. Gerade bei der Erziehung zum Nein sagen, kann es geschehen, dass Betroffene nach einer Missbrauchssituation Schuldgefühle entwickeln, weil sie sich nicht entsprechend zur Wehr gesetzt haben.
4. Es müssen unangemessene Vereinfachungen vermieden werden. Da sexualisierte Gewalt oftmals im Nahbereich (dies schließt auch den institutionellen Nahbereich ein) der Betroffenen passieren und meist spielerische und vermeintlich harmlose Anfänge hat und sich im weiteren Verlauf erheblich steigert, muss dies im Hinterkopf der Pädagogen sein und gegebenenfalls in das Präventionsgeschehen miteinbezogen werden.
5. Präventionsleistungen sollen an den kindlichen sexuellen Erfahrungen anknüpfen. Es muss in das Präventionsgeschehen miteinbezogen werden, dass die Berührungen bei eventuellen Doktorspielen in Ordnung sind und erklärt werden, dass Sexualität etwas grundsätzlich Positives ist.
6. Präventionsleitungen sollen geschlechtsspezifisch aufgebaut sein und die Geschlechterrollen miteinbezogen werden. Bei älteren Kindern und Jugendlichen

⁷¹ MARQUARDT-MAU spricht nur von primärer Prävention. Im Sinne der Vierteilung schließt dies jedoch auch Gewaltprävention ein.

⁷² Vgl. MARQUARDT-MAU 1995, S.268-271

ist es anzuraten, die Gruppe geschlechtsspezifisch zu trennen um Präventionsleistungen für das jeweilige Geschlecht individuell auszuarbeiten.

7. Fachkräfte müssen flexibel bleiben und können und sollen eigene Präventionsleistungen entwickeln.

Es sei hier noch anzumerken, dass Prävention hat immer auch aufdeckenden Charakter und PädagogInnen müssen deshalb für den Notfall gerüstet sein.

5.5.2 Sekundäre Präventionshinweise für PädagogInnen

MARQUARDT-MAU (1995) stellt die folgenden Themen für HelferInnen in der sekundären Prävention vor⁷³:

1. Fachkräfte müssen auf die Thematik sensibilisiert sein und die Notlage eines Betroffenen erkennen. Sie sollen Verhaltensauffälligkeiten registrieren und entsprechend einem Handlungsleitfaden Hilfe organisieren können.
2. Es muss innerhalb der Institution eine Vernetzung von Fachkräften untereinander geben.
3. Wie eine Vernetzung innerhalb einer Organisation muss die Vernetzung nach außen folgen. Kinderschutzarbeit kann nur durch Netzwerkarbeit zu Erfolg führen. Fachkräfte sollen mit MitarbeiterInnen aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich kooperieren. Dies sind Beratungsstellen, Gewaltschutzzentren sowie offizielle Beratungsstellen auf der einen Seite und Ärzte und gegebenenfalls Mitarbeiter einer Kinderschutzgruppe in einem Krankenhaus andererseits.

Von enormer Relevanz ist ebenso, dass Pädagogen bzw. Betreuungspersonen über ihren gesetzlichen Auftrag im Klaren sind und wissen auf welcher Rechtsgrundlage ihr Handeln beruht. Des Weiteren müssen sie die gesetzlichen Grundlagen der Thematik kennen um im Notfall entsprechend reagieren zu können bzw. mit den Betroffenen die Situation besprechen zu können. Es empfiehlt sich deshalb innerhalb einer Einrichtung bzw. einer Institutionen einen internen Leitfaden zu erstellen auf dem im Notfall zurückgegriffen werden kann. HelferInnen sind im Notfall immer auch mit ihren eigenen Gefühlen

⁷³ Vgl. MARQUARDT-MAU 1995, S.271f

konfrontiert und übernehmen oft die Ohnmacht des/der Betroffenen. Hier kann es helfen einen strukturierten Handlungsplan zu entwickeln.

5.6. Elternarbeit

Elternarbeit stellt jede Art von Informationsvermittlung und Arbeit mit Eltern, die sich zum Ziel macht, Missbrauch vorzubeugen oder frühzeitig aufzudecken. (vgl. SELIGMANN 1996, S.58)

Besonders bei intrafamiliärem Missbrauchsgeschehen muss Elternarbeit ein wichtiger Stützfeiler von Prävention sein:

Präventive Elternarbeit stellt einen äußerst wichtigen Stützfeiler zum Schutz von Betroffenen gegen sexualisierte Gewalt dar. Sie sollten jedoch (im Vergleich zur aktuellen Praxis) mehr in das Präventionsgeschehen einbezogen werden. Eltern erhalten hauptsächlich durch die aktuellen Medien spezifische Informationen, diese sind jedoch einerseits von unterschiedlicher Qualität und oft nicht mit dem neuesten Stand der Wissenschaft vergleichbar, andererseits fällt es Eltern schwer, das Gehörte oder Gesehene auf die eigene Lebenswelt zu übertragen. (vgl. KNAPPE in MARQUARDT-MAU 1995, S.253)

Weiterer Aspekt in diversen Präventionsprogrammen ist, dass Arbeit nur mit Eltern von Betroffenen passiert. Man muss jedoch auch (im Sinne einer primären Prävention) Eltern mit einbeziehen, deren (erwachsene) Kinder keine Gewalterfahrungen aufweisen. Jene Eltern müssen mobilisiert werden, da sie oftmals die Relevanz der Thematik nicht erkennen und Prävention in der Praxis hauptsächlich (wenn überhaupt) Mütterarbeit (diese sind oftmals hauptsächlich mit der Erziehung betraut) ist. Es ist jedoch von großer Bedeutung auch die Väter mit einzubeziehen.

Allerdings sollte auch bei außerfamiliärem Missbrauchsgeschehen der Bereich der Elternarbeit nicht ausgeklammert werden. Wie in Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit dargelegt gilt es immer noch ein großes Tabu in der Arbeit mit intellektuell behinderten Menschen aufzulösen. Die Sexualität von Menschen mit intellektueller Behinderung betreffend erfolgt über die Medien nur sehr wenig und teilweise unqualifizierte Berichterstattung. Wie auch primäre Prävention für Betroffene muss Aufklärung über behinderungsspezifische Mythen und Vorurteile in Bezug auf autonome Sexualität und sexualisierte Gewalt Teil der Elternarbeit sein.

Im Folgenden sollen sowohl Inhalte von Elternarbeit, als auch praktische Tipps für den Notfall vermittelt werden. Jene Inhalte richten sich hauptsächlich an Eltern deren (erwachsene) Kinder nicht institutionalisiert sind und im Familienverband leben. Jedoch vertrauen sich Opfer, die in Institutionen leben, ihren Eltern an. Dies muss bei der Arbeit mit den Eltern berücksichtigt werden. Oftmals sind Eltern auch nicht einverstanden mit Präventionsmaßnahmen die von Betreuungspersonen angeregt werden. Es ist wichtig auch hier Aufklärungsarbeit zu leisten und Eltern die Relevanz von Prävention näher zu bringen.

Eine Abtrennung von primärer und sekundärer Prävention ist für die praktische Elternarbeit von geringer Relevanz, aufgrund der unterschiedlichen thematischen Inhalte und vorangegangener Dreiteilung soll darauf jedoch nicht verzichtet werden.

5.6.1 Inhalte einer präventiven Arbeit mit Eltern⁷⁴

In der Literatur werden die folgenden Inhalte aufgezeigt, die innerhalb einer Arbeit mit den Eltern adäquat besprochen und erklärt werden müssen.

1. Informationen über Sexualität und allgemeine erzieherische Ansatzpunkte für eine Erziehung zu „empowerment“
2. Informationen zum Präventionsprogramm
3. Informationen über sexualisierte Gewalt, Signale von Betroffenen und die Möglichkeit Hilfe zu organisieren
4. Informationen und Hinweise zum Verhalten der Eltern gegenüber Betroffenen

Wissensvermittlung über Sexualität soll Eltern helfen mit Sexualität und Informationen darüber umgehen zu können und alters- und entwicklungsadäquat aufzuklären bzw. Fragen von Betroffenen beantworten zu können. Dass diese Informationsvermittlung jedoch nur in Kombination mit praxisnahen Erziehungstipps nur zum erwünschten Erfolg führen kann zeigt eine Untersuchung von KNAPPE & SELG (1993) anhand von Elternstichproben: „In der Befragung zeigte sich, daß Eltern die Problematik des sexuellen Mißbrauchs an Kindern zwar erkennen, sie aber (...) kaum auf ihren (erzieherischen) Alltag beziehen oder in ihn integrieren können.“ (KNAPPE in MARQUARDT-MAU 1993, S. 248)

⁷⁴ Vgl. SENN 1993, BRAUN in BANGE/KÖRNER 2002, SELIGMANN 1996, KNAPPE in MARQUARDT-MAU 1995, ENDERS 2008, WEBER-HORNIG 1997

Es muss weiters eine Erläuterung der Relevanz von Sexualität einbezogen werden. Gerade Menschen mit intellektueller Behinderung sind mit diversen Vorurteilen konfrontiert, was ihre Sexualität und die Ausübung dessen betrifft⁷⁵. Diese Mythen müssen innerhalb der Elternarbeit angesprochen und berichtigt werden. Weiters sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie eine autonome Sexualität für Betroffene gelingen kann.

Eine Erläuterung über das aktuelle Präventionsprogramm, das die eigenen (erwachsenen) Kinder gerade absolvieren um diese im weiteren Verlauf und im Präventionsgeschehen unterstützen und das Gelernte zuhause üben zu können. Es muss Eltern sowohl die praktische Durchführung als auch die Relevanz näher gebracht werden.

In weiteren Präventionseinheiten sollen Eltern auch Informationen über sexualisierte Gewalt erhalten. Es existieren auch in diesem Bereich verschiedene Vorurteile, die neutralisiert werden müssen. Eltern muss erklärt werden, dass TäterInnen zu einem großen Teil aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis stammen und eine warnende oder Angst machende Pädagogik kontraproduktive Auswirkungen auf die Betroffenen haben kann. Weiters müssen Eltern Informationen erhalten, welche Gefühle bei Opfern von Sexualstraftaten entstehen und welche Symptome und Signale Opfer aussenden könnten. Es sollten weiters Kontaktadressen vermittelt werden um Eltern in einer Notfallsituation den die Suche nach geeigneten Hilfsmaßnahmen zu erleichtern.

Schließlich sollen Eltern spezifische Verhaltenstipps vermittelt werden um sich im Notfall entsprechend hilfreich (für die Betroffenen) zu verhalten.

Nach WEBER-HORNIG (1997) sollen Eltern dem Betroffenen gegenüber *interessiert und zugewandt* sein um Vertrauen aufzubauen damit sich der/die Betroffene leichter mitteilen kann.

Eltern sollen ihren (erwachsenen) Kindern *glauben* was ihnen über einen Übergriff erzählt wird und ihm/ihr gleichzeitig *Sicherheit geben*, damit Betroffene sich beschützt und sicher fühlen.

Eltern sollen keinesfalls zu viele Fragen stellen und sich als Detektiv betätigen. Dies bleibt den Behörden vorbehalten. Viele Fragen bringen die Betroffenen in Druck und im

⁷⁵ vgl. auch Kapitel 2.5 der vorliegenden Arbeit

ungünstigsten Fall behalten sie die Geschehnisse für längere Zeit für sich. Vorsicht ist auch bei *Warum-Fragen* aufzuzählen. Sind in jedem Fall zu vermeiden, da diese Schuld implizieren.

Eltern sollen weiters einerseits *nicht überbeschützend* agieren, andererseits sich (aus Angstgefühlen) auch nicht distanzieren und körperliche Zuneigung meiden. Betroffenen muss ebenso die Chance gegeben werden über die Geschehnisse zu sprechen und sollen weiters die Möglichkeit haben (mit der nötigen Hilfe und Unterstützung), den/die TäterIn anzuzeigen.

Schließlich sollen Eltern geeignete *Anlaufstellen* vermittelt werden, an die sie und der/die Betroffene sich wenden können um geeignete und umfassende *Unterstützung* zu erhalten.

5.7. Täterprävention

Täterprävention entstand aus den modernen Präventionskonzepten, die auf eine Stärkung der (potenziellen) Opfer zielte. Die in den Programmen gesammelten Erfahrungen zeigten jedoch, dass es nicht ausreicht sich auf Prävention der Opfer zu fokussieren, es müssen auch die (potenziellen) TäterInnen miteinbezogen und präventiv geschult werden. Die Täterprävention ist von einer Täterarbeit abzugrenzen, da Prävention im Vorfeld einsetzt und mit potenziellen Tätern arbeitet, während innerhalb der Täterarbeit mit Frauen, Männern, Jugendlichen und Kindern gearbeitet wird, die bereits sexuelle Gewalthandlungen begangen haben. (vgl. KRUSE in BANGE/ KÖRNER 2002, S.646)

5.7.1 Vorbemerkungen

Zunächst sei zu bemerken, dass manche Konzepte und Ansichten auf eine Opferprävention nur mit Mädchen/Frauen ausgerichtet sind während Täterprävention den Jungen/Männern vorbehalten bleibt. Dieser Denkweise möchte sich die vorliegende Arbeit NICHT anschließen. Nach Durchsicht der Statistik ist sexualisierte Gewalt, die von Frauen vollzogen wird, nicht selten und unterliegt weiters einer hohen Dunkelziffer. Täterprävention für Mädchen/Frauen ist deshalb ebenso notwendig wie für Jungen/Männer.

(Fast) alle in der Literatur verwendeten Programme zur Täterprävention beziehen ausschließlich Jungen und Männern ein. Die vorliegende Arbeit versucht auch Frauen und Mädchen einzubeziehen.

5.7.2 Strukturen von Täterprävention

Nach ENDERS (2005) erfordert eine Prävention für (potenzielle) TäterInnen die Schaffung von speziellen institutionellen Strukturen:

„Institutionell verbindliche Regeln, die das Recht von Mädchen und Jungen auf sexuelle Selbstbestimmung verankern, und klar definierte Konsequenzen bei Regelverstößen sind ebenso Grundvoraussetzung einer täterpräventiven Arbeit, wie verpflichtende Fortbildungen für alle pädagogischen und nichtpädagogischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Institution. Nur wenn die Erwachsenen sich ihrer Verantwortung stellen und durch aktives Eingreifen sicher stellen, dass das Stop eines Kindes wirklich STOPP heißt, können inhaltliche Ansprüche einer täterpräventiven Arbeit eingelöst werden.“⁷⁶

5.7.3 Inhalte einer Täterprävention

Nach KRUSE (2002) sind die drei Themenschwerpunkte von Prävention mit (potenziellen) Tätern:

1. Geschlechtsspezifische Sozialisation
2. Das Leben und Erleben von Sexualität
3. Umgang mit eigenen Gewalterfahrungen

1. „Sozialisation meint den aktiven Prozess des Erlernens von Verhaltensweisen, in dem es darum geht, solche zu übernehmen, die für ein wirksames Bestreben innerhalb der Gesellschaft wesentlich sind.“ (ARNOLD u.a. zit. nach KRUSE IN BANGE/ KÖRNER 2002. S. 647) So übernehmen Jungen und Mädchen (in verschiedenen Ausprägungen) spezifische von der Gesellschaft geforderte und geförderte Verhaltensweisen. Jungen müssen z.B. nach Macht und Dominanz streben, ein zulassen von Gefühlen ist nicht erforderlich. Hier ist ein Auseinandersetzen mit Macht und Ohnmacht von Bedeutung. Jungen/ Männer und Mädchen/ Frauen müssen sich innerhalb von präventiver Arbeit dieser Rollenbilder

⁷⁶ ENDERS 2005 für ZARTBITTER e.V. online im WWW unter URL http://www.zartbitter.de/content/e18/e763/e3569/index_ger.html

bewusst werden, sie hinterfragen und ihr Selbstwertgefühl davon unabhängig entwickeln. (vgl. KRUSE in BANGE/ KÖRNER 2002, S. 647f)

2. In der Auseinandersetzung mit Sexualität müssen potenzielle TäterInnen die Vorstellungen, Rollenbilder und Ideale reflektieren und bearbeiten, die ihnen im täglichen Leben begegnen. Die Adressaten müssen Probleme und Fragen ansprechen dürfen, sie müssen sich über ihre eigene Identität und Sexualität klar werden. Jungen/Männer und Mädchen/Frauen müssen die Ideale der Gesellschaft überdenken. Es muss für Jungen klar sein, dass Frauen nicht permanente Bereitschaft für einen Geschlechtsakt haben (wie dies oftmals in der Werbung dargestellt wird). Weiters soll bewusst gemacht werden, dass Sexualität nicht einem Leistungsaspekt unterliegt. (vgl. KRUSE in BANGE/ KÖRNER 2002, S. 647f)

3. Viele (potenzielle) TäterInnen sind und waren Betroffene von verschiedenen Gewalterfahrungen. Überdurchschnittlich viele TäterInnen waren in ihrer Kindheit selbst Opfer von sexualisierter Gewalt. Es muss potenziellen TäterInnen deshalb der nötige Raum zur Verfügung gestellt werden, mit ihren Gewalterfahrungen adäquat umgehen zu können, sie zu besprechen und zu bearbeiten. Wenn Gewaltopfern nicht die nötige Bewältigungsstrategie zur Verfügung steht bzw. gestellt wird, ist die Gefahr besonders große jene durch die Gewalterfahrung erlebten Ohnmachtsgefühle mit Gefühlen der Macht zu kompensieren. Es muss innerhalb der Präventionsarbeit deshalb der Umgang mit Aggressionen und Gewalt erarbeitet werden um neue Bewältigungsstrategien zu erarbeiten und weitere Gewalthandlungen vorzubeugen. (vgl. vgl. KRUSE in BANGE/ KÖRNER 2002, S. 647f)

5.7.4 Prävention von Rückfällen

Ausgangspunkt einer Täterprävention der Rückfälle muss an dieser Stelle nach DEEGENER unter anderem das Konzept der „scheinbar irrelevanten Entscheidungen“ (SIE) erwähnt werden. „Dabei wird davon ausgegangen, dass Täter auf dem Wege zu Rückfällen eine Reihe von SIE treffen, bei denen sie wenig oder gar kein Bewusstsein über deren Beziehungen zum Rückfall-Prozess besitzen.“ (DEEGENER in BANGE/ KÖRNER 2002, S. 4f) TäterInnen können nach diesem Konzept die Konsequenzen ihrer Entscheidungen nicht absehen.

Das Ziel einer Rückfall-Prävention muss deshalb darin bestehen, „den sexuellen Missbrauchern die zugrundeliegenden Auslöser, Konflikte usw. beim Treffen von SIE bewusst zu machen, damit sie die SIE als frühe Warnsignale erkennen und darauf fußende angemessene Bewältigungsstrategien entwickeln lernen.“ (DEEGENER in BANGE/ KÖRNER 2002, S. 4f)

5.8 Zusammenfassung

Prävention ist ein sehr umfangreicher Begriff, der deshalb in die Bereiche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention eingeteilt werden kann. Weiters kommt noch der Bereich der Gewaltprävention hinzu. Prävention soll zum einen zur Persönlichkeitsentwicklung beitragen, andererseits durch gezielte Gewaltprävention auch Gewaltvorfälle an die Oberfläche bringen. Damit dies gelingen kann, braucht es ein strukturiertes Präventionsprogramm und HelferInnen, die sowohl über Prävention als auch Intervention alle relevanten Informationen zur Hand haben. Prävention war früher geprägt von Verboten und Angstmache, dies hatte und hat fatale Auswirkungen. Die Adressaten hatten noch mehr Angst und wurden noch mehr verunsichert. In der heutigen Zeit ist Prävention zur Stärkung der Betroffenen gedacht, es soll keine Einschränkungen geben und vor allem sollen die Adressaten lückenlos über Sexualität und Gewalt aufgeklärt werden. Nur so kann gesichert sein, dass die Opfer ihren negativen Gefühlen vertrauen und sich an HelferInnen wenden. Um negative Gefühle jedoch spüren zu können muss in einer Gefühlserziehung die primärpräventive Basis gelegt werden. Darauf lässt sich nun mit weiteren Themen aufbauen. Besonders hinsichtlich intellektueller Behinderung müssen die Präventionsthemen immer alters – und vor allem entwicklungsadäquat vorgebracht werden. Nur dann ist gesichert, dass auch schwer behinderte Menschen über ihre Gewalterfahrungen sprechen können. Damit Opfer über diese Erlebnisse sprechen können, müssen alle HelferInnen in den Prozess miteinbezogen werden. Nur wenn alle HelferInnen (alle Disziplinen) ihren Part und ihre gesetzlichen Grundlagen kennen, kann Prävention gelingen.

6. Empirische Untersuchung von präventiven Leistungen in Sonderschule und betreuter Wohnform

Nach eingehender Auseinandersetzung mit der Theorie von sexualisierter Gewalt und die dahingehende Prävention, soll nun in einer empirischen Untersuchung der Fokus auf die praktische Umsetzbarkeit verschiedener Präventionskonzepte gelegt werden.

6.1 Ablauf und Vorgangsweise der empirischen Untersuchung

Im folgenden Kapitel wird der Ablauf wiedergegeben, der für die Entstehung der Diplomarbeit bedeutsam war. Jene Phasen haben sich zum Teil überschritten oder sind ineinander übergegangen. Ein Überblick ist deshalb nur ungefähr möglich.

6.1.1 Wahl des Forschungsthemas

Zunächst gilt mein Interesse an der Thematik der sexualisierten Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung. Dies stellt in unserer Gesellschaft immer noch ein Tabuthema dar. Gerade wenn man von Sexualität von Menschen mit intellektueller Behinderung spricht, müssen im Vorfeld einige Mythen und Vorurteile aus dem Weg geräumt werden. Ein Teil meines Interesses richtet sich deshalb auf die persönliche Einstellung der Experten zur Thematik der Sexualität und wie diese innerhalb der Institution ausgelebt werden darf und kann.

Gerade jene Helfergruppen, die in ihrer täglichen Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung und deren Sorgen und Nöten konfrontiert sind, sind in der (pädagogischen) Behindertenarbeit oftmals mit der Thematik der sexuellen Übergriffe betraut. Mein Interesse gilt hierbei der persönlichen Einstellung bzw. gesetzlichen Vorgaben zu sexualisierter Gewalt. Wie gehen die Befragten mit Fällen von sexualisierter Gewalt um, gibt es innerhalb der Institutionen einen Leitfaden oder wird jeder Fall individuell entschieden?

Wie gehen die Experten auch persönlich mit der Thematik um? Sind sie in ihrer Position sicher oder benötigen sie weiterführende Aus- und Weiterbildungen?

Im Bereich der Prävention gilt mein Forschungsinteresse den in der Praxis verwendeten Präventionskonzepten. Sind die befragten Personen mit aktuellen Konzepten vertraut und können diese in der Praxis auch eingesetzt werden? Wie ist die persönliche Einstellung zu Prävention von sexualisierter Gewalt?

Da Prävention so früh wie möglich einsetzen sollte und um bestmögliche Wirkungen zu erzielen auch das ganze Leben andauern sollte, ist ein weiteres Ziel der Untersuchung die unterschiedliche Betrachtungsweise von Prävention in Sonderschule und Betreuungseinrichtung. Prävention für Menschen mit intellektueller Behinderung ist sowohl für die eigentliche Zielgruppe (Menschen mit intellektueller Behinderung) als auch für die damit verbundenen HelferInnengruppen relevant. Je mehr sich auch die (beruflichen) HelferInnen mit der Thematik auseinandersetzen, desto größer wird das Interesse an diesem eher spärlich thematisierten Sachverhalte. Jenes Interesse kann weiters das noch immer vorherrschende Tabu aufbrechen und auch der breiten Öffentlichkeit die Dramatik der Betroffenen näher bringen. Ist in den Institutionen der Raum gegeben um mit der Thematik offen umgehen zu können?

Des Weiteren konzentriert sich mein Interesse auch auf die Unterschiede der Institution Sonderschule zu einer weiterführenden Betreuungseinrichtung.

Existiert in den verschiedenen Institutionen eine unterschiedliche Herangehensweise an die Thematik? An welchen Konzepten orientiert sich die präventive Arbeit in den pädagogischen Einrichtungen?

Schließlich interessiert mich ob das Konzept der Dreiteilung bzw. Vierteilung in primärer, sekundärer und tertiärer Prävention sowie Gewaltprävention in der Praxis bekannt ist und ob es im Alltag umgesetzt werden kann.

6.1.2 Forschungsfragen als Untersuchungsziel

Aus dem dargestellten Forschungsinteresse ergeben sich nun die folgenden Forschungsfragen. Zur besseren Übersicht sind diese in 3 Themengebiete aufgespalten.

Forschungsfragen zum Themengebiet Sexualität

- Wie wird in den Bereichen Sonderschule und Betreuungseinrichtung mit der Sexualität der SchülerInnen bzw. BewohnerInnen und den Fragen dahingehend umgegangen?

Forschungsfragen zum Themengebiet sexualisierte Gewalt

- Sind die befragten ExpertInnen ausreichend für die Thematik informiert und sensibilisiert?
- Welche Erfahrungen aus der Praxis bringen die ExpertInnen in den Präventionsprozess ein und welche Interventionsschritte würden bei einem konkreten Fall von den ExpertInnen eingeleitet werden?

Forschungsfragen zum Themengebiet Prävention

- Welche primärpräventiven Maßnahmen und Leistungen sind den ExpertInnen bekannt und welche werden hierfür in der Praxis eingesetzt?
- Welche Maßnahmen zur Gewaltprävention sind den ExpertInnen bekannt und werden in der Praxis umgesetzt?

6.1.3 Wahl der Forschungsannahmen

Aus jenen Forschungsfragen leiten sich nun die folgenden themenbezogenen Hypothesen ab:

Forschungsannahme 1: Mitarbeiter, die in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung tätig sind, haben keine institutionell vorgegebenen Präventionskonzepte.

Forschungsannahme 2: Sexualaufklärung als Teil von primärer Prävention erfolgt in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung hauptsächlich im Rahmen der täglichen Pflegeleistungen.

Forschungsannahme 3: MitarbeiterInnen in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung haben aufgrund mangelnder Zeit und Kompetenzen geringere Möglichkeiten der Durchführung von Präventionsleistungen als SonderschullehrerInnen.

Forschungsannahme 4: Die in der Praxis am häufigsten verwendeten Präventionsleistungen lassen sich eher in den Bereich der primären Prävention, als in jenen der Gewaltprävention einordnen.

Forschungsannahme 5: Sowohl MitarbeiterInnen in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung als auch SonderschullehrerInnen fehlt es an geeigneten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Thematik der Prävention sexualisierter Übergriffe auf Menschen mit intellektueller Behinderung.

6.1.4 Wahl der Methodik

Ich wähle in meiner empirischen Untersuchung die Methoden der qualitativen Forschung. Hierfür gibt es mehrere Gründe: Qualitative Forschung ist im Gegensatz zu quantitativer Forschung näher am Untersuchungsgeschehen. Da die Perspektive der Befragten näher und persönlicher miteinbezogen werden, sind die Ergebnisbilder die sie liefert häufig konkreter und plastischer als dies quantitative Verfahren mit Statistiken und Zahlen liefern können. (vgl. FLICK u.a.2007, S.17)

Diese *Orientierung am Subjekt* hängt auch eng mit der *Ganzheit des Subjekts* zusammen. Qualitative Forschung erlaubt den Menschen in seiner Ganzheit zu betrachten, dies bedeutet, dass auch seine Geschichte und sein Werdegang in die Überlegungen miteinbezogen werden können und sollen. (vgl. MAYRING 2002, S.24) Es erlaubt so einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen und auf das Forschungsfeld.

Als weiteren Grund für die Wahl einer qualitativen Methode seien an dieser Stelle die *Möglichkeit zur Interpretation* und die *Darstellung der eigenen Haltung* zu nennen. Forschungsergebnisse können gedeutet werden, jedoch nicht ohne die eigene Meinung einfließen zu lassen: Vorurteilsfreie Forschung kann nie ganz möglich sein, das eigene Vorverständnis ist jedoch auszuweisen: „*Introspektion*, das Zulassen eigener subjektiver Erfahrungen mit dem Forschungsgegenstand [ist] ein legitimes Erkenntnismittel(...). Forschung ist danach immer als Prozess der Auseinandersetzung mit dem Gegenstand, als *Forscher-Gegenstands-Interaktion* aufzufassen“ (MAYRING 2002, S.25)

6.1.5 Wahl der Interviewpartner und die Phase der Kontaktaufnahme

Die Wahl der ExpertInnengruppen fiel auf Sonderschulpädagogen und Mitarbeiter in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung.

Zunächst haben diese beiden Gruppen ihren pädagogischen Background gemein. Dies ist wichtig um später Vergleiche hinsichtlich der verschiedenen Präventionsbemühungen ziehen zu können. Weiters bringt ein professionelles Betreuer – Klienten – Verhältnis eine nötige Distanz zur Thematik und es können die gesetzlichen Grundlagen der HelferInnen näher betrachtet werden. Weiters gehe ich davon aus, dass jene befragten Pädagogen mit den von mir verwendeten Begrifflichkeiten vertraut sind.

Die ExpertInnengruppen haben einerseits die nötige Distanz und arbeiten innerhalb eines professionellen Systems, sie sind jedoch andererseits auch enge Vertraute ihrer Klienten. Jene Rolle als Vertrauenspersonen involviert sie sehr stark in das Leben der Betroffenen, sie kommen mit den Themen Sexualität und vielleicht auch sexualisierte Gewalt in Berührung.

Ich wählte 10 SonderschulpädagogInnen und 10 BetreuerInnen die in Einrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung arbeiteten. Es war mir hierbei wichtig, dass jene Experten in unterschiedlichen Einrichtungen arbeiten, einrichtungsspezifische oder regionsspezifische Aspekte sollten die Untersuchung nicht gefährden.

Ich nahm hierfür Kontakt per E-Mail und Telefon mit Sonderschulen und Betreuungseinrichtungen in ganz Niederösterreich vor. Von den meisten Sonderschulen bekam ich keine elektronische Antwort und mir wurde telefonisch mitgeteilt, dass kein Interesse an der Thematik besteht. Eine Direktorin, die mir per E-Mail eine Antwort übermittelte, schrieb, dass sie mein Anliegen im Team vorgebracht hätte, jedoch niemand ihrer Kolleginnen sei bereit für ein Interview. Weiters solle ich doch ein anderes, leichteres Themengebiet wählen, sie glaube nicht, dass sich genug KollegInnen für ein Interview bereit erklären würden.

Die Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sind ausschließlich betreute Wohnformen und die befragten Mitarbeiterinnen (es haben sich ausschließlich Frauen zu einem Interview bereit erklärt) haben unterschiedliche Grundberufe. Die Grundberufe

erstrecken sich von ausgebildeten Pflegekräften, eine Krankenschwester, zwei Studentinnen in Ausbildung, SozialpädagogInnen bis hin zu BehindertenpädagogInnen.

Die sonderpädagogischen InterviewpartnerInnen sind alle zurzeit im Lehrberuf in einer Sonderschule tätig und haben einen gemeinsamen Ausbildungshintergrund (Pädagogische Akademie).

6.1.6 Das Erhebungsverfahren: Das problemzentrierte Interview

6.1.6.1 Entscheidung für das problemzentrierte Interview

Basierend auf meinem Forschungsinteresse und den Forschungsfragen war es mir wichtig eine Datenerhebung in mündlicher und persönlicher Form zu machen. Hätte ich meinen ExpertInnen nur einen Fragebogen vorgelegt und hätte sie nicht direkt angesprochen, wären mir Aussagen über Körpersprache oder Veränderungen der Stimm- oder Tonlage, sowie nicht-lautsprachliche Zeichen, die unangenehme Fragen kennzeichnen, verborgen geblieben.

Ich wählte deshalb das Verfahren des *problemzentrierten Interviews*. Unter dem von WITZEL (1982, 1985) geprägten Begriff, werden alle Formen von offenen und halbstrukturierten Befragungen zusammengefasst. (vgl. MAYRING 2002, S. 67)

Nicht alle Menschen haben eine „narrative Kompetenz“, welche sich durch freies Erzählen in einer Interviewsituation charakterisieren lässt. Es ist deshalb notwendig, dass der/die InterviewerIn eine aktive Rolle im Interview einnimmt. Hierbei hat der/die InterviewerIn zur Unterstützung einen Leitfaden, es dürfen Fragen jedoch auch in der Erzählphase stellen. Der Erzählfluss sollte jedoch nicht behindert werden. (vgl. DIEKMANN 2002, S.450 f.)

Die Antworten sollen nicht vorgegeben werden, die Stützung auf den Leitfaden ermöglicht jedoch eine Struktur. Die Möglichkeit der Zwischenfragen schafft eine Vertrauensbasis und lässt den/die Befragte/n Raum seine/ihre subjektive Sichtweise darzulegen, die flexible Wahl zur Anordnung der Fragen aus einem Leitfaden lässt den/die Befragte/n weiters Raum selbst Zusammenhänge innerhalb des Interviews zu entwickeln. (vgl. MAYRING 2002, S.68)

6.1.6.2 Vorbereitung und Ablauf des problemzentrierten Interviews⁷⁷

Das problemzentrierte Interview verläuft nach MAYRING (2002) in 5 Schritten:

Innerhalb einer *Problemanalyse (1)* zu Beginn des Erhebungsprozesses wird der Grundgedanke formuliert und analysiert. So können die zentralen Gedanken und Fragen für den Leitfaden gebildet werden. Nach der *Leitfadenkonstruktion (2)* erfolgt innerhalb einer *Pilotphase(3)* die Erprobung des Interviews. Wenn nötig, kann der Leitfaden in dieser Phase noch modifiziert werden. Die eigentliche *Interviewdurchführung (4)* vollzieht sich in 3 Schritten: Zunächst werden ‚Sondierungsfragen‘ gestellt, welche als Einstiegsfragen dienen und weiters das Interesse der Befragten an der Thematik klären soll. Innerhalb der ‚Leitfadenfragen‘ werden nun die thematikbezogenen Fragen vorgebracht. Innerhalb des Interviews können immer wieder spontane Fragen („Ad-hoc-Fragen“) gestellt werden, die für die Thematik bedeutsam sind, jedoch nicht Bestandteil des Leitfadens sind.

Das durch die Befragung soll das erhobene Material nun, mit Einverständnis der Interviewteilnehmer, aufgezeichnet werden. Ich wählte hierbei die Möglichkeit der *Tonbandaufzeichnung(5)*.

6.1.7 Phase der Materialaufbereitung

Die erwähnten Tonbandaufzeichnungen habe ich nun anschließend vollständig transkribiert. Aufgrund der Zusage der Anonymisierung habe ich die Vornamen (bei jenen die mir das ‚Du‘ angeboten haben) bzw. die Nachnamen (bei jenen Befragten mit denen ich ‚per Sie‘ verblieben bin) abgekürzt und auf ein bis zwei Zeichen dezimiert.

Die Transkription erfolgte wörtlich, denn eine „vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials“ bietet „die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung (...).“ (MAYRING 2002, S.89)

⁷⁷ vgl. MAYRING 2002, S. 69-72

Ich habe mich entschieden, die Interviews in ein Schriftdeutsch zu übersetzen, da ein Niederschreiben der Dialektgebräuchlichkeiten den Lesefluss zu sehr behindern würde und Verständlichkeit nicht garantieren könnte.

Des Weiteren wurden die Interviews zum Teil kommentiert transkribiert. Etwaigen Pausen, nichtsprachlichen Äußerungen (lachen) oder Besonderheiten in Tonfall oder Sprechweise können so gekennzeichnet werden. Jene Besonderheiten sind in einer runden Klammer direkt vor die Äußerung gestellt. Pausen werden mit drei Punkten (...) angegeben, lange Pausen werden ebenso in Klammer gestellt (lange Pause). Pausenfüller wie ‚hmm‘ oder ‚ähm‘ werden angegeben.

6.1.8 Die qualitative Inhaltsanalyse aus Auswertungsverfahren

Aufgrund der Menge des erhobenen Materials, ist die qualitative Inhaltsanalyse für die vorliegende Untersuchung sehr geeignet, da sie die Fülle an Material stark strukturiert: „Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert. Sie zerlegt ihr Material in Einheiten, die sie nacheinander bearbeitet. Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem; durch dieses Kategoriensystem werden diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.“ (MAYRING 2002, S.114)

Zunächst müssen 3 Grundformen unterschieden werden, die einzeln, aber auch als Mischformen zum Einsatz kommen können:

1. Innerhalb der *Zusammenfassung* wird das Material auf seine wichtigsten Inhalte reduziert. Es bleibt ein Abbild des ursprünglichen Materials jedoch erhalten.
2. Ziel der *Explikation* ist es zusätzliches Material zu finden sodass Textstellen erweitert, erläutert, erklärt und ausgedeutet werden kann.
3. Bei der Form der *Strukturierung* werden bestimmte Elemente und Aspekte aus dem gesamten Material herausgefiltert. Es soll ein Querschnitt durch das Material gelegt werden, dies wird durch vorher festgelegte Ordnungskriterien erreicht.

(vgl. MAYRING 2002, S.115 – 121)

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Das Material wird anhand des Kategoriensystems zusammengefasst und interpretiert. Für

die Grundform der Zusammenfassung lässt sich die induktive Kategorienbildung nutzen (vgl. MAYRING 2002, S.115)

Die Bildung von Kategorien kann induktiv (geleitet von der Empirie) oder deduktiv (theoriegestützt) sein. Ich habe mich für eine induktive Kategorienbildung entschieden, da hierbei Kategorien auf Basis des bestehenden Materials gebildet werden:

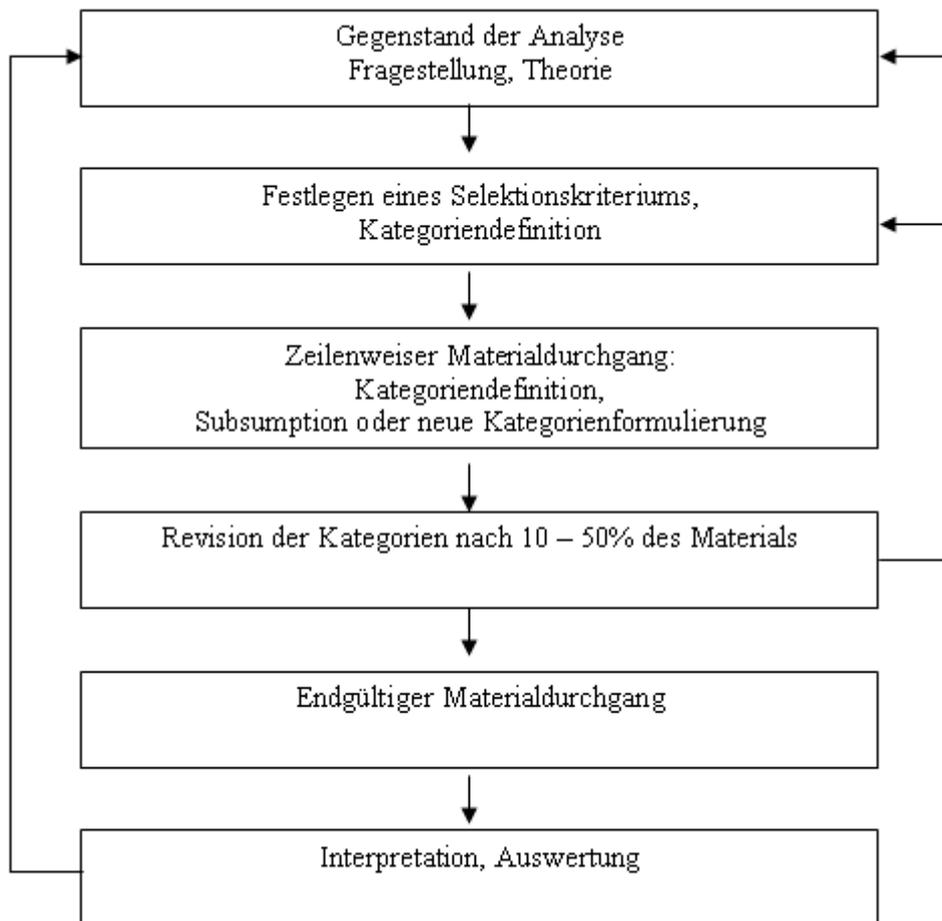


Abbildung übernommen aus MAYRING 2002, S.116 „Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung.“

Das Material wird zunächst nach relevanten Textstellen durchsucht. Für jene Textstelle wird eine Kategorie entwickelt. Ein Überbegriff für die Textstelle dient als Bezeichnung für die Kategorie. Sollte im weiteren Verlauf der Textanalyse eine weitere relevante Textstelle gefunden werden, wird entweder eine neue Kategorie oder Unter-Kategorie gebildet oder die Stelle in bestehende Kategorien eingeordnet (Subsumption). Wenn nach

etwa der Hälfte des Materialdurchganges keine weiteren Kategorien mehr gefunden werden können, wird das entwickelte Kategoriensystem überarbeitet, nochmals überprüft und weiter bearbeitet.

Innerhalb der anschließenden Analyse wird das Kategoriensystem Bezug nehmend auf die Forschungsfragen und –annahmen und die theoretischen Überlegungen analysiert und interpretiert. (vgl. MAYRING 2002, S.116f.)

6.2 Das Kategoriensystem

Innerhalb des Forschungsmaterials lassen sich zunächst 3 Hauptkategorien charakterisieren:

1. Sexualität und Behinderung
2. Sexualisierte Gewalt
3. Prävention von sexualisierter Gewalt

Jene Hauptkategorien bilden die 3 hauptsächlichen Forschungsfelder. Zu jedem einzelnen Forschungsfeld lassen sich nun Subkategorien ausbilden:

Hauptkategorie Sexualität und Behinderung

- Subkategorie: Umgang mit der Thematik Sexualität innerhalb der Institution
- Subkategorie: Voraussetzungen für einen gelungenen Umgang mit der Thematik

Innerhalb dieser Kategorie werden Eingangsfragen gestellt um einen Eindruck zu erhalten wie offen die Interviewpartnerinnen persönlich und innerhalb der Institution mit Sexualität umgehen bzw. welche Voraussetzungen in ihrer Institution erfüllt sind und erfüllt sein müssen um den offenen Umgang zu sichern.

Hauptkategorie Sexualisierte Gewalt

- Subkategorie: Wissen der InterviewpartnerInnen über sexualisierte Gewalt
- Subkategorie: Praktische Erfahrungen der befragten ExpertInnen mit der Thematik
- Subkategorie: Überlegungen und Handlungsschritte der befragten ExpertInnen bei einem konkreten Fall von sexualisierter Gewalt

- Subkategorie: Kenntnis über die eigenen gesetzlichen Grundlagen hinsichtlich der Thematik
- Subkategorie: Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung zur Thematik

In diesem Kapitel soll innerhalb der Hauptkategorie die Einstellung und den Umgang der Expertinnen sowie den Umgang innerhalb der Institution aufgezeigt werden. Praktisches und theoretisches Wissen soll herausgefiltert werden.

Hauptkategorie Prävention von sexualisierter Gewalt

- Subkategorien Kenntnis über Prävention von sexualisierter Gewalt
- Subkategorie: Präventionsgeschehen im Alltag
- Subkategorie: Primärpräventive Maßnahmen im Alltag
- Subkategorie: Sexualpädagogik bzw. Sexuaufklärung als primärpräventive Maßnahme und Teil der Praxis?
- Subkategorie: Maßnahmen zur Gewaltprävention
- Subkategorie: Unterstützungsmaßnahmen innerhalb der Institution für Betroffene von sexualisierter Gewalt hinsichtlich sekundärer und tertiärer Prävention⁷⁸

Dieses Kapitel soll nun, nach Auswertung der Grundlagen über sexualisierte Gewalt und praktische Erfahrungen der Expertinnen, auswerten inwiefern die befragten Spezialistinnen mit der Thematik Prävention betraut sind sowie ob und in welcher Hinsicht Prävention im Alltag in die tägliche Arbeit einfließt.

6.3 Präsentation und Interpretation der Untersuchungsergebnisse

Im nun folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt. Es werden hierzu zunächst die Gruppe der Behindertenbetreuerinnen und im Anschluss die Ergebnisse der SonderschulpädagogInnen präsentiert. In einem weiteren Kapitel werden die Daten zusammengefasst und miteinander verglichen.

⁷⁸ Sekundäre und Tertiäre Prävention wurden aus zwei Hauptgründen in eine Subkategorie zusammengefasst: Zunächst soll die Arbeit hauptsächlich primärpräventive und gewaltpräventive Maßnahmen aufzeigen. Weiters sind beide Formen von Prävention zunächst nicht mehr nur von den Expertinnen alleine durchzuführen, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in einem Akutfall bedeutsam.

6.3.1 Ergebnisse hinsichtlich der Interviewpartnerinnen die in einer Einrichtung für Menschen mit intellektueller Behinderung arbeiten

Die befragten Expertinnen sind ausnahmslos Frauen die in einer Betreuten Wohnform als Betreuungsperson arbeiten. Die befragten Interviewpartnerinnen sind zwischen 21 und 38 Jahre alt und haben ein breites Spektrum an Grundberufen: Sozialpädagoginnen, Behindertenpädagoginnen, Studentinnen der Psychologie, eine Arzhelferin sowie eine gelernte Krankenschwester.

Hauptkategorie Sexualität und Behinderung

Subkategorie: Umgang mit der Thematik Sexualität innerhalb der Institution

Schon bevor man sich Gedanken über Präventionsleistungen im Bereich der sexualisierten Gewalt machen kann, sollten grundsätzliche Überlegungen angestellt werden. Voraussetzung für gelungene Präventionsleistungen muss ein offener Umgang mit der Thematik sein. Nur Offenheit kann Basis für ein Vertrauensverhältnis zwischen KlientIn und BetreuerIn sein.

Die erste und eingangs gestellte Frage behandelt deshalb den offenen Umgang mit Sexualität innerhalb der Einrichtung und die Möglichkeiten für die BewohnerInnen Fragen und Probleme hinsichtlich Sexualität anzusprechen.

Alle Interviewpartnerinnen beantworteten die Frage mit einem klaren Ja wobei nach einem kurzen Zögern alle Abstriche einräumten.

Eine der befragten Frauen bringt dies auf den Punkt:

R: *Na ja, sie können zu uns kommen und Fragen stellen. Meistens gehen aber wir auf sie zu, weil wir sie grad in einer Situation erwischen oder weil es gerade aktuell ist. Meistens kommen wir auf die Bewohner zu.*

I: Kommt es auch vor, dass sich jemand euch anvertraut?

R: *(überlegt) Nein, eigentlich nicht. Also eher über die 3-Monats-Spritze zum Beispiel, aber es ist noch nie jemand auf mich zugekommen und gesagt: „Dieses und jenes Problem hab ich“.*

I: Das heißt es geht eher um Verhütung?

R: *Ja genau. Eher um Verhütung*

Interview mit R., Zeile 7 - 14

Eine weitere Expertin gibt analog zu R. an, zumeist gehe sie auf die BewohnerInnen zu, sie könne jedoch nicht uneingeschränkt offen sein:

I: Kommen die Bewohner auch auf euch zu?

C: *Ja schon bzw. wenn wir sehen, dass da etwas am Laufen ist reden wir mit ihnen zwecks Verhütung usw... Das heißt es wird ein aufklärendes Gespräch geführt... Man muss allerdings aufpassen, denn viele Eltern lehnen es ab und da müssen wir uns dran halten oder wir müssen es irgendwie umgehen.*

Interview mit C. Zeile 6-10

Weitere Interviewpartnerinnen gaben an, in ihren Institutionen wenden sich die BewohnerInnen entweder an ihre BezugsbetreuerInnen bzw. an eine/n gleichgeschlechtliche/n Betreuer/in.

Eine der Expertinnen gibt an in ihrer Institution können BewohnerInnen sich ihr jederzeit anvertrauen, es scheitere jedoch oft an fehlendem Ausdrucksvermögen der Betroffenen. Auf Nachfrage welche Gründe sie hierfür nennen würde, zog sie auch die Eltern der BewohnerInnen in die Problematik ein:

I: Woran, denkst du, liegt es, dass ein Unwissen vorliegt?

L: *Ich glaub das liegt auch daran, dass sie ganz lange bei den Eltern gelebt haben. Das war einfach ein Tabuthema. So als Art Sexschutz. Bei manchen ist es wiederum so, dass sie total im Glauben fixiert sind. Inwieweit diese Bewohner dann Sexualität leben, weiß ich nicht, das bekommen wir nicht mit. Nur wenn man im Bett mal Spuren findet.*

Interview mit L. Zeile 14-17

Subkategorie: Voraussetzungen für einen gelungenen Umgang mit der Thematik

Als Voraussetzung gaben 5 von 10 befragten Betreuerinnen an, das wichtigste sei das Vertrauen der Klienten in die BetreuerInnen.

Weiters sei ein persönlich offener Umgang wichtig, auch um eine Vertrauensbasis herzustellen. Als hilfreich empfinden 3 Befragte, dass jeder eine/n Bezugsbetreuer/in hat, mit der/dem der Klient ein Bezugsverhältnis aufbauen kann und die Hemmschwelle bei Fragen hinsichtlich Sexualität ist geringer.

Innerhalb des Experteninterviews hat L. die Situation der Eltern sowie deren Einstellung zu Sexualität in die Überlegungen der Hemmnisse und Voraussetzungen miteinbezogen. Eine positive Einstellung der Eltern gegenüber Sexualität sei eine Voraussetzung für gelungene Sexualität und in weiterer Folge Voraussetzung um mit BewohnerInnen darüber sprechen zu können:

I: Wenn ihr dieses Thema anspricht, also auf die Bewohner zu gehst verspürt ihr da Hindernisse von Elternseite oder von offizieller Seite?

L: *Nein ich nicht. Ich merk, dass manche Eltern da halt nicht begeistert sind davon. Für manche Eltern ist es schon zuviel wenn die Kinder kuscheln oder sich den Musikantenstadl zusammen anschauen. Für manche ist das schon zuviel. Weil der Bub könnte ja die eigene Tochter ausgreifen oder angrapschen. Ich denk mir, das ist manchmal schwer. Weil jeder braucht manchmal seine Streicheleinheiten. Wenn sie schon keinen normalen Geschlechtsverkehr haben oder Petting, dann sind Streicheleinheiten völlig ok. Aber das ist für manche Eltern ganz schlimm. Das ist sehr schade.*

Interview mit L., Zeile 24 - 32

Die Betreuerin S., Sozialpädagogin und Betreuerin einer Seniorengruppe erzählt von sehr konkreten Vorstellungen wie das Vertrauensverhältnis vertieft werden und den Klienten stetig im Gedächtnis bleiben könnte:

S: *Ich persönlich finde, dass man einen fixen Zeitpunkt für diese Thematik im Wochenkreis einplanen sollte und immer wieder darauf hinweisen sollte, dass man zu diesem Zeitpunkt Fragen stellen kann. Das unterscheidet sich natürlich in der Altersgruppe.*

Interview mit S., Zeile 17 – 19

Hauptkategorie Sexualisierte Gewalt

Subkategorie: Wissen der Interviewpartnerinnen über sexualisierte Gewalt

Alle von mir befragten Betreuerinnen gaben an, dass Gewalt in vielen Formen auftreten kann und Gewalt weiters mit Unfreiwilligkeit einer der Beteiligten einhergeht. Dies schließe laut Meinung der Befragten nicht nur physische sondern auch psychische Gewalt mit ein.

Hinsichtlich sexualisierter Gewalt, sind die Meinungen geteilt. Alle Experten waren mit dem Begriff der „sexualisierten Gewalt“ nicht in gleichem Maße vertraut wie mit jenem des „sexuellen Missbrauchs“. Es lässt sich feststellen, dass die Befragten einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Begriffen machen. Sexualisierte Gewalt wird überwiegend mit Erwachsenen und eher mit dem Umstand der Vergewaltigung in Verbindung gebracht, während „sexueller Missbrauch“ deutlich mehr als Sexualakt zwischen einem Erwachsenen und einem Kind verstanden wird.

Des Weiteren lässt sich erkennen, dass „sexualisierte Gewalt“ für die meisten Befragten (9 von 10) eine sexuelle Handlung und physische Gewalt einschließt obgleich sexualisierte Gewalt auch psychische Gewalt implizieren kann.

Eine Expertin bezog in ihre Überlegungen auch eine andere Form von Gewalt mit ein:

I: Was ist für dich sexueller Missbrauch bzw. sexualisierte Gewalt?

C: *Im Prinzip das gleiche, es geht halt ins intimere. Wenn ich jetzt jemanden berühre oder jemanden küsse oder überhaupt dann gleich wenn ich mit jemandem Sex habe und der oder die will das nicht.*

I: Sexueller Missbrauch ist für dich ein körperlicher Übergriff?

C: *Sexueller Missbrauch (überlegt). Es ist halt... Also hauptsächlich würde ich sagen, es ist körperlich. Aber wenn man es allerdings ganz extrem nimmt und auf Kindern bezogen ist, find ich fängt es auch schon verbal an... Wenn ich ein Kind in die Richtung lenk, sexuell, dann ist es für mich schon seine Form von sexueller Missbrauch. Aber unter Erwachsenen seh' ich's eher als körperliche Angelegenheit*

Interview mit C, Zeile 35 - 45

Subkategorie: Praktische Erfahrungen der befragten Expertinnen mit der Thematik

Innerhalb dieser Unterkategorie soll erhoben werden, ob und in welcher Form die Expertinnen mit der Thematik in Berührung gekommen sind.

Alle von mir befragten Expertinnen gaben an, mit sexualisierter Gewalt in der Praxis konfrontiert zu sein. Auffälliges Ergebnis war, dass 9 von 10 der befragten Frauen sofort ein Beispiel aus der Praxis erzählen konnte.

Jene Fälle aus der Praxis bezogen sich hauptsächlich auf Erzählungen von Frauen mit intellektueller Behinderung, die den Betreuerinnen über eindeutige sexuelle Handlungen berichteten. Auffällig ist hierbei, dass keiner beschriebenen Vorfälle weiter verfolgt wurden. Sie verliefen alle „im Sand“ aus Mangel an Beweisen und konkreten Aussagen der betroffenen Opfer.

I: Seid ihr mit sexueller Gewalt bzw. Missbrauch konfrontiert?

S: *Wir haben schon das Thema gehabt, aber es hat sich aber herausgestellt, dass ... dass es alles nur erfunden war. Es war ein Racheakt. Aber das Mädchen hat behauptet sexuell missbraucht worden zu sein. Es ist drunter und drüber gegangen bei uns, mit Polizei und Kripo. Aber es hat sich halt dann rausgestellt, sie war eifersüchtig und wollte es jemandem heimzahlen. Sie hat nicht mal gewusst was das ist, hat was im Fernsehen gehört und hat das dann behauptet.*

I: Wie ist das dann weitergegangen?

S: *Ähm... Das war für uns Betreuer recht überraschend, weil ... es ist in der Tagesheimstätte passiert und plötzlich ist im Wohnheim die Polizei dagestanden und es hat keiner gewusst was sie jetzt tut. Wir sind halt in ihr Zimmer und alles Mögliche und haben gefragt was eigentlich passiert ist. Und dann hat das selber alles seinen Lauf genommen und sie haben sie mitgenommen zur Untersuchung. Wir haben dann am nächsten Tag noch mal mit ihr gesprochen. Dann ist die Kripo gekommen und wir haben mit ihr zur Polizei müssen und sie ist verhört worden.*

Von uns aus waren halt sehr viele Gespräche und sie wirklich gefragt, weil wir uns eben schon gedacht haben: „Ok, wer weiß ob das wirklich stimmt“. Aber sie hat das bis zum Ende durchgezogen. Sie hat's dann zugegeben. Nachdem wir stundenlang bei der Polizei waren und wir ihr tausendmal eingetrichtert haben, dass sie die Wahrheit sagen muss. Und was eigentlich passieren kann mit dem Burschen, wenn das wahr ist und sie nicht davon runtergeht. Mit Gefängnis und so. Und dann hat sie zugegeben, dass sie es erfunden hat.

Interview mit S, Zeile 38 – 58

Subkategorie: Überlegungen und Handlungsschritte der befragten ExpertInnen bei einem konkreten Fall von sexualisierter Gewalt

Fast jede der Befragten hatte zur vorliegenden Thematik sofort einen Fall aus der Praxis zu berichten. Die vorliegende Arbeit möchte auch überprüfen wie bewusst die getätigten Interventionsschritte vollzogen werden und ob die Expertinnen einen Interventionsplan zur Unterstützung verwenden.

Grundsätzlich geht die vorliegende Arbeit von einer Handlungsnotwendigkeit bei jeglichem Vorfall eines gewalttätigen und/oder sexuell motivierten Übergriffs aus. Dies wurde auch von allen Expertinnen bestätigt.

Die Fragestellung war bei allen Interviews darauf ausgerichtet, welche Handlungen die befragten Frauen tätigen würden, wenn ein Bewohner zu ihnen käme und ihnen einen konkreten sexuellen Übergriff schildere.

Grundsätzlich lässt sich anmerken, dass die Expertinnen den Erzählungen der KlientInnen generell glauben würden. Die Hälfte der der Befragten gaben jedoch im Vorfeld an, Erfahrungen mit von KlientInnen erfundenen Vergewaltigungen gemacht zu haben und waren in ihren Handlungsschritten zunächst vorsichtig:

I: Wenn du so einen Fall hättest, was wäre dein erster Schritt? Also wenn wir annehmen, dass ein Bewohner zu dir kommt und dir konkrete Vorkommnisse erzählt.

S: Na... Ich würd' den Bewohner mal befragen wie das ganze abgelaufen ist und ob er sich ganz sicher ist. Und dann die Polizei einschalten. Aber sicher muss ich mir schon sein, dass wirklich was war... bevor ich die Polizei anrufe.

Interview mit S. Zeile 61 - 65

Auffallend war in den getätigten Interviews eine große Betroffenheit bei der Frage wie die weiteren Handlungsschritte bei einem konkreten Verdachtsfall vollzogen werden. Es war eine deutliche Überforderung bei den meisten Expertinnen zu spüren. Jene Überforderung resultiert meist auch aus einem nicht-vorhandenem Interventionsplans von Seiten der Institution:

I: Habt ihr einen internen Leitfaden was passiert, wenn etwas passiert?

C: Puh... Leider nicht. In diesem Heim, in dem ich jetzt bin, nicht. Aber ich arbeite daneben als Springerin in einem anderen Heim, einer Institution. Das ist eine riesige Einrichtung, die auch Betriebspsychologen anstellen. Wenn mal etwas passieren sollte, kann ich mir gut vorstellen, eine Psychologin anzurufen oder die Pädagogin halt. Dann gibt's vielleicht einen Leitfaden. In dem Heim in dem ich jetzt arbeite, leider nicht. Das ist ein kleines Heim, da gibt's kein Konzept dafür.

I: Würdest du dir einen Leitfaden wünschen?

C: Ich find schon, dass man es mal auf einen Punkt bringen sollte. „Wie verhalten wir uns wenn etwas passiert“ Es muss jetzt kein überdrüber Konzept sein, aber ungefähr, dass wir alle eine Richtlinie haben wie was und wann wir machen. „Was wird passieren?“ „Wie gehen wir vor?“ Damit das einheitlich ist. Dass wir alle eine gemeinsame Richtlinie haben. Nicht individuell, dass der eine Betreuer soundso nicht glaubt, wenn jemand was erzählt und der andere glaubt das sofort. Sondern, dass wir uns zusammensetzen und auf einen Nenner kommen. Oder man einfach mal drüber redet und ein paar Punkte festlegt.

Interview mit C. Zeile 64 – 79

Nur drei von 10 befragten Expertinnen konnten sofort die Interventionsschritte darlegen. Sieben Interviewpartnerinnen benötigten zunächst Bedenkzeit. Es scheint, als müssten sie sich zunächst einen konkreten Fall vor Augen führen um sich vorstellen zu können, welche Schritte sie als nächsten tun würden.

Auffallend ist weiters, dass jene drei Befragten, die sofort Handlungsschritte darlegen konnten, auch angaben, es gäbe einen Leitfaden bzw. einen Interventionsplan auf den sie zurückgreifen können. Die anderen Expertinnen waren größtenteils auf sich alleine gestellt. Aufgrund der Reaktion und langen Bedenkzeit gehe ich davon aus, dass einige der Befragten über mögliche Interventionsschritte im Fall von sexualisierter Gewalt noch nicht nachgedacht hatten.

Schließlich gaben drei Expertinnen an als ersten Schritt zunächst mit dem/der Leiterin der Einrichtung Kontakt aufnehmen um weitere Maßnahmen zu besprechen. Eine der Expertinnen würde sofort die Eltern informieren, drei der 10 Befragten würde sich zunächst mit einem Kollegen/einer Kollegin besprechen. Lediglich zwei der befragten Frauen würden mit dem/der BewohnerIn ein längeres Gespräch führen, eine Expertin würde ohne Umschweife und Berichterstattung sofort die Polizei informieren.

Es lässt sich erkennen, dass jede Expertin eine andere Zugangsweise zur Thematik hat und auch andere Prioritäten in ihren Handlungen setzt.

Grundsätzlich lässt sich jedoch eine Nervosität und Unsicherheit bei den Expertinnen feststellen, wenn man sie nach konkreten Handlungsschritten im Hinblick auf die Thematik befragt. Nahezu alle Befragten brauchten bei dieser Frage die meiste Zeit zur Beantwortung, stockten öfter und mussten länger nachdenken.

Einige Expertinnen waren in ihren Handlungsschritten eher unstrukturiert, möchten am liebsten alles gleichzeitig machen, was eine Überforderung erkennen lässt. Dies zeigt sich auch in den Antworten:

I: Gesetz den Fall es passiert etwas. Also es würde jemand auf dich zugehen und dir über einen konkreten Übergriff berichten. Wie würdest du weiter vorgehen? Was wären deine ersten Schritte?

V: *Das erste wäre mal ausreichende Information vom Bewohner. Und wenn der wirklich... also wenn ich mir denk, das könnte stimmen... dann auf jeden Fall Polizei einschalten. Ins Krankenhaus fahren... zur medizinischen Untersuchung und dann eben Therapien. Eine Gesprächstherapie. Das erste wäre aber eben ein Gespräch mit dem Bewohner... Wenn es aber so akut erscheint... und ich mir denk, es muss gleich untersucht werden, würd ich erst dann den Leiter anrufen ... Aber ansonsten... würd ich den Leiter einschalten und vielleicht im Team besprechen... In jedem Fall darf man den Bewohner nicht allein lassen. Man muss schauen, dass sie das nicht alleine durchstehen müssen. ...*

(...) Aber was für mich wichtig ist, ist dass ich den Leiter informier und dann sind wir ja als Betreuer nie alleine, sind immer mehr als einer im Heim. Das kann man dann gleich besprechen. (überlegt) Wenn's immer zu einem sexuellen Missbrauch kommt, kann man nicht auf ein Teamgespräch warten. ... Ich finde es auch wichtig, dass man es untersucht, auch im Krankenhaus. Da kann man auch feststellen ob was war oder nicht.

Interview mit V. Zeile 70 - 93

Subkategorie: Kenntnis über die eigenen gesetzlichen Grundlagen hinsichtlich der Thematik

Prävention benötigt starke Helfer-Charaktere. Diese HelferInnen können jedoch nur effizient arbeiten, wenn die eigene Handlungsfähigkeit nicht durch Unsicherheit eingeschränkt ist. Ich gehe davon aus, dass Unsicherheit bezüglich Handlungsschritte auch

ein Problem von Nicht-Wissen ist. Sieben der befragten Expertinnen haben keinen institutionell vorgegebenen Handlungsrahmen. Dies bedeutet, alle Interventionsschritte müssen zunächst selbst hervorgebracht werden. Neben diesem Faktum ist es auch ein Fehlen von Wissen über die eigenen rechtlichen Grundlagen, das zu der vorliegenden Unsicherheit beitragen kann. Die vorliegende Arbeit versucht deshalb herauszufinden inwieweit die ExpertInnen mit dem Meldeparagrafen vertraut sind bzw. wissen welche rechtlichen Schritte im Falle eines Missbrauches einzuleiten notwendig sind.

Dass die rechtlichen Grundlagen einen großen Unsicherheitsfaktor darstellen, zeigt sich in den Interviews deutlich. Acht der befragten Expertinnen konnte keine Angaben machen, welche rechtlichen Schritte sie unternehmen müssten. Alle dieser acht Frauen würden sich aber sofort mit jemandem besprechen und sich Hilfe holen.

Besonders hinsichtlich minderjähriger Opfern, sind 9 der Befragten nicht über die aktuelle Rechtslage informiert. Es haben alle Befragten angegeben in ihrem Wohnhaus leben (zumindest zeitweise) auch minderjährige Menschen mit intellektueller Behinderung. Gerade in dieser Hinsicht ist das Fehlen von gesetzlichem Hintergrundwissen als problematisch einzustufen.

I: Bei minderjährigen musst du es melden, wem würdest du es melden?

L: (lange Pause) hm.. ich würd es dem Chef melden. Und der muss dann was tun. Von uns aus sollte das keiner machen. Es würd auch keiner machen.

Interview mit L. Zeile 65 – 67

I: Weißt du über die gesetzliche Regelung Bescheid? Auch hinsichtlich Einschaltung von gesetzlichem Vertreter oder Jugendamt?

S: Es kann sein, dass es gesetzliche Auflagen gibt, aber die kenn ich nicht. Meine Bewohner sind alle großjährig. Jugendamt müssen wir glaub nicht informieren. Ich mein, ja... wir haben auch minderjährige Leute dabei... aber ich glaub das Jugendamt müssen wir nicht involvieren. Die Eltern.. ja die schon.

Interview mit S. Zeile 80 - 85

Subkategorie: Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung zur Thematik

Acht der befragten Expertinnen haben nur eingeschränkte Möglichkeiten der Fortbildung, drei der Frauen gaben an, dass es oftmals am Finanziellen scheitert. Jene drei Befragten

arbeiten jeweils in verschiedenen Vereinen, die auf Subventionen angewiesen sind. Hier ist oftmals kein Budget für Weiterbildungen vorhanden:

I: Hast du die Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung bezogen auf diese Thematik?
R: *Also wir persönlich... Also bei uns wird nichts angeboten, aber im Grunde muss das alles selbst organisiert werden. ... Und vor allem selbst finanziert werden.*

I: Sollte es mehr Angebote in Fort- und Weiterbildung geben? Welche Angebote wären sinnvoll?
R: *Auf jeden Fall sollte man mal ... na ja... bezahlt sollte es schon mal werden...*

I: Welche Fort- und Weiterbildungsangebote würdest du dir wünschen bzw. würdest du nützen?
R: *Das Rechtliche wäre gut zu wissen. Und so einen Interventionsplan... so was bräuchten wir. Wenn jemand kommt und eben wirklich sich mit uns hinsetzt und einen Plan ausarbeitet. Ich würd das sicher nutzen, aber das Finanzielle ist eben noch nicht geklärt.*

Hauptkategorie Prävention von sexualisierter Gewalt

Subkategorien Kenntnis über Prävention von sexualisierter Gewalt

Um erfolgreiche Präventionsmaßnahmen anbieten zu können, müssen die HelferInnen grundlegende Begrifflichkeiten kennen. Nur durch die Kenntnis über die Grundlagen von Prävention sowie den Nutzen können Maßnahmen sinnvoll an die Menschen mit intellektueller Behinderung adressiert werden.

Die vorliegende Arbeit möchte deshalb herausfinden welche Assoziationen die Befragten spontan äußern und wie strukturiert und überlegt ihre Antworten sind.

Neun der befragten Expertinnen waren mit dem Begriff der Prävention von sexualisierter Gewalt vertraut, acht hiervon begannen mit diversen Assoziationen während eine Expertin scheinbar beschämt zugab, sich mit der Thematik kaum befasst zu haben. Eine der Interviewpartnerinnen kannte das Fremdwort nicht, konnte jedoch über den Begriff ‚Vorbeugung‘ zu Assoziationen geführt werden.

Es ist ersichtlich, dass jede der Befragten die Thematik aus einem anderen Blickwinkel und unter anderen Aspekten beurteilt. Die Befragten unterscheiden hauptsächlich innerhalb der Koordinaten:

- Inhaltliche Themen der Prävention
- Alter der ersten Maßnahmen
- Durchführende Personen

Fünf der Befragten bezogen in ihre Antworten hauptsächlich *inhaltliche Aspekte* ein. Als Schlagworte wurden Stärkung des Selbstbewusstseins, Sexualaufklärung und Förderung der Wahrnehmung der Betroffenen genannt:

I: Was kannst du dir unter Prävention von sexueller Gewalt vorstellen?

Sa: *Dass man eine sensibilisierte Wahrnehmung fördert. Und das Selbstbewusstsein stärkt. Ähm ... Damit Kinder und auch Erwachsene den Mut dazu aufbringen können ‚Nein‘ zu sagen bzw. das ‚Verwandtschaftsbussl‘ nicht aufgezwungen wird. Weil ... das ist für mich schon ein Einstiegsbereich. Wenn man denkt wie oft sich Kinder dagegen wehren und trotzdem eben müssen.*

I: Was könnte in diesem Zusammenhang ganzheitliche Prävention bedeuten?

Sa: *Den Mensch von Grund auf zu stärken. ... Und auf die verschiedenen Möglichkeiten, die sie haben, aufmerksam machen.*

Interview mit Sa. Zeile 76 – 85

Andere Befragte äußern bereits sehr konkrete Maßnahmen:

I: Was ist für dich Prävention von sexualisierter Gewalt?

S: *Vorbeugung. ... Bei Gewalt ist's ... ein Abbau der Aggressionen. Im Sport, oder beim Malen. Damit es nicht zu Gewalt kommen muss, da muss man viele Gespräche führen. Und im Bereich Sexualität ist es sicher Aufklärung. Begriffe erklären... Was ok ist und was nicht... Detaillierte Aufklärung...*

Interview mit V. Zeile 97 - 101

Zwei der Expertinnen schilderten ihre Sichtweise auf Prävention vorwiegend aus der *Sicht der Adressaten*. Sie bezogen sich in ihren Überlegungen hauptsächlich auf das Alter der Adressaten. So schildern sie die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen im Kleinkind- bzw. Kindergartenalter:

I: Was kannst du dir unter Prävention von sexueller Gewalt vorstellen?

K: *Prävention beginnt für mich schon im Kleinkindalter. Und da eben durch ... ja, Spiele, Bücher usw... Und vor allem sollte auch im Kindergarten und in der Schule präventive Arbeit ... stattfinden.*

Interview mit K. Zeile 77 – 80

Zwei weitere Expertinnen bezogen ihre Überlegungen insbesondere auf jene *Personen, die Präventionsleistungen* (PädagogInnen, BetreuerInnen) anbieten.

I: Was ist für dich Prävention von sexualisierter Gewalt?

C: *Maßnahmen zur Vorbeugung, damit es gar nicht so weit kommt. Oder... ja ... na ja... Für mich als Betreuerin ... Wie klär ich meine Bewohner auf? Inwieweit kann ich das absegnen ‚Du bekommst die 3-Monatsspritze, sei sexuell aktiv, das geht mich nichts an.‘ Wie klär ich die Bewohner auf? Wie red ich mit denen? Fass ich sie alle zusammen und frag alle ‚Was ist für dich Geschlechtsverkehr?‘ Schnapp ich mir alle? Oder was erzähl ich ihnen? ... Dass ich es gar nicht so weit kommen lass. Dass ich aber auch vielleicht hinterfrage warum sie das Wort Vergewaltigung in den Mund nimmt ... und was sie damit verbindet. Wünscht sie sich etwas, sehnt sie sich nach etwas?*

Interview mit C. Zeile 153 - 161

Eine Expertin war mit dem Begriff der Prävention vertraut konnte jedoch keine klaren Aussagen hierzu machen, da sie, wie sie angab, keine Erfahrungen in diesem Bereich habe:

I: Was kannst du dir unter Prävention betreffend sexuelle Gewalt vorstellen?

L: *Ja... einigermaßen das gleiche... also Zeit haben und reden, ist aber ganz schwierig. Aber das ist mein erstes Wohnhaus mit leicht geistig behinderten Leuten. Ich hab da zu wenig Erfahrung. Ich hab immer mit sterbenden Menschen ... oder mit schwerstbehinderten Leuten gearbeitet, da hast du das nicht. Da war das einzige, dass wir eben die Tür einen Spalt beim Waschen auf gelassen haben, damit sie ein bisschen Zeit haben für sich. Aber ich bin erst 2 Jahre im Heim, ich bin da nicht so die Richtige glaub ich.*

I: Was könnte für dich in dem Zusammenhang ganzheitliche Prävention heißen?

L: *Ich glaub... Das ist ganz schwierig. Weil im Behindertenbereich ... sexuelle Gewalt... da hört man ja gar nichts darüber. Seminare darüber wären schon interessant. Vielleicht wenn man sich dann mal austauschen kann, wie das die anderen sehen. Das würde mir persönlich viel helfen.*

Interview mit L. Zeile 103 – 115

Subkategorie: Präventionsgeschehen im Alltag

Das nachfolgende Kapitel soll klären inwieweit Präventionsmaßnahmen im Alltag von den Expertinnen angeboten werden. Zunächst sei anzumerken, dass neun der Expertinnen angaben, keine vorgegebenen Richtlinien einhalten zu müssen. Richtlinien oder Forderungen sind weder vom Gesetzgeber noch von den Leitungsebenen der Institutionen offiziell vorgeschrieben. Eine Expertin gab an, es gäbe sicher Richtlinien, sie sei nur nicht darüber informiert und könne diese deshalb nicht wiedergeben.

Eine Interviewpartnerin gab an, sie würde sich konkrete Vorgaben von Seiten der Leitungsebene wünschen:

I: Habt ihr institutionell vorgegebene Richtlinien in Bezug auf Prävention von sexueller Gewalt? Wie sehen diese Richtlinien aus und wie werden sie in der Praxis umgesetzt?

R: *Wir haben da keine Richtlinien, leider.*

I: Das bedeutet du hättest du gerne welche?

R: *Ja, Sicher*

I: Wie stellst du dir das vor?

R: *Ich würd' sagen einen Plan, was wir machen soll und auch was die Bewohner können sollten. Wie man das auch umsetzen kann. Aber auf jeden Fall sollte das auch wieder von jemandem gemacht werden, der extern ist... also nicht im Team... weil ich bin nicht sicher wie viel wir da dann zustande bringen.*

Interview mit R. Zeile 112 – 123

Insgesamt fünf Interviewpartnerinnen waren mit der Aufteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention vertraut. Drei Expertinnen gaben an, dies in ihrer Ausbildung (Kolleg für Sozialpädagogik) gelernt zu haben, konnten aber ohne ihre Unterlagen keine genaueren Aussagen tätigen.

Eine weitere Expertin kannte die Begrifflichkeiten, wollte jedoch keine Definition versuchen, während eine Interviewpartnerin nach eigenen Angaben mit den Begriffen im Kontext von sexualisierter Gewalt nicht betraut ist, jedoch dennoch einen Definitionsversuch unternahm:

I: Hast du die Begriffe primäre/sekundäre/ tertiäre Prävention und Gewaltprävention schon einmal gehört? Kannst du dir darunter etwas vorstellen? Welche Unterschiede gibt es bei diesen verschiedenen Präventionsbemühungen?

R: *Also so richtig hab ich in dem Zusammenhang noch nicht davon gehört, aber ich kann mir ca. vorstellen was gemeint ist... Also... Primäre Bemühungen denk ich, sind alle die vor dem Fall... also Missbrauch... Also alles was noch nicht mit dem Missbrauch zu tun hat. Sekundär wär' dann eben alles was schon mit dem Missbrauch zu tun hat und dann eben tertiär... ja... alles was danach kommt?*

Interview mit R. Zeile 130 – 137

Hinsichtlich gezielter und vor allem geplanter Präventionsmaßnahmen im Alltag konnte mir keine Expertin eine konkrete Antwort geben. Präventionsleistungen sind offenbar nicht Teil der täglichen Arbeit in den betreuten Wohnformen der befragten Interviewpartnerinnen. Dennoch gaben fünf der Expertinnen an, Prävention würde in die tägliche Arbeit einfließen, jedoch weder bewusst noch gezielt geplant:

I: Gibt es präventive Maßnahmen, die du im Alltag anwendest?

Ch: *Im Prinzip... nicht wirklich. Also wir haben jetzt nicht speziell irgendwas... hmm Das ist halt eher was, was nebenbei rennt. Das ist nicht so, dass wir uns zusammensetzen und das besprechen. Für das bleibt so wenig Zeit unter der Woche. Es ist ein Zeitproblem.*

Interview mit Ch. Zeile 115 – 118

Subkategorie: Primärpräventive Maßnahmen im Alltag

Obleich der Hälfte der Expertinnen die von mir verwendeten Begrifflichkeiten bekannt sind, können sich nur wenige auch inhaltlich etwas vorstellen. Eine Differenzierung wurde dennoch vorgenommen und nach einer kurzen Erklärung wurde die Frage gestellt, welche primärpräventiven Maßnahmen die Befragten kennen bzw. im Alltag durchführen. Die Antworten der Expertinnen lassen sich in zwei inhaltliche Bereiche unterteilen: Eine Expertinnengruppe rückte die *Stärkung der Persönlichkeit* bzw. eine *Wahrnehmungsförderung* in den Vordergrund der Überlegungen:

I: Primäre Prävention sollte die Basis aller Präventionsbemühungen sein und so früh wie möglich starten, in allen Bereichen des täglichen Lebens Bestandteil sein und wird häufig nicht als Prävention erkannt. Welche primärpräventiven Leistungen könnten das sein?

S: Puh... Ich nehm' an ... jegliche Art von Rollenspielen. Halt Stärkung der Persönlichkeit. Oder auch Aufklärung.. also sexuelle Aufklärung.

Interview mit S. Zeile 123 – 127

Eine weitere Expertin führte ebenso den Gedanken der Rollenspiele weiter aus, führt aber gleichzeitig die Probleme der Umsetzung aus:

C: Ja, auch Spiele wären das nicht schlecht. Ich glaub halt am ehesten Rollenspiele... Folien auflegen hat glaub ich wenig Sinn, man sollt es ihnen halt vor Augen führen. Im Prinzip soll das halt wie bei Kindern sein. Sie verhalten sich ja auch wie Kinder. Und bei Kindern hat das ja auch immer gut geholfen – so Rollenspiele. Man kann so diverse Situationen durchspielen und dann sieht man sehr schnell wie sie mit der Situation umgehen und ob ihnen etwas komisch vorkommt oder nicht. ... Es ist halt schwierig, dass man auf jemanden so explizit eingeht. Das ist einfach mit dem Zeitmangel nicht machbar. ... Da sollst schauen, dass sie lesen und schreiben und rechnen weiterhin beherrschen und nicht vergessen. Und dann bastelt man mit ihnen damit sie motorisch auf der Höhe bleiben. Da ist halt wenig Zeit für das Psychische.

Interview mit C. Zeile 170 – 179

Ein weiterer Themenbereich der von den befragten Frauen angesprochen wurde, ist der Bereich der *Sexualaufklärung*:

I: Primäre Prävention sollte die Basis aller Präventionsbemühungen sein und so früh wie möglich starten, in allen Bereichen des täglichen Lebens Bestandteil sein und wird häufig nicht als Prävention erkannt. Welche primärpräventiven Leistungen sind/könnten Teil Ihrer täglichen Arbeit?

R: *Also Themen könnten irgendwie sein... Körper. Wahrnehmung vielleicht. Also ich kann mir schon vorstellen, dass das einfließt und das ich was davon mache, aber bewusst wahrscheinlich nicht... Also nicht im Sinne von: „ich mach jetzt Prävention“ sondern das kommt dann so. Auch hinsichtlich Sexualaufklärung. Das fließt schon ein, irgendwie, aber vielleicht nicht so bewusst.*

I: Inwiefern fließt das in deine Arbeit ein?

R: *Ja, schon. In Gesprächen, aber nicht so professionell wie Sexualpädagogen. Das ist aber auch zu wenig Zeit. Aber beim Waschen... da sag ich dann schon wie die Geschlechtsteile heißen. Aber das ist eben auch nicht so ein Thema, dass man jetzt beim gemeinsamen Abendessen anschneidet (lacht). Wir haben leider nicht so wirklich Zeit.*

Aus den Antworten der Expertinnen klingt zum Teil eine Überforderung mit der Umsetzung der Thematik hervor. Die fünf Expertinnen, die diese Frage beantworteten, gaben alle zum Teil sehr innovative (Rollenspiele, Aufklärungsarbeit während Hygieneleistungen) Ideen, alleine die Umsetzung sei aus vielerlei Gründen nicht möglich. So gaben von den fünf Befragten, die Ideen äußerten, vier von ihnen unmittelbar nach der inhaltlichen Überlegung die Einschränkung an, dass die zeitlichen Ressourcen im Alltag nicht ausreichen würden.

I: Fallen dir primärpräventive Maßnahmen ein, im Bereich Gewalt und Missbrauch?

V: *Puh, was haben wir da in der Schule gemacht? Das ist schon so lange her. So Übungen... also wo man halt die Körperwahrnehmung trainiert, mit so Schaumgummi. Und Filme haben wir uns auch angeschaut ...*

I: Könntest du dir vorstellen, das auch im Wohnheim einzusetzen?

V: *Ja eigentlich schon. Das könnte man machen. Es ist halt wenig Zeit. Aber ich denk, das könnte man schon mal machen. Vielleicht irgendwie eher am Wochenende. Aber da sind dann natürlich wieder nicht alle da... Ich hab mir das alles schon überlegt, wie ich das tun könnte. Aber irgendwie fehlt mir die Zeit. Ich hab so viele Unterlagen schon ausgedruckt, Rollenspiele und so. Oder so Übungen, Teambildung. ... Und auch so Anleitungen für Gespräche... also welche Themen man wie ansprechen könnte ... aber irgendwie ... das ist alles in meinem Kastl... aber ich hab einfach keine Zeit.*

Interview mit V. Zeile 145 – 157

Subkategorie: Sexualpädagogik bzw. Sexualaufklärung als primärpräventive Maßnahme und Teil der Praxis?

Ein großer Teil von primärpräventiven Maßnahmen nimmt die Sexualpädagogik ein. Es wurde deshalb im Fragebogen explizit nach Bemühungen rund um Sexualaufklärung gestellt. Die Fragstellung wurde von allen Expertinnen beantwortet. Zunächst sollten die Befragten den (sexuellen) Wissensstand ihrer Bewohner einschätzen. Hierbei gaben alle

der zehn befragten Expertinnen an, es gäbe in ihren Wohnheimen BewohnerInnen, welche nicht ausreichend aufgeklärt seien, acht der Expertinnen sehen diesen Mangel bei allen BewohnerInnen der Wohnheime.

Die Gründe für einen mangelnden Wissensstand hinsichtlich Sexualität sind nach den Expertinnen hauptsächlich *mangelnde Wissensvermittlung seitens der Eltern oder früheren Betreuungspersonen* oder *mangelnde kognitive Fähigkeiten* der zu betreuten Personen:

I: Sexualeufklärung ist unter anderem Teil von primärer Prävention. Denkst du die Bewohner sind ausreichend aufgeklärt?

R: *Nein, sicher nicht. Vom Elternhaus ganz bestimmt nicht. Die meisten Eltern haben selber schon ein Problem mit Sexualität. Und auch wenn man es selber, als Betreuer versucht... Das ist... Manche wissen einfach nicht was ein Kondom ist und wozu ich das brauche... Das kann man ihnen zigmal sagen. Die wissen einfach nicht, dass ich nicht gleich mit einem Mann ins Bett steig, wenn ich ihn kennen gelernt hab. Oder dass ich den Mann den ich im Bus kennen gelernt hab, gleich ... dass ich mit dem gleich mitgeh'... Ich glaub das wird einfach in dem Maße nicht verstanden. Einfach auch weil kognitiv auch was fehlt vielleicht. Wenn ich ganz ehrlich bin, dann begreifen sie es vielleicht auch nicht. Natürlich auch nicht immer. Ich denk das sollte schon das Elternhaus eigentlich ... ja.... Irgendwie in der Kindheit gemacht haben. Das ist dann irgendwie auch ... na ja nicht zu spät... aber schwieriger. Und es fehlt ihnen eben auch an den Begriffen. Weißt, wenn ich jetzt Assistenz beim Waschen habe und ich sag, wasch dir bitte die Vagina... da schauen's mich an... das wissen sie nicht. Auch die einfachsten Sachen oder Begriffe. Das ist halt dann schwer. Weil das machst ja auch nicht nur einmal, das machst eh jeden Tag ... Und du bezeichnest eh jeden Tag die Geschlechtsteile, aber das bleibt nicht hängen irgendwie...*

Interview mit R. Zeile 162 – 178

Es sollte nun weiters geklärt werden, welche Maßnahmen die Expertinnen bereits unternommen haben um die „Wissenslücken“ der BewohnerInnen zu füllen. Acht der Befragten gaben an mindestens eine Maßnahme zur Sexualpädagogik geleistet zu haben. Es waren dies zum Teil eigene Bemühungen:

V: *Na... wir haben so Aufklärungsbücher gehabt und da hat man so Stellen dazupicken müssen. So Brüste dahin und so.. Das haben wir in der Schule⁷⁹ gemacht.*

I: Könntest du dir vorstellen das einfließen zu lassen?

V: *Das hab ich glaub ich schon gemacht... Mit einem Aufklärungsbuch hab ich das mal mit ein paar Bewohnern gemacht.*

I: Wie war das?

V: *Das hat total gepasst. Wie viel davon jetzt noch übrig ist, weiß ich nicht.*

Sieben der Befragten gaben an sie hätten bereits selbst einen Kurs/ ein Seminar hinsichtlich Sexualpädagogik (im Sinnen einer Weiterbildung) besucht zu haben bzw. es

⁷⁹ Kolleg für Sozialpädagogik (Anmerkung der Autorin)

wurde eine (Sexual-)Pädagogin in das Wohnheim eingeladen, die in der Gruppe mit den Menschen mit intellektueller Behinderung arbeitete:

I: Glaubst du dass deine Bewohner genügend aufgeklärt sind?
S: *Nein, glaub ich nicht. Ich glaub schon, dass manche Bewohner geistig nicht in der Lage sind.... viele haben überhaupt keine Ahnung. Wir haben angenommen, dass die Eltern auch schon Aufklärungsarbeit gemacht haben, das ist aber nicht so. Wir hätten schon professionelle Leute organisiert. Da brauchen wir aber Einverständnis der Eltern und da haben viele gesagt „mein Kind braucht das nicht“.*

I: Ist dann ein Kurs zustande gekommen?
S: *Ja. Für die Bewohner. Da hatten wir eine Sexualtherapeutin eingeladen ... Die hat dann ... mit den Leuten geredet. Aber eben nicht mit allen.*

I: War das etwas Nachhaltiges?
S: *Ich weiß nicht recht. Wir haben da eigentlich nie darüber gesprochen. Haben wir wieder was versäumt (lacht). Ich glaub halt Einzelgespräche würden Ja, das wär' glaub ich am besten. Weil einer hat schon Erfahrung, der andere noch gar keine. Und irgendwie auch eine andere Entwicklungsebene... Ich weiß nicht... Einzelgespräche wären schon besser, aber das geht natürlich nicht bei 30 Bewohnern. Aber das Beste wär's natürlich. Aber ich bin mir schon bewusst dass das nicht geht.*

Interview mit S. Zeile 129 – 146

Die Problematik mit den Eltern der BewohnerInnen, die die Expertin anspricht, wird auch in einem Interview mit einer anderen Befragten deutlich:

I: Denkst du es ist ein Versäumnis, dass manche Bewohner noch nicht aufgeklärt sind?
Ch: *Ich denk, bei vielen Eltern ist das eine sehr eigenartige Einstellung. Also „Mein Kind kann das eh nicht, die kann damit eh nichts anfangen.“ Aber (lacht) natürlich kann da jeder was damit anfangen. Egal wie schwer... also egal welche Behinderung sie haben. Aber die Eltern... ich mein, man muss das halt auch sagen... die sind zwischen 60 und 80. Das ist eine andere Zeit gewesen. Die Jüngeren, die sehen das lockerer ... Da entwickelt sich's jetzt so langsam. Die Jüngeren, die gehen da auch lockerer damit um.*

Interview mit Ch. Zeile 136 – 142

Sechs der Befragten äußerten dezidiert die Kritik, die Eltern hätten verabsäumt die Betroffenen aufzuklären. Dies sei lt. den Expertinnen schwierig im Nachhinein aufzuholen.

I: Glaubst du dass da schon etwas versäumt wurde, dass jemand andere das [Aufklärung, Anm.d.A.] schon machen hätte sollen?
S: *Ja, meiner Meinung sind die Eltern dafür verantwortlich. Wenn mein Kind 30 Jahre lang bei mir wohnt, bin ich dafür verantwortlich, dass ich das aufkläre. Und wenn ich nur erklär, dass man nicht immer alle abtatscheln kann. Ich muss sie ja nicht ... na gut... meiner Meinung nach müssen sie schon bis ins kleinste Detail aufgeklärt werden. Aber ... ja.. keine Ahnung.*

Interview mit S. Zeile 148 - 153

Es scheint, als wären die Betreuerinnen oftmals mit der Planung von Prävention überfordert ohne sich bewusst zu machen, dass sie das „Handwerkszeug“ ohnehin schon in der Hand halten und es „nur“ zur Anwendung gebracht werden müsste.

I: Ist Aufklärung Bestandteil deiner Arbeit?

S: *Also gemacht hab ich's derweil noch nicht. Ich hätt' gewartet bis jemand zu mir kommt. Aber wenn ich so nachdenk' ... Ich kann mir schon vorstellen, dass man Aufklärung in Gesprächen einfließen lassen kann. Beispielsweise wenn man mit jemanden duschen geht usw. Da könnte man natürlich auch sagen: „Waltraud wenn dich da jemand berührt, dann musst du dir das nicht gefallen lassen“. Ja, das wär' eine gute Idee.*

Interview mit S. Zeile 165 – 170

Schließlich ist festzustellen, dass jene Expertinnen, die die Sexualaufklärung nicht in den Alltag einfließen lassen, sich vorstellen können, Sexualpädagogik mehr in den Alltag zu integrieren.

Subkategorie: Maßnahmen zur Gewaltprävention

Hinsichtlich Gewaltprävention sind die Antworten der Expertinnen annähernd gleichbedeutend wie in Bezug auf Sexualpädagogik. Es ist ebenso eine Überforderung bei den Befragten zu spüren. Signifikant ist jedoch auch, dass es sich um eine scheinbar brisantere Thematik handelt, die Antworten wurden deutlich ernster und für die Expertinnen spürbar unangenehmer.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass Gewaltprävention hauptsächlich mit Vorbeugung vor *physischer* Gewalt in Verbindung gebracht wird, während die Gedanken an psychische und sexuelle Gewalt scheinbar erst auf Nachfrage der Autorin ins Bewusstsein rücken konnten. Dies lässt sich vielleicht erklären, da physische Gewalt eine (vermeintlich) alltäglichere Problematik darstellt und öfter offen ausgetragen wird als sexualisierte Gewalt. Des Weiteren ist physische Gewalt offensichtlicher, da es oftmals mit körperlichen Erscheinungen (beispielsweise blaue Flecke) einhergeht.

Physische Gewalt stellt weiters kein derartiges Tabuthema dar wie es sexualisierte Gewalt ist.

I: Denkst du, dass deine Bewohner über das Thema sexuelle Gewalt ausreichend informiert sind?
Ve: *Hmm.. Gewalt. Ich denk nicht. Auch wenn wir es immer wieder versuchen zu erklären.*

I: Und wie schaut das mit sexueller Gewalt aus? Denkst du, deine Bewohner sind adäquat aufgeklärt?

Ve: *Nein, so weit sind unsere Bewohner nicht. So weit sind sie sicher nicht... davon bin ich überzeugt. Ich denk wenn es allerdings Thema wird, dann kommen sie schon zu uns... Hoff ich... Aber deshalb ist es so wichtig, dass ein Vertrauen da ist. Einen richtigen Fall hab ich Gott sei Dank noch nicht miterlebt.*

I: Du hast angesprochen, du versuchst immer wieder den Leuten zu erklären was physische Gewalt ist?

Ve: *Ja natürlich, denn es gibt schon Bewohner die sehr jähzornig sind. Da gibt's einen ... der ist total lieb... aber halt schon auch sehr aggressiv. Da muss man sehr aufpassen und darauf achten, dass in der Gruppe eine Harmonie herrscht. Aber das ist natürlich nicht immer so.*

I: Und bezüglich sexualisierte Gewalt?

Ve: *Nur wenn's wirklich notwendig ist. Also wenn ich was merke. Wenn sich jemand anders verhält. Oder eben zu mir kommt. Dann fang ich aber gleich an das zu besprechen. Aber ich würd's dann gleich anfangen, ohne mich mit dem Team oder irgendwem zu besprechen.*

Interview mit Ve. Zeile 217 – 236

Nur eine der Expertinnen sieht einen Teil der BewohnerInnen über sexualisierte Gewalt informiert:

I: Denkst du, dass eure Bewohner ausreichend über sexuelle Gewalt aufgeklärt sind?

Ch: *Die meisten glaub ich schon ... die können klare Grenzen setzen. Andere werden nicht viel damit anfangen können. Aber prinzipiell denk ich schon, dass ... dass viele schon Grenzen ziehen können und „Stopp“ sagen können. ... Natürlich sind aber auch Leute dabei, die würden sich sicher nicht wehren können.*

Interview mit Ch. Zeile 150 – 154

Neun der Befragten gehen davon aus, dass ihre BewohnerInnen nicht ausreichend über sexualisierte Gewalt aufgeklärt sind. Auch hier werden, wie auch bei der Frage nach der Sexualaufklärung der BewohnerInnen, die Argumente der fehlenden kognitiven Fähigkeiten der BewohnerInnen und das Versäumnis der Eltern bzw. Betreuungspersonen genannt. Ergänzend hierzu wird weiters von den Expertinnen genannt, sie seien nicht die Richtigen für die Durchführung von gewaltpräventiven Maßnahmen. Begründet wird dies zum Teil mit fehlenden Zeitressourcen sowie mit der nötigen Distanz, die externe Professionisten in eine gewaltpräventive Einheit einbringen könnten:

I: Fallen dir Maßnahmen zur Gewaltprävention ein?

Ch: *Nein verwenden wir nicht. (lange Pause)*

Ist aber auch keine Zeit vorhanden. Unter der Woche ist das nicht möglich und am Wochenende sind viele bei den Familien. Es wäre aber auch besser es käme jemand von außen. Sie würden sich bei uns anderes verhalten. Das hemmt schon sehr wenn wir das machen. Die Bewohner würden sich vielleicht auch leichter reden. Sinnvoll ist das sicher wenn das jemand Externer macht. Die würden dann auch wieder gehen. Also... selbst wenn's ihnen nicht peinlich sein muss... aber... Ja, andererseits müssten sie halt auch wieder Vertrauen aufbauen zu den Leuten, die da kommen. Das würd' auch wieder länger dauern.

Interview mit Ch. Zeile 168 – 176

Auf die Frage nach Kenntnis von gewaltpräventiven Maßnahmen gab es die unterschiedlichsten Reaktionen:

Fünf der Expertinnen konnten keine Maßnahmen nennen. Andere Expertinnen würden erlebnispädagogische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Selbstverteidigung durchführen. Eine Expertin gibt an mit einer Beratungsstelle zusammen zu arbeiten. Bewohner die zu großer Aggressivität neigen, könnten Beratung in Anspruch nehmen.

Eine der Befragten konnte keine Maßnahme nennen, hätte jedoch die Idee eines eigenen Konzeptes, das auf das Wohnheim zugeschnitten ist:

I: Kennst du irgendwelche Gewaltpräventionskonzepte?

C: *Nein. Gar nichts kenn ich da. Wir haben auch keine Unterlagen und keine Konzepte. Ich mein, ich denk, das wär dann schon gut, wenn sich da mal hinsetzt. Das sollt jemand von uns machen. Halt halbe Zeit Betreuungstätigkeit und halbe Zeit Konzepte überarbeiten, damit wir das mal auch machen können.*

I: Denkst du das sollte jemand von euch machen? Oder ist das eher etwas für externe Professionisten?

C: *Das kann ich mir schon vorstellen wenn das jemand für uns macht. Aber das muss man gescheit abstecken.*

Interview mit C. Zeile 279 – 288

Jene Argumentation, dass Gewaltprävention stark abzustecken ist von den Betreuungstätigkeiten führt auch eine andere Expertin aus:

I: Kennst du Maßnahmen zur Gewaltprävention? Oder Konzepte?

D: *Hmm.. nein, eigentlich nicht. Ich glaub wir sind auch nicht die richtigen.*

I: Inwiefern?

D: *Auf jeden Fall dass jemand von außen kommt und der Betreuer nur Betreuer ist. Er soll sich nur um die Assistenz kümmern. Das wird dann zuviel. Weil... das sieht man ja... das funktioniert nicht wenn man so viele Rollen hat. Die rennen ja alle ins Burn out. Und der Klient ist auch überfordert damit. Wenn der Betreuer so viele Rollen hat...*

I: Und wenn man die Betreuer anlernt?

D: *...na ja... Ich mein...Es wird dann nicht so ordentlich durchgeführt. Der Betreuer hat so viele*

andere Sachen zu tun und dann kann man nicht mehr 100 Prozent geben... also nicht in allen Bereichen. ... (lange Pause) Ich mein, wir haben ja auch eine Fördergruppe und das ist schon ok, das ist am Nachmittag. Aber ich persönlich möchte auch nicht heimkommen und mich noch pädagogisch beschäftigen. Das kann man untertags machen, aber nicht dann im Wohnheim wenn sie zuhause sind. Das sollte man schon auch trennen.

Interview mit D. Zeile 146 – 161

Grundsätzlich lässt sich erkennen, dass die meisten Expertinnen keine konkreten Konzepte nennen können und mit der Thematik überfordert wirken und die Verantwortung für Gewaltprävention gerne abgeben würden.

Sechs der Expertinnen gaben an, es sei für sie leichter wenn externe Professionisten die Gewaltprävention durchführen. Hierfür würde, lt. Jenen Expertinnen, sprechen, dass eine gewisse Distanz nötig ist um über die Thematik zu sprechen. Des Weiteren wären mehr zeitliche Ressourcen vorhanden und externe Professionisten könnten adäquat auf Aussagen der BewohnerInnen reagieren:

I: Gibt es jemanden der deiner Meinung nach geeigneter wäre, präventive Maßnahmen durchzuführen?

R: *Ich denk am besten wär's wenn mal ein externer Experte kommt. Vielleicht bekommen wir dann einen Leitfaden. Ich denk das wär' das Beste. Aber ich find.... Also ich denk, wir brauchen schon einen Leitfaden. Damit wir dann auch wissen wie wir umgehen müssen, wenn in dem Kurs was auftaucht... ja, wenn dann halt jemand von Missbrauch erzählt oder so.*

Interview mit R. Zeile 240 – 246

Zwei der Expertinnen möchten Gewaltpräventionsmaßnahme gerne selbst durchführen, erwarten bzw. erhoffen sich jedoch hierbei noch Unterstützung durch Professionisten (s.o.). Zwei Expertinnen sehen nur einen Mittelweg als zielführend an:

I: Denkst du es sollte jemand Außenstehender machen oder jemand für euch um euch zu schulen?

Ch: *Hm... Irgendwie beides.... Das wär' gut. Einerseits ist das sicher besser für die Bewohner wenn das jemand von außen macht. Aber für uns wär' das auch gut, dann könnten wir uns auch damit befassen und es vielleicht auch ... na ja, durchführen.*

Interview mit Ch. Zeile 178 – 182

Subkategorie: Unterstützungsmaßnahmen innerhalb der Institution für Betroffene von sexualisierter Gewalt hinsichtlich sekundärer und tertiärer Prävention⁸⁰

Die obigen Kategorien waren von primärer bzw. Gewaltprävention geprägt. Es sollte aufgezeigt werden wie die Expertinnen im Allgemeinen mit den Themen Sexualisierte Gewalt und primäre Prävention umgehen und welche präventiven Maßnahmen die Expertinnen im Alltag umsetzen.

In dieser Subkategorie soll nun untersucht werden inwiefern die Expertinnen sich sekundärer und tertiärer Prävention bewusst sind und welche Unterstützungsangebote es für betroffene BewohnerInnen in den Institutionen gibt bzw. ob unterstützende Maßnahmen für Betroffenen angedacht wären. Es soll in diesem Kapitel weiters herausgearbeitet werden inwiefern die Expertinnen weitere Schritte einleiten und mit anderen Professionisten kooperieren.

Acht der Expertinnen gaben an, sich im Krisenfall (sekundäre Prävention) sofort Hilfe durch Leitungspersonen oder TeamkollegInnen bzw. Professionisten zu holen. Zu ergänzen ist dies durch die Angabe der ExpertInnen welche Kooperationspartner sie im Krisenfall einschalten möchten.

Hierbei nannten sechs der Expertinnen, sie könnten sich am ehesten eine Kooperation mit der Polizei bzw. einer Beratungsstelle vorstellen. Diese hätten die meiste Erfahrung. Drei der Expertinnen nannten auch verschiedene Kinderschutzzentren als Kooperationspartner. Sie sind sich jedoch bewusst, dass diese nicht zuständig seien, wenn die Opfer mündige Erwachsene sind, die Professionisten im Kinderschutzzentrum hätten jedoch das nötige Wissen um schnelle und effektive Hilfestellung zu geben bzw. an weitere Professionisten zu verweisen.

Auf die Frage nach Unterstützungsmaßnahmen für Betroffene (sekundäre Prävention) acht der Expertinnen, es gäbe keine Unterstützungsmaßnahmen innerhalb der Institution, sie würden sich im Ernstfall jedoch sofort an eine Beratungsstelle wenden.

Eine Expertin äußerte den Wunsch einer schnelleren, lückenloseren Unterstützung:

⁸⁰ Sekundäre und Tertiäre Prävention wurden aus zwei Hauptgründen in eine Subkategorie zusammengefasst: Zunächst soll die Arbeit hauptsächlich primärpräventive und gewaltpräventive Maßnahmen aufzeigen. Weiters sind beide Formen von Prävention zunächst nicht mehr nur von den Expertinnen alleine durchzuführen, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in einem Akutfall bedeutsam

I: Habt ihr Unterstützungsmaßnahmen für die betreffenden Personen, im Wohnheim?

C: Zurzeit haben wir da niemanden...

I: Würdest du dir das wünschen?

C: Wenn wir größer werden würde ich mir eine Betriebspsychologin oder überhaupt Sozialarbeiter wünschen. Ich weiß aber eine Psychologin oder Pädagogin ist zurzeit nicht machbar, also muss ich mich mit dem begnügen was wir haben. Und dann müssen wir das eben selbst machen. Um das in den Griff zu bekommen ... Also in Griff zu bekommen (lacht) Natürlich kann ich keine Psychologin ersetzen auch wenn ich Psychologie studier. Das Tiefgehende muss ein Fachpersonal machen. Aber generell mit der Thematik könnten wir schon umgehen, das sollten wir im Team mal machen, einen Leitfadent erstellen. Gesprächstherapien muss das Fachpersonal machen. Auch wenn ich sagen muss, dass wir mit der Beratungsstelle gute Erfahrungen haben. Die sind nur oft auch ausgebucht und wenn's am Wochenende was gibt, ja dann ... es ist halt nicht unbedingt für kurzfristiges oder Krisen.

Interview mit C. Zeile 113 – 126

Eine Expertin gab an, sie kenne die Unterstützungsmöglichkeiten in ihrem Wohnhaus bzw. jene, die von nicht, könne sich jedoch vorstellen, dass es welche gibt. Sie würde im Notfall in einem Kinderschutzzentrum anrufen und sich weitere Adressen geben lassen.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass alle Expertinnen sich mehr Unterstützung wünschen, einen kompetenten Ansprechpartner innerhalb der Einrichtung, der auch in Krisenfällen zur Verfügung steht und unkompliziert Hilfe vermittelt.

6.3.2 Untersuchungsergebnisse aus den Interviews mit SonderschulpädagogInnen

Hauptkategorie Sexualität und Behinderung

Subkategorie: Umgang mit der Thematik Sexualität innerhalb der Institution

Von zehn befragten ExpertInnen gaben neun an, es wäre für SchülerInnen grundsätzlich möglich Fragen und Probleme Sexualität betreffend auch außerhalb von Sachunterricht und Sexualerziehung zu äußern, jedoch könnten oder würden dies nicht immer alle SchülerInnen in Anspruch nehmen. Gerade in Klassen mit schwerstbehinderten Kindern und Jugendlichen wird das Angebot kaum bis wenig wahrgenommen. Eine der ExpertInnen, welche hauptsächlich eine Klasse mit schwerstbehinderten Kindern und Jugendlichen betreut äußerte, sie sei noch nie mit Fragen oder Problemen von Seiten der SchülerInnen konfrontiert gewesen, es gäbe jedoch immer die Möglichkeit dazu. In den Interviews war der Tenor jedoch, es gäbe drei spezifische Einschränkungen, warum mit

dem Thema Sexualität oftmals nicht adäquat umgegangen werden könne. Dies sind Einschränkungen seitens der Schüler, seitens der Lehrerschaft und seitens der Eltern:

Die Einschränkungen seitens der Schüler sind laut den Experten auf die Verschiedenartigkeiten der Behinderungen der SchülerInnen zurückzuführen:

I: Gibt es für Ihre Klienten/Schüler in Ihrer Institution die Möglichkeit Sexualität offen anzusprechen/damit umgehen zu können?
Frau G: *Ach.. Ich spreche jetzt prinzipiell für die ganze Schule. Auch für die Großen, die ich manchmal supplieren muss.. Also bei uns sind lernbehinderte und verhaltensbehinderte Jugendliche Die stellen dann schon Fragen. Bei den schwerstbehinderten Kindern.. da gibt's Kinder die total gut Bescheid wissen und wirklich viel ... ja, die viel Wissen haben. Bei schwerstbehinderten Kindern ist das sehr individuell... Da gibt's ganz viele die gar nichts wissen. Auch gibt's einige bei denen das gar kein Thema ist. Weil... ja, weil sie nicht verstehen was Sexualität ist. Was sie wissen ist im besten Fall ob etwas gut tut und was... ja, was eben nicht gut tut. (lange Pause) Aber prinzipiell können schon alle kommen.*

Interview mit Frau G. Zeile 3 – 12

Probleme mit der Offenheit bzw. Hindernisse in der Offenheit gibt es auch von Seiten der Lehrerschaft:

I: Gibt es für Ihre Klienten/Schüler in Ihrer Institution die Möglichkeit Sexualität offen anzusprechen/damit umgehen zu können?
Frau N: *Die Situation ist für mich zweigeteilt. Mit mir schon, aber mit allen Lehrern nicht. Das ist eben so... Da ist eben im Kollegenkreis auch vom Alter abhängig. [Frau N. ist 52 Jahre alt. Anm.d.A.]Weil's eben immer noch ... also Kollegen, die in meinem Alter sind ... auch manchmal selber Probleme haben über Sexualität zu sprechen. Kommt halt eben auch auf den Lehrer an.*
I: Ist das aus Ihrer Sicht eher auf das Alter oder auf den Lehrertyp bezogen?
Frau N: *Bei mir in der Schule ist es sicher auf Alter bezogen. Weil manche Kollegen nicht damit umgehen können, auch für sich selbst nicht.*

Interview mit Frau N. Zeile 3 – 12

Eine Expertin, die in einer Sonderschule in einer mittelgroßen Stadt arbeitet, hat dies ebenso beobachten können:

I: Was denken Sie, sind da die Voraussetzungen dafür, dass das funktioniert, also dass die Kinder kommen und Fragen stellen?
Frau G: *Man muss als Lehrer... Ich glaub man muss natürlich sehr offen sein und einen natürlichen Umgang damit haben. Eine Kollegin von mir hat einen Schüler rausgeschmissen aus der Klasse... auf eine diesbezügliche Frage. Sie ist Klassenlehrerin. Und die Frage war, ob in den 60er Jahren die Hauptvergnügen der Sex war. Und darauf hat sie ihn rausgehaut. Ich glaub ich kann darauf besser reagieren. Ich bin nicht so empört über solche Fragen.*

Interview mit Frau G. Zeile 18 – 24

Um adäquate Offenheit im Umgang mit Sexualität in der eigenen Schule zuzulassen benötigt man laut ExpertInnen auch eine Kooperation mit den Eltern. Die Einstellung der Eltern der Thematik gegenüber kann Offenheit auch einschränken:

I: Gibt es bei Ihnen in der Institution für Ihre Schüler und Schülerinnen die Möglichkeit Sexualität offen anzusprechen und damit umgehen zu können?

Frau F: *Ja. Ähm.. Meine Schüler reden sehr offen darüber, muss ich ganz ehrlich sagen. Das ist auch gut so. Das war aber nicht immer so... In den Anfängen meiner Karriere, da hat man nur gemerkt, es ist da was im Busch, aber man ist wirklich kaum einen Schritt vorwärts gekommen in Gesprächen. Früher waren scheinbar die Kinder von zu Hause so instruiert, dass sie kaum etwas erzählt haben. Mittlerweile ist das besser geworden. Wir sprechen das auch an, wir haben eine Box stehen wo Fragen eingeworfen werden können, wenn sie... ja, wenn sie es nicht sagen möchten ... Das wird gut angenommen. Und sprechen dann intensiv darüber. Kinder sind oft ungunstigen Sachen ausgesetzt. Kinder sind heute mehr unterwegs als früher und kommen auch oft in Situationen die sie nicht begreifen können. Und da kommt das ganz gut an. Die schwerstbehinderten Kinder können natürlich nicht aufschreiben, aber sie kommen dann doch zu uns. Wir versuchen Scheu abzubauen.*

Für mich ist es mittlerweile etwas ganz Normales und dadurch wird's auch für die Kinder normal. Für die Eltern ist es aber immer noch schwierig. ... Eltern blocken immer noch ab.

Interview mit Frau F. Zeile 3 – 17

Subkategorie: Voraussetzungen für einen gelungenen Umgang mit der Thematik

Als Voraussetzung für einen gelungenen Umgang nennen sieben der befragten ExpertInnen eine Vertrauensbasis, die zu schaffen notwendig sei. Weiters beziehen die befragten PädagogInnen die Offenheit der PädagogInnen selbst ein. Eine Expertin bringt dies auf den Punkt:

I: Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, um mit der Thematik umgehen zu können?

Frau N: *Ich denke man muss mit sich selbst im Reinen sein. Man muss eine ausgewogene Persönlichkeit sein. Und ... und das sag ich jedem Junglehrer der zu uns kommt, man muss die Kinder lieb haben. Die Kinder müssen einfach spüren, dass sie angenommen sind.*

Interview mit Frau N. Zeile 19 – 23

Hauptkategorie Sexualisierte Gewalt

Subkategorie: Wissen der InterviewpartnerInnen über sexualisierte Gewalt

Alle der befragten ExpertInnen sind mit dem Begriff der sexuellen bzw. sexualisierten Gewalt vertraut, acht von ihnen gaben an, sexuelle Gewalt beginne bereits bei verbalen Äußerungen. Fünf der zehn Befragten bezogen in ihre Überlegungen zur Begrifflichkeit explizit mit ein, sexuelle Gewalt gehe immer mit einer Verletzung oder Überschreitung der Intimsphäre bzw. des Intimbereiches einher:

I: Wann beginnt für Sie sexuelle Gewalt?

Herr B: *Sexuelle Gewalt kann sich auf physische Gewalt, auch psychische Gewalt beziehen. Also es fängt immer dann wo die Intimsphäre verletzt wird. Also nicht nur die Vergewaltigung. Das geht schon weiter.... Also es geht schon vorher los. Den Begriff muss man schon weiter stecken.*

Interview mit Herrn B. Zeile 24 – 28

Auffallend ist, dass sich alle ExpertInnen schon im Vorfeld mit der Thematik beschäftigt haben. Die Antworten waren sehr gezielt und klar, es war wenig Unsicherheit in der Beantwortung der Frage zu spüren. Sehr wohl zu spüren ist bei den meisten ExpertInnen jedoch eine große Betroffenheit wenn über sexualisierte Gewalt gesprochen wird oftmals verbunden mit der Angst einen Vorfall nicht zu entdecken:

I: Was bedeutet für sie sexuelle Gewalt?

Frau E: *Sobald ein Übergriff stattfindet bei dem ich oder sich das Kind nicht wohl fühlt, das kann auch schon eine dumme Andeutung sein. Es heißt immer, dass jedes zwanzigste Kind missbraucht wird oder noch mehr... Da frag ich mich dann schon, wer ist das in unserer Klasse, man weiß es nicht. Ich mein, man kann eh nicht einfach anfangen zu sortieren ... Wir glauben schon eine Antenne dafür zu haben, zum Teil zumindest. Aber ja... das ist schon eine arge Vorstellung... Wenn man sich das überlegt, dass jede Kollegin ... mindestens ein Kind in der Klasse sitzen hat.*

Interview mit Frau E. Zeile 22 – 29

Subkategorie: Praktische Erfahrungen der befragten Expertinnen mit der Thematik

Alle der befragten ExpertInnen gaben an oftmals mit sexualisierter Gewalt konfrontiert zu sein. Hierbei sind die Erfahrungswerte der ExpertInnen so unterschiedlich wie die in der Praxis auftretenden Fälle:

I: Sind Sie in ihrem beruflichen Umfeld mit dem Thema sexuelle Gewalt konfrontiert bzw. konfrontiert gewesen?

Herr B: *Natürlich, es hat alles gegeben. Es hat sowohl den homosexuellen Missbrauch Minderjähriger gegeben... Es hat den Missbrauch gegeben, wo Kinder zur Prostitution gezwungen wurden. Ja, und es hat auch den Missbrauch gegeben, wenn auch nicht offenkundig ... den Missbrauch innerhalb der Familie ... In den 25 Jahren meiner Tätigkeit in der Sonderschule habe ich das mehrmals erlebt. Glauben Sie mir das, es gibt auf dem Sektor nichts was es nicht gibt.*

Interview mit Herrn B. Zeile 30 – 37

Die Problematik wird auch oftmals durch neue Medien verschärft:

I: Bist du in deiner Klasse mit sexueller Gewalt konfrontiert?

M: *Ja, des Öfteren. Sie kommen auch immer mehr auf so kreative Ideen, dank Youtube⁸¹ und so Scherzen. Die Kleinen glauben es ist ein Spiel und ... ja, die verstehen da nicht was da passiert. Sie sehen ein Video und dann spielen sie's nach. Es ist ihnen teilweise sicher nicht bewusst was das eigentlich ist. Und geht bis zum Geschlechtsakt ... also wir haben auch Heimkinder in der*

⁸¹ <http://www.youtube.com> ist ein Internet-Video-Portal. Internet-User können eigene Videos in das Portal stellen. Diese Videos können von anderen Usern angesehen werden.

Schule ... da geht's dann schon richtig zur Sache. Sexuelle Spiele in allen Variationen gibt's da. Und manchmal eben auch gegen den Willen der Kleinen.

Interview mit M. Zeile 50 – 56

Eine Expertin beobachtet in ihrer Schule regelmäßig wie aus einem spielerischen Umgang mit Sexualität ein ernstes Problem erwächst:

I: Inwiefern bist du in deiner Klasse mit sexueller Gewalt konfrontiert?

K: *Na ja, normalerweise sollen Kinder ja innerhalb von Doktorspielen schon einiges ausleben, aber da unsere Kinder meist keine Freunde haben, fehlt die Erfahrung. Und das leben sie dann in der Schule irgendwie aus. Wenn sie dann schon älter sind, ist es eben kein Spiel mehr. Dass sie sich gegenseitig begripschen und Knutschflecke machen.*

Interview mit K. Zeile 30 – 33

Grundsätzlich ist eine starke Betroffenheit zu spüren, manche PädagogInnen sind mit der Fülle der Arten von sexualisierter Gewalt zum Teil überfordert, bei anderen ist zu spüren, dass sich schon vielfach mit der Thematik beschäftigt haben oder beschäftigen mussten. Es scheint schon derart „normal“ und alltäglich, dass eine Auseinandersetzung zwingend notwendig ist und die eigene Bestürzung, welche oftmals am Aktivwerden hindert, von strukturiertem Handeln abgelöst wird.

Subkategorie: Überlegungen und Handlungsschritte der befragten ExpertInnen bei einem konkreten Fall von sexualisierter Gewalt

Aufgrund der Gesetzeslage sexualisierte Gewalt an Kindern betreffend, sind die befragten PädagogInnen sehr klar in ihren Überlegungen der weiteren Handlungsschritte. Alle der befragten SonderschulpädagogInnen geben an, im konkreten Verdachtsfall sofort zu handeln. Hierbei würden 7 von 10 Befragten zunächst mit dem betroffenen Kind sprechen und versuchen weitere Informationen in Erfahrung zu bringen, 3 PädagogInnen würden sich selbst sofort Hilfe (KollegIn, BeratungslehrerIn oder DirektorIn) suchen um weitere Schritte einzuleiten. Die Befragten sind in ihren Antworten zum Teil sehr strukturiert, was auf massive eigene Vorarbeit schließen lässt. Trotz einem klaren, strukturierten Interventionsplan der ExpertInnen, sind diese oftmals mit Schwierigkeiten konfrontiert. Jene Schwierigkeiten ergeben sich in der Arbeit mit den Betroffenen, sowie in der Zusammenarbeit mit weiteren Helfergruppen.

Eine Pädagogin schildert detailliert die schwierige Situation im Hinblick auf die Arbeit mit betroffenen Kindern:

I: Sollte der Fall eintreten haben sie in ihrer Schule so eine Art Leitfaden?

Frau F: *Wenn wir Veränderungen ... also das Kind verändert sich ja. Und dann ... ich denk nicht sofort an Missbrauch... Aber wenn sich das Kind eben anders verhält und ich etwas bemerk, dann schau ich mir das genauer an. Da geb' ich auch schon mal ein Zeichenthema vor. So zum Beispiel 'Du in deiner Familie'. Da sieht man schon sehr viel. Ist das Kind distanziert oder gibt es ein offensichtliches Problem. Sollte man aber auch noch nicht zu viel interpretieren. Aber es gibt eben so einen kleinen Anhaltspunkt. Und dann versuch ich mit dem Kind ein Gespräch alleine zu führen, alleine. Was denn los ist oder warum es traurig ist. Da kommen dann meistens ausweichende Antworten. Grad ein Kind das missbraucht wird, wird keine Antwort geben. Dann versuche ich Rollenspiele zu machen oder den Kindern das 'Nein sagen' immer wieder näher zu bringen. Damit das Kind lernt 'Nein' zu sagen. Wenn der Verdacht noch immer bleibt und sich das Kind immer noch nicht verändert, dann spreche ich das Kind gezielt an. So eben in die Richtung 'Tut dir wer weh?' oder 'Macht irgendwer was, was dir nicht passt?' Und dann kommt meistens etwas. So in die Richtung 'Der und der grapscht mich an'. Dann kommt ein Gespräch raus. Dann muss man eben ein bisschen dran bleiben. Und dann muss man schon mit dem Kind reden, dass man da jemand einschalten sollte... Also wenn ich merk dem Kind geht es weiter schlecht, dann spreche ich es auf eine Arztuntersuchung an oder ein Gespräch mit einem Sozialarbeiter vom Jugendamt an, denn unsere Kinder sind sowieso vom Jugendamt betreut. Das kann sich eben ein bisschen hinziehen, bis das Kind da einverstanden ist und mit jemandem reden will. Das Warten ist für mich schon ganz schön schwer. Meistens haben die Sozialarbeiter schon gute Vorschläge. Ein Kind ist dann zur Tante gezogen, mit Hilfe der Jugendwohlfahrt. Aber ich muss schon sagen, wenn das ganze einmal aufgerollt ist merkt man, dass die Kinder erleichtert sind und kommen dann vielleicht auch wieder von selbst. 'Frau Lehrer, er tut es nicht mehr' oder 'Er macht es noch immer' und da muss man eben wirklich die Kinder darauf aufmerksam machen sofort wen einzuweisen. Ganz schlimm ist es wenn es der eigene Vater ist, weil da sind die Kinder total verschlossen. Da hab ich leider auch schon einmal verloren, das muss ich leider gestehen. Ein geistig behindertes Mädchen aus meiner Schule, das ist jetzt 20 Jahre her, da war ich noch jünger und viel unerfahrener und der Sozialarbeiter war auch... der war schon gut, aber zu dem Kind sind wir nicht vorgezogen. Das Mädchen selber war fast stumm, sie hat einfach gar nichts gesagt. Aber die blauen Flecken, die hat man schon gesehen. Ich hätte dann angefangen Fragen zu stellen, mit dem Mädchen zu reden. Auch mit der Jugendwohlfahrt, aber ein halbes Jahr später sind sie weggezogen. Ich bin mir sicher, da war was, aber beweisen kann man das nicht, ohne dem Kind. Und dann sind sie eben auch weggezogen, sicher auch, weil wir hier viele Fragen gestellt haben. Die Geschichte liegt mir wirklich heute noch im Magen. Aber heute würd ich das vielleicht schon anders machen. Damals war der Direktor auch eher ... uneinsichtig... Heut würd ich da besser dran bleiben, mehr mit dem Jugendamt reden und wirklich nicht locker lassen. Man kann auch nicht gleich die Polizei einschalten, man will ja niemandem unrecht tun. Da kann man schon viel ruinieren dabei. Die Mütter helfen dann zum Vater, sind ja auch viele Väter die Täter. Und das Kind bleibt über. Und es passiert dann genau das, mit dem der Täter gedroht hat. Also dass es woanders untergebracht wird, der Täter eben ins Heim kommt oder sie umziehen. Ich hab das alles schon gehabt. Keine einfache Situation, sag ich ihnen.*

Interview mit Frau F. Zeile 62 – 104

Weiters berichten die ExpertInnen von Hindernissen in Hinblick auf weitere beteiligte HelferInnen. Da dies im Zusammenhang mit den gesetzlichen Grundlagen genannt wurde, wird dies innerhalb der nächsten Subkategorie genauer betrachtet.

Subkategorie: Kenntnis über die eigenen gesetzlichen Grundlagen hinsichtlich der Thematik

Wie bereits berichtet, sind die ExpertInnen sehr strukturiert und instruiert im Umgang mit sexualisierter Gewalt. Jede der ExpertInnen konnte sofort die wichtigsten und gesetzlich notwendigen Schritte bei einem Ernstfall darstellen.

Alle ExpertInnen wissen um ihren gesetzlichen Auftrag der Meldepflicht an die Jugendwohlfahrt. Schwierigkeiten ergeben sich jedoch in der Zusammenarbeit zwischen SozialarbeiterInnen und PädagogInnen. Vier der ExpertInnen gaben an, die interdisziplinäre Kooperation sei zwar gewinnbringend, brauche jedoch sehr viel Zeit:

I: Welchen gesetzlichen Grundlagen unterliegst du?

M: *Ich weiß schon, dass ich es melden muss wenn mir etwas auffällt. Also eben an das Jugendamt. Die Berichte die man da schreiben muss sind ja schon sehr detailliert, das ist sehr viel Schreibkram. Und manchmal muss man halt auch telefonieren mit denen oder sie einladen, dass sie mal vorbeikommen. Auch um sich vielleicht mal mit den Eltern zusammensetzen. Das dauert aber eben recht lange, alles in Allem.... Ja, es kann schon mal recht lang dauern bis ich da eine Zuständige erreiche, das kann schon mal 2 Wochen dauern. Auch wenn's akut wird, dann dauert das. Und die bürokratischen Mühlen mahlen eben auch sehr langsam. Zuerst wird da der Bericht an die Schule geschickt, den musst du ausfüllen, ziemlich detailliert. Bis der dann dort ist und sie ihn gelesen hat, das dauert mir persönlich einfach viel zu lang. Und die Leute sind auch völlig überfordert, also zeitlich mein ich. Bis die wirklich mal zurückrufen oder man sie erreicht, das sind einfach zwei Wochen zu viel.*

Interview mit M. Zeile 74 – 85

Weitere vier ExpertInnen gaben im Unterschied zu der obigen Aussage an, die Zusammenarbeit zwischen ihnen und der Jugendwohlfahrt funktioniere problemlos und es bestehe ein gutes Verhältnis sowie ein adäquates Kommunikationsklima zwischen den Helferparteien.

Eine Expertin unterschied im Interview zwischen außer- und innerschulischer sexueller Gewalthandlung. Hierbei seien die oben genannten Schritte hauptsächlich bei außerschulischer sexualisierter Gewalt anzuwenden, wohingegen ein Handlungsplan bei innerschulischer sexueller Gewalthandlung mehr Handlungsspielraum für die Pädagogin lässt:

I: Sollten sie einen Fall haben, hätten sie in ihrer Schule einen internen Leitfaden?

Frau G: *Ja das gibt es schon. Also was man genau tut... Sofort wird der Vorgesetzte informiert, dann auch der Schulinspektor in der höheren Ebene und dann wird ein Bericht an die Sozialarbeiterin der Jugendwohlfahrt geschrieben. Wir schreiben dann eben einen Bericht und die Jugendwohlfahrt übernimmt dann die weiteren Schritte. Weil es ja auch nicht Sache der Schule ist, wenn zuhause ein sexueller Übergriff passiert. Da muss dann die Jugendwohlfahrt handeln.*

I: Es gibt also einen Unterschied ob die sexuellen Übergriffe von einem Fremden kommen oder zuhause stattfinden oder in der Schule passiert sind?

Frau G: *Natürlich. Was in der Schule stattfindet kann man auch in der Schule sanktionieren. Was aber im Elternhaus stattfindet, kann ich als Lehrerin nicht sanktionieren. Da muss ich die zuständigen Behörden einschalten. Und da mahlen die Mühlen schon sehr langsam. Das muss man schon auch ganz ehrlich sagen. Weil in der Schule kann ich schon den Aggressor oder wie man es bezeichnen will, den kann ich von der Schule verweisen oder suspendieren, oder andere Sanktionen setzen. Aber außerhalb der Schule. Ja, da muss ich es melden. Die betroffene Lehrperson schreibt in Zusammenarbeit mit dem Direktor den Bericht an die Jugendwohlfahrt. Weil das macht man schon besser mit dem Vorgesetzten. Aber wie gesagt, das kann sich schon ziehen bis da etwas passiert.*

Interview mit Frau G. Zeile 46 – 64

Subkategorie: Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung zur Thematik

Grundsätzlich geben neun ExpertInnen an, sie hätten die Möglichkeit der weiterführenden Seminare oder Workshops zur Thematik der sexualisierten Gewalt, jedoch stelle sowohl die finanzielle als auch die zeitliche Komponente eine Schwierigkeit dar. Herr B. bringt dies auf den Punkt:

I: Gibt es zurzeit genügend Fort- u. Weiterbildungsmöglichkeiten für Pädagogen?

Herr B: *Ja. Danke schon. Also wenn sie es in Anspruch nehmen, geben tut es das sicher. Ich mein, da ist halt schon auch wieder jeder selbst- und eigenverantwortlich, das man etwas zu tun. Aber gut, man muss das auch verstehen. Die Lehrer müssen so viele verschiedene Bereiche bearbeiten. Und sollten zu so vielen Themen Fortbildungen machen. Suchtprävention, Gewaltprävention, usw. Halt alle Zeitercheinungen, die es so gibt und die die Lehrer neben ihrer Tätigkeit als Lehrpersonen noch machen sollten. Muss man schon verstehen. Das ist ja nicht unbedingt gleich. Das ist ja nicht so ... Das ist ja nicht so, dass die Schule für alle Fehlentwicklungen in der Gesellschaft ein Konzept oder Rezept haben kann. Ich mein, wenn man überlegt: Sucht, Gewalt, Umwelterziehung, Ethik, Umgang mit anderen Nationen und Kulturen. Und unterrichten soll man auch noch. Ich muss ja meinen Stoff auch noch durchbringen.*

I: Das heißt, welche Fortbildungen man besucht liegt im eigenverantwortlichen Handeln?

Auf jeden Fall

Herr B: *Es ist eben auch so, dass sich die Kollegen in den Schulen zu Recht im Regen stehen gelassen werden, weil ihnen seitens der Schule, vor allem aber eigentlich seitens des Unterrichtsministeriums immer mehr Aufgaben und Auflagen übertragen werden. „Das soll doch die Schule tun“. Ohne aber die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Ich mein, sie haben die Fortbildung angesprochen. Ok, natürlich berechtigt. Aber wenn jede Fort- und Weiterbildung in der Freizeit gemacht werden soll und muss, dann wird eben nicht alles gehen. Meines Erachtens ist halt auch das System nicht korrekt. Ich kann ja nur schauen, dass ich in jeder Schule eine kompetente Fachperson zu den einzelnen Themenbereichen habe, die mir dann im Ernstfall oder im Bedarfsfall zur Seite steht. Es kann nur so gehen.*

I: Das heißt sie wünschen sich nicht nur eine Stärkung der Lehrer sondern einen Fach-Beratungslehrer?

Herr B: *Na ja, ich halte jetzt nichts davon einen Beratungslehrer an die Schule zu schicken. Aber man bräuchte eben ein oder zwei Kollegen die eben für ein bestimmtes Fach. Jede Schule hat, ja, 40 oder 45 Lehrer und da gibt's eben dann einen Fachmann oder eine Fachfrau für diese Fragen, eine Fachfrau für Suchtprävention, eine Fachfrau für Gewalt. Und diese Person kann dann mit den Lehrern Projekte machen um auch die Lehrer mit einzubeziehen. Im Moment funktioniert es nicht, das kann man schon sagen. Das liegt aber eher an unserem Ministerium.*

Interview mit Herrn B. Zeile 78 – 110

Herr B. bringt sowohl die Möglichkeiten der Weiterbildungen (direkt an der Fachhochschule) als auch die damit verbunden Schwierigkeiten oder Einschränkungen, mit denen die Lehrpersonen konfrontiert sind, auf. Die Möglichkeit einer Spezialisierung der PädagogInnen möchte ich später innerhalb des Kapitels zur pädagogischen Relevanz noch näher beleuchten.

Eine Expertin ist mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildungsangeboten nicht zufrieden. Sie betreut in einer basalen Förderklasse schwerstbehinderte Kinder und hat noch keine für ihre Situation adäquate Angebote gefunden. Dieses Versäumnis entsteht aus der Vielfalt der Behinderungsarten, mit dem die Expertin konfrontiert ist, welche enorme Flexibilität erfordert. Gängige Präventionskonzepte sind aufgebaut auf sprachliche Kommunikation („Nein sagen“), für sprachbehinderte oder schwerstbehinderte Kinder können diese

Konzepte abgesehen von einer kognitiven Komponente auch aufgrund einer Sprachbarriere nicht übernommen werden.

Hauptkategorie Prävention von sexualisierter Gewalt

Subkategorien Kenntnis über Prävention von sexualisierter Gewalt

Auffallend ist eine sehr einheitliche Sichtweise der ExpertInnen zur Thematik. Alle befragten PädagogInnen beschreiben unter Prävention inhaltliche Themen („Nein“ sagen üben) oder Ziele (Persönlichkeitsstärkung) von Prävention. Hierbei ist auch anzumerken, dass alle PädagogInnen angeben Prävention aktiv in den Unterricht einfließen zu lassen.

Alle ExpertInnen sehen Prävention zunächst im Sinne einer primären Prävention oder Gewaltprävention:

I: Was bedeutet für Sie Prävention im Hinblick auf sexuelle Gewalt?

Frau N: *Für mich gilt in der Beziehung eine einzige Prämisse: Die Kinder müssen in ihrer Persönlichkeit gestärkt werden. Sobald sie gestärkt sind, können sie nein sagen und um Hilfe schreien können ist es gut. Denn oft wird ihnen eingeredet sie sind selber schuld. Wichtig ist den Kindern klar zu machen ... was ist richtig, was ist falsch, was ist in Ordnung und was ist nicht in Ordnung. Zum Beispiel greifen und grapschen Jungs den Mädchen in der Pubertät gern auf den Busen. Und da hat das Mädchen ‚Nein‘ zu sagen oder zu schreien. Auch zu schreien und uns aufmerksam zu machen, wenn es nicht eh auffällig ist. Das ist das wichtigste. Die Kinder müssen wissen, was ist richtig, was ist falsch. Und wenn's notwendig ist, dann auch mit körperlicher Gewalt. Bei uns lernt jeder Schüler im Turnunterricht ein gewisses Maß an Abwehrhaltung. Wenn es zu Übergriffen kommt, dass sich die Kinder wehren können. Und ich will nicht ... und das sind leider unsere Mädchen... oder eben behinderte Mädchen... die haben oft so eine Haltung „Mit mir kann man alles machen“. Das geht nicht. Das darf auf keinen Fall sein.*

Interview mit Frau N. Zeile 91 – 104

Die Themen der Prävention die die ExpertInnen genannt haben, waren hauptsächlich „Nein“ sagen und die Stärkung der Persönlichkeit. Weiters wurde genannt, man solle Kindern zu mehr Respekt erziehen, sodass sie Respekt vor ihren eigenen und den Grenzen der Mitmenschen bekämen.

Subkategorie: Präventionsgeschehen im Alltag

Die PädagogInnen geben an, sie hätten nur zu einem geringen Teil eine Verpflichtung Prävention von sexualisierter Gewalt in den Alltag einfließen zu lassen. Der Lehrplan sei sehr offen und es liege in der eigenen Gestaltung, welche Themen mit einem Schwerpunkt

belegt werden. Einzig die Ziele für das Schuljahr seien angegeben und sollen erreicht werden. Dies sehen die ExpertInnen jedoch als durchwegs positiv an, da sie individuell auf die Kinder eingehen können:

I: Gibt die Schulbehörde irgendwelche Weisungen bezüglich Prävention heraus oder ist Prävention im Lehrplan integriert?

Frau N: *Nein. Ich denk, alles was mit ‚muss‘ herausgebracht wird, ist nicht sehr zielführend. Für mich ist das aber auch ein Bauchgefühl. Ich muss das individuell bei den Kindern entscheiden. Und das ist bei jedem Kind anders. Wenn ich da 20 Kinder in einer Klasse hab, wenn da Kinder und Jugendliche mit verschiedenen Behinderungen drin sitzen, da muss man individuell arbeiten. Das geht gar nicht anders. Daher ist das Verordnen auch für mich nicht das wirklich gute.*

Interview mit Frau N. Zeile 106 – 114

Subkategorie: Primärpräventive Maßnahmen im Alltag

Zunächst scheint es von Vorteil (dies berichten fünf der befragten ExpertInnen) wenn einige Vorarbeit geleistet wird und eine gute Verbindung zu den SchülerInnen hergestellt wird. Diese Vertrauensbasis ist die Voraussetzung für ein angenehmes Gesprächsklima, in der unter anderem Akutfälle an die Oberfläche gelangen können. Weiters sichert eine gute Kommunikationsbasis, dass präventive Bemühen bei den Adressaten zielgerichtet ankommen können.

Im Hinblick auf primäre Prävention sind sich die ExpertInnen zum größten Teil einig, die SchülerInnen sollen in ihrer Persönlichkeit und in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt werden. Weiters sollen die SchülerInnen gezielte und altersadäquate Aufklärung erfahren. Die Umsetzung dessen wird sehr individuell gehandhabt, dies ist in den Interviews gut ersichtlich, wobei die meisten ExpertInnen angeben zunächst mit Gefühlserziehung zu beginnen und zum Teil schließlich auch Rollenspiele einfließen zu lassen:

I: Wie passiert das Stärken der Identität?

Herr B: *Na ja, die Pädagogik der geistig Behinderten setzt nicht nur auf Kompensationsstrategie sondern auf „Stärken stärken“. Dinge auszusprechen. Jedes Kind hat etwas was es gut kann und da schaut man dass es ein Selbstwertgefühl aufbauen kann. Natürlich immer wieder analog zu seiner Individuallage. Man muss eben diese Kinder stärken und helfen. Auch aussprechen ist ganz wichtig. Was gestern war, Kinder müssen lernen über ihre Gefühle zu sprechen. Aber das muss man trainieren. Kinder müssen lernen über Freude, Glück, Ohnmacht zu sprechen. Das wichtigste ist die Sprachlosigkeit zu durchbrechen. Und dass man dann ... Je eingengter die Möglichkeiten der Intelligenz bei geistig Behinderten sind, ist umso schwieriger wird es. Missbrauchsproblematik ganz hoch auch im gehörlosen Bereich, weil hier wird angenommen, der/die kann nichts sagen.*

Interview mit Herrn B. Zeile 188 – 199

I: Wie wird Prävention in ihrem Schulalltag einbezogen?

Frau N: *Ich arbeit' mit den Kindern sehr viel spielerisch. In Rollenspielen, wo das Kind lernt Nein zu sagen. Und Grenzen zu setzen. Gerade im Turnunterricht kann man das gut machen. Und natürlich viele Gespräche im Anschluss. Aber Gespräche gibt es soundso viele. Ich sag's ihnen; Man sieht in der Früh schon wie es dem Kind geht. Ich kann in der Früh schon sagen, ob es den Kindern gut geht oder nicht. Dazu muss man die Kinder mögen. (...)*

Interview mit Frau N. Zeile 115 – 120

Ein wichtiger Punkt für die ExpertInnen war auch die Stärkung des Vertrauensverhältnisses. Gerade eine Expertin, die in einer Klasse mit schwerstbehinderten Kindern arbeitet, äußerte als höchstes Ziel von Prävention zunächst die Stärkung des Vertrauens zwischen Schülerin und Lehrerin.

I: Was ist für sie primäre Prävention?

Frau B: *Na ja, prinzipiell natürlich, dass man sehr viel mit den Kindern spricht. Damit die Kinder auch das Gefühl haben, sie können und dürfen darüber sprechen. Weil die meisten Kinder auch aus Angst dann schweigen. Ist natürlich in meinem Fall... ja, ich arbeite eben mit schwerstbehinderten Kindern, davon können 2 sprechen. Aber ... ja, Prävention wär' für mich auch die Lehrer darauf aufmerksam machen, auf was man achten soll. Und auch was die Alarmsignale eigentlich sind. Aber grundsätzlich würd ich sagen, das Vertrauen zu den Kindern muss aufgebaut werden und das Selbstvertrauen muss gestärkt werden.*

Würden Sie sagen, Sie lassen Prävention in Ihre Arbeit einfließen?

Ich würd sagen, was ich auf jeden Fall mache, oder versuch, ist ein Vertrauensverhältnis aufbauen. So dass ich das Gefühl habe, sie würden mir etwas erzählen oder sich mitteilen, wenn was wäre.

Interview mit Frau B. Zeile 54 – 66

Für acht der ExpertInnen war ein großer Teil von Prävention auch Sexualaufklärung, dies wird nun in einem nächsten Kapitel näher betrachtet.

Subkategorie: Sexualpädagogik bzw. Sexualaufklärung als primärpräventive Maßnahme und Teil der Praxis?

Neun der befragten ExpertInnen sehen Sexualaufklärung als eine der zentralen Maßnahmen und Aufgaben von Prävention. Sieben der ExpertInnen sind sich hierbei einig, die Frage ob die SchülerInnen adäquat aufgeklärt sind, lässt sich nicht pauschal beantworten, zu inhomogen sind die Klassengruppen in den Sonderschulen:

I: Macht du Sexualaufklärung?

M: *Haben wir schon gemacht, ich war vorher in einer Klasse mit älteren Kindern ... Ist aber ein heikles Thema in der Sonderschule, wir haben einfach keine einheitliche Gruppe. Du erzählst den Kindern was und die Hälfte versteht's und die andere Hälfte, die schwerstbehinderten Kinder versteht's nicht. Und genau die schnappen die Hälfte auf und erzählen das daheim und du kannst dich dann vor den Eltern rechtfertigen. Wenn du eine einheitliche Gruppe hast, das ist dann schon leichter. In der Sonderschule musst du da extrem aufpassen wie und was du machst.*

I: Glaubst ihr, deine Schüler sind ausreichend aufgeklärt?

M: *Das schwankt total. Manche unserer Kinder schon. Manche haben sicher daheim schon massiv viele Pornos gesehen, die haben sicher schon mehr gesehen als ich. Aber bei den schwerstbehinderten Kindern nein, die verstehen das aber auch nicht. Meine Kollegin hat die großen schwerstbehinderten Kinder und ich weiß von ihr, dass das schwierig ist, weil manche in der Klasse eben eine Erektion hat. Ja, den schickst halt dann aufs Klo. Manche schämen sich auch total. Ich war auf einem Wandertag mit und einem schwerstbehinderten Burschen, dem haben wir nicht mal den Klettergurt anlegen können, weil er eben eine Erektion hatte und sich so geschämt hat und sich nur immer das Leiberl runtergezogen hat. Ich denk, sie spüren, dass da was is, aber sie verstehen es nicht. Ich denk mir halt, das kann man so schwer einschätzen. Das kann man auch als Eltern nicht einschätzen, wann der richtige Zeitpunkt dafür ist und wie weit sie es verstehen können.*

Interview mit M. Zeile 170 – 190

Die Expertin hat bereits angesprochen, dass sich, abgesehen von Heterogenität noch weitere Probleme aus der Sexualaufklärung in der Schule ergeben:

I: Denkst du, dass die Schüler ausreichend aufgeklärt sind?

Frau E: *Wir machen es schon recht offen, den Kindern ist das peinlich. Wenn man als Lehrer offen redet wird das dann schon sehr gut. Wir haben schon Buben und Mädels getrennt, was nicht so schlecht war. Sehr oft sind die Eltern entsetzt was die Kinder im Unterricht hören, es gibt da oft Barrieren von den Eltern her.*

Interview mit Frau E. Zeile 102 – 107

Die Expertin erklärt, in ihrer Schule gebe es Sexualaufklärung, jedoch nicht vor der vierten Klasse. Auf Nachfrage wie die Expertin dies bewertet, spricht sie auch über ihre eigenen Bedenken bei der Thematik:

I: Denkst du, dass diese Aufklärung in der vierten Klasse in Ordnung ist oder sollte da vorher schon was getan werden?

Frau E: *Manche wissen schon einiges darüber von zu Hause her. Ich glaub es hat niemanden überfordert. Es kommt natürlich immer auf die Klasse an. In meiner Ausbildung war ich einer Schwerstbehindertenklasse, das waren 13, 14 jährige und der Lehrer dort war der Meinung, dass es wichtig ist die ganz gut aufzuklären und der hat das auch von mir verlangt. Ich hab mir sehr schwer getan, ich war überfordert. Ich hab aber das Gefühl gehabt, dass die Kinder damals nicht ganz gewusst haben um was es geht. Bin aber der Meinung, dass auch behinderte Kinder aufgeklärt werden, da die ja viel leichter beeinflussbar sind, die müssen auf jeden Fall geschützt werden. Nur in einer schwerstbehinderten Klasse war das sehr ... schwer. Allgemein bei der Sexualaufklärung bin ich der Meinung, dass auch die Eltern einen nicht unerheblichen Beitrag leisten müssen.*

Interview mit Frau E. Zeile 108 – 118

Es lässt sich zusammenfassend nun feststellen, Sexualaufklärung ist meist Teil des Unterrichts in der Sonderschule, die PädagogInnen sind aber auch mit Einschränkungen und Schwierigkeiten konfrontiert. Jene Schwierigkeiten ergeben sich aus der Inhomogenität der Klassen, der eigenen Einstellung zur Thematik sowie der Offenheit und den Präventionsbemühen der Eltern. Vier ExpertInnen sprechen sehr offen darüber, dass die Schule nicht die gesamte Aufklärung übernehmen kann, die Eltern müssen ihren Teil der Aufklärung übernehmen, um einen erfolgreichen Präventionsprozess zu gewährleisten.

Subkategorie: Maßnahmen zur Gewaltprävention

Innerhalb der Interviews war bei den ExpertInnen zu spüren, dass sie sich im Hinblick auf Gewaltprävention mit der Problematik „woher fühlen“. Gewaltprävention scheint hauptsächlich mit physischer Gewalt in Verbindung gebracht werden und dies ist in den Schulen scheinbar ein alltägliches Problem. Vor allem physische Gewalt scheint ein Problem von Erziehung aus dem Elternhaus zu sein:

Glaubst du deine Schüler sind genügend über Gewalt, auch sexuelle Gewalt ausreichend informiert?

M: Ich glaub prinzipiell schon. Aber das Problem ist allerdings, dass viele Kinder Gewalt als was Normales sehen. Vor allem die Heimkinder die ich in der Klasse hab, die haben das von daheim nicht mitbekommen, die haben das einfach nicht gelernt. Sie erleben Gewalt als was Alltägliches. Mich schockiert das immer wenn die Kinder zu mir kommen und mir erzählen, dass die Mutter ihnen den Schnellhefter drüberzogen haben, weil er die Hausübung nicht ordentlich gemacht hat. Und ich steh da und bekomme den Mund nicht mehr zu und der Kleine ... ja für den ist das was Normales. Das ist individuell verschieden bei wem's jetzt zuhause eben so zu geht und welche Kinder es gelernt haben ohne Gewalt zu leben.

Interview mit M. Zeile 169 – 178

Physische Gewalt stellt weiters kein derart starkes Tabuthema dar, weshalb es den ExpertInnen vielleicht leichter gefallen ist darüber zu sprechen. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der befragten ExpertInnen bereits Erfahrung mit Gewaltprävention haben, Fort- und Weiterbildungen besucht wurden oder selbst Unterlagen zusammengestellt wurden und somit hinsichtlich Gewalt bereits sensibilisiert wurden. Drei der ExpertInnen arbeiten mit bestehenden Präventionskonzepten, weitere sechs Expertinnen arbeiten mit eigens zusammengestellten Unterlagen, die sich über die Jahre angesammelt haben, während eine Expertin angibt keine Unterlagen zu verwenden weil für sie und ihre ausschließlich schwerstbehinderten Kinder kaum Materialien vorhanden sind, die im Alltag brauchbar wären:

I: Würden Sie sagen, Sie arbeiten auch mit Gewaltprävention?

Frau B: *Na ja, das was ich im Unterricht macht... So, wenn ich an das Kind denke, das sehr aggressiv ist, da ist meine Aufgabe immer wieder zu sagen oder zu zeigen, dass man einem anderen Kind nicht weh tut. So richtig geplant kann das nicht werden, das muss aus der Situation heraus geschehen und ich muss in der Situation reagieren. Unterlagen gibt's da in dem Sinn nicht, es gibt einfach keine. Das ist einfach eine sehr individuelle Geschichte.*

Interview mit Frau B. Zeile 84 – 89

Es gibt jedoch auch PädagogInnen, die bestehende (extern entstandene) Konzepte in Anspruch nehmen. So schildert ein Pädagoge, er nehme für seine Arbeit hauptsächlich die Unterlagen der ÖZEPS⁸². Eine andere Pädagogin arbeitet zurzeit mit dem Konzept „Friedenspioniere“. Sie beschreibt im Folgenden nicht nur die Arbeit mit dem Konzept, sondern auch die generellen Schwierigkeiten mit Prävention:

I: Was können sie sich unter Gewaltprävention vorstellen?

Frau M: *Na ja, ich finde ... Das wichtigste ist den Selbstwert von jedem Kind erhöhen. Wenn es Kindern schlecht geht neigen sie eher zu Gewalt. Aber wir machen heuer erstmals auch bei den Friedenspionieren mit. Kennen Sie das?*

I: Um was geht es da?

Frau M: *Da geht's um die Stärkung der sozialen Kompetenz. Das Ganze ist sehr spielerisch, die Kinder zeichnen und malen viel dazu. Es geht darum wie man mit Konflikten umgeht und wie man sie ohne körperliche Gewalt lösen kann. Geht halt hauptsächlich um soziale Kompetenz, das ist eher was für die Kleinen. Mit den Großen kann man da schon mehr machen. Da gibt es schon Konzepte. Aber das muss halt auch immer verändert werden. Die sind ja meistens auf nichtbehinderte Kinder zugeschnitten. Da muss man schon ganz genau schauen und viel Vorarbeit als Lehrer leisten.*

I: Das bedeutet, Sie nehmen für die Arbeit externe Konzepte und modifizieren sie dann?

Frau M: *Ja, das ist richtig. Wir suchen eigentlich immer Angebote die nichts kosten, beispielsweise vom Land. Jedes Jahr gibt es eigentlich Projekte. Bei einem kommen Psychologinnen und sprechen mit den Kindern über Gewalt und Missbrauch. Aber das ist natürlich eher für die Größeren und geistig besseren. Man wird nicht total allein gelassen, das Gefühl hab ich nicht. Es gibt nur sehr viel und für behinderte Kinder oder Jugendliche gibt es recht wenig. Besonders für die, die kognitiv nicht gut sind, da gibt's recht wenig. ... Aber grundsätzlich ist es wichtig vieles gemeinsam zu machen. Also zum Beispiel in die Natur gehen, gemeinsam. Da baut man dann schon ein Vertrauen auf. Das macht den Kindern auch Spaß. Für die Lehrer machen wir heuer erstmals ein Polizeisicherheitstraining, da bin ich schon sehr gespannt, das ist sicher sehr wichtig für uns.*

Interview mit Frau M. Zeile 119 – 143

Eine Expertin schildert ihre Vorgehensweise als Konzept (angelehnt an das Gewaltpräventionskonzept des Kinderschutzzentrums *die möwe*), das scheinbar aufeinander aufbaut und sehr durchstrukturiert scheint:

⁸² ÖZEPS (Österreichisches Zentrum für Persönlichkeitsbildung und soziales Lernen) ist eine Initiative, die vom Bildungsministerium gegründet und unterstützt wird. Die Unterlagen werden auf der Homepage zum Download angeboten.

I: Primäre Prävention sollte die Basis aller Präventionsbemühungen sein und so früh wie möglich starten. Welche primärpräventiven Leistungen sind Teil Ihrer täglichen Arbeit?

Frau F: *Wir fangen rein mit Sexualerziehung an, also Körperteile benennen und die Funktion. ‚Mein Körper gehört mir.‘ ‚Wer darf ihn berühren?‘ ‚Alles was mir unangenehm ist, ist verboten!‘ Dann kommt: ‚Wie verhindere ich das, das mir nicht gefällt?‘ ‚Wie kann ich Nein sagen‘. Da gibt es Filme, die wir uns miteinander anschauen. Wenn die Kinder mehr wissen wollen und Fragen kommen, machen wir weiter.*

Der zweite Schritt ist dann gegeben wenn ich einen Verdacht habe oder etwas merke, dann spreche ich aber nicht mit allen sondern nur gezielt mit dem Kind. Führe dann ein vorsichtiges Gespräch und hoffe dann, dass ich rasch wen dazubekomme, also zum Beispiel eine Sozialarbeiterin vom Jugendamt. Ansonsten würde ich vielleicht noch eine Beratungsstelle anrufen und mir Rückhalt holen. Jedenfalls ist es das Ziel das Kind trotzdem zu kräftigen und dass sich das Kind öffnet. Sehr schwierig wenn sich die Übergriffe in der Familie abspielen und die Mütter fest zu ihrem Mann stehen.

Interview mit Frau F. Zeile 155 – 165

Trotz manch sehr strukturierten Konzepten, ist den meisten ExpertInnen dennoch auch Unsicherheit und Ratlosigkeit anzumerken. Dies liegt offensichtlich daran, dass die PädagogInnen mit Kindern arbeiten, die verschiedene Behinderungen aufweisen und welche es unmöglich macht ein Konzept für die ganze Klasse zu finden. Stattdessen müssen die PädagogInnen ein hohes Maß an Flexibilität aufweisen um präventive Maßnahme für alle Kinder zu finden und um auf jedes Kind dergestalt einzugehen, dass Gewaltprävention bei den Adressaten auch ankommen kann. Eine Pädagogin äußerten den Wunsch nach mehr Input um Gewaltprävention wirklich durchführen zu können:

I: Fließt Gewaltprävention in deine Arbeit ein?

M: *Ich muss ganz ehrlich sagen, ich fühl mich dafür ein bisschen zu wenig ausgebildet. Ich würd total gern ein Projekt machen und das ganze groß aufziehen, aber ich fühl mich da eben einfach nicht recht wohl. Ich bin da nicht ausgebildet für so etwas und ich mag da nicht herumprobieren, das ist doch sehr sensibel, das Thema. Im Sachunterricht, da kann ich herumprobieren, da kann ich Themen mal anders machen oder spielerischer, aber das ist mir zu heikel, das Thema.*

Interview mit M. Zeile 180 – 186

Dies lässt auch darauf schließen, dass die angebotenen Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Gewaltprävention hauptsächlich an nichtbehinderte Kinder gerichtet sind und auf den Umstand der Behinderung kaum Rücksicht genommen wird.

Subkategorie: Unterstützungsmaßnahmen innerhalb der Institution für Betroffene von sexualisierter Gewalt hinsichtlich sekundärer und tertiärer Prävention

Für gelungene Prävention muss auch sekundäre und tertiäre Prävention in die Überlegungen miteinbezogen werden. Da die Maßnahmen dahingehend nur zu einem

kleinen Teil von den PädagogInnen allein geleistet werden können, soll diese Kapitel nur einen Überblick geben und nicht grob in die Tiefe führen.

Innerhalb einer früheren Kategorie wurde der Umgang mit Intervention der ExpertInnen bereits aufgezeigt. Es soll hier nun kurz tertiäre Prävention einbezogen werden. Obgleich die ExpertInnen tertiäre Prävention nicht leisten können, dies soll therapeutischen Professionisten vorbehalten bleiben soll, ist es wichtig die PädagogInnen in den Therapie-Prozess einzubeziehen:

I: Was könnte in diesem Zusammenhang ganzheitliche Prävention bedeuten?

M: *Puh, keine Ahnung.*

I: Ganzheitliche Prävention meint, dass alle Beteiligten, alle Helfer, in den Präventionsvorgang miteinbezogen werden.

M: *Ok, das versteh ich. Ich mein, das ist für uns eigentlich sehr selbstverständlich. Das ist für mich klar, dass ich die Therapeutin, wenn's eine gibt, mal anruf' und mich mit ihr zusammenruf'. Ich hatte erst letzts den Fall, da war ein Problem und ich wollt mit der Therapeutin sprechen. Die hat nicht so ganz gewusst was sie mit mir anfangen soll, ehrlich gesagt. Teilweise wirst du auch, wenn sie in einem Zentrum sind - also in Mödling ist das so - dann rufen dich die Ärzte an und beziehen dich auch ein. Außerdem sind wir eigentlich immer mit dem Jugendamt in Kontakt, wenn die Kinder schon vorstellig waren.*

Interview mit M. Zeile 130 – 141

Hinsichtlich der Unterstützungsmaßnahmen für die betroffenen Kinder mit intellektueller Behinderung lässt sich feststellen, dass es kaum eine/n ExpertIn gibt, welche nicht von Kooperationspartner berichtet. Ein sehr großer Partner stellt die Jugendwohlfahrt dar. Die PädagogInnen berichten, sie seien mit den SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt immer in Verbindung. Eine weitere Zusammenarbeit gibt es für vier ExpertInnen mit SchulsozialarbeiterInnen. Jene SchulsozialarbeiterInnen sind jedoch meist für einen ganzen Bezirk zuständig und deshalb nicht immer sofort einsatzbereit. Weitere Kooperationspartner hinsichtlich Prävention sind Kinderschutzzentren. Hier werden die MitarbeiterInnen von den Schulen eingeladen um gezielt über Prävention und Intervention zu sprechen. Schließlich haben noch einige PädagogInnen gute Erfahrungen mit dem schulpsychologischen Dienst. Jedoch berichten auch hier die ExpertInnen von mangelnder Zeitressourcen der SchulpsychologInnen.

Die meisten ExpertInnen (sieben von zehn Befragten) äußerten den Wunsch nach permanenter Unterstützung, welche sowohl Hilfestellung für die PädagogInnen gibt (welche Schritte sind notwendig, was kann der nächste Schritt sein) als auch für die Durchführung von präventiven Maßnahmen.

6.3.3 Zusammenfassung, Vergleich und Interpretation der Ergebnisse

An dieser Stelle werden nun die Ergebnisse der Interviews nochmals betrachtet, zusammengefasst und interpretiert. Zur besseren Übersicht wird auch dies anhand der Hauptkategorien dargelegt.

Hauptkategorie Sexualität und Behinderung

Es lässt sich feststellen, dass in der Betreuungseinrichtung hinsichtlich der Thematik Sexualität kaum Richtlinien vorhanden sind. Die MitarbeiterInnen sind größtenteils keinem (präventiven) Konzept unterstellt und handeln nach eigenem Ermessen. Gespräche Sexualität betreffend werden laut den befragten Expertinnen hauptsächlich hinsichtlich Schwangerschaftsverhütung geführt. Dies stellt den größten Unterschied zwischen den befragten Betreuerinnen und SonderschulpädagogInnen dar. SonderschulpädagogInnen haben im Vergleich hierzu einen gesetzlichen Auftrag Sexualpädagogik in den Unterricht zu integrieren. Dennoch berichten auch die befragten SonderschulpädagogInnen von Einschränkungen und Hindernissen im Umgang mit der Thematik: Bezug nehmend auf die Aussagen der befragten ExpertInnen ist sowohl in Betreuungseinrichtung als auch in der Sonderschule ersichtlich, dass der Stellenwert und Umgang von Sexualität in einer Institution eng mit den persönlichen Einstellungen der MitarbeiterInnen verknüpft ist. Je offener die ExpertInnen mit der Thematik umgehen können, desto offener können auch SchülerInnen und BewohnerInnen auf die ExpertInnen zugehen und Fragen an sie richten. Eine weitere Einschränkung, die einen offenen Umgang mit Sexualität beeinflusst und beide ExpertInnengruppen äußern, sei die Verschiedenartigkeit der Behinderungen mit denen die ExpertInnen konfrontiert sind. Besonders SonderschulpädagogInnen, die in Klassen mit schwerst mehrfach behinderten Kindern unterrichten berichten von Schwierigkeiten Sexualpädagogik entwicklungsadäquat vermitteln zu können.

Die Interviewpartnerinnen gaben weiters an, Beschränkungen gebe es auch von Seiten der Eltern, was einen offenen Umgang mit der Thematik zum Teil sehr einschränkt. Hier seien es besonders die Befürchtungen der Eltern, ihre „Kinder“ könnten durch gezielte Aufklärung erst auf die Idee kommen Sexualität in Ihrem Leben zu integrieren.

Gerade hinsichtlich jener dargelegten Einschränkungen wäre es sinnvoll, im Sinne einer ganzheitlichen Prävention, Elternarbeit einzubeziehen und den Elternteilen die Relevanz

von Sexualaufklärung innerhalb der Betreuungseinrichtung näher zu bringen. Dies kann jedoch nur dann erfolgreich gelingen, wenn sich auch die MitarbeiterInnen der Notwendigkeit von Sexualpädagogik bewusst sind und weiters bereit sind die nötige Offenheit in Gesprächen einzubringen.

An dieser Stelle sei der Vorschlag einer Expertin erwähnt, Sexualpädagogik stärker in den Alltag zu integrieren. Sie schlägt vor einen „Wochenkreis“ zu gründen, in dem (unter Berücksichtigung des Alters- und Entwicklungsstandes der BewohnerInnen) es erlaubt sein kann und soll gezielte Fragen zu stellen. Dies stellt meiner Meinung nach eine sinnvolle Möglichkeit dar, auch in einer Betreuungseinrichtung die nötige Regelmäßigkeit und den Raum für Sexualpädagogik zu geben.

In der Sonderschule wiederum können gezielte Elternabende helfen zu sensibilisieren und das Tabuthema Sexualität von Menschen mit Behinderung aufzuweichen.

Hauptkategorie Sexualisierte Gewalt

Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass ein grundlegendes Wissen auf Seiten der Experten über sexualisierte Gewalt gegeben sein. Nur mit diesem Basiswissen ist es möglich im Ernstfall mit den Klienten über das Geschehene zu sprechen und entsprechende, schnelle und effektive Hilfe leisten zu können. Jenes Basiswissen erleichtert ebenso die Arbeit für die HelferInnen. Weiters geht diese Arbeit davon aus, dass ein Mehr an Wissen auch ein Mehr an (Selbst-)Sicherheit für die HelferInnen darstellt. Gerade hinsichtlich sekundärer Prävention, wenn ein Sensor etwas wahrnimmt, ist es hilfreich sich bewusst zu machen, welches der eigene gesetzliche Auftrag ist, welche Aufgaben erfüllt und welche weiteren Schritte eingeleitet werden müssen und können. Dieses Wissen hilft auch im Akutfall die eigenen Ohnmachtsgefühle beiseite zu stellen und sich auf das eigene Wissen zu beziehen.

Es lässt sich, nach Auswertung der Interviews feststellen, dass jede der ExpertInnen ihre/seine eigene Definition von sexueller Gewalt in den Präventionsprozess einbringt. Gerade die Antworten der SonderschulpädagogInnen wirken sicherer und überlegter als jene der Betreuerinnen. Zum Teil ist dies der Ausbildung bzw. dem Grundberuf zuzuschreiben. So haben nicht alle Betreuerinnen eine fundierte Ausbildung, die die Themen *Prävention* und *sexuelle Gewalt* beinhalten. Auch Betreuerinnen, welche ausgebildete Behindertenbetreuerinnen sind, jedoch nach dem Abschluss eher in einem schwerstbehinderten Bereich gearbeitet haben, haben das Wissen um sexuelle Gewalt, die

Prävention und Intervention dahingehend nicht mehr. Hier wäre es wichtig dem Wunsch einiger Betreuungspersonen nachzukommen und einen Interventionsplan zu erstellen, an dem sich diese Betreuerinnen „festhalten“ könnten. Des Weiteren haben die PädagogInnen von vornherein einen Auftrag zur Wissensvermittlung, die BehindertenbetreuerInnen haben diesen expliziten Auftrag nicht.

Auffallend ist, dass alle Behindertenbetreuerinnen ausschließlich die hands-on Übergriffe in ihre Überlegungen zur Definition von sexueller Gewalt einbeziehen, während die hands-off Handlungen, welche unter anderem auch das Zeigen von pornographischem Material oder die Aufnahme pornographischem Materials einschließt, in den Überlegungen nicht berücksichtigt werden.

Die vorliegende Arbeit hat gezielt nach den Erfahrungen der ExpertInnen mit sexueller Gewalt gefragt um weitere Information zu bekommen, ob die ExpertInnen bereits in einer kritischen Situation waren und wie sie den Interventionsprozess weiter erlebt haben.

Beide ExpertInnengruppen konnten signifikant auffallend sofort mindestens ein Beispiel aus der Praxis berichten, das von sexualisierter Gewalt handelt. Hierbei erzählen die Behindertenbetreuerinnen eher von Übergriffen, die von Nicht-Bewohner auf Bewohner getätigt wurden, während die Erzählungen der SonderschulpädagogInnen ein breites Spektrum abdeckt und von innerfamiliärem bis hin zu Übergriffen innerhalb der Schule reicht. Hierbei ist auffällig, dass in den Interviews die BetreuerInnen scheinbare Mühe haben von Vorfällen zu berichten bzw. die Berichterstattung sehr emotional wirkt. Die SonderschulpädagogInnen wirken hierbei „gefasster“. Es scheint als hätte jede/r PädagogIn schon diverse Erfahrungen mit der Thematik und wirken, im Gegensatz zu den Betreuerinnen, nicht derart schockiert. Eine durchgehende Nervosität war auch zu spüren als die Betreuerinnen ihre Handlungsschritte bei einem konkreten Fall von sexualisierter Gewalt im Wohnhaus darlegen sollten. Den Betreuerinnen war es spürbar unangenehm über einen solchen Fall nachzudenken. Anders ist dies bei den SonderpädagogInnen zu beobachten. Die Lehrpersonen wissen über ihren gesetzlichen Auftrag sehr gut Bescheid, wissen an wen sie sich im Akutfall wenden können und müssen. Die gesetzlichen Grundlagen, die in Bezug auf Minderjährige sind hinsichtlich Lehrpersonen sehr klar definiert und ist fester und wichtiger Bestandteil der Ausbildung zum/r SonderschulpädagogIn. Die befragten ExpertInnen, die in einer Einrichtung für Menschen mit intellektueller Behinderung arbeiten, haben, wenn sie keine Ausbildung zum/r

BehindertenbetreuerIn haben, keine derartig starke Fokussierung auf die gesetzlichen Grundlagen.

Besonders das Jugendwohlfahrtsgesetz und der Meldeparagraf sind hier ausschlaggebend, dass PädagogInnen in einer Institution einen Übergriff auf Minderjährige melden müssen. BehindertenbetreuerInnen sind sich oft ihrer Verantwortung diesbezüglich nicht bewusst. Auch müssen sie von Gesetz wegen (abgesehen von der moralischen Verantwortung) bei minderjährigen BewohnerInnen (und sei es nur bei Kurzzeitunterbringung) bei einem Übergriff aktiv werden. Die meisten BetreuerInnen haben dies nicht gewusst. Wie oben erwähnt, ist dies auf fehlendes Wissen um gesetzlichen Grundlagen einerseits sowie auf fehlende Interventionspläne bei Übergriffen von sexualisierter Gewalt zurückzuführen.

Grundsätzlich positiv lässt sich jedoch dennoch feststellen, dass alle ExpertInnen (SonderpädagogInnen und Betreuerinnen) sich sofort Hilfe suchen würden, sich an den Vorgesetzten, eine/n KollegIn oder Professionisten wenden würden.

Es lässt feststellen, die ExpertInnen haben nur zum Teil die Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung. Besonders einige Betreuerinnen berichteten von mangelnden finanziellen Möglichkeiten. Alle ExpertInnen gaben jedoch an, gerne Weiterbildungen zur Thematik besuchen zu wollen. Ich denke, die Einschränkung besteht, wenn die Fortbildung in der Freizeit besucht werden muss. Gerade bei SonderschulpädagogInnen ist das Spektrum an Weiterbildungsmöglichkeiten sehr groß, es muss immer das für die PädagogInnen wichtigste und interessanteste „herausgepickt“ werden.

Hauptkategorie Prävention

Von den insgesamt 20 befragten ExpertInnen wusste nur eine Betreuerin nichts mit dem Begriff der Prävention anzufangen, konnte jedoch mit Hilfe der Übersetzung (Vorbeugung) dennoch beginnen Assoziationen zu bilden.

Signifikant ist zu bemerken, dass die meisten ExpertInnen (SonderpädagogInnen und Betreuerinnen) Prävention als Stärkung der Persönlichkeit (Stärkung des Selbstbewusstseins und der Wahrnehmung) betrachten. Vor allem Sexualaufklärung wurde in diesem Zusammenhang auffallend oft in die Überlegungen einbezogen. Gerade in den Wohnheimen scheint dies ein oft diskutiertes und brisantes Thema zu sein. Die Behindertenbetreuerinnen gaben an, mit den Bewohnern oftmals über den Bereich der

Verhütung zu sprechen, einerseits wenn sie mit Fragen der BewohnerInnen konfrontiert werden, andererseits auch aus aktuellem Anlass, wenn Beziehungen sich formieren und nach Einschätzung der ExpertInnen Sexualität passieren könnte. Im Gegensatz hierzu gehen die SonderpädagogInnen weniger direkt auf die SchülerInnen zu. Sie stehen unter dem Druck sich an einen vorgegebenen Lehrplan halten müssen, obgleich sie dieser den Unterricht relativ frei und kreativ gestalten lässt.

Grundsätzlich lassen die Antworten aller ExpertInnen darauf schließen, dass die SonderpädagogInnen sich bereits im Vorfeld oftmals mit der Thematik beschäftigt hatten, zum Teil bereits Fortbildungen besucht hatten oder sich eigeninitiativ bereits eingelesen hatten. Im Unterschied dazu waren die Antworten der Betreuerinnen unstrukturierter. Es scheint als hätten sie sich noch nicht mit der Thematik beschäftigt. Betreuungspersonen haben jedoch dahingehend keinen gesetzlichen Auftrag.

Betrachtet man primäre Prävention inhaltlich so ist festzustellen, dass auch Betreuerinnen Prävention anbieten, jedoch scheinbar weniger auf ein Konzept gestützt, die Durchführung muss umso spontaner erfolgen. Die ExpertInnen geben an, besonders hinsichtlich Sexualpädagogik präventive Arbeit zu leisten. Hierbei bieten entweder die Betreuerinnen ein Gespräch an oder werden aufgesucht. Einige ExpertInnen geben an, es sei hauptsächlich ein zeitliches Problem. Die (meisten) BewohnerInnen seien untertags in der Arbeit (Tagesheimstätte), abends wäre für präventive Leistungen nicht mehr genügend Zeit. Am Wochenende, an denen präventive Leistungen getätigt werden könnten, sind viele der BewohnerInnen bei ihren Familien. So ergibt sich eine zeitliche Problematik mit der die Betreuerinnen versuchen müssen umzugehen. Die Arbeit beschränkt sich deshalb auf Tätigkeiten, die die BewohnerInnen intellektuell fördern, für das Psychische (so eine Betreuerin) bleibt wenig Zeit obgleich die Ideen und Maßnahmen um Kopf mancher Betreuerinnen schon durchgedacht und ausgewählt wurden.

Im klaren Gegensatz hierzu steht die Institution Schule in der es straffere Regeln und Zeitpläne für den Unterricht gibt. Die PädagogInnen können die Unterrichtszeit freier gestalten als in der Regelschule, sind deshalb auch freier in der Wahl von präventiven Maßnahmen, die Themen sind dennoch vorgegeben. Die PädagogInnen haben klare Vorstellungen von Prävention, arbeiten mit sehr konkreten Konzepten und an konkreten präventiven Zielen. Besonders hinsichtlich Gefühlserziehung, die viele PädagogInnen in den Experteninterviews erwähnten, sollen hier hervorgehoben werden.

Im Hinblick auf Sexualpädagogik wird deutlich, dass beide Expertengruppen Sexualpädagogik anwenden, obgleich nicht in gleicher Regelmäßigkeit und in gleicher Intensität. Es wurden von allen ExpertInnen angegeben bereits Maßnahmen hinsichtlich Sexualpädagogik eingeleitet zu haben, einige ExpertInnen (Betreuerinnen und SonderpädagogInnen) gaben an bereits Sexualpädagogen eingeladen zu haben um eine Einheit mit den SchülerInnen/BewohnerInnen durchzuführen. Dies lässt darauf schließen, dass die ExpertInnen nicht nur die Relevanz von Sexualpädagogik erkannt haben, sondern auch die Möglichkeit haben, ProfessionistInnen für Prävention heranzuziehen. Betreuerinnen berichten zum Teil von Sexualaufklärung wenn BewohnerInnen Fragen stellen oder falsche Aussagen über Sexualität tätigen.

Gewaltprävention ist, mehr als Primärprävention, auf strukturiertes Vorgehen angewiesen. Vor allem muss gesichert sein, dass die Basis gelegt wurde (Gefühlserziehung, Sexualaufklärung, ...). Sollte dies in der Vergangenheit verabsäumt oder von den zu Betreuenden wieder vergessen worden sein, kann Gewaltprävention nicht in dem Maße Erfolg versprechend sein.

Sowohl Betreuerinnen als auch SonderpädagogInnen haben vielfach keine vorgefertigten Konzepte zur Hand. Einerseits ist dies, laut ExpertInnen so gewollt, da jene Konzepte vielfach für nichtbehinderte Kinder gelten und dies nicht ohne Abstriche umgelegt werden kann, andererseits sind gezielte Gewaltpräventionskonzepte und deren Unterlagen und Vorlagen sehr teuer und das Budget hierfür oftmals nicht vorhanden. Von den 10 befragten SonderpädagogInnen hält sich ein Pädagoge an ein vorgefertigtes Konzept, räumt aber auch ein, dieses auf die SchülerInnen und auch die Behinderungen adaptieren zu müssen.

Es lässt sich jedoch feststellen, dass PädagogInnen, auch wenn sie sich nicht an vorgefertigte Konzepte halten, doch alle Themen aufgreifen, die in den populärsten Konzepten enthalten sind. Die Betreuerinnen andererseits berichten, es ergebe sich bei der Assistenz Gespräche über Sexualität (primärpräventiv), die Körperteile werden benannt, es wird jedoch auch Gewalt und sexuelle Gewalt (Gewaltprävention) zum Teil angesprochen.

Um die Relevanz einer ganzheitlichen Prävention schließlich nochmals hervorzuheben sei nochmals die Fallschilderung einer Expertin dargelegt:

I: Seid ihr mit sexueller Gewalt bzw. Missbrauch konfrontiert?

S: *Wir haben schon das Thema gehabt, aber es hat sich aber herausgestellt, dass ... dass es alles nur erfunden war. Es war ein Racheakt. Aber das Mädchen hat behauptet sexuell missbraucht worden zu sein. Es ist drunter und drüber gegangen bei uns, mit Polizei und Kripo. Aber es hat sich halt dann rausgestellt, sie war eifersüchtig und wollte es jemandem heimzahlen. Sie hat nicht mal gewusst was das ist, hat was im Fernsehen gehört und hat das dann behauptet.*

I: Wie ist das dann weitergegangen?

S: *Ähm... Das war für uns Betreuer recht überraschend, weil ... es ist in der Tagesheimstätte passiert und plötzlich ist im Wohnheim die Polizei dagestanden und es hat keiner gewusst was sie jetzt tut. Wir sind halt in ihr Zimmer und alles mögliche und haben gefragt was eigentlich passiert ist. Und dann hat das selber alles seinen Lauf genommen und sie haben sie mitgenommen zur Untersuchung. Wir haben dann am nächsten Tag noch mal mit ihr gesprochen. Dann ist die Kripo gekommen und wir haben mit ihr zur Polizei müssen und sie ist verhört worden.*

Von uns aus waren halt sehr viele Gespräche und sie wirklich gefragt, weil wir uns eben schon gedacht haben, ok, wer weiß ob das wirklich stimmt. Aber sie hat das bis zum Ende durchgezogen. Sie hat's dann zugegeben. Nachdem wir stundenlang bei der Polizei waren und wir ihr tausendmal eingetrichtert haben, dass sie die Wahrheit sagen muss. Und was eigentlich passieren kann mit dem Burschen, wenn das wahr ist und sie nicht davon runtergeht. Mit Gefängnis und so. Und dann hat sie zugegeben, dass sie es erfunden hat.

Interview mit S, Zeile 38 – 58

Dieses Beispiel soll nun zum Anlass genommen werden um die Relevanz von Prävention zu verdeutlichen. Im vorliegenden Fall hätte man, mithilfe von umfassender, ganzheitlicher Prävention unter Umständen eine schnellere bzw. heilsamere Lösung für die Beteiligten erreichen können: Primäre Prävention hätte mittels Gefühlserziehung und Sexualaufklärung im Vorfeld für die betroffene Bewohnerin eine Basis legen können und wichtige Fragen und Begriffe geklärt, sodass ein unachtsames verwenden des Begriffes der Vergewaltigung unter Umständen hätte vermieden werden können.

Sekundäre Prävention hätte unter Umständen mithilfe der interdisziplinären Vernetzung und einem Kriseninterventionsplan wichtige Schritte für Bewohnerin und BetreuerInnen klären können. Innerhalb eines Leitfadens hätten die Aufgaben der einzelnen Helfer geklärt werden können, wichtige Schritte mit Hilfe von adäquater Vernetzung aller Helfergruppen erreicht werden können.

Mithilfe der tertiären Prävention könnte nun unter Umständen innerhalb einer Beratung bzw. Therapie mit der Betroffenen die Geschehnisse bearbeitet werden, sodass eine sekundäre Traumatisierung bzw. ein Verlust des Vertrauens zu den BetreuerInnen vermieden werden kann.

6.4 Überprüfung von Hypothesen und Forschungsfragen

In diesem Kapitel soll nun der Fokus auf die eingangs gestellten Forschungsfragen und Hypothesen gelegt werden.

6.4.1 Überprüfung der Forschungsfragen

Zunächst werden die Forschungsfragen hinsichtlich der gebildeten Kategorie untersucht:

Hauptkategorie Sexualität und Behinderung

Forschungsfrage: Wie wird in den Bereichen Sonderschule und Betreuungseinrichtung mit der Sexualität der SchülerInnen bzw. BewohnerInnen und den Fragen dahingehend umgegangen?

Fast alle ExpertInnen, ob diese nun in einem Wohnheim arbeiten oder in einer Sonderschule sind grundsätzlich bereit auf Fragen der Menschen mit intellektueller Behinderung einzugehen. Es macht den Anschein, als sei dies jedoch auch von den Betreuungspersonen selbst (und nicht von der Institution) abhängig: Je offener die ExpertInnen mit dem Thema Sexualität umgehen, je freier sie hier auch im Interview sprechen können, desto klarer und sicherer war die Zusicherung, die zu Betreuenden könnten immer Fragen über Sexualität stellen. Laut den Aussagen der ExpertInnen nehmen dies jedoch nicht alle SchülerInnen/BewohnerInnen das Angebot an. Besonders jene Menschen, die einen hohen Grad an intellektueller Behinderung aufweisen, wenden sich laut ExpertInnen (zum Teil aufgrund mangelnden Interesses, zum Teil aufgrund mangelnder kognitiver Fähigkeiten) nicht mit Fragen an die befragten InterviewpartnerInnen.

Weiters ist es auffällig, dass im Wohnheim die ExpertInnen hauptsächlich selbst auf die BewohnerInnen zugehen, wenn sie das Gefühl haben, es könnte sich eine (romantische oder sexuelle) Beziehung zwischen BewohnerInnen ergeben. Ein Gespräch über Verhütung ist die Folge. In der Sonderschule wird augenscheinlich, abseits von Sexualunterricht, weniger über Sexualität gesprochen. Dennoch berichten manche ExpertInnen sehr wohl von Fragen die gestellt werden. Das Interesse dahingehend scheint

jedoch erst ab einem gewissen Alter zu herrschen. Jene ExpertInnen, die hauptsächlich jüngere SchülerInnen betreuen, berichten kaum von SchülerInnen die sich mit konkreten Fragen an sie wenden.

Hinsichtlich der Voraussetzungen für einen offenen Umgang mit den BewohnerInnen oder SchülerInnen sind sich die ExpertInnen einig: Es muss ein grundlegendes Vertrauen zwischen ExpertInnen und BewohnerInnen/SchülerInnen bestehen um offen über Sexualität sprechen zu können.

Hauptkategorie: Sexualisierte Gewalt

Forschungsfrage: Sind die befragten ExpertInnen ausreichend für die Thematik informiert und sensibilisiert?

Betrachtet man zunächst die Gruppe der SonderschulpädagogInnen kann festgestellt werden, dass jene Gruppe sich mehr mit der Thematik beschäftigt hat als die befragten Mitarbeiterinnen in den Betreuungseinrichtungen. Gerade in einem Ernstfall ist dies von enormer Bedeutung, da die SonderschulpädagogInnen ein Basiswissen vorzuweisen haben und im Ernstfall schnell und adäquat handeln können. Die Interviews zeigen eindeutig, dass die befragten Betreuungskräfte Schwierigkeiten haben mit einem Ernstfall umzugehen. Dies lässt den Schluss zu, dass die befragten SonderschullehrerInnen besser informiert und auch sensibilisierter sind als die befragten Betreuungskräfte.

Forschungsfrage: Welche Erfahrungen aus der Praxis bringen die ExpertInnen in den Präventionsprozess ein und welche Interventionsschritte würden bei einem konkreten Fall von den ExpertInnen eingeleitet werden?

Es ist aus den Interviews ersichtlich, dass die befragten SonderschullehrerInnen mit der Thematik vertrauter sind und fast jede/r von ihnen einen eigenen Fall von sexualisierter Gewalt aus ihrer Praxis präsentieren konnten. Dies lässt darauf schließen, dass in die Durchführung von Prävention auch eigene Erfahrungen einfließen können und die Befragten sowohl Hintergrundwissen als auch Erfahrungswissen mitbringen. Dies ist bei den MitarbeiterInnen in Betreuungseinrichtungen nicht ersichtlich.

Weiters sind die befragten ExpertInnen, die in einer Sonderschule tätig sind, sehr klar und eindeutig in der Wahl ihrer Interventionsschritte bei einem konkreten Fall von sexualisierter Gewalt. Auch hierbei unterscheidet sich jene Gruppe von der Gruppe der Mitarbeiterinnen in Betreuungseinrichtungen. Sie waren in ihren Antworten und Überlegungen zögerlichen und unkonkreter.

Hauptkategorie Prävention

Forschungsfrage: Welche primärpräventiven Maßnahmen und Leistungen sind den ExpertInnen bekannt und welche werden hierfür in der Praxis eingesetzt?

Die befragten SonderschulpädagogInnen gaben an, Prävention sei eine von ihnen individuell gewählte Thematik, die sie ganz nach ihrem Ermessen einfließen lassen können und müssen. Hierbei waren die primärpräventiven Maßnahmen, die am häufigsten genannt wurden „Gefühlserziehung“, „Sexualaufklärung“ und „Stärken der Identität“. Nach eigenen Angaben fließen jene Themen in den Alltag und den Unterricht in Form von Übungen und Spielen ein.

Die befragten Mitarbeiterinnen in Betreuungseinrichtungen gaben ihrerseits die Themen „Stärkung des Selbstbewusstseins“, „Sexualaufklärung“ und „Förderung der Wahrnehmung“ an wobei in den Alltag hauptsächlich der Bereich der Sexualaufklärung einfließt, welcher in Form von Gesprächen bei Bedarf zur Anwendung kommt. Bei genauerer Nachfrage fällt auf, dass die ExpertInnen sehr viele (innovative) Ideen hervorbringen. Jene Ideen könnten sie sich auch vorstellen in den Alltag zu übertragen, es sei jedoch aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen schwierig bis unmöglich Spiele und Übungen in den Alltag zu integrieren.

Forschungsfrage: Welche Maßnahmen zur Gewaltprävention sind den ExpertInnen bekannt und werden in der Praxis umgesetzt?

Der Großteil der befragten SonderschulpädagogInnen gab an mit bestehenden Gewaltpräventionsunterlagen zu arbeiten. Hier ist der Fokus jedoch eindeutig auf physischer Gewalt gelegt.

Den Betreuungskräften sind zu einem großen Teil keine Präventionsleistungen hinsichtlich sexualisierter Gewalt im Sinne einer Gewaltprävention bekannt. Die meisten befragten

dieser Gruppe gaben an, sie würden Prävention dahingehend auslagern und an externe ProfessionistInnen weitergeben.

6.4.2. Überprüfung der Hypothesen

Hypothese 1: Mitarbeiter, die in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung tätig sind, haben keine institutionell vorgegebenen Präventionskonzepte.

Nach Auswertung der Interviews mit Betreuerinnen geht eindeutig hervor, dass in keinem der Betreuungseinrichtungen in dem die befragten ExpertInnen arbeiten keine vorgegebenen Richtlinien Prävention betreffend existieren. Alle der ExpertInnen räumten jedoch auf Nachfrage ein, dass dies für sie ein Versäumnis darstelle und sie sich konkrete Interventionsschritte in einem Krisenfall wünschen würden.

Hypothese 2: Sexualaufklärung als Teil von primärer Prävention erfolgt in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung hauptsächlich im Rahmen der täglichen Pflegeleistungen.

Die befragten Betreuungskräfte gaben an, Sexualaufklärung werde zum Teil über die tägliche Assistenz vermittelt, hauptsächlich wenden sich die ExpertInnen jedoch selbst an die BewohnerInnen um in einem konkreten Fall (Beziehung zwischen zwei Bewohnern o.ä.) Aufklärung zu leisten.

Hypothese 3: MitarbeiterInnen in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung haben aufgrund mangelnder Zeit und Kompetenzen geringere Möglichkeiten der Durchführung von Präventionsleistungen als SonderschullehrerInnen.

Aus den Interviews mit Mitarbeiterinnen in Betreuungseinrichtungen und SonderschulpädagogInnen geht nach eigenen Aussagen eindeutig hervor, dass SonderschulpädagogInnen mehr zeitliche und strukturelle Ressourcen zur Verfügung haben um Prävention adäquat anzubieten. Anzumerken ist jedoch hier, dass die befragten Betreuerinnen die Möglichkeit der Prävention in den Alltag zu integrieren noch kaum in Erwägung gezogen haben.

Hypothese 4: Die in der Praxis am häufigsten verwendeten Präventionsleistungen lassen sich eher in den Bereich der primären Prävention, als in jenen der Gewaltprävention einordnen.

Es lässt sich feststellen, dass beide befragten Expertengruppen zumeist primärpräventive Leistungen in ihre Arbeit einbeziehen. Besonders SonderschulpädagogInnen arbeiten häufig mit Übungen, die eine Basis legen sollen. Dies lässt sich auch damit erklären, dass PädagogInnen häufig Kinder in einer Klasse haben, welche die verschiedensten Behinderungen aufweisen. Schon in der Regelschule ist es schwierig aufbauende Konzepte durchzuführen, zu unterschiedlich ist die Lerngeschwindigkeit der Kinder. In der Sonderschule ist zusätzlich noch die Einschränkung „Behinderung“ gegeben. Es liegt deshalb auf der Hand, in der Sonderschule hauptsächlich primärpräventiv zu arbeiten, Gewaltprävention kommt jedoch nach Auswertung der Experteninterviews auch nicht zu kurz, in einigen Schulen gibt es spezielle Projekte, welche einen besonderen Schwerpunkt auf Gewaltprävention legen. Diese müssen jedoch im Hinblick auf die Zielgruppe modifiziert werden.

In den betreuten Wohnformen, in denen die befragten Expertinnen tätig sind, scheint Prävention nur einen geringen Stellenwert einzunehmen, es scheint keinen Plan hierzu zu geben, die Maßnahmen kommen (wenn überhaupt vorhanden) nur sehr spontan zum Tragen. Prävention ist in einigen Wohnheimen nur in Form von Aus- und Weiterbildung der Betreuungspersonen aktuell. Die Forschungsannahme lässt sich somit nur zum Teil belegen.

Hypothese 5: Sowohl MitarbeiterInnen in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung als auch SonderschullehrerInnen fehlt es an geeigneten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Thematik der Prävention sexualisierter Übergriffe auf Menschen mit intellektueller Behinderung.

Auch diese Hypothese kann nur teilweise bestätigt werden. Vor allem SonderpädagogInnen geben an es gäbe ausreichend Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, man müsse sie nur nutzen. Abhängig ist es unter anderem von der Eigeninitiative der PädagogInnen. Weiters können diese Weiterbildungsmöglichkeiten hauptsächlich innerhalb der Freizeit absolviert werden. Angesichts der Fülle an brisanten Thematiken, mit welchen sich die PädagogInnen konfrontiert sehen, müssen die Weiterbildungsangebote gut gewählt werden und es liegt im Ermessen der PädagogInnen welche (thematisch unterschiedlichen) Angebote sie nützen möchten. Einige der

PädagogInnen geben jedoch zu bedenken, es gäbe keine Fortbildungsmaßnahmen hinsichtlich sexueller Gewalt an Menschen mit intellektueller Behinderung, es beschränke sich auf „normale“ Kinder.

Die befragten Betreuerinnen haben weniger Möglichkeiten an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Expertinnen geben an, selbst wenn sie eigeninitiativ nach geeigneten Maßnahmen suchen würden, wäre diese Fortbildung (aufgrund mangelndem Budget) nicht automatisch gesichert.

6.4 Pädagogische Konsequenzen

Die Auswertung der Interviews zeigt sehr klar, dass eine sehr große Spanne zwischen SonderschulpädagogInnen und Betreuerinnen in einem Wohnheim bestehen. Hinsichtlich Prävention ist dies meiner Meinung nach sehr bedenklich. In der Sonderschule gibt es vom Gesetzgeber aufgestellte Richtlinien zumindest hinsichtlich inhaltlicher Themen zur Prävention. Dies ist offensichtlich im Wohnheim nicht vorhanden. Ich sehe dies als großes Versäumnis, denn selbst wenn die Arbeit in der Sonderschule gewinnbringend ist und sowohl primäre als auch sekundäre Prävention bei den SchülerInnen adäquat ankommen, wird dies im Wohnheim nicht weitergeführt. Prävention kann jedoch dann auch nicht gesichert sein. Gerade hinsichtlich Menschen mit intellektueller Behinderung müssen Informationen so dargereicht werden, dass die Betroffenen die Informationen auch behalten können. Dies bedeutet jedoch auch, dass die Information stetig wiederholt werden um es den SchülerInnen/BewohnerInnen stets ins Gedächtnis rufen zu können. Ich denke deshalb ein erster Schritt innerhalb der Wohnheime muss ein Konzept für Prävention sein. Hier könnten ExpertInnen (Pädagogen) helfen adäquate Maßnahmen und Leistungen für den Wohnbereich zu finden. In diesem Konzept muss gesichert sein, dass Prävention (auch bei mangelnden Zeitressourcen) durchgeführt wird. Hierbei wird man sich entscheiden müssen, ob die Konzepte selbst erstellt oder bestehende adaptiert werden sollen. Auch dies muss innerhalb des Präventionskonzeptes geklärt werden, Vor- und Nachteile müssen abgewogen werden.

Weiters müssen auch die BetreuerInnen stärker in den Prozess eingebunden werden. Ich denke nicht, dass es sinnvoll ist, Gewaltprävention anzubieten, die sich ausschließlich an die BewohnerInnen richtet und die BetreuerInnen (wenn auch nur teilweise) ausschließt. Es sollte ein Gleichgewicht entstehen zwischen direktem und indirektem Ansatz, die BetreuerInnen müssen in den Präventionsprozess miteinbezogen sein. Hinsichtlich

primärer und Gewaltprävention bedeutet dies, Übungen und Leistungen auch vermitteln zu können, wenn (bei einer Vermittlung durch externe ExpertInnen) die Professionisten nicht mehr im Haus sind. Es bedeutet aktiv zu werden und auch im Alltag (nicht nur im Ernst- oder Verdachtsfall) Prävention einzubringen und zu vermitteln und schließlich bedeutet es die Persönlichkeit der BetreuerInnen so weit zu stärken, dass sie sich auch in der Lage fühlen hinsichtlich sekundärer Prävention Hilfestellungen anzubieten. Diese Stärkung der BetreuerInnen kann nur durch die Vermittlung von Wissen gelingen. Nur wenn die ExpertInnen in den Wohnheimen die gesetzlichen Grundlagen kennen, können sie sie anwenden. Und nur wenn sie sie theoretisch anwenden können, kann die eigene Sicherheit steigen. Dies wird auch bedeutend für die BewohnerInnen sein, da sie nun spüren können, dass eventuelle Hilferufe ankommen können.

Nur wenn es gelingt sowohl die BewohnerInnen als auch die Betreuungspersonen in den Präventionsprozess einzubinden, kann die Prophylaxe gewinnbringend sein. Erst dann kann gesichert sein, dass jenes Wissen, das in der Sonderschule vermittelt wird, auch weiterhin bestehen bleibt und die Mythen über Sexualität und Gewalt, welche manche BewohnerInnen durchaus noch im Hinterkopf haben, aufgelöst werden können.

In der Sonderschule ist meiner Meinung nach zunächst das Problem, dass es zu viele Konzepte gibt, die nicht einheitlich scheinen und sich zu sehr an nichtbehinderten Kindern orientieren. Eine Adaptierung für behinderte Kinder ist sehr zeitaufwendig und viele Schulen haben weder die zeitlichen Ressourcen, noch geeignetes und geschultes Personal dafür.

Ich möchte an dieser Stelle einen Vorschlag eines Experten (Herr B. ist Sonderschullehrer) aufgreifen: Herr B. hat die Idee einer Spezialisierung der Lehrerschaft aufgeworfen. Nach Meinung des Pädagogen sollte es für jede Problematik (Gewalt-, Drogen-, Gesundheitsprävention) einen Experten innerhalb der Lehrerschaft geben, der in seinem Bereich die nötige Weiterbildung besucht hat und im Ernstfall einsatzbereit ist. Dieser Experte könne, so Herr B. weiters, die Lehrerschaft anleiten und als Projektleiter fungieren. So kann gesichert werden, dass an jeder Schule die nötigen Kompetenzen zu finden sind. Ich denke, dies kann eine sehr gute Möglichkeit sein um nicht alle PädagogInnen zu schulen und dennoch innerhalb der Schule zu sichern, dass Gewaltprävention durchgeführt wird bzw. im Ernstfall rasch Hilfe vermittelt werden kann. Aufgabe der Pädagogik wäre hierbei die Experten auszubilden und ihnen jede Hilfestellung zu geben um es an deren KollegInnen in den Schulen weiterzugeben. Weiters

denke ich wäre es von Vorteil wenn jede Schule einen Interventionsplan hätte in dem explizit Pädagogik ausgewiesen ist und gesichert sein kann, dass auch adäquat und gewinnbringend über das Tabuthema sexualisierte Gewalt gesprochen werden kann und wird. Auch hierbei kann die Pädagogik helfen: Pädagogische ExpertInnen können bei der Erstellung eines Konzeptes behilflich sein.

Nach eingehender Auseinandersetzung mit Theorie und Praxis sowie der Auswertung der Interviews, sollten Konzepte meiner Meinung nach die folgenden Komponenten aufweisen:

- *Plan für die tägliche „Dosis“ primärer Prävention in Form von Maßnahmen und Übungen:* Dies könnte zum Beispiel innerhalb der Schule ein soziales Kompetenztraining sein oder eine tägliche Gefühlsrunde, während im Wohnheim bei der täglichen Assistenz der Körperpflege Geschlechtsteile benannt werden können. Eine Gefühlsrunde nach dem gemeinsamen Abendessen wäre eine Möglichkeit auch im Wohnheim Gefühlserziehung einzubringen sowie den Tag zu reflektieren und eventuelle Konflikte aufzugreifen und zu besprechen. Man muss sich jedoch hierfür aktiv die Zeit nehmen und dies den BewohnerInnen auch kommunizieren.
- *Aufbauendes Konzept der Gewaltprävention:* Gewaltprävention braucht festgelegte Tage an denen Maßnahmen und Übungen stattfinden können. Diese sollen nicht täglich, dennoch regelmäßig durchgeführt werden. Es muss für SchülerInnen und BewohnerInnen die Möglichkeit gegeben sein, Fragen im Hinblick auf Gewalt zu stellen und diese zu bearbeiten. Aufkommende Ernstfälle müssen besprochen und wenn nötig innerhalb eines 4-Augen-Gespräches bearbeitet werden. Gewaltprävention kann meiner Meinung nach von den PädagogInnen selbst durchgeführt werden, es könnte jedoch auch (wenn die finanziellen Möglichkeiten gegeben sind) externe Professionisten eingeladen werden. Auch wenn externe ProfessionistInnen einbezogen werden, ist es, meiner Meinung nach, notwendig, dass auch die Betreuungspersonen gewaltpräventive Maßnahmen durchführen. Hierbei können externe ExpertInnen (PädagogInnen) behilflich sein, Konzepte und Pläne auszuarbeiten.
- *Sekundäre Prävention innerhalb regelmäßiger LehrerInnenbildung:* Gesetzliche Grundlagen müssen vermittelt werden, Wege und Möglichkeiten für die Betroffenen

besprochen und diskutiert werden (gerade im Hinblick auf die Betreuungspersonen in den Wohnheimen). Es muss klar vermittelt werden können, welche Vor- und Nachteile eine Strafanzeige im Ernstfall mit sich bringt. Gespräche mit den SchülerInnen/BewohnerInnen können weiters in dieser Zeit eingeübt werden, in Rollenspielen könnten die ExpertInnen Sicherheit bekommen, wie man mit den Betroffenen über die Geschehnisse sprechen kann und als Vermittlungsperson fungieren kann.

- *Externe Hilfsangebote müssen bekannt sein:* Hinsichtlich tertiärer Prävention müssen Adresslisten für die SchülerInnen und BewohnerInnen sowie deren Eltern bzw. Ansprechpersonen aufliegen. Diese Adresse müssten jedoch regelmäßig aktualisiert werden. Ansprechpartner in Beratungs- und Kinderschutzzentren sowie bei der Jugendwohlfahrt könnten aufgesucht oder eingeladen werden.
- *Elternarbeit:* Auch die Arbeit mit den Eltern muss in das Konzept aufgenommen werden. Eltern muss verständlich gemacht werden, wie wichtig Prävention ist und was dies für die SchülerInnen/BewohnerInnen bedeutet. Eltern sollen weiters in den Präventionsprozess einbezogen werden, soll über die Maßnahmen und Leistungen unterrichtet werden um die Relevanz von Prävention zu verstehen. Weiters können Eltern (wenn deren Kinder nicht in einer Institution, sondern zuhause leben), wenn sie die Bedeutung von Prävention verstanden haben, diese vertiefen und eventuelle primärpräventive Leistungen auch zuhause anbieten.
- *Supervision:* Innerhalb von regelmäßigen Teamsupervisionen können Konzepte ausgebaut, besprochen, diskutiert oder adaptiert werden. In den meisten Wohnheimen ist dies bereits umgesetzt, während die wenigsten PädagogInnen die Möglichkeit von Supervision haben. Dies sollte sich zu Gunsten der PädagogInnen, aber auch der zu Betreuenden geändert werden.

Es ist mir bewusst, dass diese Maßnahmen zum Teil einen Mehraufwand an zeitlichen und personellen Ressourcen bedeutet, bin mir aber sicher, dass dies im Hinblick auf die SchülerInnen und BewohnerInnen langfristig gesehen sowohl finanziell als auch für die SchülerInnen/BewohnerInnen und die PädagogInnen/BetreuerInnen mehr Vorteile bringen wird.

Literaturverzeichnis

1. AUTONOMES FRAUENZENTRUM. INFOBLATT NR: 3 "Prozessbegleitung bei sexueller, körperlicher und seelischer Gewalt". (Broschüre) Online im WWW unter URL <http://www.frauenzentrum.at/Infoblatt%20Nr.3.pdf> [06.10.2009]
2. BECKER, Monika: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe. Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH - „Edition S“ 2. Auflage, Heidelberg 2001
3. BERGER, Ernst/ HOCHGATTERER, Paulus/ LEITHNER, Katharina/ MARYSCHLA, Christian/ GRASSL, Roland: Die Reintegration behinderter Menschen durch Ausgliederung aus Psychiatrischen Einrichtungen - Das Wiener Deinstitutionalisierungsprojekt. In: Med. f. Mensch. Behind. 3, 17 - 27, 2006. Bidok Online-Bibliothek. Abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-deinstitutionalisierung.html>
4. BERGER, Ernst/ MICHEL, Barbara: Zwangssterilisation bei geistiger Behinderung. erschienen in: Wr. Klin. Wochenschr. 109 / 23, 925-31, 1997. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-sterilisation.html> [06.10.2009]
5. BERGER, Ernst: Die Förderung von Autonomie unter den Bedingungen der Entwicklungsbeeinträchtigung. Überarbeitete Fassung eines Vortrages anlässlich des Frühfördersymposiums der Friedrich Ebert - Stiftung "Schritt für Schritt in die Zukunft", Bergneustadt, 12. September 1998. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-fruehfoerderung.html>
6. BERGER, Ernst: Medizin - Behinderung – Integration. Gibt es einen Paradigmenwechsel? In: Schulheft 94, 1999 (S 19 - 28). Überarbeitete Fassung des Vortrags "Was hat die Medizin mit Behinderung zu tun" beim 9. Österr. Symposium f. d. Integration behinderter Menschen; 1993, Feldkirch. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-integration.html#id2741495> [06.10.2009]
7. BERGER, Ernst: Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung – Editorial. In: Med. f. Mensch. Behind. 2, 4-5, 2005. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-medizin.html> [06.10.2009]

8. BERGER, Ernst: Psychosen nach schwerer Traumatisierung - Das Ophelia-Syndrom. In: Med. f. Mensch. Behind. 2, 23-25, 2005. Bidok Online-Bibliothek. Abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-psychosen.html>
9. BERGER, Ernst: Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung. In: Med. f. Mensch. Behind. 4, 10 -16, 2007. online im WWW unter URL <http://www.univie.ac.at/kjnp-rehab-integra/projekt/PSYCHOTHERAPIE%20BEI%20INTELLEKT.%20BEHINDERUNG.htm> [06.10.2009]
10. BRAUN, Gisela: Prävention als Elternbildung. In: BANGE, Dirk/ KÖRNER, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe-Verlag, Göttingen. 2002. S.420 – 425
11. BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH. Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst. FRAUENRATGEBERIN. Gewaltschutzgesetz. Online im WWW unter URL http://www.frauenratgeberin.at/cms/frauenratgeberin/stichwort_detail.htm?doc=CMS1233842279098&index=G [06.10.2009]
12. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (Hrsg.): Behindertenbericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich 2008. Wien 2009. Online im WWW unter URL: http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/9/5/7/CH0092/CMS1237382655079/behindertenbericht_09-03-17.pdf [06.10.2009]
13. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND. ABT. II/2 JUGENDWOHLFAHRT UND KINDERRECHTE (HRSG.): (K)ein sicherer Ort. Sexuelle Gewalt an Kindern. 4. Auflage. Wien 2007.
14. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES, BUNDESKRIMINALAMT: Tatort Kinderzimmer. Sexueller Kindesmissbrauch. Mauerbach/Wien 2003
15. BUNDESMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT, KUNST UND KULTUR: Lehrplan der allgemeinen Sonderschule. BGBl II, Nr.137/ 2008 Anlage C1 Community integration Sonderpädagogik. Online abrufbar unter URL http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/BGBl_II_Nr_137_Anlage_C_1.pdf
16. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der BZgA in Abstimmung mit den Bundesländern. 15. Auflage, Köln 2008. Online abrufbar unter <http://www.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=224> [06.10.2009]

17. CIERPKA, Manfred (Hrsg.): Möglichkeiten der Gewaltprävention. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2005
18. DAMROW, Miriam K.: Sexueller Kindesmissbrauch. Eine Studie zu Präventionskonzepten, Resilienz und erfolgreicher Intervention. Juventa-Verlag, Weinheim und München 2006
19. DAVID, Klaus-Peter: Jugendliche Täter: In: BANGE, Dirk/ KÖRNER, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe-Verlag, Göttingen. 2002. S. 234 – 240
20. DE WAAL, Helmut/ THOMA, Christoph: Was tun bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch an Kindern und Jugendlichen? Ein Leitfaden für wirksames (berufliches) Handeln. Herausgegeben von die möwe Kinderschutzzentrum St. Pölten. Verlag der Freunde des Kinderschutzzentrums St. Pölten Die Möwe. 2. Auflage, St. Pölten 2000
21. DEDERICH, Markus: Körper, Kultur und Behinderung: Eine Einführung in die Disability Studies. transcript-Verlag, Bielefeld. 2007
22. DEGENER, Günther: Abwehrstrategien der Täter. In: BANGE, Dirk/ KÖRNER, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe-Verlag, Göttingen. 2002. S.1 – 6
23. DEUTSCHEN KINDERSCHUTZBUND LANDESSTELLE NRW E.V.: Positionspapier „Prävention und Intervention bei sexualisierter Gewalt in Institutionen“. Anlässlich einer ExpertInnenrunde aus dem In- und Ausland. Leitlinien für die Prävention und Intervention. 2003. Online abrufbar unter URL <http://www.kinderschutzbund-nrw.de/Positionspapier.pdf> [16.02.2010]
24. DIEKMANN, Andreas: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg, 9. Auflage 2002
25. EGGERT, Dietrich: Abschied von der Klassifikation von Menschen mit geistiger Behinderung. Der Paradigmenwandel in der Diagnostik und seine Konsequenzen. Erschienen in: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, 19. Jahrgang, Heft 1/1996, Seite 43 – 64. Bidok Online-Bibliothek. Abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/eggert-klassifikation.html?hls=abschied> [06.10.2009]
26. EITL, Werner: Basiswissen Heilpädagogik. Bildungsverlag Eins, Troisdorf, 1. Auflage, 2003
27. ELISGAN, Birgit/ ISTENITS, Tina: Sexualpädagogische Inhalte in der Ausbildung zum/zur BehindertenpädagogIn bzw. diplomierten SozialpädagogIn: Die Diskrepanz zwischen Ausbildung und Praxisanforderung. Diplomarbeit. Wien, 2008.

28. ENDERS, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. Verlag Kiepenheuer und Witsch. Köln, 3. Auflage 2008
29. ENDERS, Ursula: Notwendigkeit von Täterprävention. Online im WWW unter URL http://www.zartbitter.de/content/e18/e763/e3569/index_ger.html [06.10.2009]
30. FINKE, Karl: Behinderte Liebe. Wie l(i)ebe ich als behinderte Frau/behinderter Mann in dieser Gesellschaft? Herausgegeben vom Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen. Schriftenreihe Band 17. 1996. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/finke-liebe.html> [06.10.2009]
31. FLICK, Uwe/ VON KARDORFF, Ernst/ STEINEKE, Ines: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: FLICK, Uwe/ VON KARDORFF, Ernst/ STEINEKE, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Hamburg, 5. Auflage 2007. S. 13-29
32. FRIEDRICH, Max H.: Tatort Kinderseele. Sexueller Mißbrauch und die Folgen. Verlag Ueberreuter, 2. Auflage. Wien, 2001.
33. FRÖHLICH, Werner D.: Wörterbuch Psychologie. 23., aktualisierte, überarbeitete und erweiterte Auflage. dtv-Verlag. München, 2000
34. FUTTERER, Klaus/ SIEGEL, Hansjörg: Ethische und theologische Überlegungen zur Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: WALTER, Joachim(Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. Schriftenreihe. Band 1. 6. Auflage. Universitätsverlag Winter GmbH Heidelberg, 2005. S. 78 – 87
35. GERDTZ, Maike: Auch wir dürfen NEIN sagen! Sexueller Missbrauch von Kindern mit geistiger Behinderung. Eine Handreichung zur Prävention. Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH - „Edition S“ Heidelberg 2003
36. GEWALTSCHUTZZENTRUM NÖ - VEREIN FÜR GEWALTPRÄVENTION, OPFERSCHUTZ UND OPFERHILFE: Strafverfahren und Prozessbegleitung (Broschüre). Online im WWW unter URL http://www.gewaltschutzzentrum.at/noe/download/strafverfahren_prozessbegleitung.pdf [06.10.2009]
37. GRILL, Christian: Soziogene Behinderung. Die Diagnose "Geistige Behinderung" bei Erwachsenen und die diesbezüglichen Sichtweisen unterschiedlicher Systeme. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Magister (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe. 2007. Bidok Online-Bibliothek. Abrufbar unter URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/grill-soziogene-dipl.html#id3052029> [06.10.2009]

38. HARTWIG, Luise/ HENSEN, Gregor: Sexueller Missbrauch und Jugendhilfe: Möglichkeiten und Grenzen sozialpädagogischen Handelns im Kinderschutz. Juventa-Verlag. Weinheim, 2003
39. HASLBECK, Barbara: Sexueller Missbrauch und Religiosität. Wenn Frauen das Schweigen brechen: eine empirische Studie. Lit Verlag. Münster 2007
40. HÄBLER, Frank: Einleitung: Der geistig Behinderte in der Medizin/Psychiatrie – ein historischer Exkurs. In: HÄBLER, Frank/ FEGERT, Jörg Michael: Geistige Behinderung und seelische Gesundheit: Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Schattauer Verlag, 2004. S. 1 – 9
41. HEITMEYER, Wilhelm/SOEFFNER, Hans-Georg: Einleitung: Gewalt. Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme. In: HEITMEYER/ SOEFFNER(Hrsg.): Gewalt. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 2004. S. 11 – 17
42. HELFFERICH, Cornelia: Empirische sexualpädagogische Forschung im Themenfeld Jugendsexualität. In: SCHMIDT, Renate/ SIELERT, Uwe (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Verlag Juventa, Weinheim 2008. S. 53 – 66
43. HINZ, Andreas: Geistige Behinderung und die Gestaltung integrativer Lebensbereiche. - Überlegungen zu Erfahrungen und Perspektiven. In: Sonderpädagogik 16, 144-153, Überarbeitete Fassung eines Vortrags an der Universität. Online in der ONLINE Bibliothek Bidok. unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/hinz-lebensbereiche.html#id3039796> Siegen, 1996 [06.10.2009]
44. HUBER, Norbert: Partnerschaft – Liebe – Sexualität. Gedanken zum Thema. Erschienen in „zusammen“ Heft 6/7 (1985) S.13-16 In: WALTER Joachim(Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. Schriftenreihe. Band 1. 6. Auflage. Universitätsverlag Winter GmbH Heidelberg, 2005. S.22 – 29
45. INTEGRATION: ÖSTERREICH/ FIRLINGER, Beate (Hrsg.): Buch der Begriffe. Sprache Behinderung Integration. Herausgegeben von Integration: Österreich. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Integration: Österreich, Wien 2003
46. KANDEL, Itzhak/ MÜLLER-ERICHSEN, Maren: Liebe und Sexualität. Erschienen in: psychosozial. 22. Jahrgang Nr. 77, 1999. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/kandel-liebe.html> [06.10.2009]

47. KAVEMANN, Barbara/ BRAUN, Gisela: Frauen als Täterinnen. In: BANGE, Dirk/ KÖRNER, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe-Verlag, Göttingen. 2002. S.121 – 131
48. KAVEMANN, Barbara: Nein sagen ist nicht genug. Möglichkeiten und Grenzen präventiver Arbeit gegen sexuellen Mißbrauch von Mädchen. Zeitschrift *forum* für Politik, Gesellschaft und Kultur. Ausgabe 173/174. Februar 1997. Online abrufbar im WWW unter URL http://www.forum.lu/pdf/artikel/3780_173_174_Kavemann.pdf [06.10.2009]
49. KNAPPE, Anne: Was wissen Eltern über Prävention sexuellen Mißbrauchs? In: MARQUARDT-MAU, Brunhilde (Hrsg.): Schulische Prävention gegen sexuelle Kindesmißhandlung. Grundlagen, Rahmenbedingungen, Bausteine und Modelle. Juventa-Verlag Weinheim. 1995 S.241 – 259
50. KOCH, Helmut H./ KRUCK, Marlene: Ich werd's trotzdem weitersagen!'. Prävention gegen sexuellen Mißbrauch in der Schule (Klassen 1-10) Theorie, Praxisberichte, Literaturanalysen, Materialien. Lit.Verlag. Münster (u.a.),2000
51. KRENNER, Monika: Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Tectum-Verlag, Marburg: 2003
52. KRUSE, Thorsten: Täterprävention. In: BANGE, Dirk/ KÖRNER, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe-Verlag, Göttingen. 2002. S.646-649
53. LEHNART, Andrea: Ich sag' Nein. Präventionsarbeit mit Mädchen und Jungen. Zeitschrift *forum* für Politik, Gesellschaft und Kultur. Ausgabe 132. November 1991. Online abrufbar unter URL http://www.forum.lu/pdf/artikel/2825_132_Lehnart.pdf [06.10.2009]
54. MARQUARDT-MAU, Brunhilde: Schulische Prävention gegen sexuelle Kindesmißhandlung zwischen Hoffnung und Realität. In MARQUARDT-MAU, Brunhilde (Hrsg.): Schulische Prävention gegen sexuelle Kindesmißhandlung. Grundlagen, Rahmenbedingungen, Bausteine und Modelle. Juventa-Verlag Weinheim. 1995 S. 10 – 31
55. MAYRING, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag. Weinheim und Basel. 5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage 2002
56. OMMERLE, Monika: Normalisierungsprinzip und Parteilichkeit als Leitideen in der Behindertenarbeit. Begleitung und Unterstützung körperbehinderter Menschen am Beispiel der Caritas Tagesstätte für schwerst körperbehinderte Erwachsene.

- Diplomarbeit, München, 1999. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/ommerle-normalisierung.html> [06.10.2009]
57. PRO FAMILIA (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR FAMILIENPLANUNG, SEXUALPÄDAGOGIK + SEXUALBERATUNG E.V.): Körper und Sexualität. Sexualität und geistige Behinderung. 2.überarbeitete Auflage. Frankfurt/Main 2001. auch online abrufbar unter URL <http://www.profamilia.de/shop/download/58.pdf> [01.02.10]
58. PUSCHKE, Martina: Die Internationale Klassifikation von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation. Erschienen in: WeiberZEIT, Zeitung des Projektes "Politische Interessenvertretung behinderter Frauen" des Weibernetz e.V. Ausgabe Nr. 07, April 2005, Seite 4 – 5. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/wzs-7-05-puschke-klassifikation.html> [06.10.2009]
59. ROMER, Georg: Kinder als „Täter“. In: BANGE, Dirk/ KÖRNER, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe-Verlag, Göttingen. 2002. S. 270 – 278
60. SCHÖNWIESE, Volker: Perspektiven der Disability Studies. erschienen in: Behinderte in Familie und Gesellschaft, Nr.: 5/2005, Seite 16-21. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/schoenwiese-studies.html> [06.10.2009]
61. SCHÖNWIESE, Volker: Selbstbestimmt Leben. Behindertenpolitik zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Fachsymposium "Pflegevorsorge - gestern-heute-morgen". 25. Juni 03, Austria Center Vienna, veranstaltet vom BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz). Konzeption: ÖKSA. 2003. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/schoenwiese-wirklichkeit.html> [06.10.2009]
62. SCHWARZ, Petra: Einstellungen von MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ zur Sexualität geistig behinderter Menschen. Diplomarbeit. Wien, 2008
63. SELBSTLAUT, Verein: Handlung, Spiel und Räume. Leitfaden für Pädagoginnen und Pädagogen zum präventiven Handeln gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen mit neuen Präventionsmaterialien Erstellt vom Verein Selbstlaut im Auftrag des BMKK (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur)Wien 2007
64. SELIGMANN, Sylvia: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Ansätze einer Prävention für die Sonderschulpädagogik. Verlag Dr. Kovač. Hamburg, 1996
65. SENN, Charlene Y: Gegen jedes Recht. Sexueller Mißbrauch und geistige Behinderung. Donna Vita-Verlag. Berlin, 1993

66. SPECK, Otto: Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. Verlag Reinhardt: 7. aktualisierte und erg. Aufl. München, Basel. 1993
67. STINKES, Ursula: Sexualität und Behinderung – kein Tabuthema mehr?! Erweiterter und ausgearbeiteter Vortrag auf der Tagung des VDS (Treffpunkt G) am 18.11.2006 an der Schule für Körperbehinderte in Stuttgart-Vaihingen. Online abrufbar unter URL http://www.sfk.s.bw.schule.de/pdfs/vortrag_stinkes.pdf [14.02.10]
68. THEUNISSEN, Georg: Die Independent Living Bewegung. Empowerment-Bewegungen machen mobil (I). In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 3/4/2001. Thema: Empowerment und Selbstbestimmtes Leben. Bidok Online Bibliothek. Online abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh3-4-01-theunissen-independent.html>
69. THEUNISSEN, Georg: Empowerment und Professionalisierung unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit mit Menschen, die als geistig behindert gelten. In: Heilpädagogik online. Die Fachzeitschrift im Internet. Ausgabe 04/03. Online abrufbar unter URL http://freenet-homepage.de/heilpaedagogik/hpo/heilpaedagogik_online_0403.pdf
70. THOMA, Christoph: Die Umsetzung der Idee der Kontrolle in der Beziehungsgestaltung zum Kind. Unterlagen entwickelt für die praktische Arbeit im Kinderschutzzentrum *die möwe*, St. Pölten
71. TREIBER, Isa: Menschenrechte trotz Behinderung. Zur Sexualität, Partnerschaft, und Sterilisationsproblematik geistig behinderter Menschen. Diplomarbeit. Klagenfurt 2004. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/treiber-menschenrechte.html> [06.10.2009]
72. TÜCKE, Manfred: Arbeitsbuch: Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für (zukünftige) Lehrer. Osnabrücker Schriften zur Psychologie 12. Lit - Verlag, 2007
73. UHL, Alfred/ SPRINGER, Alfred: Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung auf Initiative und unter Mitarbeit der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien, 2002. Online abrufbar im WWW unter URL http://www.api.or.at/lbi/pdf/02leitbild_kurz1.pdf [06.10.2009]

74. UN-Konvention über die Rechte des Kindes. Online im WWW unter URL http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/downloads/kinderrechtskonvention/un-konvention_ueber_die_rechte_des_kindess_deutsche_fassung.pdf [06.10.2009]
75. VEREIN AUTONOME ÖSTERREICHISCHE FRAUENHÄUSER. INFORMATIONSTELLE GEGEN GEWALT. Zweites Gewaltschutzgesetz. Online im WWW unter URL <http://www.a oef.at/gesetz/index.htm?start.htm> [06.10.2009]
76. VOM HOFER, Jutta: Bin ich schön? Über Körper, Körpererfahrung und Sexualität. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 1/2001. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-01-hofer-schoen.html> [06.10.2009]
77. WAIDHOFER, Karin: Sexuelle Gewalt gegen Frauen, die als geistig oder mehrfach behindert klassifiziert werden. Institutionelle Unterstützung zur Prävention, Aufdeckung und Aufarbeitung im Raum Wien. Diplomarbeit. Wien, 2003
78. WALTER, Joachim: Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“. In: WALTER Joachim(Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. Schriftenreihe. Band 1. 6. Auflage. Universitätsverlag Winter GmbH Heidelberg, 2005. S.29 – 40
79. WALTER, Joachim: Sexualität und Geistige Behinderung. Tagesseminar in der Lehranstalt für heilpädagogische Berufe in Götzis, 9.April 1994 zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/walter-sexualitaet.html> [06.10.2009]
80. WEBER, Germain: Die Lebenshilfe Österreich macht Schluss mit „geistig behindert“. In: Menschen brauchen Menschen ... und Informationen. Die Zeitschrift der Lebenshilfe Österreich. Wien, 2005, Nr.4 (Titel der Ausgabe: „Geistige Behinderung“ – Abschied von einem Begriff.). Auch Online im WWW unter URL http://www.koordinationsstelle.at/dokumente/linkliste_geistige_behinderung_abschied_von_einem_begriff_lebenshilfe.pdf [30.11.2009]
81. WEBER-HORNIG, Monika (Kinderschutzzentrum Mainz): Was Sie tun können, wenn Ihr Kind sexuell mißbraucht wurde. Informationen für Eltern. Sternschnuppe. Mainz, 17. Auflage, 1997. (In Anlehnung an ROBERTS, Jaquie: How to cope when your child has been sexually abused. United Kingdom, 1988)
82. WHO WELT GESUNDHEITSORGANISATION: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen

- Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf 2005. Online im WWW unter URL http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [06.10.2009]
83. WHO WELT GESUNDHEITSORGANISATION: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. ICD-10. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Intelligenzminderung (F70-F79). Online im WWW unter URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f70-f79.htm> [06.10.2009]
84. WHO WELT GESUNDHEITSORGANISATION: Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. WHO 2003. Online im WWW unter URL http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf [06.10.2009]
85. ZEMP, Aiha/ PIRCHER, Erika/ SCHOIBL, Walter: Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag. Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter. Projektbericht unter Mitarbeit von Christine Neubauer, GenderLink - Netzwerk für Sozialforschung. Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz. 1997. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/zemp-gewalt.html> [06.10.2009]
86. ZEMP, Aiha/ PIRCHER, Erika: Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz 1996. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/library/zemp-ausbeutung.html> [06.10.2009]
87. ZEMP, Aiha: „Weil alles weh tut mit Gewalt“ Fachartikel auf der Homepage der Fachstelle für Behinderung und Sexualität. Online abrufbar unter URL <http://www.fabs-online.ch/hintergrund/artikel-2/> [16.02.2010]
88. ZEMP, Aiha: Folgen von sexueller Gewalt und Therapiemöglichkeiten, In: WEINWURM-KRAUSE, Eva-Maria: Sexuelle Gewalt und Behinderung. Verlag Dr. Kovač, Hamburg: 1994. S. 64 – 75

89. ZIMA, Julia: Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Diplomarbeit. Innsbruck, 1998. Bidok Online-Bibliothek. abrufbar unter URL <http://bidok.uibk.ac.at/texte/zima-dipl.html> [06.10.2009]

Curriculum Vitae

Angaben zur Person

Name: **NICOLE STEINBAUER**

Geburtsdatum: 21.05.1983

Geburtsort: St. Pölten

Staatszugehörigkeit: Österreich

Religionsbekenntnis: röm. kath.

E-Mail-Adresse: nicole.steinbauer@kabsi.at

Schulbildung

1989 – 1993: Grillparzer Volksschule II

1993 – 1997: Gymnasium, BRG/BORG St. Pölten,

1997 – 2001: Gymnasium, BORG St.Pölten

07.06.2001: Matura

Aus- und Weiterbildungen

2004: Ausbildung zur Telefonpraktikantin im „die möwe“ Kinderschutzzentrum

2005: Weiterbildung: Gesprächsführung in Krisensituationen

2006/2007: Ausbildung zur diplomierten Mentaltrainerin

2007: Weiterbildung: Kinderschutzzschulung an der Sigmund Freud Universität (SFU), Wien

2007 - 2009: Ausbildung zur Kinesiologin

Berufserfahrung und Praktika

1998/1999/2000: Ferialpraktika Sozialhilfe Magistrat St. Pölten

2002: Praktikum im SOS Kinderdorf, Bienenhaus, Therapiezentrum der SOS-Kinderdörfer ,2371 Hinterbrühl

2004: Kurz-Praktikum im Kinderschutzzentrum „die möwe“ St. Pölten

2004/2005: Langzeit-Praktikum im Kinderschutzzentrum „die möwe“

St. Pölten mit der Aufgabe der telefonischen Beratung der KlientInnen,

2006: Mitarbeiterin im Institut für empirische Sozialforschung(IFES), Wien

2007: diverse Schnuppertage in Behindertenheimen und -werkstätten in Krems, Schiltern, St. Pölten, Tulln, Maria Ponsee

2007: Betreuung geistig behinderter Erwachsener am Vormittag, sowie in Nacht- und Assitenzdiensten im Wonder- Mohnl-Haus, 3454 Maria Ponsee

Derzeitige berufliche Tätigkeiten

Seit 2003: Hauptberufliche Tätigkeit als Angestellte des Niederösterreichischen Hilfswerks, 3100 St. Pölten

Seit 2005: freiberufliche pädagogische Tätigkeiten in der psychotherapeutischen Praxis Marion Luksch (Therapie im Zentrum), 3002 Purkersdorf

Seit 2006: Mitarbeiterin der Bildungseinrichtung „Kinderschutzakademie“, 3002 Purkersdorf, Hauptplatz 6. Schwerpunkt: Leitung von Seminaren und Informationsveranstaltungen zu den Themengebieten „Kinderschutz“ und „Prävention“ im pädagogischen sowie sonderpädagogischen Kontext.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

St. Pölten, am 01.02.2011

Nicole Steinbauer