



Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen – Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention –

Endbericht

Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen – Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention – Endbericht

**Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und
Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld**

Dr. Monika Schröttle/Prof. Dr. Claudia Hornberg

unter Mitarbeit von:

Nadja Neder, Daniel Mecke, Olga Elli, Kathrin Vogt,
Christina Prediger und Kathrin Borchert

Inhalt

Einführung (Kurzfassung)	5
1. Einführung	13
2. Methodik und zentrale Forschungsfragen	14
2.1 Forschungsfragen	14
2.2 Methodische Umsetzung	15
2.2.1 Literaturanalyse und (Internet-)Recherchen	15
2.2.2 Die sekundäranalytische Auswertung der Daten	16
2.2.3 Analyse und Auswertung von Präventionsansätzen im Austausch mit Expertinnen und Experten und Fachkräften aus Wissenschaft, Behinderten- vertretungen und Einrichtungen	17
3. Lebenssituation, soziostrukturelle Zusammensetzung und Beeinträchtigungen von Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen	18
3.1. Die Situation psychisch erkrankter Frauen in Einrichtungen	18
3.1.1 Beeinträchtigungen und gesundheitliche Belastungen	18
3.1.2 Alter und Eintritt der Behinderung	24
3.1.3 Aktuelle Wohnsituation	25
3.1.4 Soziale Einbindung	30
3.1.5 Aktuelle Erwerbssituation und Ressourcen	35
3.1.6 Kindheit und Aufwachsen	37
3.1.7 Zusammenfassung: Lebenssituation und mögliche Risikofaktoren für Gewalt und Teilhabe einschränkungen im Leben psychisch erkrankter Frauen	42
3.2 Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen	44
3.2.1 Beeinträchtigungen und gesundheitliche Belastungen	44
3.2.2 Alter und Eintritt der Behinderung	50
3.2.3 Aktuelle Wohnsituation	52
3.2.4 Soziale Einbindung	54
3.2.5 Aktuelle Erwerbssituation und Ressourcen	58
3.2.6 Kindheit und Aufwachsen	63
3.2.7 Zusammenfassung: mögliche Risikofaktoren für Gewalt – Diskriminierung ...	70
4. Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben: Ausmaß, Risikofaktoren und Ursachenzusammenhänge	72
4.1. Gewalterfahrungen psychisch erkrankter Frauen	72
4.2 Gewalterfahrungen kognitiv beeinträchtigter Frauen	91
4.3 Ursachenzusammenhänge und Risikofaktoren für Gewalt und Barrieren bei der Unterstützungssuche	110
4.3.1 Analyse und Prüfung potenzieller Risikofaktoren	125
4.4 Zusammenfassung der Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen	157

5. Problemanalyse, Lösungsansätze und Maßnahmenvorschläge	161
5.1 Problemanalyse und Ansatzpunkte, die sich aus der empirischen Datenauswertung ergeben	161
5.2 Problemanalyse und Ansatzpunkte aus der Perspektive der sozialen Praxis (Ergebnisse des Workshops)	164
5.3 Maßnahmenvorschläge zur verbesserten Gewaltprävention in Einrichtungen	171
Literatur- und Quellenverzeichnis	179

Einführung (Kurzfassung)

Die in Medien, Politik, sozialer Praxis und Wissenschaft viel beachtete Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ im Auftrag des BMFSFJ (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2012/2013) war eine der ersten Studien, die mit einem breiten methodischen Zugang Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen, sowohl in Einrichtungen als auch in Privathaushalten, repräsentativ befragt hat. Sie zeigte ein gravierendes Ausmaß von Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen auf. Diese waren zwei- bis dreimal häufiger als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt unterschiedlichen Formen von Gewalt im Lebensverlauf ausgesetzt und hatten fast durchgängig Erfahrungen mit Diskriminierungen gemacht.

Auch Frauen mit Behinderungen, die in Einrichtungen leben, waren der Studie nach häufig von Gewalt betroffen. Es wurde außerdem sichtbar, dass sie einem hohen Maß an struktureller Benachteiligung ausgesetzt sind, welche Gewalt befördern und die Suche nach Unterstützung in Gewaltsituationen erschweren kann. Beides ist nicht mit den in der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschriebenen Rechten vereinbar.

Da in der politischen und sozialen Praxis ein hoher Bedarf besteht, aus den umfangreichen Daten der repräsentativen Studie weitere differenzierte Kenntnisse über die Ursachen und Risikofaktoren für Gewalt in *stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe* zu ziehen, wurde im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes eine vertiefende sekundäranalytische Sonderauswertung der Daten von insgesamt 401 in Einrichtungen lebenden Frauen durchgeführt. Es handelt sich dabei zum einen um 318 Frauen mit Lernschwierigkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen leben und die in vereinfachter Sprache befragt worden waren. Zum anderen wurden 83 psychisch erkrankte Frauen in stationären Wohneinrichtungen befragt.

Im Rahmen der Studie wurden Auswertungen zur Lebens- und Wohnsituation der in den stationären Einrichtungen lebenden Frauen sowie zu deren Gewalterfahrungen im Lebensverlauf mit einem Fokus auf Risikofaktoren und Barrieren für Schutz und Unterstützung Betroffener durchgeführt. Zudem wurden in Kooperation mit der Fachpraxis Maßnahmenvorschläge für die verbesserte Prävention und Intervention bei Gewalt in Einrichtungen entwickelt.

Kindheitserfahrungen und aktuelle Lebenssituation psychisch und kognitiv beeinträchtigter Frauen in Einrichtungen

Die aktuelle Lebenssituation der psychisch wie auch der kognitiv beeinträchtigten Frauen, die in stationären Einrichtungen leben, ist vielfach geprägt durch einen Mangel an Selbstbestimmung und Privatheit sowie einen unzureichenden Schutz der Intimsphäre. So stehen oft keine eigenen Wohnungen zur Verfügung, das Zusammenleben wird in (größeren) Wohngruppen organisiert, Bad- und Toilettenräume sind nicht abschließbar und der Alltag sowie die Lebensgestaltung werden durch Einrichtungsroutinen bestimmt und reglementiert. Vielen Frauen fehlen nach eigenen Angaben Rückzugsmöglichkeiten wie auch enge, vertrauensvolle Beziehungen; insgesamt ist die Möglichkeit, Sexualität, Paar- und Familienbeziehungen zu leben, in den Einrichtungen strukturell erheblich eingeschränkt oder gar nicht erst vorgesehen. Zudem

verfügen psychisch und kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen zumeist nur über geringe finanzielle, Bildungs- und berufliche Ressourcen. Wenn sie erwerbstätig sind, arbeiten sie zumeist in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen mit geringer Entlohnung. Auch hierdurch werden die Optionen für alternative, selbstbestimmte Lebensentwürfe außerhalb des stationären institutionellen Kontextes stark begrenzt.

Neben diesen strukturell bedingten Ähnlichkeiten in der aktuellen Lebenssituation der in Einrichtungen lebenden Frauen zeigten sich im Rahmen der Studie aber auch behinderungs- und lebensgeschichtlich bedingte Unterschiede. Ein zentraler Unterschied besteht darin, dass bei den befragten psychisch beeinträchtigten Frauen die Behinderungen häufig erst im Lebensverlauf eingetreten waren, während sie bei kognitiv beeinträchtigten Frauen überwiegend bereits seit der Kindheit bestehen. Eine weitere Differenz zeigt sich in den aufgrund der Erkrankung hohen psychischen Belastungen der psychisch beeinträchtigten Frauen. Kognitiv beeinträchtigte Frauen weisen zwar ebenfalls häufig multiple Beeinträchtigungen auf und benennen etwa zur Hälfte psychische Probleme. Subjektiv werden die eigenen Beeinträchtigungen von dieser Befragungsgruppe aber als weniger belastend wahrgenommen und ihre Lebenszufriedenheit ist insgesamt höher als die der psychisch beeinträchtigten Frauen.

Die Ergebnisse verweisen auf in hohem Maße vorbelastete Kindheits- und Gewalterfahrungen im Lebensverlauf der psychisch beeinträchtigten Frauen. So zeigen die Auswertungen auf, dass die psychisch erkrankten Frauen überwiegend vorbelastet sind durch problematische und schädigende Vorerfahrungen durch elterliche Gewalt und sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend, die sich häufig im Lebensverlauf in Form von häuslicher Gewalt durch Beziehungspartner und Familienangehörige fortsetzen. Zwar werden auch bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen Hinweise auf erhöhte Belastungen und Risiken in Kindheit und Jugend sichtbar: so sind viele nicht bei beiden Elternteilen aufgewachsen und der Anteil der in Heimen oder bei Pflegepersonen ganz/teilweise Untergebrachten ist hoch; auch lässt sich gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt eine deutlich erhöhte Betroffenheit durch sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend feststellen. Dennoch scheinen aber gerade im Vergleich mit den psychisch beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen bei der Mehrheit der kognitiv beeinträchtigten Frauen keine hoch belasteten Kindheiten vorzuliegen. Aus diesen Ähnlichkeiten und Unterschieden ergeben sich auch zum Teil vergleichbare, aber auch unterschiedlich gelagerte Risikofaktoren für aktuelle Gewaltbelastungen.

Gewaltbetroffenheit(en) und Gewaltkontexte

Die Studienergebnisse zeigen auf, dass sowohl die psychisch wie auch die kognitiv beeinträchtigten Frauen im Erwachsenenleben in deutlich höherem Maße von psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt betroffen sind als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Allerdings haben die psychisch erkrankten Frauen mit Abstand am häufigsten Gewalt im Erwachsenenleben berichtet: 92 % haben seit dem 16. Lebensjahr unterschiedliche Formen psychischer Gewalt erlebt, 78 % körperliche Gewalt und 42 % sexuelle Gewalt; darüber hinaus waren 70 % von sexueller Belästigung betroffen. Gewalt stellt im Leben vieler Frauen mit psychischen Erkrankungen eine fortgesetzte Erfahrung im Lebensverlauf dar; viele waren bereits vor Eintreten der Behinderung sowie außerhalb der Einrichtungen insbesondere von häuslicher Gewalt betroffen. Umso problematischer ist es, wenn die Gewalt auch in der aktuellen Lebens-

situation fortbesteht und nicht beendet bzw. verhindert werden kann. Ein nicht unerheblicher Teil der psychisch erkrankten Frauen ist nach eigenen Angaben auch in der aktuellen Lebenssituation von Gewalt betroffen. So berichtete etwa die Hälfte der Befragten (51 %) das Erleben psychischer Gewalt in den letzten zwölf Monaten und 17 % waren in diesem Zeitraum von körperlicher Gewalt betroffen. Sexuelle Gewalt in den letzten zwölf Monaten erlebt zu haben, gaben 4 % der Frauen an und sexuelle Belästigung in diesem Zeitraum 29 %.

Zwar liegen für kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen keine Angaben zu Gewalt in den letzten zwölf Monaten vor.¹ Die Auswertung zeigt aber auf, dass auch Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, in ihrem Erwachsenenleben mehrheitlich von Gewalt betroffen sind oder waren. So gaben mehr als zwei Drittel der Befragten (68 %) psychische Gewalt oder psychisch verletzende Handlungen an, über die Hälfte (52–58 %)² waren von körperlichen Übergriffen betroffen und gut jede Fünfte (21 %) hat erzwungene sexuelle Gewalthandlungen erlebt. Von sexueller Belästigung waren fast 40 % betroffen. Auffällig hoch ist hier der Anteil der Frauen, die zu Fragen nach sexueller Gewalt und sexueller Belästigung keine Angaben gemacht haben (11–23 %), was auf ein gegenüber anderen Befragungsgruppen erhöhtes Dunkelfeld und eine mögliche Untererfassung hindeuten kann.

Im Vergleich der Untersuchungsgruppen fällt auf, dass körperliche und sexuelle Gewalt von psychisch erkrankten Frauen weit überwiegend im häuslichen Kontext erlebt wurde (allen voran durch Partnerinnen und Partner, gefolgt von anderen Familienangehörigen), seltener aber in Einrichtungen oder anderen Lebenskontexten. Demgegenüber waren kognitiv beeinträchtigte Frauen neben Gewalt durch Partnerinnen und Partner und Familienangehörige häufiger auch von Gewalt durch Personen in den Wohnheimen und Werkstätten betroffen. Das verweist darauf, dass im Hinblick auf die Prävention sexueller und körperlicher Gewalt bei Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen unterschiedliche Tatkontexte fokussiert werden müssen: einerseits die in den Einrichtungen lebenden und arbeitenden Personen, andererseits auch Familienangehörige und Paarbeziehungen und zudem der öffentliche Raum mit unbekannten oder wenig bekannten Personen. Bisherige Ansätze haben diese unterschiedlichen Gefährdungskontexte für unterschiedliche Betroffenengruppen noch wenig in den Blick genommen.

Neben der manifesten Gewalt spielt auch latente Gewalt eine nicht unerhebliche Rolle. Zwar haben beide Befragungsgruppen mit Abstand am häufigsten Unsicherheitsgefühle und Ängste in Bezug auf fremde und kaum bekannte Personen im öffentlichen Raum geäußert. Darüber hinaus benennt aber jede sechste bis siebte in einer Einrichtung lebende Frau Ängste und Unsicherheitsgefühle, die sich auf potenzielle Gewalt durch Personen in der Einrichtung – insbesondere durch andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, aber auch durch Personal beziehen. Hier wird sichtbar, dass das Leben in den Einrichtungen von einem relevanten Teil der Frauen als bedrohlich und unzureichend sicher oder geschützt wahrgenommen wird.

1 Detaillierte Fragen zur zeitlichen Zuordnung wurden im Fragebogen in vereinfachter Sprache nicht gestellt aufgrund der oft eingeschränkten Fähigkeit kognitiv beeinträchtigter Frauen, exakte Zeiträume für Lebensereignisse retrospektiv zu benennen.

2 58 % gaben körperliche Gewalt an; bei 52 % war diese nach Angaben der Betroffenen eindeutig im Erwachsenenleben aufgetreten.

Risikofaktoren für Gewalt

Im Rahmen der Risikofaktorenanalyse konnten folgende Ursachenzusammenhänge und gewaltbegünstigende Faktoren für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen gefunden werden.

- Es wurde sichtbar, dass spezifische **Formen und Ausprägungen von Behinderungen** mit einer erhöhten Vulnerabilität einhergehen können, Opfer von Gewalt zu werden, weil sie mit einer eingeschränkten Wehrhaftigkeit und/oder spezifisch gefährdenden Lebens- und Abhängigkeitssituationen und/oder spezifischen Reaktionen der Umwelt einhergehen. Besonders gefährdet sind der Untersuchung nach und in Übereinstimmung mit bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen Frauen mit psychischen Erkrankungen, kognitiv beeinträchtigte Frauen, Frauen mit schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen sowie Frauen mit erheblichen Hör-, Sprech- und Sehbeeinträchtigungen. Darüber hinaus sind Frauen, die in erhöhtem Maße im täglichen Leben beeinträchtigt und auf Unterstützung angewiesen und insofern auch abhängiger sind, vulnerabler, Opfer von Gewalt zu werden. Das Risiko, *Opfer von Gewalt in einer stationären Einrichtung* zu werden, ist für kognitiv beeinträchtigte Frauen höher als für psychisch erkrankte Frauen. Das Risiko, Opfer von *multipler Gewalt im Lebensverlauf* geworden zu sein, ist für psychisch erkrankte Frauen am höchsten, wobei hier fortgesetzte Gewalt in engen sozialen Beziehungen auch maßgeblich mit zur psychischen Beeinträchtigung beigetragen haben kann.
- **Schädigende und beeinträchtigende (auch gewaltsame) Kindheitserfahrungen** sind, wie alle bisherigen Studien aufzeigen und wie auch die vorliegende Auswertung bestätigt, ein zentraler Risikofaktor für Gewalt im Erwachsenenleben. Auch die in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen waren dann am häufigsten von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn sie bereits in Kindheit und Jugend Opfer von körperlicher, sexueller und/oder psychischer Gewalt geworden waren. Darüber hinaus konnten biografische Brüche in Kindheit und Jugend, das Aufwachsen bei nur einem Elternteil sowie die frühe Unterbringung in Einrichtungen das Risiko für Gewalt im Lebensverlauf erhöhen. Hinzu kommt das Problem der unzureichenden Förderung und Schwächung des Selbstbewusstseins im Rahmen der Sozialisation der Frauen, welches ebenfalls nachweislich mit einer erhöhten Betroffenheit durch Gewalt und einer verminderten Wehrhaftigkeit der Frauen im Erwachsenenleben einhergeht. Insbesondere kognitiv beeinträchtigte Frauen waren dann seltener von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn die Eltern als zugewandt, wertschätzend und liebevoll beschrieben wurden. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass der Schutz und die Förderung von Kindern, aber auch die Unterstützung von Eltern behinderter Kinder maßgebliche Ansatzpunkte für eine wirkungsvolle Gewaltprävention sein können.
- **Geringe berufliche, ökonomische, soziale und psychosoziale Ressourcen:** Der Zusammenhang von *Bildung, sozioökonomischen Ressourcen* und Gewalt konnte für die Untersuchungsgruppen der Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen nicht statistisch nachgewiesen werden, da zu wenige Frauen der Untersuchungsgruppe in diesem Bereich über entsprechende Ressourcen verfügen. Auch bestehen in der internationalen Forschung dazu widersprüchliche Einschätzungen. Da aber Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen sehr häufig geringe Bildungs-, berufliche und ökonomische Ressourcen haben, ist davon auszugehen, dass dies ihre Chancen, sich gegen Gewalt zur Wehr zu setzen und aus Gewaltverhältnissen zu lösen, deutlich erschwert. In Bezug auf *soziale Ressourcen* konnte die Studie feststellen, dass Frauen in Einrichtungen, die enge, vertrauensvolle Beziehungen haben, weniger häufig Opfer von

Gewalt wurden. Sofern diese Gewalt erlebt hatten, konnte zudem die Gewalt häufiger institutionell aufgedeckt und polizeilich bekannt werden; auch suchten diese Frauen eher Unterstützung durch Dritte. Insofern stellen das Vorhandensein und eine hohe *Qualität* enger sozialer Beziehungen einen protektiven Faktor im Hinblick auf Gewalt und Gewaltfolgen dar. Darüber hinaus sind *psychische und psychosoziale Ressourcen* der Studie nach protektive Faktoren für Gewalt: Frauen, die auch aufgrund günstigerer Sozialisationsbedingungen und stärkender sozialer Umfelder höhere Chancen haben, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln, sind seltener von Gewalt betroffen, können sich besser gegen diese zur Wehr setzen und im Gewaltfall eher Unterstützung finden. Frauen, die sich unzureichend ernst genommen und weniger respektvoll behandelt fühlten, waren demgegenüber deutlich häufiger von Gewalt betroffen. Dies verweist auf die hohe Bedeutung gerade auch von sozialen und psychosozialen Ressourcen und ihrer Stärkung für die Gewaltprävention.

- **Lebensbedingungen in stationären Einrichtungen:** Zwar sind Frauen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, nicht generell häufiger von Gewalt betroffen als Frauen mit Behinderungen in privaten Haushalten; die Lebenssituation in Einrichtungen ist aber mit spezifischen Risikokonstellationen verbunden, die insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Frauen die Gefahr, Opfer von Gewalt durch andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und Personal zu werden, erhöht. Darüber hinaus deuten die in beiden Befragungsgruppen geäußerten Angst- und Bedrohungsgefühle im Hinblick auf Gewalt durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner (eingeschränkt auch durch Personal) auf ein Klima latenter Gewalt hin. *Risikofaktoren* für erhöhte Gefährdungen durch Gewalt in Einrichtungen sind der Analyse nach: das Fehlen enger, vertrauensvoller Beziehungen, das Angewiesensein auf Unterstützung bei der Körperpflege und das Fehlen einer Kultur des Ernstnehmens, des respektvollen und grenzwahrenden Umgangs sowie des Eingehens auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner.
- Der Auswertung der Daten nach bilden **gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen und Diskriminierungen** einen maßgeblichen Ursachenzusammenhang, auch für Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen. Frauen, die in erhöhtem Maße von Diskriminierungen, Einschränkungen und Bevormundung sowie einem unzureichend respektvollen Umgang betroffen waren, haben erheblich häufiger Gewalt im Erwachsenenleben, in der Einrichtung und in der aktuellen Lebenssituation erfahren.
- Das **weitgehende Fehlen von (internen und externen) Unterstützungsangeboten** stellt einen weiteren Risikofaktor dar. Die Studienergebnisse verweisen darauf, dass Frauen in Einrichtungen im Falle einer Gewaltbetroffenheit kaum auf wirkungsvolle Schutz- und Unterstützungsangebote zurückgreifen können. Wenn im Gewaltfall von den Betroffenen überhaupt Dritte informiert und eingeschaltet werden, handelt es sich zumeist um Eltern und Betreuungspersonen, die aber oft interne Lösungen präferieren, welche nur bedingt wirkungsvoll sind und keinen nachhaltigen Schutz, gerade auch vor Täterinnen und Tätern mit Behinderungen in Einrichtungen, bieten. Eine selbstständige Inanspruchnahme externer Angebote und Institutionen, etwa von Beratungsstellen, Frauenhäusern und Polizei, ist insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen bislang kaum möglich.

Erforderliche Maßnahmen

Aus der empirischen Risikofaktorenanalyse lassen sich Ansatzpunkte für eine verbesserte Prävention und Intervention im Hinblick auf Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen ableiten. Zudem wurden im Rahmen der Studie in einem *Workshop* mit Praktikerinnen und Praktikern aus der Verbandsarbeit, der Lobbyarbeit für Menschen mit Behinderungen und aus der Arbeit in Einrichtungen Probleme und Erfahrungen sowie mögliche Lösungen für eine verbesserte Gewaltprävention in Einrichtungen erarbeitet. Aus beiden Quellen wurden schließlich Maßnahmvorschläge für die Umsetzung in Politik, sozialer Praxis und Verwaltung abgeleitet. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf drei Bereiche:

(1) Maßnahmen zur Primärprävention und zum generellen Empowerment

In der Studie wurde sichtbar, dass Maßnahmen zur Primärprävention von Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen erforderlich sind, die sich zum einen auf den besseren Schutz von Kindern mit und ohne Behinderungen vor Gewalt und sexuellem Missbrauch beziehen, um Schädigungen und fortgesetzte Gewalt im Lebensverlauf zu verhindern. Zum anderen ist eine spezifische Förderung und Stärkung von Kindern mit Behinderungen und ihren Eltern erforderlich, um dem Risiko von Gewalt im Vorfeld entgegenzuwirken. Darüber hinaus sind generelle Maßnahmen zum Empowerment von Frauen mit Behinderungen sinnvoll, die neben Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungstrainings auf eine Stärkung der (Selbst-)Vertretungsstrukturen und aktiven (politischen) Beteiligung abzielen. Dazu gehört auch die Stärkung der psychischen und psychosozialen sowie ökonomischen und beruflichen Ressourcen von Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen, die eine zentrale Basis für ein selbstbestimmtes und gewaltfreies Leben bildet.

(2) Maßnahmen zum verbesserten Schutz und zur Unterstützung und Intervention bei Gewalt in Einrichtungen

Die Analyse der unterschiedlichen Risiken verweist auf die Notwendigkeit *zielgruppenspezifischer* und auf *unterschiedliche Gewaltkontexte* bezogener Präventions- und Interventionskonzepte zum Abbau von Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen und zur besseren Unterstützung Betroffener. Mit Blick auf *körperliche und sexuelle Gewalt in Einrichtungen* muss insgesamt ein stärkerer Fokus auf Gewalt durch andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in Einrichtungen gelegt werden. Hier sind zum Schutz vor Gewalt in Einrichtungen Interventionsstrategien für fremdgefährdende Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und zu implementieren. Gewaltpräventive Aktivitäten in Bezug auf potenzielle Gewalt durch Personal sollten zudem auch psychische und strukturelle Gewalt, grenzverletzende Umgangsweisen sowie Einschränkungen im Selbstbestimmungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner in den Blick nehmen.

Generell ist ein Ausbau qualifizierter interner und externer niedrigschwelliger Unterstützungs- und Beratungsangebote erforderlich, der in Kooperation der Einrichtungen mit bestehenden Angeboten bzw. Institutionen zum Schutz gewaltbetroffener Frauen jeweils vor Ort entwickelt werden muss. Gute Erfahrungen im Bereich der internen Anlaufstellen wurden zum einen mit neutralen zentralen Anlaufstellen innerhalb der Einrichtungen gemacht, in denen bei (Verdacht auf) Gewalt Informationen gesammelt werden und das weitere Vorgehen

abgestimmt wird. Zum anderen wurde das Konzept der Frauenbeauftragten in Einrichtungen³ als erfolgreich und niedrigschwellig für Betroffene eingeschätzt, wenn es in ein umfassendes internes Konzept zur Gewaltprävention in der Einrichtung eingebunden ist. Darüber hinaus sollten Vernetzungen mit externen Beratungsstellen geknüpft und die Begleitung von Frauen zu externen Angeboten im Hilfebedarf festgeschrieben werden. Als sehr positiv und niedrigschwellig haben sich darüber hinaus feste Sprechstunden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern externer Fachberatungsstellen in den Einrichtungen erwiesen.

Zum Schutz der in Einrichtungen lebenden Menschen sind im Rahmen einrichtungsinterner Leitlinien und Rahmenkonzepte sowie bei der Implementierung im Qualitätsmanagement verbindliche Handlungsabläufe für den Umgang mit Verdachtsfällen auf (sexuelle) Gewalt festzulegen. Diese sind als Leitungsaufgabe zu verankern und in kontinuierlichen Schulungen an die Mitarbeitenden der Einrichtungen zu vermitteln. Nutzerin und Nutzer der Einrichtungen sollten konsequent in die Planung und Vorbereitung sowie die Umsetzung entsprechender Qualitätsstandards einbezogen werden. Dafür sind zusätzliche Zeitfenster und Ressourcen einzuplanen. Zudem sollten in den Einrichtungen im Rahmen von Schulungen und systematischem Qualitätsmanagement folgende Themenbereiche reflektiert werden: der Umgang mit Nähe und Distanz sowie Grenzüberschreitungen im Einrichtungsalltag, das Recht der Nutzerinnen und Nutzer auf Selbstbestimmung in allen sie betreffenden Angelegenheiten, sexuelle Aufklärung und Selbstbestimmung, der Zusammenhang von Macht und Gewalt in Einrichtungen, der Umgang mit gewalttätigen bzw. fremdgefährdenden Nutzerinnen und Nutzer sowie die Reflexion und Veränderung struktureller Rahmenbedingungen, die Selbstbestimmung beeinträchtigen, Gewalt fördern und den Rechten von Menschen mit Behinderungen, wie sie auch in der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben sind, entgegenstehen. In der Untersuchung ist deutlich geworden, dass Fragen des konkreten respektvollen Umgangs in Alltagssituationen, des Ernstnehmens, der Achtung von Bedürfnissen und der Aufmerksamkeit und Wahrung von Grenzen in Bezug auf die Privat- und Intimsphäre der Nutzerinnen und Nutzer zentral sind für eine wirksame Gewaltprävention in Einrichtungen. Diese Aspekte sollten systematische Beachtung in Alltag und Organisation der Einrichtungen finden.

(3) Rechtliche, politische und gesellschaftliche Veränderungen

Die Studie konnte zeigen, dass auch die rechtlichen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen maßgeblich zur hohen Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen und zum unzureichenden Schutz Betroffener beitragen. Im Bereich Recht und Strafverfolgung bei Gewalt gegen Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen wurden erhebliche Defizite identifiziert, die auf die Notwendigkeit rechtspolitischer und rechtspraktischer Veränderungen verweisen. Notwendig sind unter anderem Sensibilisierungsmaßnahmen und Schulungen für alle an der Strafverfolgung beteiligten Berufsgruppen, damit diese besser mit behinderten Zeuginnen und Zeugen umgehen und deren Aussagen realistischer einschätzen können. Erforderlich sind außerdem barrierefreie Zugänge zur Justiz, professionelle Prozessbegleitung, die Verbesserung der Stellung von Menschen mit Behinderungen im Verfahrensrecht sowie **eine Prüfung hinsichtlich notwendiger** Veränderungen im

³ Dabei werden Mitbewohnerinnen der Einrichtungen zu Frauenbeauftragten ausgebildet und fungieren als Ansprechpersonen für Frauen bei Problemen. Genauere Informationen zu dem Angebot finden sich im Internet unter: <http://www.weibernetz.de/frauenbeauftragte/>

Gewaltschutzgesetz und in der Strafgesetzgebung zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Darüber hinaus muss eine ausreichende Finanzierung und Ausstattung der Einrichtungen und Institutionen gewährleistet sein, damit dort die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen gefördert und strukturelle wie personale Gewalt abgebaut werden kann. Auch für den Aufbau barrierefreier externer und interner Unterstützungsangebote für von Gewalt betroffene Frauen (und Männer) in Einrichtungen müssen von politisch-administrativer Seite entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist darüber hinaus eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit erforderlich. Diese sollte sich zum einen auf die Vermittlung barrierefreier Informationen über Anlaufstellen und Unterstützungsmöglichkeiten für von Gewalt betroffene Frauen mit Behinderungen beziehen; zum anderen auf die Stärkung der Betroffenen und ihrer Umfeldler, das Recht von Frauen mit Behinderungen auf ein gewaltfreies und selbstbestimmtes Leben einzufordern und durchzusetzen. Darüber hinaus ist ein Abbau von gesellschaftlichen Diskriminierungen gegenüber Menschen mit Behinderungen, auch in Form von gezielter, Stereotypisierungen entgegenwirkender Öffentlichkeitsarbeit, eine wichtige Basis für die Prävention von Gewalt und die generelle Stärkung Betroffener.

1.

Einführung

Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen sind in den letzten Jahren verstärkt in das Zentrum der wissenschaftlichen sowie politischen und öffentlichen Diskussion gerückt. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zum Abbau von Diskriminierungen und zur Förderung und Gewährleistung von Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, aber auch zum konsequenten Schutz vor Gewalt. Mit Blick auf Mädchen und Frauen mit Behinderungen werden in der UN-BRK das Vorliegen von Mehrfachdiskriminierungen und die erhöhte Vulnerabilität in Bezug auf Gewalt hervorgehoben.

Die in Medien, Politik, sozialer Praxis und Wissenschaft viel beachtete Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ im Auftrag des BMFSFJ (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2012/2013) war eine der ersten Studien, die mit einem breiten methodischen Zugang Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen, sowohl in Einrichtungen als auch in Privathaushalten, repräsentativ befragt hat. Sie zeigt ein sehr gravierendes Ausmaß von Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen auf. Behinderte Frauen waren der Studie nach zwei- bis dreimal häufiger als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt unterschiedlichen Formen von Gewalt im Lebensverlauf ausgesetzt und sie hatten fast durchgängig Erfahrungen mit Diskriminierungen gemacht (ebd.). Auch Frauen in Einrichtungen waren häufig von Gewalt betroffen und es wurde sichtbar, dass sie einem hohen Maß an struktureller Benachteiligung ausgesetzt sind, welches Gewalt befördern und die Suche nach Unterstützung in Gewaltsituationen erschweren kann. Beides ist nicht mit den in der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschriebenen Rechten vereinbar.

In der politischen und sozialen Praxis besteht ein hoher Bedarf, aus den umfangreichen Daten der repräsentativen Studie weitere differenzierte Kenntnisse über die Ursachen- und Risikofaktoren für Gewalt in *stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe* zu ziehen. Dies kann Ansatzpunkte für verbesserte Prävention und Intervention aufzeigen.

In dem vorliegenden Forschungsprojekt wurde deshalb eine vertiefende sekundäranalytische Auswertung der Daten von insgesamt 401 in Einrichtungen lebenden Frauen durchgeführt. Zudem wurden Maßnahmenvorschläge für die Prävention und Intervention von Gewalt in Einrichtungen erarbeitet, die sich einerseits aus dem aktuellen Kenntnisstand in Praxis und Wissenschaft ableiten, andererseits aus den Untersuchungsergebnissen und ihrer Reflexion in Kooperation mit der Fachpraxis.

2. Methodik und zentrale Forschungsfragen

2.1 Forschungsfragen

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Fragestellungen zur Lebenssituation sowie zu Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen untersucht, die eine weitere Differenzierung und Vertiefung der Vorgängerstudie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ darstellen. Die Untersuchung bezieht sich auf die beiden größten in stationären Einrichtungen lebenden Gruppen von Frauen mit Behinderungen, und zwar auf:

- a) psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, sowie
- b) Frauen mit Lernschwierigkeiten und sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden.

Zentrale Fragestellungen der Analyse waren:

- Wie stellen sich die Lebens- und Wohnsituationen unterschiedlicher Zielgruppen von Frauen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen leben, dar?
- In welchem Maße haben die Frauen unterschiedlicher Zielgruppen Gewalt in Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenleben (vor/nach Eintreten der Behinderung) erlebt? Durch wen wurde die Gewalt verübt?
- In welchem Maße wurde die Gewalt außerhalb und innerhalb von Einrichtungen (durch Personen aus der Einrichtung) erlebt? Wo können hohe Dunkelfelder in Bezug auf die Benennung und Aufdeckung von Gewalt vermutet werden? Wie wurde auf die Gewalt vonseiten der Betroffenen und der Institutionen reagiert?
- Zeigen sich in dem Datenmaterial Hinweise auf besonders stark gefährdete oder besonders vulnerable Gruppen? Welche Risikofaktoren oder Risikokonstellationen können Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen begünstigen?
- Wo zeigen sich besonders hohe psychosoziale/physische Belastungen bei Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen? Können Zusammenhänge zwischen psychischer/physischer Gesundheit, Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen sowie der aktuellen Lebens-, Wohn- und Betreuungssituation festgestellt werden?
- Wo und gegenüber welchen Frauen, die in Einrichtungen leben, zeigen sich in erhöhtem Maße strukturelle und personale Diskriminierungen? Wo und in welchem Maße sind diese als Menschenrechtsverletzungen einzustufen?
- Welche Unterschiede lassen sich im Hinblick auf Aspekte der Sexualaufklärung und Reproduktion (Sexualität, Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaftsverhütung, Erfüllung des Kinderwunsches sowie die Möglichkeit, eine Familie zu gründen und Kinder aufzuziehen etc.) feststellen? Gibt es Hinweise auf generationelle, einrichtungsspezifische oder andere Unterschiede?

- Welche erfolgreichen Ansätze der Gewaltprävention und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und der Stärkung ihrer Selbstbestimmung in Einrichtungen gibt es bislang auf nationaler/internationaler Ebene? Wo und in welcher Verbreitung werden diese bislang in Deutschland umgesetzt? Mit welchen Ergebnissen?
- Welche Präventionsansätze und Empfehlungen für Praxis und Politik lassen sich aus den Studienergebnissen und ihrer Reflexion durch Wissenschaft und Fachpraxis ableiten?
- Wie können die Menschenrechte von in Einrichtungen lebenden Frauen künftig konsequenter realisiert werden? Wo besteht ein besonderer Handlungsbedarf? Welche Akteurinnen und Akteure bzw. Berufsgruppen sind hierbei relevant? Welche politischen und strukturellen Veränderungen sind erforderlich?

2.2 Methodische Umsetzung

Die Umsetzung der Untersuchung, die von November 2012 bis Juli 2013 durchgeführt wurde, basiert auf folgenden Arbeitsschritten:

2.2.1 Literaturanalyse und (Internet-)Recherchen

Vorbereitend wurden in den ersten Projektmonaten wissenschaftliche Literaturanalysen sowie systematische Recherchen im Internet und nach sog. grauer Literatur durchgeführt, um den aktuellen Kenntnis- und Forschungsstand zu zwei wichtigen, in der vorliegenden Studie zu bearbeitenden Teilbereichen zu eruieren:

- a) Zu bislang durchgeführten empirischen Untersuchungen, die Kenntnisse über Ausmaß und Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen innerhalb (und außerhalb) von Einrichtungen hervorgebracht haben. Diese dienten der Einordnung der aktuellen Studienergebnisse und der Vorbereitung der sekundäranalytischen Risikofaktorenanalyse. Die Ergebnisse sind zudem in die Auswertung und Interpretation der quantitativen Daten eingeflossen.
- b) Zu bisherigen Ansätzen der Gewaltprävention in Einrichtungen der Behindertenhilfe und zu Erkenntnissen im Hinblick auf deren Wirkungen und Wirksamkeit. Dabei wurden sowohl wissenschaftliche Evaluationen gesichtet und ausgewertet als auch sogenannte graue Literatur aus der Arbeit der Träger von Wohneinrichtungen und aus der Lobbyarbeit von Behindertenverbänden sowie der politischen Arbeit (z. B. Landes-Aktionspläne), welche überwiegend über das Internet, aber auch über direkte Kontakte mit der Fachpraxis eruiert wurden.

Letztere dienten, zusammen mit einem Workshop und weiteren Informationen aus Fachtagungen und Expertinnen- und Expertengesprächen, der Erarbeitung von Empfehlungen und Maßnahmenvorschlägen für die verbesserte Prävention, Intervention und Unterstützung der von Gewalt betroffenen Frauen in Einrichtungen.

2.2.2 Die sekundäranalytische Auswertung der Daten

Die sekundäranalytische Datenauswertung der vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen Studie *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland* (s. Schröttle/Hornberg et al. 2012/2013) bildet den ersten und umfassendsten Teil der vorliegenden Studie. Ihr zentrales Ziel war es, sowohl für die in vereinfachter Sprache in Einrichtungen befragten Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen als auch für die psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen vertiefende Informationen zur aktuellen Lebens- und Wohnsituation, zu aktuellen und früheren Gewalterfahrungen sowie zu Risikofaktoren für Gewalt und Diskriminierungserfahrungen zu gewinnen.

Dazu wurden zunächst die **Untersuchungsgruppen** im Hinblick auf ihre Zusammensetzung geprüft und zum Teil modifiziert:

- (1) Der Datensatz der Frauen mit Lernschwierigkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen umfasst Interviews mit 318 Frauen, die in Einrichtungen für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen leben. Sie wurden im Rahmen der Vorgängerstudie mit einem vereinfachten Fragebogen durch ein spezifisch geschultes Interviewerinnenteam so befragt, dass auch Vergleiche mit anderen Untersuchungsgruppen möglich sind.¹ Dieser Datensatz wurde wie in der Ursprungsstudie beibehalten.
- (2) Der zweite Datensatz umfasst 83 psychisch erkrankte Frauen, die in stationären Wohneinrichtungen leben. Um diesen zu generieren, wurde der ursprünglich 102 Interviews umfassende Datensatz von Frauen in Einrichtungen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, reduziert um 19 Frauen mit körperlichen und mehrfachen Behinderungen. Als psychisch erkrankt gelten Frauen, bei denen Hinweise auf eine psychische Erkrankung vorliegen. Um den Datensatz auf diese zu begrenzen, wurden aus dem Datensatz in allgemeiner Sprache alle Frauen herausgefiltert, bei denen sich sowohl in den strukturierten und offenen Fragen als auch in den Angaben der Interviewerinnen keine Hinweise auf psychische Erkrankungen zeigen.² Es handelte sich dabei um insgesamt 19 Frauen, die überwiegend körperliche Bewegungseinschränkungen haben, u. a. aufgrund von (Querschnitts-)Lähmungen, multipler Sklerose sowie spastischen Lähmungen, und die teilweise im Rollstuhl sitzen (10 Frauen), sowie um fünf Frauen mit starken Sehbehinderungen und vier Frauen, die epileptische Anfälle und teilweise kognitive Beeinträchtigungen haben. Viele dieser Frauen haben mehrfache Behinderungen. Obwohl auch die schwerstkörper- und mehrfach behinderten Frauen in Einrichtungen eine wichtige Gruppe im Hinblick auf Gewalterfahrungen darstellen, sind ihre Fallzahlen für weiter vertiefende Analysen in der vorliegenden Studie zu gering und ihre Beeinträchtigungen zu unterschiedlich für eine fokussierte Auswertung dieser Gruppen. Deshalb wurde die Entscheidung getroffen, im Rahmen der vorliegenden Studie neben den kognitiv beeinträchtigten Frauen nur die Gruppe der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen zu untersuchen.

1 Vgl. zur Methodik der Befragung in vereinfachter Sprache: Schröttle/Glammeier/Hornberg et al. (2013), Langfassung.

2 Hinweise auf psychische Erkrankungen wurden nicht anhand der Itemliste zu psychischen Problemen ermittelt, sondern anhand von offenen Nennungen zu Diagnosen (zum Beispiel Psychosen, Schizophrenie, Borderline-Störungen) und/oder einem hohen Maß an angegebenen massiveren psychischen Problemen (Zwangsstörungen, Suizidalität) mit zusätzlicher stationärer Therapie + Medikamenteneinnahme aufgrund der psychischen Probleme.

Für die sekundäranalytische Auswertung wurden zunächst noch einmal die Untersuchungsgruppen im Hinblick auf Behinderungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen, Lebens- und Wohnsituation, soziostrukturelle Merkmale, Unterstützung und soziale Einbindung sowie Kindheitserfahrungen eingehender beschrieben, um darauf aufbauend potenzielle Risikofaktoren für erhöhte Gewaltbelastungen anhand von bi- und multivariaten Auswertungsverfahren zu untersuchen. Abschließend wurde für jede Untersuchungsgruppe eine vertiefende Analyse in Bezug auf strukturelle und personale Diskriminierungen vorgenommen und im Fazit eine zusammenfassende Beschreibung von Ursachenzusammenhängen und Risiken für Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen gegeben.

2.2.3 Analyse und Auswertung von Präventionsansätzen im Austausch mit Expertinnen und Experten und Fachkräften aus Wissenschaft, Behindertenvertretungen und Einrichtungen

Im zweiten Teil der Untersuchung wurden bisherige Präventionsansätze in Einrichtungen sowie Ansätze zur Unterstützung gewaltbetroffener Frauen in Einrichtungen systematisch im Hinblick auf Inhalte, Wirkungen und Wirksamkeit ausgewertet. Quellen hierfür waren einerseits die oben genannten Literatur- und Internetrecherchen, andererseits Informationen aus Fachveranstaltungen, an denen die beteiligten Wissenschaftlerinnen vor und während der Projektlaufzeit teilgenommen haben, sowie Informationsgespräche mit Expertinnen und Experten aus der multiprofessionellen Praxis und interdisziplinären Forschung. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bildeten die inhaltliche Basis für einen Workshop mit Vertreterinnen und Vertreter und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtungen, Trägerinnen und Träger und Verbände sowie Interessenvertretungen behinderter Frauen/Männer, der in der Endphase des Projektes durchgeführt wurde. Dabei wurden gezielt 20 Fachkräfte eingeladen, die sich in ihren Arbeitsbereichen bereits mit der Gewaltproblematik auseinandergesetzt haben, um bisherige positive/negative Erfahrungen mit Gewaltprävention in Einrichtungen zu reflektieren und weiterführende Ansätze sowie erforderliche Maßnahmen auf unterschiedlichen Akteursebenen zu diskutieren. Das daraus erstellte Protokoll wurde themenspezifisch ausgewertet im Hinblick auf Problembereiche, Lösungsansätze und wirkungsvolle Maßnahmen bzw. Empfehlungen, aus denen weiterführende Maßnahmenvorschläge abgeleitet wurden.

3.

Lebenssituation, soziostrukturelle Zusammensetzung und Beeinträchtigungen von Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen

3.1. Die Situation psychisch erkrankter Frauen in Einrichtungen

3.1.1 Beeinträchtigungen und gesundheitliche Belastungen

Frauen mit psychischen Erkrankungen in stationären Einrichtungen sind eine insgesamt hoch belastete Gruppe, sowohl, was schwierige und (gewalt-)belastete Kindheits- und Lebenserfahrungen betrifft, als auch im Hinblick auf psychische und soziale Probleme sowie multiple gesundheitliche Beeinträchtigungen. Dies zeigen auch die Daten der vorliegenden Studie auf.

Psychische Probleme

In der im Folgenden sekundäranalytisch ausgewerteten Studie von Schröttle/Hornberg et al. 2013³ wird eine hohe psychische Belastung der Frauen sichtbar. So benannten die befragten psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen mehrheitlich fünf und mehr psychische Probleme. Über die Hälfte gab depressionstypische Probleme wie lang anhaltende oder wiederkehrende Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit, niedergedrückte Stimmung oder häufiges Gefühl innerer Leere an; jede zweite bis dritte berichtete darüber hinaus eingeschränkte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, häufige Stimmungswechsel sowie Suizidalität. Etwa jede Zweite gab darüber hinaus psychische Probleme an, die auf einen Zusammenhang mit Traumatisierungen verweisen, etwa wiederkehrende Erinnerungsbilder an extrem belastende Situationen, Erinnerungslücken sowie das Vermeiden von Situationen, Sinneseindrücken oder Orten, die an ein belastendes Ereignis erinnern. Vielfach wurden zudem auch Wahrnehmungsstörungen, Angst- und Panikgefühle sowie Zwangshandlungen oder -gedanken genannt, außerdem Identitätsprobleme, Depersonalisations- oder Fremdheitsgefühle, etwa das Gefühl, „nicht man selbst zu sein“, „sich selbst völlig fremd zu sein“, „nicht mehr im eigenen Körper zu sein“. Zudem wurden bei der Frage nach psychischen Problemen Selbstverletzungen, Probleme im Kontakt mit anderen Menschen, starker Rückzug sowie extreme Selbstzweifel oder Minderwertigkeitsgefühle genannt, die im täglichen Leben stark einschränken. Hinzu kamen Schlafstörungen, Essstörungen sowie verschiedene Suchterkrankungen (Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit). Etwa drei Viertel der Frauen gaben eine diagnostizierte psychische Erkrankung an. Genannt wurden u. a. Psychosen, Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie und Zwangsstörungen. Fast alle befragten Frauen dieser Gruppe erhalten nach eigenen Angaben therapeutische Unterstützung (87 %) und/oder Medikamente (88 %) aufgrund der psychischen Erkrankungen. Dies dokumentiert, wie stark die Gruppe der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen allein aufgrund der psychischen Probleme und Störungen belastet ist.

3 Vgl. ausführlich zu Inhalten und Methodik der Studie Schröttle/Hornberg et al. 2013, S. 12–47.

Andere Beeinträchtigungen und Behinderungen

Hinzu kommen körperliche und andere Beschwerden, die auf multiple gesundheitliche Beeinträchtigungen verweisen. Nur wenige der psychisch erkrankten Frauen (12 %) haben ausschließlich psychische Beeinträchtigungen angegeben; rund ein Drittel (36 %) nannte darüber hinaus eine und über die Hälfte (52 %) zwei bis fünf weitere Behinderungsformen. Diese reichten von körperlichen Beeinträchtigungen über Seh-, Sprech-, Hörbeeinträchtigungen bis hin zu Lernbeeinträchtigungen (vgl. die Tabelle 1).⁴

Tabelle 1: Anzahl der zusätzlichen Beeinträchtigungen

Basis: alle befragten Frauen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
ausschließlich psychische Beeinträchtigung	12
eine weitere Beeinträchtigung	36
weitere zwei bis fünf Beeinträchtigungen	52

Am häufigsten wurden dabei von den psychisch erkrankten Frauen körperliche Behinderungen angegeben (82 %), gefolgt von knapp einem Drittel, die Beeinträchtigungen beim Lernen oder Verstehen nannten (31 %), und jeweils etwa einem Fünftel, die zusätzlich von Sehbeeinträchtigungen (19 %) und/oder Hörbeeinträchtigungen (19 %) betroffen waren. Fast jede siebte Frau (13 %) war von Sprechbeeinträchtigungen betroffen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Art der zusätzlichen Beeinträchtigung

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
körperliche Beeinträchtigungen	82
Sprechbeeinträchtigungen	13
Sehbeeinträchtigungen	19
Hörbeeinträchtigungen	19
Lernbeeinträchtigungen	31

Bereits an dieser Stelle ist im Hinblick auf die Vulnerabilität der Befragungsgruppe zu vermuten, dass allein die starken und multiplen psychischen sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen psychisch erkrankter Frauen die Gefahr erhöhen können, Opfer von Gewalt zu werden, sich schwer gegen Gewalt zur Wehr setzen oder aus Gewaltsituationen lösen zu können.

⁴ Dies deckt sich mit den Ergebnissen des DEGS, die darauf verweisen, dass psychische Erkrankungen häufig mit Multimorbidität einhergehen. S. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile

Grad der Einschränkung in unterschiedlichen Lebensbereichen

Um den Grad der Einschränkungen der Frauen zu bestimmen, wurden diese anhand einer vierstufigen Skala befragt, wie stark sie nach eigener Einschätzung aufgrund der Beeinträchtigungen oder Behinderungen in verschiedenen Lebensbereichen eingeschränkt sind (Antwortkategorien: sehr stark, stark, weniger stark, gar nicht). Die Auswertung zeigt auf, dass von den Frauen am häufigsten eine Einschränkung im Bereich des Berufs- und Erwerbslebens wahrgenommen wird: 62 % nannten hier eine starke oder sehr starke Beeinträchtigung. Wir wissen bereits aus der Erstauswertung der Studie (Schröttle, Hornberg et al. 2013), dass etwa die Hälfte der Frauen dieser Gruppe nicht erwerbstätig ist und die anderen weit überwiegend in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen arbeiten, obwohl viele mittlere und gehobene Bildungsabschlüsse haben (vgl. auch Kap. 3.1.5). Möglicherweise werden deshalb von den psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen die Einschränkungen im Erwerbsleben als besonders gravierend wahrgenommen (zum Vergleich: Frauen der repräsentativen Haushaltsbefragungen sowie blinde und körper-/mehrfach behinderte Frauen der Zusatzbefragung in Haushalten hatten hier Werte von 44 bis 50 % angegeben; nur die Beeinträchtigungen der gehörlosen Frauen im beruflichen Bereich waren mit 58 % ähnlich hoch; ebd.). Die Antworten der Frauen, die in Einrichtungen in vereinfachter Sprache befragt wurden, sind hier nicht vergleichbar, da die Beeinträchtigungen in einer offenen Frage erhoben wurden; sie benannten aber von selbst kaum Einschränkungen im Hinblick auf das Berufs- und Erwerbsleben, was u. U. auch mit dem Mangel an Alternativen in Zusammenhang stehen kann (s. auch Langfassung der Vorgängerstudie: Schröttle/Hornberg 2013 sowie Kap. 3.2.1 der vorliegenden Studie).

Etwa jede dritte bis vierte psychisch erkrankte Frau in einer Einrichtung fühlt sich stark oder sehr stark beeinträchtigt bei sozialen Aktivitäten und in der Freizeit sowie bei familiären und häuslichen Tätigkeiten. Damit waren sie in diesen Bereichen nicht relevant höher belastet als Frauen mit Behinderungen, die in der repräsentativen Haushaltsbefragung befragt wurden; blinde, gehörlose und schwerstkörper-/mehrfach behinderte Frauen der Zusatzbefragung waren hier zum Teil deutlich höher belastet (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Dies könnte auch damit in Zusammenhang stehen, dass die psychisch erkrankten Frauen in der aktuellen, aber auch früheren Lebenssituation nicht bzw. deutlich seltener in familiäre Zusammenhänge eingebunden sind/waren (ebd. sowie Kap. 3.1.4).

Sehr hohe Einschränkungen der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen zeigen sich im Hinblick auf Partnerschaft, Partnersuche und Sexualität. So gab mehr als jede dritte Frau hier sehr starke oder starke Einschränkungen an. Bei den in Haushalten lebenden Frauen mit Behinderungen waren die Werte – mit Ausnahme der schwerstkörper-/mehrfach behinderten und teilweise der blinden Frauen – deutlich geringer. Es ist zu vermuten, dass die sich bei den psychisch erkrankten Frauen abzeichnenden hohen Beeinträchtigungen im Hinblick auf Sexualität und das Partnerschaftsleben unter anderem mit frühen Gewalt- und Traumatisierungserfahrungen in einem Zusammenhang stehen sowie mit hohen Belastungen durch sexuelle Gewalt und Partnergewalt im Erwachsenenleben (siehe auch Kap. 3.3.1). Zwar haben die befragten psychisch erkrankten Frauen, ebenso wie auch andere in Einrichtungen lebende Frauen, mehrheitlich in der aktuellen Lebenssituation keine Beziehungspartner (vgl. ebd.). Anders als Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen hatten sie aber weit überwiegend eine frühere, oftmals gewaltbelastete Partnerschaft (ebd.). Insofern dürfte die geringe partnerschaftliche

Einbindung dieser Frauen, aber auch die erhöhten Belastungen und Beeinträchtigungen in diesem Bereich vor allem auf lebensgeschichtliche Zusammenhänge zurückzuführen sein und nicht in erster Linie auf strukturelle Bedingungen des Lebens in einer Einrichtung.

Weitere Beeinträchtigungen der psychisch erkrankten Frauen werden sichtbar im Hinblick auf Gespräche mit anderen: Gut jede fünfte Frau fühlt sich hierbei sehr stark oder stark beeinträchtigt. Zudem gibt gut jede Zehnte an, bei lebensnotwendigen Tätigkeiten wie selbstständig essen, trinken, atmen oder Toilettennutzung sehr stark oder stark beeinträchtigt zu sein. Auch dies verweist auf die insgesamt hohen Belastungen und Beeinträchtigungen der Frauen dieser Befragungsgruppe.

Tabelle 3: Starke oder sehr starke Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
<i>Starke oder sehr starke Beeinträchtigung bei/im ...</i>	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Berufs- und Erwerbsleben	62
Freizeit und Erholung	29
familiären und häuslichen Tätigkeiten	35
Partnersuche	35
Sexualleben	37
sozialen Aktivitäten	32
Paarbeziehungsleben	33
Gesprächen mit anderen	21
in der Selbstversorgung (z. B. sich waschen und anziehen, einkaufen, selbstständige Bewegung außer Haus, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)	15
lebensnotwendigen Tätigkeiten, wie selbstständig essen, trinken, atmen oder die Toilette benutzen	11

Wie in der Vorgängerstudie wurde auch für die vorliegende Auswertung aus den genannten Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen ein Index gebildet, der den Grad der Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensbereichen zusammenfassend abbilden soll und auch für die weitere Risikofaktorenanalyse relevant ist. Von einer geringen Beeinträchtigung wird dabei gesprochen, wenn die Frau in keinem der genannten Lebensbereiche eine starke oder sehr starke Beeinträchtigung angab. Von einer mittleren Beeinträchtigung ist die Rede, wenn die Frau in ein bis zwei Lebensbereichen eine starke oder sehr starke Beeinträchtigung nannte. Zur Gruppe mit hohen Beeinträchtigungen wurden die Befragten dann gezählt, wenn sie eine starke oder sehr starke Beeinträchtigung in drei bis acht Lebensbereichen genannt

hatten.⁵ Die folgende Tabelle 4 zeigt, dass zusammengekommen mehr als drei Viertel der psychisch erkrankten Frauen als mittelstark bis stark beeinträchtigt einzuordnen sind und nur ein Viertel als geringer beeinträchtigt.⁶

Tabelle 4: Gruppen mit geringer, mittlerer und hoher Beeinträchtigung in Lebensbereichen

Basis: alle befragten Frauen	
<i>Stärke der Beeinträchtigung (gruppiert)</i>	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Gruppe 1: geringe Beeinträchtigung	24
Gruppe 2: mittlere Beeinträchtigung	36
Gruppe 3: hohe Beeinträchtigung	40

Bei einer Betrachtung der Stärke der Beeinträchtigung nach Alter deutet sich an, dass die in Einrichtungen lebenden Frauen mit psychischen Erkrankungen bis zum Alter von 50 Jahren deutlich häufiger von starken Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen berichten als die älteren Frauen. Allerdings sind die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar, da die Fallzahlen in dieser Differenzierung zu klein und entsprechend die Ergebnisse statistisch nicht signifikant sind ($p = 0,3$, n. s.).⁷

Tabelle 5: Geringe, mittlere und hohe Beeinträchtigung in Lebensbereichen nach Altersgruppen

Basis: alle in Einrichtungen befragten Frauen			
<i>Stärke der Beeinträchtigung (gruppiert)</i>	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 82 ¹⁾ (%)		
	16 bis 35 Jahre	36 bis 50 Jahre	51 bis 65 Jahre
Gruppe 1: geringe Beeinträchtigung	19	25	24
Gruppe 2: mittlere Beeinträchtigung	25	29	47
Gruppe 3: hohe Beeinträchtigung	56	46	29

1) Eine befragte Frau hat keine Angabe zum Alter gemacht und ist deshalb hier nicht einbezogen.

Behindertenausweis, Unterstützung und gesetzliche Betreuung

Da die Frauen in stationären Einrichtungen leben und vielfach starke Beeinträchtigungen haben, verfügen die meisten über einen Behindertenausweis und gesetzliche Betreuung. Die Auswertung zeigt auf, dass die Mehrheit der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen nach

5 Bei der Indexbildung wurde, wie in der Langfassung, nur eine Partnernvariable einbezogen, da sonst das Thema Partnerschaft zu viel Gewicht bekommen hätte. Falls eine Frau Beeinträchtigungen bei lebensnotwendigen Tätigkeiten genannt hat, wurden diese immer in die hohe Beeinträchtigungsstufe eingeordnet.

6 Vergleichbar hohe Werte ließen sich auch bei den Frauen mit Behinderungen der repräsentativen Haushaltsbefragung finden sowie bei den blinden Frauen der nicht repräsentativen Zusatzbefragung.

7 Signifikanzniveaus werden im Folgenden ausgewiesen als: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n. s. nicht signifikant ($p > 0,05$).

eigenen Angaben einen Behindertenausweis (70%) und eine gesetzliche Betreuung (72%) hat. Insgesamt ist der Anteil der Frauen mit Behindertenausweis niedriger als bei in Einrichtungen lebenden Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen (99%), der Anteil der gesetzlichen Betreuung aber in etwa gleich hoch (76%).⁸ Die gesetzlichen Betreuungspersonen der psychisch erkrankten Frauen sind überwiegend zuständig für Vermögenssorge und Vertretung gegenüber Gerichten und Behörden (jeweils 58%), Wohnungsangelegenheiten und gesundheitliche Sorge (jeweils 51%), außerdem für das Aufenthaltsbestimmungsrecht (47%) und Postangelegenheiten (33%). Aus der Befragung geht nicht hervor, zu welchem Anteil die gesetzlichen Betreuungen (nahe) Verwandte sind. Die Angaben zur gesetzlichen Betreuung verweisen darauf, dass ein großer Teil der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen in wichtigen Lebensbereichen nicht eigenständig bestimmen und entscheiden kann; auch ist ihr eigenständiger Zugang zu Behörden und Justiz beschränkt. Beides sind Aspekte, die auch im Kontext von Gewalt und Diskriminierungen eine hinderliche Rolle spielen können, wenn es darum geht, sich aus Gewaltsituationen zu lösen und/oder Strafverfolgungsorgane einzuschalten. Zugleich könnte die rechtliche Betreuung aber auch eine Schutz- und Unterstützungsfunktion im Fall von Gewalt haben.

Auf die Frage, ob die Frauen aufgrund der Beeinträchtigung regelmäßig im Alltag unterstützt und betreut würden, gaben 80% eine aktuelle Unterstützung an, 5% wurden früher regelmäßig unterstützt und 13% werden nicht unterstützt; 2% machten dazu keine Angabe. Die Auswertung zeigt auf, dass es sich bei der aktuellen Unterstützung häufig um lebenspraktische Unterstützung handelte, am häufigsten um die Regelung finanzieller Angelegenheiten und die Unterstützung bei Ämter- und Behördenkontakten (54% bzw. 65%), um die Zubereitung von Mahlzeiten, die Reinigung des Zimmers/der Wohnung und die Mobilität außer Haus (jeweils 31–33%); darüber hinaus wurde eine Unterstützung bei der Medikamentendosierung und -einnahme genannt (47%). Seltener gaben die Frauen an, Unterstützung beim Telefonieren und in der Kommunikation mit anderen Menschen zu erhalten (14%), beim Bettverlassen, An- und Ausziehen sowie bei der Körperpflege (jeweils ca. 10–11%) oder bei der Einnahme von Mahlzeiten (7%) und beim selbstständigen Bewegen in der Wohnung (5%).

Für die Risikofaktorenanalyse wurde ein Index zur Bestimmung des Unterstützungsgrades gebildet. Dabei wurden unter der Kategorie „geringe Unterstützung“ die Frauen zusammengefasst, die gar keine Unterstützung oder eine Unterstützung bei ein bis zwei Tätigkeiten erhalten. Da alle befragten Frauen in der Einrichtung leben, ist davon auszugehen, dass diese wenigstens ein Minimum an Unterstützung erhalten. In der Kategorie „mittlere Unterstützung“ wurden Frauen zusammengefasst, die in drei bis fünf Bereichen Unterstützung erfahren. In der Gruppe der starken Unterstützung wurden die Frauen zusammengefasst, die sechs bis elf Tätigkeiten angegeben hatten, bei denen sie Unterstützung erhalten. Die Auswertung verweist darauf, dass etwas weniger als die Hälfte der Frauen (46%) in geringerem Maße unterstützt werden, während etwas mehr als die Hälfte einen mittleren bis hohen Grad an aktueller Unterstützung erhalten (55%). In den weiteren Analysen wird zu prüfen sein, ob der aktuelle Grad an Unterstützung auch das Risiko, Opfer von Gewalt in der Einrichtung zu werden, erhöht, weil damit zum einen verstärkte Abhängigkeitsverhältnisse, zum anderen ein stärkerer Zugriff auf den Körper der Frauen einhergehen können.

⁸ Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten leben, haben dagegen nur sehr selten eine gesetzliche Betreuung (zu 1–2%; schwerstkörper-/mehrfach behinderte Frauen zu 9%).

Tabelle 6: Grad der Unterstützung

Basis: alle befragten Frauen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
gering	46
mittel	34
hoch	21

3.1.2 Alter und Eintritt der Behinderung

Altersstruktur

Zur Auswertung der Altersstruktur wurden drei Altersgruppen gebildet. Wie aus der folgenden Tabelle 7 ersichtlich, ist der Anteil jüngerer psychisch erkrankter Frauen in Einrichtungen – im Alter von 16 bis 35 Jahren – mit 19% relativ gering, Frauen mittleren Alters (36–50 Jahre) sind häufiger (34 %) und ältere Frauen der Altersgruppe von 51 bis 65 Jahren am häufigsten vertreten (46%). Dies dürfte auch darauf zurückzuführen sein, dass bei vielen Frauen die Behinderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen erst im Lebensverlauf und mit zunehmendem Alter auftreten (vgl. auch Schröttle/Hornberg et al. 2013). Dadurch sind psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen vergleichsweise älter als der Bevölkerungsdurchschnitt. Zum Vergleich wurde eine zusätzliche Altersgruppeneinteilung gebildet, um Fallzahlenprobleme bei der späteren Risikofaktorenanalyse zu umgehen. Es handelt sich um zwei Altersklassen 16 bis 45 Jahre (36 %) und 46 bis 65 Jahre (63 %). Auch bei dieser Aufteilung zeigt sich, dass ältere Frauen bei dieser Befragungsgruppe deutlich häufiger vorkommen.

Tabelle 7: Altersstruktur der Befragten mit psychischen Beeinträchtigungen

Basis: alle befragten Frauen	
Altersgruppen	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
16 bis 35 Jahre	19
36 bis 50 Jahre	34
51 bis 65 Jahre	46
Keine Angabe	1

Eintritt der Behinderung

Bei der Mehrheit der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen (57%) sind die Behinderungen erst im Erwachsenenleben eingetreten. Nur 13% der Frauen gaben an, eine Behinderung/Beeinträchtigung seit der Geburt zu haben, wobei sich dies nicht allein auf die psychischen Erkrankungen bezieht, sondern auch andere, zum Beispiel körperliche Behinderungen umfassen kann. Zusammengenommen haben 36% der Befragten Behinderungen seit Geburt, Kindheit und Jugend. 7% der Frauen machten hierzu keine Angabe.

Tabelle 8: Zeitpunkt des Eintretens der Behinderung

Basis: alle befragten Frauen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Behinderung besteht seit Geburt	13
Behinderung besteht seit Kindheit und Jugend	23
Behinderung trat erst im Erwachsenenleben auf	57
Keine Angabe	7

Für das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden oder diese nicht abwehren oder beenden zu können, kann es relevant sein, zu welchem Zeitpunkt im Lebensverlauf die Behinderung eingetreten ist. Zudem muss in Betracht gezogen werden, dass frühe Gewalterfahrungen gleichermaßen psychische und psychosomatische Erkrankungen wie auch erhöhte Risiken für spätere Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben nach sich ziehen können.⁹

An dieser Stelle bleibt festzuhalten, dass psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen zu fast zwei Drittel älter als 45 Jahre sind und dass bei ihnen mehrheitlich die Behinderungen erst im Erwachsenenleben eingetreten sind. Damit unterscheiden sie sich deutlich von den Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen, die insgesamt jünger sind und bei denen mehrheitlich eine Behinderung bereits bei Geburt oder in Kindheit/Jugend vorhanden war (vgl. 3.2.2).

3.1.3 Aktuelle Wohnsituation

Im Hinblick auf die Wohnsituation von psychisch erkrankten Frauen in stationären Einrichtungen ist vorab festzustellen, dass deren Verweildauer in den Wohnheimen insgesamt kürzer sein dürfte als bei den geistig behinderten Frauen. Dies liegt zum einen daran, dass die seelischen Behinderungen oftmals erst im Lebensverlauf auftreten. Zum anderen sind psychisch erkrankte Menschen häufiger nicht dauerhaft, sondern nur für eine Übergangszeit in statio-

⁹ In der internationalen Forschung sind zahlreiche psychische Beschwerden und Symptomaten beschrieben, die mit Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben assoziiert sind. Dazu gehören bei Gewalt gegen Frauen insbesondere Depressionen, Stresssymptome, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Essstörungen und Suizidalität. Bei Gewalt gegenüber Kindern wurden darüber hinaus Beeinträchtigungen in der kognitiven und emotionalen Entwicklung festgestellt (vgl. Hornberg/Schrötte/Bohne et al. In RKI 2008; WHO 2013).

nären Einrichtungen untergebracht.¹⁰ Damit unterscheiden sie sich grundsätzlich von stationär untergebrachten Frauen mit anderen Behinderungen/Beeinträchtigungen, die zumeist früher im Lebensverlauf und oftmals dauerhaft in Einrichtungen leben. Trotzdem ist aufgrund der Auswahl der Einrichtungen und Befragten davon auszugehen, dass im Rahmen der vorliegenden Studie mehr psychisch erkrankte Frauen vertreten sind, die über einen längeren Zeitraum in der Einrichtung leben; bei der Gewinnung der Befragten wurde nach Frauen gesucht, die über einen längeren Zeitraum (mindestens sechs Monate) in der Einrichtung leben.

Gerade vor dem Hintergrund der erheblichen psychischen Probleme und grenzüberschreitenden Vorerfahrungen (zum Beispiel durch sexuelle Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben) dürfte das Vorhandensein einer geschützten Privat- und Intimsphäre für die Zielgruppe der psychisch erkrankten Frauen besonders wichtig sein. Bereits in der vorangegangenen Studienauswertung war jedoch deutlich geworden, dass diese für Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen generell nur sehr eingeschränkt vorhanden ist, für Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen noch weniger als für psychisch erkrankte Frauen (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Im Folgenden soll die Wohnsituation der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen eingehender betrachtet werden.

Jede sechste der befragten psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen (18 %) hat eine eigene Wohnung. Knapp jede dritte (31 %) wohnt in einer Wohngemeinschaft und etwa jede zweite (51 %) in einem Zimmer in der Einrichtung. Damit verfügen etwa zwei Drittel der Frauen über ein eigenes Zimmer oder eine eigene Wohnung und etwa ein Drittel lebt in einer Wohngruppe (oft auch mit eigenem Zimmer). Der Anteil der Frauen in Wohngruppen ist damit bei den psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen geringer als bei den Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen, die zu etwa zwei Drittel in Wohngruppen leben (vgl. Kap. 3.2.3).

Tabelle 9: Wohnsituation

Basis: alle befragten Frauen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Eigene Wohnung	18
Wohngruppe in/von Einrichtung	31
Zimmer in der Einrichtung	51

Die Folgefragen zum Vorhandensein eines **eigenen abschließbaren** Zimmers sowie zu verschiedenen weiteren Aspekten der aktuellen Wohnsituation haben neun Frauen nicht beantwortet, die alle eine eigene Wohnung haben. Von den verbleibenden Frauen (N = 74) gaben 81 % an, ein Zimmer für sich allein zu haben; knapp ein Fünftel dieser Frauen müssen sich demnach ein Zimmer mit anderen teilen. 87 % gaben an, sie hätten ein abschließbares Zimmer. 89 % sagten, sie könnten Wasch- und Toilettenräume abschließen; bei fast jeder zehnten war dies nicht der

¹⁰ Verlässliche Zahlen für die Verweildauer der Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen in stationären Wohn-einrichtungen existieren unseres Wissens für Deutschland bislang nicht.

Fall. Diese Auswertungen verweisen darauf, dass bei etwa 10 bis 20 % der psychisch erkrankten Frauen in stationären Einrichtungen die Privat- und Intimsphäre deutlich eingeschränkt ist, entweder durch das Fehlen eigener abschließbarer Zimmer oder durch nicht abschließbare Wasch- und Toilettenräume.¹¹ Auch die Möglichkeit, mit wem die Frau zusammenleben möchte, ist für viele nicht gegeben. Nur 22 % hatten nach eigenen Angaben uneingeschränkt die Möglichkeit, dies mit zu entscheiden; bei der großen Mehrheit bestand dagegen keine (58 %) oder nur teilweise (15 %) eine Möglichkeit der Einflussnahme (5 % machten keine Angabe). Einen eigenen Wohnbereich, der nur Frauen vorbehalten ist, gab es nur in 15 % der Fälle; bei 8 % war dies teilweise der Fall. Gerade vor dem Hintergrund, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen sehr häufig frühe Grenzverletzungen und sexuelle Gewalt erfahren haben, ist es als problematisch einzuschätzen, wenn ein relevanter Teil der Frauen keine geschützte Privat- und Intimsphäre in den Einrichtungen zur Verfügung hat.

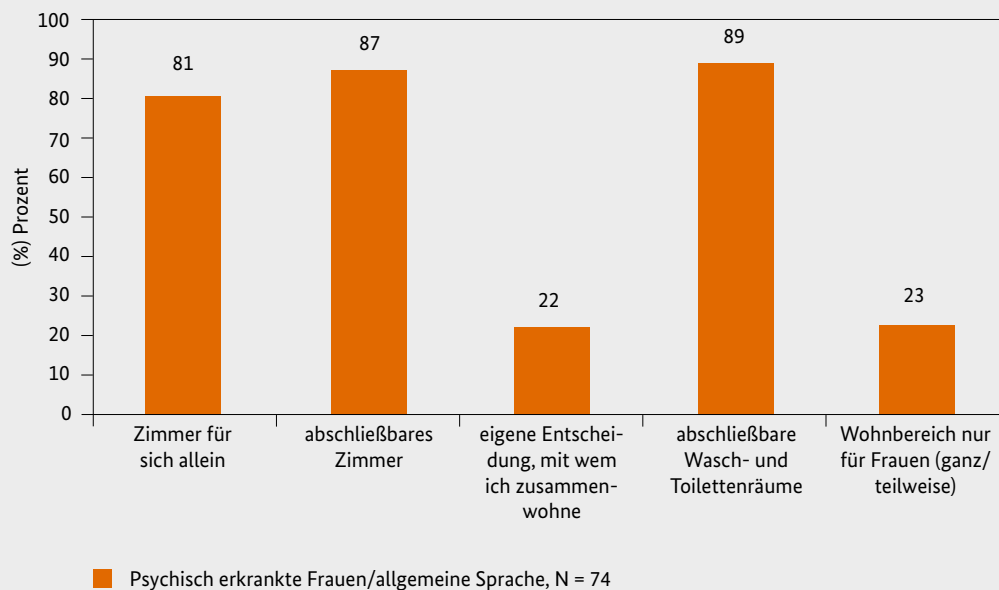
Tabelle 10: Wohnbedingungen der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen

Basis: Frauen, die Folgefragen zu Wohnbedingungen beantwortet haben, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 74 (%)
Zimmer für sich allein	81
Abschließbares Zimmer	87
Abschließbare Toilettenräume	89
Abschließbares Waschräume	89
Wohnbereich nur für Frauen	15 (+8 teilweise)
Möglichkeit zu entscheiden, mit wem zusammenzuwohnen	22 (+15 teilweise)
Möglichkeit, sich in der Wohnung barrierefrei zu bewegen	80 (+ 3 teilweise)
Möglichkeit, sich in der Wohngegend barrierefrei zu bewegen	82 (+3 teilweise)

¹¹ Die diesbezügliche Diskrepanz zur Erstausswertung ergibt sich aus der modifizierten Untersuchungsgruppe sowie einer anderen Prozentuierungsbasis.

Abbildung 1: Privat- und Intimsphäre sowie Selbstbestimmung in Einrichtungen

Basis: Frauen, die Folgefragen zu Wohnbedingungen beantwortet haben



Die Möglichkeit, sich uneingeschränkt barrierefrei in der Wohnung und in der Wohngegend zu bewegen, war für 80 bis 82 % der Frauen gegeben, für 10 bis 14 % war dies nicht oder nur eingeschränkt der Fall und 7 bis 8 % machten dazu keine Angabe. Worin konkret die Barrieren in Wohnung und Wohngegend bestehen, konnte nicht ermittelt werden. Es ist aber zu vermuten, dass es sich nicht allein um bauliche Barrieren handelt, sondern möglicherweise auch um Reglementierungen der Einrichtungen selbst.

Frauen, die in einer eigenen Wohnung leben (N = 15), leben dort zu etwa zwei Drittel allein und zu etwa einem Drittel in einer Wohngemeinschaft mit zwei bis sieben (nicht verwandten) Personen beiderlei Geschlechts (etwa die Hälfte davon geschlechtergemischt). Keine der Frauen gibt an, in der Wohnung mit einem Partner zu leben.¹²

Von den Frauen, die angeben, in einer Wohngruppe innerhalb der Einrichtung zu leben (N = 26), leben 58 % nach eigener Auskunft in Wohngruppen mit bis zu fünf Personen, 27 % in Wohngruppen mit sechs bis 22 Personen und 15 % gaben dazu keine Auskunft.¹³ Werden nur jene Frauen einbezogen, die über die Anzahl der Personen in der Wohngruppe Auskunft gegeben haben (N = 22), dann leben etwa zwei Drittel der Frauen in Wohngemeinschaften mit bis zu fünf Personen und ein Drittel in Wohngemeinschaften von sechs und mehr Personen.

¹² Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgte hier keine statistische Auswertung.

¹³ Die Werte weichen hier ab von der Erstausswertung, da hier Befragte, die nicht in allen Fragen angegeben haben, mit wie vielen a) Jugendlichen, b) erwachsenen Frauen und c) erwachsenen Männern sie zusammenleben, der Kategorie „keine Angabe“ zugeordnet wurden.

Fast drei Viertel aller Wohngruppen (73 %) sind nach Angaben der Frauen geschlechtergemischt; in 27 % leben ausschließlich Frauen. Auch hier stellt sich die Frage, ob die Privat- und Intimsphäre der Frauen ausreichend geschützt ist und ob geschlechtergemischte Wohngruppen mit psychisch erkrankten Männern ein Risiko für Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen darstellen können.

Entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention haben auch Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen ein uneingeschränktes Recht auf Privat- und Intimsphäre. Die Analyse zeigt auf, dass im Hinblick auf das Leben psychisch erkrankter Frauen in Einrichtungen noch ein umfassender Handlungsbedarf besteht, um die Umsetzung dieses Rechts zu gewährleisten. Nur eine Minderheit hat die Möglichkeit zu entscheiden, mit wem sie zusammenwohnt; ein nicht unerheblicher Anteil verfügt nicht über eigene geschützte Räume, in denen die Privat- und Intimsphäre und ein Schutz vor Übergriffen und Grenzüberschreitungen gewahrt sind.

Anhand der Frage zur Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation soll noch einmal eruiert werden, ob sich diese problematischen Aspekte auch in Richtung einer geringeren oder höheren Zufriedenheit der Frauen umsetzen. Generell zeigt sich bei gut der Hälfte der Frauen (52 %) eine hohe Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation (Angabe: sehr zufrieden oder zufrieden, 1–2); 31 % geben eine mäßige bzw. geringere Zufriedenheit an (Note 3–4) und 17 % sind unzufrieden bis sehr unzufrieden mit der aktuellen Wohnsituation (Note 5–6).

Tabelle 11: Zufriedenheit mit derzeitiger Wohnsituation

Basis: alle befragten Frauen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
sehr zufrieden/zufrieden (1–2)	52
mäßig/weniger zufrieden (3–4)	31
unzufrieden/sehr unzufrieden (5–6)	17

Hinsichtlich der Frage, ob die Frauen in einer Wohnung, einer Wohngruppe oder in einem Zimmer in der Einrichtung untergebracht sind, zeigen sich keine eindeutigen und statistisch signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit der Frauen. Allerdings sind die Frauen tendenziell zufriedener, wenn sie in kleineren Wohngruppen/Wohngemeinschaften untergebracht sind (68 % sehr zufrieden/zufrieden bei bis zu fünf Personen vs. 36 % bei mehr als fünf Personen). Und sie sind geringfügig zufriedener, wenn sie nicht in geschlechtergemischten Wohngruppen/Wohngemeinschaften untergebracht sind (60 % vs. 55 %). Allerdings sind diese Tendenzen wegen der geringen Fallzahlen nicht verallgemeinerbar und es lässt sich keine statistische Signifikanz nachweisen. Auch für die anderen Aspekte der Wohnsituation kann wegen der geringen Fallzahlen nur eingeschränkt ein Zusammenhang mit der Wohnzufriedenheit festgestellt werden. Es zeigt sich aber eine Tendenz, dass die Frauen zufriedener sind, wenn sie ein Zimmer für sich allein haben, wenn sie ganz oder teilweise mitentscheiden kön-

nen, mit wem sie zusammenwohnen, und wenn sie sich barrierefrei in der Wohnung und im Wohnumfeld bewegen können. Die anderen Aspekte der Wohnsituation weisen keinen Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Bewohnerinnen auf.

3.1.4 Soziale Einbindung

Ebenso wichtig wie die Privat- und Intimsphäre ist die soziale Einbindung von Menschen. Bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen kann diese sowohl durch die Erkrankung und schwierige lebensgeschichtliche Erfahrungen als auch durch die aktuelle Lebenssituation in der Einrichtung vermindert sein. Insofern muss eine geringe soziale Einbindung bei dieser Zielgruppe nicht per se ein Indiz für eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen sein; trotzdem kann sie aber das Risiko von Gewalt erhöhen und zugleich auch eine Folge von zuvor erlebter Gewalt sein.

Um die soziale Einbindung zu erfassen, wurden Fragen zu verschiedenen Dimensionen gestellt. Zum einen wurden Aspekte von Partnerschaft und familiärer Einbindung erfragt, zum anderen Freizeitaktivitäten außer Haus, die Häufigkeit von Verwandten-/Bekanntenbesuchen in der Einrichtung sowie die Möglichkeit, mit nahestehenden Personen bestimmte Probleme zu besprechen. Darüber hinaus spielt neben der Häufigkeit von Kontakten nach innen und außen, wie bereits die vorangegangene Studie aufzeigte, auch die Qualität der Beziehungen eine wichtige Rolle. Dafür wurden Fragen zur Zufriedenheit mit den aktuellen Beziehungen gestellt; zudem wurde nach der Einschätzung von Potenzialen und Defiziten der eigenen Beziehungsnetze gefragt.

Partnerschaft, Familie, Gespräche, Freizeitgestaltung und Besuche

Wie die folgende Tabelle 12 zeigt, sind die psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen im Vergleich zur weiblichen Gesamtbevölkerung, aber auch im Vergleich zu Frauen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, relativ selten verheiratet; sie haben zudem deutlich seltener aktuell eine feste Beziehung. So sind nur 5 % der befragten Frauen verheiratet (vs. über 50 % der in Haushalten lebenden Frauen mit/ohne Behinderung) und nur gut ein Drittel der Frauen (35 %) haben eine feste Partnerin oder einen festen Partner (vs. über 70 % der in Haushalten lebenden Frauen). Zugleich sind die psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen deutlich häufiger aus früher bestehenden festen Partnerschaften getrennt: 72 % geben frühere Partnerschaften an (vs. 50 bis über 60 % bei den in Haushalten lebenden Frauen). Beides, sowohl die aktuelle geringere partnerschaftliche Einbindung als auch die häufigere Trennung aus vorangegangenen Partnerschaften, kann mit Aspekten der psychischen Erkrankung und mit schwierigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen in einem Zusammenhang stehen, welche das Vertrauen in feste Beziehungen nachhaltig beeinträchtigen. Zugleich liegt ein Zusammenhang mit erhöhten Gewaltbetroffenheiten in früheren Partnerschaften nahe. Insofern kann die aktuell geringere partnerschaftliche Einbindung der Frauen dieser Befragungsgruppe auf andere Faktoren als allein das Leben in der Einrichtung zurückgeführt werden. Dies kann tendenziell auch für die Familiengründung zutreffen.

Tabelle 12: Partnerschaftsstatus und Kinder im Vergleich mit in Haushalten lebenden Frauen (mit/ohne Behinderung)

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen			
	Bevölkerungsdurchschnitt (BMFSFJ 2004) N = 8.445 (%)	Frauen mit Behinderungen in Haushalten N = 800 (%)	Psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen N = 83 (%)
Bestehen einer aktuellen Partnerschaft	75	72	35
Bestehen einer früheren Partnerschaft	52	64	72
Aktuell verheiratet	57	55	5
Anteil Frauen mit Kindern	71	73	46

Der Anteil der Frauen mit Kindern liegt im Bevölkerungsdurchschnitt bei 71 %. Dagegen haben nur 46 % der befragten psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen eigene Kinder. Davon hat knapp ein Drittel (N = 11) eines oder mehrere Kinder nach Eintreten der Behinderung bekommen. Von diesen konnte über die Hälfte (N = 6) ihre Kinder nicht selbstständig aufziehen, sondern die Kinder mussten bei anderen Personen aufwachsen (überwiegend bei Pflege- und Adoptiveltern).¹⁴ Ob und in welchem Maße die Frauen noch Kontakt zu den eigenen Kindern in der aktuellen Lebenssituation haben, wurde in der Befragung nicht ermittelt.

Vertrauensvolle Gespräche

Vertraute Personen, mit denen Probleme besprochen werden können, gehören zu den sozialen Ressourcen für die Bearbeitung von Erfahrungen und die Bewältigung von Problemen. Insbesondere bei einer Gewaltbetroffenheit können sie zudem ein wichtiger Schutz- und Präventionsfaktor sein.

Die Auswertung zeigt auf, dass die meisten Frauen eine Vertrauensperson zum Besprechen von Problemen haben. Nur etwa 10 bis 16 % haben bei den meisten Problemen keine Vertrauensperson. Allerdings fällt auf, dass ein sehr hoher Anteil der Frauen (40 %) angibt, mit keiner nahestehenden Person über sexuelle Probleme und Erfahrungen sprechen zu können. Gerade vor dem Hintergrund der in dieser Befragungsgruppe sehr hohen Belastungen durch sexuelle Gewalt im Lebensverlauf und der eigentlich in den Einrichtungen bestehenden Möglichkeit psychischer und psychiatrischer Beratung und Unterstützung ist dieses Ergebnis kritisch zu reflektieren, auch was die adäquate Versorgung der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen betrifft.

¹⁴ Acht der elf Frauen gaben an, sie seien während der Schwangerschaft bestärkt worden, das Kind zu bekommen, fünf erhielten eine spezifische Unterstützung während Schwangerschaft und Geburt und sechs der Frauen haben nach der Geburt des Kindes eine spezifische Unterstützung erfahren.

Tabelle 13: Vertraute Personen, mit denen Probleme besprochen werden können

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
Keine <i>nahestehende oder vertraute Person für Besprechung von ...</i>	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Gesundheitsproblemen	13
Problemen mit Familie/Partner	16
Problemen in der Arbeit	10
Problemen, wenn schlecht behandelt wird	12
Sexuelle Probleme/Erfahrungen	40

Freizeit

Bereits in der Erstauswertung der Studie war sichtbar geworden, dass im Hinblick auf Freizeitaktivitäten nicht von einer generellen und ausgeprägten Isolation von Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen die Rede sein kann (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Auch aus der folgenden Übersichtstabelle 14 wird ersichtlich, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen durchaus mehrheitlich in außerhäusliche Freizeitaktivitäten eingebunden sind. So gibt über die Hälfte der befragten Frauen an, häufig oder gelegentlich Freunde oder Verwandte zu besuchen. Soziale Aktivitäten, wie z. B. Mitarbeit in Kirchen etc., werden von etwa einem Drittel ausgeübt. Fast ein Drittel geht häufig oder gelegentlich ins Kino oder Theater und 60 % häufig oder gelegentlich in ein Restaurant oder Café. Darüber hinaus treiben 45 % häufig oder gelegentlich Sport außer Haus und 48 % andere Freizeitaktivitäten außer Haus. Die Analyse der Angaben zur Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen zeigt auf, dass die Frauen dann in geringerem Maße an unterschiedlichen außerhäuslichen Freizeitaktivitäten teilnehmen, wenn sie hierin durch ihre Behinderung eingeschränkt sind. Dies verweist drauf, dass bei dieser Befragungsgruppe nicht in erster Linie die Lebens- und Wohnsituation in der Einrichtung eine soziale Isolation im Sinne eingeschränkter Freizeitaktivitäten zur Folge hat, sondern eher die Behinderung selbst zu eingeschränkten Freizeitaktivitäten führt.

Tabelle 14: Freizeitaktivitäten außer Haus

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
Allgemein (davon häufig/gelegentlich)	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Freunde, Verwandte, Bekannte besuchen	82 (57 häufig/ gelegentlich)
Mitarbeit in Organisationen (Kirche, Verein etc.)	33 (24 häufig/ gelegentlich)
Besuch von Kino, Theater, Kulturveranstaltungen	68 (33 häufig/ gelegentlich)
Restaurant, Café	86 (60 häufig/ gelegentlich)

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
Allgemein (davon häufig/gelegentlich)	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Sport, Bewegung außer Haus	61 (45 häufig/ gelegentlich)
Andere Freizeitaktivitäten außer Haus	69 (48 häufig/ gelegentlich)
Andere Freizeitaktivitäten zu Hause	88 (72 häufig/ gelegentlich)

Besuche

Deutlichere Hinweise auf eine soziale Isolation von Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen gegenüber in Haushalten lebenden Frauen zeigen sich im Hinblick auf Besuche durch Verwandte und Freunde/Bekannte in den Einrichtungen selbst. So gibt nur etwa die Hälfte der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen (48 %) an, häufig oder gelegentlich von Nachbarinnen und Nachbarn, Verwandten oder Freunden besucht zu werden; bei den in Haushalten lebenden Frauen waren dies 80 %. 47 % der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen bekommen nach eigenen Angaben selten oder nie Besuch in der Einrichtung. Dies könnte einerseits mit den Gegebenheiten in den Einrichtungen zu tun haben (mangelnde Privatsphäre), andererseits aber auch mit nicht (mehr) vorhandenen oder hoch belasteten engen sozialen Beziehungen. So wird auch in den Aussagen der Frauen zur Zufriedenheit mit Partner-, Familien- und Freundesbeziehungen insgesamt ein hohes Maß an Unzufriedenheit sichtbar.¹⁵

Tabelle 15: Besuch von Nachbarinnen und Nachbarn/Verwandten

Basis: alle befragten Frauen		
	Frauen mit Behinderungen in Haushalten N = 800 (%)	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
häufig	36	23
gelegentlich	44	25
selten	17	31
nie	2	16
keine Angabe	1	5

Qualität der Beziehungen

Bereits in der ersten Datenauswertung zur Situation unterschiedlicher Gruppen von Frauen mit Behinderungen war sichtbar geworden, dass diese im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt deutlich häufiger angaben, enge und vertrauensvolle Beziehungen zu vermissen, die Wärme, Geborgenheit und Wohlfühl vermitteln. Während die in Haushalten lebenden Frauen mit Behinderungen Aussagen wie „Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohlfühle“,

¹⁵ 16 % sind sehr unzufrieden oder unzufrieden mit den aktuellen Freundesbeziehungen, 21 % mit dem Bereich Partnerschaft und sogar 27 % mit den aktuellen Familienbeziehungen. Dies verweist auf Brüche in den Beziehungen.

„Mir fehlt eine richtig gute Freundin oder ein richtig guter Freund“, „Ich vermisse Geborgenheit und Wärme“ oder „Ich fühle mich häufig im Stich gelassen“ etwa doppelt so häufig zustimmen wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt, waren es bei den in allgemeiner Sprache in Einrichtungen befragten Frauen in der Tendenz anteilmäßig drei- bis viermal so viele Frauen, die entsprechende Probleme benannten. Dies verweist auf erhebliche Isolierungen der Frauen im Hinblick auf enge und vertrauensvolle soziale Beziehungen.

Bei der für die vorliegende Auswertung modifizierten Gruppe der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen wird sichtbar, dass mindestens die Hälfte der Frauen in diesem Bereich erhebliche Probleme benennt. So geben 55 % an, Menschen zu vermissen, bei denen sie sich wohlfühlten, ca. 40 % gaben an, sie fühlten sich häufig im Stich gelassen oder es fehle ihnen eine gute Freundin bzw. ein guter Freund. Jeweils etwa 50 bis 60 % der Frauen vermissen nach eigenen Angaben enge Beziehungen, Wärme und Geborgenheit sowie Menschen, auf die sie sich verlassen können (vgl. Tabelle 16). Auch hier könnten sowohl die aktuelle Lebenssituation in der Einrichtung als auch und vor allem die negativen Beziehungserfahrungen der Frauen eine Rolle spielen für die geringe Einbindung eines erheblichen Teils der Frauen in enge soziale Beziehungen. Für die weitere Analyse wird deshalb zu prüfen sein, ob und in welche Richtungen – möglicherweise auch wechselseitige – Zusammenhänge sichtbar werden zwischen negativen Kindheitserfahrungen, der Qualität späterer sozialer Beziehungen und Gewalterfahrungen im Lebensverlauf.¹⁶

Tabelle 16: Einschätzung der eigenen sozialen Beziehungen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Es gibt immer jemanden in meiner Umgebung, mit dem ich die alltäglichen Probleme besprechen kann.	84
Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohlfühle.	55
Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe.	81
Mir fehlt eine richtig gute Freundin bzw. ein richtig guter Freund.	43
Ich fühle mich häufig im Stich gelassen.	41
Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann.	65
Ich vermisse Geborgenheit und Wärme.	60
Ich finde, dass mein Freundes- und Bekanntenkreis zu klein ist.	54
Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle.	59
Wenn ich sie brauche, sind meine Freunde immer für mich da.	72
Ich vermisse eine wirklich enge Beziehung.	48
Ich bräuchte mehr Zeit ganz für mich allein.	30

¹⁶ Ein ähnlicher Zusammenhang wurde bereits bei der Frauenstudie 2004 für den Bevölkerungsdurchschnitt sichtbar in der Hinsicht, dass Frauen mit Gewalterfahrungen in der Kindheit später häufiger sozial isoliert waren und dies wiederum das Risiko von Gewalt in Partnerschaften erhöhte (vgl. Schröttle/Ansorge 2008).

3.1.5 Aktuelle Erwerbssituation und Ressourcen

Erwerbsarbeit und Bildung sind wichtige Voraussetzungen für Teilhabe und Selbstverwirklichung. Sie können protektive Faktoren für Gewalt sein, da sie die Basis für mehr finanzielle und persönliche Unabhängigkeit bilden. Aus der vorangegangenen Auswertung war bereits hervorgegangen, dass Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen in dieser Hinsicht häufig die geringsten Ressourcen haben (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Bei psychisch erkrankten Frauen könnte dies auch mit schwächenden und schädigenden Erfahrungen im Lebensverlauf in Zusammenhang stehen.

Schul- und Berufsausbildung

Im Hinblick auf die Schulbildung gibt es erhebliche Unterschiede bei den befragten Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen. Jede sechste (18 %) hat keinen qualifizierten und anerkannten oder nur einen Förderschulabschluss. Mehr als ein Drittel (37 %) verfügt über einen Hauptschulabschluss, immerhin 43 % haben aber mittlere bis hohe Schulabschlüsse. Hoch problematisch ist, dass 46 % der Befragten keine abgeschlossene Lehre oder Berufsausbildung haben. Gegenüber Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt und Frauen mit Behinderungen in Haushalten haben sie wesentlich häufiger keinen qualifizierten Schul- und Ausbildungsabschluss und deutlich seltener mittlere bis hohe Bildungsabschlüsse. Gegenüber Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen sind sie dagegen häufiger höher qualifiziert.

Tabelle 17: Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Schulabschlüsse	
Frauen ohne (qualif.) Schulabschluss/Förderabschluss/Sonstiges	18
Hauptschulabschluss	37
Mittlere Reife/Abitur/Hochschulabschluss	43
Berufsausbildung	
Frauen ohne abgeschlossene Lehre/Berufsausbildung	46

Bei Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen könnte der Bildungsgrad in hohem Maße damit zusammenhängen, wann die Schädigungen und Behinderungen im Lebensverlauf eingetreten sind. So zeigt sich in der Auswertung, dass Frauen, deren Behinderung bereits in Kindheit und Jugend aufgetreten war, tendenziell häufiger über keine oder nur sehr geringe Bildungsressourcen verfügten, während Frauen, die erst im Erwachsenenleben psychisch erkrankt sind, häufiger über mittlere und hohe Abschlüsse verfügten. Allerdings sind hier die Ergebnisse nicht signifikant.

Erwerbstätigkeit

Knapp über die Hälfte der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen sind erwerbstätig. Dies entspricht dem Anteil der Frauen mit Behinderungen in Haushalten und ist nur etwas geringer als bei Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Ein großer Unterschied liegt jedoch darin begründet, dass erwerbstätige psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen fast durchgängig in Werkstätten für Menschen mit Behinderung arbeiten. Ein Drittel der Frauen beziehen das Einkommen aus dem Arbeitsentgelt der Werkstatt, 27 % erhalten sonstiges Einkommen. Über die Hälfte der Beschäftigten sind zufrieden oder sehr zufrieden mit der Ausbildungs-, Arbeits- und Berufssituation; rund 10 % sind damit unzufrieden oder sehr unzufrieden. In den offenen Angaben äußern einige Frauen den Wunsch nach einer besseren Bezahlung, einer anspruchsvolleren Tätigkeit oder nach Weiterbildungsmöglichkeiten, wie z. B. einen (höheren) Schulabschluss nachzumachen.

Tabelle 18: Erwerbsarbeit und berufliche Einbindung

Basis: alle befragten Frauen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
tätig in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen	42
geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig (unter 15 Stunden)	6
Auszubildende/Lehrling/Schülerin/Studentin	2
in Altersrente/Vorruhestand	1
berentet aufgrund einer Behinderung, Beeinträchtigung oder chronischen Erkrankung	17
nicht erwerbstätig, aber arbeitsuchend	2
in Beschäftigungsförderungsmaßnahme	1
berufsunfähig wegen einer Behinderung, Beeinträchtigung oder chronischen Erkrankung	8
nicht erwerbstätig/Hausfrau	10
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	7
keine Angabe	2

Einkommen

Das Einkommen sichert den Lebensstandard und die soziale Unabhängigkeit. Doch über die Hälfte der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen erhält ein monatliches Einkommen von unter 400 Euro. Anzumerken ist, dass viele Befragte keine Angabe dazu gemacht haben. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass 88 % der Personen, die keine Angabe gemacht haben, bei finanziellen Angelegenheiten Unterstützung erhalten und somit vielleicht gar nicht die Höhe ihres aktuellen Einkommens kennen.

In den Aussagen der Frauen wird eine Unzufriedenheit mit der aktuellen Einkommenssituation sichtbar. Viele geben an, ihr Einkommen sei nicht ausreichend für die Dinge, die sie zum täglichen Leben benötigten (46 %), oder für die zusätzlichen Ausgaben, die aufgrund der Beein-

trächtigung anfielen (59%). Darüber hinaus bestehen vielfach Existenzängste. 46% der Frauen geben an, sie hätten häufig oder gelegentlich Angst vor finanzieller Not oder Existenzverlust. Die Auswertung verweist auf tendenziell prekäre Lebenssituationen der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen und Unsicherheiten in Bezug auf die Möglichkeiten einer langfristig eigenständigen Existenzsicherung. Die Tatsache, dass zudem etwa die Hälfte der Frauen (49%) angibt, Angst vor negativen Folgen und Entwicklungen im Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. Beeinträchtigung zu haben, verschärft diese Situation noch.

3.1.6 Kindheit und Aufwachsen

Positive/negative Lebenserfahrungen in Kindheit und Jugend können das spätere Leben stark prägen. Das Verhalten der Eltern und Personen im nahen sozialen Umfeld, aber auch andere Kindheitserfahrungen, etwa die Erfahrung von Beschütztsein, Selbstwirksamkeit, Förderung oder Zugehörigkeit, haben einen großen Einfluss auf das Selbstbewusstsein, die Fähigkeit zum Aufbau eines selbstständigen Lebens und die Möglichkeit der Grenzsetzung bei Gewalt in späteren sozialen Beziehungen.

Aus der Forschung ist bekannt, dass negative und/oder traumatisierende Kindheitserfahrungen das Risiko für psychische Erkrankungen, aber auch andere gesundheitliche Beeinträchtigungen im Lebensverlauf erhöhen können (vgl. u. a. Deegener 2006, Edwards et al. 2003, Häfner et al. 2001, Hildyard et al. 2002, Huber 2003, Ihle et al. 2002, Kaplan 1999, Mackner et al. 1997, Strathearn et al. 2002, Unterstaller 2007, Wetzels 1997).¹⁷ Deshalb ist es nicht überraschend, dass auch die vorliegende Studie bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen in erhöhtem Maße belastete Kindheiten feststellt. Zugleich ist aber diesbezüglich nicht von simplen Determinismen auszugehen, denn einerseits werden schwierige Kindheitserfahrungen individuell unterschiedlich bewältigt (Stichwort: Resilienz), andererseits muss psychische Erkrankung nicht per se auf problematische Kindheitserfahrungen zurückzuführen sein; sie kann auch andere Ursachen haben. Insofern sind stereotype Vorstellungen und Bilder von psychisch erkrankten Frauen und deren (gewaltbelasteten) Lebensverläufen nicht hilfreich, sondern es ist wichtig, diese Zusammenhänge differenziert und die Frauen entsprechend in ihrer Vielfalt zu betrachten.

Etwa ein Drittel der Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen haben der vorliegenden Untersuchung nach bereits in Kindheit und Jugend eine Behinderung/Beeinträchtigung gehabt (13 % seit der Geburt und 23 % seit Kindheit und Jugend). Bei den anderen Frauen sind Behinderungen und Beeinträchtigungen erst im Erwachsenenleben aufgetreten (vgl. auch Kap. 3.1.2).

Aufwachsen

Zwei von drei Frauen mit psychischen Erkrankungen (66 %) sind bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen. Der Anteil der Frauen, die nur bei einem leiblichen Elternteil aufgewachsen waren, ist mit 23 % relativ hoch, ebenso wie der Anteil der Frauen, die bei anderen Personen (10%) oder in einer Einrichtung (6 %) ganz/teilweise aufgewachsen waren. Zum Vergleich:

¹⁷ Ein Überblick über nationale und internationale Forschungsergebnisse zu den Folgen von Gewalt findet sich auch in: Schröttle, Hornbeg, Böhne et al. 2008 (RKI-Themenheft zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt).

Im Bevölkerungsdurchschnitt waren nach der repräsentativen Frauenstudie von Schröttle/Müller 2004 87 % der Frauen bei beiden und nur 10 % bei einem leiblichen Elternteil aufgewachsen; der Anteil der Frauen, die bei anderen Personen oder in Einrichtungen aufgewachsen waren, ist mit zusammengekommen 6 % erheblich geringer. Damit deuten sich in den Kindheiten und Elternhäusern psychisch erkrankter Frauen häufiger Konflikte und Trennungen an.

Tabelle 19: Aufwachsen bei Eltern, anderen Personen und in Einrichtungen. Mehrfachnennungen

Basis: alle befragten Frauen. Mehrfachnennungen.	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
einem leiblichen Elternteil	23
beiden leiblichen Elternteilen	66
anderen Verwandten/Bekannten	10
überwiegend in Heim/Einrichtung	2
teilweise in Heim/Einrichtung	4
Sonstiges	1
keine Angabe	2

Verhalten von Eltern gegenüber ihren Kindern, die seit Geburt oder seit der Kindheit eine Beeinträchtigung haben

Zum Verhalten der Eltern gegenüber den Befragten in Kindheit und Jugend wurden nur Frauen befragt, die seit Geburt, Kindheit oder Jugend eine Beeinträchtigung hatten. Im Folgenden werden die Aussagen von Frauen betrachtet, die bei ihren Eltern oder zumindest bei einem Elternteil aufgewachsen waren (N = 28).

Tabelle 20: Verhalten der Eltern bei Behinderung in Kindheit und Jugend

Basis: alle befragten Frauen, die bei einem/beiden Elternteilen aufgewachsen und in Kindheit/Jugend behindert waren, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 28 (%)
haben viel unterstützt	46
haben mich besonders gefördert	21
haben Beeinträchtigung ignoriert/geleugnet	32
haben versucht, Behinderung (mich) nach außen zu verstecken	21
haben mich zu ungewollten Behandlungen gedrängt/gezwungen	14
sind grob und lieblos mit mir umgegangen	50
haben das Gefühl gegeben, ein normales Mädchen/eine normale Frau zu sein	43
haben mich unterstützt, ein selbstständiger Mensch zu werden	46

Die Auswertung verweist darauf, dass etwa die Hälfte dieser Frauen ein eher unterstützendes und positives Elternverhalten erfahren hat, etwa wenn sie angeben, sie seien unterstützt und/oder besonders gefördert worden. Die andere Hälfte scheint eher mit problematischen Verhaltensweisen von Eltern aufgewachsen zu sein, wenn beispielsweise deren grobes und liebloses Verhalten berichtet wird. Darüber hinaus wurde bei etwa jeder dritten bis fünften Frau die Behinderung durch die Eltern ignoriert, geleugnet oder nach außen hin zu verstecken versucht; jede siebte Frau wurde vonseiten der Eltern zu ungewollten Therapien oder Behandlungen gezwungen.

Ein Hinweis darauf, dass – auch unabhängig von der Frage, ob die Frauen in Kindheit und Jugend bereits eine Behinderung hatten – etwa die Hälfte der Befragten auf weniger positive Eltern- und Familienbeziehungen zurückgreifen kann, findet sich in dem folgenden Ergebnis, das sich wieder auf alle psychisch erkrankten Frauen bezieht: Auf die Frage, wie stark sie sich in Kindheit und Jugend von den Eltern bzw. der Familie unterstützt fühlten, gaben 48 % sehr stark/stark an; 27 % fühlten sich weniger stark und 21 % gar nicht unterstützt.¹⁸

Positive/negative Einschätzung der eigenen Kindheit

Auch die folgenden Aussagen zur glücklichen oder weniger glücklichen Kindheit verweisen auf eine eher problematische Kindheit bei etwa der Hälfte der Befragten – hier wurden wiederum alle psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen einbezogen. Zusammengenommen schätzten 45 % die eigene Kindheit als sehr glücklich oder glücklich ein, 50 % als weniger glücklich oder unglücklich und 6 % machten hierzu keine Angabe.

Tabelle 21: Einschätzung eigene Kindheit

Basis: alle befragten Frauen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
sehr glückliche Kindheit	17
glückliche Kindheit	28
weniger glückliche Kindheit	29
unglückliche Kindheit	21
keine Angabe	6

Frauen, die bereits in Kindheit und Jugend eine Behinderung hatten (N = 31), gaben noch einmal deutlich seltener eine glückliche Kindheit (29 %) und deutlich häufiger eine weniger glückliche oder unglückliche Kindheit (61 %) an.

Gerade auch im Vergleich zu Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt, die zu 80 % angeben, eine eher glückliche, und zu 19 %, eine eher unglückliche Kindheit erlebt zu haben (vgl. auch Schröttle/Hornberg et al. 2013), verweisen die Ergebnisse auf gehäuft schwierige Kindheiten bei einem relevanten Teil der Frauen mit psychischen Erkrankungen. Dies zeigt sich auch im Hinblick auf gewaltgeprägte Eltern- und Familienbeziehungen.

¹⁸ 1 % der Frauen haben keinen Kontakt zur Familie und 4 % machten hierzu keine Angabe. Basis: alle befragten Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen (N = 83).

Gewalt in den Eltern- und Familienbeziehungen

Der Anteil der Frauen mit psychischen Erkrankungen, die Gewalt zwischen den Eltern, aber auch gegen sich selbst gerichtete körperliche und psychische Gewalt durch Eltern erlebt haben, ist in dieser Befragungsgruppe hoch. So gaben zusammengekommen 30 % der Frauen, die bei einem oder beiden Elternteilen aufgewachsen waren (N = 73) an, körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern erlebt zu haben, wobei es sich zumeist um gewaltsame Übergriffe des Vaters gegen die Mutter, teilweise auch um beidseitige Gewalt zwischen den Eltern gehandelt hat. Zum Vergleich: Im Bevölkerungsdurchschnitt gaben mit 18 % deutlich weniger Frauen körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern an (vgl. Schröttle/Müller 2004).

Frauen mit psychischen Erkrankungen, die in Kindheit und Jugend bei den Eltern aufgewachsen waren, berichteten zu fast 90 % körperliche Gewalt durch Eltern. Von elterlicher psychischer Gewalt in der Kindheit waren zwei Drittel (66 %) der Frauen betroffen. Auch sexuelle Gewalt durch Familienangehörige und andere Personen in Kindheit und Jugend haben über ein Drittel der Frauen (34 %) erlebt. Sie waren damit deutlich häufiger von Gewalt in Kindheit und Jugend betroffen als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (vgl. Tabellen 22 und 23).

Tabelle 22: Gewalt zwischen den Eltern und von Eltern gegenüber den Kindern (Überblick)

Basis: Frauen, die bei Eltern aufgewachsen waren		
	Bevölkerungsdurchschnitt (BMFSFJ 2004) N = 7.472 (%)	Psychisch erkrankte Frauen/ allg. Sprache N = 73 (%)
Körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern	18	30
Körperliche Übergriffe durch Eltern	81	89
Psychische Übergriffe durch Eltern	36	66

Tabelle 23: Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend (durch Erwachsene und Kinder/Jugendliche)

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennung		
	Bevölkerungsdurchschnitt (BMFSFJ 2004) N = 8.445 (%)	Psychisch erkrankte Frauen/ allg. Sprache N = 83 (%)
Mindestens eine Situation durch Kinder, Jugendliche oder Erwachsene erlebt (Itemlisten/Gesamt)	... ¹⁾	36 ²⁾
Mindestens eine Situation durch Erwachsene erlebt (Itemlisten/Gesamt)	10	31 ²⁾
Mindestens eine Situation durch Kinder/Jugendliche erlebt (Item-listen/Gesamt)	... ¹⁾	10 ²⁾

1) Frage nicht vorhanden.

2) 12–13 % keine Angabe.

Im Folgenden wird noch einmal dokumentiert, welchen einzelnen psychischen und körperlichen Gewalthandlungen die Frauen durch Eltern in Kindheit und Jugend ausgesetzt waren. Sie verweisen darauf, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen vor allem *massiveren* körperlichen wie auch psychischen Misshandlungen durch Eltern erheblich häufiger ausgesetzt waren als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. So gaben mit 37 % fast doppelt so viele Frauen an, sie seien häufig oder gelegentlich von den Eltern geschlagen oder körperlich bestraft worden (vs. 19 % im weiblichen Bevölkerungsdurchschnitt). Seelisch verletzende und demütigende Handlungen durch die Eltern berichtete fast jede zweite psychisch erkrankte Frau (vs. jede 4.–5. Frau im Bevölkerungsdurchschnitt). Massivere körperliche Misshandlungen wie Schlagen mit Gegenständen und heftige Prügel wurden von den Befragten zwei- bis dreimal häufiger genannt als von Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (26–29 % vs. 10–14 %). Die Auswertungen zeigen auf, dass jede dritte bis vierte psychisch erkrankte Frau häufigeren und schwereren körperlichen Misshandlungen durch Eltern ausgesetzt war und fast jede zweite von psychischen Misshandlungen durch Eltern betroffen war. Beides kann zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen im Lebensverlauf beigetragen haben.

Tabelle 24: Körperliche/psychische Gewalt durch Eltern

Basis: Befragte, die bei einem/beiden Elternteilen aufgewachsen waren, Mehrfachnennungen		
	Bevölkerungsdurchschnitt (BMFSFJ 2004) N = 7.472 (%)	Psychisch erkrankte Frauen/ allg. Sprache N = 73 (%)
Einstiegsfrage: durch Eltern geschlagen/ körperlich bestraft	64	80
Häufig/gelegentlich geschlagen/körperlich bestraft	19	37
Itemliste: Wurde ...		
A) lächerlich gemacht und gedemütigt	18	47
B) so behandelt, dass es seelisch verletzend war	23	49
C) niedergebrüllt	26	41
D) leicht geohrfeigt	58	45
E) bekam eine schallende Ohrfeige mit sichtbaren Striemen	12	23
F) einen strafenden Klaps auf den Po	61	53
G) mit der Hand kräftig den Po versohlt	28	36
H) mit einem Gegenstand auf den Finger geschlagen	8	12
I) mit einem Gegenstand kräftig geschlagen	14	26
J) bekam heftige Prügel	10	29
K) wurde auf andere Weise körperlich bestraft	3	15
L) wurde auf andere Weise seelisch verlet- zend behandelt	...1)	27

1) Frage nicht gestellt.

Eine vertiefende Auswertung der Betroffenheit der befragten psychisch erkrankten Frauen durch sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend zeigt auf, dass ein großer Teil der Betroffenen mehrfach sexuell missbraucht wurde. So gaben 12 % aller Befragten einmalige und 21 % mehrmalige sexuelle Missbrauchshandlungen in Kindheit und Jugend an (13 % sogar mehr als zehnmal, was auf fortgesetzte sexuelle Gewalt verweist).¹⁹ Darüber hinaus handelte es sich häufig um sexuelle Gewalt durch Familienmitglieder und nahestehende Personen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld der Befragten. So gaben 17 % aller befragten Frauen mit psychischen Erkrankungen sexuelle Missbrauchshandlungen durch Familienmitglieder an (es handelte sich dabei ausschließlich um männliche Täter, häufig um den Vater) und 8 % berichteten – teilweise zusätzlich – sexuellen Missbrauch durch Personen aus Freundes-/Bekanntenskreis und Nachbarschaft (fast durchgängig männliche Täter).²⁰ Dies verweist auf massive frühe (sexuelle) Grenzverletzungen durch Bezugspersonen bei einem erheblichen Anteil der psychisch erkrankten Frauen, welche maßgeblich zu gesundheitlichen und psychischen Schädigungen beigetragen haben können und zudem das Risiko für fortgesetzte Gewalt im Lebensverlauf erhöhen (siehe auch Risikofaktorenanalyse in Kap. 3.3.3).

3.1.7 Zusammenfassung: Lebenssituation und mögliche Risikofaktoren für Gewalt und Teilhabebeeinträchtigungen im Leben psychisch erkrankter Frauen

Die vorangegangenen Analysen zeigen auf, dass die Befragungsgruppe der psychisch erkrankten Frauen in hohem Maße vorbelastet ist durch problematische und unter Umständen schädigende Kindheitserfahrungen, aber auch durch die aktuelle Lebenssituation, die geprägt ist durch erhebliche psychische und andere gesundheitliche Beeinträchtigungen. Beides kann zu erhöhter sozialer Isolation im Lebensverlauf, zu unterschiedlichen Teilhabebeeinträchtigungen (im Bereich Beruf, Familie und Partnerschaft) sowie zu einer hohen Vulnerabilität in Bezug auf Gewalt und Grenzverletzungen im Leben der Frauen beitragen. Die aktuelle Wohnsituation in den Einrichtungen ist darüber hinaus vielfach geprägt durch einen Mangel an Selbstbestimmung und durch einen unzureichenden Schutz der Privat- und Intimsphäre. Im Rahmen der Risikofaktorenanalyse sollen diese Zusammenhänge differenzierter geprüft werden. Dabei sollen mögliche Risikofaktoren und Ursachenzusammenhänge für Gewalt und Diskriminierung im Leben dieser Befragungsgruppe geprüft und identifiziert werden.

Als zentraler Risikofaktor für diese Befragungsgruppe wird einerseits die Schädigung durch problematische und gewaltbelastete Kindheitserfahrungen vermutet; andererseits und eng damit zusammenhängend die erhöhte Vulnerabilität aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen, welche mit verminderter Wehrhaftigkeit und größeren Schwierigkeiten der Grenzsetzung einhergehen können. Darüber hinaus können auch verminderte soziale Ressourcen in Bezug auf Bildung und ökonomische Situation, aber auch im Hinblick auf soziale Beziehungsnetze das Risiko für fortgesetzte Gewalt im Lebensverlauf erhöhen. Die durch diese Faktoren erhöhte Vulnerabilität kann sich auch auf Gewalterfahrungen im Vorfeld des Lebens in der Einrichtung beziehen.

19 2 % waren von sexuellem Missbrauch betroffen, machten aber keine Angaben zur Anzahl von Missbrauchssituationen.

20 Nur vereinzelt berichteten Befragte aus dieser Gruppe von sexuellem Missbrauch in Institutionen (Schule und Ausbildung). Ausschließlich sexuellen Missbrauch durch unbekannte oder kaum bekannte Personen (außerhalb von Familie und Bekanntenkreis) erlebt zu haben, berichteten zwei Fünftel der Betroffenen sexuellen Missbrauchs.

Darüber hinaus können Risikofaktoren in Einrichtungen bestehen, die die Gefahr aktueller Gewalt gegen Frauen mit psychischen Erkrankungen erhöhen, etwa der Mangel an Selbstbestimmung und vor Zugriffen geschützten Räumen (eigenes Zimmer, abschließbare Wasch- und Toilettenräume; Räume nur für Frauen), aber auch das Fehlen von vertrauten Personen, mit denen Probleme besprochen werden können, sowie die Möglichkeit, im Fall von Gewalt interne und externe Unterstützung erhalten zu können (was eine Frage von Barrierefreiheit und sozialen Kontakten nach außen sein kann).

Für die Risikofaktorenanalyse ist generell zu unterscheiden, ob es sich um Gewalt handelt, die aktuell in der Einrichtung erlebt wurde bzw. in der Zeit des Lebens in der Einrichtung, oder ob es um weiter zurückliegende Gewalt im Vorfeld des Lebens in der Einrichtung geht. Darüber hinaus kann es eine Rolle spielen, ob die Gewalt im Vorfeld des Eintretens der Behinderung erlebt wurde oder danach und welche Rolle nach Einschätzung der Frau die Behinderung oder Beeinträchtigung für Gewaltsituationen gehabt hat.

Insofern werden die Gewalterfahrungen einzuteilen sein nach:

- Gewalt vor/nach Eintreten der Behinderung.
- aktuellen Gewalterfahrungen (in den letzten zwölf Monaten) versus u. U. zeitlich weiter zurückliegende Gewalterfahrungen.
- Gewalterfahrungen innerhalb/außerhalb der Einrichtung.

Im Kontext der Risikofaktorenanalyse sollen folgende Faktoren in ihrem Zusammenhang mit Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben, aber auch in ihren wechselseitigen Zusammenhängen untersucht werden:

- Problematische Kindheitserfahrungen (anhand der Indikatoren: Gewalt in Kindheit und Jugend, Unterstützung/Angenommensein in Kindheit und Jugend, glückliche Kindheit und Jugend)
- Eintreten der Behinderung (in Kindheit und Jugend oder später)
- Soziale Ressourcen (Bildung, Erwerbseinbindung, soziale Beziehungen, Ansprechpersonen bei Problemen, Lebenserfahrung/Alter)
- Selbstbestimmung und Schutz der Privat- und Intimsphäre in Einrichtungen (Mitbestimmung über Zusammenwohnen, Frauenräume und gemischtgeschlechtliche Kontexte, abschließbare Wasch- und Toilettenräume)
- Grad der Beeinträchtigung durch psychische Probleme und andere gesundheitliche Probleme (Indikatoren zur Anzahl psychischer Probleme und zusätzlicher Behinderungen; Grad der Einschränkung in unterschiedlichen Lebensbereichen)
- Wehrhaftigkeit (aktive/passive Reaktion auf erlebte Gewalt)
- Subjektive Wahrnehmung des Zusammenhangs erlebter Gewalt mit der Beeinträchtigung/Behinderung
- Inanspruchnahme von Hilfe/Unterstützung nach Gewalt

3.2 Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen

Im Folgenden werden Aspekte der Lebenssituation der befragten Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in stationären Einrichtungen leben, dargestellt. Diese Frauen wurden im Rahmen der Studie mit einem vereinfachten Fragebogen befragt, sodass nicht alle Fragen bzw. Antworten mit dem allgemeinen Fragebogen vergleichbar sind, der bei psychisch erkrankten Frauen angewendet wurde.²¹ Generell ist zu beachten, dass Frauen dieser Zielgruppe, anders als die befragten psychisch erkrankten Frauen, häufiger dauerhaft in stationären Einrichtungen leben und häufiger bereits in Kindheit und Jugend behindert waren. Viele erleben und beschreiben die kognitiven Beeinträchtigungen selbst nicht als Behinderung. Gegenüber Frauen mit psychischen Erkrankungen verfügen sie zudem über weniger alternative Erfahrungen aus der Zeit, bevor die Behinderung eingetreten war. Ein Zusammenhang mit Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend und der Behinderung dürfte nicht in dem Maße zu vermuten sein wie bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen. Erhöhte Gefährdungen, Opfer von Gewalt zu werden, werden im Rahmen der Fachdiskussion aber darin gesehen, dass die Frauen aufgrund ihrer Behinderung und der mangelnden sexuellen Aufklärung teilweise schwerer Grenzen setzen können (etwa gegenüber sexueller Gewalt) und ihnen nach Übergriffen weniger geglaubt wird, was gezielt von Tatpersonen ausgenutzt werden kann. Darüber hinaus werden die erhöhte Abhängigkeit und mangelnde Selbstbestimmung dieser Frauen als Risikofaktor für Gewalt gesehen (vgl. u. a. Zemp/Pircher 1996, Bosch/Suykerbuyk 2007, Fegert et al. 2006).

3.2.1 Beeinträchtigungen und gesundheitliche Belastungen

Um im Rahmen der vorliegenden Studie für diese Befragungsgruppe die Beeinträchtigungsformen noch einmal differenziert zu untersuchen, mussten die Aussagen der Frauen und der Interviewerinnen geprüft und die entsprechenden Variablen teilweise neu codiert werden. Ein Hintergrund dafür ist, dass viele Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen diese und andere Beeinträchtigungen nicht als solche wahrnehmen oder benennen (können) und dadurch verzerrte Ergebnisse im Hinblick auf die tatsächlich vorliegenden Behinderungen entstehen können. Beispielsweise nannte nur ein geringer Teil der Frauen kognitive Beeinträchtigungen (im Fragebogen abgefragt als „Schwierigkeiten beim Lernen, Erinnern und Denken und Lesen“), obwohl alle Frauen in Einrichtungen für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen untergebracht waren. Darüber hinaus wurden offensichtlich vorliegende körperliche Behinderungen oder Sprechschwierigkeiten in den Interviews nicht durchgängig von den Befragten benannt. Zur Ergänzung dieser noch fehlenden Angaben wurde eine zusätzliche offene Frage ausgewertet, bei der die Interviewerin im Anschluss an das Interview benennen sollte, welche Behinderungen/Beeinträchtigungen bei der Befragten vorlägen, soweit sie für die Interviewerin ersichtlich und nachvollziehbar sind. Wenn es sich hierbei um eindeutig nachvollziehbare Angaben zum Vorliegen einer Behinderung handelte, die von der Befragten im Interview nicht benannt worden war, wurde diese Behinderung im Datensatz als Code ergänzt, sodass eine neue Auswertung zu vorliegenden Behinderungsformen vorgenommen werden konnte. Darüber hinaus wurden anhand der offenen Antworten der Befragten eindeutige Hinweise auf Behinderung/Beeinträchtigung in die Recodierung der Variablen aufgenom-

²¹ Vgl. zur Methodik der Befragung Schröttle/Hornberg et al. 2013, Kap. 2.

men (etwa wenn die Frau im Zusammenhang mit einer Therapie eine diagnostizierte psychische Erkrankung nannte). Dadurch unterscheiden sich die folgenden Ergebnisse zu den Behinderungsformen von denen der Erstausswertung der Studie (Schrötte/Hornberg et al. 2013).

Tabelle 25: Art der Beeinträchtigung¹⁾

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
kognitive Beeinträchtigung	91
körperliche Beeinträchtigung	84
psychische Beeinträchtigung	51
Sprechbeeinträchtigung	35
Hörbeeinträchtigung	12
Sehbeeinträchtigung	7

1) Aufgrund von Recodierungen ist diese Tabelle nicht identisch mit den Daten der Erstausswertung.

Auch bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen zeigt sich, dass diese neben der zentralen Behinderung (kognitive Beeinträchtigung, 91 %)²² vielfach zusätzliche Behinderungen und Beeinträchtigungen haben, allen voran körperliche Beeinträchtigungen (84 %), gefolgt von psychischen Problemen, von denen etwa die Hälfte betroffen ist (51 %),²³ Sprechbeeinträchtigungen (35 %), Hörbeeinträchtigungen (12 %) und Sehbeeinträchtigungen (7 %). Auch diese Befragungsgruppe ist demnach in erheblichem Ausmaß von multiplen Beeinträchtigungen betroffen.

Nur 10 % der Frauen aus dieser Befragungsgruppe sind ausschließlich von einer Behinderungsform betroffen, fast jede Dritte weist eine weitere Behinderungsform auf und die Mehrheit (zusammengenommen 58 %) sind von drei bis fünf Behinderungsformen betroffen. In Bezug auf die Betroffenheit durch multiple Beeinträchtigungsformen sind sie hierin den psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen relativ ähnlich (vgl. Kap. 3.1.1).

22 Bei den restlichen 9 % konnte das Vorliegen einer geistigen Behinderung oder Lernschwierigkeit nicht einwandfrei anhand der Angaben nachvollzogen werden; es ist aber aufgrund des Lebens in einem Wohnheim für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen und der Notwendigkeit, ein Interview in vereinfachter Sprache durchzuführen, davon auszugehen, dass auch bei diesen Frauen eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt.

23 Die Ergebnisse zu psychischen Beeinträchtigungen bei in vereinfachter Sprache befragten Frauen sind nicht vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Befragungsgruppen zu psychischen Beeinträchtigungen, da bei Ersteren offen gefragt und nachträglich durch die Interviewerin zugeordnet wurde, während bei der Befragung in allgemeiner Sprache symptomspezifisch abgefragt wurde. Da eine symptombezogene Befragung aufgrund der notwendigen Abstraktionsfähigkeit bei psychisch beeinträchtigten Frauen nicht möglich war, wurden die Frauen gefragt, ob sie sich oft schlecht fühlten oder oft unangenehme Gefühle oder seelische Probleme hätten. Es folgten Erläuterungen durch die Interviewerin. Die Schwierigkeit für viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen besteht jedoch auch in zeitlichen Einordnungen und Angaben zur Häufigkeit (z. B. ob sie sich **oft** schlecht fühlen), sodass die Aussagen der Frauen zu diesen Fragen nicht als konkrete Hinweise auf **fortgesetzte** psychische Beeinträchtigungen gewertet werden können; wohl aber erlauben sie einen Eindruck von subjektiv beschriebenen psychischen Problemen der Frauen.

Tabelle 26: Anzahl der genannten Beeinträchtigungsarten

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
Anzahl der genannten Beeinträchtigungsarten ¹⁾	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 306 ²⁾ (%)
1	10
2	31
3	33
4	20
5	5
6	0

1) Beeinträchtigungsarten: körperliche Beeinträchtigung, Seh-, Sprech-, Hörbeeinträchtigung, psychische Beeinträchtigung, kognitive Beeinträchtigung.

2) Ein kleiner Teil der Frauen benannte keine Beeinträchtigungen (s. o.).

Einschränkungen in Lebensbereichen oder Tätigkeiten

Die Frage zum Grad der Einschränkung der Frauen in verschiedenen Lebensbereichen konnte aufgrund der Komplexität im vereinfachten Fragebogen nicht in gleicher Weise gestellt werden wie im allgemeinen Fragebogen, weshalb die Ergebnisse hier nicht vergleichbar sind. Bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde dazu offen gefragt, ob es Dinge gebe, die sie nicht tun könnten oder die der Befragten schwerfielen. Zusätzlich wurden Erläuterungen gegeben, zum Beispiel Einschränkungen beim allein Essen, Trinken, Einkaufengehen, eine Partnerin bzw. einen Partner finden etc. Mehr als die Hälfte der Frauen (54 %) gaben hier keine Einschränkungen an oder beantworteten diese Fragen nicht. Auch wurden von den vorgeschlagenen Einschränkungen relativ wenige als zutreffend angegeben. Auffällig ist, dass die Frauen häufiger „sonstige“ Einschränkungen benannten (39 %), die sie selbst spezifizierten. Angegeben wurden hier unterschiedlich komplexe Aktivitäten von Schreiben und Rechnen, Autofahren und dem Bedienen des Bankautomaten bis hin zu Tisch decken, Geschirr abräumen oder Staub saugen (vgl. auch Schröttle/Hornberg et al. 2013).

Tabelle 27: Einschränkungen in Lebensbereichen oder Tätigkeiten

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
allein essen	0
selbst trinken	0
aufs Klo gehen	2
alleine sich waschen und anziehen	2
alleine einkaufen gehen	7
alleine spazieren gehen	4

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
einen Partner finden	2
Sex haben	3
ins Kino gehen	5
Sonstiges	39
keine Probleme	24
weiß nicht	5
keine Angabe	25

Die Angaben der Frauen verweisen darauf, dass diese subjektiv im Vergleich zu anderen Befragungsgruppen in geringerem Maße Einschränkungen im täglichen Leben als solche wahrnehmen oder benennen. Mehr als die Hälfte der Frauen fühlt sich gar nicht eingeschränkt oder gibt keine Einschränkungen an. Die andere Hälfte benennt Einschränkungen, die sich auf unterschiedliche Aktivitäten beziehen. Diese beziehen sich aber nicht in dem Maße wie bei anderen Befragungsgruppen auf Aspekte der beruflichen Situation, der Partnerschaft und Sexualität sowie der Freizeitaktivitäten. Auch wenn die Angaben wegen der unterschiedlichen Methodik der Erhebung nicht direkt vergleichbar sind, deutet sich gegenüber psychisch erkrankten Frauen doch eine geringere subjektiv wahrgenommene Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen an. Dies könnte unterschiedlich interpretiert werden. Eine Interpretationsmöglichkeit wäre, dass Frauen dieser Befragungsgruppe in geringerem Maße Alternativen kennen, weil sie häufig bereits von Geburt und Kindheit an beeinträchtigt waren, länger in den Einrichtungen leben und in geringerem Maße ein selbstbestimmtes Leben ohne Teilhabeeinschränkungen jemals erfahren haben. Dadurch könnten tatsächlich bestehende Einschränkungen als „normal“ oder auch einfach als weniger beeinträchtigend und belastend wahrgenommen werden. Zugleich könnte es sein, dass die subjektiv wahrgenommene geringere Einschränkung im täglichen Leben und damit auch eine höhere Lebenszufriedenheit bei einem großen Teil der Frauen damit zu tun hat, dass diese Frauen aufgrund der Behinderung allein nicht in dem Maße belastet sind wie psychisch erkrankte Frauen.

Einschränkend ist hier festzustellen, dass auch von den kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen etwa zur Hälfte psychische Probleme genannt wurden (s. o.). Allerdings handelt es sich bei diesen psychischen Problemen seltener um diagnostizierte psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, bipolare Störungen, Psychosen, Angst- und Panikstörungen, Zwangshandlungen, Schizophrenie, paranoide Persönlichkeitsstörung, Klaustrophobie) und auch nur zum Teil um konkrete Symptome, wie z. B. Schlaflosigkeit, Albträume, Stimmen hören, Selbstverletzungen oder Selbstmordgedanken. Viele Frauen gaben hier vor allem unspezifische Traurigkeit, Schlafstörungen und Ängste an, aber auch innere Unruhe und Wutanfälle sowie situationsbezogene psychische Probleme (z. B. Tod von Angehörigen, Verlust wichtiger Kontaktpersonen, Gefühle des „Abgeschobenseins“, Zukunftsängste, Einsamkeit, Heimweh, Lustlosigkeit oder Traurigkeit). Auch wurden Probleme mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern

oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in Einzelfällen auch Paarbeziehungsprobleme sowie die Erfahrung sexueller Belästigung und Gewalt, genannt (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Insgesamt zeigen sich aber nicht in dem Maße wie bei den psychisch erkrankten Frauen Hinweise auf traumatische Erfahrungen und psychisch extrem belastende sowie als erhebliche Einschränkung wahrgenommene Lebenssituationen.

Behindertenausweis, gesetzliche Betreuung und Unterstützung

Die befragten Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen gaben zu 93 % – und damit häufiger als psychisch erkrankte Frauen (70 %) – an, einen Behindertenausweis zu haben; 4 % verneinten dies und 3 % machten dazu keine Angabe. In etwa gleich häufig wie psychisch erkrankte Frauen (72 %) gaben sie an, eine gesetzliche Betreuung zu haben (76 %). Fast ein Fünftel der Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen (19 %) konnte nicht spezifizieren, wofür die gesetzliche Betreuung zuständig ist. Am häufigsten wurde eine Zuständigkeit für Vermögenssorge genannt (42 %) sowie für die Vertretung gegenüber den Gerichten und Behörden (33 %), Wohnungsangelegenheiten (27 %) und die Sorge für die Gesundheit und für Heilbehandlungen (31 %). Eine Zuständigkeit für Postangelegenheiten (21 %) und das Aufenthaltsbestimmungsrecht (18 %) wurde dagegen etwas seltener benannt. Psychisch erkrankte Frauen hatten hier in allen Aspekten zu höheren Anteilen Zuständigkeiten der gesetzlichen Betreuung genannt (vgl. Kap. 3.1.1), was aber auch damit zu tun haben könnte, dass diese insgesamt besser informiert sind über die Aufgaben der gesetzlichen Betreuung oder dies besser verstehen bzw. erinnern können.

Auf die Frage, ob es Dinge gebe, bei denen der Befragten andere Menschen jeden oder fast jeden Tag helfen, antworteten fast drei Viertel der kognitiv beeinträchtigten Frauen (74 %) mit „ja“. Damit erhalten sie fast gleich häufig wie psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen (80 %) aktuell regelmäßige Unterstützung. Ebenso wie diese erhalten sie am häufigsten bzw. überwiegend Unterstützung in alltagspraktischen Angelegenheiten, etwa bei Behördenkontakten, Mobilität außer Haus und bei finanziellen Angelegenheiten (jeweils ca. 60–70 %), beim Zubereiten von Mahlzeiten und der Reinigung der eigenen Räume (ca. 55–60 %) und bei der Einnahme von Medikamenten (48 %), welche auch bei dieser Befragungsgruppe häufig genannt wird (psychisch erkrankte Frauen; 47 %). Häufiger als psychisch erkrankte Frauen erhalten die Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen aber Unterstützung bei der Körperpflege (30 % vs. 11 % bei psychisch erkrankten Frauen) und bei der Kommunikation mit anderen (29 % vs. 15 %). Beides sind Aspekte, die das Risiko, Opfer von (sexuellen) Übergriffen zu werden, und die Schwierigkeit, Unterstützung zu erhalten und/oder sich dagegen zur Wehr zu setzen, potenziell erhöhen.

Tabelle 28: Unterstützung bei Tätigkeiten

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Bett verlassen und/oder sich an- und ausziehen	13
Körperpflege	30
Mahlzeiten/Getränke zu sich nehmen	4
sich Mahlzeiten zubereiten	62
sich selbstständig in Wohnung bewegen	7
die Wohnung sauber machen	55
Medikamente richten und einnehmen	48
telefonieren, Kontaktaufnahme und Verständigung mit anderen Personen	29
finanzielle Angelegenheiten regeln (z. B. Überweisungen ausfüllen)	58
Bewegung außer Haus, z. B. Lebensmittel einkaufen, Arztbesuche, öffentliche Verkehrsmittel benutzen, Erreichen von Arbeitsplatz und Einrichtungen	68
Ämter- und Behördenkontakte	70

Für die Risikofaktorenanalyse wurde ein Index zur Bestimmung des Unterstützungsgrades gebildet. Dabei wurden unter der Kategorie „geringe Unterstützung“ die Frauen zusammengefasst, die gar keine Unterstützung oder eine Unterstützung bei ein bis zwei Tätigkeiten erhalten. Da alle befragten Frauen in der Einrichtung leben, ist davon auszugehen, dass diese wenigstens ein Minimum an Unterstützung erhalten. In der Kategorie „mittlere Unterstützung“ wurden Frauen zusammengefasst, die in drei bis fünf Bereichen Unterstützung erfahren. In der Gruppe der starken Unterstützung wurden die Frauen zusammengefasst, die sechs bis elf Tätigkeiten angegeben hatten, bei denen sie Unterstützung erhalten.

Tabelle 29: Grad der Unterstützung

Basis: alle befragten Frauen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Gering	24
Mittel	39
Stark	37

In der Auswertung zeigt sich, dass die große Mehrheit der Frauen (zusammengenommen 76 %) einen mittleren bis hohen Grad der Unterstützung angeben. Nur etwa ein Viertel (24 %) sind in wenigen Bereichen auf Unterstützung angewiesen. Das verweist auf einen insgesamt höheren

alltagspraktischen Unterstützungsbedarf der Frauen dieser Befragungsgruppe. So war bei den psychisch erkrankten Frauen „nur“ bei 54 % ein mittlerer bis hoher Grad der Unterstützung festgestellt worden (vgl. Kap. 3.1.1). Auch dieser Aspekt kann potenziell die Vulnerabilität der kognitiv beeinträchtigten Frauen für Gewalt in Einrichtungen erhöhen und ist in die weitere Analyse einzubeziehen.

Darüber hinaus zeigt sich die Tendenz, dass mit dem Alter der Befragten der Anteil der Frauen mit hohem Unterstützungsgrad zunimmt; die Unterschiede sind signifikant.

Tabelle 30: Grad der Unterstützung nach Altersgruppen

Basis: alle befragten Frauen			
Grad der Unterstützung	Kognitiv beeinträchtigte/vereinf. Sprache N = 286 ¹⁾ (%)		
	16 bis 35 Jahre	36 bis 50 Jahre	51 bis 65 Jahre
Gering	30	22	23
Mittel	55	34	36
Stark	15	44	41

1) Die geringere Fallzahl ergibt sich daraus, dass 32 Frauen keine Angabe zum eigenen Alter gemacht haben.

3.2.2 Alter und Eintritt der Behinderung

Auch für diese Befragungsgruppe wurden für die Erfassung der Altersstruktur drei Altersgruppen gebildet. Gegenüber den psychisch erkrankten Frauen, die in allgemeiner Sprache in Einrichtungen befragt wurden, fällt die Altersstruktur der kognitiv beeinträchtigten Frauen deutlich anders aus. Die Frauen sind jünger und gehören seltener der Altersgruppe ab 51 Jahren an. Ein Viertel der Befragten war nach eigenen Angaben 16 bis 35 Jahre alt (25 % vs. 19 % der psychisch erkrankten Frauen); 37 % waren in der mittleren Altersgruppe von 36 bis 50 Jahren (vs. 35 % der psychisch erkrankten Frauen) und 28 % älter als 50 Jahre alt (vs. 46 % der psychisch erkrankten Frauen). Etwa 10 % der Frauen konnten oder wollten keine Angaben zum Alter machen.

Tabelle 31: Altersstruktur der Befragten

Basis: alle befragten Frauen	
Altersgruppen	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
16 bis 35 Jahre	25
36 bis 50 Jahre	37
51 bis 65 Jahre	28
Weiß nicht	7
Keine Angabe	3

Das jüngere Alter der kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen ist auch darauf zurückzuführen, dass diese häufiger die Behinderung bereits seit Geburt, Kindheit oder Jugend hatten als Frauen mit psychischer Erkrankung, bei denen diese häufiger erst im Lebensverlauf eingetreten war. So gab fast die Hälfte der kognitiv beeinträchtigten Frauen eine Behinderung seit Geburt an (49 % vs. 13 % bei psychisch erkrankten Frauen); weitere 15 % der Frauen waren nach eigenen Angaben seit Kindheit und Jugend beeinträchtigt (vs. 23 % der psychisch erkrankten Frauen). Nur bei 6 % trat die Behinderung erst im Erwachsenenalter ein (vs. bei 57 % der psychisch erkrankten Frauen). Anzumerken ist, dass ein großer Anteil der Frauen (zusammengenommen 29 %) zum Alter des Eintretens der Behinderung keine Angabe machte oder die Antwort nicht wusste (vs. 7 % der psychisch erkrankten Frauen).

Tabelle 32: Zeitpunkt des Eintretens der Behinderung

Basis: alle befragten Frauen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Behinderung besteht seit Geburt	49
Behinderung besteht seit Kindheit und Jugend	15
Behinderung trat erst im Erwachsenenleben auf	6
weiß nicht	17
keine Angabe	12 ¹⁾

1) 5 % dieser Frauen machten hier keine Angabe, weil sie keine Behinderung oder Beeinträchtigung bei sich wahrnahmen; deshalb wurden diese auch nicht nach dem Alter des Eintretens einer Behinderung gefragt.

Insgesamt zeigt die Auswertung auf, dass die Mehrheit der kognitiv beeinträchtigten Frauen (mindestens 64 %; vielleicht auch mehr) bereits in Kindheit und Jugend beeinträchtigt waren und nur bei wenigen (6 %) die Behinderung erst im Erwachsenenleben auftrat. Dies könnte sich auf Vulnerabilitäten in Bezug auf Gewalt in Kindheit und Jugend auswirken, aber auch Diskriminierungen und Teilhabeeinschränkungen im Lebenslauf erhöhen. Allerdings kann es sein, dass diese Zusammenhänge sich für die Befragungsgruppe der kognitiv beeinträchtigten Frauen aus verschiedenen Gründen nicht im Kontext der vorliegenden Befragung abbilden lassen. Zum einen können viele dieser Frauen sich nicht mehr an Kindheit und Jugend erinnern und deshalb oft weniger verlässliche Aussagen darüber machen. Zum anderen können Normalisierungen und die Gewöhnung an Teilhabeeinschränkungen und Grenzüberschreitungen im Lebensverlauf dazu beitragen, dass diese weniger stark als solche wahrgenommen und benannt werden. Insofern wird ein Nachweis dieser Zusammenhänge nur begrenzt anhand der vorliegenden Daten möglich sein.

3.2.3 Aktuelle Wohnsituation

Bereits in der Erstausswertung der Studie war sichtbar geworden, dass der Schutz der Privat- und Intimsphäre für viele in Einrichtungen lebende Frauen mit Behinderungen nicht gegeben ist. Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen in höherem Maße als psychisch erkrankte Frauen nicht über eine eigene Wohnung in der Einrichtung und deutlich seltener über abschließbare Wasch- und Toilettenräume. Sie leben insgesamt in größeren (und auch häufiger in geschlechtergemischten) Wohngruppen, was auch eine Belastung darstellen kann. Häufiger als Frauen mit psychischen Erkrankungen steht ihnen in der Einrichtung kein eigenes Zimmer für sich allein zur Verfügung.

Von den befragten Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen gaben fast zwei Drittel (65 %) an, in einer Wohngemeinschaft zu leben, 11 % haben eine eigene Wohnung und 20 % leben in einem Zimmer in der Einrichtung; bei 5 % war dies nicht ermittelbar. Auffällig ist der hohe Anteil großer Wohngruppen. Von den kognitiv beeinträchtigten Frauen, die in Wohngruppen leben (N = 207), geben 17 % an, in Wohngruppen mit bis zu fünf Personen zu leben, 44 % leben in Wohngruppen von sechs bis 18 Personen und 38 % haben dazu keine vollständige Auskunft gegeben.²⁴ Werden nur die Frauen aus Wohngruppen einbezogen, die hierzu Auskunft gaben (N = 128), dann leben 72 % der Frauen in Wohngruppen von sechs und mehr Personen. Bei den psychisch erkrankten Frauen waren diese Anteile mit rund einem Drittel erheblich geringer (vgl. Kap. 3.1.3). Von den Frauen, die in Wohngruppen leben und über die Anzahl weiblicher Mitbewohnerinnen und männlicher Mitbewohner Auskunft gegeben haben, leben 91 % in geschlechtergemischten Wohngruppen und 9 % in Wohngruppen ausschließlich mit Frauen. Bei den psychisch erkrankten Frauen war dieser Anteil mit 27 % deutlich höher.

Von den Frauen, die die Folgefragen zur Wohnsituation beantwortet haben und die überwiegend ein Zimmer in der Einrichtung oder in einer Wohngruppe haben (N = 302), gaben 80 % an, ein Zimmer für sich allein zu haben, und 77 % können ihr eigenes Zimmer abschließen. 60 bis 62 % können jeweils die Toiletten- und Waschräume absperren; bei gut einem Drittel der Befragten (34 %) war dies nicht der Fall.²⁵ Einen Wohnbereich zu haben, der nur Frauen zur Verfügung steht, gaben nur 16 % der Befragten an, bei 8 % war dies teilweise der Fall; knapp zwei Drittel der Befragten (65 %) steht jedoch kein Wohnbereich für Frauen zur Verfügung. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass bei mindestens jeder dritten Frau mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Einrichtung ein unzureichender Schutz der Privat- und Intimsphäre gegeben ist und durch die großen, überwiegend geschlechtergemischten Wohngruppen zusätzlich Gefährdungen für (sexualisierte) Grenzüberschreitungen und Gewalt bestehen können.

24 Im Rahmen der Erstausswertung wurden Personen, die hier in einer der Fragen zur Anzahl von a) Jugendlichen, b) weiblichen Erwachsenen und c) männlichen Erwachsenen keine Auskunft gegeben haben, nicht vollständig der Kategorie „keine Angabe“ zugeordnet. Dadurch ergaben sich andere Verteilungen.

25 4–6 % machten hierzu keine Angabe.

Tabelle 33: Wohnsituation

Basis: alle befragten Frauen, die Folgefragen zur Wohnsituation beantwortet haben. Mehrfachnennung	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 302 (%)
Zimmer für sich allein	80
abschließbares Zimmer	77
abschließbare Toilettenräume	62
abschließbare Waschräume	60
Wohnbereich nur für Frauen	16 (+8 teilweise)
Möglichkeit zu entscheiden, mit wem zusammenzuwohnen	39 (+9 teilweise)
Möglichkeit, sich in Wohnung barrierefrei zu bewegen	89 (+2 teilweise)
Möglichkeit, sich in Wohngegend barrierefrei zu bewegen	85 (+3 teilweise)

Nur 39 % der Frauen können entscheiden, mit wem sie zusammenwohnen möchten; bei weiteren 9 % ist dies teilweise der Fall.

Die Möglichkeit, sich in der Wohnung und der Wohngegend frei zu bewegen, ist für 89 % bzw. 85 % der Frauen gegeben; bei etwa 10 bis 15 % ist dies nicht oder nur mit Einschränkungen der Fall.

Vor dem Hintergrund einiger problematischer Aspekte der aktuellen Wohnsituation stellt sich die Frage, wie zufrieden die Frauen subjektiv mit ihrer aktuellen Wohnsituation sind.²⁶ Generell zeigt sich eine recht hohe Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation, wenn drei Viertel der Befragten hier angeben, eher zufrieden zu sein. 9 % der Frauen antworteten, eher nicht zufrieden mit der jetzigen Wohnsituation zu sein, und 13 % nahmen mittlere Positionen im Grad der Zufriedenheit ein. Psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen waren hier deutlich seltener zufrieden (51 %) und häufiger unzufrieden (17 %; vgl. Kap. 3.1.5).

²⁶ Statt einer 6er-Skala gab es hier die Vorgaben: „eher zufrieden“, „eher unzufrieden“ und als mittlere Kategorien „mittel“/„mal so, mal anders“.

Tabelle 34: Zufriedenheit mit derzeitiger Wohnsituation

Basis: alle befragten Frauen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
eher zufrieden	75
mittel/unterschiedlich	13
eher unzufrieden	9
keine Angabe	3

Frauen dieser Befragungsgruppe sind dann tendenziell zufriedener mit der aktuellen Wohnsituation, wenn sie in einer eigenen Wohnung oder in kleineren, nicht geschlechtergemischten Wohngruppen leben, ein Zimmer für sich allein haben und mitbestimmen können, mit wem sie zusammenleben, wobei hier die Unterschiede nicht durchgängig signifikant sind. Außerdem trägt die Möglichkeit, sich in der Einrichtung und in der Wohngegend frei bewegen zu können, tendenziell zu einer größeren Wohnzufriedenheit bei.²⁷ Keinen Einfluss in Richtung einer höheren Zufriedenheit scheint dagegen die Frage abschließbarer Wasch- und Toilettenräume zu haben, ebenso wenig das Vorhandensein von Räumen, die nur Frauen vorbehalten sind.

3.2.4 Soziale Einbindung

Die soziale Einbindung ist ein wichtiger Faktor, sowohl für die Gesundheit und Lebenszufriedenheit als auch für den Schutz vor Gewalt und die Möglichkeit, im Fall von Gewalt Unterstützung zu erhalten. Als Indikatoren für die soziale Integration der Frauen werden im Rahmen der vorliegenden Studie die familiäre Einbindung, Partnerschaften und Freundesbeziehungen, außerhäusliche Freizeitaktivitäten, Besuche in der Einrichtung sowie das Vorhandensein von Vertrauenspersonen herangezogen.

Partnerschaft, Familie, Freizeitgestaltung und Besuche

Wie bereits aus der Erstausswertung der Studie hervorging und auch in dieser spezifischen Auswertung sichtbar wird, sind Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, aber auch im Vergleich zu anderen Frauen mit Behinderungen in Haushalten selten verheiratet und auch seltener in feste Partnerschaften eingebunden. Nur 5 % der kognitiv beeinträchtigten Frauen sind aktuell verheiratet (bei den in Haushalten lebenden Frauen mit/ohne Behinderung sind es über 50%); zusammengenommen 47 % geben an, verheiratet zu sein und/oder eine feste Partnerin bzw. einen festen Partner zu haben (im Vergleich zu über 70 % der in Haushalten lebenden Frauen; Nachberechnungen, nicht in Tabelle aufgeführt). Nur psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen sind noch seltener aktuell in Partnerschaften eingebunden (35 %, vgl. Kap 3.1.4). Allerdings sind jüngere kognitiv beeinträchtigte Frauen von 16 bis 35 Jahren häufiger in einer Partnerschaft eingebunden als Ältere (56 % vs. 37-38 % bei den 36- bis 65-Jährigen).

²⁷ Auch hier sind die Unterschiede nicht hoch signifikant.

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle festen Partnerschaften, die die Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen angeben, auch sexuelle Beziehungen sind. Von den Frauen, die aktuell einen festen Partner oder eine Partnerin haben, geben nur 44 % an, jemals sexuell aktiv gewesen zu sein²⁸, und 52 %, sie seien sexuell aufgeklärt worden. Ein Drittel dieser Frauen gibt an, Sex sei ihnen nicht so wichtig.

Tabelle 35: Partnerschaftsstatus und Kinder im Vergleich mit anderen Untersuchungsgruppen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen				
	Bevölkerungs- durchschnitt (BMFSFJ 2004) N = 8.445 (%)	Frauen mit Behin- derungen in Haushalten N = 800 (%)	Psychisch erkrankte Frauen/allg. Sprache N = 83 (%)	Kognitiv beein- trächtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Bestehen einer aktu- ellen Partnerschaft	75	72	35	46 ^{1) 2)}
Bestehen einer früheren Partner- schaft	52	64	72	48 ²⁾
Aktuell verheiratet	57	55	5	5
Anteil Frauen mit Kindern	71	73	46	6 ²⁾

1) Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden hier sowohl Frauen einbezogen, die in der vorangegangenen Frage angegeben haben, aktuell verheiratet (und weder geschieden noch verwitwet noch getrennt lebend) zu sein, als auch Frauen, die in der Folgefrage eine feste Partnerschaft angegeben haben. Dadurch erhöht sich ihr Anteil leicht gegenüber der Erstausswertung.

2) Erhöhte Anteile von Frauen, die keine Angaben gemacht haben (6–9 % vs. 0–2 % bei den anderen Befragungsgruppen).

Nur 6 % der Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen haben eigene Kinder (psychisch erkrankte Frauen: 46 %). Der Anteil der Frauen mit Kindern liegt bei Frauen mit/ohne Behinderungen in Haushalten mit über 70 % zwölfmal so hoch. Bereits in den vorangegangenen Auswertungen war sichtbar geworden, dass bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, im Prinzip eine Schwangerschaft nicht vorgesehen ist. Ganz unabhängig davon, ob die Frauen sexuell aktiv sind, erhalten sie zu hohen Anteilen Kontrazeptiva oder sind sterilisiert worden (vgl. auch Schröttle/Hornberg et al. 2013). So haben von den kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen nur 37 % überhaupt jemals sexuelle Erfahrungen gemacht, dennoch waren 17 % sterilisiert worden und die restlichen Frauen erhielten etwa zur Hälfte Kontrazeptiva (zumeist 3-Monats-Depots) – ganz unabhängig von den sexuellen Aktivitäten der Frauen (vgl. ebd.). Wenn die Frauen dann trotzdem schwanger wurden, wurde häufig das Kind abgetrieben. So gaben 35 der 218 Frauen (11 %) an, schon einmal schwanger gewesen zu sein, bei der Hälfte davon (6 %) wurde bereits eine Abtreibung vorgenommen. Von den wenigen Frauen, die schließlich dennoch ein Kind geboren haben (N = 19), hat nur jede vierte (N = 5) das Kind selbstständig aufgezogen, mehr als jede dritte (N = 7) gibt an, das Kind sei bei anderen Personen aufgewachsen; eine Frau gibt an, Unterstützung bei der Betreuung erhalten zu haben, und die restlichen sechs Frauen äußern sich dazu nicht.

28 Die Frage hierzu lautete: „Hatten Sie schon Sex?“

Mit der fehlenden Möglichkeit vieler Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, eine eigene Familie und langfristige Partnerschaften zu gründen, fällt auch ein wichtiger Faktor für die soziale Einbindung und vollständige Teilhabe weg. Die ist aus menschenrechtlicher Perspektive hoch problematisch, zumal auch in der UN-Behindertenrechtskonvention das Recht auf freie Partnerwahl, auf Gründung einer Familie, sexuelle Selbstbestimmung sowie die Entscheidung über Fortpflanzung und Familienplanung festgeschrieben ist.

Darüber hinaus zeigen die folgenden Auswertungen auf, dass die Frauen dennoch überwiegend nicht als sozial isoliert bezeichnet werden können.

Zufriedenheit mit den aktuellen Paar-, Freundes- und Familienbeziehungen

Obwohl die Frauen seltener als andere Befragungsgruppen in Partnerschaften und eigene Familien eingebunden sind, zeigt sich eine relativ große Zufriedenheit mit den aktuellen Beziehungen: Mit dem Leben im Bereich Partnerschaft (mit/ohne Partnerin bzw. Partner) sind nach eigenen Angaben 72 % der Frauen zufrieden, mit den aktuellen Freundesbeziehungen 74 % und mit der eigenen Herkunftsfamilie 65 %. Allerdings geben auch 11 % der Frauen an, sie hätten keinen Kontakt zu Familienmitgliedern.

Vertrauensvolle Gespräche

Im Fragebogen in allgemeiner Sprache, mit dem die Frauen mit psychischen Erkrankungen befragt wurden, wurde die Frage nach vertrauten Personen für verschiedene Problembereiche gestellt. In dem Fragebogen in vereinfachter Sprache wurde diese Frage vereinfacht und nicht auf unterschiedliche Problembereiche bezogen. Die Frage lautete: „Haben Sie jemanden, mit dem Sie persönliche Probleme besprechen können?“. Dies bejahten 71 % der Frauen, ein Fünftel (19 %) gab an, keine Vertrauensperson zu haben, und weitere 10 % wussten dies nicht oder machten dazu keine Angabe. Das Ergebnis verweist auf ein im Vergleich zu den psychisch erkrankten Frauen häufiges Vorhandensein von Vertrauenspersonen bei dieser Untersuchungsgruppe.

Als Ansprechpersonen wurden mit Abstand am häufigsten weibliche Pflegekräfte genannt (60 %), gefolgt von männlichen Pflegekräften (26 %), Familienangehörigen (9 % männliche, 18 % weibliche), Freundinnen und Freunde (14 %), Partnerinnen und Partner (13 %) und anderen männlichen/weiblichen Personen (10 %). Dies zeigt auf, dass hohe Abhängigkeiten vom Personal als wichtige soziale Bezugspersonen bestehen. Diese können missbraucht werden, aber auch als Schutz und Unterstützung bei Gewalt und anderen Problemen fungieren.

Freizeitaktivitäten

Im Gegensatz zum allgemeinen Fragebogen wurde im vereinfachten Fragebogen nicht nach der Häufigkeit bestimmter Freizeitaktivitäten gefragt, sondern es wurden der Befragten bestimmte Freizeitaktivitäten vorgelesen und sie sollte angeben, ob sie an diesen teilhabe („das auch tut, oder nicht“). Der Anteil der Frauen, die hierzu keine Angabe gemacht haben, liegt je nach Aktivität bei 4 bis 8 %.

Aus der folgenden Übersichtstabelle 36 wird ersichtlich, dass die meisten Frauen dieser Befragungsgruppe Hobby zu Hause ausführen (88 %), aber auch mehrheitlich außerhäuslich aktiv sind: 80 % gehen spazieren und wandern, 72 % in ein Restaurant, 69 % besuchen Freundinnen

und Freunde, Verwandte oder Bekannte und 67 % kulturelle Veranstaltungen. Außerdem treiben viele Sport (59 %). Die Mitarbeit in Organisationen oder der Kirche ist etwas seltener verbreitet; immerhin gibt aber fast jede Dritte (30 %) eine Beteiligung an diesen an.

Tabelle 36: Freizeitaktivitäten

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Freunde, Verwandte, Bekannte besuchen	69
Mitarbeit in Organisationen (Kirche, Verein etc.)	30
Besuch von Kino, Theater, Kulturveranstaltungen	67
Restaurant, Café	72
Sport, Bewegung außer Haus	59
Spaziergehen, Wandern	80
Hobby zu Hause	88

Die Häufigkeit der außerhäuslichen Besuche von Bekannten oder Verwandten hängt auch mit dem Alter zusammen. Während 85 % der Frauen im Alter von 16 bis 35 Jahren Freunde oder Verwandte besuchen, trifft dies nur auf etwa die Hälfte der 51- bis 65-Jährigen zu. Dies legt nahe, dass ältere Frauen in Einrichtungen stärker nach außen hin sozial isoliert sein könnten.

Besuche in der Einrichtung

Auch im Hinblick auf Besuche durch Freundinnen und Freunde und Verwandte in der Einrichtung kann bei der Mehrheit der Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht von einer sozialen Isolation ausgegangen werden: Über zwei Drittel der Frauen (68 %) bekommen manchmal Besuch von Verwandten oder Bekannten in der Einrichtung, 26 % nicht und 6 % machen dazu keine Angabe. Hier finden sich keine Hinweise darauf, dass ältere Frauen stärker sozial isoliert sind.

Qualität der Beziehungen

Zur Einschätzung der Qualität der Beziehungen zu anderen Personen wurden Aussagen angeboten, die Hinweise auf das Vorhandensein vertrauensvoller enger sozialer Beziehungen geben. Anders als im allgemeinen Fragebogen mit der vierstufigen Antwortvorgabe von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“ wurde für den vereinfachten Fragebogen nur gefragt, ob diese Aussage für die Befragte eher stimme oder eher nicht stimme.

Tabelle 37: Einschätzung der eigenen sozialen Beziehungen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Ich kann immer mit jemandem meine Probleme besprechen.	84
Ich kenne einige Leute, mit denen es mir gut geht.	85
Ich kenne genug Menschen, die mir bei Problemen helfen.	81
Ich habe eine richtig gute Freundin bzw. einen richtig guten Freund.	78
Ich fühle mich allein gelassen.	38
Ich kenne Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann.	76
Ich habe Menschen, mit denen ich ganz nah und vertraut zusammen sein kann.	74
Meine Freunde sind immer für mich da.	78
Ich bräuchte mehr Zeit zum Alleinsein. (Manchmal sind zu viele Menschen um mich herum. Ich möchte öfter meine Ruhe haben.)	59

Die Auswertung zeigt auf, dass der weitaus größte Teil der in vereinfachter Sprache befragten Frauen auf enge, vertrauensvolle Beziehungen zurückgreifen kann. So geben über 80 % an, sie können immer mit jemandem Probleme besprechen, sie kennen Leute, mit denen es ihnen gut gehe oder die bei Problemen helfen würden. Mehr als 70 % haben gute Freundinnen oder Freunde bzw. Menschen, auf die sie sich verlassen können, sowie Menschen, mit denen sie nah und vertraut sein können. Allerdings gibt auch mehr als jede dritte Frau (38 %) an, sie fühle sich alleingelassen. Mehr Zeit zum Alleinsein zu benötigen ist in dieser Befragungsgruppe ein relativ häufiges Problem; dies gaben fast 60 % der Befragten an.

Insgesamt zeigt sich, dass allenfalls bei einem Drittel bis einem Viertel der Befragten von einem geringeren Ausmaß oder einem Fehlen enger sozialer Beziehungen auszugehen ist. Die anderen Frauen scheinen gut sozial integriert zu sein, wenn auch mit zu wenig eigener Zeit und Privatsphäre.

3.2.5 Aktuelle Erwerbssituation und Ressourcen

Ausbildung und Erwerbsarbeit sowie finanzielle Ressourcen sind eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe und Selbstverwirklichung. Bereits in der Erstauswertung der Daten wurde aufgezeigt, dass sogenannte geistig behinderte Frauen zumeist keine qualifizierte Schul- und Berufsausbildung haben, oft in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen arbeiten und häufig nicht über eigene finanzielle Mittel und somit über ihren Lebensunterhalt verfügen können. Im Folgenden werden diese Ergebnisse noch einmal für die Frauen dieser Untersuchungsgruppe zusammengetragen, da sie eine Basis für die weitere Risikofaktorenanalyse bilden.

Schul- und Berufsausbildung

Wie aus der folgenden Tabelle 38 ersichtlich wird, haben die meisten Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen (75 %) keinen qualifizierten Schulabschluss oder den Abschluss einer Förderschule. 7 % haben einen Hauptschulabschluss. Höhere Schulabschlüsse wie mittlere Reife, Abitur und Fachabitur geben nur 2 % an. Anzumerken ist hierbei, dass viele (16 %) keine Angabe zum Schulabschluss gemacht haben.

Tabelle 38: Schulabschlüsse

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Frauen ohne (qualif.) Schulabschluss/Förderabschluss/sonstiger Abschluss	75
Hauptschulabschluss	7
Mittlere Reife/Abitur/Hochschulabschluss	2
Keine Angabe	16

Auch im Hinblick auf die Berufsausbildung ist eine relativ geringe Qualifikation erkennbar: Nur 12 % können eine qualifizierte Berufsausbildung vorweisen, 4 % sind beruflich/betrieblich angelernt und die große Mehrheit (75 %) verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Tabelle 39: Berufsausbildung

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Abgeschlossene Lehre/Berufsausbildung	12
Beruflich/betrieblich angelernt	4
Keine abgeschlossene Berufsausbildung	75
Keine Angabe	9

Es zeigt sich auch in den Daten, dass Frauen, die seit Geburt oder Kindheit eine Behinderung haben, seltener einen (höheren) Bildungsabschluss oder eine Berufsausbildung haben als Frauen, bei denen erst im Erwachsenenalter eine Behinderung aufgetreten ist. Zudem dürften die geringen Qualifizierungen der Frauen dieser Befragungsgruppe zentral mit deren kognitiven Beeinträchtigungen in Verbindung stehen. Nichtsdestotrotz könnten auch die Teilhabemöglichkeiten und Ressourcen dieser Befragungsgruppen erhöht werden, wenn für sie qualifizierte Schul- und Berufsausbildungen und entsprechende Abschlüsse geschaffen würden, die ihrem jeweiligen Leistungsniveau entsprächen.

Erwerbstätigkeit

Auffällig ist zunächst der hohe Anteil an Erwerbstätigen in der Gruppe der Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Er liegt mit 88 % auch gegenüber anderen Befragungsgruppen überdurchschnittlich hoch (bei anderen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen liegt er bei ca. 50 %; bei Frauen ohne Behinderungen im Bevölkerungsdurchschnitt bei 57 %). Allerdings arbeiten fast alle Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (84 %). Von den Frauen, die nicht erwerbstätig sind (N = 34), nannten zusammengekommen fast zwei Drittel eine Erwerbsunfähigkeit oder Berentung aufgrund der Behinderung (35 %) oder eine Altersberentung (29 %) als Grund, nicht erwerbstätig zu sein.

Tabelle 40: Erwerbsarbeit und berufliche Einbindung

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Erwerbstätig	88
tätig in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen	84

Die Arbeitszufriedenheit der erwerbstätigen Frauen ist relativ hoch: 81 % der erwerbstätigen Frauen geben an, mit ihrer Arbeit eher zufrieden zu sein, 5 % waren eher unzufrieden und 12 % gaben eine mittlere Bewertung ab („mittel“ oder „mal so, mal anders“). Es könnte auch sein, dass die hohe Zufriedenheit dieser Frauen auf einem Mangel an Alternativen beruht. Gefragt nach Aspekten, die in der Arbeit verbessert werden sollten, gaben 27 Frauen, die mit der Arbeit nicht oder mäßig zufrieden sind, Auskunft. Mehrere kritisierten dabei, dass die Arbeit zu anspruchslos und zu wenig abwechslungsreich sei. Andere gaben an, die Arbeit sei zu schwer und zu anstrengend, teilweise auch wegen mangelnder Vorrichtungen nicht gut für Menschen mit Behinderungen zu bewältigen. Darüber hinaus finden sich in der Kritik der Frauen Hinweise auf sexuelle Belästigung in der Arbeitssituation und auf ein schlechtes Arbeitsklima (Betreuungspersonen, die viel schimpfen, und/oder schwierige/unfreundliche Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, außerdem die hohe Lautstärke). Eine Frau wünscht sich mehr Geld und mehrere Frauen möchten die Arbeitsstelle wechseln. Eine Frau, die eine körperliche Behinderung und offenbar eher leichte Lernschwierigkeiten hat, hielt es für sinnvoll, wenn in den Werkstätten Menschen mit geistigen getrennt von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen arbeiten würden.

Einkommen

Bereits in der vorangegangenen Studienauswertung war deutlich geworden, dass die in Einrichtungen lebenden Frauen im Vergleich mit anderen Frauen mit/ohne Behinderungen über äußerst niedrige Einkommen aus eigener Erwerbsarbeit verfügen (fast durchgängig unter 400 €), wobei es sich zumeist nur um kleinere Taschengelder handelt. Die geringen Einkünfte der in Einrichtungen lebenden Frauen sind auf ihre hohe Einbindung in die Werkstattarbeit zurückzuführen sowie darauf, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der Wohn-

einrichtung getragen werden (Schrötte/Hornberg et al. 2013).²⁹ 58 % der in vereinfachter Sprache befragten Frauen in Einrichtungen gaben Einkünfte aus der Werkstatt als zentrale Einnahmequelle an, 11 % nennen unterschiedliche Sozialleistungen (insbesondere Arbeitslosengeld/Leistungen des Sozialamtes und Renten).³⁰ Fast ein Drittel der in vereinfachter Sprache befragten Frauen in Einrichtungen (31 %) konnte keine Angaben über die derzeitigen Einnahmequellen oder weitere Sozialbezüge machen. Es ist zu vermuten, dass viele dieser Frauen nicht ausreichend informiert sind über das ihnen insgesamt zustehende Geld, sondern in ein institutionelles System eingebunden sind, das wenig Alternativen und Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Arbeits-, Wohn- und Lebensformen bereithält.

Dies zeigt sich auch darin, dass nur ein Teil der Frauen weiß oder angeben kann, wie viel Geld sie im Monat für sich haben. 57 % machten dazu keine Angabe oder wussten es nicht, 40 % nannten einen Betrag unter 400 €.

Tabelle 41: Einkünfte und (Wissen über) finanzielle Ressourcen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Quelle der Einkünfte	
Einkünfte aus der Werkstattarbeit/Taschengeld	69
Sozialleistungen	11
Sonstiges	12
Weiß nicht/keine Angabe	31
Geld, das monatlich zur Verfügung steht	
Unter 400 €	40
400–1.000 €	3
Weiß nicht/keine Angabe	57
Selbstbestimmung	
Kann über Einkünfte selbst bestimmen	67
Kann über Einkünfte nicht selbst bestimmen	25
Weiß nicht/keine Angabe	8

29 Nach § 138 SGB IX zahlen WfbM den behinderten Beschäftigten ein Arbeitsentgelt, „das sich aus einem Grundbetrag in Höhe des Ausbildungsgeldes“ (der Bundesagentur für Arbeit) „und einem leistungsangemessenen Steigerungsbetrag zusammensetzt“. Nach den Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft der WfbM waren das 2008 durchschnittlich 159 € im Monat (<http://www.bagwfbm.de/page/101>). Hinzu kommen die Kosten für die soziale und kulturelle Betreuung in der Werkstatt und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der Wohneinrichtung der Behindertenhilfe. Diese Kosten sind aber keine direkten Einkünfte der Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung, weil sie nicht selbst darüber verfügen können.

30 Bei der Nennung „sonstige Einkünfte“ gaben 38 Frauen (12 %) zumeist zusätzlich zu den anderen Angaben an, kleine Taschengelder zu erhalten (vom Betreuer, Bezirksamt, Landschaftsverband etc.), teilweise auch Renten oder Unterstützungsleistungen, deren Herkunft sie selbst nicht einordnen konnten.

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Zufriedenheit mit Einkünften	
Genug Geld zum Leben	70
Nicht genug Geld zum Leben	13
Teils, teils	7
Weiß nicht/keine Angabe	10

Zwei Drittel der Frauen (67%) gaben an, über ihr Geld selbst bestimmen zu können, wobei es sich hier zumeist um die geringen Taschengelder aus der Werkstattarbeit handelt. Die Mehrheit der Frauen (70%) geben an, sie hätten genug Geld zum Leben, bei 7% sei dies teilweise der Fall und 13% haben nach eigener Einschätzung nicht genug Geld zum Leben; 10% machen dazu keine Angabe.

Insofern ist das Problem in dieser Befragungsgruppe weniger – wie bei den psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen – eine Angst vor finanziellen Engpässen und Existenzverlust, sondern eher eine unzureichende Informiertheit und Selbstbestimmung über die eigenen finanziellen Mittel, welche auch im Fall von Gewalt und Unzufriedenheit mit dem Leben in der Einrichtung nur wenige Alternativen offen lässt. Da aber viele dieser Frauen vermutlich auch in ihrem Vorleben keine große Wahlfreiheit in Bezug auf unterschiedliche Lebensentwürfe hatten und somit keine anderweitigen Erfahrungen bestehen, kann es sein, dass dies sich nicht in einer generellen Unzufriedenheit mit den Lebensbedingungen niederschlägt. So geben bereits in einer der Eingangsfragen des Interviews 69% der Frauen an, sie seien mit ihrem Leben eher zufrieden, 9% sind eher unzufrieden und 18% stimmen hier eher Aussagen zu, die mittlere Zufriedenheitswerte zum Ausdruck bringen („mittel“ oder „manchmal so, manchmal anders“); 4% machten dazu keine Angabe oder verstanden die Frage nicht.

Tabelle 42: Zufriedenheit mit dem Leben

Basis: alle befragten Frauen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
eher zufrieden	69
mittel/unterschiedlich	18
eher unzufrieden	9
keine Angabe/Frage nicht verstanden	4

Bildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen stellen wichtige Faktoren für die finanzielle Unabhängigkeit dar. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass gerade Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen selten Bildungsabschlüsse und häufig ein sehr geringes Einkommen bzw. keine ausreichende Information über eigene Einkünfte haben. Bei den offenen Fragen zur Verbesserung der Arbeit wird von einem Teil beklagt, die Arbeit sei eintönig und langweilig, der andere Teil beklagt, die Arbeit sei zu schwer. Außerdem werden das Arbeitsklima und die Arbeitsbedingungen häufig kritisiert. Auch wenn, vermutlich mangels Alternativen, viele Frauen eine hohe Lebenszufriedenheit angeben, wären Maßnahmen im Sinne einer verbesserten Selbstbestimmung und erhöhten Teilhabe sowie verbesserter Information sinnvoll, die das Selbstbewusstsein stärken und zudem auch einen Schutz vor Gewalt darstellen können.

3.2.6 Kindheit und Aufwachsen

Die Kindheit prägt das spätere Leben stark. Das Verhalten von Eltern, aber auch das Verhalten anderer Personen kann einen großen Einfluss auf das Selbstbewusstsein, die Gesundheit und seelische Entwicklung, den Aufbau eines selbstständigen Lebens und spätere Gewalterfahrungen haben.

Die Aussagen der Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen zur eigenen Kindheit und Jugend sind teilweise dadurch begrenzt, dass vieles nicht mehr erinnert wird oder den Frauen eine zeitliche Zuordnung von Ereignissen zum Teil schwerfällt. Insofern haben die Frauen dieser Untersuchungsgruppe häufiger keine Angaben zu Erfahrungen und Ereignissen in Kindheit und Jugend gemacht.

Wie bereits weiter oben dokumentiert wurde (Kap. 3.2.2), hat die Mehrheit der Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen (64 %) bereits eine Behinderung seit Geburt, Kindheit oder Jugend; nur 6 % geben an, erst seit dem Erwachsenenleben behindert zu sein, und 29 % wussten dies nicht oder machten dazu keine Angabe. Insofern kann ein noch deutlich größerer Anteil der Frauen faktisch in Kindheit und Jugend bereits eine Behinderung gehabt haben.

Aufwachsen

Die Mehrheit der befragten Frauen (85 %)³¹ sind bei ihren Eltern oder bei einem Elternteil aufgewachsen. Allerdings ist der Anteil der Frauen, die nur bei einem Elternteil aufgewachsen waren, mit 51 % sehr hoch, deutlich höher als in anderen Befragungsgruppen (ca. 11 % bei Frauen ohne Behinderungen und gut 20 % bei anderen Frauen mit Behinderungen in Haushalten/Einrichtungen). Hoch ist auch der Anteil von Frauen, die bei anderen Verwandten/Bekannten (häufig Großeltern, Tanten und Pflegeeltern) aufgewachsen waren (6 %)³², sowie der Frauen, die überwiegend oder teilweise in einer Einrichtung untergebracht waren (zusammengekommen 15 %)³³. Einige Frauen waren sowohl bei einem/beiden leiblichen Elternteilen

31 Bei Summierung abgerundet.

32 Im Bevölkerungsdurchschnitt sind das nur Anteile von wenigen Prozentpunkten, bei anderen Frauen mit Behinderungen in Haushalten/Einrichtungen ist der Wert allerdings ebenfalls hoch (7-8 %; vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013), bei Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen mit 10 % am höchsten (vgl. Kap. 3.1.6).

33 Bei Summierung abgerundet. Frauen mit und ohne Behinderungen, die in Haushalten leben, waren davon nur zu 1-4 % betroffen (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013), Frauen mit psychischen Erkrankungen zu 6 %, was auch auf deren überwiegend erst später eingetretene Behinderung zurückzuführen sein dürfte (vgl. Kap. 3.1.6).

aufgewachsen als auch in einem Heim und/oder bei Verwandten/Bekannten/Pflegeeltern. Die Daten verweisen insgesamt darauf, dass auch die Kindheit der kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen in hohem Maße durch Trennungen und Brüche gekennzeichnet sein dürfte. In welchem Maße dies in einem Zusammenhang mit der Behinderung der Frauen und einer eventuellen Überlastung der Eltern steht oder ob die Behinderungen, Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen auch mit einer Folge belasteter Familienverhältnisse sind, kann an dieser Stelle nicht entschieden werden. Möglicherweise ist beides – auch wechselseitig – wirksam.³⁴

Tabelle 43: Aufwachsen bei Eltern, anderen Personen, Einrichtungen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
einem leiblichen Elternteil	51
beiden leiblichen Elternteilen	35
anderen Verwandten/Bekannten	6
überwiegend in Heim/Einrichtung	7
teilweise in Heim/Einrichtung	9
Sonstiges	4
Keine Angabe	4

Verhalten von Eltern gegenüber ihren Kindern

Im Folgenden wird das Verhalten der Eltern von Frauen analysiert, die bereits seit Geburt oder seit der Kindheit eine Beeinträchtigung haben. Einbezogen werden dabei nur Frauen, die bei ihren Eltern oder zumindest bei einem Elternteil aufgewachsen waren (N = 187). Aus der Auswertung der Einzelfragen lässt sich ableiten, dass ein großer Teil dieser Frauen von den Eltern Unterstützung erfahren hat. So gaben ca. 80 % an, ihnen sei von den Eltern viel geholfen worden und die Eltern seien lieb gewesen, und ca. 60 bis 70 % wurden von den Eltern gefördert und zur Selbstständigkeit erzogen (die Eltern hätten viel mit ihnen gelernt und ihnen beigebracht, alles allein zu können). Negative Aspekte wurden – je nach Aussage – von etwa jeder vierten bis zehnten Frau genannt: 24 % geben an, die Eltern hätten sie viel alleingelassen, 19 %, die Eltern hätten sie zu verstecken versucht, 12 % wurden von den Eltern „ganz schlimm lächerlich gemacht oder heruntergeputzt“ und 9 % zu Behandlungen gezwungen, die sie nicht wollten.

³⁴ Auf die hohen Belastungen in Familien mit geistig behinderten Kindern verweisen u. a. Miller and Sollie (1980), Retzlaff et al. 2006.

Tabelle 44: Verhalten der Eltern bei Behinderung in Kindheit und Jugend

Basis: Frauen, die in Kindheit und Jugend behindert und bei einem/beiden Elternteilen aufgewachsen waren. Mehrfachnennungen.	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 187 (%)
haben viel geholfen	79
haben viel mit mir gelernt	63
haben mich alleingelassen	24
haben versucht, mich vor anderen zu verstecken	19
haben mich zu ungewollten Behandlungen gedrängt/gezwungen	9
waren lieb zu mir	80
haben mich ganz schlimm lächerlich gemacht	12
haben mir beigebracht, dass ich alles allein kann	72

Im Anschluss an diese Frage konnten die Interviewerinnen auch spontane Äußerungen der Befragten notieren. Hier finden sich Aussagen von 60 Frauen, von denen etwa die Hälfte positive oder neutrale Bemerkungen zur Kindheit und zum Verhalten der Eltern äußerten (die Eltern/Großeltern seien lieb gewesen, hätten Geduld gehabt, ihnen viel beigebracht und sie zur Selbstständigkeit erzogen; einige geben hier auch an, sich nicht an die Kindheit erinnern zu können). Die andere Hälfte der Frauen beschreibt vielfach brutale und lieblose Eltern sowie stark belastende Kindheitserfahrungen. So werden prügeln, trinkende, vernachlässigende Väter/Eltern beschrieben sowie in einigen Fällen regelmäßiger sexueller Missbrauch durch den Vater oder Stiefvater. Darüber hinaus benennen die Frauen Situationen, in denen sie von den Eltern abgelehnt bzw. abgeschoben worden seien („die hätten mich am liebsten auf dem Friedhof gesehen“, „die Stiefmutter wollte mich nicht“ oder „die Eltern erlaubten nicht, Papa oder Mama genannt zu werden (...) und sagten, sie hätten keine Tochter“). Einige Frauen beschrieben auch, sie hätten in der Kindheit hart arbeiten und viel helfen müssen. Auffällig oft mussten die Befragten als Kind kranken Eltern oder Großeltern beistehen: Eine Frau beschreibt, die Mutter hätte einen Schlaganfall gehabt, die andere, sie hätte ihrer kranken Mutter sehr viel helfen müssen, und eine weitere wurde sehr viel herumgeschoben und schließlich mit ihrer Großmutter im Altersheim untergebracht, wo diese starb.

Zwar berichtet insgesamt nur etwa jede zehnte Befragte solche gravierenden belastenden und vernachlässigenden Kindheitserfahrungen und unabhängig davon gibt etwa jede vierte an, die Eltern hätten sie alleingelassen (vgl. Tabelle 45). Dennoch ist vorstellbar, dass diese schwierigen Kindheitserfahrungen bei einem Teil der Frauen zu Entwicklungsstörungen und kognitiven sowie seelischen Beeinträchtigungen beigetragen haben.

Positive/negative Einschätzung der eigenen Kindheit

Auf die Frage, ob die eigene Kindheit als glücklich oder weniger glücklich eingeschätzt werde, gaben über die Hälfte der Befragten an, eine glückliche Kindheit gehabt zu haben, während etwa ein Drittel die eigene Kindheit als nicht oder nur teilweise glücklich einschätzt.

Tabelle 45: Einschätzung eigene Kindheit

Basis: alle befragten Frauen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Eher glücklich	56
Eher nicht so glücklich	19
Teils, teils	15
Weiß nicht/keine Angabe	10

Das verweist darauf, dass etwa jede dritte bis fünfte Frau auch problematische Kindheitserfahrungen gemacht haben könnte. Dazu gehört auch Gewalt, die im folgenden Abschnitt ausgewertet wird.

Gewalt in der Kindheit

Bereits in der Erstauswertung der Studie war sichtbar geworden, dass Frauen mit Behinderungen ein hohes Maß an Gewalt in Kindheit und Jugend erfahren haben, welche auch ein Risiko für seelische Beeinträchtigungen und Gewalt im weiteren Lebensverlauf darstellen kann. Zwar sind die Aussagen vieler kognitiv beeinträchtigter Frauen zu gewaltsamen Kindheitserfahrungen dadurch eingeschränkt, dass ein erheblicher Teil sich nicht erinnern kann bzw. dazu keine Aussagen macht (ca. 10–20 %). Dennoch zeigt die Auswertung auf, dass bei etwa jeder zweiten bis vierten Frau Gewalt in der Familie eine Rolle spielte und darüber hinaus jede vierte Frau Opfer von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend geworden war. Frauen, die ganz oder teilweise in Heimen aufgewachsen waren, hatten dort häufig körperliche und psychische Gewalt erlebt, zum Teil auch sexuellen Missbrauch.

Tabelle 46: Gewalt in Kindheit und Jugend

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Gewalt zwischen/durch Eltern¹⁾	
Gewalt zwischen den Eltern	23
Körperliche Übergriffe durch Eltern	55
Psychische Übergriffe durch Eltern	34
Gewalt im Heim/in der Einrichtung²⁾	
Psychische Übergriffe in Heimen (N = 46)	48
Körperliche Übergriffe in Heimen (N = 46)	35
Sexueller Missbrauch	
Sexueller Missbrauch (gesamt)	25
Sexueller Missbrauch durch Erwachsene	20
Sexueller Missbrauch durch andere Kinder/Jugendliche	9
Sexueller Missbrauch durch Personen in Einrichtungen/Institutionen	7

1) Nur Frauen, die ganz/teilweise bei den Eltern aufgewachsen waren.

2) Nur Frauen, die ganz/teilweise in Einrichtungen aufgewachsen waren.

Jede vierte bis fünfte kognitiv beeinträchtigte Frau, die in einer Einrichtung lebt (23 %), hat nach eigenen Angaben in Kindheit und Jugend Gewalt zwischen den Eltern miterlebt. Jede dritte (34 %) berichtet psychische Übergriffe bzw. seelisch verletzende Handlungen durch Eltern und mehr als die Hälfte gibt körperliche Übergriffe durch Eltern an. Zwar haben die kognitiv beeinträchtigten Frauen nicht in dem Ausmaß elterliche Gewalt angegeben wie psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen (vgl. auch Kap. 3.1.6 und Tabelle 47); und auch gegenüber Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt haben sie nicht häufiger elterliche körperliche oder psychische Gewalt berichtet (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Dies könnte sich aber dadurch relativieren, dass einerseits die Frauen seltener mit Eltern aufgewachsen waren und andererseits möglicherweise ein größeres Dunkelfeld besteht, weil viele sich nicht an Kindheit und Jugend erinnern konnten.

Tabelle 47: Körperliche/psychische Gewalt durch Eltern

Basis: Befragte, die bei einem/beiden Elternteilen aufgewachsen waren, Mehrfachnennungen			
	Bevölkerungsdurchschnitt (BMFSFJ 2004) N = 7.472 (%)	psychisch beeinträchtigte Frauen/ allg.Sprache N = 73 (%)	kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf.Sprache N = 269 (%)
Einstiegsfrage: Durch Eltern geschlagen/körperlich bestraft	64	80	-- ¹⁾
häufig/gelegentlich geschlagen/körperlich bestraft	19	37	--
Itemliste: Wurde			
A) lächerlich gemacht und gedemütigt	18	47	16
B) so behandelt, dass es seelisch verletzend war	23	49	20
C) niedergebrüllt	26	41	29
D) leicht geohrfeigt	58	45	28
E) bekam eine schallende Ohrfeige mit sichtbaren Striemen	12	23	23
F) einen strafenden Klaps auf den Po	61	53	34
G) mit der Hand kräftig den Po versohlt	28	36	22
H) mit einem Gegenstand auf den Finger geschlagen	8	12	14
I) mit einem Gegenstand kräftig geschlagen	14	26	--
J) bekam heftige Prügel	10	29	15
K) wurde auf andere Weise körperlich bestraft	3	15	9
L) wurde auf andere Weise seelisch verletzend behandelt	--	27	17

1) Frageformulierung und Aufbau nicht direkt vergleichbar. 34 % gaben an, als Kind oder Jugendliche geschlagen worden zu sein, 23 % vom Vater und 13 % von der Mutter (Mehrfachnennungen). 7 % wussten das nicht oder machten dazu keine Angaben.

Von den 46 Frauen, die in Kindheit und Jugend ganz/teilweise in Heimen untergebracht waren, gab fast die Hälfte an, dort psychische Übergriffe erlebt zu haben (48 %), und gut ein Drittel (35 %) berichteten körperliche Übergriffe; 10 bis 15 % machten dazu keine Angabe. Im Folgenden sind die konkreten Handlungen dokumentiert, die die Frauen hierzu benannt haben.

Tabelle 48: Körperliche und psychische Übergriffe in Einrichtungen

Basis: die in vereinfachter Sprache befragten Frauen, die überwiegend/teilweise in Einrichtungen/ Heimen aufgewachsen waren, Mehrfachnennungen		
Jemand im Heim/Internat hat sich ...	N = 46 (%)	Keine Angabe (%)
1 über mich lustig gemacht oder mich heruntergeputzt	30	11
2 mir etwas Schlimmes gesagt, das wehgetan hat/mich schlecht behandelt	30	11
3 schmerzhafte oder schlimme Behandlungen gemacht	17	13
4 mit mir alles gemacht, ohne zu fragen, was ich will	24	13
5 mich eingesperrt	20	13
6 mich ganz schlimm angeschrien	20	13
7 mich leicht geohrfeigt	20	13
8 mir eine schlimme Ohrfeige gegeben, dass es im Gesicht zu sehen war	17	13
9 mich leicht auf den Po gehauen	13	13
10 mit der Hand kräftig auf den Po gehauen; es tat weh	11	
11 mit einem Gegenstand auf die Finger geschlagen	15	13
12 mit einem Gegenstand kräftig geschlagen	15	13
13 heftig verprügelt	7	13
14 anders körperlich bestraft	9	17
Mindestens eine seelisch verletzende Handlung (Item 1–6)	48	15
Mindestens ein körperlicher Übergriff (7–14)	35	10

Sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend hat jede vierte Frau mit einer kognitiven Beeinträchtigung berichtet; 20 % gaben Missbrauchshandlungen durch Erwachsene an, 9 % durch andere Kinder und Jugendliche. 7 % gaben Missbrauchshandlungen an, die in Einrichtungen erlebt wurden. Da auch hierzu viele Frauen keine Angabe gemacht haben (10-16 %), könnte der Anteil faktisch noch höher sein.

Werden die Aussagen zur Täterschaft bei sexuellem Missbrauch betrachtet, fällt insbesondere bei den in vereinfachter Sprache befragten Frauen auf, dass diese hierzu besonders häufig (zu 25 %) keine Angaben gemacht haben. Von den Frauen, die Täterinnen und Täter benannten, wurden am häufigsten (46 %) Familienmitglieder angegeben (zumeist Väter, Brüder oder andere männliche Verwandte), gefolgt von unbekannten Personen (24 %), flüchtig bekannten Personen (10 %), Mitschülern (9 %), Partnerinnen und Partnern (7 %) und Personen in Einrichtungen/ Institutionen (7 %), wobei hier ärztliches Personal und Personen in Wohnheimen und Behindertenwerkstätten genannt wurden (vgl. auch Schröttle/Hornberg 2013 et al.).

Alles in allem verweist die Auswertung auf hohe Gewaltbelastungen auch in den Kindheiten der Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die sich auf deren psychische und gesundheitliche Situation sowie auch auf das Risiko für fortgesetzte Gewalt im Erwachsenenleben ausgewirkt haben können. Diesem Zusammenhang soll im Rahmen der Risikofaktorenanalyse noch weiter nachgegangen werden.

3.2.7 Zusammenfassung: mögliche Risikofaktoren für Gewalt – Diskriminierung

In den vorangegangenen Auswertungen ist sichtbar geworden, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen zwar nicht in dem Maße von psychischen Problemen betroffen sind wie die psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen. Sie haben aber ebenfalls in hohem Maße multiple Beeinträchtigungen und benennen etwa zur Hälfte psychische Probleme. Subjektiv werden die eigenen Beeinträchtigungen aber von dieser Befragungsgruppe weniger gravierend wahrgenommen und ihre Lebenszufriedenheit ist insgesamt höher. Dies ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass die Behinderungen vielfach schon seit der Kindheit bestehen und alternative Lebenserfahrungen vor dem Auftreten der Behinderung kaum vorhanden sind. Zudem scheinen die Behinderungen dieser Frauen weniger belastend zu sein und sie dürften zudem seltener im Kontext traumatisierender Gewalt- und Belastungserfahrung in Kindheit und Erwachsenenleben vor dem Leben in der Einrichtung stehen.

Zwar war ein großer Teil der kognitiv beeinträchtigten Frauen nicht bei beiden Elternteilen aufgewachsen und der Anteil der in Heimen oder bei Pflegepersonen ganz/teilweise untergebrachten Frauen ist hoch. Dennoch scheinen aber beim Großteil dieser Frauen keine hoch belasteten Kindheiten vorzuliegen. Werden die Ergebnisse zu Gewalterfahrungen in der Kindheit, zum Verhalten der Eltern und zur eigenen Einschätzung der Kindheit zusammengeführt, kann davon ausgegangen werden, dass etwa jede dritte bis vierte Frau dieser Gruppe stärker belastete Kindheiten (durch Gewalt, Vernachlässigung, elterliche Lieblosigkeit) hinter sich hat. Ob und inwiefern dies auch das Risiko für Gewalt im Erwachsenenleben erhöht, wird im Rahmen der Risikofaktorenanalyse zu prüfen sein.

Es gibt mehrere weitere Aspekte der Lebenssituation, die das Risiko dieser Befragungsgruppe für Gewalt im Erwachsenenleben potenziell erhöhen. Ein Aspekt bezieht sich auf die abhängige und alternativlose Lebenssituation vieler dieser Frauen, die dazu beitragen kann, dass Frauen sich nur schwer gegen Gewalt zur Wehr setzen oder auch ein gewaltfreies Leben aktiv für sich einfordern können. Da viele dieser Frauen bereits von Kindheit an abhängig und auf die Unterstützung durch andere angewiesen sind, kann es unter Umständen schwer sein, eigene Ansprüche und auch Grenzsetzungen geltend zu machen. Diese Problematik war auch in der qualitativen Studie des vorangegangenen Projektes bereits herausgearbeitet worden. Hinzu kommen die geringen eigenen Bildungs-, ökonomischen und beruflichen Ressourcen, die zu einer erhöhten Abhängigkeit und Vulnerabilität beitragen. Da das Leben in der Einrichtung und das Arbeiten in den Werkstätten für viele Frauen alternativlos erscheinen (und bei dieser Gruppe oftmals auch langfristig so angelegt sind), werden gewaltbelastete Situationen unter Umständen eher ertragen als zu lösen oder zu beenden versucht. Hinzu kommen Lebens- und Wohnverhältnisse, die in geringerem Maße den Schutz der eigenen Privat- und Intimsphäre gewährleisten und mit größeren Abhängigkeiten durch das Personal einhergehen. Auch der erhöhte Unterstützungsbedarf dieser Frauen, gerade auch bei Grenzen potenziell überschreitenden Tätigkeiten wie der Körperpflege, kann mit einer erhöhten Vulnerabilität, auch im Hinblick auf Gewalt, einhergehen. Hinzu kommt die konkrete Erfahrung vieler dieser Frauen, nicht ernst genommen zu werden und unter Umständen auch im Falle von Gewalt nicht als glaubwürdig zu erscheinen, was Tatpersonen gezielt ausnützen können.

Im Kontext der Risikofaktorenanalyse sollen folgende Faktoren in ihrem Zusammenhang mit Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben, aber auch in ihren wechselseitigen Zusammenhängen untersucht werden:

- Problematische Kindheitserfahrungen (anhand der Indikatoren: Gewalt in Kindheit und Jugend, elterliche Unterstützung in Kindheit und Jugend, glückliche Kindheit und Jugend, Brüche in Kindheit und Jugend, Leben in Einrichtungen in Kindheit und Jugend)
- Eintreten der Behinderung (in Kindheit und Jugend oder später)
- Grad der Unterstützung (allgemein und im Hinblick auf Unterstützung bei der Körperpflege)
- Soziale Ressourcen (Bildung, Erwerbseinbindung, soziale Beziehungen, Ansprechpersonen bei Problemen, Lebenserfahrung/Alter)
- Diskriminierungen (insbesondere das Gefühl, ernst genommen zu werden)
- Selbstbestimmung und Schutz der Privat- und Intimsphäre in Einrichtungen (Mitbestimmung über Zusammenwohnen, Frauenräume und gemischtgeschlechtliche Kontexte, abschließbare Wasch- und Toilettenräume, Selbstbestimmung über Geld und Informiertheit über eigene Mittel und Rechte, Größe der Wohngruppen)
- Grad der Beeinträchtigung durch Behinderungen (Indikatoren zur Anzahl der Behinderungen; Grad der Einschränkung in unterschiedlichen Lebensbereichen, psychische Beeinträchtigungen)
- Wehrhaftigkeit (aktive/passive Reaktion auf erlebte Gewalt)
- Subjektive Wahrnehmung des Zusammenhangs erlebter Gewalt mit der Beeinträchtigung/Behinderung
- Inanspruchnahme von Hilfe/Unterstützung nach Gewalt

4.

Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben: Ausmaß, Risikofaktoren und Ursachenzusammenhänge

4.1. Gewalterfahrungen psychisch erkrankter Frauen

Bereits die Erstauswertung der repräsentativen Haushalts- und Einrichtungsbefragung (Schröttle/Hornberg et al. 2011, 2013) hatte aufgezeigt, dass die überwiegend psychisch erkrankten Frauen, die in allgemeiner Sprache in Einrichtungen befragt worden waren, von Gewalt nicht nur in der Kindheit, sondern auch im Erwachsenenleben am stärksten betroffen waren.³⁵ So gaben 90 % eine Betroffenheit durch psychische Gewalt, 73 % durch körperliche Gewalt und 36 % durch sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben an. Auch waren sie häufiger als andere Befragungsgruppen von sehr schwerer Gewalt betroffen (ebd.).

Im Folgenden werden, auf Basis des modifizierten Datensatzes, die Gewalterfahrungen der in Einrichtungen lebenden Frauen analysiert, die im Rahmen der vorliegenden Studie als psychisch Erkrankte identifiziert wurden.³⁶

Die folgende Tabelle 49 zeigt auf, dass in Einrichtungen lebende psychisch erkrankte Frauen sehr häufig von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen sind: 92 % haben seit dem 16. Lebensjahr unterschiedliche Formen psychischer Gewalt erlebt, 78 % körperliche Gewalt und 42 % sexuelle Gewalt. Darüber hinaus waren 70 % von sexueller Belästigung betroffen. Die Gewalt und sexuelle Belästigung wurde vielfach auch nach Eintreten der Behinderung erlebt. Zwar ist anhand der Aussagen nicht exakt überprüfbar, inwiefern die Gewalt vor und/oder erst nach dem Eintreten der Behinderung begann; allerdings legen vertiefende Auswertungen zur Art und Anzahl erlebter Situationen nahe, dass viele Befragte Gewalt sowohl vor als auch nach Eintreten der Behinderung häufig erlebt haben.

Ein nicht unerheblicher Teil der Frauen ist darüber hinaus in der aktuellen Lebenssituation von Gewalt betroffen. So berichtete etwa die Hälfte der Befragten (51 %) das Erleben psychischer Gewalt in den letzten zwölf Monaten und 17 % waren in diesem Zeitraum von körperlicher Gewalt betroffen. Sexuelle Gewalt in den letzten zwölf Monaten gaben 4 % der Frauen an und sexuelle Belästigung in diesem Zeitraum 29 %. In Zusammenschau mit den Ergebnissen zu gewaltsamen Kindheitserfahrungen verweist die Auswertung darauf, dass Gewalt im Leben vieler Frauen mit psychischen Erkrankungen ein Kontinuum darstellt. Umso problematischer ist es, wenn die Gewalt auch in der aktuellen Lebenssituation fortbesteht und nicht beendet bzw. verhindert werden kann.

35 Ähnlich stark von Gewalt betroffen waren nur die gehörlosen Frauen der nicht repräsentativen Zusatzbefragung.

36 Der Ursprungsdatensatz für die in allgemeiner Sprache in Einrichtungen befragten Frauen umfasste zusätzlich auch schwerstkörper-/mehrfach behinderte Frauen in Einrichtungen, die aus der vorliegenden Analyse wegen der geringen Fallzahlen ausgeschlossen wurden (vgl. Kap. 2.2.2).

Tabelle 49: Gewaltbetroffenheit psychisch erkrankter Frauen seit dem 16. Lebensjahr

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Psychische Gewalt	92
auch seit Eintreten der Behinderung	78
in den letzten 12 Monaten	51
Körperliche Gewalt	78
auch seit Eintreten der Behinderung	46
in den letzten 12 Monaten	17
Sexuelle Gewalt	42
auch seit Eintreten der Behinderung	30
in den letzten 12 Monaten	(4) ¹⁾
Sexuelle Belästigung	70
auch seit Eintreten der Behinderung	53
in den letzten 12 Monaten	29

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Betroffenheit durch schwerere Gewaltausprägungen

Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen haben nicht nur häufiger als andere Frauen Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt; es handelte sich zudem auch häufiger um schwerere und bedrohlichere Gewalthandlungen, in denen sich die Frauen vielfach wehrlos fühlten. So haben mehr als drei Viertel (77 %) der Frauen, die *psychische* Gewalt seit dem Eintreten der Behinderung erlebt haben (N = 65), sich nach eigenen Angaben in solchen Situationen wehrlos oder ernsthaft bedroht gefühlt oder Angst um ihre persönliche Sicherheit gehabt.³⁷ Darüber hinaus gibt die Mehrheit der Betroffenen an, in den Situationen nicht reagiert oder geschwiegen zu haben (59 %). Frauen, die von *körperlicher* Gewalt seit Eintreten der Behinderung betroffen waren (N = 38), berichteten zu zwei Dritteln (66 %) Verletzungsfolgen und zu 68 %, sie hätten in einer oder mehreren Situationen Angst gehabt, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt zu werden. Mehr als die Hälfte dieser Frauen gaben an, sich aufgrund der Behinderung oder Beeinträchtigung nicht oder nur eingeschränkt wehren zu können (55 %).³⁸ Auch waren die befragten psychisch erkrankten Frauen deutlich am häufigsten von sehr schweren körperlichen Gewalthandlungen betroffen. So haben 58 % der Betroffenen sehr schwere Gewalthandlungen wie Verprügeln, Waffengewalt, Würgen und Verbrühen berichtet; bei den anderen Befragungsgruppen war dieser Anteil deutlich geringer (28–36 %; s. Schröttle/Hornberg et al.

37 Bei den Frauen der Durchschnittsbevölkerung waren es knapp 40 % und bei den Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten leben, 70 % (s. Schröttle/Hornberg et al. 2013, Kap. 3.3.2.1).

38 In Bezug auf das Ausmaß der Verletzungsfolgen hatten in Haushalten lebende Frauen mit/ohne Behinderungen, die von körperlicher Gewalt betroffen waren, in etwa gleich hohe Werte; in Bezug auf Angst und Bedrohlichkeit der Handlungen und das Gefühl der Wehrlosigkeit lagen diese deutlich niedriger (55 % Bedrohlichkeit und 37 % Wehrlosigkeit aufgrund der Behinderung bei Frauen mit Behinderungen in Haushalten; keine Vergleichswerte für Frauen der Durchschnittsbevölkerung; vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013, Kap. 2.2.3.2).

2013, Kap. 2.2.3.2).³⁹ Generell kann deshalb auch im Hinblick auf die Gewaltintensität von einer gravierenden Gewaltbetroffenheit psychisch erkrankter Frauen im Lebensverlauf ausgegangen werden. Dies zeigt sich auch in der hohen Betroffenheit durch sexuelle Gewalt und bedrohlicheren Formen sexueller Belästigung im Erwachsenenleben. So hatten vier von zehn Frauen dieser Befragungsgruppe (42 %) erzwungene sexuelle Gewalthandlungen im Erwachsenenleben erlebt; ein großer Teil von ihnen war von Vergewaltigungen betroffen (insgesamt 29 %).

Fast zwei Drittel (65 %) der Betroffenen von sexueller Gewalt seit Eintreten der Behinderung (N = 20) hatten in den Situationen Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt zu werden, und 75 % das Gefühl, sich aufgrund der Behinderung nur eingeschränkt wehren zu können. Bei in Haushalten lebenden Frauen war dies deutlich seltener der Fall (36–49 % hatten Angst vor ernsthaften Verletzungsfolgen und 38 % gaben eine eingeschränkte Wehrhaftigkeit aufgrund der Behinderung an). Auch wurden von den psychisch erkrankten Befragten häufiger Erfahrungen sexueller Belästigung im Erwachsenenleben angegeben, bei denen sich die Frauen wehrlos oder ernsthaft bedroht fühlten oder Angst vor Verletzungsfolgen und um ihre persönliche Sicherheit hatten (46 % vs. 26–31 % bei Frauen mit/ohne Behinderungen in Haushalten). Insofern waren die befragten Frauen mit psychischen Erkrankungen auch von sexueller Gewalt und sexueller Belästigung nicht nur häufiger, sondern auch in schwererer Ausprägung als andere Frauen betroffen. Dies dürfte, zusammen mit der erheblichen Gewaltbetroffenheit in Kindheit und Jugend der Frauen, maßgeblich auch die aktuelle gesundheitliche bzw. psychische Situation beeinträchtigen und zudem das Risiko für fortgesetzte Gewalt im Lebensverlauf erhöhen.

Ein weiterer Aspekt, der auf eine schwere und fortgesetzte Gewaltbetroffenheit der psychisch erkrankten Frauen verweist, ist die Häufigkeit erlebter Handlungen im Erwachsenenleben. So gaben Betroffene von psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt in der Regel an, nicht nur eine, sondern mehrere Situationen erlebt zu haben (83–92 %). Es zeigte sich, dass die Frauen in Bezug auf alle Gewaltformen eine nicht nur einmalige, sondern in der Regel fortgesetzte Gewaltbetroffenheit, zumeist auch durch unterschiedliche Handlungen, berichten.

Hinzu kommt, dass die große Mehrheit der psychisch erkrankten Frauen im Lebensverlauf von multipler Gewalt durch unterschiedliche Formen von Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben betroffen ist (vgl. Tabelle 50). Werden körperliche, sexuelle und psychische Gewalt in der Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenleben gepunktet und anhand eines Indexes aufsummiert, so ergibt sich, dass nur wenige der psychisch erkrankten Frauen (4 %)⁴⁰ keine oder nur eine Form von Gewalt erlebt haben (Werte 0–1). Demgegenüber waren über 40 % von mehreren Formen von Gewalt sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenleben betroffen (Wert 5–6, definiert als multiple Gewaltbetroffenheit im Lebensverlauf); das traf anteilmäßig auf deutlich weniger Frauen der anderen Befragungsgruppen zu.⁴¹ Auch hieran wird wiederum sichtbar, wie sehr für Frauen dieser Befragungsgruppe Gewalt ein Kontinuum im Lebensverlauf darstellt.

39 Die Angaben beziehen sich bei Frauen mit Behinderungen auf Betroffene von körperlicher Gewalt seit Eintreten der Behinderung, da nur für diese eine vertiefende Abfrage zu den Gewaltsituationen erfolgte.

40 Bei Summierung aufgerundet.

41 Frauen mit Behinderungen in Haushalten waren davon zu 27 % betroffen, Frauen ohne Behinderungen in Haushalten zu 7 %; Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die sich häufiger an Kindheitsereignisse nicht erinnern konnten, zu 16 % (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013, Kap. 3.3.2).

Tabelle 50: Multiple Gewaltbetroffenheit im Lebensverlauf

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
Anzahl genannter Formen von Gewalt	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
0	(2) ¹⁾
1	(1) ¹⁾
2	18
3	12
4	25
5	23
6	18

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Aktuelle Gewaltbetroffenheit

Gerade vor dem Hintergrund, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen so häufig und so schwer mit Gewalt im Lebensverlauf konfrontiert und dadurch vermutlich in hohem Maße geschädigt wurden, wäre es wichtig, in der aktuellen Lebenssituation in Einrichtungen vor fortgesetzter Gewalt geschützt zu sein. Dies ist jedoch nur bedingt der Fall.

Um die aktuelle Gewaltbetroffenheit der psychisch erkrankten Frauen, die in Einrichtungen leben, zu dokumentieren, wurden die Angaben der Frauen zu Situationen von Gewalt in den letzten zwölf Monaten ausgewertet, auch im Vergleich mit vorangegangenen Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben.

In der aktuellen Lebenssituation waren gut die Hälfte der Frauen von psychischer Gewalt und psychisch verletzenden Handlungen betroffen (siehe rechte Spalte der folgenden Tabelle 51). Am häufigsten wurden Beleidigungen, Einschüchterung und aggressives Anschreien (37 %) sowie Lächerlichmachen, Abwertungen und Demütigung genannt (27 %). Darüber hinaus wurden auch Drohungen, Erpressungen und Verleumdungen sowie Benachteiligungen aufgrund der Behinderung angegeben (17–21 %). Immerhin 16 % gaben an, in den letzten Monaten psychisch so stark belastet worden zu sein, dass sie es als seelische Grausamkeit empfanden.

Tabelle 51: Psychische Gewalt im Erwachsenenleben in verschiedenen Erfassungszeiträumen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen			
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)		
	Gesamt (seit 16. Lebens- jahr)	(Auch) seit Eintreten der Behinderung	In den letzten 12 Monaten
Mindestens eine Situation erlebt (Einstiegsfrage + Itemliste gesamt)	92	78	51
Situation erlebt/nur Einstiegsfrage	65	--	--
Jemand hat ... (Itemliste)			
A) schwer beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien	82	69	37
B) auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt	54	43	27
C) regelmäßig schikaniert oder unterdrückt	36	28	10
D) benachteiligt oder schlecht behandelt, wegen Geschlecht, Alter oder Herkunft	23	21	8
E) benachteiligt, Fähigkeiten abgesprochen oder schlecht behandelt, weil behindert oder beeinträchtigt	33	30	18
F) Schlimmes angedroht oder Angst gemacht	41	33	18
G) erpresst oder zu etwas gezwungen, was ich nicht wollte	36	27	17
H) verleumdet oder systematisch bei anderen Schlechtes über mich verbreitet	39	30	21
I) ausgegrenzt oder versucht, mich aus Gruppe auszuschließen	28	18	15
J) psychisch so stark belastet, dass es als Psycho- terror oder seelische Grausamkeit empfunden wurde	47	29	16
K) sonst. psychisch verletzende Handlungen	11	(5) ¹⁾	(5) ¹⁾

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering

Durch wen diese Handlungen in den letzten zwölf Monaten verübt wurden und in welchen Kontexten diese stattfanden, kann anhand der Angaben nicht eruiert werden, da sich die Nachfragen zu den Täter-Opfer-Kontexten auf alle Handlungen im Erwachsenenleben beziehen (vgl. nächsten Abschnitt in diesem Kapitel). Es ist aber davon auszugehen, dass es sich vielfach um Personen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld der Betroffenen gehandelt hat.

Aus den Angaben zu körperlicher Gewalt (siehe Tabelle 52) wird ersichtlich, dass viele Handlungen auch vor dem Eintreten der Behinderung bereits erlebt wurden. So hatten im Erwachsenenleben seit dem 16. Lebensjahr 78 % körperliche Übergriffe angegeben; seit Eintreten der Behinderung waren noch 46 % davon betroffen. In der aktuellen Lebenssituation bzw. in den

letzten zwölf Monaten war fast jede Sechste (17%) nach eigenen Angaben Opfer von körperlichen Übergriffen geworden, wobei es sich um unterschiedliche Gewalthandlungen mit unterschiedlichen Schweregraden handelte. Am häufigsten wurden leichtere Gewalthandlungen (leichte Ohrfeigen, wütendes Wegschubsen) sowie massivere Gewaltdrohungen genannt (Morddrohung oder Androhung ernsthafter Verletzung). Werden sehr schwere Gewalthandlungen zusammengefasst (Items M-R), dann haben immerhin 8% der befragten Frauen sehr schwere Gewalthandlungen in den letzten zwölf Monaten erlebt.⁴²

Tabelle 52: Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben in verschiedenen Erfassungszeiträumen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen			
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)		
	Gesamt (seit 16. Lebensjahr)	(Auch) seit Eintreten der Behinderung	In den letzten 12 Monaten
Mindestens eine Situation erlebt (gesamt)	78	46	17
Situation erlebt/nur Einstiegsfrage	66 (40 häufig/ gelegentlich)	--	--
Genannte Situationen ... (Itemliste)			
A) wütend weggeschubst	39	24	7
B) leichte Ohrfeige	39	15	(5) ¹⁾
C) gebissen oder gekratzt, sodass es wehtat oder ich Angst bekam	13	10	(2) ¹⁾
D) Arm umgedreht oder mich an den Haaren gezogen, sodass es mir wehtat	22	13	(2) ¹⁾
E) schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst	34	19	(2) ¹⁾
F) heftig weggeschleudert, sodass ich taumelte oder umgefallen bin	18	11	(2) ¹⁾
G) mich heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen	31	15	(1) ¹⁾
H) etwas nach mir geworfen, das mich verletzen könnte	13	8	(1) ¹⁾
J) mich mit etwas geschlagen, das mich verletzen könnte	16	12	(2) ¹⁾
K) ernsthaft gedroht, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen	30	23	8
L) ernsthaft gedroht, mich umzubringen	18	13	(5) ¹⁾
M) mit den Fäusten auf mich eingeschlagen, sodass es wehtat oder ich Angst bekam	23	16	(4) ¹⁾
N) verprügelt oder zusammengeschlagen	22	13	(2) ¹⁾
O) gewürgt oder versucht, mich zu ersticken	17	12	(1) ¹⁾

⁴² Der Wert wurde nachberechnet und ist aufgrund von Mehrfachnennungen und Überschneidung nicht identisch mit einer Summierung der Angaben in der folgenden Tabelle.

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen			
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)		
	Gesamt (seit 16. Lebensjahr)	(Auch) seit Eintreten der Behinderung	In den letzten 12 Monaten
P) mich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heißem gebrannt	(4) ¹⁾	(4) ¹⁾	(1) ¹⁾
Q) mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, bedroht	8	(5) ¹⁾	(1) ¹⁾
R) mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, verletzt	(1) ¹⁾	(2) ¹⁾	0
S) mich im Rahmen einer Pflegetätigkeit/Assistenz unangemessen hart angefasst	(6) ¹⁾	(5) ¹⁾	(2) ¹⁾
T) wichtige Hilfsmittel absichtlich zerstört oder beschädigt	(5) ¹⁾	(4) ¹⁾	0
U) andere körperliche Schmerzen zugefügt, die mit Behinderung in Zusammenhang stehen	7	(6) ¹⁾	(1) ¹⁾
V) mich auf andere Art körperlich angegriffen, die mir Angst machte oder wehtat	11	8	(5) ¹⁾

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering

Bereits in der Erstausswertung der Studie war sichtbar geworden, dass Frauen, die in Einrichtungen in allgemeiner Sprache befragt wurden, in einem sehr hohen Ausmaß sexuelle Gewalt, auch im Erwachsenenleben, erlebt haben. Mit 42 % gaben gleich hohe Anteile der psychisch erkrankten Frauen an, erzwungene sexuelle Gewalt erlebt zu haben wie ungewollte sexuelle Handlungen (siehe Tabelle 53). Aus der Auswertung geht hervor, dass es sich bei den erzwungenen sexuellen Handlungen, die wir im Rahmen der Studie als sexuelle Gewalt im engeren strafrechtlichen Sinne definiert haben, in der Regel um weiter als ein Jahr zurückliegende Ereignisse handelt. So waren 42 % von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, 30 % (auch) seit Eintreten der Behinderung, und 4 % haben sexuelle Gewalt in den letzten zwölf Monaten erlebt. Insofern bietet die aktuelle Lebenssituation im Hinblick auf sexuelle Gewalt im Vergleich zum Vorleben der Frauen einen relativ geschützten Rahmen. Dies trifft allerdings nicht in demselben Maße auf sexuelle Belästigungen zu.

Tabelle 53: Ungewollte sexuelle Handlungen und sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben in verschiedenen Erfassungszeiträumen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen			
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)		
	Gesamt (seit 16. Lebensjahr)	(Auch) seit Eintreten der Behinderung	In den letzten 12 Monaten
Ungewollte sexuelle Handlungen			
Ungewollte sexuelle Handlungen, zu denen ich gedrängt oder psychisch-moralisch unter Druck gesetzt wurde	42		
Ungewollte Handlung und mich nicht getraut zu sagen/zeigen, dass Handlung ungewollt ist	19		
Erzwungene sexuelle Handlungen (sexuelle Gewalt)			
Mindestens eine Situation erlebt (Einstiegsfrage + Itemliste gesamt)	42	30	(4)¹⁾
Situation erlebt/nur Einstiegsfrage	33 (21 % mehrmals)		
Jemand hat ...			
A) mich zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen	29	19	(2) ¹⁾
B) gegen meinen Willen versucht, mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, es kam dann aber nicht dazu	16	12	(1) ¹⁾
C) mich zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting und Ähnlichem, gezwungen	18	12	(2) ¹⁾
D) Wurde zu anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die ich nicht wollte	21	11	(1) ¹⁾
E) mich gezwungen, pornografische Bilder oder Filme anzusehen und sie nachzuspielen, obwohl sie/er wusste, dass ich das nicht will	12	10	(1) ¹⁾
F) Sonstige sexuelle Handlungen, die ich nicht wollte und zu denen ich gegen meinen Willen gedrängt oder gezwungen wurde	16	8	0

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Immerhin 29% und damit jede dritte bis vierte Frau mit einer psychischen Erkrankung hat in den letzten zwölf Monaten sexuelle Belästigung erlebt (vgl. Tabelle 54). Dies ist gerade vor dem Hintergrund der insgesamt hohen Betroffenheit dieser Befragungsgruppe durch fortgesetzte sexuelle Gewalt und Grenzüberschreitungen im Lebensverlauf ein problematisches Ergebnis. Ob es sich dabei um sexuelle Belästigung in der Einrichtung handelt, kann anhand der Daten nicht nachvollzogen werden. Vieles spricht dafür, dass es sich zu einem großen Teil (auch) um Personen aus dem unmittelbaren Nahraum von Einrichtungsbewohnerinnen und Einrichtungsbewohner in den Wohnheimen und Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen in den Werkstätten gehandelt haben kann, sowie um andere Personen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis der Frauen (vgl. nächster Abschnitt in diesem Kapitel).

Tabelle 54: Sexuelle Belästigung in verschiedenen Erfassungszeiträumen

Basis: Alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen			
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)		
	Gesamt (seit 16. Lebensjahr)	(Auch) seit Eintreten der Behinderung	In den letzten 12 Monaten
Mindestens eine Situation erlebt (gesamt)	70	53	29
Situation erlebt/nur Einstiegsfrage	48 (25 häufig/ gelegentlich)		
Jemand ...			
A) hat mich über Telefon, E-Mail oder Brief mit unanständigen oder bedrohlichen Dingen belästigt	30	19	(4) ¹⁾
B) hat sich vor mir entblößt, um mich zu belästigen oder zu erschrecken	18	10	(2) ¹⁾
C) hat mich durch Nachpfeifen, schmutzige Bemerkungen oder (sexuell interessiertes) Angestarrtwerden belästigt	25	17	8
D) hat mir durch sexualisierte Kommentare über meinen Körper, mein Privatleben oder sexuelle Anspielungen ein ungutes Gefühl gegeben	23	21	11
E) hat mir ein ungutes Gefühl gegeben, indem sie/er mich mehrere Male gefragt hat, ob wir uns treffen könnten	27	23	13
F) ist mir unnötig nahegekommen, hat sich z. B. zu nah über mich gebeugt oder mich auf eine aufdringliche Weise in eine Ecke gedrängt	29	23	8
G) hat mir obszöne Witze erzählt und mit mir auf eine Art und Weise gesprochen, die ich als sexuell bedrängend empfand	21	17	10
H) hat mich körperlich betatscht oder gegen meinen Willen zu küssen versucht	29	24	15
I) ist mir nachgegangen, hat mich verfolgt oder bedrängt, sodass ich es mit der Angst zu tun bekam	22	15	(6) ¹⁾
J) hat mir gegenüber in unpassenden Situationen, z. B. auch in Arbeit, Ausbildung oder bei Unterstützung und Betreuung, aufdringliche sexuelle Angebote gemacht	11	11	(6) ¹⁾
K) hat mir zu verstehen gegeben, dass es nachteilig für mich oder meine Zukunft (oder mein berufliches Fortkommen) sein könnte, wenn ich mich sexuell nicht auf sie/ihn einließe	(5) ¹⁾	(4) ¹⁾	(2) ¹⁾
L) hat mir in unpassenden Situationen pornografische Bilder oder Nacktbilder gezeigt	19	11	8
M) hat mir im Rahmen von Pflege/Assistenz ein ungutes Gefühl gegeben, indem sie/er mich sexuell berührt hat	(2) ¹⁾	(2) ¹⁾	0
N) Andere Situationen von sexueller Belästigung erlebt	7	(6) ¹⁾	(1) ¹⁾

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Täterinnen und Täter und Tatkontexte bei Gewalt im Erwachsenenleben

Die Aussagen der Betroffenen psychischer Gewalt zu den Täterinnen und Tätern und Tatkontexten von psychischer Gewalt im Erwachsenenleben beziehen sich nur auf Handlungen, die von den Betroffenen seit dem Eintreten der Behinderung erlebt wurden. Aus der folgenden Tabelle 55 geht hervor, dass Betroffene psychischer Gewalt in sehr unterschiedlichen Lebenszusammenhängen damit konfrontiert worden waren. Eine große Rolle spielen Familienangehörige, Menschen aus Arbeit und Ausbildung und aus dem Bekanntenkreis (von jeweils 57–60 % der Betroffenen genannt), gefolgt von unbekannten Personen an öffentlichen Orten, Menschen aus Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe sowie (fast durchgängig männlichen) Beziehungspartnern (40–51 %). Darüber hinaus wurden auch Personen aus der gesundheitlichen Versorgung sowie aus Ämtern und Behörden häufiger genannt (28–31 %).

Tabelle 55: Tatkontexte bei psychischer Gewalt im Erwachsenenleben

Basis: Betroffene von psychischer Gewalt seit Eintreten der Behinderung, Mehrfachnennungen (Angaben in Klammern: häufig/gelegentlich)	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 65 (%)
Öffentliche Orte/Unbekannte (häufig/gelegentlich)	51 (25)
Arbeit/Schule/Ausbildung (häufig/gelegentlich)	59 (39)
Gesundheitliche Versorgung (häufig/gelegentlich)	31 (14)
Einrichtungen/Dienste (häufig/gelegentlich)	45 (31)
Behörden/Ämter (häufig/gelegentlich)	28 (17)
Freundinnen bzw. Freunde/Bekannte/ Nachbarschaft (häufig/gelegentlich)	57 (40)
(Ehe-)Partnerinnen bzw. -Partner (häufig/gelegentlich)	40 (29)
Familienangehörige (häufig/gelegentlich)	60 (42)

Wird geprüft, durch welche Personengruppen besonders häufig frequentiert psychische Gewalt erlebt wurde, dann stehen Familienangehörige, Personen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis sowie aus der Arbeitswelt an erster Stelle (vgl. Angaben in Klammern in der vorangegangenen Tabelle).

Werden die Angaben zur Betroffenheit durch psychische Gewalt durch Personen aus Einrichtungen und Diensten auf alle Befragten mit psychischen Erkrankungen bezogen, dann hat mehr als jede dritte psychisch erkrankte Frau (36 %) entsprechende Handlungen in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe erlebt; etwa jede vierte war davon häufig oder gelegentlich betroffen. Wenn psychische Gewalt in diesem Bereich genannt wurde, dann wurde sie zumeist in stationären Angeboten/Wohnheimen erlebt.

Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben wurde von psychisch erkrankten Frauen, wie die folgende Tabelle 56 dokumentiert, mit Abstand am häufigsten durch Partnerinnen bzw. Partner und Familienangehörige erlebt. Auch körperliche Gewalt durch bekannte, kaum bekannte oder unbekannte Personen und Menschen aus der Arbeitswelt nimmt eine nicht unerhebliche Rolle ein. Fast jede siebte von körperlicher Gewalt seit Eintreten der Behinderung Betroffene (13 %) berichtet körperliche Übergriffe durch Personen aus Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe. Hierbei handelt es sich überwiegend um körperliche Gewalt durch männliche Mitbewohner, seltener um Personal aus Wohnheimen und psychiatrischen Einrichtungen.

Tabelle 56: Täterinnen und Täter bei körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben⁴³

Basis: Betroffene von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben, Mehrfachnennungen		
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache	
	Täterinnen und Täter seit 16. Lebensjahr N = 65 (%)	Täterinnen und Täter seit Eintritt der Behinderung N = 38 (%)
Unbekannt	15	21
Kaum bekannt	12	21
Arbeit	14	18
Partnerinnen bzw. Partner	54	42
Familienangehörige	39	37
Freundinnen bzw. Freunde/Bekannte/Nachbarschaft	15	18
Gesundheitsbereich	(3) ¹⁾	(3) ¹⁾
Einrichtungen/Dienste	11	(13) ¹⁾
Ämter/Behörden	(2) ¹⁾	0
Sonstige	(2) ¹⁾	0

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Die Mehrheit der Betroffenen von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben nannten ausschließlich männliche Täter (59 %), 8 % gaben ausschließlich Täterinnen an und 28 % Täterinnen und Täter beiderlei Geschlechts; 6 % machten dazu keine Angabe.

⁴³ Anders als in der Erstausswertung wurden die Daten hier auf Betroffene der jeweiligen Gewaltform und nicht auf alle Befragten prozentuiert.

Die folgende Tabelle 57 zu den Tatorten zeigt auf, dass es sich bei der körperlichen Gewalt, die den psychisch erkrankten Frauen seit Eintreten der Behinderung widerfahren ist, zumeist um häusliche Gewalt handelte, die entweder in der eigenen Wohnung oder der Wohnung anderer verübt worden war. Analog zur Liste der Täterinnen und Täter wurden aber auch hier die Arbeitsstelle, der öffentliche Raum und die Einrichtungen nicht selten als Tatorte benannt.

Tabelle 57: Tatorte bei körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben⁴⁴

Basis: Betroffene von körperlicher Gewalt seit Eintreten der Behinderung, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 38 (%)
In eigener Wohnung	74
Vor eigener Wohnung	16
Wohnung anderer	21
Arbeitsstelle	26
Einrichtungen, Dienste, Unterstützungsangebote	26
Krankenhaus, Ärztin bzw. Arzt	(8) ¹⁾
Öffentliche Orte	24
Öffentliche Gebäude	(8) ¹⁾
Öffentliche Verkehrsmittel	(8) ¹⁾
In einem Auto	16
Krankenwagen, Behindertentransport	0
Parkplatz	(3) ¹⁾
Sonstige	(5) ¹⁾

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben (siehe Tabelle 58) wurde mit Abstand am häufigsten durch Beziehungspartner verübt (54 % der Betroffenen nannten diese als Täter), gefolgt von unbekannten (31 %) oder kaum bekannten (29 %) Tätern sowie Tätern aus dem Bekanntenkreis (20 %). Es handelte sich ausschließlich um männliche Täter. Sexuelle Gewalt durch Täter aus Einrichtungen und Diensten wurde nur vereinzelt angegeben.

⁴⁴ Anders als in der Erstauswertung wurden die Daten hier auf Betroffene und nicht auf alle Befragten prozentuiert.

Tabelle 58: Täter bei sexueller Gewalt im Erwachsenenleben⁴⁵

Basis: Betroffene von psychischer Gewalt seit Eintreten der Behinderung, Mehrfachnennungen		
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache	
	Täterinnen und Täter seit 16. Lebensjahr N = 35 (%)	Täterinnen und Täter seit Eintritt der Behinderung N = 25 (%)
Unbekannt	31	28
Kaum bekannt	29	20
Arbeit	(11) ¹⁾	(8) ¹⁾
Partnerinnen bzw. Partner	54	44
Familienangehörige	(9) ¹⁾	(12) ¹⁾
Freundinnen bzw. Freunde/Bekannte/Nachbarschaft	20	20
Gesundheitsbereich	0	0
Einrichtungen/Dienste	(6) ¹⁾	(4) ¹⁾
Ämter/Behörden	0	0
Sonstige	0	0

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Die folgende Tabelle 59 unterstreicht noch einmal deutlich, dass sexuelle Gewalt gegen psychisch erkrankte Frauen weit überwiegend im häuslichen Kontext aufgetreten war und seltener im öffentlichen Raum oder in Einrichtungen und Institutionen.⁴⁶

Tabelle 59: Tatorte bei sexueller Gewalt im Erwachsenenleben⁴⁷

Basis: Betroffene von sexueller Gewalt seit Eintreten der Behinderung, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 25 (%)
In eigener Wohnung	56
Vor eigener Wohnung	(8) ¹⁾
Wohnung anderer	24
Arbeitsstelle	(12) ¹⁾
Einrichtungen, Dienste, Unterstützungsangebote	(4) ¹⁾
Krankenhaus, Ärztin bzw. Arzt	(4) ¹⁾
Öffentliche Orte	24

45 Anders als in der Erstausswertung wurden diese Daten hier auf Betroffene und nicht auf alle Befragten prozentuiert.

46 Dies ist bei sexueller und körperlicher Gewalt gegen Frauen auch in der Durchschnittsbevölkerung der Fall, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau der Gewaltbetroffenheit (vgl. Schröttle/Müller 2004).

47 Anders als in der Erstausswertung wurden diese Daten hier auf Betroffene und nicht auf alle Befragten prozentuiert.

Basis: Betroffene von sexueller Gewalt seit Eintreten der Behinderung, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 25 (%)
Öffentliche Gebäude	(16) ¹⁾
Öffentliche Verkehrsmittel	(4) ¹⁾
In einem Auto	(16) ¹⁾
Krankenwagen, Behindertentransport	0
Parkplatz	(4) ¹⁾
Sonstige	0

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Die Analyse der Täterinnen und Täter und Tatorte bei körperlicher und sexueller Gewalt weist darauf, dass psychisch erkrankte Frauen vor allem viel Gewalt durch Beziehungspartnerinnen und Beziehungspartner und Familienangehörige erlebt haben; sexuelle Gewalt zudem auch durch andere bekannte oder unbekannte Personen. Gewalt durch Personen in Einrichtungen spielt demgegenüber eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Trotzdem ist es wichtig, dass stationäre Wohnheime und psychiatrische Einrichtungen den Frauen, gerade vor dem Hintergrund der durch vorangegangene Gewalt hoch belasteten Lebensverläufe, Schutz und ausreichende Angebote zur Regeneration bieten. Ein umfassender Schutz vor fortgesetzter psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt in der aktuellen Lebenssituation wäre eine wichtige Basis hierfür.

Dazu gehört auch der Schutz vor sexueller Belästigung, die in den Einrichtungen und in der aktuellen Lebenssituation eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen scheint. Immerhin hatten 29 % der befragten psychisch erkrankten Frauen in den letzten zwölf Monaten sexuelle Belästigungen erlebt (s. Tabelle 54) und sexuelle Belästigung in Einrichtungen wurde von umgerechnet etwa jeder siebten befragten Frau (14 %) berichtet (vgl. Tabelle 60).⁴⁸

⁴⁸ Dies bezieht sich auf alle Ereignisse sexueller Belästigung seit Eintreten der Behinderung. Der Anteil von 27 % in der o.g. Tabelle bezieht sich auf Betroffene sexueller Belästigung und die im Text genannten 14 % auf alle Befragten der Untersuchungsgruppe.

Tabelle 60: Tatkontexte bei sexueller Belästigung im Erwachsenenleben

Basis: alle von sexueller Belästigung seit Eintreten der Behinderung betroffenen Frauen, Mehrfachnennungen (Angaben in Klammern: häufig/gelegentlich)	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 44 (%)
Öffentliche Orte/Unbekannte (häufig/gelegentlich)	57 (25)
Arbeit/Schule/Ausbildung (häufig/gelegentlich)	30 (16)
Gesundheitliche Versorgung (häufig/gelegentlich)	9 (2)
Einrichtungen/Dienste (häufig/gelegentlich)	27 (23)
Behörden/Ämter (häufig/gelegentlich)	0 (0)
Freundinnen bzw. Freunde/Bekannte/ Nachbarschaft (häufig/gelegentlich)	41 (23)
Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner (häufig/gelegentlich)	41 (30)
Familienangehörige (häufig/gelegentlich)	21 (11)

Eigene Gewaltbereitschaft, Gegenwehr und Reaktionen auf erlebte Gewalt

Bereits weiter oben wurde darauf hingewiesen, dass psychisch erkrankte Frauen aufgrund von schwierigen und schwächenden Vorerfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben unter Umständen deutlich stärker eingeschränkt sein könnten in der Grenzsetzung und aktiven Gegenwehr bei der Konfrontation mit psychischen, körperlichen oder sexuellen Übergriffen im Erwachsenenleben. Auch im Rahmen der qualitativen Studie war dieser Aspekt von den Betroffenen bereits selbst kritisch thematisiert worden (vgl. Kavemann/Helfferich 2013).

Die folgenden Auswertungen bestätigen, dass dies auf einen erheblichen Teil der Befragungsgruppe zutrifft, nicht aber generell und durchgängig für von Gewalt betroffene Frauen mit psychischen Erkrankungen gilt.

So wird bei der Auswertung der Situationen körperlicher Gewalt sichtbar, dass Frauen dieser Untersuchungsgruppe durchaus auch gewaltbereit sind oder sein können. Jede sechste (18 %) gibt an, in den Situationen damit angefangen zu haben, die andere Person körperlich anzugreifen (16 % sogar mehrmals), und etwa ein Drittel (34 %) hat sich im Zuge körperlicher Angriffe aktiv körperlich gewehrt. Fast die Hälfte der Frauen (47 %) geben darüber hinaus an, sich verbal zur Wehr gesetzt zu haben. Immerhin 63 % haben andere Personen einbezogen und um Hilfe gebeten bzw. gerufen. Etwa die Hälfte (50–53 %) hat nach eigenen Angaben Wut oder Trauer gezeigt und 42 % gaben an, sie hätten versucht zu flüchten. Eine situationsspezifisch stärker passive oder wehrlose Reaktion wird jedoch bei 45 % der Befragten sichtbar, wenn sie angeben, nach Situationen körperlicher Gewalt nicht reagiert oder geschwiegen zu haben.

In Bezug auf institutionelle Unterstützung gaben fast die Hälfte der von Gewalt betroffenen psychisch erkrankten Frauen an, eine Person aus einer Einrichtung eingeschaltet zu haben, in der sie leben oder betreut werden, und/oder medizinische Hilfe in Anspruch genommen zu haben (jeweils 47 %): Von den Betroffenen hatten 55 % sogar die Polizei eingeschaltet und ein Drittel eine Beratungsstelle oder ein Frauenhaus aufgesucht, was sicher auch mit der Schwere der Gewalt in einem Zusammenhang stehen dürfte, trotzdem aber auch auf die aktive Unterstützungssuche zum Schutz vor Gewalt verweist. Die Auswertung zeigt auf, dass Frauen dieser Befragungsgruppe im Hinblick auf körperliche Gewalt keineswegs nur oder weit überwiegend als wehrlose Opfer wahrgenommen werden dürfen, da doch ein erheblicher Teil sich Hilfe und Unterstützung gesucht hat und mindestens ein Drittel selbst körperliche Gegenwehr leistet. Zugleich werden eine erhöhte Vulnerabilität und eingeschränkte Gegenwehr bei gut der Hälfte der Frauen sichtbar, wenn 55 % angeben, sie hätten sich aufgrund der Behinderungen in einer oder mehreren Situationen körperlicher Gewalt nur eingeschränkt wehren können.

Auffällig ist demgegenüber, dass die aktive Gegenwehr und Unterstützungssuche bei den psychisch erkrankten Frauen nach Situationen sexueller Gewalt deutlich stärker eingeschränkt ist. Nur jeweils etwa ein Drittel ersuchen andere Personen um Hilfe, wehren sich verbal oder körperlich oder versuchen, der Situation zu entkommen; zudem werden die Polizei oder andere institutionelle Hilfen deutlich seltener eingeschaltet. Dies entspricht einerseits den Reaktionsmustern auf sexuelle Gewalt, wie sie auch im Rahmen von bevölkerungsweiten Studien bei Frauen der Durchschnittsbevölkerung gefunden wurden (vgl. u. a. Schröttle/Müller 2004); demnach ist die Konfrontation mit sexueller Gewalt für viele Frauen mit Schuld- und Schamgefühlen und dem Wunsch nach Rückzug verbunden. Zum anderen verweist das Ergebnis darauf, dass psychisch erkrankte Frauen, vermutlich durch das hohe Ausmaß an fortgesetzter sexueller Gewalt im Lebensverlauf, sehr viel schwerer bei einem erneuten sexuellen Übergriff auf Ressourcen zur Gegenwehr und aktiven Grenzziehung zurückgreifen können und häufiger die Handlungen über sich ergehen lassen als andere von sexueller Gewalt betroffene Frauen. So haben nur 44 % der psychisch erkrankten Frauen in/nach Situationen sexueller Gewalt gezeigt, dass sie damit nicht einverstanden sind, und 36 % geben an, sie hätten nicht reagiert und geschwiegen. 60 % gaben darüber hinaus an, sie hätten sich in den Situationen sexueller Gewalt aufgrund der Behinderung nicht oder nur eingeschränkt wehren können (vgl. Tabelle 61). Dies verweist auf erhebliche behinderungsbedingte psychische Barrieren in den Reaktionen auf sexuelle Gewalt.

Tabelle 61: (Re-)Aktionen auf körperliche, sexuelle und psychische Gewalt im Erwachsenenleben

Basis: Betroffene von Gewalt seit Eintreten der Behinderung, Mehrfachnennungen			
	Reaktionen auf körperliche Gewalt	Reaktionen auf sexuelle Gewalt	Reaktionen auf psychische Gewalt
	Psychisch erkrankte Frauen, die körperliche Gewalt erlebt haben N = 38 (%)	Psychisch erkrankte Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben N = 25 (%)	Psychisch erkrankte Frauen, die psychische Gewalt erlebt haben N = 65 (%)
Habe einmal/mehrmals damit angefangen, die Person körperlich anzugreifen	18 (16 mehrmals)	— ¹⁾	— ¹⁾
Konkrete Reaktionen auf die Gewalt. Ich habe ...			
andere Personen einbezogen und um Hilfe gebeten/gerufen	63	32	55
mich mit Worten gewehrt, die Person beschimpft, auf sie eingeredet	47	32	40
mich körperlich gewehrt, zugeschlagen	34	28	17
nicht reagiert oder geschwiegen	45	36	59
gezeigt, dass ich damit nicht einverstanden/wütend bin	50	44	43
gezeigt, dass ich traurig oder verletzt bin	53	32	54
eine Waffe gegen die Person gerichtet	(3) ³⁾	0	(6) ³⁾
versucht, zu flüchten oder der Situation zu entgehen	42	28	31
etwas anderes getan	(11) ³⁾	(12) ³⁾	26
Nichts davon, konnte mich nicht wehren	0	0	(2) ³⁾
Relevanz der Behinderung in der Situation			
Konnte mich in einer/mehreren Situationen aufgrund der Behinderung nur eingeschränkt wehren	55	60 ²⁾	— ¹⁾
Hatte das Gefühl, Situation(en) hatte(n) damit zu tun, dass ich eine Frau bin	55	— ¹⁾	— ¹⁾
Hatte das Gefühl, Situation(en) hatte(n) damit zu tun, dass ich eine Behinderung habe	37	24 ²⁾	— ¹⁾
Inanspruchnahme institutioneller Unterstützung			
Medizinische Hilfe in Anspruch genommen	47	32 ²⁾	— ¹⁾
Person aus einer Einrichtung informiert, in der Befragte lebt oder betreut wird	47	(16) ³⁾	— ¹⁾
Unterstützungseinrichtung (zum Beispiel Beratungsstelle/Frauenhaus) aufgesucht	32	(12) ³⁾	— ¹⁾
Die Polizei eingeschaltet	55	28 ²⁾	— ¹⁾
Anzeige erstattet	34	20 ²⁾	— ¹⁾

1) Frage hierzu nicht gestellt.

2) Eingeschränkt aussagekräftig, da ab dieser Frage fünf Frauen (= 20 %) keine Angaben mehr gemacht haben.

3) Eingeschränkte Aussagekraft wegen geringer Fallzahl und 20 % missings.

Die Reaktionen der Frauen auf psychische Gewalt und psychisch verletzende Handlungen sind demgegenüber vielfältiger, was aber auch mit dem breiteren Spektrum an unterschiedlichen Handlungen und Situationen zu tun haben kann, die hiermit erfasst wurden. Auch diesbezüglich kann nicht von einer generellen Wehrlosigkeit der Frauen gegenüber psychischer Gewalt ausgegangen werden. Immerhin haben 40 bis 55 % der Betroffenen sich verbal gewehrt, die eigene Wut oder Trauer zum Ausdruck gebracht und/oder andere Personen um Hilfe und Unterstützung gebeten. Zugleich hat aber mit fast 60 % ein sehr hoher Anteil der Frauen nicht reagiert oder geschwiegen. Ob dies vor allem situationsbedingt ist oder auch ein Hinweis auf eine eingeschränkte Gegenwehr bei der Konfrontation mit psychischer Gewalt sein könnte, kann an dieser Stelle nicht eingeschätzt werden. Gerade vor dem Hintergrund einer enorm hohen Betroffenheit der Frauen dieser Befragungsgruppe durch psychische Gewalt von Kindheit an könnte Letzteres durchaus naheliegen.

Festhalten lässt sich an dieser Stelle, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen deutlich eingeschränkt sind, sich gegen Gewalt aktiv zur Wehr zu setzen, insbesondere im Hinblick auf sexuelle Gewalt, dass aber zugleich nicht von einer generell passiven und wehrlosen Reaktion ausgegangen werden kann, da erhebliche Anteile der Frauen diesem Muster nicht entsprechen.

Angst vor Gewalt und Bedrohungsgefühle

Neben der manifesten Gewalt spielt auch latente Gewalt eine Rolle, die sich in Form von Gewaltandrohung oder Angst vor Gewalt ausdrücken kann. Allerdings ist bei der Analyse von Ängsten und Befürchtungen in bestimmten Lebenssituationen immer auch zu beachten, dass diese nicht auf realen Gewaltdrohungen basieren müssen, sondern in hohem Maße die subjektive Wahrnehmung von Sicherheit widerspiegeln. Gerade bei Frauen mit psychischen Erkrankungen, die im Lebenslauf viel fortgesetzte Gewalt erlebt haben, kann sowohl die Erkrankung selbst als auch die fortgesetzte Gewalterfahrung einen erheblichen Einfluss auf die subjektive Angst- und Sicherheitswahrnehmung haben.

In den Interviews wurden die Frauen zunächst gebeten, anhand einer Skala von 1 bis 6 zu bestimmen, wie sicher sie sich in unterschiedlichen Lebenssituationen fühlten, wobei 1 sehr sicher und 6 sehr unsicher bedeutet. Für die vorliegende Auswertung wurden die Angaben der Frauen, die sich eher nicht sicher fühlten (Werte 4–6), zusammengefasst. Zudem wurden die Frauen gefragt, wie häufig sie in Bezug auf unterschiedliche Tätergruppen Angst vor körperlicher oder sexueller Gewalt hätten. In der Auswertung wurden die Nennungen *häufig/gelegentlich* als Indikatoren für Ängste in diesem Bereich zusammengefasst. In den Antworten der psychisch erkrankten Frauen wird ein hohes Maß an Ängsten und Unsicherheitsgefühlen sichtbar (vgl. Tabelle 62).

Tabelle 62: Sicherheitsgefühl in verschiedenen Lebenssituationen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Psychisch erkrankte Frauen/ allgemeine Sprache N = 83 (%)
Unsicherheitsgefühl bei ...	
spät abends oder nachts im Dunkeln allein nach Hause gehen	41
abends oder nachts allein in Wohnung/Zimmer sein	16
allein mit Pflegekraft/anderer Unterstützungsperson sein	7
allein mit Bewohnerinnen oder Bewohnern der Einrichtung sein	17
Häufig/gelegentlich Angst davor, dass ...	
ein Fremder mich körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte	39
jemand aus Bekanntenkreis mich körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte	13
jemand aus Familie/Partnerin oder Partner mich körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte	8
jemand aus Arbeit, Schule, Ausbildung mich körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte	7
jemand, der für Unterstützung, Betreuung, Pflege, gesundheitliche Versorgung zuständig ist, mich körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte	(2) ¹⁾
jemand aus der Einrichtung mich körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte	15

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

In der aktuellen Lebenssituation haben die Frauen am stärksten Ängste vor Gewalt durch fremde Personen und im öffentlichen Raum. So geben um die 40 % der Frauen an, häufig oder gelegentlich Angst vor körperlicher oder sexueller Gewalt durch fremde Personen zu haben, und ein gleich hoher Anteil fühlt sich unsicher, abends oder nachts allein im Dunkeln nach Hause zu gehen (23 % meiden diese Situation vollständig). Darüber hinaus scheinen aber auch bei etwa jeder sechsten bis siebten Frau Ängste und Unsicherheitsgefühle in Bezug auf das Leben in der Wohneinrichtung zu bestehen, insbesondere im Hinblick auf Angst vor Gewalt durch andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. So geben 16 % Unsicherheitsgefühle an, wenn sie abends oder nachts allein im Zimmer oder in der Wohnung sind, und 17 % fühlen sich unsicher, wenn sie mit Bewohnerinnen oder Bewohnern der Einrichtung allein sind. Darüber hinaus haben 15 % häufig oder gelegentlich Angst, dass jemand aus der Einrichtung sie körperlich oder sexuell angreifen könnte. Entsprechende Unsicherheitsgefühle in Bezug auf Betreuungspersonen äußern 2 bis 7 % der psychisch erkrankten Frauen; etwa jede 14. Frau (7 %) fühlt sich beim Alleinsein mit Betreuungskräften unsicher. Von etwa gleich hohen Anteilen werden Ängste in Bezug auf Gewalt in der Arbeitssituation geäußert, die sich auf das Arbeiten in Werkstätten der Behindertenhilfe beziehen dürften (vgl. Tabelle 62). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auch subjektiv das Leben und Arbeiten in den Einrichtungen von den psychisch erkrankten Frauen nicht durchgängig als geschützter Raum wahrgenommen wird. Mindestens jede sechste bis siebte Frau äußert hier Ängste vor Übergriffen und Gewalt.

4.2 Gewalterfahrungen kognitiv beeinträchtigter Frauen

Die Gewalterfahrungen kognitiv beeinträchtigter Frauen in Einrichtungen wurden in vereinfachter Sprache abgefragt. Die Erhebungsinstrumente sind nicht identisch, aber in den Inhalten weitgehend vergleichbar mit dem Fragebogen in allgemeiner Sprache. Die Gewalthandlungen der Itemlisten wurden in vergleichbarer Art und Weise abgefragt. Nur sehr komplexe Fragen, etwa zur Benachteiligung aufgrund von Geschlecht, Alter, Herkunft oder Behinderungen, konnten in vereinfachter Sprache nicht gestellt werden, da sie zu hohe Abstraktionsleistungen erfordert hätten. Außerdem wurde zur Vereinfachung der Interviews die Abfrage zum Erleben bestimmter Handlungen körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt nicht anhand einer Häufigkeitsabfrage (einmal, mehrmals, nie), sondern anhand einer dichotomen Ja-nein-Abfrage gestellt. Auch zeitliche Zuordnungen (Gewalt nach Eintreten der Behinderung oder im 12-Monate-Zeitraum), die den kognitiv beeinträchtigten Frauen oft schwerfallen, wurden bei den Interviews in vereinfachter Sprache ausgelassen. Dies war im Sinne der Nachvollziehbarkeit und besseren Verständlichkeit des Fragebogens erforderlich. Die Fragen zu Gewalthandlungen im Erwachsenenleben wurden jeweils eingeleitet mit: „Jetzt geht es nur noch um die Zeit, als Sie kein Kind mehr und schon erwachsen waren“, um diese von gewaltsamen Kindheitserfahrungen abzugrenzen.

Die Interviewerinnen wurden spezifisch geschult, auch damit (indirekte) Manipulationen vermieden werden. So wurde beim Vorlesen bestimmter Handlungen immer die Frage gestellt: „Haben Sie das auch erlebt oder nicht?“ und es wurde darauf geachtet, gegenüber der Befragten nicht den Eindruck zu erwecken, als wolle die Interviewerin nur negative Ereignisse oder Gewalterfahrungen erfahren. Auch wurde bei Unsicherheiten aktiv und sensibel nachgefragt, ob der Inhalt verstanden wurde oder nicht; gegebenenfalls wurden zusätzliche Erläuterungen zum besseren Verständnis der Fragen gegeben, die sich aber eng am vorgegebenen Frageinhalt orientieren sollten, um eine weitestmögliche Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Im Folgenden wurden die Ergebnisse zur Gewaltbetroffenheit kognitiv beeinträchtigter Frauen im Erwachsenenleben aus der Erstauswertung der Studie (Schröttle/Hornberg et al. 2013) zusammengestellt und an einigen Stellen durch zusätzliche Auswertungen vertieft.

Die Auswertung zeigt auf, dass auch Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, in ihrem Erwachsenenleben mehrheitlich von Gewalt betroffen sind oder waren. So gaben mehr als zwei Drittel der Befragten (68 %) psychische Gewalt oder psychisch verletzende Handlungen an, über die Hälfte (52–58 %) waren von körperlichen Übergriffen betroffen und jede Fünfte hat erzwungene sexuelle Gewalthandlungen erlebt. Von sexueller Belästigung waren fast 40 % betroffen. Auffällig hoch ist der Anteil der Frauen, die zum Erleben von sexueller Gewalt und sexueller Belästigung keine Angaben gemacht haben (11–23 %), was auf eine mögliche Untererfassung und ein gegenüber anderen Befragungsgruppen erhöhtes Dunkelfeld hinweisen kann.

Tabelle 63: Gewaltbetroffenheit kognitiv beeinträchtigter Frauen in Einrichtungen im Erwachsenenleben

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Psychische Gewalt	68
Körperliche Gewalt	58 (52 eindeutig erst im Erwachsenenleben) ¹⁾
Sexuelle Gewalt/erzwungene sexuelle Handlungen	21²⁾
Sexuelle Belästigung	39²⁾

1) Die Differenz ergibt sich daraus, dass in der Einstiegsfrage eine zusätzliche Frage gestellt wurde, ob dies war, als die Befragte schon erwachsen war. Bei Unsicherheit oder Schwierigkeit der zeitlichen Zuordnung wurden die Angaben herausgerechnet.

2) 11–23 % keine Angabe.

Im Vergleich mit dem weiblichen Bevölkerungsdurchschnitt liegt die Gewaltbetroffenheit der kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen deutlich höher.⁴⁹ Im Vergleich zu den von Gewalt im Erwachsenenleben am höchsten belasteten psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen ist er dagegen deutlich geringer (92 % psychische, 78 % körperliche und 42 % sexuelle Gewalt). Allerdings muss bei sexueller Gewalt und sexueller Belästigung in Betracht gezogen werden, dass viele kognitiv beeinträchtigte Frauen hierzu keine Antworten gegeben haben und die faktischen Unterschiede bei einer höheren Aufdeckung der Dunkelfelder geringer sein könnten, als die Befragungsergebnisse aufzeigen können.

Psychische Gewalt im Erwachsenenleben

Im Folgenden sind die einzelnen Handlungen dokumentiert, die in Bezug auf psychische Gewalt von den kognitiv beeinträchtigten Frauen genannt wurden (Tabelle 64). Jeweils etwa die Hälfte der Befragten berichteten, beleidigt, angeschrien oder lächerlich gemacht worden zu sein. Jeweils etwa 30 bis 40 % wurden unterdrückt und schikaniert, zu etwas gezwungen, eingeschüchtert, bedroht oder gegenüber anderen schlecht gemacht. Darüber hinaus berichtet etwa jede Fünfte bis Sechste (18 % bzw. 21 %), gequält oder aus einer Gruppe ausgegrenzt worden zu sein; 28 % gaben weitere verbale verletzend Handlungen an.

49 Nach der BMFSFJ-Befragung von Schöttle/Müller 2004 waren im weiblichen Bevölkerungsdurchschnitt 45 % der Frauen bis 65 Jahren von psychischer Gewalt, 35 % von körperlichen Übergriffen und 13 % von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffen (vgl. auch Schröttle/Hornberg et al. 2013).

Tabelle 64: Psychische Gewalt im Erwachsenenleben nach genannten Handlungen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Mindestens eine Situation erlebt (Einstiegsfrage + Itemliste gesamt)	68
Situation erlebt/nur Einstiegsfrage	44 ¹⁾
Itemliste: Habe erlebt ...	
A) dass jemand mich beleidigt hat/bedroht hat/böse angeschrien hat	54
B) dass sich jemand über mich lustig gemacht hat/etwas Gemeines gesagt hat	50 ¹⁾
C) dass mich jemand unterdrückt hat/schikaniert hat	29 ¹⁾
D) benachteiligt oder schlecht behandelt, wegen Geschlecht, Alter oder Herkunft	--
E) benachteiligt, Fähigkeiten abgesprochen oder schlecht behandelt, weil behindert oder beeinträchtigt	--
F) dass jemand mir gedroht hat/mir Angst machte	34 ¹⁾
G) dass jemand mich zu etwas zwingen wollte, was ich nicht wollte	30 ¹⁾
H) dass andere Schlechtes über mich erzählt haben	39 ¹⁾
I) dass ich aus der Gruppe ausgeschlossen wurde	21 ¹⁾
J) dass jemand mich absichtlich gequält hat	18 ¹⁾
K) etwas anderes erlebt, was Menschen sagten, das mir weh tat	28 ¹⁾

1) 8–14 % keine Angabe.

Die Auswertungen zeigen auf, dass die kognitiv beeinträchtigten Frauen mehrheitlich von psychisch verletzenden Handlungen im Erwachsenenleben betroffen waren. Allerdings waren diese Anteile bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen noch deutlich höher; alle Handlungen, insbesondere aber auch sehr schwere psychische Gewalt wie Psychoterror (47 %), wurden von diesen deutlich häufiger angegeben. Allerdings kann nicht eingeschätzt werden, ob die vergleichsweise geringere Betroffenheit der kognitiv beeinträchtigten Frauen auch auf Einschränkungen im Erinnerungsvermögen oder auf unterschiedliche Wahrnehmungen und Sensibilitäten für psychisch verletzende Handlungen mit zurückgeführt werden kann.

Rein kognitiv wurden die Fragen zu psychischer Gewalt nach Einschätzung der Interviewerinnen von der Befragungsgruppe gut verstanden. In den offenen Angaben der Frauen wurde aber auch sichtbar, dass mehrere Befragte hier auch körperliche und sexuelle Handlungen mit angegeben haben und in dieser Befragungsgruppe möglicherweise die Grenzziehung zwischen psychischer und anderen Formen von Gewalt nicht immer zuverlässig war. Kognitiv beeinträchtigte Frauen schilderten in Bezug auf psychische Gewalt unterschiedliche Handlungen, die von Hänseleien, Beleidigungen und Beschimpfungen über systematische Ausgrenzungen bis hin zu Stalking und sehr schwerer körperlicher/sexueller Gewalt und Misshandlung durch Familienangehörige und andere Personen reichten.

Fragen zur Bedrohlichkeit der Handlungen und zur Relevanz der Behinderung, aber auch zur

Betroffenheit in den letzten 12 Monaten wurden im vereinfachten Fragebogen nicht gestellt, sodass hier kein Vergleich mit anderen Befragungsgruppen hergestellt werden kann.

Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben

Gut die Hälfte der befragten kognitiv beeinträchtigten Frauen (52 %) gaben körperliche Gewalthandlungen an, die eindeutig erst im Erwachsenenleben erlebt wurden (Tabelle 65); bei weiteren 6 % war dies unklar. Am häufigsten wurden, wie bei anderen Befragungsgruppen auch, leichtere bis mäßig schwere Gewalthandlungen und Drohungen angegeben (Items A, B, D, E, K), die aber häufig auch in Kombination mit anderen Gewalthandlungen genannt wurden. Immerhin jede Siebte berichtet aber auch, verprügelt und/oder mit Gegenständen geschlagen oder beworfen worden zu sein, die verletzen können. Morddrohungen oder eine Bedrohung mit Waffen gaben 9 % und damit fast jede Zehnte an.

Tabelle 65: Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben nach Handlungen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Mindestens eine Situation erlebt (Einstiegsfrage + Itemliste gesamt)	58 (52 eindeutig erst im Erwachsenenleben)
Situation erlebt/nur Einstiegsfrage	43 (28 eindeutig erst im Erwachsenenleben)
Itemliste: Habe erlebt, dass jemand ...	
A) mich wütend weggeschubst hat	25
B) mir eine leichte Ohrfeige gegeben hat	23
C) mich gebissen oder gekratzt hat/es hat wehgetan/habe Angst bekommen	15
D) meinen Arm umgedreht/oder mich an den Haaren gezogen hat/es hat wehgetan	19
E) mich getreten hat/gestoßen hat/hart angefasst hat/es hat wehgetan	23
F) mich heftig weggeschleudert hat, sodass ich (fast) umgefallen bin	15
G) mir eine starke Ohrfeige gegeben hat/mich mit der flachen Hand geschlagen hat	14
H) etwas nach mir geworfen hat, das mich verletzen kann	15
J) mich mit etwas geschlagen hat, das mich verletzen kann	14
K) mir gedroht hat, dass ich geschlagen werde/verletzt werde	21
L) mir gedroht hat, dass ich umgebracht werde	9
M) mit den Fäusten auf mich eingeschlagen hat/es hat wehgetan/habe Angst bekommen	15
N) mich verprügelt hat	14
O) mich gewürgt hat/oder versucht hat, mich zu ersticken	7
P) mich absichtlich verbrüht hat/oder mit etwas Heißem verbrannt hat	4

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Q) mich mit einem Messer bedroht hat/oder einer Pistole	9
R) mich mit einem Messer verletzt hat/oder mit einer Pistole	3
S) mich bei der Pflege hart angefasst hat	5
T) mir das Hilfsmittel (nennen) absichtlich kaputt gemacht hat (Frage nur gestellt, wenn zuvor Hilfsmittel genannt)	2
U) andere körperliche Schmerzen zugefügt hat, die mit der Behinderung in Zusammenhang stehen	-- 1)
V) mich anders körperlich angegriffen hat/es hat wehgetan/habe Angst bekommen	9

1) Frage zu komplex. Wurde in vereinfachter Sprache nicht gestellt.

Werden die Gewalthandlungen zusammengefasst, die im Rahmen der vorliegenden Studie als sehr schwere körperliche Gewalt definiert wurden (wie Verprügeln, Waffengewalt, Würgen und Verbrühen), dann haben mit 36 % mehr als ein Drittel der Befragten auch sehr schwere körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt. Dieser Anteil ist höher als bei Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (28 %) und gleich hoch wie bei Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten leben (36 %); nur Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen weisen hier noch höhere Anteile auf (46 %; siehe auch Schröttle/Hornberg et al. 2013).

Auch die Tatsache, dass 43 % der kognitiv beeinträchtigten Frauen, die körperliche Gewalt im Erwachsenenleben benannten, Verletzungsfolgen angaben, 48 % Angst vor ernsthaften Verletzungen hatten und 51 % das Gefühl, sich weniger gut wehren zu können als andere Menschen, spricht dafür, dass ein großer Teil der erlebten körperlichen Gewalt ernsthaftere und schwerere Gewalthandlungen umfasste.⁵⁰

Sich (aufgrund der Behinderung) schlechter wehren zu können als andere Menschen, gaben beide in Einrichtungen befragten Gruppen mit 51 % bzw. 60 % häufiger an als Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten leben (37 %; vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Allerdings gaben die kognitiv beeinträchtigten Frauen hier im Rahmen einer offenen Nachfrage, warum sie sich weniger gut als andere Menschen wehren könnten, auch andere, nicht eindeutig behinderungsbedingte Aspekte an, etwa weil sie zu schwach oder zu klein seien, keine Kraft oder generell Hemmungen hätten, sich zu wehren, auch aufgrund von Minderwertigkeitskomplexen. Diese Begründungen könnten aber implizit durchaus auf eine eingeschränkte Wehrlosigkeit im Zusammenhang mit der Behinderung verweisen. Einige wenige Befragte gaben auch an, sich weniger gut wehren zu können, weil sie Frauen sind.

⁵⁰ Andere Befragungsgruppen hatten hier zum Teil noch häufiger Verletzungsfolgen (62-65 %) oder Angst vor ernsthafter Verletzung (43-67 %) angegeben; das kann aber auch teilweise auf Unterschiede in der Abfrage zurückzuführen sein; so wurden im allgemeinen Fragebogen alle Verletzungen einzeln abgefragt und in vereinfachter Sprache mit einer offenen Frage und wenigen Beispielen zu möglichen Verletzungen. Dies kann jedoch nicht gänzlich die hier erheblichen Unterschiede erklären, sodass dennoch von einer geringeren Betroffenheit durch Verletzungsfolgen bei kognitiv beeinträchtigten Frauen ausgegangen werden muss. Erklären ließe sich diese auch dadurch, dass die Frauen seltener in Partnerschaften leben und damit ein Risiko für schwere körperliche Gewalt im Erwachsenenleben verringert ist.

Ungewollte sexuelle Handlungen und sexuelle Gewalt

Die Fragen zu ungewollten sexuellen Handlungen und sexueller Gewalt haben vergleichsweise hohe Anteile der kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen nicht beantwortet (16–21 %, siehe Tabelle 66). Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Ein großer Teil dieser Frauen ist nicht sexuell aufgeklärt worden und nicht sexuell aktiv,⁵¹ sodass über das Thema Sexualität und sexuelle Übergriffe weniger Wissen vorhanden sein könnte. Möglicherweise existieren auch größere Schwierigkeit und Hemmnisse, das Themenfeld anzusprechen. So wurde auch in den offenen Angaben der Interviewerinnen, die diese im Anschluss an das Interview ausfüllten, deutlich, dass die Fragen zu Sexualität und sexueller Gewalt am schwierigsten für die Frauen dieser Befragungsgruppe zu verstehen und zu beantworten waren. Des Weiteren finden sich hier auch vorsichtige Hinweise darauf, dass sexuelle Übergriffe (durch Partner, Familienangehörige und andere Personen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen) als so belastend und traumatisierend erlebt wurden, dass die Frauen diese zum eigenen Schutz nicht im Rahmen der Interviews ansprechen wollten (die Interviewerinnen waren strikt angewiesen worden, entsprechende Grenzen zu achten und nicht weiter nachzufragen, wenn spürbar wurde, dass die Frau über bestimmte schwierige Ereignisse nicht sprechen möchte). Darüber hinaus könnte es sein, dass die Frauen aufgrund der erhöhten Abhängigkeitssituationen (durch Behinderung von Kindheit an und die oft dauerhafte Unterbringung in stationären Einrichtungen) eine größere Angst haben, entsprechende Ereignisse Dritten gegenüber offenzulegen, ohne in Loyalitätskonflikte gegenüber aktuellen Vertrauens- und Betreuungspersonen zu geraten. Hinweise auf diese Problematik finden sich auch in den qualitativen Interviews der Studie, aus denen hervorgeht, dass die Frauen oft keine Gewaltereignisse Dritten gegenüber berichteten, um niemandem zur Last zu fallen (vgl. Kavemann/Helfferich 2013). In anderen Forschungen zum Thema finden sich zudem Hinweise darauf, dass Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen oft davon ausgehen, Sexualität in der Einrichtung zu leben, sei verboten (was teilweise implizit oder explizit durchaus der Fall ist); deshalb seien sie auch bei sexuellen Übergriffen unsicher, ob sie bei sexuellen Übergriffen selbst gegen Regeln der Einrichtung verstoßen hätten und dies berichten dürften (vgl. Fegert et al. 2006, S. 159). Diese unterschiedlichen Aspekte können zu einer Untererfassung sexueller Gewalt bei kognitiv beeinträchtigten Frauen in Prävalenzstudien generell und damit auch im Rahmen der vorliegenden Studie beitragen. Hinzu kommt, dass Frauen, die so stark kognitiv beeinträchtigt sind, dass sie einer vereinfachten Befragung nicht folgen können, auch in dieser Studie nicht befragt wurden. Es ist zu vermuten, dass gerade diese Frauen aber in erhöhtem Maße gefährdet sind, Opfer von sexueller Gewalt und sexuellem Missbrauch innerhalb und außerhalb von Einrichtungen zu werden. Insofern sind die folgenden Daten zu sexueller Gewalt und sexueller Belästigung gegenüber kognitiv beeinträchtigten Frauen immer auch vor dem Hintergrund möglicherweise erhöhter Dunkelfelder zu interpretieren.

Aus den Angaben der Frauen geht hervor, dass jede achte Frau dieser Untersuchungsgruppe (13 %) ungewollte sexuelle Handlungen seit dem 16. Lebensjahr erlebt hat und deutlich mehr – nämlich gut jede fünfte (21 %) – von erzwungenen sexuellen Handlungen im Erwachsenenleben betroffen war.

51 51 % waren sexuell aufgeklärt worden und 37 % hatten in ihrem Erwachsenenleben sexuelle Erfahrungen gemacht.

Tabelle 66: Ungewollte und erzwungene sexuelle Handlungen im Erwachsenenleben

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Ungewollte sexuelle Handlungen	13¹⁾
Erzwungene sexuelle Handlungen (mindestens eine Handlung nach Itemliste)	21¹⁾ (22 inkl. ungewollter Handlungen)
Itemliste: Habe erlebt, dass jemand ...	
A) mich zum Sex gezwungen hat	12 ¹⁾
B 1) gegen meinen Willen seinen Penis oder etwas anderes in meinen Körper reingeschoben hat	0 ^{1) 2)}
B 2) Oder das versucht hat, es kam aber nicht dazu	9 ¹⁾
C) mich gezwungen hat, dass ich seine Geschlechtsteile berühre und streichle/oder die Geschlechtsteile küsse	11 ¹⁾
D) mich zu anderen sexuellen Handlungen gezwungen hat (evtl. erläutern: zum Beispiel zum Sex mit anderen Personen)	4 ¹⁾
E) mich gezwungen hat, Nacktbilder oder Pornofilme anzusehen und nachzuspielen. Und ich wollte das nicht	4 ¹⁾
F) Sonstige sexuelle Handlungen, die ich nicht wollte und zu denen ich gegen meinen Willen gedrängt oder gezwungen wurde	--

1) 16–21 % keine Angabe.

2) 14 % der Frauen haben entweder Item A oder B und damit eine Vergewaltigung angegeben; Differenzen gegenüber der Erstausswertung ergeben sich aus Unterschieden in der Einbeziehung von Frauen, die keine Angaben gemacht haben.

Von den Frauen, die zu sexuellen Handlungen gedrängt worden waren, die sie nicht wollten (= ungewollte sexuelle Handlungen; N = 41), gaben 56 % an, sie hätten gesagt oder gezeigt, dass sie das nicht wollten; bei 32 % war dies nicht der Fall und weitere 12 % wussten das nicht oder machten dazu keine Angabe. Das Ergebnis bestätigt insofern nicht generell die Vermutung, kognitiv beeinträchtigte Frauen könnten weniger gut zum Ausdruck bringen, wenn sie mit aufdringlichen sexuellen Handlungen nicht einverstanden seien und diese nicht wollten. Sie gaben im Gegenteil häufiger als andere Befragungsgruppen an, zum Ausdruck gebracht zu haben, dass sie mit den Handlungen nicht einverstanden waren (56 % vs. 41–46 % bei anderen Frauen mit/ohne Behinderungen; vgl. auch Schröttle/Hornberg et al. 2013)⁵². Dies könnte aber auch damit zusammenhängen, dass Täterinnen und Täter sexueller Gewalt bei kognitiv beeinträchtigten Frauen seltener Beziehungspartner waren und es sich häufiger um Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in Einrichtungen handelte (s. u.). Zum anderen ist ein Vergleich dadurch begrenzt, dass viele Frauen zu ungewollten sexuellen Handlungen keine Angabe gemacht haben (19 %).

52 Sich dies nicht getraut zu haben, gaben in der Studie am häufigsten gehörlose Frauen an (54 %), gefolgt von Frauen mit Behinderungen in Haushalten (49 %), schwerstkörper-/mehrfach behinderten Frauen der Zusatzbefragung (47 %) und psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen (46 %). Blinde Frauen und Frauen ohne Behinderungen in Haushalten gaben dies seltener an (33 % bzw. 36 %), wobei bei den blinden Frauen 21 % sagten, dies sei unterschiedlich gewesen; andere Gruppen 8–12 %.

Jede fünfte Frau dieser Befragungsgruppe hat erzwungene sexuelle Handlungen angegeben, am häufigsten Vergewaltigungen, versuchte Vergewaltigungen und andere Formen der sexuellen Nötigung (Items A – C, jeweils 9-12 %). Der Anteil der Frauen, die eine vollendete Vergewaltigung im Erwachsenenleben angegeben haben (Item B1), ist mit 10 % hoch.⁵³ Allerdings hatten psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen dreimal so häufig eine Vergewaltigung im Erwachsenenleben angegeben (29 %) und berichteten auch insgesamt erheblich häufiger ihnen widerfahrene sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben (42 %).

Werden sexuelle Gewalthandlungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben zusammengefasst, dann hat etwa jede dritte kognitiv beeinträchtigte Frau sexuelle Gewalt im Lebensverlauf erlebt (34 %), wobei zur Interpretation das möglicherweise erhöhte Dunkelfeld in Betracht gezogen werden muss. Bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen lag dieser Anteil bei 58 % und damit deutlich höher.

Bei den befragten kognitiv beeinträchtigten Frauen bezogen sich die Folgefragen zu sexueller Gewalt, der Häufigkeit, den Tätern und der Bedrohlichkeit auf alle Frauen, die ungewollte und/oder erzwungene sexuelle Handlungen im Erwachsenenleben angegeben hatten (N = 71). Von diesen gaben 52 % an, es habe sich um mehr als eine Situation gehandelt (39 % einmal und 8 % konnten/wollten dazu keine Angabe machen). 41 % der betroffenen Frauen gaben an, körperlich verletzt worden zu sein, und 66 % hatten Angst, dass sie in Situationen sexueller Gewalt schlimm verletzt werden könnten. Darüber hinaus berichteten 55 %, dass sie sich weniger gut wehren könnten als andere Menschen. Die Auswertungen verweisen auf einen hohen Bedrohlichkeitsgrad der sexuellen Übergriffe, die kognitiv beeinträchtigte Frauen im Erwachsenenleben erlebt haben.⁵⁴ Auch scheint sich die Mehrheit der Frauen als wehrlos gegenüber den sexuellen Übergriffen wahrzunehmen.

Sexuelle Belästigung im Erwachsenenleben

Auch die Fragen zu sexueller Belästigung im Erwachsenenleben (siehe Tabelle 67) haben viele Befragte mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht beantwortet. Insgesamt 17 % machten dazu generell keine Angabe; die Einzelitems wurden von jeweils 19 bis 24 % der Frauen nicht beantwortet.

39 % aller befragten Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen gaben an, sexuelle Belästigungen im Erwachsenenleben erlebt zu haben. Im Folgenden sind die einzelnen Handlungen aufgelistet, von denen die Frauen betroffen waren. Mit 16 bis 19 % gab fast jede fünfte bis sechste Frau an, körperlich betatscht, zu küssen versucht oder verfolgt worden zu sein.

53 Zum Vergleich: 6 % der Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt gaben dies an sowie 14–26 % der Frauen mit Behinderungen in Haushalten und Einrichtungen (vgl. ebd.); psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen berichteten dies am häufigsten (29 %). Allerdings machten hierzu mit 16–19 % fast doppelt so hohe Anteile der psychisch erkrankten und der kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen keine Angabe wie Frauen aus anderen Befragungsgruppen.

54 Diskrepanzen zu den Werten der Erstauswertung beruhen darauf, dass hier andere Filter gesetzt wurden und die Angaben prozentuiert wurden auf Frauen, die in der vorangegangenen Frage entweder ungewollte oder erzwungene sexuelle Handlungen oder beides angegeben hatten. Ein direkter Vergleich zu den anderen Befragungsgruppen ist dadurch eingeschränkt, dass sich die Angaben der anderen Gruppen nur auf Handlungen nach Eintreten der Behinderungen beziehen, während hier zu allen Handlungen seit dem 16. Lebensjahr gefragt wurde. Im Vergleich zu Frauen der weiblichen Durchschnittsbevölkerung, die sexuelle Gewalt in dieser Altersgruppe zu 13 % erlebt haben, wurden etwa gleich häufig Verletzungsfolgen angegeben (41 % vs. 44 %) und deutlich häufiger Bedrohungsgefühle (66 % vs. 36 %; vgl. dazu Schröttle/Hornberg et al. 2013). Eine eingeschränkte Wehrhaftigkeit aufgrund der Behinderung gaben psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen mit 75 % jedoch deutlich häufiger an (vgl. Kap. 4.1).

Tabelle 67: Sexuelle Belästigung im Erwachsenenleben

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Sexuelle Belästigung gesamt (mindestens eine Handlung nach Itemliste)	39 ¹⁾
Itemliste: Habe erlebt, dass jemand ... 2)	
A) mich über Telefon, E-Mail oder Brief mit unanständigen oder bedrohlichen Dingen belästigt hat	12 ¹⁾
B) sich vor mir entblößt hat, um mich zu belästigen oder zu erschrecken	11 ¹⁾
C) durch Nachpfeifen, schmutzige Bemerkungen oder (sexuell interessiertes) Anstarren belästigt hat	15 ¹⁾
D) mir durch sexualisierte Kommentare über meinen Körper, mein Privatleben oder sexuelle Anspielungen ein ungutes Gefühl gegeben hat	15 ¹⁾
E) mir ein ungutes Gefühl gegeben hat, indem sie/er mich mehrere Male gefragt hat, ob wir uns treffen könnten	15 ¹⁾
F) mir unnötig nahegekommen ist, sich z. B. zu nah über mich gebeugt oder mich auf eine aufdringliche Weise in eine Ecke gedrängt hat	14 ¹⁾
G) mir obszöne Witze erzählt und mit mir auf eine Art und Weise gesprochen hat, die ich als sexuell bedrängend empfand	12 ¹⁾
H) mich körperlich betatscht oder gegen meinen Willen zu küssen versucht hat	19 ¹⁾
I) mir nachgegangen ist, mich verfolgt oder bedrängt hat, sodass ich es mit der Angst zu tun bekam	16 ¹⁾
J) mir gegenüber in unpassenden Situationen, z. B. auch in Arbeit, Ausbildung oder bei Unterstützung und Betreuung, aufdringliche sexuelle Angebote gemacht hat	7 ¹⁾
K) mir zu verstehen gegeben hat, dass es nachteilig für mich oder meine Zukunft (oder mein berufliches Fortkommen) sein könnte, wenn ich mich sexuell nicht auf sie/ihn einließe	7 ¹⁾
L) mir in unpassenden Situationen pornografische Bilder oder Nacktbilder gezeigt hat	8 ¹⁾
M) mir im Rahmen von Pflege/Assistenz ein ungutes Gefühl gegeben hat, indem sie/er mich sexuell berührt hat	3 ¹⁾
N) Andere Situationen von sexueller Belästigung	7 ¹⁾

1) 17–24 % keine Angabe.

2) Genaue Formulierung der Items, siehe Fragebogen im Anhang.

Eine Einschätzung der Bedrohlichkeit der Handlungen wurde hier nicht erfragt, um die Frauen nicht mit Fragen zu sexueller Gewalt und sexueller Belästigung zu überfordern. Es bestand aber die Möglichkeit, in offenen Angaben Bemerkungen zu den Situationen zu machen. Dabei wird, wie auch in der o. g. Itemliste, ein sehr breites Spektrum von für die Frauen unterschiedlich relevanten und bedrohlichen Handlungen sichtbar. Sie reichen von Szenen, in denen der

Frau nachgepiffen wurde oder „Jungs“ Spaß gemacht haben, die die Betroffenen nicht weiter belasteten, über stärker bedrängende und exhibitionistische Handlungen bis hin zu schwereren Übergriffen und sexueller Gewalt durch unterschiedliche Personen (Fremde, Stiefväter, Expartnerinnen und Expartner, Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und Betreuerinnen und Betreuer im Wohnheim und in der Werkstatt). Teilweise werden hier auch Handlungen beschrieben, bei denen sexuelle Belästigungen in sexuelle Gewalt übergingen.

Täterinnen und Täter und Tatkontexte bei Gewalt im Erwachsenenleben

Bereits aus der Erstauswertung der Daten war hervorgegangen, dass von den in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen zwar, wie bei anderen Frauen mit/ohne Behinderung auch, im Erwachsenenleben am häufigsten Gewalt durch Partnerinnen und Partner und Familienangehörige erfahren wurde. Entsprechend ihrer Wohn- und Lebenssituation spielt aber auch Gewalt durch Personen in den Wohnheimen und Werkstätten eine große Rolle. Die Angaben der kognitiv beeinträchtigten Frauen sind in Bezug auf Täterinnen und Täter bei körperlicher/sexueller Gewalt nicht direkt vergleichbar mit anderen Befragungsgruppen, da die Täterschaft und die Tatorte hier mit offenen Fragen erhoben wurden und nicht, wie bei den anderen Frauen, anhand von umfangreichen Listen zu Täterinnen und Tätern sowie Tatorten. Zudem wurde bei psychischer Gewalt und sexueller Belästigung nicht gefragt, wie häufig Situationen durch bestimmte Tätergruppen erlebt wurden, da dies zu komplex und abstrakt gewesen wäre. Die folgenden Angaben weichen zudem von den Angaben der Erstauswertung ab, weil sie sich nicht auf alle Befragten beziehen, sondern nur auf Frauen, die von der jeweiligen Gewaltform betroffen sind/waren.

Die folgende Tabelle 68 zeigt auf, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen psychisch verletzende Handlungen und psychische Gewalt am häufigsten in den Einrichtungen und Diensten erlebt haben, gefolgt von Arbeit/Schule/Ausbildung und psychischen Übergriffen durch Familienangehörige. Psychische Übergriffe durch unbekannte oder kaum bekannte Personen an öffentlichen Orten, durch Freunde/Bekannte und Beziehungspartnerinnen und Beziehungspartner spielen demgegenüber anteilsmäßig eine geringere Rolle.

Tabelle 68: Tatkontexte bei psychischer Gewalt im Erwachsenenleben

Basis: Betroffene von psychischer Gewalt im Erwachsenenleben, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 217 (%)
Öffentliche Orte/Unbekannte	13
Arbeit/Schule/Ausbildung	18 (30 inkl. Sonderschule, Berufsbildungswerken, Werkstätten)
Gesundheitliche Versorgung	(1) ²⁾
Einrichtungen/Dienste¹⁾	35
Behörden/Ämter	0
Freundinnen bzw. Freunde/Bekannte/ Nachbarschaft	10

Basis: Betroffene von psychischer Gewalt im Erwachsenenleben, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 217 (%)
Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner	6
Familienangehörige	18
Sonstige	21 ³⁾

1) Hierzu zählen sämtliche Angebote und Dienste für Menschen mit Behinderungen (inklusive Sonder-/Förderschulen, Berufsbildungswerken und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen).

2) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

3) Hier wurden mit Abstand am häufigsten Mitbewohnerinnen und Mitbewohner benannt, seltener auch Arbeitskollegeninnen und Arbeitskollegen, Bekannte und Fremde im öffentlichen Raum; diese waren aber auch in den o. g. Kategorien weitgehend bereits zugeordnet worden.

Eine vertiefende Auswertung der konkreten Nennungen kommt zu dem Ergebnis, dass es sich bei den genannten psychischen Übergriffen in Einrichtungen und Diensten fast durchgängig um psychische Übergriffe in Wohnheimen (22%; 11 % Personal und 16 % andere Mitbewohnende; Mehrfachnennungen waren möglich) sowie in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (10%; 1 % Personal und 8 % Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen) handelte. Insofern hätte der Schutz kognitiv beeinträchtigter Frauen vor psychischer Gewalt vor allem im Bereich der Wohnheime und Werkstätten sowie bei Familienangehörigen anzusetzen. Wenn Frauen hier Angaben zum Geschlecht der Täterinnen und Täter gemacht haben (N = 170), dann gaben sie zu 29 % ausschließlich männliche, zu 15 % ausschließlich weibliche und zu 56 % Täterinnen und Täter beiderlei Geschlechts an.

Die Tatorte bzw. Tatkontexte für sexuelle Belästigung gegenüber Frauen mit Behinderungen waren am häufigsten öffentliche Orte (27 %), wo Belästigungen durch kaum oder unbekannte Personen erfolgten, des Weiteren der Bereich Schule, Arbeit und Ausbildung und die Einrichtungen/Dienste, die jeweils 20 % der Betroffenen von sexueller Belästigung als Tatorte nannten (siehe Tabelle 69). Auch hier spielten die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (10 %) und die stationären Wohnheime (11 %) und dabei wiederum Belästigungen durch andere Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohner und Arbeitskolleginnen bzw. Arbeitskollegen eine herausragende Rolle (bei sexuell belästigenden Personen in den Wohnheimen handelte es sich zu etwa einem Drittel um Personal und zu zwei Dritteln um Mitbewohnerinnen und Mitbewohner). Darüber hinaus wurden Personen aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis sowie Beziehungspartnerinnen und Beziehungspartner von jeweils 8–12 % der Betroffenen als Täterinnen und Täter bei sexueller Belästigung genannt. Sexuell belästigende Personen waren, soweit sie benannt wurden (N = 105), weit überwiegend (zu 89 %) ausschließlich männlichen Geschlechts; 3 % nannten ausschließlich Frauen und 9 % sowohl Männer als auch Frauen als Täterinnen und Täter.⁵⁵

⁵⁵ Gesamtsumme aufgrund von Aufrundung der Prozentwerte höher als 100 %.

Tabelle 69: Tatkontexte bei sexueller Belästigung im Erwachsenenleben

Basis: Betroffene von sexueller Belästigung im Erwachsenenleben, Mehrfachnennungen	
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 123 (%)
Öffentliche Orte/Unbekannte	27
Arbeit/Schule/Ausbildung	20 (24 inkl. Sonderschule, Berufsbildungswerken, Werkstätten)
Gesundheitliche Versorgung	0
Einrichtungen/Dienste 1)	20
Behörden/Ämter	0
Freundinnen bzw. Freunde/Bekannte/ Nachbarschaft	12
Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner	8
Familienangehörige	10
Sonstige	21 ²⁾

1) Hierzu zählen sämtliche Angebote und Dienste für Menschen mit Behinderungen (inklusive Sonder-/Förderschulen, Berufsbildungswerken und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen).

2) Bei den offenen Nennungen konnten zum Teil keine Täterinnen und Täter ermittelt werden, weil es sich um Schilderungen der Situationen handelte; teilweise wurden Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Bekannte, Partnerinnen und Partner und Fremde im öffentlichen Raum genannt; diese waren aber auch in den o. g. Kategorien weitgehend bereits zugeordnet worden.

In der Täterschaft bei körperlicher und sexueller Gewalt ergibt sich zum Teil ein anderes Bild. Zwar waren auch hier (zumeist männliche) Täter aus Einrichtungen mit am häufigsten genannt worden; allerdings spielten auch Familienangehörige und Beziehungspartnerinnen und Beziehungspartner eine vergleichsweise große Rolle.

Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben wurde durch unterschiedliche Personengruppen erlebt (siehe Tabelle 70). Am häufigsten durch Personen aus Einrichtungen und Diensten (35 % der Betroffenen), gefolgt von Familienangehörigen (19 %) und Personen aus Arbeit, Schule und Ausbildung (15 % bzw. 20 %), sowie Partnerinnen und Partnern und unbekannten Personen (jeweils 10 %). Andere Täterkategorien wurden hier seltener genannt. Sexuelle Gewalt wurde am häufigsten durch Beziehungspartnerinnen und Beziehungspartner und Menschen aus Einrichtungen verübt (24 % bzw. 23 % der Betroffenen), gefolgt von unbekannten oder kaum bekannten Tatpersonen und Familienangehörigen (14–17 %) sowie Personen aus Arbeit, Schule und Ausbildung (11 % bzw. 15 %). Das verweist darauf, dass im Hinblick auf die Prävention sexueller und körperlicher Gewalt bei Frauen dieser Befragungsgruppe unterschiedliche Tatkontexte einbezogen werden müssen: einerseits die in den Einrichtungen lebenden und arbeitenden Personen, andererseits auch der öffentliche Raum mit unbekannten oder wenig bekannten Personen und drittens Familienangehörige und Partnerinnen und Partner bzw. Bisherige Ansätze haben diese unterschiedlichen Gefährdungskontexte noch zu wenig im Blick (vgl. auch das abschließende Kapitel zu Maßnahmenvorschlägen).

Tabelle 70: Täterinnen und Täter bei körperlicher und sexueller Gewalt im Erwachsenenleben⁵⁶

Basis: Betroffene von Gewalt im Erwachsenenleben, Mehrfachnennungen		
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache	
	Täterinnen und Täter körperliche Gewalt N = 184 (%)	Täterinnen und Täter sexuelle Gewalt N = 66 (%)
Unbekannt	10	17
Kaum bekannt	3	14
Arbeit/Schule/Ausbildung	15 (20 inkl. Sonder-/ Förderschulen und Werkstätten)	11 (15 inkl. Sonder-/ Förderschulen und Werkstätten)
Partnerinnen bzw. Partner	10	24
Familienangehörige	19	15
Freundinnen bzw. Freunde/Bekannte/Nachbarschaft	5	(6) ¹⁾
Gesundheitsbereich	0	0
Einrichtungen/Dienste	35	23
Ämter/Behörden	0	0
Sonstige	3	(6) ¹⁾

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Sexuelle Gewalt wurde fast durchgängig durch männliche Täterinnen und Täter verübt. Bei körperlicher Gewalt nannten etwa die Hälfte der Betroffenen (51 %), die hierzu Aussagen gemacht haben, ausschließlich männliche Täter, 22 % ausschließlich Täterinnen und 27 % Täterinnen und Täter beiderlei Geschlechts.

Wenn von den Betroffenen sexueller und körperlicher Gewalt Täterinnen und Täter in Einrichtungen und Diensten genannt wurden, dann handelte es sich weit überwiegend um Personen aus Wohnheimen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Bei körperlicher Gewalt in Wohnheimen und in Werkstätten wurden zu etwa 15 bis 20 % Personal und zu 80 bis 85 % Bewohnerinnen und Bewohner beiderlei Geschlechts genannt. Bei sexueller Gewalt in Wohnheimen und Werkstätten handelte es sich weit überwiegend (zu etwa 80–100 %) um männliche Mitbewohner und Kollegen, seltener um Betreuungspersonal. Ein gewisses Dunkelfeld in Bezug auf sexuelle und körperliche Gewalt durch Personal könnte insofern vermutet werden, als hier spezifische Abhängigkeitsverhältnisse bestehen, die eine Aufdeckung verhindern. Diese wurden auch in der qualitativen Studie thematisiert (vgl. Kavemann/Helfferich 2013).

Bei Gewalt gegenüber kognitiv beeinträchtigten Frauen durch Familienmitglieder spielen Eltern und Geschwister die zentrale Rolle, wobei auch hier sexuelle Gewalt fast ausschließlich durch männliche Familienmitglieder verübt wurde.

⁵⁶ Anders als in der Erstausswertung wurden diese Daten hier auf Betroffene und nicht auf alle Befragten prozentuiert.

Die folgende Tabelle 71 veranschaulicht noch einmal die zentralen Gefährdungsorte für körperliche und sexuelle Gewalt gegenüber kognitiv beeinträchtigten Frauen. Zentral sind vor allem der Bereich der Einrichtungen sowie der häusliche Bereich außerhalb der Einrichtungen, wobei es sich hier vor allem um familiäre Zusammenhänge, Partnerschaft und um die Wohnungen anderer bekannter oder kaum bekannter Personen handelte. Auch die Arbeitsstelle und öffentliche Orte spielen eine Rolle.

Tabelle 71: Tatorte bei körperlicher und sexueller Gewalt im Erwachsenenleben⁵⁷

Basis: Betroffene von Gewalt im Erwachsenenleben, Mehrfachnennungen		
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache	
	Täterinnen und Täter körperliche Gewalt N = 184 (%)	Täterinnen und Täter sexuelle Gewalt N = 66 (%)
Einrichtungen, Dienste, Unterstützungsangebote	34	26
In eigener Wohnung	23	29
Vor eigener Wohnung	(1) ¹⁾	0
Wohnung anderer	4	11
Arbeitsstelle	14	9
Öffentliche Orte	9	8
Öffentliche Gebäude	(1) ¹⁾	(2) ¹⁾
Öffentliche Verkehrsmittel	(2) ¹⁾	0
Kfz	(1) ¹⁾	(6) ¹⁾
Parkplatz	(1) ¹⁾	0
Krankenhaus, Ärztin bzw. Arzt	(1) ¹⁾	(2) ¹⁾
Sonstige	8 ²⁾	18 ³⁾

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

2) Hier spezifizierten die meisten Frauen den häuslichen Kontext (Elternhaus) oder einen Bereich der Einrichtung (Werkstatt, Areal bei Einrichtung) und einige wenige gaben sonstige öffentliche oder halb öffentliche Orte an (Ferienhaus, Hotelschwimmbad, Bushaltestelle).

3) Hier spezifizierten die meisten Frauen Einrichtungen (z.B. Reha-Einrichtung, Internat, Kur) oder Orte in/bei Einrichtungen (Waschraum, Zimmer in oder Areal bei Einrichtung); zudem wurden auch öffentliche und private Orte genannt (Wald, Scheune, Keller).

In den offenen Beschreibungen der erlebten körperlichen Gewalt beschrieben die Frauen zum Teil massive körperliche Übergriffe durch Bewohnerinnen und Bewohner sowie Werkstattkolleginnen und Werkstattkollegen (zum Beispiel durch Verprügeln, Würgen und Verbrühen, Tritte und Angriffe mit dem Messer, Knochenbrüche); häufig handelte es sich hier auch um sexualisierte körperliche Übergriffe. Vereinzelt wurden zudem körperliche Übergriffe durch Personal angegeben. Darüber hinaus beschrieben die befragten Frauen gravierende körperliche Übergriffe durch Familienangehörige (Väter, Mütter, Stiefväter und Brüder), die eher im

⁵⁷ Anders als in der Erstausswertung wurden diese Daten hier auf Betroffene und nicht auf alle Befragten prozentuiert.

Vorfeld der Heimunterbringung lagen, sowie Übergriffe durch Partnerinnen und Partner. Oft handelte es sich bei der Gewalt durch Familienangehörige und Partnerinnen und Partner um brutale Angriffe bis hin zu sadistisch inszenierten Handlungen (Fesseln und Schlagen, Morddrohungen, Einsperren, sadistische Erziehungsmaßnahmen und massive Elterngewalt, wobei auch Alkoholmissbrauch bei Täterinnen und Tätern eine Rolle spielte). Angesichts der massiven körperlichen Übergriffe, die hier von den Befragten in den offenen Angaben beschrieben wurden, kann auch bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen von psychischen Belastungen und Folgeschäden durch Gewalt im Lebensverlauf ausgegangen werden.

Auch in den Fragekomplexen zu Sexualität und sexueller Gewalt im Lebensverlauf sowie in den vorangegangenen Sequenzen zu psychischer und körperlicher Gewalt beschrieben die befragten Frauen zum Teil in offenen Angaben sehr gravierende Erfahrungen mit sexueller Gewalt. So wird häufig sexuelle Gewalt und Vergewaltigung durch Brüder, Väter, Stiefväter und andere männliche Verwandte/Bekannte beschrieben (wobei der Frau oftmals nicht geglaubt wurde, als sie versuchte, dies im eigenen Umfeld offenzulegen). Zudem wurde von den Befragten auch sexuelle Gewalt durch Mitbewohner, Arbeitskollegen und andere Täter beschrieben, die von den Frauen als sehr verstörend und belastend erlebt wurden. Einige Frauen erzählten auch sexuelle Handlungen durch Beziehungspartner und andere bekannte/unbekannte Männer, in denen sie extrem grob behandelt und einseitig für die sexuellen Interessen der Täter instrumentalisiert wurden (z. B.: die Kerle hätten sie „wie die Hasenböcke gebumst“; Freunde seien einfach auf sie „draufgehopst“ und dann hätte sie geblutet; zwei Männer missbrauchten sie mit der Bemerkung, sie würden ihr zeigen, wie Kinder gemacht würden; der Exfreund habe sie gegen ihren Willen zu Sex bzw. Fellatio gezwungen, obwohl sie das nicht wollte und sich ekelte). Zum Teil wurde auch von den Frauen deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie durch diese negativen Erfahrungen in Kindheit und/oder Erwachsenenleben kein Interesse mehr an gelebter Sexualität hätten und diese bewusst mieden, um sich vor weiteren Verletzungen und Übergriffen zu schützen. Insofern könnte auch ein Teil der sexuellen Enthaltsamkeit der kognitiv beeinträchtigten Frauen auf vorangegangene negative und ausbeuterische Erfahrungen mit Sexualität und sexueller Gewalt zurückgehen.

Im Bereich der Einrichtungen wurden von vielen Frauen sexuelle Annäherungsversuche bis hin zu aufgedrängten und erzwungenen sexuellen Handlungen durch überwiegend männliche Mitbewohner, teilweise auch gemeinschaftliche Vergewaltigungen durch Arbeitskollegen, berichtet; in einigen Fällen auch sexuelle Grenzüberschreitungen durch Personal. Die Frauen beschreiben hier mitunter Situationen von systematischen und andauernden Nachstellungen durch Mitbewohner in Wohnheimen und Arbeitskollegen in Werkstätten, die auch deshalb als sehr gravierend anzusehen sind, weil sie diesen sozialräumlich nicht entgehen können.⁵⁸ Auch scheinen bekannte Personen aus dem engeren und weiteren sozialen Umfeld gezielt Frauen für die Anbahnung sexueller Gewalt und Ausbeutung anzulocken und deren Arglosigkeit, verminderte Wehrhaftigkeit oder auch die antizipierte mangelnde Glaubwürdigkeit der Betroffenen auszunutzen. Darüber hinaus wurde von den Befragten vereinzelt auch massive sexuelle Gewalt durch unbekannte Personen im öffentlichen Raum berichtet (Vergewaltigung im Schwimmbad; im Wald; gezielte/wiederholte Überfälle durch Unbekannte/Bekannte).

⁵⁸ Vgl. Schröttle/Hornberg 2013 und hier die Beschreibungen der Frauen zu sexuellen Übergriffen in Wohneinrichtungen und Werkstätten.

Gewaltklima und Angst vor Gewalt

Angesichts der beschriebenen, zum Teil massiven körperlichen und sexuellen Übergriffe, denen ein relevanter Teil der kognitiv beeinträchtigten Frauen im Lebensverlauf ausgesetzt ist oder war, verwundert es nicht, dass diese vielfach auch Angst vor Grenzüberschreitungen und fortgesetzter Gewalt haben.

Die folgenden Auswertungen zeigen auf, dass sich Ängste und Unsicherheitsgefühle auf unterschiedliche Lebenssituationen beziehen (vgl. Tabelle 72). Am stärksten scheint die Angst vor Gewalt durch unbekannte oder kaum bekannte Personen im öffentlichen Raum zu sein. So geben 42 % der Frauen an, sie hätten Angst, allein im Dunkeln nach Hause zu gehen, 20 % haben Angst vor körperlichen und 15 % Angst vor sexuellen Übergriffen durch unbekannte oder kaum bekannte Personen. Aber auch innerhalb der Einrichtung haben Frauen in unterschiedlichen Situationen Ängste: 17 % haben Angst, wenn sie abends/nachts allein im Zimmer sind, und ein ebenso großer Anteil hat Angst vor Personen im Wohnheim oder in der Werkstatt. Dabei besteht weit überwiegend Angst vor Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohnern und Kolleginnen bzw. Kollegen in der Werkstatt; seltener wird Angst vor Übergriffen durch betreuende und Pflegepersonen genannt. Immerhin jede 17. Frau (6 %) fühlt sich aber unsicher, wenn sie allein mit einer Pflege- bzw. Betreuungskraft im Zimmer ist. Weniger starke Ängste vor Gewalt wurden im Hinblick auf Familienmitglieder, Personen aus dem Freundeskreis und der Partnerschaft genannt (jeweils 1–2 %).

Die Daten zeigen insgesamt auf, dass etwa jede dritte kognitiv beeinträchtigte Frau in einer Einrichtung, unabhängig vom Lebenskontext, Angst hat, Opfer von körperlicher Gewalt zu werden (34 %), und jede vierte sexuelle Gewalt befürchtet (24 %; 16 % keine Angabe). Mit Abstand am häufigsten beziehen sich die Unsicherheitsgefühle und Ängste auf fremde/kaum bekannte Personen im öffentlichen Raum. Darüber hinaus benennt aber jede sechste Frau der Untersuchungsgruppe auch Ängste und Unsicherheitsgefühle in der Einrichtung, die sich am stärksten auf andere Menschen mit Behinderung in der Einrichtung richten (siehe Tabelle 72).

Tabelle 72: Sicherheitsgefühl in verschiedenen Lebenssituationen¹⁾

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen	
Bestehen von Ängsten (ja/teils, teils)	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/ vereinf. Sprache N = 318 (%)
Haben Sie Angst, wenn Sie ...	
alleine im Dunkeln nach Hause gehen?	42
abends oder nachts in der Wohnung oder in Ihrem Zimmer sind?	17
mit dem/der Pflegerin/Pfleger oder Betreuerin/Betreuer alleine im Zimmer sind?	6
Haben Sie Angst vor ...	
jemandem in Ihrer Wohngruppe oder Ihrem Heim? (wenn ja/teils, teils: vor wem?)	17
jemandem in Ihrer Arbeit oder der Werkstatt? (wenn ja/teils, teils: vor wem?)	18
Haben Sie manchmal Angst davor, dass ...	
jemand, den Sie gut oder nicht so gut kennen, Sie <i>körperlich</i> angreift? (wenn ja/teils, teils, vor wem?)	34
jemand Fremdes/Unbekanntes	20
Freund/Freundin	2
jemand aus der Familie (Vater, Mutter, Geschwister etc.)	(1) ²⁾
Partnerin/Partner	(1) ²⁾
jemand aus Werkstatt/Arbeit	6
Unterstützerin/Unterstützer, Pflegerin/Pfleger	(1) ²⁾
Jemand im Heim/in der Wohngruppe	9
Haben Sie manchmal Angst davor, dass ...	
jemand, den Sie gut oder nicht so gut kennen, Sie <i>sexuell</i> angreift? (wenn ja/teils, teils, vor wem?)	24
jemand Fremdes/Unbekanntes	15
Freund/Freundin	2
jemand aus der Familie (Vater, Mutter, Geschwister etc.)	2
Partnerin/Partner	(1) ²⁾
jemand aus Werkstatt/Arbeit	2
Unterstützerin/Unterstützer, Pflegerin/Pfleger	0
jemand im Heim/in der Wohngruppe	4

1) Unterschiede im Vergleich zur Erstausswertung der Studie beruhen darauf, dass dort vor allem die Frauen aufgeführt wurden, die eindeutig **keine** Ängste und Unsicherheiten in diesen Bereichen äußerten, während hier das konkrete Benennen von Ängsten ausgewertet wurde. Dazwischen liegt ein Graubereich von Frauen, die hierzu zum Teil keine Angabe gemacht haben oder keine Antwort wussten (bis zu 16%; besonders hoch in Bezug auf Ängste vor sexueller Gewalt). Insofern könnten tatsächlich bestehende Ängste und Unsicherheitsgefühle größer sein, als es die vorliegende Auswertung nahelegt.

2) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Auch unabhängig von der manifesten Gewalt in Einrichtungen kann deshalb von latenter Gewalt bzw. einem Gewaltklima ausgegangen werden, das sich bei den Frauen in entsprechenden Ängsten und Unsicherheitsgefühlen äußert. Allerdings sind diese Ängste bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen, vermutlich aufgrund der höheren Gewaltbetroffenheit im Lebensverlauf und der Folgen der Erkrankung, erheblich stärker ausgeprägt (siehe Kap. 4.1, Tabelle 62 und Schröttle/Hornberg 2013).

Eigene Gewaltbereitschaft, Gegenwehr und Reaktionen auf erlebte Gewalt

In Bezug auf die Gewaltbereitschaft und die Reaktionen der kognitiv beeinträchtigten Frauen auf ihnen widerfahrene körperliche, sexuelle und psychische Gewalt lässt sich zunächst feststellen, dass diese relativ selten selbst mit den körperlichen Angriffen beginnen (9 %, s. Tabelle 73, vs. 18 % der psychisch erkrankten Frauen, s. Kap. 4.1, Tabelle 61). Je nach Gewaltform haben sich zudem 17 bis 27 % der kognitiv beeinträchtigten Frauen körperlich gewehrt (s. Tabelle 73, ähnliche Werte bei psychisch erkrankten Frauen, die sich bei körperlicher Gewalt etwas häufiger wehrten; 34 %, s. Kap. 4.1, Tabelle 61). Eine verbale Gegenwehr auf Gewalt berichteten 38 bis 42 % der kognitiv beeinträchtigten Frauen (s. Tabelle 73; mit 32-47 % ähnlich hohe Anteile bei den psychisch erkrankten Frauen, s. Kap. 4.1).

Je nach Form der erlebten Gewalt bezogen die Frauen in unterschiedlichem Maße dritte Personen ein, um Unterstützung zu erhalten. Bei körperlicher und psychischer Gewalt berichtet dies etwa die Hälfte der kognitiv beeinträchtigten Befragten (53 % bzw. 47 %), bei sexueller Gewalt waren es weniger als ein Drittel (31 %). Das verweist darauf, dass die große Mehrheit der Betroffenen sexueller Gewalt in dieser Untersuchungsgruppe keine Unterstützung durch Dritte sucht. Insofern ist auch die Inanspruchnahme institutioneller Unterstützung infolge sexueller Gewalt sehr gering: 30 % nehmen medizinische Hilfe in Anspruch, nur 23 % informieren eine Person aus der Einrichtung; Polizei (16 %) und externe Unterstützungseinrichtungen für von Gewalt betroffene Frauen (8 %) wurden noch seltener in Anspruch genommen. Letzteres trifft auch für Opfer körperlicher Gewalt zu, die jedoch häufiger Personen aus der Einrichtung informierten (46 %, s. Tabelle 73). Demgegenüber haben psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen deutlich häufiger die Polizei oder Beratungsstellen einbezogen (12-28 % nach sexueller und 32-55 % nach körperlicher Gewalt, s. Kap. 4.1, Tabelle 61). Dies könnte zum Teil damit zu tun haben, dass sie schwerere Gewalt erlebt haben. Es dürfte vor allem aber darauf zurückzuführen sein, dass sie aufgrund des späteren Eintretens der Behinderung und der kürzeren Verweildauer in Einrichtungen besser informiert sind über externe institutionelle Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten und sie auch wegen ihrer größeren Selbstständigkeit eher als Option in und nach Gewaltsituationen in Betracht ziehen. Insofern kann aus den vorliegenden Auswertungen der Schluss gezogen werden, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen nach Gewalterfahrungen externe Unterstützung und Beratung kaum nutzen und selten die Polizei eingeschaltet wird. Gerade nach sexueller Gewalt werden auch andere potenzielle Vertrauenspersonen vielfach nicht informiert, um Unterstützung zu erhalten.

Tabelle 73: (Re-)Aktionen auf körperliche und psychische Gewalt im Erwachsenenleben

Basis: Betroffene von Gewalt im Erwachsenenleben (sofern die Folgefragen zu eigenen Reaktionen auf Gewalt beantwortet wurden), Mehrfachnennungen			
	Reaktionen auf körperliche Gewalt	Reaktionen auf sexuelle Gewalt	Reaktionen auf psychische Gewalt
	Kognitiv beeinträchtigte Frauen, die körperliche Gewalt erlebt haben N = 154 (%)	Kognitiv beeinträchtigte Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben N = 96 (%)	Kognitiv beeinträchtigte Frauen, die psychische Gewalt erlebt haben N = 217 (%)
Habe einmal/mehrmals damit angefangen, die Person körperlich anzugreifen	9	— ¹⁾	— ¹⁾
Konkrete Reaktionen auf die Gewalt. Ich habe ... ²⁾			
andere Personen um Hilfe gebeten/gerufen.	53	31	47
mich mit Worten gewehrt, die Person beschimpft.	42	38	41
mich körperlich gewehrt, zugeschlagen.	26	27	17
nichts gemacht/nichts gesagt.	14	14	20
meinen Ärger gezeigt.	36	28	40
geweint, gezeigt, dass ich traurig bin.	47	30	50
mich mit einem Gegenstand gewehrt.	5	(5) ⁴⁾	4
versucht, zu flüchten oder der Situation zu entgehen.	— ¹⁾	— ¹⁾	— ¹⁾
etwas anderes gemacht.	18	21	16
Ich konnte mich nicht wehren.	(3) ⁴⁾	(2) ⁴⁾	(1) ⁴⁾
Eigene Einschätzung der Wehrhaftigkeit			
Hatte das Gefühl, mich weniger gut wehren zu können als andere Menschen.	51	43 ³⁾	— ¹⁾
Inanspruchnahme institutioneller Unterstützung			
Medizinische Hilfe in Anspruch genommen.	36	30 ³⁾	— ¹⁾
Person aus einer Einrichtung informiert, in der Befragte lebt oder betreut wird.	46	23 ³⁾	— ¹⁾
Eltern informiert.	35	32 ³⁾	— ¹⁾
Unterstützungseinrichtung (zum Beispiel Beratungsstelle/Frauenhaus) aufgesucht.	8	8 ³⁾	— ¹⁾
Die Polizei eingeschaltet.	20	16 ³⁾	— ¹⁾
Anzeige erstattet.	18	14 ³⁾	— ¹⁾

1) Frage nicht gestellt

2) 12 % keine Angabe bei körperlicher Gewalt; 29 % keine Angabe bei sexueller Gewalt; 19 % keine Angabe bei psychischer Gewalt.

3) 33–40 % keine Angabe

4) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering.

Dennoch kann insgesamt aufgrund der Angaben nicht davon ausgegangen werden, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen in und nach Gewaltsituationen nur oder überwiegend passiv reagieren. Nach körperlichen Übergriffen und psychisch verletzenden Handlungen zeigen viele ihren Ärger und ihre Traurigkeit und suchen nach Unterstützung durch andere Personen (36–53 %). Auch gibt nur ein geringerer Teil an, sie hätten nicht reagiert oder geschwiegen (14–20 %, s. Tabelle 73).⁵⁹ Trotzdem wird – auch im Vergleich mit anderen Befragungsgruppen – sichtbar, dass die Frauen sich weniger aktiv gegen Gewalt verbal oder körperlich zur Wehr setzen und seltener interne/externe Unterstützung durch Dritte suchen (vgl. Tabelle 73 sowie Schröttle/Hornberg 2013). Auch subjektiv nehmen viele kognitiv beeinträchtigte Frauen eine geringere Wehrhaftigkeit bei sich wahr: Gut die Hälfte (51 %) ist der Meinung, sich weniger gut gegen körperliche Gewalt wehren zu können als andere Menschen, und 43 % geben dies im Hinblick auf sexuelle Gewalt an (vgl. Tabelle 73). Hier besteht ein erheblicher Handlungsbedarf hinsichtlich verbesserter Information und einer besseren Aufklärung über Rechte und Maßnahmen zur Bestärkung und Selbstverteidigung. Entsprechende Maßnahmen sollten darauf abzielen, die Ressourcen der Frauen zu erhöhen, sich gegen sexuelle und körperliche sowie psychische Übergriffe abzugrenzen und zur Wehr zu setzen, und zudem eine aktivere Unterstützungs- und Sanktionierungspraxis einzuleiten.

4.3 Ursachenzusammenhänge und Risikofaktoren für Gewalt und Barrieren bei der Unterstützungssuche

Für die Analyse der Ursachenzusammenhänge und Risikofaktoren für die Gewaltbetroffenheit der in Einrichtungen lebenden Frauen wurde zunächst eine Auflistung potenzieller Risikofaktoren erstellt, die sich zum einen aus den Kenntnissen der bisherigen Forschung zu Gewalt gegen Frauen speist, zum anderen Aspekte aus den vorangegangenen quantitativen und qualitativen Auswertungen der Studie aufgreift (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013, Kavemann/Helfferich 2013 sowie die Auswertungen der vorangegangenen Kapitel 3., 4.1 und 4.2). Zudem wurden Erkenntnisse und Forschungsergebnisse aus anderen internationalen Studien zur Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen herangezogen, nach welchen im Rahmen der Literatursystematisierung systematisch recherchiert wurde.

Um entsprechende Risikofaktoren und Ursachenzusammenhänge zu systematisieren und soweit als möglich im Rahmen der vorliegenden Analyse zu prüfen, wurde eine tabellarische Übersicht über (potenzielle) Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen (und Barrieren bei der Unterstützungssuche) erstellt (siehe Tabelle 74). Darauf aufbauend wurde systematisch geprüft, ob sich entsprechende Hinweise auch in dem vorliegenden Datenmaterial finden bzw. ob die entsprechenden Risikofaktoren für Gewalt und Barrieren bei der Unterstützungssuche durch die Daten der vorliegenden Studie bestätigt werden können oder nicht (ebd.).

⁵⁹ Bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen konnten wesentlich häufiger entsprechend passive Reaktionen festgestellt werden: 45 %–59 % gaben nach psychischer und körperlicher Gewalt an, sich nicht gewehrt und/oder geschwiegen zu haben; 36 % nach sexueller Gewalt.

Im Folgenden sind die Ergebnisse zu den aus dieser und anderen Studien ermittelten Risikofaktoren zunächst im Überblick tabellarisch zusammengestellt. Sie werden in den darauf folgenden Abschnitten im Einzelnen beschrieben.

Es handelt sich dabei um Faktoren, die:

- a) mit einer erhöhten Vulnerabilität aufgrund von Art und Schwere der Behinderung einhergehen;
- b) auf schädigende und schwächende (auch gewaltsame) Kindheitserfahrungen zurückzuführen sind;
- c) auf verminderten Ressourcen der Frauen beruhen (z. B. geringe berufliche, ökonomische, soziale und psychosoziale Ressourcen);
- d) mit den Lebensbedingungen in der Einrichtung in Zusammenhang stehen;
- e) auf gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen und Diskriminierungen zurückzuführen sind;
- f) auf einer unzureichenden Unterstützung und Intervention bei Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen basieren.

Tabellarischer Überblick: Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen, die in Einrichtungen leben

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schröttle/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Faktoren, die mit Art, Dauer und Folgen der Behinderung (z. B. geringere Wehrhaftigkeit) in Zusammenhang stehen			
Art der Behinderung Höhere Betroffenheit durch Gewalt beim Vorliegen spezifischer Beeinträchtigungen (insbesondere bei psychisch und kognitiv beeinträchtigten Frauen sowie bei hör-/sprechbeeinträchtigten und körper-/mehrfach behinderten Frauen; außerdem bei Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen).	<i>Erstauswertung</i> (Schröttle/Hornberg et al. 2013, 2011): Erhöhte Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen sowie bei gehörlosen, zum Teil auch bei körper-/mehrfach behinderten und blinden Frauen. Von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt sind psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen und gehörlose Frauen am häufigsten betroffen. Körperliche und sexuelle Gewalt in Einrichtungen haben Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen am häufigsten erlebt. <i>Sekundäranalyse (vorliegende Studie)</i> bestätigt: Spezifische Behinderungen (Körper-, Seh-, Hör-, Sprech-, kognitive und psychische Beeinträchtigungen) gehen tendenziell mit erhöhter Gewaltbetroffenheit einher; das trifft auch für multiple Beeinträchtigungen und die Stärke der Beeinträchtigung im täglichen Leben zu.	Besondere Gefährdungen bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen.	Personen mit psychischer Erkrankung und solche mit kognitiven Beeinträchtigungen haben am häufigsten Gewalt erlebt (Hughes et al. 2012, Curry et al. 2011, Lin et al. 2009 bezügl. sexueller Übergriffe; Lin et al. 2010 bezügl. häuslicher Gewalt; Zemp/Pircher 1996 für kognitiv beeinträchtigte Frauen). Menschen mit physischen Beeinträchtigungen und/oder mehrfachen Behinderungen sind im Hinblick auf Gewalt stärker gefährdet (Haydon et al. 2011, Milberger et al. 2002). Erhöhte Betroffenheit durch (häusliche) Gewalt bei gehörlosen Frauen (Lin et al. 2010, Milberger et al. 2002). Keine vulnerablen Gruppen, wenn soziodemografische Variablen kontrolliert werden (Martin et al. 2006). Besondere Gefährdung von Frauen, die in Einrichtungen aufgewachsen sind (Zemp/Pircher 1996); allerdings hier keine Kontrollgruppe vorhanden. Frauen mit Lernbehinderung besonders betroffen, insbesondere von sexueller Gewalt (Zemp/Pircher 1996). Lin et al. (2010, 2009): sowohl im Hinblick auf Partnergewalt als auch im Hinblick auf sexuelle Gewalt waren die am meisten betroffenen Gruppen psychisch und kognitiv beeinträchtigte sowie hör-/sprechbeeinträchtigte Frauen.

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Psychische Beeinträchtigung bei psychisch erkrankten Frauen (Schwierigkeit, Grenzen zu setzen oder sich aktiv zu wehren; oftmals auch Folge aus Vorerfahrungen mit Gewalt).	<i>Erstauswertung und Sekundäranalyse:</i> Psychisch erkrankte Frauen sind am stärksten von allen Formen von Gewalt betroffen; haben am häufigsten eine schwierige Kindheit und Vorerfahrungen mit Gewalt. Hinweise auf erhöhte Wehrlosigkeit in Gewaltsituationen aufgrund der Behinderung; aber auch eigene Gewaltbereitschaft höher.	Durch die psychische Erkrankung können Frauen vulnerabler werden. Situation von Frauen, die sich weniger stark abgrenzen können, wird ausgenutzt (sexuelle Ausbeutung/Gewalt). Verletzungen durch Dritte werden weniger als solche erkannt und mitunter (etwa bei Borderline-Störung) dem selbstverletzenden Verhalten zugeschrieben (keine Zeuginnen und Zeugen für Gewalt).	Besonders hohe Betroffenheit der psychisch erkrankten Frauen (vgl. Hughes et al. 2012): Untergliedert nach Typen der Behinderung zeigte sich ein 1,31-fach erhöhtes Risiko für Erwachsene mit unspezifischen Beeinträchtigungen, ein 1,60-fach erhöhtes Risiko bei geistigen Beeinträchtigungen und ein 3,86-fach erhöhtes Risiko für psychisch Erkrankte.
Kognitiv beeinträchtigte Frauen können z. T. bei Übergriffen Grenzen nicht erkennen und benennen (teilweise auch aufgrund der Erfahrung mangelnder Selbstbestimmung); werden oft nicht ernst genommen; Täter suchen sich gezielt Opfer, bei denen weniger mit Sanktionen gerechnet werden muss.	<i>Sekundäranalyse:</i> Bei einem Teil der Frauen erhöhte Wehrlosigkeit und eingeschränkte Gegenwehr; deutlich erhöhte Gewaltbetroffenheit, wenn die Frauen sich nicht ernst genommen fühlten (gilt auch für andere Untersuchungsgruppen).	Sowohl geistig als auch psychisch beeinträchtigte Frauen werden im Gewaltfall als unglaubwürdig betrachtet, da sie bei Aussagen oft keine genauen Angaben (z. B. zu Datum, Uhrzeit und Ort) machen können. Für geistig behinderte Frauen stellt v. a. die geringe Selbstständigkeit aufgrund der Behinderung ein Problem dar; es besteht eine ständige Abhängigkeit von Begleitpersonen. Zudem können sie sich durch die Beeinträchtigung schlechter zur Wehr setzen. Eine Deutung und Einstufung der Handlungen als Gewalt fällt zum Teil schwer, was auch auf mangelnde Aufklärung zurückzuführen sein kann.	Mangelndes Wissen über sexuelle Rechte/Integrität führt dazu, dass Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen oft nicht wissen, dass sie Sexualität in Partnerschaften ablehnen dürfen (vgl. qualitative Studie, Eastgate et al. 2011). Unzureichende sexuelle Aufklärung als Risikofaktor (Rosen et al. 2006; Zemp 2002). Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen berichteten mehr ungewollte sexuelle Handlungen und weniger erzwungene sexuelle Handlungen (Hinweis auf unterschiedliche Konzepte von Sexualität und sexueller Gewalt?), vgl. Haydon et al. 2011. Erlernte Hilflosigkeit, vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Frauen und solchen, die länger in Institutionen leben (vgl. Rosen et al. 2006, Zemp/Pircher 1996).

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Eingeschränkte Wehrhaftigkeit bei körperlich behinderten Frauen ; Gewöhnung an das Überschreiten von Körpergrenzen bei Körperpflege und Unterstützung; Gelegenheitsstrukturen aufgrund der Abhängigkeit von Pflege und Unterstützung.	<i>Erstauswertung:</i> Hinweise auf eingeschränkte Wehrhaftigkeit, erhöhte Gewaltbetroffenheit und größeres Bedrohungsgefühl bei körperlich und mehrfach behinderten Frauen. <i>Sekundäranalyse:</i> Auch innerhalb der Gruppen der kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen zeigt sich erhöhte Gewaltbetroffenheit beim Vorliegen zusätzlicher (u. a. körperlicher) und multipler Beeinträchtigungen. Frauen, die auf Unterstützung bei Körperpflege, An- und Ausziehen angewiesen sind, sind in höherem Maße von Gewalt in Einrichtungen betroffen.	Abhängigkeit von Pflege und Gewöhnung an das Überschreiten von Intim- und Körpergrenzen kann sexuelle Gewalt begünstigen (und Grenzsetzung erschweren). Mangelnde Mobilität und körperliche Wehrhaftigkeit als Risikofaktor für Gewalt.	Erhöhte Gewaltbetroffenheit bei körperlichen und/oder mehrfachen Behinderungen (Haydon et al. 2011, Milberger et al. 2002).
Höherer Grad der Behinderung + multiple Beeinträchtigungen.	<i>Sekundäranalyse:</i> Grad der Einschränkung im täglichen Leben und Vorliegen multipler Beeinträchtigungen geht mit höherer Gewaltbelastung einher.		Risikofaktoren für Gewalt: höherer Grad an Einschränkung durch die Behinderung (Casteel et al. 2008); multiple Behinderungen (Milberger et al. 2002); geringere Mobilität (Nosek et al. 2006).
Behinderung von Kindheit an: kann Vulnerabilität erhöhen, mit frühzeitiger Gewöhnung an abhängige Beziehungsstrukturen und mangelndem Selbstbewusstsein einhergehen.	<i>Sekundäranalyse:</i> Kein genereller und eindeutiger Zusammenhang mit Dauer der Behinderung feststellbar; keine höhere Gewaltbetroffenheit bei Behinderung seit Geburt; teilweise erhöhte Betroffenheit, wenn Behinderung in Kindheit/Jugend oder erst im Lebensverlauf eintrat (möglicher Hinweis auf Zusammenhang zwischen Behinderung und vorangegangener Gewalt).	Frühe Gewöhnung an Abhängigkeitsstrukturen, mangelnde Selbstbestimmung und Überschreiten der Grenzen der Frauen kann spätere Gewalt im Erwachsenenleben begünstigen und Wehrhaftigkeit/Unterstützungssuche beeinträchtigen.	

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse (Schröttle/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie (Kavemann/Helfferich 2013)	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien (Literaturangaben in Klammern)
Schwächende/schädigende Vorerfahrungen in Kindheit und Jugend			
Gewalt in Kindheit und Jugend kann Risiko für Gewalt im Erwachsenenleben erhöhen.	<i>Erstauswertung:</i> Gewalt in Kindheit und Jugend kann sowohl Behinderung und gesundheitliche Beeinträchtigung als auch spätere Gewaltbetroffenheit begünstigen. Frauen mit psychischen Erkrankungen haben am häufigsten elterliche psychische und körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt; psychisch erkrankte und gehörlose Frauen waren am häufigsten von sexuellem Missbrauch bis zum Alter von 16 Jahren betroffen. <i>Sekundäranalyse:</i> Sowohl bei kognitiv beeinträchtigten als auch bei psychisch erkrankten Frauen stellen Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend einen hoch relevanten Risikofaktor für Gewalt im späteren Erwachsenenleben dar.	Generell kann bei Frauen mit Behinderungen bereits erlebte Gewalt in Kindheit und Jugend, aber auch ein von klein auf geringes Selbstwertgefühl eine entscheidende Rolle für spätere Gewalt spielen. Gewalt und Beeinträchtigung stehen hier in Wechselwirkung zueinander. Außerdem verhindern schlechte Erfahrungen mit Mitteilung von Gewaltereignissen in Kindheit und Jugend, dass im Erwachsenenleben Unterstützung gesucht wird. Frauen, die in Kindheit Gewalt erfahren haben, waren häufig später wieder von Partnergewalt betroffen.	Generell ist in der Forschung zu Gewalt gegen Frauen Gewalt in Kindheit und Jugend als größter Risikofaktor identifiziert worden (vgl. u.a. Schröttle/Martinez et al. 2007, Schröttle/Müller 2004). Gewalterfahrung in der Kindheit wird auch bei Frauen mit Behinderung als zentraler Risikofaktor identifiziert. Insbesondere sexueller Missbrauch in der Kindheit kann spätere Gewaltbetroffenheit erhöhen (Haydon et al. 2011, Hassouneh-Phillips 2005, Zemp 2002, Balogh et al. 2001).
Brüche im Lebensverlauf/Traumatisierungen/eingeschränkte Sicherheit in Bezug auf Bindungen können Vulnerabilität für Gewalt erhöhen.	<i>Erstauswertung:</i> Frauen, die nicht bei beiden Eltern, sondern in Institutionen oder bei anderen Personen aufgewachsen waren, haben besonders häufig Gewalt erlebt (psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen und gehörlose, teilweise auch blinde Frauen). <i>Sekundäranalyse:</i> Brüche im Lebensverlauf und das Aufwachsen bei einem leiblichen Elternteil haben insbesondere bei psychisch erkrankten Frauen das Risiko für Gewalt im Erwachsenenleben erhöht; bei kognitiv beeinträchtigten Frauen bezog sich dies nur auf sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben. Bei beiden Befragungsgruppen konnte zudem häufiger psychische und sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend festgestellt werden, wenn diese bei einem leiblichen Elternteil aufgewachsen waren.		

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Heimaufenthalt in Kindheit und Jugend kann Vulnerabilität für Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben erhöhen.	<i>Erstauswertung:</i> Internatsaufenthalt in Kindheit und Jugend wird als Risikofaktor für hohe Betroffenheit durch sexuelle Gewalt bei gehörlosen (und blinden) Frauen vermutet. <i>Sekundäranalyse:</i> Bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen stellt das Aufwachsen in Heimen einen Risikofaktor für eine erhöhte sexuelle Gewaltbetroffenheit in Kindheit/Jugend und im Erwachsenenleben dar.		Frauen, die in Einrichtungen aufgewachsen waren, haben ein höheres Risiko für spätere Gewaltbetroffenheit und erlernte Hilflosigkeit (Rosen et al. 2006, Zemp/Pircher 1996).
Unzureichende Förderung und Schwächung des Selbstbewusstseins in der Sozialisation als Risikofaktor für Gewalt und mangelnde Wehrhaftigkeit.	<i>Sekundäranalyse:</i> Kognitiv beeinträchtigte Frauen waren dann seltener von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn Eltern als zugewandt, wertschätzend und liebevoll beschrieben wurden.	Das Aushalten von Partnergewalt wird von Betroffenen auf die Sozialisationserfahrungen in der Kindheit zurückgeführt (Unterstützungsbedürftigkeit, mangelnde Selbstständigkeit und sozialisationsbedingt mangelndes Selbstbewusstsein). <i>Problem:</i> das in der Kindheit erfahrene und sich fortsetzende Gefühl, eine Last für andere zu sein und keine Ansprüche stellen zu dürfen. Abhängigkeit von den Eltern und das Gefühl, eine Belastung für die Eltern darzustellen und deshalb keine Probleme machen zu dürfen, überträgt sich auch auf spätere Paarbeziehung (Abhängigkeit, Dankbarkeit) und verhindert Loslösung sowie Unterstützungssuche im Gewaltfall.	Passive und abhängige Situation in der Kindheit erschwert auch später Beendigung und Loslösung aus Gewaltbeziehungen: "Women reported that they were trained in a passive dependent role during childhood and blame themselves and expect less for themselves. Thus leaving an abusive situation is harder for them." (Saxton et al. 2001)
Gewöhnung an das Überschreiten von Körpergrenzen und das Nichtbeachten eigener Wünsche und Bedürfnisse.	<i>Sekundäranalyse:</i> Frauen, die auf Unterstützung bei der Körperpflege und beim An-/Ausziehen angewiesen sind, haben mehr Gewalt in Einrichtungen erfahren; ebenso Frauen, die sich nicht ernst genommen fühlen, ungefragt berührt werden und auf die keine Rücksicht genommen wird.	Risikofaktor für Gewalt, wenn nie eigene körperliche Grenzen erlernt wurden.	s.o. (Saxton et al. 2001, Rosen et al. 2006, Zemp/Pircher 1996)

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Mangelnde sexuelle Aufklärung (insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Frauen) kann Risiko für sexuelle Gewalt erhöhen.	<i>Sekundäranalyse:</i> Sexuelle Aufklärung nicht generell protektiver Faktor für Prävention sexueller Gewalt. Dies dürfte aber auch mit der Qualität der sexuellen Aufklärung zusammenhängen.	Mangelnde sexuelle Aufklärung und unzureichende Aufklärung über Rechte kann Gewalt begünstigen.	Unzureichende sexuelle Aufklärung und wenig Wissen über eigene Rechte auf Selbstbestimmung kann Risiko für Gewalt erhöhen (vgl. qualitative Studie, Eastgate et al. 2011; Haydon et al. 2011; Rosen et al. 2006; Zemp 2002).
Mangelnde Ressourcen			
Mangelnde Bildungs-, berufliche und ökonomische Ressourcen vermindern Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und Möglichkeit alternativer Lebensentwürfe; dadurch erhöhte Vulnerabilität und Abhängigkeit.	<i>Sekundäranalyse:</i> Zusammenhang von Bildung, sozioökonomischen Ressourcen und Gewalt kann nicht nachgewiesen werden (nicht signifikant). Allerdings haben Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen deutlich häufiger geringe Bildungs-, berufliche und ökonomische Ressourcen und damit verminderte Chancen, sich aus Gewaltverhältnissen zu lösen.	Fehlende finanzielle Ressourcen werden von Betroffenen auch als Hinderungsgrund gesehen, sich nach einer Gewalterfahrung professionelle Unterstützung einzuholen.	<i>Generell</i> ist niedriger Bildungs- und Sozialstatus kein Risikofaktor für Gewalt gegen Frauen, kann aber Loslösung aus gewaltbelasteten Beziehungen erschweren (Schrötte/Müller 2004). <i>Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen:</i> ■ niedriger sozioökonomischer Status (Haydon et al. 2011/Crossmaker 1991) ■ niedriges Einkommen (Oktaky, Tompkins 2004; bei Nosek et al. 2006 hingegen ohne Einfluss) ■ Arbeitslosigkeit (Milberger et al. 2002) ■ geringeres Alter (Martin et al. 2006/Nosek et al. 2006) bzw. Alter über 65 Jahre (Curry et al. 2011) ■ ethnischer bzw. Migrationshintergrund (Martin et al. 2006; bei Nosek et al. 2006 hingegen kein Einfluss von race/ethnicity) ■ höhere Bildung (Haydon et al. 2011, Nosek et al. 2006, Zemp/Pircher 1996).
Mangelnde soziale Ressourcen (Freundes- und Bekanntenkreis, Vertrauenspersonen, Isolation) können mit größerer Abhängigkeit und geringerer Unterstützung bei Loslösung aus Gewaltbeziehungen einhergehen.	<i>Sekundäranalyse:</i> Häufigkeit von Freizeitaktivitäten außerhalb und Besuche innerhalb der Einrichtung sowie Vorhandensein und Anzahl von Vertrauenspersonen haben keine protektive Wirkung; Qualität der Beziehungen spielt eine größere Rolle: Frauen, die enge, vertrauensvolle Beziehungen haben, sind weniger häufig Opfer von Gewalt geworden und die Gewalt wurde häufiger institutionell aufgedeckt und polizeilich bekannt.	Durch mangelnde soziale Ressourcen (aufgrund von Kontrolle/Isolation vonseiten des Partners, aber auch Mobilitätseinschränkungen) intensiviert sich die Abhängigkeit in Beziehungen, was eine Trennung erschwert. Zudem sind v. a. für Frauen in Einrichtungen Eltern/Familie oft die einzigen Außenkontakte. Von diesen war abhängig, ob die Mitteilung, Gewalt erlebt zu haben, ernst genommen wurde und Konsequenzen nach sich zog.	<i>Soziodemografische Faktoren für erhöhtes Risiko für Gewalt:</i> ■ unverheiratet (Martin et al. 2006), geschieden (Milberger et al. 2002) <i>Psychosoziale Faktoren</i> ■ höherer Grad von sozialer Isolation (Plummer et al. 2012; Nosek et al. 2006) ■ höhere Depressionswerte (Nosek et al. 2006)

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Psychisch-soziale Ressourcen: Selbstbewusstsein und das Wissen um das Recht auf ein gewaltfreies Leben können präventiv wirken und auch im Gewaltfall schnellere Unterstützung und Beendigung der Situation herbeiführen.	<i>Sekundäranalyse:</i> Hinweise auf schwächende Sozialisationsbedingungen, Diskriminierungen und Vorerfahrungen mit Gewalt, die das Selbstbewusstsein der Frauen beeinträchtigen und im Gewaltfall eine aktive Unterstützungssuche verhindern (s. o.). Mangelndes Ernstgenommenwerden und mangelnder Respekt als Risiko für Gewalt in Einrichtungen.	Stärkung von Rechten und Selbstbestimmung wird als zentraler Aspekt für die Prävention von Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen gesehen. Mangelndes Selbstbewusstsein, auch als Folge schwieriger Kindheitserfahrungen (s. o.), hindert Frauen, Ansprüche an einen Partner zu stellen, die eigene Gesundheit und Lebensqualität wichtig zu nehmen und sich zur Wehr zu setzen. Vor allem in Einrichtungen sind Bewohnerinnen häufig nicht ausreichend über Sexualität, Gewalt und eigene Rechte aufgeklärt.	
Rahmenbedingungen und Risikofaktoren in stationären Einrichtungen			
Leben in Einrichtungen kann Risiko für Gewalt erhöhen (Abhängigkeit und Gelegenheitsstrukturen).	<i>Erstauswertung:</i> Frauen in Einrichtungen nicht generell häufiger von Gewalt betroffen; abhängig von der Behinderung (psychische Erkrankung erhöhtes Risiko); unterschiedliche Gefährdungsfaktoren für in Haushalten lebende Frauen (Partnerschaft/Familienbeziehungen) und für in Einrichtungen lebende Frauen (Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Personal). Angst- und Unsicherheitsgefühle im Hinblick auf Alleinsein mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, und Personal verweisen auf Klima latenter Gewalt. <i>Sekundäranalyse:</i> Kognitiv beeinträchtigte Frauen vergleichsweise häufiger Opfer von Gewalt in Einrichtungen (körperliche und sexuelle Gewalt von allem durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner; psychische auch durch Personal). In beiden Befragungsgruppen hat etwa jede sechste bis siebte Frau Angst vor körperlichen Übergriffen durch Personen in Einrichtungen.	Einrichtungen als geschlossene Systeme bergen Risiko für Übergriffe.	Crossmaker (1991): "All factors that potentially increase the risk of abuse are even increased in institutional settings: economic deprivation, isolation, little credibility, powerlessness, and being reinforced for compliant behavior, dependence on others, lack of access to resources and information, unawareness of rights, shame, fear of an even more worse situation, loss of freedom and privacy, believe that having sex means they are loved or that an abusive relationship is better than no relationship." Darüber hinaus werden die Hierarchien und Machtungleichgewichte mit Bezugnahme auf Goffmans (1961) Theorie der totalen Institute als Risikofaktor für Gewalt in Wohneinrichtungen aufgegriffen; außerdem: Depersonalisierung, Routinisierung der Abläufe, Stigmatisierung und Einschränkung der Rechte, u. a. des Rechts auf Privatheit (Crossmaker 1991). Das Macht- resp. Ohnmachtsverhältnis, das sexuell ausbeutenden Handlungen zugrunde liegt, verschärft sich bei Menschen mit einer Behinderung in Einrichtungen (fremdbestimmter Alltag, Abhängigkeit, mangelnde Artikulationsmöglichkeiten und das Vorurteil der Unglaubwürdigkeit, s. Zemp 2002).

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Isolation in der Einrichtung erhöht Abhängigkeiten und Zugriff auf Frauen.	<i>Sekundäranalyse:</i> Keine statistisch signifikante geringere Betroffenheit von Gewalt in Einrichtungen, wenn die Frauen mehr außerhäusliche Freizeitaktivitäten hatten, mehr Besuche in der Einrichtung bekamen oder in höherem Maße Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner bei Problemen oder enge, vertraute Beziehungen hatten. Bei kognitiv beeinträchtigten Frauen (allerdings nicht statistisch signifikante) geringere Gewaltbetroffenheit in Einrichtungen, wenn Eltern Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei Problemen waren und wenn generell enge, vertrauensvolle Beziehungen bestanden.	Hilfesuche wird durch soziale Isolation erschwert, Sozialkontakte meist begrenzt auf Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Kolleginnen und Kollegen in Werkstätten und Einrichtungspersonal.	Isolation in Einrichtungen als Risikofaktor (s. o., Crossmaker 1991).
Einrichtungen als nach außen geschlossene Institutionen verhindern Aufdeckung von Gewalt und adäquate Unterstützung.	<i>Erstauswertung:</i> Aufgrund von hohem Maß an Freizeitaktivitäten und Besuchen in Einrichtungen keine nach außen hin vollständig geschlossenen Institutionen. Aber: Häufig fehlen enge, vertrauensvolle Beziehungen (zudem kaum Partnerschaften). <i>Sekundäranalyse:</i> Im Falle einer Gewaltbetroffenheit in der Einrichtung ist tatsächlich eher von geschlossenen Systemen auszugehen, da allenfalls Eltern und einrichtungsinterne Personen informiert, in der Regel aber weder externe Unterstützungsangebote noch polizeilich-rechtliche Interventionen in Anspruch genommen werden.	Durch strukturelle Bedingungen der Einrichtung, insbesondere die Geschlossenheit nach außen, können Übergriffe verdeckt werden. Frauen haben kaum Möglichkeit, sich selbstständig an externe Unterstützungsangebote zu wenden.	Geschlossenheit der Einrichtungen als Risikofaktor für Gewalt (s. o., Crossmaker 1991).
Mangelndes Beschwerdemanagement (intern und extern).	<i>Sekundäranalyse:</i> Keine Daten zu internem/externem Beschwerdemanagement; allerdings werden externe Einrichtungen und Institutionen im Gewaltfall in der Regel nicht einbezogen (s. o.).	Mangelnde interne Beschwerdemöglichkeiten; Weg nach außen oft nicht möglich (unzureichendes Unterstützungssystem + Angewiesensein auf Betreuungsperson, die begleitet); mangelnde Information über das Hilfesystem und kein eigenständiger Zugang zur Polizei.	Mangelndes internes und externes Beschwerdemanagement in Einrichtungen im Fall von Gewalt und sexuellem Missbrauch (Fegert et al. 2006).

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Mangelnde Selbstbestimmung in Einrichtungen.	<i>Erstauswertung:</i> Mangelnde Selbstbestimmung und erhöhte Diskriminierung und Einschränkung von Rechten bei Frauen in Einrichtungen. <i>Sekundäranalyse:</i> Frauen, die mehr Selbstbestimmung, Respekt und einen grenzwahrenden Umgang berichteten, waren deutlich seltener von Gewalt in Einrichtungen betroffen als solche, die berichteten, sie würden nicht ernst genommen, unangenehm oder ungewollt angefasst, geduzt, rücksichtslos behandelt oder durch Regeln bzw. mangelnde Mitbestimmung eingeengt. Kein Zusammenhang mit Aspekten der Mitbestimmung (über Mitbewohnerinnen und Mitbewohner finanzielle Angelegenheiten). Fragen des konkreten respektvollen Umgangs in Alltagssituationen sind u. U. für Gewaltprävention noch wichtiger. Unzureichende Aufmerksamkeit und Grenzachtung (auch bei der Intim- und Körperpflege) im Rahmen der Einrichtungsroutinen schaffen Gelegenheitsstrukturen für personale Gewalt.	Keine Möglichkeit, Personal (z.B. für Körperpflege) selbst auszuwählen; mangelnde Informiertheit über eigene Rechte. Kann Risiko für Gewalt erhöhen.	Frauen können oft nicht selbst entscheiden, mit wem sie wohnen (Furey et al. 1994); dadurch erhöhte Gefährdung.
Mangel an Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern und Vertretungsstrukturen.	<i>Sekundäranalyse:</i> Allein durch das Vorhandensein von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern bei Problemen kein Schutz vor Gewalt; enge, vertrauensvolle Beziehungen relevanter. Zum Teil höhere Aufdeckung von Gewalt und stärkere Nutzung (externer) Unterstützung, wenn Eltern und Freundinnen als Vertrauenspersonen ansprechbar.	Mit Bezugspersonen wird über Gewalt nicht gesprochen; viele Frauen mit geistiger Behinderung gehen davon aus, dass sie selbst nicht mit Behörden in Kontakt treten können bzw. dürfen, weil für Behördenkontakte die rechtliche Betreuung zuständig ist. Eigene Aktivität im „Draußen“ für viele Frauen nicht möglich (zum Beispiel Gang zur Polizei oder ins Frauenhaus).	

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Ungeschützte Privat- und Intimsphäre/enges Zusammenleben/Körperpflege als Risiko für Gewalt.	<i>Erstauswertung:</i> Unzureichender Schutz der Privat- und Intimsphäre aufgrund von mangelhaft abschließbaren Wasch- und Toilettenräumen sowie dem Fehlen eigener, abschließbarer Zimmer in der Einrichtung bei einem relevanten Teil der Frauen. <i>Sekundäranalyse:</i> Tendenziell geringere Gewaltbetroffenheit, wenn Frauen in eigenen Wohnungen leben, und tendenziell höhere Betroffenheit in Wohngruppen (bei größeren Wohngruppen häufiger sexuelle Gewalt und Belästigung); allerdings sind Unterschiede hier nicht signifikant. Tendenziell verminderte Gewaltbetroffenheit bei abschließbaren Wasch-/Toilettenräumen. Abschließbare Zimmer hatten keinen Einfluss auf die Gewaltbetroffenheit. Generell: Wahrung der Privat- und Intimsphäre sowie überschaubare Organisation des Zusammenlebens können Schutz vor Gewalt in Einrichtungen erhöhen; möglicherweise aber „weichere“ Faktoren der Einrichtungskultur und des grenzwahrenden, respektvollen Umgangs mit Bewohnerinnen relevanter. Frauen, die auf Unterstützung bei der Körperpflege angewiesen sind, bemängeln, dass Anspruch auf geschlechtergleiche Pflege nicht umgesetzt werden kann, und haben häufiger Gewalt erlebt (s.o.).	Gewöhnung an Grenzüberschreitung bei Körperpflege + medizinischer Behandlung (begünstigen Situationen für sexuelle Übergriffe; erschweren, zwischen „normaler“ Behandlung und Gewalttat zu unterscheiden). Das enge Zusammenleben in Einrichtungen führt zusätzlich zu einer eingeschränkten Intimsphäre und begünstigt die Möglichkeit von Gewaltübergriffen.	Ungeschützte Privat- und Intimsphäre als Risikofaktor für Gewalt in Einrichtungen (Zemp/Pircher 1996; Crossmaker 1991).
Unzureichende Gewaltprävention (+ keine Kultur von Kontrolle und Hinschauen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) kann Risiko für fortgesetzte Gewalt erhöhen.	Keine Daten vorhanden.		Wurde von Fachkräften im Workshop im Rahmen der vorliegenden Studie als Risikofaktor angesprochen (vgl. Kap. 5).

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Mangelnde Aufklärung bei kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen/Sexualität tabuisiert; dadurch erhöhte Gefahr von Übergriffen.	Sekundäranalyse: Kognitiv beeinträchtigte Frauen, die angeben, sexuell aufgeklärt worden zu sein, haben nicht seltener, sondern häufiger Gewalt erlebt. Allerdings scheint es sich in der Regel nicht um eine professionelle sexuelle Aufklärung gehandelt zu haben, die selbstbestimmte Sexualität befördert. Frauen, die angeben, sexuell aktiv gewesen zu sein, haben ebenfalls häufiger (sexuelle) Gewalt erlebt. Allerdings könnte das auch daran liegen, dass Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, dies häufiger als „sexuelle Erfahrung“ angegeben haben. Über den Zusammenhang von selbstbestimmter Sexualität und Gewalt liegen keine Daten vor. Allerdings hat nur etwas mehr als jede dritte kognitiv beeinträchtigte Frau jemals sexuelle Erfahrungen gehabt und etwa jede sechste verfügt über zufriedenstellende sexuelle Erfahrungen.		Fegert et al. (2006) stellten in ihrer Untersuchung zur sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung fest, dass die befragten Einrichtungsbewohnerinnen und -bewohner überzeugt waren, Sexualität sei in der Einrichtung verboten oder zumindest von der Erlaubnis der Betreuenden abhängig. Mögl. Folge: Menschen, die innerhalb dieser Einrichtungen Übergriffe erleiden, können nicht einschätzen, ob sie selbst in etwas Verbotenes verwickelt sind oder nicht, und u. U. davon ausgehen, dass Übergriffe seitens des Personals berechtigt sind (vgl. dazu auch Zemp 2002 und Zemp/Pircher 1996).
Gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen			
Selbstbestimmung und volle Teilhabe als Voraussetzungen für Gewaltfreiheit und Gewaltschutz.	<i>Erstauswertung:</i> Frauen mit Behinderungen, die mehr Diskriminierung erlebt haben, waren auch in erhöhtem Maße Opfer von Gewalt geworden. <i>Sekundäranalyse:</i> Frauen in Einrichtungen, die benachteiligt, diskriminiert und weniger respektvoll behandelt wurden, haben mehr Gewalt erlebt und konnten sich im Gewaltfall seltener an Dritte wenden bzw. Unterstützung erfahren.	Auf körperliche Selbstbestimmung zu bestehen ist für viele Frauen kaum möglich, v. a. in Pflegesituationen. Hinzu kommt die Problematik, dass ihnen häufig nicht geglaubt wird. Eingeschränkte Teilhabe von Kindheit an vermittelt das Gefühl von Minderwertigkeit, was wiederum Gewaltvorkommnisse begünstigt.	Sexualisierte Gewalt in Heimen steht in einem direkten Zusammenhang mit struktureller Gewalt (gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung, Exklusion, die bei gesonderten Ausbildungsformen beginnt und sich später im sozialen und ökonomischen Bereich fortsetzt). Dieser Benachteiligung kann letztlich nur begegnet werden durch den notwendigen Paradigmenwechsel: Weg von der Fürsorge, hin zum selbstbestimmten Leben (Zemp 2002).

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien
	(Schröttle/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	(Kavemann/Helfferich 2013)	(Literaturangaben in Klammern)
Diskriminierender Blick auf Menschen mit Behinderungen/Abwertung von Frauen mit Behinderung (vermindern Selbstwert und erhöhen Vulnerabilität für Gewalt).	Siehe vorangegangene Zeile und Ergebnisse zu schwächenden Kindheitserfahrungen (s. o.).	Angst davor, mit Behinderung keinen anderen Partner zu finden, begünstigt Verbleiben in der Gewaltsituation (ist auch Folge der Sozialisation, keine Ansprüche stellen zu dürfen). Gesellschaftliches Bild, welches über psychische Erkrankungen besteht (durch die Krankheit als „schwach“ betrachtet zu werden), kann Ausharren in einer gewalttätigen Beziehung begünstigen; Geheimhaltung von Gewalt und psychischer Erkrankung anderen gegenüber aus Angst vor Stigmatisierung.	Verringertes Selbstbewusstsein und Angst, keinen anderen Partner zu bekommen, erhöhen die Vulnerabilität (Plummer et al. 2012). Vorstellungen behinderter Frauen als kindlich und asexuell (Yoshida et al. 2009) oder promiskuitiv (vgl. Chenoweth 1996) begünstigen Gewalt und deren Legitimierung und schützen Täter.
Unzureichende Finanzierung und Ausstattung von Einrichtungen und Institutionen verhindert volle Teilhabe, Gewaltschutz und Selbstbestimmung.	s. o.		Keine Literaturangaben dazu; Informationen aus Fachveranstaltungen und Workshop mit den Einrichtungen (siehe Kap. 5).
Institutionelle Reaktionen auf Gewalt (Intervention, Unterstützung, Sanktionierung)			
Fehlen niedrigschwelliger Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten.	<i>Sekundäranalyse:</i> Frauen in Einrichtungen nehmen im Gewaltfall kaum externe Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch.	Bestehende Angebote werden überwiegend als nicht erreichbar, nicht für die Zielgruppe geeignet und als hochschwellig wahrgenommen. Innerhalb des Hilfesystems kämpfen Frauen mit langen Wartezeiten, unübersichtlichen Angeboten oder einem mangelnden Angebot innerhalb der Psychiatrie. Keine psychotherapeutischen Angebote, lediglich medikamentöse Behandlung in der Psychiatrie (keine der befragten Frauen hatte Gelegenheit, ihre traumatischen Erlebnisse während ihres stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie anzusprechen oder aufzuarbeiten). Frauen mit geistigen Behinderungen fehlen häufig Informationen über das Unterstützungssystem; es fehlt insbesondere an bedarfsgerechten Angeboten für diese Zielgruppe. Zugang zur Polizei (Kommunikationsprobleme), zur Justiz oder zur therapeutischen Behandlung (kein flächendeckendes Angebot) ist hier stark eingeschränkt.	

Risikofaktoren	Erkenntnisse aus der quantitativen Datenanalyse (Schrötte/Hornberg et al. 2013 und vorliegende Studie)	Erkenntnisse aus der qualitativen Studie (Kavemann/Helfferich 2013)	Erkenntnisse aus Literatur/anderen Studien (Literaturangaben in Klammern)
Keine klare Intervention, Kontrolle und Sanktionierung vonseiten der Einrichtung/Institutionen.	<i>Erstauswertung und Sekundäranalyse:</i> Keine aussagekräftigen Daten, auch aufgrund der geringen Fallzahlen, vorhanden (Polizei und externe Angebote werden allerdings im Gewaltfall nur sehr selten eingeschaltet).	Frauen berichten in der qualitativen Studie und in offenen Antworten der quantitativen Studie, dass zum Teil nicht klar interveniert wurde, wenn es sich um Gewalt in Einrichtungen durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner handelte. Durch das geschlossene System Behinderteneinrichtung und das Abhängigkeitsverhältnis besteht die Gefahr, dass gewalttätige und sexuelle Übergriffe nicht bemerkt, ernst genommen, aufgedeckt und verfolgt werden. Präventionsarbeit mit externer Beratung wird empfohlen.	Handlungsunsicherheiten und keine klaren Interventionsketten bei Gewalt in Einrichtungen (Fegert et al. 2006); wird auch durch die Aussagen der Fachpraxis bestätigt (vgl. Kap. 5).
Mangelndes Ernstnehmen des Opfers (und Vorstellung mangelnder Glaubwürdigkeit) verhindert Unterstützung/Intervention.	<i>Sekundäranalyse:</i> Frauen, die sich nicht ernst genommen fühlen, haben deutlich häufiger körperliche, psychische und sexuelle Gewalt erlebt und seltener Dritte im Gewaltfall informiert/eingeschaltet.	Frauen berichten, sich keine Hilfe gesucht oder nicht angezeigt zu haben, weil sie nicht ernst genommen werden. Die Welt draußen wurde von den Bewohnerinnen zum Teil nicht verstanden und es wurde antizipiert und vom System vermittelt, dass ohnehin niemand der Betroffenen glauben werde.	Mangelnde Glaubwürdigkeit erhöht die Gefahr von Gewalt und vermindert die Chance für Unterstützung und Intervention (Zemp/Pircher 1996).
Keine strafrechtliche Sanktionierung (Gewaltschutzgesetz in Einrichtungen nicht anwendbar; unzureichender Gewaltschutz gegeben).	<i>Sekundäranalyse:</i> Kaum rechtliche Intervention bei Gewalt in Einrichtungen.	Unzureichende strafrechtliche Intervention konnte vor allem bei länger zurückliegenden Fällen festgestellt werden. Frauen, die Gewalt durch Mitbewohner erfahren haben, bleiben oft weiter dem in der Einrichtung verbleibenden Täter ausgesetzt.	Unzureichende rechtliche Intervention wird in Workshop und durch Fachpraxis problematisiert (s. Kap. 5).

4.3.1 Analyse und Prüfung potenzieller Risikofaktoren

Im Folgenden werden die im tabellarischen Überblick zusammengestellten Risikofaktoren noch einmal einzeln aufgegriffen und auf Basis der Ergebnisse der Risikofaktorenanalyse diskutiert. Im Rahmen der Risikofaktorenanalyse wurde geprüft, ob bestimmte Merkmale oder Merkmalskombinationen mit einem erhöhten Risiko verbunden sind, Gewalt in Kindheit, Jugend oder Erwachsenenleben zu erleben.⁶⁰

Art und Schwere der Behinderung

Bereits im Rahmen der Erstausswertung der Daten der vorliegenden Untersuchung war deutlich geworden, dass Art und Schwere der Behinderung mit einem erhöhten Risiko verbunden sein können, von Gewalt im Lebensverlauf betroffen zu sein (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Nicht die Behinderung selbst, aber die mit der spezifischen Form der Behinderung verbundenen Beeinträchtigungen können das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden oder sich schwerer gegen Gewalt zur Wehr zu setzen, erhöhen. So werden z. B. Personen, die Sprechschwierigkeiten haben, schwieriger von Dritten gehört oder verstanden, Personen mit Lernschwierigkeiten können Tatvorgänge gegebenenfalls nur eingeschränkt schildern oder ihre Aussagen werden angezweifelt bzw. gerichtlich nicht anerkannt; schwerstkörper- und mehrfachbehinderte Frauen sind teilweise in ihrer körperlichen Wehrhaftigkeit eingeschränkt und Blinde bzw. Sehbehinderte können Täterinnen und Täter unter Umständen nicht eindeutig und gerichtsverwertbar identifizieren. Entsprechende Beeinträchtigungen können durch potenzielle Täterinnen und Täter ausgenutzt werden und dazu führen, dass Frauen mit bestimmten Behinderungsarten häufiger von Gewalt betroffen sind. Zusätzlich können aber auch andere, mit der spezifischen Behinderung verbundene Aspekte, etwa schädigende Sozialisationsbedingungen, das Aufwachsen im Heim oder auch eine erhöhte Abhängigkeit von Pflege und Assistenz, das Risiko Opfer von Gewalt in verschiedenen Lebenskontexten zu werden, erhöhen.

In Bezug auf die Behinderungsarten wurde in anderen Studien bereits festgestellt, dass Personen mit psychischen und solche mit kognitiven Beeinträchtigungen am häufigsten Gewalt erlebt haben (vgl. Hughes et al. 2012, Curry et al. 2011, Lin et al. 2009, 2011, Zemp/Pircher 1996); zudem waren mehrfach behinderte und gehörlose Frauen in erhöhtem Maße von Gewalt betroffen (Milberger et al. 2002, Haydon et al. 2011, Lin et al. 2010).

Auch im Rahmen der bundesdeutschen Befragung (Schröttle/Hornberg et al. 2013) zeigte sich, dass psychisch erkrankte Frauen in der repräsentativen Haushalts- und Einrichtungsbefragung deutlich am häufigsten psychische, körperliche und sexuelle Gewalt sowohl in der Kindheit und Jugend als auch im Erwachsenenleben erlebt haben: 92 % waren von psychischer Gewalt im Erwachsenenleben betroffen (vs. 68-77 % der anderen Frauen mit Behinderungen und 45 % der Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt); 78 % haben körperliche Gewalt erlebt (vs. ca. 60 % der anderen Frauen mit Behinderungen und 35 % der Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt). Von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben waren 42 % der psychisch erkrankten Frauen betroffen; dies entspricht einer 2- bis 4-fach erhöhten Betroffenheit gegenüber anderen

⁶⁰ Anhand von unterschiedlichen Signifikanztests wurde jeweils geprüft, ob es sich um signifikante Unterschiede handelte. War dies nicht der Fall ($p > 0,05$), wird dies im Text benannt.

Frauen mit Behinderungen (21–27 %) und Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (13 %).⁶¹ Auch haben psychisch erkrankte Frauen dreimal so häufig wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend erlitten (36 %) und waren etwa doppelt so häufig von elterlicher psychischer Gewalt in Kindheit und Jugend betroffen (66 %; s. Kap. 3.1.6). Der Anteil der Frauen, die multiple Formen von Gewalt sowohl in der Kindheit und Jugend als auch im Erwachsenenleben benannt haben, war bei den psychisch erkrankten Frauen mit über 40 % ebenfalls extrem hoch (vs. 16–27 % bei anderen Frauen mit Behinderungen und 7 % bei Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt; s. Kap. 4.1 und Schröttle/Hornberg et al. 2013).

Darüber hinaus konnte in der nicht repräsentativen Zusatzbefragung eine deutlich erhöhte Gewaltbetroffenheit insbesondere bei gehörlosen Frauen festgestellt werden, die von physischer und sexueller Gewalt in ähnlich hohem Ausmaß betroffen waren wie die psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen. Gehörlose Frauen weisen zudem mit 45 % die höchsten Belastungen bei Partnergewalt auf (vgl. Schröttle/Hornberg et al. 2013). Zudem waren auch blinde und schwerstkörper-/mehrfach behinderte Frauen der Zusatzbefragung in erhöhtem Maße von einzelnen Formen und Kontexten von Gewalt betroffen, etwa von psychischer Gewalt in unterschiedlichen Lebensbereichen, sowie von sexueller Gewalt durch kaum bekannte oder bekannte Personen im sozialen Umfeld (ebd.).

Kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen haben ebenfalls häufig Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben erlebt. Sie waren aber im Vergleich zu anderen Befragungsgruppen von Frauen mit Behinderungen nicht in erhöhtem Maße von Gewalt betroffen. Allerdings haben sie am häufigsten von allen Befragungsgruppen körperliche (20 %) und sexuelle (6 %) Gewalt in Einrichtungen erlebt und nannten hier in der Regel die Wohnheime als zentrale Tatorte (ebd.).

Viele Frauen mit Behinderungen aus der vorliegenden Untersuchung waren von multiplen Beeinträchtigungsformen betroffen. Auch bei diesen zeigte sich teilweise eine besondere Gefährdung bzw. eine besonders hohe Gewaltbelastung, wenn sie psychische und kognitive sowie Seh-, Sprech- und Hörbeeinträchtigungen hatten. Sie wiesen zudem dann eine tendenziell höhere Gewaltbetroffenheit auf, wenn sie schwerer beeinträchtigt waren.⁶² Bei den in Einrichtungen lebenden Frauen konnten hier aufgrund der höheren Fallzahlen allerdings nur für die kognitiv beeinträchtigten Frauen entsprechend signifikante statistische Zusammenhänge nachgewiesen werden. Diese Befragungsgruppe war dann signifikant häufiger von psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn sie zusätzlich körperliche Beeinträchtigungen, Hör-/Sprechbeeinträchtigungen und/oder psychische Beeinträchtigungen hatten; in geringerem Ausmaß traf das auch auf Sehbeeinträchtigungen zu. Je mehr unterschiedliche Beeinträchtigungsformen von den Frauen genannt wurden, desto höher war deren Gewaltbetroffenheit, was auf multiple Beeinträchtigungen als Risikofaktor verweist. Die Frauen waren zudem in höherem Maße von körperlicher und psychischer Gewalt betroffen, wenn sie durch die Behinderung im täglichen Leben im Hinblick auf unterschiedliche Aktivitäten und Lebensbereiche stärker eingeschränkt waren und somit schwerere Beeinträchtigungen hatten.

61 Die Vergleiche beziehen sich hier nur auf die repräsentativ in Einrichtungen und Haushalten befragten Frauen der Studie. Quellen: Kap. 4.1 der vorliegenden Studie und Schröttle/Hornberg et al. 2013.

62 Die Schwere der Beeinträchtigung wurde unter anderem an den Beeinträchtigungsarten, vor allem aber an der subjektiven Einschätzung der Stärke der Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensbereichen/Aktivitäten festgemacht.

Insofern bestätigt die vorliegende Studie, dass spezifische bzw. multiple Formen und erhöhte Schweregrade von Behinderung das Risiko für Gewalt im Erwachsenenleben steigern. Allerdings dürften die zugrunde liegenden Ursache- und Wirkungszusammenhänge bei den Befragungsgruppen zum Teil unterschiedlich gelagert sein. So ist etwa davon auszugehen, dass die erhöhte Gewaltbelastung der psychisch erkrankten Frauen nur zu einem Teil auf deren Vulnerabilität durch die Erkrankung selbst zurückzuführen ist und vielfach eine Folge von fortgesetzter Gewalt im Lebensverlauf ist (vgl. auch den nächsten Abschnitt: belastende Kindheits-erfahrungen in diesem Kapitel). Bereits in vorangegangenen Studien war deutlich geworden, dass fortgesetzte Gewalterfahrungen im Lebensverlauf erhöhte psychische Beeinträchtigungen zur Folge haben können (vgl. zusammenfassend Schröttle/Hornberg/Bohne et al. 2008, Schröttle/Khelaifat 2007 und WHO 2005, 2013). Bei den psychisch erkrankten Frauen der vorliegenden Studie wird vor dem Hintergrund der hohen und multiplen Gewaltbetroffenheit von Kindheit an die Wechselwirkung zwischen schädigenden/gewaltgeprägten Lebenserfahrungen, Behinderung/Erkrankung und fortgesetzter Gewalterfahrung im Erwachsenenleben besonders deutlich.

Bei den *kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen* kann dieser Zusammenhang zwar ebenfalls eine gewaltbegünstigende Rolle einnehmen. Vor allem aber ist relevant, dass diese, anders als die psychisch erkrankten Frauen, zumeist bereits in Kindheit und Jugend eine Behinderung hatten und in höherem Maße von Kindheit und Jugend an auf Unterstützung angewiesen waren. Sie verbringen zudem oftmals einen längeren Zeitraum ihres Lebens in Einrichtungen, was das Risiko für Gewalt in Einrichtungen ebenfalls erhöhen kann (vgl. auch den nächsten Abschnitt in diesem Kapitel). Die zum Teil mangelhafte Erziehung zur Selbstständigkeit und das häufigere Angewiesensein auf Unterstützung durch andere, aber auch das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, sowie die unzureichende Aufklärung, etwa über eigene Rechte und Sexualität, können ebenfalls die Vulnerabilität der Frauen für Gewalt erhöhen (vgl. Kavemann/Helfferich 2013). In der Datenanalyse zeigt sich, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen, die angeben, nicht ernst genommen zu werden, in deutlich erhöhtem Maße Opfer von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt im Erwachsenenleben geworden sind.⁶³ Insofern werden hier individuelle Vulnerabilitäten nicht allein durch die Behinderung selbst, sondern auch durch Sozialisationserfahrungen und die Umgangsweisen der sozialen Umfeldern maßgeblich mit geformt.

In Bezug auf das Alter des Eintretens der Behinderung lässt sich anhand der Daten jedoch feststellen, dass eine Behinderung ab Geburt, Kindheit und Jugend nicht generell als Risikofaktor für eine erhöhte Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben einzustufen ist. So ließ sich bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen im Gegenteil tendenziell eine höhere Betroffenheit durch körperliche und sexuelle Gewalt feststellen, wenn die Behinderung erst im Lebensverlauf auftrat. Bei den psychisch erkrankten Frauen zeigten sich dort die höchsten Gewaltprävalenzen im Erwachsenenleben, wo die Behinderung seit Kindheit und Jugend, nicht aber seit der

63 Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die sich nicht ernst genommen fühlten, hatten zu 84 % psychische Gewalt im Erwachsenenleben erlebt (vs. 58 % derjenigen, die sich ernst genommen fühlten); sie waren zu 70 % (vs. 49 %) von körperlicher und zu 31 % (vs. 14 %) von sexueller Gewalt betroffen. Ein entsprechender Zusammenhang lässt sich auch bei allen anderen Befragungsgruppen feststellen.

Geburt bestand.⁶⁴ Möglicherweise haben hier Schädigungen durch problematische Kindheits-
erfahrungen zur Behinderung/Erkrankung und zu späteren Gewalterfahrungen beigetragen
(s. auch den nächsten Abschnitt).

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle, dass zwar Aspekte der Behinderung selbst (Art, Formen,
Schweregrade, Alter des Eintretens der Behinderung) einen Zusammenhang mit der erhöhten
Gewaltbetroffenheit von Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen aufweisen. Die tat-
sächlichen Risikokonstellationen und Vulnerabilitäten werden aber stärker bestimmt durch
positive/negative Lebenserfahrungen sowie die Umgangsweisen und Reaktionen der sozialen
Umfelder.

Schwächende/schädigende Erfahrungen und Gewalt in Kindheit und Jugend

Aus der nationalen und internationalen Gewaltforschung ist bekannt, dass Gewalterfahrun-
gen in Kindheit und Jugend den größten Risikofaktor für Gewalt gegen Frauen im Erwachse-
nenleben darstellen. So hat auch die vorangegangene bundesweite Prävalenzstudie, die das
Ausmaß von Gewalt gegen Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt erhoben hatte (Schröttle/
Müller 2004), bereits festgestellt, dass Frauen, die in Kindheit und Jugend sexuelle, körperliche
oder psychische Gewalt erlebt hatten, gegenüber anderen Frauen im Erwachsenenleben zwei-
bis viermal häufiger von unterschiedlichen Formen von Gewalt betroffen waren. Dies korres-
pondiert mit Ergebnissen aus anderen internationalen Gewaltprävalenzstudien (vgl. u. a.
Schröttle/Martinez et al. 2007).

Die vorliegende Auswertung hat bereits an anderer Stelle aufgezeigt, dass Frauen mit Behinde-
rungen – auch jene, die in Einrichtungen leben – in erhöhtem Maße in Kindheit und Jugend
Gewalt erlebt haben (vgl. Kap. 3.1.6 und Kap. 3.2.6). Diese Gewalterfahrungen können mit zu
den Behinderungen und Erkrankungen, aber auch zu einer Schädigung und Schwächung der
Frauen beigetragen haben, die spätere Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben begünstigt.
Hinzu kommen andere schwierige, belastende und schwächende Kindheitserfahrungen im
Kontext der elterlichen Erziehung und der Sozialisation der Frauen mit Behinderungen, die
ebenfalls das Risiko für Gewalt im Erwachsenenleben erhöhen können.

Psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen haben fast durchgängig (zu 87 %) körperliche
Gewalt durch Eltern berichtet; 63 % waren von elterlicher psychischer Gewalt und 36 % von
sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend betroffen.⁶⁵ Darüber hinaus haben 30 % Gewalt
zwischen den Eltern miterlebt.

64 Bei den in Haushalten befragten Frauen mit Behinderungen zeigte sich eine tendenziell erhöhte Betroffenheit
durch sexuelle und psychische, nicht aber durch körperliche Gewalt im Erwachsenenleben, wenn die Behinde-
rung seit Geburt, Kindheit oder Jugend bestand. Für die nicht repräsentative Zusatzbefragung konnten aufgrund
der geringeren Fallzahlen keine signifikanten statistischen Unterschiede nachgewiesen werden; es deuten sich
aber bei den blinden Frauen Tendenzen an, dass jene, die bereits in Kindheit und Jugend bzw. ab der Geburt eine
Behinderung hatten, anteilmäßig deutlich häufiger von psychischer und körperlicher Gewalt im Erwachsenen-
leben betroffen waren. Bei den anderen Befragungsgruppen war dies nicht der Fall und es konnten teilweise (bei
den schwerstkörper-/mehrfach behinderten Frauen) sogar höhere Betroffenheiten durch Gewalt festgestellt
werden, wenn die Behinderung erst im Erwachsenenleben aufgetreten war.

65 In Kapitel 3.1.6 wurden leicht veränderte Werte für elterliche körperliche (89 %) und psychische Gewalt (66%)
errechnet, da sich dort die Auswertung nur auf psychisch erkrankte Frauen bezog, die in Kindheit und Jugend
bereits erkrankt und die bei einem oder beiden Elternteilen aufgewachsen waren. Für die in diesem Kapitel
vorgenommene Risikofaktorenanalyse wurden die Gewaltbetroffenheiten auf alle befragten Frauen prozentuiert.

Psychisch erkrankte Frauen, die nicht von Gewalt in Kindheit und Jugend betroffen waren, berichteten signifikant seltener Gewalt im Erwachsenenleben. So hatten Frauen, die in Kindheit und Jugend nicht von elterlicher körperlicher Gewalt betroffen waren, etwa zur Hälfte (55 %) im späteren Erwachsenenleben körperliche Gewalt erlebt (vs. 82 % der von elterlicher körperlicher Gewalt Betroffenen). Sie waren kaum sexueller Gewalt im Erwachsenenleben ausgesetzt (eine Betroffene im Vergleich zu 47 % der Frauen, die elterliche körperliche Gewalt erlebt hatten); sie berichteten zudem seltener psychische Gewalt im Erwachsenenleben (82 % vs. 93 %). Der Einfluss elterlicher psychischer Gewalt bildet sich in ähnlicher Weise auf Gewalt im Erwachsenenleben ab (vgl. Tabelle 75).⁶⁶ Das Erleben sexuellen Missbrauchs in Kindheit und Jugend wirkt sich vor allem in Richtung einer signifikanten Höherbetroffenheit durch sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben aus (57 % vs. 34 %, s. Tabelle 75).

Tabelle 75: Zusammenhang von Gewalt in Kindheit/Jugend und im Erwachsenenleben bei psychisch erkrankten Frauen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen								
Im Erwachsenenleben erlebt:	Psychisch erkrankte Frauen/allgemeine Sprache N = 83 (%)							
	Körperliche Gewalt durch Eltern		Psychische Gewalt durch Eltern		Sexueller Missbrauch in Kindheit		Häusliche Gewalt zwischen/durch Eltern	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Körperliche Übergriffe	82	55	89	61	87 ²⁾	74 ²⁾	84 ²⁾	76 ²⁾
Psychische Übergriffe	93	82	96	84	97 ²⁾	89 ²⁾	100 ²⁾	88 ²⁾
Sexuelle Übergriffe	47	(9) ¹⁾	54	23	57	34	52 ²⁾	38 ²⁾

1) Eingeschränkte Aussagekraft, da Fallzahlen gering

2) Unterschied nicht signifikant.

Für die kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen kann Gewalt in Kindheit und Jugend als Risikofaktor für Gewalt im Erwachsenenleben möglicherweise etwas ungenauer abgebildet werden, da davon auszugehen ist, dass viele sich nicht an Ereignisse aus der Kindheit erinnern können. Trotzdem lässt sich auch bei diesen Frauen feststellen, dass das Risiko für körperliche, sexuelle und psychische Gewalt im Erwachsenenleben deutlich ansteigt, wenn sie Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt hatten.

Von allen befragten kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen hatten 47 % elterliche körperliche Gewalt, 29 % elterliche psychische Gewalt und 25 % sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend berichtet; 19 % haben Gewalt zwischen den Eltern miterlebt.⁶⁷ Die Frauen, die gegen sie gerichtete elterliche körperliche Gewalt berichteten, waren zu 79 % von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben betroffen (vs. 40 % der Frauen, die keine elterliche körperliche Gewalt benannt hatten); 87 % (vs. 53 %) berichteten psychische Gewalt und 34 % (vs. 9 %) sexuelle

⁶⁶ Häusliche Gewalt zwischen den Eltern konnte zwar ebenfalls die Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben tendenziell erhöhen; hier ließen sich aber keine signifikanten Unterschiede feststellen.

⁶⁷ Auch hier ist die Diskrepanz zu den Werten aus Kapitel 3.2.6, Tabelle 46 dadurch zu erklären, dass dort auf Frauen prozentuiert wurde, die bei Eltern aufgewachsen waren, während hier alle Befragten einbezogen wurden.

Gewalt im Erwachsenenleben. Die Unterschiede waren auch hier signifikant (vgl. Tabelle 76). Für Betroffene von elterlicher psychischer Gewalt und für Betroffene von häuslicher Gewalt zwischen den Eltern zeigen sich ähnliche Tendenzen: Auch diese erlebten signifikant häufiger alle Formen von Gewalt im Erwachsenenleben, wenn sie in Kindheit und Jugend von psychisch verletzenden Handlungen durch Eltern betroffen waren oder Gewalt zwischen Eltern miterlebt haben (ebd.). Darüber hinaus scheint auch sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend in dieser Befragungsgruppe das Risiko für alle Formen von Gewalt im Erwachsenenleben deutlich zu erhöhen. So waren kognitiv beeinträchtigte Frauen, die sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend berichtet hatten, zu 79 % von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben betroffen (vs. 52 % der nicht von sexuellem Missbrauch betroffenen Frauen); 89 % (vs. 61 %) berichteten psychische Gewalt im Erwachsenenleben und 48 % (vs. 12 %) sexuelle Gewalt. Insofern weist die Risikofaktorenanalyse nach, dass bei den in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen das Risiko und die Vulnerabilität für Gewalt im Erwachsenenleben deutlich erhöht sind, wenn diese in Kindheit und Jugend von unterschiedlichen Formen von Gewalt betroffen waren.

Tabelle 76: Zusammenhang von Gewalt in Kindheit/Jugend und im Erwachsenenleben bei kognitiv beeinträchtigten Frauen

Basis: alle befragten Frauen, Mehrfachnennungen								
Im Erwachsenenleben erlebt:	Kognitiv beeinträchtigte Frauen/vereinf. Sprache N = 318 (%)							
	Körperliche Gewalt durch Eltern		Psychische Gewalt durch Eltern		Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend		Häusliche Gewalt zwischen/durch Eltern	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Körperliche Übergriffe	79	40	86	46	79	52	79	53
Psychische Übergriffe	87	53	92	60	89	61	85	64
Sexuelle Übergriffe¹⁾	34	9	39	15	48	13	46	15

1) Erhöhte Anteile von Frauen, die hier keine Angaben gemacht haben.

Dass Gewalt in Kindheit und Jugend auch bei Frauen mit Behinderungen ein relevanter Risikofaktor für Gewalt im Erwachsenenleben ist, wird zudem durch die studienergänzende qualitative Befragung (Kavemann/Helfferich 2013) bestätigt. Diese konnte zeigen, dass bei Frauen mit Behinderungen bereits erlebte Gewalt in Kindheit und Jugend, aber auch ein von klein auf geringes Selbstwertgefühl eine entscheidende Rolle für spätere Gewalt im Erwachsenenleben spielt. Gewalt und Beeinträchtigung stehen dabei in enger Wechselwirkung zueinander. Ein großer Teil der Frauen, die in Kindheit Gewalt erfahren haben, war darüber hinaus später wieder von Partnergewalt betroffen (ebd.).

Die Ergebnisse stimmen mit anderen nationalen/internationalen empirischen Studien überein, die gewaltbelastete Kindheitserfahrungen als zentralen Risikofaktor für Gewalt im Erwachsenenleben identifizieren und insbesondere darauf verweisen, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit die spätere Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen erhö-

hen kann (vgl. Haydon et al. 2011, Hassouneh-Phillips 2005, Zemp 2002, Balogh et al. 2001). Damit bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie bisherige Aussagen über den Zusammenhang von gewaltbelasteten Kindheiten und fortgesetzter Gewalt im Erwachsenenleben. Hinzu kommen andere schwächende und belastende Kindheitsfaktoren, die ebenfalls das Risiko für Gewalt im Erwachsenenleben erhöhen bzw. eine besondere Vulnerabilität der Frauen zur Folge haben können.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden dazu biografische Brüche und die Heimunterbringung in Kindheit und Jugend sowie das unterstützende, stärkende oder schwächende elterliche Verhalten untersucht. Dabei kann gezeigt werden, dass biografische Brüche im Leben der Frauen, aber auch eine Fremdunterbringung in Einrichtungen das Risiko für Gewalt in Kindheit und Jugend sowie für Gewalt im Erwachsenenleben erhöhen.

Psychisch erkrankte Frauen waren häufiger von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn sie in Kindheit und Jugend bei einem Elternteil aufgewachsen waren; ein statistisch signifikanter Nachweis hierzu ließ sich insbesondere für körperliche Gewalt (94 % vs. 71 %) und sexuelle Gewalt (56 % vs. 40 %) im Erwachsenenleben führen; sie hatten zudem häufiger psychische und sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt. Insofern scheinen Brüche in den Familienbeziehungen (sei es einhergehend mit oder infolge von Gewalt) in dieser Befragungsgruppe das Risiko für Gewalterfahrungen im Lebensverlauf zu erhöhen.

Bei kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen zeigt sich dieser Zusammenhang nicht durchgängig. So waren sie nicht signifikant häufiger von körperlicher oder psychischer Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn sie nur bei einem Elternteil oder bei anderen Personen oder (teilweise) im Heim aufgewachsen waren. Allerdings haben sie signifikant häufiger sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben erlebt (26 % vs. 14 % der mit beiden Elternteilen aufgewachsenen Frauen), wenn sie bei nur einem leiblichen Elternteil aufgewachsen waren. In Kindheit und Jugend waren kognitiv beeinträchtigte Frauen, die bei einem Elternteil aufgewachsen waren, in höherem Maße von elterlicher psychischer Gewalt (38 % vs. 27 %) und von sexuellem Missbrauch (33 % vs. 23 %) betroffen. Darüber hinaus lässt sich bei Frauen, die in Kindheit und Jugend überwiegend oder teilweise in einem Heim aufgewachsen waren, eine tendenziell höhere Betroffenheit durch sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben (27 % vs. 20 %) feststellen, wobei hier die Unterschiede nicht signifikant sind.

Aus den Daten kann der Schluss gezogen werden, dass zwei Aspekte die Vulnerabilität kognitiv beeinträchtigter Frauen, insbesondere für sexuelle Gewalterfahrungen, im Lebensverlauf erhöhen können: einerseits die Heimunterbringung, die mit einer tendenziell erhöhten Gefährdung durch sexuellen Missbrauch einhergeht und häufig auch mit anderen Formen von psychischer und physischer Gewalt in der Einrichtung selbst verbunden ist.⁶⁸ Andererseits können Brüche in

68 Wie bereits in der Erstausswertung der Studie gezeigt werden konnte, hatten kognitiv beeinträchtigte Frauen, die häufiger als andere Befragungsgruppen (15 % vs. 1-6 %) in Kindheit und Jugend in Einrichtungen untergebracht waren, zu gut einem Drittel (35 %) körperliche Übergriffe und fast zur Hälfte (48 %) psychisch verletzende Handlungen in der Einrichtung erlebt. 7 % aller kognitiv beeinträchtigten Frauen berichteten darüber hinaus sexuellen Missbrauch durch Personen in einer Einrichtung. Bei Frauen, die in Kindheit und Jugend (teilweise) in einer Einrichtung untergebracht waren, zeigt sich darüber hinaus eine erhöhte Gefährdung durch sexuellen Missbrauch durch Erwachsene (29 % der Frauen, die ganz/teilweise in einem Heim aufgewachsen waren, berichteten sexuellen Missbrauch durch Erwachsene und 10 %, teilweise zusätzlich, durch andere Kinder und Jugendliche, wobei es sich hier jeweils nicht um Täterinnen und Täter aus der Einrichtung gehandelt haben muss).

der Herkunftsfamilie mit psychischer und sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend einhergehen, die unter Umständen ebenfalls die Vulnerabilität für Gewalt im Erwachsenenleben ansteigen lassen. Ein entsprechender Zusammenhang wird implizit auch in der qualitativen Studie angesprochen, wenn von den Befragten das in der Kindheit erfahrene und sich fortsetzende Gefühl, eine Last für andere zu sein und keine Ansprüche stellen zu dürfen, problematisiert wird. So wirkten sich die Abhängigkeit von den Eltern und das Gefühl, eine Belastung für diese zu sein und deshalb keine Probleme machen zu dürfen, den Schilderungen der Frauen nach auch auf spätere Beziehungen in Form von Abhängigkeit und Dankbarkeit aus und behinderten die aktive Gegenwehr, Loslösung und Unterstützungssuche im Gewaltfall. Dies können Täter, auch im Fall von sexueller und Partnergewalt, gezielt ausnutzen.

Dass generell schwierige und belastende Kindheitserfahrungen das Risiko von Gewalt im Erwachsenenleben erhöhen können, zeigt sich auch darin, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen, die angeben, ihre Kindheit sei nicht so glücklich gewesen, häufiger unterschiedlichen Formen von Gewalt im Erwachsenenleben ausgesetzt waren als Frauen, die eine glückliche Kindheit berichteten.⁶⁹

Nachvollziehbar werden die Zusammenhänge von stärkenden/schwächenden Kindheitserfahrungen auch, wenn die Daten zum konkreten Verhalten der Eltern ausgewertet werden,⁷⁰ die sich allerdings nur auf Frauen beziehen, die bereits in Kindheit und Jugend eine Behinderung hatten und die bei einem oder beiden Elternteilen aufgewachsen waren. Eine entsprechende Auswertung ist nur für die kognitiv beeinträchtigten Frauen möglich, da diese in höherer Fallzahl bereits in Kindheit und Jugend behindert waren. Kognitiv beeinträchtigte Frauen, die ihre Eltern als liebevoll und zugewandt beschrieben,⁷¹ hatten auch weniger psychische, physische und sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erfahren; sie waren zudem im Erwachsenenleben signifikant seltener von psychischer (67 % vs. 84 %), körperlicher (58 % vs. 84 %) und sexueller (21 % vs. 29 %) Gewalt betroffen. Wurden die Eltern als fördernd und unterstützend beschrieben (anhand der Zustimmung zu mindestens zwei von drei Aussagen zu aktiver Förderung: Eltern haben viel geholfen, viel mit Befragter gelernt, sie zur Selbstständigkeit erzogen), zeigen sich jedoch keine präventiven Wirkungen im Hinblick auf körperliche, sexuelle und psychische Gewalt im Erwachsenenleben (bzw. keine signifikanten Unterschiede).

Die Erfahrung von Vernachlässigung (die Eltern haben mich viel alleingelassen) wirkte sich jedoch in Richtung einer signifikant erhöhten Betroffenheit durch körperliche (82 % vs. 58 %) und sexuelle Gewalt (29 % vs. 21 %) im Erwachsenenleben aus. Sie ging einher mit erhöhten

69 73 % der Frauen, die nach eigenen Angaben eine nicht so glückliche Kindheit hatten (vs. 53 % der Frauen mit einer glücklichen Kindheit), haben körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt; 36 % (vs. 17 %) waren von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffen und 85 % vs. 60 % von psychischer Gewalt im Erwachsenenleben. Die Unterschiede waren hier durchgängig signifikant. Allerdings korrespondiert die Einschätzung einer unglücklichen Kindheit auch stark mit Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend: so waren von den Frauen, die eine weniger glückliche Kindheit benannten, 71 % von elterlicher körperlicher und/oder psychischer Gewalt betroffen und 39 % haben sexuellen Missbrauch erlebt.

70 Diese Aspekte wurden anhand von acht Einzelaussagen zu den Verhaltensweisen der Eltern geprüft: Haben die Eltern 1- unterstützt, 2-besonders gefördert, 3-die Beeinträchtigung ignoriert, 4-die Beeinträchtigung nach außen hin zu verstecken versucht, 5-zu ungewollten Behandlungen/Therapien gezwungen, 7-das Gefühl gegeben, ein normales Mädchen zu sein, 8-unterstützt, ein möglichst selbstständiger Mensch zu werden, 9-sind grob und lieblos mit mir umgegangen; die Itemlisten für kognitiv beeinträchtigte Frauen waren leicht vereinfacht und inhaltlich modifiziert.

71 Anhand der Zustimmung zur Aussage: „waren lieb zu mir“ und der Ablehnung der Aussage „haben mich ganz schlimm lächerlich gemacht oder heruntergeputzt“.

Werten bei elterlicher psychischer und körperlicher Gewalt und tendenziell (aber nicht signifikant) erhöhten Werten bei sexuellem Missbrauch. Das verweist auf den Zusammenhang von Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und einem erhöhten Risiko von Gewalt im Erwachsenenleben.

Frauen, die angaben, als Kinder durch die Eltern versteckt worden zu sein, und damit ein Gefühl von Minderwertigkeit vermittelt bekamen, was auf immerhin 19% der kognitiv beeinträchtigten Frauen zutraf, haben signifikant häufiger psychische (86% vs. 64%) und sexuelle (31% vs. 20%) sowie tendenziell, aber nicht signifikant häufiger körperliche (77% vs. 62%) Gewalt im Erwachsenenleben erlebt. Insgesamt wird bei kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen sichtbar, dass ein liebloses, vernachlässigendes und wenig wertschätzendes Verhalten der Eltern das Risiko für Gewalt im späteren Leben erhöhen kann, während ein zugewandtes, liebevolles und wertschätzendes Verhalten tendenziell zur Gewaltprävention im Lebensverlauf beiträgt.

Für psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen kann das Verhalten der Eltern nicht im Detail statistisch ausgewertet werden, da sich die hierzu beantworteten Einzelitems nur auf 28 Frauen bezogen, die in Kindheit und Jugend bereits eine Behinderung hatten und bei einem oder beiden Elternteilen aufgewachsen waren (vgl. Kap. 3.1.6). Es findet sich aber an anderer Stelle des Interviews eine Frage dazu, wie stark sich die Frauen in Kindheit und Jugend von den Eltern oder der Familie unterstützt oder angenommen fühlten, die sich an alle Befragten dieser Untersuchungsgruppe richtete. Etwa die Hälfte der psychisch erkrankten Befragten (48%) gab hier an, sie hätten sich stark oder sehr stark unterstützt und angenommen gefühlt. Diejenigen, bei denen dies nicht der Fall war, haben deutlich häufiger auch elterliche psychische Gewalt (77% vs. 48%) und sexuellen Missbrauch (54% vs. 16%) in Kindheit und Jugend erlebt. Dennoch lässt sich hier kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gefühl von Angenommensein bzw. Unterstützung durch Eltern/Familie und der späteren Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben feststellen. Auch besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Kindheit als glücklich/weniger glücklich und den späteren Erfahrungen von Gewalt im Erwachsenenleben. Unklar ist, gerade vor dem Hintergrund der hohen Gewaltbelastungen dieser Befragungsgruppe in Kindheit und Jugend, in welchem Maß die Fragen zur glücklichen Kindheit und zum unterstützenden Elternverhalten tatsächlich valide Indikatoren für (un-)belastete Kindheiten und unterstützendes/stärkendes Elternverhalten sind. Es wäre zumindest denkbar, dass Frauen dieser Befragungsgruppe das in hohem Maße gewaltsame Verhalten der Eltern nicht kritisch in Bezug auf die Qualität der Eltern- und Familienbeziehungen reflektieren oder auch deren Gewaltverhalten tendenziell zu entschuldigen versuchen, indem an anderen, positiven Eigenschaften der Beziehungen festgehalten wird, nach dem Motto: „Ich wurde zwar geschlagen und misshandelt, aber auch geliebt und unterstützt.“ Auch wäre denkbar, dass eine kritische Reflexion belastender und schädigender Kindheitserfahrungen gerade bei dieser Untersuchungsgruppe besonders schmerzhaft wäre und im Interview vermieden wird. Trotzdem bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass bei den psychisch erkrankten Frauen kein statistischer Zusammenhang zwischen förderndem/unterstützendem Elternverhalten und späterer Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben festgestellt werden konnte.

Für beide Befragungsgruppen gilt, dass der maßgebliche Faktor für eine Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben durch gewaltsame Kindheitserfahrungen im Bereich elterlicher körperlicher und psychischer Gewalt sowie durch sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend gebildet wird. Für kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen konnte darüber hinaus als protektiver Faktor ein zugewandtes, liebevolles und wertschätzendes Verhalten durch Eltern nachgewiesen werden. Eine frühe Heimunterbringung stellt dagegen ein Risiko für sexuelle Gewalt im Lebensverlauf kognitiv beeinträchtigter Frauen dar.

Geringe Bildungs-, berufliche und ökonomische Ressourcen

Sozioökonomische und Bildungsressourcen

Bereits in Kapitel 3.1.5 und 3.2.5 der vorliegenden Studie sowie in der vorangegangenen Datenauswertung (Schröttle/Hornberg et al. 2013) konnte gezeigt werden, dass die in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen deutlich seltener als andere Frauen qualifizierte Schul- und Berufsabschlüsse hatten und in der aktuellen Lebenssituation beruflich zumeist in Werkstätten arbeiteten, wo sie in der Regel nur ein geringes Einkommen bzw. ein Taschengeld bekommen. Bei kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen kommt hinzu, dass diese oft nicht über die ihnen zustehenden finanziellen Mittel informiert sind und auch dadurch alternative Lebensentwürfe selten in Betracht ziehen können. Im Falle einer Gewaltbetroffenheit sind die psychisch und kognitiv beeinträchtigten Frauen aufgrund der geringen sozioökonomischen Ressourcen stärker von anderen abhängig und können sich schwieriger aus Gewaltsituationen lösen. Auch kann ein geringeres Selbstbewusstsein aufgrund der geringen Bildungs- und beruflichen Ressourcen die Vulnerabilität für Gewalt in unterschiedlichen sozialen Beziehungskonstellationen begünstigen.

Auf den geringeren sozioökonomischen Status, ein niedriges Einkommen und Arbeitslosigkeit als potenzielle Risikofaktoren für Gewalt verweisen auch Studien von Haydon et al. (2011), Oktaky/Tompkins (2004), Milberger et al. (2002) und Crossmaker (1991), während Nosek et al. (2006) bei Frauen mit Behinderungen keinen Einfluss von geringen Einkommen auf erhöhte Gewaltbetroffenheiten nachweisen konnten. In einigen Studien wurde darüber hinaus festgestellt, dass höher gebildete Frauen mit Behinderungen häufiger Gewalt im Lebensverlauf erlebt hatten (vgl. Haydon et al. 2011, Nosek et al. 2006, Zemp/Pircher 1996), wobei unklar ist, ob dies eine Frage von Sensibilisierung für Gewalt und der Bereitschaft, diese Dritten gegenüber zu berichten, oder ob eventuell auch andere intervenierende Faktoren für die erhöhte Gewaltbetroffenheit der höher gebildeten Frauen verantwortlich sind.

Ein Zusammenhang von sozioökonomischen Ressourcen und Gewalt kann im Rahmen der vorliegenden Studie für die in Einrichtungen lebenden Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen statistisch nicht ermittelt werden, weil diese weit überwiegend ähnlich geringe Bildungs-, berufliche und ökonomische Ressourcen haben und dadurch ein Vergleich mit in dieser Hinsicht besser ausgestatteten Frauen aus der Befragungsgruppe nicht möglich ist. So haben jeweils 75 % keinen qualifizierten Schul- und Berufsabschluss und 84 % arbeiten in Werkstätten mit zumeist geringem Taschengeld von unter 400 €. Viele dieser Frauen sind auf das Leben und Arbeiten in Einrichtungen angewiesen und können im Gewaltfall bestehende soziale Umfelder nicht einfach verändern oder austauschen.

Psychisch erkrankte Frauen waren vielfach bereits vor ihrem Leben in der Einrichtung bzw. vor dem Eintreten der Erkrankung sowie in Kindheit und Jugend von Gewalt betroffen. Daher kann nicht eruiert werden, in welchem Maße frühe Gewalterfahrungen zu schwierigen sozio-

ökonomischen Ausgangsbedingungen beigetragen haben und ob/wie diese wiederum fortgesetzte Gewalt im Erwachsenenleben begünstigen. Vermutlich sind hier wechselseitige Ursachenzusammenhänge wirksam, die jedoch anhand der quantitativen Daten nicht eindeutig nachvollziehbar sind. In Bezug auf die Schul- und Berufsausbildung zeigt sich bei dieser Befragungsgruppe kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben.⁷² Tendenziell waren Frauen mit geringerer Schulbildung in Kindheit und Jugend häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen und Frauen ohne qualifizierte Berufsausbildung hatten häufiger elterliche psychische Gewalt erlebt; allerdings konnten auch hier keine statistisch signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Fehlende oder geringe Schul- und Ausbildungsressourcen können zudem eine Folge früh erlebter Gewalt sein.

Generell scheinen demnach fehlende Bildungsressourcen in dieser Befragungsgruppe keinen relevanten Risikofaktor für die Betroffenheit durch Gewalt darzustellen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass das Fehlen beruflicher Perspektiven die Möglichkeiten betroffener Frauen, sich aus Abhängigkeits- und Gewaltverhältnissen zu lösen, begrenzt und damit das Risiko für fortgesetzte Gewalt ansteigt. Anhand der vorliegenden Daten kann dies aber nicht nachgewiesen werden.

Im Rahmen der qualitativen Befragungen wurden von den in Einrichtungen lebenden Frauen mit Gewalterfahrungen die geringen Bildungs- und sozioökonomischen Ressourcen nicht direkt und mit Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung thematisiert. Allerdings gab es Beispiele, die auf eine eingeschränkte Inanspruchnahme von Unterstützung aufgrund der geringen finanziellen Mittel verweisen. So gab etwa eine Betroffene an, sie könne sich aufgrund der geringen Ressourcen eigenständig keine Psychotherapie ihrer Wahl leisten.

Soziale Ressourcen (soziale Einbindung/Isolation)

Geringe soziale Ressourcen in Form von fehlenden Beziehungsnetzen sowie eine erhöhte soziale Isolation können Risikofaktoren für, aber auch Folgen von Gewalt sein. So ist aus vorangegangenen Studien (vgl. u. a. Schrötle/Ansorge 2009) sowie aus Praxiserfahrungen mit von Gewalt betroffenen Frauen bekannt, dass diese häufig von gewaltbereiten Partnerinnen und Partnern, Familienangehörigen und anderen Personen aus dem sozialen Umfeld isoliert werden, damit das Risiko der Entdeckung und Intervention durch Dritte für die Täterin bzw. den Täter gering bleibt. Hinzu kommt, dass Frauen, die bereits in Kindheit und Jugend in erhöhtem Maße Gewalt erlebt haben, häufig auch später weniger Vertrauen in soziale Beziehungen haben, damit sozial isolierter und auch vulnerabler für fortgesetzte Gewalt in Beziehungen sind (vgl. ebd.). Bei den in Einrichtungen lebenden Frauen der vorliegenden Studie kommt hinzu, dass diese, wie bereits weiter oben aufgezeigt wurde (vgl. Kap. 3.1.4 und 3.2.4), aufgrund ihrer Lebens- und Wohnsituation weniger stark in enge und vertrauensvolle soziale Beziehungsnetze (Partner-, Freundes- und Familienbeziehungen) eingebunden sind und zu vermuten ist, dass dies das Risiko für unentdeckt bleibende Gewalt in der Einrichtung erhöhen kann.

Bereits im Rahmen der qualitativen Befragungen der vorliegenden Untersuchung (Kavemann/Helfferich 2013) war deutlich geworden, dass sich die Abhängigkeit behinderter Frauen in

⁷² Auch für die in Haushalten lebenden Frauen mit Behinderungen können keine ausgeprägten Unterschiede in den Gewalterfahrungen von Frauen mit unterschiedlichen Bildungsressourcen festgestellt werden; das trifft auch für Frauen ohne Behinderungen zu.

Paarbeziehungen durch mangelnde soziale Ressourcen und Mobilitätseinschränkungen intensiviert, was eine Trennung aus gewaltbelasteten Beziehungen erschwert. Darüber hinaus stellten vor allem für Frauen in Einrichtungen Eltern und Familienangehörige oft den einzigen Außenkontakt dar. Von diesen war den Ergebnissen der Studie nach abhängig, ob die Mitteilung, Gewalt erlebt zu haben, ernst genommen wurde und Konsequenzen nach sich zog (ebd.).

Entsprechende Zusammenhänge zwischen sozialer Isolation, Abhängigkeit und einem erhöhten Risiko für Gewalt lassen sich teilweise – aber nicht durchgängig – auch anhand der quantitativen Daten der vorliegenden Studie nachzeichnen. Für die Analyse standen Angaben der Frauen zur Verfügung, die sich mit dem außerhäuslichen Freizeitverhalten, mit Besuchen in der Einrichtung und dem Bestehen sowie der Qualität sozialer Beziehungen befassen.

Für die psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen zeigte sich zunächst in Bezug auf außerhäusliche Freizeitaktivitäten eher ein gegenteiliger Zusammenhang von Außenkontakten und Gewaltbetroffenheit. So haben Frauen, die zum Befragungszeitpunkt in erhöhtem Maße außerhäuslich aktiv waren, im Lebenslauf tendenziell, aber nicht signifikant häufiger seit dem 16. Lebensjahr Gewalt erlebt. Zudem waren sie häufiger von multipler Gewalt im Lebensverlauf betroffen. Auch in den letzten zwölf Monaten haben die außerhäuslich aktiveren Frauen tendenziell häufiger körperliche Gewalt und sexuelle Belästigung bzw. sexuelle Gewalt erlebt, wobei hier aufgrund der Fallzahlen keine statistisch signifikanten Unterschiede nachweisbar sind. Zudem haben die Frauen in erhöhtem Maße psychische und körperliche Gewalt in Einrichtungen erlebt. So waren 48 % der Frauen mit hoher Freizeitaktivität außerhalb der Einrichtung schon einmal Opfer von körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt in Einrichtungen geworden vs. 28 % der Frauen mit geringer außerhäuslicher Freizeitaktivität. Auch hier sind allerdings die Unterschiede nicht statistisch signifikant.

Einerseits kann bei dieser Befragungsgruppe die Höherbetroffenheit der außerhäuslich aktiveren Frauen dadurch bedingt sein, dass es sich häufiger um jüngere Frauen handelt, die sowohl ein aktiveres Freizeitverhalten als auch eine höhere Gewaltbetroffenheit aufweisen. Zum anderen könnte es auf Frauen hindeuten, die im Rahmen ihres Freizeitverhaltens risikoreicher leben und, zum Beispiel durch erhöhte sexuelle Aktivitäten mit Zufallsbekanntschaften, in erhöhtem Maße mit Gewaltsituationen konfrontiert werden. Insgesamt ist demnach für diese Zielgruppe nicht generell von einer Schutzwirkung durch verminderte Isolation und erhöhte Freizeitaktivitäten außerhalb der Einrichtung auszugehen.

Darüber hinaus haben Frauen mit hoher außerhäuslicher Freizeitaktivität im Fall von Gewalt nicht häufiger externe Institutionen in Anspruch genommen, etwa medizinische Hilfen, die Polizei oder externe Beratungsstellen. Insofern finden sich hier keine Hinweise, dass für psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen außerhäusliche Aktivitäten per se den Schutz und die Unterstützung im Gewaltfall erhöhen.

Auch im Hinblick auf das Vorhandensein von Vertrauenspersonen für bestimmte Problembereiche zeigt sich bei den psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen kein entsprechender Zusammenhang. So waren Frauen, die in der aktuellen Lebenssituation eine Vertrauensperson als Ansprechpartnerin und Ansprechpartner bei Problemen hatten, nicht signifikant seltener, sondern sogar häufiger von Gewalt im Lebensverlauf und in den letzten zwölf Monaten betrof-

fen. Möglicherweise ist das auch darauf zurückzuführen, dass psychisch erkrankte Frauen mit massiven und fortgesetzten Gewalterfahrungen im Lebensverlauf (Kindheit/Jugend/Erwachsenenleben) aufgrund der institutionellen Einbindung und der damit einhergehenden professionellen Unterstützung in der aktuellen Lebenssituation häufiger Vertrauenspersonen zur Besprechung von Problemen suchen als Frauen ohne entsprechende Gewalterfahrungen und insofern ein umgekehrter Wirkungszusammenhang besteht. Allerdings waren Frauen, die in geringerem Maße vertraute Ansprechpersonen in der aktuellen Lebenssituation haben, tendenziell (jedoch nicht signifikant) häufiger Opfer von sexueller Belästigung und psychischer Gewalt in Einrichtungen geworden, wobei hier die Fallzahlen teilweise zu gering für verallgemeinerbare Aussagen sind.

Auch für den Faktor „Besuch durch externe Personen in der Einrichtung“ lässt sich bei den psychisch erkrankten Frauen nicht feststellen, dass jene, die häufig/gelegentlich Besuch erhalten, generell seltener von Gewalt in der Einrichtung oder von Gewalt in den letzten zwölf Monaten betroffen sind als solche, die selten oder keinen Besuch bekamen. Es finden sich auch keine Hinweise darauf, dass dieser Aspekt in erhöhtem Maße zur Einbeziehung von institutioneller Unterstützung oder polizeilicher Intervention im Gewaltfall geführt hätte (wenn auch die Fallzahlen hier wiederum zu gering für Verallgemeinerungen sind).

Das Bestehen aktueller Paarbeziehungen scheint bei den psychisch erkrankten Frauen ebenfalls kein Schutzfaktor für Gewalt zu sein; Frauen mit Partnern hatten tendenziell sogar häufiger körperliche Gewalt, dafür aber seltener sexuelle Belästigung in den letzten zwölf Monaten erlebt.

Für die Qualität aktueller sozialer Beziehungen⁷³ lässt sich feststellen, dass in der Tendenz psychisch erkrankte Frauen, die in höherem Maße über vertrauensvolle soziale Beziehungen verfügen, seltener psychische und körperliche Gewalt in den letzten zwölf Monaten erlebt haben und auch seltener von Gewalt in Einrichtungen betroffen waren (insbesondere von psychischer und körperlicher Gewalt sowie sexueller Belästigung); auch hier ist allerdings jeweils aufgrund der geringen Fallzahlen ein statistischer Nachweis signifikanter Unterschiede nicht möglich.

Insofern lässt sich für die psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen ein Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und erhöhter Gefährdung für Gewalt in der aktuellen Lebenssituation statistisch nicht eindeutig nachweisen; es deutet sich jedoch vorsichtig für das Vorhandensein enger, vertrauensvoller Beziehungen an, dass diese protektiv im Hinblick auf Gewalt in der aktuellen Lebenssituation wirksam sein können. Auch wird eine Tendenz sichtbar, dass Frauen, die in enge vertrauensvolle Beziehungen eingebunden sind, bei Gewalt in den letzten zwölf Monaten eher externe Unterstützung und Intervention in Anspruch genommen haben (z. B. medizinische Hilfe, externe Beratungsstellen und die Polizei), wobei auch hier aufgrund der geringen Fallzahlen kein statistischer Nachweis möglich und dadurch keine Verallgemeinerbarkeit gegeben ist.

Diese Ergebnisse sind auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass sich die Gewaltgefährdung der psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen ohnehin weniger stark auf die aktuelle Lebenssituation und das Leben in Einrichtungen bezieht und – vor allem im Hinblick auf sexuelle und

73 Eine Variable hierzu wurde anhand eines Indexes aus zwölf Items zum Bestehen enger, vertrauensvoller Beziehungen gebildet.

körperliche Gewalt – eher zurückliegende Gewalt im Lebensverlauf umfasst (vgl. auch Kap. 4.1). Für Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen kann nicht ermittelt werden, inwiefern es sich bei der beschriebenen Gewalt um aktuelle oder weiter zurückliegende Ereignisse handelt, da für Menschen dieser Befragungsgruppe eine zeitliche Einordnung von Ereignissen generell schwierig ist und deshalb auch im vereinfachten Fragebogen nicht detailliert erfasst wurde. Deshalb können protektive Faktoren und Risikofaktoren im Hinblick auf die aktuelle Lebenssituation hier nur eingeschränkt identifiziert werden; vorsichtig möglich ist dies allenfalls für Gewaltereignisse in Einrichtungen, die aber ebenfalls auch weiter zurückliegen können. Da die kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen aber häufiger bereits von Kindheit und Jugend an eine Behinderung hatten und zudem oft länger in Einrichtungen leben (und insofern eine größere Kontinuität von Behinderung und sozialen Beziehungen im Lebensverlauf besteht), wird im Folgenden auch der Zusammenhang von sozialer Einbindung/Isolation und Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben beleuchtet.

Für kognitiv beeinträchtigte Frauen zeigt sich ebenfalls, dass ein erhöhtes Maß an außerhäuslichen Freizeitaktivitäten eher mit einer höheren Gewaltbetroffenheit einhergeht. So haben Frauen mit einem mittleren bis hohen Grad an außerhäuslicher Freizeitaktivität deutlich häufiger psychische (73 % vs. 49 %), körperliche (60 % vs. 50 %, nicht signifikant) und sexuelle Gewalt (23 % vs. 14 %) im Erwachsenenleben erlebt als solche mit einer geringeren Freizeitaktivität außerhalb der Einrichtung. Auch waren sie signifikant häufiger von sexueller Belästigung betroffen (43 % vs. 23 %). Sie haben dabei verstärkt sexuelle Übergriffe und sexuelle Gewalt durch Unbekannte, Partnerinnen und Partner oder andere Personen erlebt und waren zudem von körperlicher Gewalt häufiger durch unbekannte/kaum bekannte Personen, Personen aus Arbeit und Einrichtung sowie Familienangehörige betroffen; allerdings erlauben die geringen Fallzahlen hier keinen Signifikanznachweis. Bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen weisen die erhöhten Gewaltbelastungen bei den außerhäuslich aktiveren Frauen keinen Alterszusammenhang, wie bei psychisch erkrankten Frauen, auf. Das spricht eher dafür, dass – auch unabhängig vom Alter – Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen für die in Einrichtungen lebenden kognitiv beeinträchtigten Frauen Gefährdungssituationen darstellen können, insbesondere wenn keine zusätzlich flankierenden Schutz- und Präventionsmaßnahmen gegeben sind.

Wie bei den psychisch erkrankten Frauen stellt auch bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen der Faktor „Besuch innerhalb der Einrichtungen“ keinen Schutzfaktor in Richtung einer verminderten Gewaltbetroffenheit der Frauen in Einrichtungen und einer erhöhten Aufdeckung von Gewalt dar.

Das Vorhandensein von Bezugspersonen, mit denen persönliche Probleme besprochen werden können, scheint auch bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen nicht das Risiko von Gewalt im Erwachsenenleben zu vermindern. Im Gegenteil haben Frauen, die angaben, sie könnten mit bestimmten Personen persönliche Probleme besprechen, tendenziell häufiger psychische (71 % vs. 61 %), körperliche (62 % vs. 48 %) und sexuelle (23 % vs. 15 %) Gewalt sowie sexuelle Belästigung (42 % vs. 30 %) im Erwachsenenleben erlebt (wenn auch nicht durchgängig signifikant)⁷⁴. Zugleich lässt sich keine geringere Betroffenheit dieser Frauen durch Gewalt in Einrichtungen feststellen. Möglicherweise ist aber auch hier ein umgekehrter Zusammenhang zu vermuten: Frauen, die mehr Gewalt erfahren haben, könnten sich auch eher Bezugspersonen zum Besprechen von Problemen gesucht haben.

74 Bei sexueller Gewalt und sexueller Belästigung ließ sich kein signifikanter Unterschied feststellen.

Frauen, die in erhöhtem Maße von psychischer Gewalt im Erwachsenenleben betroffen waren, nannten als Bezugspersonen häufiger Partner, weibliche/männliche Freunde/Bekannte und männliche Pflegekräfte. Bei einer erhöhten Betroffenheit durch körperliche Gewalt waren die Bezugspersonen häufiger weibliche Familienangehörige oder Freundinnen/Freunde/Bekannte sowie Pflegekräfte beiderlei Geschlechts. Betroffene von sexueller Belästigung und sexueller Gewalt im Erwachsenenleben nannten am häufigsten männliche/weibliche Bekannte sowie Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und Pflegekräfte als Bezugspersonen. Diese Ergebnisse können unterschiedlich interpretiert werden. Es könnte beispielsweise zum einen sein, dass Frauen, die in erhöhtem Maße bestimmte Formen von Gewalt erlebt haben, verstärkt spezifische Personengruppen als Vertrauenspersonen bei Problemen anvisieren; zum anderen könnten auch Frauen, die Vertrauensverhältnisse zu diesen Personen aufbauen, in erhöhtem Maße gefährdet sein, im Rahmen dieser Beziehungen spezifische Formen von Gewalt zu erfahren. Entsprechend könnten weibliche Angehörige und männliche/weibliche Betreuungspersonen sowie Freundinnen und Freunde/Bekannte als engste Vertrauenspersonen das Risiko für körperliche Gewalt erhöhen, aber auch für Opfer von körperlicher Gewalt besonders relevante Vertrauenspersonen sein. In Bezug auf sexuelle Gewalt und sexuelle Belästigung lässt sich allerdings vermuten, dass männliche Bekannte/Mitbewohner und Pflegekräfte als Vertrauenspersonen gezielt das Vertrauen kognitiv beeinträchtigter Frauen ausnutzen können und für sexuelle Übergriffe nutzen. Protektive Wirkungen im Hinblick auf sexuelle Gewalt lassen sich nur dort vorsichtig erkennen, wo die Befragten weibliche Bekannte, zum Beispiel Mitbewohnerinnen, als Vertrauenspersonen nannten: 82 % dieser Frauen hatten keine sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben erlebt (vs. 61 % der Frauen ohne Vertrauenspersonen in diesem Bereich); in geringerem Maße war auch bei weiblichen Pflegekräften und weiblichen Familienangehörigen als Ansprechpersonen bei Problemen das Risiko für sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben leicht vermindert (64 % vs. 60 % bei Pflegekräften und 68 % vs. 61 % bei weiblichen Familienangehörigen)⁷⁵. Darüber hinaus zeigten sich deutlich verminderte Gewaltbetroffenheiten durch psychische Gewalt und sexuelle Belästigung im Erwachsenenleben, wenn männliche Familienangehörige für die Frauen Ansprechpartner bei Problemen waren: Von diesen hatten 43 % (vs. 28 %) keine psychische Gewalt und 52 % (vs. 44 %) keine sexuelle Belästigung erlebt. Insofern deutet sich in den Studienergebnissen an, dass bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen Vertrauenspersonen sowohl im Einzelfall protektiv als auch gefährdend im Hinblick auf das Risiko von Gewalt im Erwachsenenleben sein können und dass nicht generell von einer gewaltpräventiven Wirkung durch das Vorhandensein von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern auszugehen ist.

Wenn noch einmal speziell ausgewertet wird, wo eine erhöhte oder verminderte Gefährdung im Hinblick auf Gewalt durch Personen in/aus Einrichtungen besteht, so zeigen sich folgende Tendenzen: Von psychischer Gewalt in Einrichtungen⁷⁶ am stärksten betroffen (mit 25–32 %) sind Frauen, die weibliche Pflege- und Betreuungspersonen sowie andere Personen, zum Beispiel weibliche/männliche Mitbewohnende, als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpart-

75 Die Prozentwerte geben den Anteil von Frauen an, die nicht Opfer von der jeweiligen Gewaltform geworden waren.

76 Für sexuelle Belästigung, körperliche und sexuelle Gewalt in Einrichtungen wurde eine neue Variable gebildet, die psychische Gewalt in Wohnheimen, psychiatrischen Einrichtungen und in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen als die am häufigsten genannten Kontexte umfasst. 21 % der kognitiv beeinträchtigten Frauen haben hier psychische Gewalt und psychisch verletzende Handlungen erlebt.

ner nannten; ihnen folgen (mit 20–23 %) Frauen, die männliche Beziehungspartner, weibliche/männliche Freunde bzw. und Bekannte sowie männliche Betreuungspersonen nannten. Am seltensten von psychischer Gewalt betroffen (mit 10 %) waren jene Frauen, die weibliche/männliche Familienangehörige als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei Problemen hatten. Dies könnte zumindest ein Indiz dafür sein, dass das Vorhandensein ansprechbarer Familienangehöriger hier einen Schutzfaktor darstellen kann. Zugleich könnte es aufzeigen, dass weibliche Pflege- und Betreuungskräfte sowie Mitbewohnerinnen und Mitbewohner beiderlei Geschlechts wichtige Ansprechpersonen bei psychischer Gewalt und psychisch verletzenden Handlungen in Einrichtungen sein können.

Sexuelle Belästigung in Einrichtungen⁷⁷ haben jene Frauen so gut wie gar nicht erlebt (0–3 %), die bei Problemen männliche/weibliche Familienangehörige und Freunde sowie Bekannte ansprechen können; mittlere Betroffenheiten (7–10 %) zeigten sich bei jenen Frauen, die Partner und/oder männliche/weibliche Betreuungspersonen als Vertraute nannten und höchste Betroffenheiten (20 %) bestanden dort, wo andere männliche Bekannte (z. B. Mitbewohner) als Vertrauenspersonen genannt wurden. Dies könnte als ein Hinweis gedeutet werden, dass Letztere als Vertraute einen Gefährdungsfaktor im Hinblick auf sexuelle Belästigung in Einrichtungen darstellen, während vor allem vertrauensvolle Beziehungen zu Familienangehörigen und Freundinnen und Freunde beiderlei Geschlechts einen Schutzfaktor darstellen.⁷⁸

Körperliche Gewalt in Einrichtungen haben (mit 10 %) am seltensten Frauen erlebt, die männliche Partner und Freunde/Bekannte als Ansprechpersonen nannten, gefolgt von Frauen, die männliche Familienangehörige und weibliche Freundinnen/Bekannte angegeben haben (14–16 %). Am häufigsten betroffen (23–30 %) waren Frauen, die weibliche Familienangehörige, weibliche/männliche Betreuungspersonen und andere männliche/weibliche Personen, zum Beispiel Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, als Vertrauenspersonen angegeben haben. Auch hier sind wiederum Deutungen in zwei Richtungen möglich: einerseits können die Ansprechpersonen bei von Gewalt in Einrichtungen hoch betroffenen Gruppen wichtige Vertrauenspersonen sein, andererseits aber auch als Täterinnen und Täter fungieren und somit das Risiko für Gewalt erhöhen. In Zusammenschau mit der faktisch genannten Gewaltbetroffenheit kognitiv beeinträchtigter Frauen in Einrichtungen wäre eine Deutung naheliegend, die weibliche/männliche Betreuungspersonen und weibliche Familienangehörige als hoch relevante Vertrauenspersonen bei Gewalt in Einrichtungen identifiziert (von diesen wurde nach Angaben der Frauen nur selten direkte körperliche Gewalt verübt), während weibliche und männliche Mitbewohner sowohl als Täterinnen und Täter als auch als Vertraute, möglicherweise auch in einer Doppelfunktion, fungieren können. Generell zeigt sich jedoch in dieser vertiefenden Auswertung, dass auch im Hinblick auf Gewalt in Einrichtungen das Vorhandensein von Vertrauenspersonen nicht *per se* einen Schutzfaktor für Gewalt darstellt und das Risiko für Gewalt vermindert.

77 In Bezug auf Wohnheime, psychiatrische Einrichtungen und Werkstätten haben dies 8 % der Befragten angegeben.

78 Für sexuelle Gewalt in Einrichtungen unter Einbeziehung von Wohnheimen, psychiatrischen Einrichtungen und Werkstätten (Gesamtbetroffenheit: 5 %) waren die Fallzahlen zu klein für statistische Auswertungen. Auch hier zeigten sich jedoch in der Tendenz höchste Betroffenheiten, wenn Frauen männliche Bekannte als Vertrauenspersonen genannt hatten.

Inwiefern mit dem Vorhandensein von Vertrauenspersonen eine bessere Unterstützung im Gewaltfall einhergeht, kann anhand der Daten nicht eindeutig nachvollzogen werden. Es zeigte sich jedoch, dass Frauen, die unterschiedliche Vertrauenspersonen nannten, häufiger interne und externe Unterstützungsmöglichkeiten bei körperlicher (und teilweise sexueller) Gewalt in Anspruch nahmen. So suchten sie dann häufiger eine Ärztin bzw. einen Arzt oder ein Krankenhaus nach körperlicher Gewalt auf, wenn sie eine Betreuerin als Vertrauensperson hatten. Sie wandten sich häufiger an Personen in der Einrichtung, wenn sie auch andere unterstützende Vertrauenspersonen, zum Beispiel Partnerinnen oder Partner, Familienangehörige und Freundinnen hatten. Beim Vorhandensein vertrauensvoller Beziehungen zu Eltern und weiblichen Betreuungskräften wurden außerdem im Gewaltfall häufiger die Eltern einbezogen. Beratungsstellen wurden generell nur sehr selten bei körperlicher Gewalt (von ca. 8 % der Betroffenen) genutzt; sofern Vertrauenspersonen Eltern oder Freundinnen waren, wurden diese tendenziell häufiger einbezogen. Waren dagegen vertrauensvolle Beziehungen zu Betreuerinnen und Betreuern vorhanden, wurden diese seltener in Anspruch genommen. Die Unterstützung von Personen in der Einrichtung, in der die Frau lebt, wurde häufiger in Anspruch genommen, wenn auch vertrauensvolle Beziehungen zu Partnerinnen und Partnern, Familienangehörigen und Freundinnen bestanden, nicht aber relevanter häufiger, wenn Betreuungspersonen als Vertrauenspersonen bei Problemen benannt wurden und sogar seltener, wenn Vertrauen zu anderen Personen, zum Beispiel Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und anderen Bekannten bestand. Möglicherweise besteht eine Diskrepanz zwischen der generellen Möglichkeit, Betreuungspersonal als Vertrauenspersonen bei Problemen in Anspruch zu nehmen, und der konkreten Frage, wer in und nach Gewaltsituationen als kompetent und ansprechbar erachtet wird.

Die Polizei wird nach körperlicher Gewalt häufiger eingeschaltet, wenn Partnerinnen und Partner und Freundinnen und Freunde Vertrauenspersonen sind, nicht aber, wenn männliches/weibliches Betreuungspersonal als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei Problemen genannt wurde. Weniger häufig wird die Polizei eingeschaltet, wenn Familienangehörige Vertrauenspersonen sind. Allerdings handelt es sich auch hier aufgrund der geringen Fallzahl nicht um signifikante Unterschiede.

Für eine differenzierte statistische Auswertung des Zusammenhangs von Vertrauensbeziehungen zu unterschiedlichen Personengruppen und den Reaktionen auf sexuelle Gewalt sind die Fallzahlen insgesamt zu klein. Es zeigt sich aber, dass Betreuungspersonen und Eltern, wenn sie bei Problemen angesprochen werden können, hier eine wichtige Rolle spielen. Besteht hier eine Vertrauensbeziehung, werden sie öfter auch infolge sexueller Gewalt angesprochen; bei vertrauten Betreuungspersonen wird zudem häufiger ärztliche Unterstützung eingeholt, nicht relevanter häufiger aber die Polizei eingeschaltet oder Anzeige erstattet. Beratungsstellen werden nur sehr selten und im Einzelfall aufgesucht.

Wenn mehrere unterschiedliche Personengruppen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei Problemen zur Verfügung stehen, stellt dies keinen Schutzfaktor für Gewalt im Erwachsenenleben generell und auch nicht für Gewalt in Einrichtungen dar. So zeigt die Analyse keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl von Vertrauenspersonen und der Betroffenheit durch Gewalt in Einrichtungen auf. In Bezug auf psychische und körperliche Gewalt im Erwachsenenleben sind sogar die Frauen, die eine oder mehrere unterschiedliche Ansprechpersonen nennen, gefährdeter, Gewalt erlebt zu haben, als Frauen, die keine Ansprechperson nennen. Auch nutzen diese nicht in höherem Maße externe Institutionen im Gewaltfall.

Schließlich wurde für kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen geprüft, ob das Bestehen enger, vertrauensvoller Beziehungen und damit eine erhöhte Qualität der sozialen Beziehungen einen Schutzfaktor für Gewalt im Erwachsenenleben und in der Einrichtung darstellt. Hier zeigt sich ein positiver Zusammenhang. Die Analyse verweist darauf, dass Frauen, die in höherem Maße enge, vertrauensvolle Beziehungen haben,⁷⁹ seltener als andere Frauen im Erwachsenenleben von psychischer (67 % vs. 73 %), körperlicher (55 % vs. 68 %) und sexueller (20 % vs. 24 %) Gewalt betroffen sind, allerdings sind signifikante Unterschiede nur für körperliche Gewalt nachweisbar. Darüber hinaus haben Frauen mit einem erhöhten Maß an engen, vertrauensvollen Beziehungen auch etwas seltener durch Personen in Einrichtungen psychische (20 % vs. 24 %), körperliche (18 % vs. 23 %) und sexuelle Gewalt (5 % vs. 8 %) erfahren, wobei es sich aber durchgängig – auch aufgrund der geringen Fallzahlen – nicht um statistisch signifikante Unterschiede handelte. Insofern zeigen sich zwar vorsichtige Hinweise darauf, dass das Vorhandensein enger, vertrauensvoller Beziehungen das Risiko für Viktimisierungen bei kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen vermindert. Noch relevanter scheint aber zu sein, dass das Bestehen solcher Beziehungen die Wahrscheinlichkeit einer Aufdeckung und Intervention von Gewalt erhöht.

So gaben Frauen, die in erhöhtem Maße auf enge, vertrauensvolle Beziehungen zurückgreifen können, im Falle von körperlicher Gewalt (N = 154) deutlich häufiger an, sie hätten eine Person aus der Einrichtung (49 % vs. 38 %) oder die Eltern (39 % vs. 27 %) informiert; zudem wurde bei diesen häufiger im Gewaltfall die Polizei eingeschaltet (22 % vs. 13 %) und eine Anzeige (20 % vs. 11 %) erstattet.⁸⁰ Betroffene von sexueller Gewalt (N = 95), die stärker in vertrauensvolle Beziehungen eingebunden waren, nahmen häufiger als andere Betroffene medizinische Unterstützung nach sexueller Gewalt in Anspruch (35 % vs. 19 %, nicht signifikant) und vertrauten sich signifikant häufiger Personen aus der Einrichtung an (29 % vs. 8 %).⁸¹ Darüber hinaus wurde bei diesen häufiger die Polizei eingeschaltet (19 % vs. 8 %) und eine Anzeige erstattet (16 % vs. 8 %). Obwohl auch hier aufgrund der geringen Fallzahlen signifikante Unterschiede nicht ermittelt werden können, deutet sich in den Angaben der Frauen insgesamt an, dass das Bestehen von engen sozialen Beziehungen und Vertrauensverhältnissen ein wichtiger Faktor für die Aufdeckung und Prävention (fortgesetzter) Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen sein kann.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen damit zum Teil vorangegangene Untersuchungen, die im Hinblick auf Frauen mit Behinderungen feststellten, dass ein höherer Grad an sozialer Isolation und eine geringere soziale Einbindung mit einem erhöhten Risiko für Gewalt im Erwachsenenleben einhergehen können (vgl. u. a. Plummer et al. 2012, Martin et al. 2006, Nosek et al. 2006, Milberger et al. 2002). Sie verweisen mit Blick auf Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen insgesamt jedoch mehr auf die Qualität als auf die Quantität sozialer Beziehungen und auf den Aspekt, dass vertrauensvolle Beziehungen vor allem die Aufdeckung und Fortsetzung von Gewalt verhindern können. Dies könnten wichtige Ansatzpunkte für die Gewaltprävention in Einrichtungen sein.

79 Hierfür wurde aus 9 Items zur Qualität der aktuellen sozialen Beziehungen bzw. zum Vorhandensein enger, vertrauensvoller Beziehungen, ein Summenindex gebildet. Frauen, die 6-9 positive Nennungen hatten, wurden als Personen mit einem hohen Maß an engen, vertrauensvollen bzw. qualitativ hochwertigen Beziehungen definiert.

80 Allerdings kann auch hierfür kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden, was unter anderem auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen ist.

81 Auf die Einbeziehung der Eltern nach sexueller Gewalt hatte dies keinen Einfluss (33 % vs. 31 %, nicht signifikant).

Psychisch-soziale Ressourcen

Zwar gibt es aus den quantitativen Befragungen zur Rolle der psychisch-sozialen Ressourcen für Gewalt im Lebensverlauf keine weiteren verwertbaren Daten. Allerdings war in der qualitativen Befragung der Studie (s. Kavemann/Helfferich 2013) bereits sichtbar geworden, dass das Selbstwertgefühl der Frauen und das Wissen um das Recht auf ein gewaltfreies Leben eine maßgebliche Rolle dafür spielen konnte, ob Frauen sich gegen Gewalt aktiv zur Wehr setzen und Gewaltsituationen langfristig beenden können. So verhindert beispielsweise ein mangelndes Selbstbewusstsein, das oft auch eine Folge schwieriger Kindheitserfahrungen oder unzureichend selbstbestimmter Lebensbedingungen ist, bei Frauen mit Behinderungen, Ansprüche an einen Partner zu stellen, die eigene Gesundheit und Lebensqualität wichtig zu nehmen und sich gegen Gewalt zur Wehr zu setzen (ebd.).

Für die in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen war im Rahmen der vorliegenden sekundäranalytischen Auswertung bereits an anderer Stelle sichtbar geworden, dass schwierige Kindheitserfahrungen, aber auch fortgesetzte Gewalterfahrungen im Lebensverlauf, sowie eine unzureichende Selbst- und Mitbestimmung über das eigene Leben zu einer Schwächung der eigenen psychosozialen Ressourcen führen können (vgl. Kap. 3.1, 3.2, 4.1 und 4.2). Dies kann Frauen generell vulnerabler machen, Opfer von Gewalt zu werden, und sie auch in und nach Gewaltsituationen davon abhalten, aktiv Hilfe und Unterstützung zu suchen oder sich zur Wehr zu setzen.

Bei den psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen dürfte die vielfach massive und von Kindheit an erfahrene fortgesetzte Gewalt im Lebensverlauf (Kap. 3.1.6), zusammen mit den oft daraus resultierenden erheblichen psychischen Beeinträchtigungen (Kap. 3.1.1), deren Vulnerabilität stark erhöht und deren Wehrhaftigkeit eingeschränkt haben. Allerdings hat sich in der vorangegangenen Analyse auch gezeigt, dass dies nicht durchgängig der Fall ist, denn ein nicht unerheblicher Teil dieser Frauen ist durchaus auch selbst bereit, Gewalt auszuüben und/oder sich im Gewaltfall körperlich oder verbal zu wehren (bis hin zu über 50 %, vgl. Kap. 4.1). Möglicherweise macht aber gerade auch die von diesen Frauen häufig erlebte Grenzüberschreitung durch sexuellen Missbrauch und sexuelle Gewalt sowie ihre massivere Betroffenheit durch psychische Gewalt im Lebensverlauf sie verletzlicher und in Bezug auf sich anbahnende Gewaltsituationen und -beziehungen manipulierbarer und erhöht, wie wir bereits weiter oben gesehen haben, das Risiko für fortgesetzte Gewalt (s. weiter oben in diesem Kapitel den Abschnitt zur Rolle der gewaltsamen Kindheitserfahrungen für spätere Gewalt). Eine erhöhte Vulnerabilität und auch psychisch eingeschränkte Gegenwehr wird bei gut der Hälfte der Frauen sichtbar, wenn 55–60 % angeben, sie hätten sich aufgrund der Behinderungen in einer oder mehreren Situationen körperlicher bzw. sexueller Gewalt nur eingeschränkt wehren können (ebd.).

Die kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen dürften in der Tendenz aus anderen Gründen verminderte psychosoziale Ressourcen haben, Gewalt zu verhindern oder abzuwehren. Da sie häufig bereits von Kindheit und Jugend an eine Behinderung hatten, sind sie stärker daran gewöhnt, von anderen abhängig zu sein, nicht oder nur unzureichend über das eigene Leben selbst bestimmen zu können, die eigenen (Körper-)Grenzen zu wahren und in ihren Aussagen ernst genommen zu werden (vgl. auch Kap. 3.1). Dies macht sie zum einen manipulierbarer, zum anderen aber auch gefährdeter, Gewaltsituationen und Grenzüberschreitungen als solche wahrzunehmen und einzuschätzen bzw. sich dagegen zur Wehr zu setzen. Hinzu kommt der Wunsch, für andere keine Belastung zu sein, was eine Aufdeckung von Gewalt und Intervention ebenfalls langfristig verhindern kann (vgl. Kavemann/Helfferich 2013).

Sowohl die Gewaltbereitschaft als auch die körperliche Gegenwehr ist bei kognitiv beeinträchtigten Frauen im Vergleich zu psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen deutlich geringer ausgeprägt (vgl. Ka. 4.2). Etwa 40 bis 50 % der Frauen hatten nach Situationen körperlicher bzw. sexueller Gewalt das Gefühl, sich dagegen weniger gut wehren zu können als andere Menschen. Darüber hinaus wird nach sexueller Gewalt zumeist keine Unterstützung durch Dritte gesucht und auch bei anderen Gewalterfahrungen nur selten institutionelle Unterstützung in Anspruch genommen (ebd.). Dies dürfte zum einen auf die oben beschriebenen spezifischen Sozialisationsbedingungen der Frauen zurückzuführen sein, zum anderen darauf, dass diese Frauen nur selten über externe Unterstützungsangebote informiert sind und diese auch zumeist weder selbstständig aufsuchen können noch als für sie offen und zugänglich erachten (vgl. Kavemann/Helfferich 2013).

Die Ergebnisse der quantitativen und der qualitativen Studienteile verweisen insgesamt darauf, dass Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen auch in psychisch-sozialer Hinsicht sozialisations- und lebenslagenbedingt geringere Ressourcen haben, Gewalt und Grenzverletzungen als solche wahrzunehmen und sich gegen diese zur Wehr zu setzen. Dies erhöht auch ihr Risiko für Gewalt in der aktuellen Lebenssituation und vermindert die Wahrscheinlichkeit der institutionellen Aufdeckung und Intervention. Gewaltprävention muss an diesem zentralen Punkt ansetzen, um wirkungsvoll sein zu können (vgl. auch Kap. 5).

Institutionelle und konzeptionelle Rahmenbedingungen der Wohneinrichtungen als Risiko- und Gefährdungsfaktoren

Im Rahmen der wissenschaftlichen Beschäftigung mit sexuellem Missbrauch an Kindern, aber auch mit Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen wird das Leben in Einrichtungen per se als risikobehaftet eingeschätzt. Dies wird unterschiedlich erklärt. Zum einen ergeben sich in Einrichtungen Gelegenheitsstrukturen für Täterinnen und Täter, um unentdeckt Machtmissbrauch und (sexuelle) Gewalt an strukturell schwächeren Personen zu verüben. Machtungleichgewichte und mangelnde interne und externe Kontrollmechanismen sowie unzureichende Unterstützungs- und Beschwerdemöglichkeiten können demnach eine maßgebliche Rolle für erhöhte Gefährdungen spielen. Crossmaker (1991) stellt mit Blick auf Frauen mit Behinderungen fest, dass alle Mechanismen, die generell ein Misshandlungsrisiko in sich bergen, in Einrichtungen in verstärktem Maße gegeben sind, und nennt hier unter anderem: geringe eigenständige ökonomische Ressourcen der Bewohnerinnen, Isolation, eingeschränkte Glaubwürdigkeit, Machtlosigkeit, Anpassungsdruck, Abhängigkeiten, Informationsdefizite, Scham, Angst, Mangel an Selbstbestimmung und Privatheit sowie die Vorstellung, Sexualität würde mit Liebe einhergehen bzw. eine missbräuchliche Beziehung sei besser als gar keine Beziehung. Hinzu kämen Hierarchien in Wohneinrichtungen mit klaren Verteilungen von Macht und Autorität und die oftmals isolierte Atmosphäre. Mit Verweis auf Goffmans Theorie der totalen Institutionen (1961) charakterisiert Crossmaker Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen als durch Entpersonalisierung, Stigmatisierung, Routinisierung und Entzug von Privatheit und anderen Rechten gekennzeichnete Institutionen.

Im Rahmen einer Untersuchung zu sexuellem Missbrauch in Einrichtungen für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen stellte auch Zemp (2002) fest, dass sich das Macht- respektive Ohnmachtsverhältnis, das sexuell ausbeutenden Handlungen zugrunde liegt, bei Menschen mit einer Behinderung in Einrichtungen verschärfe. Auch sie verweist auf den fremdbestimmten Alltag, die Abhängigkeitsverhältnisse, die mangelnden Artikulationsmöglichkeiten und das Vorurteil der Unglaubwürdigkeit. Fegert et al. (2006) thematisieren in ihrer

Untersuchung zu sexuellem Missbrauch in Einrichtungen darüber hinaus das unzureichende interne und externe Beschwerdemanagement sowie die unzureichende sexuelle Aufklärung und Selbstbestimmung als Risikofaktoren für (fortgesetzte) Gewalt in den Einrichtungen.

Einige dieser Mechanismen ließen sich auch in der qualitativen Studie der bundesdeutschen Untersuchung als Risikofaktoren für Gewalt in Einrichtungen anhand der Aussagen der Frauen nachzeichnen (vgl. Kavemann/Helfferich 2013). Sie zeigen auf, dass durch strukturelle Bedingungen der Einrichtungen, etwa die Geschlossenheit nach außen, Übergriffe verdeckt bleiben könnten. Im Gewaltfall sei die Hilfesuche für betroffene Frauen aufgrund der sozialen Isolation erschwert, da sich Sozialkontakte zumeist auf Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Kolleginnen und Kollegen in Werkstätten und Einrichtungspersonal begrenzten. Sowohl interne Beschwerdemöglichkeiten als auch externe Unterstützung sei oft nicht gegeben, zumal der Weg nach außen als schwierig empfunden werde, die Betroffenen auf sie begleitende Betreuungspersonen angewiesen seien und das bestehende Unterstützungssystem als nicht zugänglich bzw. nicht zielgruppengerecht und niedrigschwellig erlebt wird. Darüber hinaus bestehen bei den Frauen kaum Information über das Hilfesystem und auch ein eigenständiger Zugang zur Polizei sei nicht gegeben (ebd.).

Mit Bezugspersonen wird nach Aussagen der Frauen in der qualitativen Studie über Gewalt in der Regel nicht gesprochen; Frauen mit einer sog. geistigen Behinderung gingen davon aus, dass sie selbst nicht mit Behörden in Kontakt treten könnten oder dürften, weil dafür ihre rechtliche Betreuung zuständig sei (ebd.).

Auch Aspekte der unzureichenden Selbstbestimmung und der Gewöhnung an (körperliche) Grenzüberschreitungen wurden im Rahmen der qualitativen Interviews als Risikofaktoren für Gewalt identifiziert (ebd.). So hatten die in Einrichtungen lebenden Frauen keine Möglichkeit, Personal (z. B. für Körperpflege) selbst auszuwählen, und waren insgesamt über Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung mangelhaft informiert. Die Gewöhnung an Grenzüberschreitungen bei der Körperpflege oder bei medizinischen Behandlungen begünstigten sexuelle Übergriffe und machten es für die Frauen schwer, zwischen „normaler“ Behandlung und einer Gewalttat zu unterscheiden. Darüber hinaus ging das enge Zusammenleben in Einrichtungen mit einer eingeschränkten Intimsphäre einher und begünstigte die Möglichkeit von Gewaltübergriffen durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie Kolleginnen und Kollegen. Speziell in der Psychiatrie berichteten Bewohnerinnen über gewaltbereite psychisch erkrankte männliche Mitbewohner. Sollten sich innerhalb der Einrichtung gewaltgeprägte Partnerschaften entwickelt haben, dann bestand nach Aussagen der Frauen keine Möglichkeit einer räumlichen Trennung nach der Beendigung der Beziehung, was weitere Gefährdungssituationen nach sich ziehen konnte (ebd.).

Im Rahmen der vertiefenden sekundäranalytischen Auswertung der vorliegenden Studie konnten einige dieser Aspekte noch einmal im Hinblick auf gewaltfördernde und -vermindernde Strukturen geprüft werden. Zwar haben bereits die Erstauswertung der Studie (Schrötte/Hornberg et al. 2013) und auch die vorangegangene Analyse (Kap. 4.1 und 4.2) aufgezeigt, dass Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen nicht generell häufiger als behinderte Frauen, die in Haushalten leben, von Gewalt betroffen sind und dass sich ihre Gewalterfahrungen auch nicht auf Personen in Einrichtungen beschränken (vgl. Kap. 4.1 und 4.2). Allerdings spielte bei diesen psychische Gewalt durch Personal und körperliche, sexuelle wie psychische Gewalt durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und in stationären Wohnheimen eine nicht unerhebliche Rolle.

Zudem bestanden Angst- und Unsicherheitsgefühle im Hinblick auf das Alleinsein mit Mitbewohnerinnen, Mitbewohnern, und Personal, was auf ein Klima latenter Gewalt und Bedrohung verweist.

Den vorliegenden Auswertungen nach haben psychisch erkrankte Frauen seltener Gewalt durch Personen in Wohnheimen erlebt als kognitiv beeinträchtigte Frauen, was an der längeren Verweildauer der kognitiv beeinträchtigten Frauen, aber auch an anderen Faktoren liegen kann. Wird psychische, körperliche und sexuelle Gewalt nur auf den Kontext von Wohnheimen, psychiatrischen Einrichtungen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen bezogen, dann haben 16% der psychisch erkrankten Frauen durch Personen in diesen Einrichtungen psychische⁸², 7% körperliche⁸³ und 2% sexuelle Gewalt⁸⁴ erlebt. Bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen waren es mit 21% Betroffenen psychischer⁸⁵, 19% Betroffenen körperlicher⁸⁶ und 5% Betroffenen sexueller Gewalt⁸⁷ in den stationären Einrichtungen deutlich höhere Anteile. Auffällig ist bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen der hohe Anteil von Betroffenen sexueller Gewalt, die zu Tätern keine Angaben gemacht haben (9% vs. 1% der psychisch erkrankten Frauen). Darüber hinaus haben 8% der kognitiv beeinträchtigten und 11% der psychisch erkrankten Frauen in den stationären Einrichtungen sexuelle Belästigungen erlebt.⁸⁸

82 Es handelte sich um 13 Frauen, die sowohl durch Personal als auch durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner bzw. Kolleginnen und Kollegen psychische Gewalt in Wohnheimen, psychiatrischen Einrichtungen und in Werkstätten erlebt haben.

83 Vier Frauen nannten Täterinnen und Täter aus Wohnheimen (ausschließlich Mitbewohnerinnen und Mitbewohner), zwei aus psychiatrischen Einrichtungen (ausschließlich Personal) und keine nannte Täterinnen und Täter aus Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Gefragt nach den Orten, an denen körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt wurden, gaben 12% (N = 10) Einrichtungen, Dienste oder Angebote zur Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen an; hierbei können aber auch andere ambulante Angebote gemeint sein.

84 Dabei handelte es sich um zwei Frauen, die Opfer von sexueller Gewalt durch männliche Mitbewohner in einem stationären Wohnheim wurden. Der Anteil der Frauen, die keine Angaben zur Täterschaft gemacht haben, ist hier und bei sexueller Gewalt mit 1% gering.

85 Es handelte sich um 67 Frauen, von denen 48 psychische Gewalt durch Personal und Mitbewohnerinnen und Mitbewohner beiderlei Geschlechts in Wohnheimen berichteten, 3 in psychiatrischen Einrichtungen und 21 – teilweise zusätzlich – überwiegend durch Kollegen und Kolleginnen in Werkstätten (7% keine konkrete Angabe zu Tätern bei psychischer Gewalt).

86 Es handelt sich um 61 Frauen, von denen 53 von körperlicher Gewalt in Wohnheimen (8 durch Personal und 46 durch Mitbewohnende, Mehrfachnennungen), 4 in psychiatrischen Einrichtungen (2 durch Personal und 2 durch Mitbewohnende, Mehrfachnennungen) und 9 in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (2 durch Personal und 7 durch Kolleginnen bzw. Kollegen, Mehrfachnennungen) betroffen waren. Die Täterinnen und Täter waren zu ca. 60% ausschließlich männlich, zu 26% ausschließlich weiblich und zu 17% beiderlei Geschlechts. 4% der Betroffenen körperlicher Gewalt haben keine Angabe zu Täterinnen und Tätern gemacht. Insgesamt 20% (N = 63) aller kognitiv beeinträchtigten Frauen gaben als Tatorte bei erlebter körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben Einrichtungen, Dienste oder Angebote zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen an.

87 Es handelte sich um 17 Frauen, von denen 15 sexuelle Gewalt in Wohnheimen und 4 in Werkstätten berichtet haben (Mehrfachnennungen). Bei den Täterinnen und Tätern in Wohnheimen handelte es sich in 4 Fällen um Personal und in 13 Fällen um Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und in den Werkstätten, soweit benannt, in 3 Fällen um Kolleginnen und Kollegen. Außer im Fall einer Mitbewohnerin waren alle Täter männlich. 6% aller kognitiv beeinträchtigten Frauen (N = 18) gaben als Tatorte bei erlebter körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben Einrichtungen, Dienste oder Angebote zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen an.

88 Bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen handelte es sich um insgesamt 24 Betroffene von sexueller Belästigung in entsprechenden Einrichtungen: 14 Betroffene haben sexuelle Belästigung in Wohneinrichtungen erlebt (5 durch Personal und 11 durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner), 12 Frauen widerfuhr dies in Werkstätten ausschließlich durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine Frau hat in einer psychiatrischen Einrichtung sexuelle Belästigung durch eine(n) Mitbewohnerin bzw. Mitbewohner erlebt. Das Geschlecht der Täter wurde hier nicht spezifisch erhoben. Von allen Betroffenen sexueller Belästigung gaben aber 76% an, es habe sich ausschließlich um Männer gehandelt, 2% ausschließlich Frauen und 7% um Personen beiderlei Geschlechts; die restlichen Befragten machten dazu keine Angaben. Von den in Einrichtungen von sexueller Belästigung betroffenen psychisch erkrankten Frauen (N = 9) hatten 6 Frauen sexuelle Belästigung in Wohneinrichtungen erlebt haben (1 durch Personal und 5 durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner), 3 Frauen in einer psychiatrischen Einrichtung (1 durch Personal, 1 durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, 1 keine Angabe) und keine in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen. 93% aller von sexueller Belästigung betroffenen psychisch erkrankten Frauen gaben an, diese sei ausschließlich oder überwiegend von Männern ausgegangen; bei ca. 5% waren (auch) Frauen beteiligt (2% keine Angabe).

Welche Rolle unterschiedliche Risikofaktoren für eine Betroffenheit durch Gewalt in stationären Einrichtungen einnehmen, kann anhand der Daten der quantitativen Befragung nur ausschnittsweise untersucht werden. Einerseits sind nicht für alle relevanten Risikofaktoren entsprechende Informationen vorhanden; zum anderen sind teilweise die Fallzahlen zu gering für statistische Nachweise entsprechender Zusammenhänge.

Offenheit/Geschlossenheit der Einrichtungen

Indizien für die Offenheit oder Geschlossenheit der Einrichtungen sind unter anderem die Außenkontakte der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Besuche in der Einrichtung und die Frage, ob im Fall von Gewalt in der Einrichtung auch außen stehende Personen oder Institutionen eingeschaltet werden. Bereits im vorangegangenen Abschnitt zur Rolle der Isolation und sozialen Einbindung sowie in den Auswertungen zur Lebenssituation der Frauen in Einrichtungen (vgl. Kap. 3) war sichtbar geworden, dass in Bezug auf außerhäusliche Freizeitaktivitäten und Besuche in der Einrichtung nicht von einer starken Isolation der Mehrheit der Bewohnerinnen ausgegangen werden kann. Auch wiesen diese Faktoren keinen Zusammenhang in Richtung einer Höherbetroffenheit durch Gewalt auf. Dies bestätigt sich auch im Hinblick auf Gewalt in Wohneinrichtungen: Frauen, die stärker außerhäuslich aktiv waren und mehr Besuche in der Einrichtung bekamen, waren nicht in geringerem Maße von Gewalt in der Einrichtung betroffen; im Gegenteil zeichnen sich vorsichtige Tendenzen in Richtung einer höheren Betroffenheit durch einzelne Formen von Gewalt ab, die aber nicht signifikant sind. Auch stellt das Vorhandensein von Bezugspersonen, mit denen Probleme besprochen werden können, der Datenanalyse nach keinen gewaltpräventiven Faktor für Gewalt in Einrichtungen dar.⁸⁹ Allerdings zeigt sich bei kognitiv beeinträchtigten Frauen, die angeben, Probleme mit Familienangehörigen besprechen zu können, dass diese in geringerem Maße von psychischer Gewalt und sexueller Belästigung in Einrichtungen betroffen waren, wobei die Unterschiede, auch aufgrund der geringen Fallzahlen, nicht signifikant sind. Darüber hinaus zeichnet sich bei diesen Frauen eine Tendenz ab, dass das Bestehen enger, vertrauensvoller Beziehungen mit einer leicht geringeren Gewaltbetroffenheit einhergeht, die jedoch ebenfalls nicht statistisch signifikant ist.

Die Offenheit oder Geschlossenheit einer Einrichtung lässt sich auch daran „messen“, ob im Gewaltfall externe Dritte eingeschaltet bzw. einbezogen werden. Hier zeigt sich, dass Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt in Einrichtungen erlebt haben, nur selten angeben, im Gewaltfall seien externe Personen wie Eltern, Ärztinnen und Ärzte, externe Beratungsstellen und die Polizei eingeschaltet worden.⁹⁰ Von den kognitiv beeinträchtigten Frauen, die bereits körperliche Gewalt in stationären Einrichtungen erlebt hatten (N = 61), haben nur rund ein Drittel (36 %) jemals in oder nach einer Gewaltsituation medizinische Hilfe in Anspruch genommen, 71 % hatten jemanden in der Einrichtung informiert, 43 % die Eltern angesprochen, aber nur 7 % (N = 4) eine Beratungsstelle einbezogen und nur 16 % die Polizei eingeschaltet.⁹¹ Von den Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die sexuelle Gewalt in einer

89 Bei psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen waren hierfür die Fallzahlen zu klein für vertiefende Analysen von Risikofaktoren.

90 Bei den psychisch erkrankten Frauen sind hierfür die Fallzahlen zu gering. Jedoch geben von den 6 Frauen, die körperliche Gewalt in stationären Einrichtungen erlebt haben, nur 2 an, Ärztinnen oder Ärzte einbezogen zu haben, nur eine war bei einer externen Beratungsstelle und 3 haben die Polizei eingeschaltet. Allerdings können sich diese Reaktionen auch auf andere Gewaltereignisse als jene in Einrichtungen beziehen. Keine der beiden von sexueller Gewalt in einer Einrichtung betroffenen Frauen hat im Fall sexueller Gewalt jemals eine Beratungsstelle oder ärztliche Hilfe eingeschaltet und nur eine die Polizei.

91 Die Angaben bezogen sich auf alle Situationen körperlicher Gewalt, auch jene, die nicht in der Einrichtung erlebt wurden. Die Anteile könnten deshalb in Bezug auf die konkreten Gewaltereignisse in Einrichtungen noch deutlich geringer ausfallen.

Einrichtung erlebt haben (N = 17), gab nur rund ein Drittel an, infolge einer sexuellen Gewaltsituation jemals medizinische Hilfe in Anspruch genommen zu haben, 59 % haben eine Person in der Einrichtung und 53 % die Eltern informiert, aber nur in jeweils zwei Fällen (12 %) wurde eine Beratungsstelle bzw. die Polizei eingeschaltet. Hier wird deutlich, dass im Falle einer Gewaltbetroffenheit tatsächlich eher von geschlossenen Systemen in Einrichtungen auszugehen ist, da allenfalls Eltern und einrichtungsinterne Personen informiert, in der Regel aber weder externe Unterstützungsangebote noch polizeilich-rechtliche Interventionen einbezogen werden. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Zum einen wurde auf verschiedenen Fachveranstaltungen, in denen die Ergebnisse der bundesdeutschen Studie (Schröttle/Hornberg et al. 2011) diskutiert wurden, thematisiert, dass vielfach vonseiten der Einrichtungen keine etablierten Kontakte zu externen Beratungsangeboten und der Polizei bestünden und oft auch keine Kenntnis über die konkreten Möglichkeiten der Einbeziehung und Nutzung dieser Institutionen vorhanden sei. Zum anderen wurde in den Diskussionen deutlich, dass sowohl vonseiten der Einrichtungsleitungen und Betreuungspersonen als auch vonseiten der Eltern Zurückhaltung bestehe, im Gewaltfall externe Stellen einzubeziehen. Um das Ansehen der Einrichtungen, aber auch das vermeintliche Wohl der Betroffenen zu schützen, denen häufig im Rahmen polizeilicher Verfahren und gerichtlicher Verfahren kein Glaube geschenkt wird, wird in der Regel eher nach internen Lösungen gesucht. Dies führt aber mitunter dazu, dass Probleme eher oberflächlich zugedeckt und auch im Sinne der Betroffenen und der künftigen Gewaltprävention nicht weiter bearbeitet werden. Drittens scheinen gerade vor dem Hintergrund, dass Täterinnen und Täter bei körperlicher und sexueller Gewalt oft andere Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen sind, keine klaren und eindeutigen Interventions- und Sanktionierungsstrategien zu bestehen, was wiederum interne und oftmals unzureichend problemlösende Vorgehensweisen begünstigt.

Selbstbestimmung und respektvoller, grenzwahrender Umgang

Ein weiterer wichtiger Indikator für gewaltgefährdende, aber auch gewaltpräventive Rahmenbedingungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist die Förderung von Selbstbestimmung, Selbstwertgefühl und Aufklärung sowie Information über Rechte und alternative Lebensentwürfe. Bereits in der Erstauswertung, aber auch in den vorangegangenen Kapiteln wurde thematisiert, dass dies in Einrichtungen häufig nicht gegeben ist (vgl. Kap. 3.). Viele Frauen, die in Einrichtungen leben, fühlen sich dort von Regeln und Bedingungen eingeschränkt, im Alltag unzureichend ernst genommen, werden nach eigenen Angaben ungewollt geduzt, bevormundet oder körperlich berührt. Außerdem fanden sich in der Studie mehrere Hinweise darauf, dass ein großer Teil der Frauen nicht ausreichend über die eigene Lebensplanung mitbestimmen kann oder über Alternativen informiert ist, sowohl was die Wohnform und das Zusammenleben betrifft als auch die berufliche und ökonomische Situation sowie nicht zuletzt die Frage der Partnerschafts- und Familienplanung. Hinzu kommen Einschränkungen in der Wahrung der Privat- und Intimsphäre, die ebenfalls Gewalt in Einrichtungen begünstigen können.

Im Folgenden sollen einige dieser Faktoren aufgegriffen und daraufhin geprüft werden, ob sie Gewalt in Einrichtungen begünstigen.

1. Der Zusammenhang von Selbstbestimmung und Gewalt in Einrichtungen

Anhand der Befragungsdaten kann nicht eindeutig nachvollzogen werden, in welchem Maße in den jeweiligen Einrichtungen die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner und tatsächlich gegeben ist, da es sich bei den Aussagen der Frauen um subjektive Einschätzungen handelt, die auf Einrichtungspraktiken verweisen können, aber nicht müssen. Für die

vorliegende Analyse wurden als Indizien für den Grad der Selbstbestimmung folgende Aspekte ausgewertet: die Frage, inwiefern sich die Betroffenen von Regeln eingeschränkt fühlten, ungefragt geduzt, berührt oder nicht ernst genommen wurden, sowie die Frage, ob sie ignoriert oder ob auf sie unzureichend Rücksicht genommen werde. Darüber hinaus wurden als Indizien für die Mitbestimmung die Fragen, inwiefern sie über ihr Geld selbst bestimmen und inwiefern sie mitentscheiden könnten, mit wem sie zusammenwohnen, einbezogen. Die vertiefende Auswertung des Zusammenhangs dieser Faktoren mit Gewalt in Einrichtungen wurde nur für die kognitiv beeinträchtigten Frauen vorgenommen, da bei den psychisch erkrankten Frauen die Fallzahl der hiervon Betroffenen zu gering war.

Von den kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen wurden hierzu folgende Angaben gemacht:

- 38 % fühlten sich eingeengt, zum Beispiel durch Regeln oder mangelnde Mitbestimmung bei Entscheidungen.
- 35 % wurden ungefragt geduzt.
- 42 % fühlten sich nicht ernst genommen.
- 38 % bzw. 39 % wurden ungefragt oder unangenehm angefasst.
- 32 % gaben an, es werde keine Rücksicht auf sie genommen.
- 42 % wussten nicht, wie viel Geld sie monatlich für sich zur Verfügung hätten.
- 67 % gaben an, sie könnten über ihr Geld selbst bestimmen.
- 40 % können nach eigenen Angaben mit aussuchen, mit wem sie zusammenwohnen wollen (weitere 8 % teilweise).

In der Auswertung zeigt sich, dass Frauen, die sich durch Regeln und mangelnde Mitbestimmung eingeengt fühlen, tendenziell – aber nicht signifikant – häufiger körperliche Gewalt in stationären Einrichtungen erlebt haben (23 % vs. 17 %). Auffällig ist, dass sie zudem signifikant häufiger von sexueller Gewalt in Einrichtungen betroffen waren (11 % vs. 2 %) und tendenziell auch häufiger sexuelle Belästigungen in der Einrichtung erlebt hatten (12 % vs. 6 %, nicht signifikant). Frauen, die angaben, ungefragt geduzt worden zu sein, hatten signifikant häufiger psychische Gewalt in Einrichtungen erlebt (31 % vs. 16 %) als solche, bei denen dies nicht der Fall war, und sie waren auch häufiger von sexueller Gewalt (8 % vs. 4 %, nicht signifikant) und sexueller Belästigung in Einrichtungen (13 % vs. 4 %, signifikant) betroffen. Ähnliche Tendenzen zeigen sich bei Frauen, die sich nicht ernst genommen fühlten: Diese wurden signifikant häufiger in Einrichtungen mit psychischer Gewalt (28 % vs. 16 %), sexueller Gewalt (10 % vs. 2 %) und sexueller Belästigung (13 % vs. 4 %) konfrontiert sowie tendenziell, aber nicht signifikant häufiger auch mit körperlicher Gewalt (24 % vs. 16 %). Frauen, die ungefragt angefasst wurden, waren doppelt so häufig wie solche, die dies nicht erlebt hatten, psychischer und körperlicher Gewalt in Einrichtungen ausgesetzt und sie waren signifikant häufiger von sexueller Gewalt und sexueller Belästigung betroffen (11 % vs. 1 % bzw. 15 % vs. 3 %). Darüber hinaus hatten Frauen, die sich rücksichtslos behandelt fühlten, um ein Vielfaches häufiger psychische Gewalt (29 % vs. 12 %) und sexuelle Gewalt (12 % vs. 2 %) bzw. sexuelle Belästigung (17 % vs. 4 %) in Einrichtungen erlebt, zudem auch – allerdings nicht signifikant – häufiger körperliche Gewalt (24 % vs. 17 %).

Erstaunlicherweise zeigten sich im Hinblick auf die Frage der Mitbestimmung über Geld und Zusammenwohnen keine Unterschiede in der Betroffenheit durch Gewalt. So hatten Frauen, die angaben, ganz (oder teilweise) mitbestimmen zu können, mit wem sie zusammenwohnen

und wie sie über ihr Geld verfügten, nicht signifikant seltener Gewalt in Einrichtungen erlebt; Ähnliches traf auch auf Frauen zu, die über die Höhe ihres Einkommens informiert waren und über ihr Geld selbst bestimmen konnten. Wie sich dies erklären lässt, ist unklar; Altersgruppenzusammenhänge sind hier jedenfalls der Auswertung nach nicht wirksam. Ein Zusammenhang mit der Schwere der kognitiven Beeinträchtigung hätte eher ein anderes Ergebnis nahegelegt.

Die Auswertung der Fragen zur Selbst- und Mitbestimmung und deren Auswirkungen auf Gewalt in Einrichtungen zeigen insgesamt auf, dass Einschränkung und Bevormundung, aber auch unzureichender Respekt in Form von Nichternstnehmen, Missachtung der Körpergrenzen und mangelnder Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Betroffenen das Risiko für Gewalt in Einrichtungen deutlich erhöhen und insofern auch wichtige Ansatzpunkte für die Gewaltprävention darstellen. Möglicherweise sind die Fragen des konkreten respektvollen Umgangs in Alltagssituationen für die Gewaltprävention noch wichtiger als die generellen Fragen der Selbstbestimmung im Hinblick auf Lebensplanung und ökonomische Unabhängigkeit. Vielleicht trifft dies aber auch nur oder überwiegend für kognitiv beeinträchtigte Frauen zu.⁹²

In den offenen Angaben der Frauen, die mit der Unterstützung durch Betreuungspersonen (zum Teil) weniger zufrieden waren, werden ebenfalls einige Aspekte sichtbar, die auf den Zusammenhang von Einrichtungsroutinen mit struktureller und personaler Gewalt verweisen. Einige kognitiv beeinträchtigte Frauen kritisierten den lieblosen, funktionellen oder groben Umgang: Betreuungspersonen hätten zu wenig Zeit, seien manchmal grob, Duschen und die Körperpflege würden zu schnell erledigt und es fehle die persönliche, menschliche Aufmerksamkeit. Zum Teil wurde ein unfreundlicher und dominanter Umgang angesprochen, etwa wenn Betreuungspersonen die Bewohnerinnen anschnauzen, herumkommandieren oder „immer glauben, dass sie recht haben“. Darüber hinaus bemängelten einige Frauen, dass sie beim Duschen oder beim An- und Ausziehen aus organisatorischen Gründen nicht von einer weiblichen Betreuungsperson gepflegt werden könnten, selbst wenn sie aufgrund eines sexuellen Missbrauchs erhebliche Probleme damit hätten oder ihnen die Pflege durch männliches Personal unangenehm sei. Einige Frauen nehmen ein Zuwenig an Hilfe und Unterstützung wahr, andere wünschen sich mehr Selbstständigkeit und/oder ein Leben außerhalb der Einrichtung, zum Beispiel im betreuten Wohnen. Eine Frau möchte, dass die Betreuerin anklopft und wartet, bis ihr die Tür geöffnet wird, bevor sie in den Wohnbereich der Heimbewohnerin eintritt. Psychisch erkrankte Frauen konkretisierten seltener ihre Kritik an Betreuungspersonal. Wenn sie dies taten, dann thematisierten sie ebenfalls, dass das Personal zu wenig Zeit hätte und unaufmerksam sei. Auch sie empfanden die Anwesenheit von männlichem Personal beim Duschen als unangenehm und störten sich zudem an der Einmischung von Betreuungspersonen in persönliche Angelegenheiten. Auch wurde kritisiert, „wie ein Kind behandelt“ zu werden.

Dass das Risiko von Gewalt in Einrichtungen auch mit erhöhten Abhängigkeiten und den Gelegenheitsstrukturen, etwa bei der Körper- und Intimpflege, ansteigen kann, deutet sich in der Auswertung weiterer Daten an. So waren Frauen, die bei der Körperpflege unterstützt

92 Vergleichsmöglichkeiten mit Frauen mit Behinderungen in Haushalten sind hier nur eingeschränkt gegeben, da diesen die Fragen zur Mitbestimmung in Bezug auf Wohnen und Finanzen so nicht gestellt wurden. Bei den psychisch erkrankten Frauen in Einrichtungen kommt hinzu, dass diesbezüglich die Fallzahlen zu klein für statistische Vergleiche sind. Sie fühlten sich jedoch ähnlich häufig wie kognitiv beeinträchtigte Frauen eingeschränkt und bevormundet und gaben noch häufiger als diese an, nicht ernst genommen, ignoriert und ungefragt angefasst zu werden.

wurden, zum Beispiel beim Waschen, Duschen und beim Gang zur Toilette, auch häufiger Opfer von psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt in Einrichtungen geworden; wiederum aufgrund der geringen Fallzahlen ist auch hier ein Signifikanznachweis nicht möglich.

Diese Beschreibungen und Auswertungen legen nahe, dass Einrichtungsroutinen unter bestimmten Bedingungen, die auch mit der unzureichenden Personalausstattung verbunden sein können, strukturelle Gewalt gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern befördern. Zudem zeigen sie auf, dass spezifische Machtverhältnisse und Routinen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen Gelegenheitsstrukturen für personale Gewalt und Grenzüberschreitung schaffen, die besonders die weniger wehrhaften und/oder die von Unterstützung abhängigeren Personen gefährden.

2. Wohnformen und Gewalt in Einrichtungen

In diesem Abschnitt stellt sich die Frage, ob es bestimmte Wohnformen des Lebens in Einrichtungen gibt, die Gewalt in Einrichtungen begünstigen. Auch hierzu kann nur ein begrenzter Ausschnitt möglicher relevanter Aspekte beleuchtet werden, da zur Thematik nur einige wenige Fragen gestellt wurden. Unter anderem wurden die Frauen gefragt, ob sie in einer eigenen Wohnung in der Einrichtung oder in einem Zimmer in der Einrichtung lebten, außerdem, ob ein eigenes abschließbares Zimmer vorhanden sei. Bei Wohngruppen wurden in die Größe und Geschlechterverteilung in der Wohngruppe erfasst. Zudem wurden Fragen nach abschließbaren Wasch- und Toilettenräumen, Wohnbereichen für Frauen und barrierefreien Wohnumwelten gestellt. Auch hier können Zusammenhänge mit Gewalt in Einrichtungen aufgrund der Fallzahlen nur für die kognitiv beeinträchtigten Frauen statistisch geprüft werden.

In Bezug auf die generelle Wohnform zeigt sich zunächst, dass Frauen mit eigenen Wohnungen in Einrichtungen tendenziell seltener psychische und körperliche Gewalt in Einrichtungen erlebt haben, wobei die Unterschiede hier aufgrund der geringen Fallzahlen nicht signifikant und nicht verallgemeinerbar sind. Für sexuelle Gewalt und sexuelle Belästigung traf dies nicht zu; von dieser waren jedoch Frauen in Wohngruppen tendenziell, aber nicht signifikant häufiger betroffen.

Die Größe der Wohngruppen hatte, soweit dies anhand der geringen Fallzahlen nachvollziehbar ist, keinen Einfluss in der Hinsicht, dass Frauen in Wohngruppen von mehr als fünf Personen häufiger psychischer und körperlicher Gewalt in der Einrichtung ausgesetzt wären. Es zeigt sich aber ein deutlicher, wenn auch aufgrund der Fallzahlen nicht signifikanter Zusammenhang zwischen der Größe der Wohngruppen und sexueller Gewalt bzw. sexueller Belästigung in der Einrichtung. Von den Frauen, die in Wohngruppen bis zu fünf Personen lebten,⁹³ gab keine an, sexuelle Gewalt in der Einrichtung erlebt zu haben, während das auf 10% der Frauen in Wohngruppen ab sechs Personen zutraf. Zudem waren in größeren Wohngruppen anteilmäßig mehr Frauen von sexueller Belästigung betroffen (13% vs. 9%).

Da die große Mehrheit der in Wohngruppen lebenden Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen (91%) geschlechtergemischt lebt und nur einige wenige Frauen ausschließlich mit anderen Frauen zusammenleben, kann nicht ermittelt werden, welchen Einfluss dieser Faktor auf die

⁹³ Die Aussagen bezogen sich hier auf 128 Frauen, die in Wohngruppen lebten und Aussagen zu Anzahl der dort lebenden Frauen, Männer und Kinder/Jugendlichen machten.

Gewaltbetroffenheit in Einrichtungen hat. Allerdings haben Frauen, die in den Wohngruppen ausschließlich mit Frauen leben (N = 21), keine sexuelle Gewalt und nur in einem Fall sexuelle Belästigung erlebt. Auch wenn dies nicht verallgemeinerbar ist, könnte vor dem Hintergrund, dass Täter im Bereich sexueller Gewalt fast ausschließlich männlichen Geschlechts sind, eine Frauenwohngruppe einen gewissen Schutz vor sexueller Gewalt in Einrichtungen bieten. Wohnbereiche oder Räume für Frauen in gemischten Wohnzusammenhängen bieten in dieser Hinsicht der Auswertung nach keinen Schutz. Im Gegenteil haben Frauen, die angaben, in der Einrichtung gebe es Räume nur für Frauen, sogar häufiger alle Formen von Gewalt und Belästigung erlebt als Frauen, bei denen dies nicht der Fall war, wobei auch hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ermittelt werden konnten.

Auch ein eigenes, abschließbares Zimmer bietet in dieser Hinsicht keinen generellen und nachhaltigen Schutz vor Gewalt in der Einrichtung. Frauen, die ein eigenes Zimmer in der Einrichtung bewohnen, haben nur unwesentlich und nicht signifikant seltener psychische und körperliche Gewalt in der Einrichtung erlebt; sie waren allerdings deutlich seltener von sexueller Gewalt in der Einrichtung betroffen (5 % vs. 10 %), wobei die Unterschiede nicht signifikant waren. Die Frage, ob das Zimmer abschließbar sei, hatte keine nachweisbare gewaltpräventive Auswirkung in Einrichtungen.

Die unzureichende Wahrung der Intimsphäre in Einrichtungen war bereits in der Erstauswertung problematisiert worden. So gab ein erheblicher Teil der kognitiv beeinträchtigten Frauen an, keine abschließbaren Wasch- und Toilettenräume zur Verfügung zu haben. Die Auswertungen zeigen hier auf, dass dies Gewalt in Einrichtungen begünstigen kann. So waren Frauen, die angaben, in den Einrichtungen abschließbare Wasch- und Toilettenräume zu haben, tendenziell seltener von psychischer und körperlicher Gewalt sowie sexueller Belästigung in der Einrichtung betroffen, wobei auch hier nicht durchgängig signifikante Unterschiede nachweisbar waren. Im Hinblick auf sexuelle Gewalt war dies nicht der Fall. Hiervon waren sogar Frauen, die in Einrichtungen mit abschließbaren Toilettenräumen lebten, tendenziell (aber nicht signifikant) häufiger betroffen. Möglicherweise ergeben sich hier auch Gelegenheitsstrukturen für potenzielle Tatpersonen.

Die Auswertungen zeigen insgesamt auf, dass die Wahrung der Privat- und Intimsphäre, aber auch eine überschaubare Organisation des Zusammenlebens einen gewissen Schutz vor Gewalt in Einrichtungen bieten kann, dass dies aber nicht durchgängig der Fall ist und möglicherweise „weichere“ Faktoren der Einrichtungskultur eine größere Rolle spielen. Demnach können eine Kultur der Hinschauens und der sensiblen Wahrnehmung potenzieller Grenzverletzungen sowie die Achtung der Bedürfnisse und Grenzen bzw. des Rechts auf Selbstbestimmung und eigene Bedürfnisse bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen eine stärkere gewaltpräventive Wirkung entfalten als andere bauliche und organisatorische Maßnahmen.

Aufklärung und selbstbestimmte Sexualität

Das Thema der sexuellen Aufklärung und selbstbestimmten Sexualität, gerade auch bei kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen, wurde in letzter Zeit im Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verstärkt diskutiert. Auch im Zusammenhang mit sexueller Gewalt wird vielfach davon ausgegangen, dass sexuelle Aufklärung und selbstbestimmte Sexualität das Risiko für Frauen, Opfer von sexueller Gewalt zu werden, vermindern. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Frauen gefragt, ob und von wem, außerdem in welchem Alter, sie sexuell aufgeklärt wurden.

Von den kognitiv beeinträchtigten Frauen waren gut die Hälfte (51 %) sexuell aufgeklärt worden⁹⁴ und etwas mehr als die Hälfte davon erinnerte sich, in welchem Alter dies war. Von den Frauen, die sich an das Alter bei der Aufklärung erinnerten (N = 91), gaben 28 % an, sie seien bis zum Alter von elf Jahren aufgeklärt worden, 54 % waren 12 bis 19 Jahre alt und 11 % 20 Jahre und älter, wobei es auch Frauen gab, die erst nach dem Alter von 30 Jahren sexuell aufgeklärt worden waren. Frauen, die angaben, sexuell aufgeklärt worden zu sein (N = 162), wurden am häufigsten von den Eltern (45 %) und von Lehrerinnen oder Lehrern (34 %) aufgeklärt. Andere Personen oder Quellen, etwa Ärztinnen bzw. Ärzte, Betreuungspersonen, andere Männer/Frauen bzw. Gleichaltrige/Geschwister, sowie eine Aufklärung über Fortbildungen und Medien (genannt wurden: Bravo/Sexfilme) wurden seltener angegeben. Der Anteil derjenigen, die professionelle Fortbildungen über Pro Familia o. Ä. erhalten haben, ist sehr gering (2 %); auch haben nur vergleichsweise wenige Frauen (7 %) eine Aufklärung durch Betreuungspersonal in stationären Wohneinrichtungen und Werkstätten angegeben. Fast drei Viertel der Frauen (74 %), die sexuell aufgeklärt wurden, waren mit dieser Aufklärung zufrieden, 9 % weniger zufrieden und weitere 9 % mäßig zufrieden (8 % machten dazu keine Angabe oder verstanden die Frage nicht).

Nur ein geringerer Teil der kognitiv beeinträchtigten Frauen (37 %) hat jemals sexuelle Erfahrungen gemacht. Sofern sie sich an das Alter erinnerten, in dem die ersten sexuellen Erfahrungen gemacht wurden (N = 73), gaben 14 % an, dies sei im Alter von 10 bis 14 Jahren gewesen, 32 % machten ihre ersten sexuellen Erfahrungen im Alter von 15 bis 17 Jahren und weitere 40 % gaben an, bis Mitte 20 ihre ersten sexuellen Erfahrungen gemacht zu haben. Auffällig ist, dass weitere 8 % ihre ersten sexuellen Erfahrungen erst ab dem Alter von 30 Jahren hatten. Insgesamt haben demnach Frauen dieser Untersuchungsgruppe vergleichsweise selten und spät sexuelle Erfahrungen gemacht.⁹⁵ Gefragt danach, wie wichtig Sexualität für sie sei, gaben fast die Hälfte der jemals sexuell aktiv gewesenen Frauen (47 %) an, dies sei nicht so wichtig für sie, und jeweils 22 % sagten, dies sei wichtig oder mittelmäßig wichtig. Eine eher zufriedenstellende Sexualität leben konnte etwa die Hälfte der sexuell jemals aktiven Frauen (und 18 % der gesamten Befragungsgruppe); 25 % waren eher damit unzufrieden, 13 % gaben mittlere Bewertungen an und weitere 13 % äußerten sich dazu nicht. Dies verweist darauf, dass von den kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen nur gut jede dritte überhaupt Sexualität erlebt hat und nur etwa jede sechste eine für sie zufriedenstellende Sexualität.

Die Analyse der Risikofaktoren zeigt auf, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen, die eine sexuelle Aufklärung erhalten haben, nicht besser geschützt sind vor sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt. So haben sie nicht seltener psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt in Einrichtungen erlebt; der Anteil der Frauen, die sexuelle Belästigung in einer Einrichtung erfahren haben, war sogar tendenziell (aber nicht signifikant) höher bei den sexuell aufgeklärten Frauen.

94 Die Frauen wurden dazu in vereinfachter Sprache gefragt: „Wurden Sie über Sexualität aufgeklärt?“ und es wurde ggf. zusätzlich erläutert: „Aufklärung heißt über Sex reden, über Tage/Periode oder wie eine Frau Kinder bekommt.“ Falls „Sex“ nicht verstanden wurde, wurde weiter erläutert: „Zwei Menschen lieben sich, sie wollen nackt zusammen liegen, sich streicheln und küssen und haben dabei starke Gefühle.“

95 Die geringe sexuelle Aktivität der kognitiv beeinträchtigten Frauen kann unterschiedliche Ursachen haben: zum einen eine unzureichende sexuelle Aufklärung und der Versuch von Eltern und Betreuungspersonen, dies zu verhindern, auch aus Angst vor sexuellem Missbrauch und den Folgen einer Schwangerschaft. Zum anderen wird in den offenen Angaben der Frauen auch sichtbar, dass negative Vorerfahrungen mit Sexualität in Form von sexuellem Missbrauch und ungewollten Übergriffen die Frauen davor zurückschrecken lassen, als Erwachsene weiterhin Sexualität zu leben.

Erstaunlicherweise zeigt sich mit Blick auf alle Gewalterfahrungen in Kindheit und Erwachsenenleben, dass jene Frauen, die sexuell aufgeklärt wurden, alle Formen von Gewalt in Kindheit und Jugend signifikant häufiger erlebt haben: Sie waren häufiger als nicht aufgeklärte Frauen von elterlicher körperlicher (57 % vs. 40 %) und psychischer (33 % vs. 25 %) Gewalt betroffen und haben häufiger sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend (31 % vs. 21 %) erlebt. Darüber hinaus waren sie auch im Erwachsenenleben signifikant häufiger von psychischer (80 % vs. 60 %), körperlicher (67 % vs. 54 %) und sexueller Gewalt (30 % vs. 15 %) betroffen. Womit dies zu erklären ist, kann anhand der Daten bislang nicht eindeutig ermittelt werden. Ein möglicher Hinweis findet sich darin, dass die Frauen vor allem dann häufiger von Gewalt betroffen waren, wenn sie angaben, durch Lehrerinnen und Lehrer aufgeklärt worden zu sein; bei diesen handelte es sich häufiger um Frauen, die in Kindheit und Jugend ganz oder teilweise in Einrichtungen aufgewachsen waren und die möglicherweise im Zusammenhang damit in Kindheit und Jugend und dann tendenziell auch im späteren Erwachsenenleben häufiger von Gewalt betroffen waren. Eine Kontrolle dieses Faktors zeigt auf, dass das Ergebnis zum Teil, aber nicht vollständig durch diesen Aspekt erklärbar ist, denn die Unterschiede bleiben – abgeschwächt – auch bei jenen Frauen bestehen, die in Kindheit und Jugend bei den Eltern aufgewachsen waren. Eine andere plausible Erklärung hierfür wäre, dass Frauen, die eher in einem professionellen Kontext (von Lehrerinnen und Lehrern) aufgeklärt wurden, stärker sensibilisiert sind und Gewalt besser als solche erkennen und benennen können; dies könnte nahelegen, dass sie faktisch gar nicht häufiger von Gewalt betroffen waren, sondern sie nur aufgrund der höheren Sensibilisierung im Rahmen der vorliegenden Studie häufiger berichten konnten. Ob dies zutrifft, kann anhand der Daten nicht eruiert werden.

Insgesamt zeigt aber die Studie auf, dass sexuelle Aufklärung per se kein protektiver Faktor für Gewalt gegen kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen sein muss, auch dann nicht, wenn es sich um eine aus Sicht der Betroffenen zufriedenstellende sexuelle Aufklärung handelte. So hatten diejenigen, die mit der sexuellen Aufklärung eher zufrieden waren, gegenüber den damit unzufriedenen nicht seltener sexuelle Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben angegeben und sie waren auch nur etwas seltener von psychischer und körperlicher Gewalt betroffen.

Nicht ermittelt werden kann anhand der Daten, ob sich eine gewaltpräventive Wirkung bei einer professionellen sexuellen Aufklärung zeigen würde, da zu wenige Befragte diese erfahren haben bzw. nicht ermittelt werden kann, inwieweit dies der Fall war. Die offenen Angaben der Frauen verweisen aber vorsichtig darauf, dass es sich bei der sexuellen Aufklärung der Frauen häufiger nicht um eine Aufklärung in Richtung sexueller Selbstbestimmung gehandelt hat, sondern oft auch um eine Verhinderung gelebter Sexualität und eine vor allem auf frühzeitige Schwangerschaftsverhütung ausgerichtete Maßnahme. Deutlich wird jedoch in der Auswertung, dass sexuelle Aufklärung auch auf das Thema Gewalt, Selbstbehauptung und Verhinderung von Gewalt inhaltlich fokussiert sein müsste, um in Richtung einer verstärkten Gewaltprävention wirksam werden zu können.

Darüber hinaus wird in den Daten sichtbar, dass die Öffnung für sexuelle Erfahrungen bei dieser Befragungsgruppe nicht *per se* mit einem geringeren Maß von Gewalt einhergeht, sondern im Gegenteil auch Gewalt befördern kann, wenn die Betroffenen nicht unterstützt werden, sich bei Übergriffen vor Gewalt zu schützen oder aktiv zur Wehr zu setzen. So hatten

sexuell aktive Frauen deutlich häufiger alle Formen von Gewalt in Kindheit und Erwachsenenleben erlebt und sie waren auch häufiger von sexueller Gewalt und sexueller Belästigung in Einrichtungen betroffen. Dieses Ergebnis muss aber sehr vorsichtig interpretiert werden. So könnte es auch sein, dass die in Kindheit und Jugend höher belasteten Frauen, die auch im Erwachsenenleben mehr sexuelle Gewalt erlebt haben, dies im Rahmen der Befragung als sexuelle Erfahrung eingeordnet haben und deshalb häufiger den sexuell aktiven Frauen zugeordnet wurden. Insofern wären die Ursache- und Wirkungszusammenhänge genau andersherum gelagert und die Daten könnten nicht auf eine Gewaltgefährdung durch erhöhte sexuelle Aktivität verweisen. Auch unabhängig davon scheint es aber wichtig zu sein, gerade die Zielgruppe der kognitiv beeinträchtigten Frauen zu unterstützen, eine selbstbestimmte Sexualität leben zu können, und die Frauen darin zu stärken, ungewollte Übergriffe zu erkennen und sich dagegen zur Wehr zu setzen. Sexuelle Aufklärung und eine sensible individuelle Begleitung sollten sich deshalb auch intensiv mit der Prävention von sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt auseinandersetzen.

Diskriminierung, strukturelle Gewalt und unzureichende infrastrukturelle Rahmenbedingungen als Risikofaktoren für personale Gewalt in Einrichtungen

Bereits in der Erstauswertung, aber auch in den vorangegangenen Analysen ist deutlich geworden, dass Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen einem erheblichen Ausmaß an Diskriminierungen und Benachteiligungen ausgesetzt sind. Das betrifft zum einen Einschränkungen in der selbstbestimmten Alltags- und Lebensgestaltung sowie der Aufnahme und Gestaltung eigenständiger privater Beziehungen, zum anderen aber auch strukturelle Benachteiligungen im Hinblick auf berufliche und ökonomische Ressourcen. Auch wurde in den vorangegangenen Auswertungen deutlich, dass Frauen in Einrichtungen, die benachteiligt, diskriminiert und unzureichend respektvoll behandelt werden, mehr gefährdet sind, Opfer von Gewalt zu werden, und sich im Gewaltfall seltener an Dritte wenden bzw. seltener Unterstützung erfahren (vgl. die Abschnitte zu Selbstbestimmung, sozioökonomischen Ressourcen und Gewalt in Einrichtungen in diesem Kapitel). Dies verweist darauf, dass Selbstbestimmung und die volle gesellschaftliche Teilhabe zentrale Voraussetzungen auch für Gewaltfreiheit und Gewaltschutz von Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen sind.

Im Rahmen der vorliegenden Sekundäranalyse wurde noch einmal vertiefend ausgewertet, welcher Zusammenhang bei den Frauen zwischen konkret erlebten Diskriminierungen durch Personen oder Institutionen und dem Risiko von Gewalt im Erwachsenenleben besteht. Dabei wurde aus einer Liste mit zwölf bzw. 13 Aussagen zu diskriminierenden Handlungen ein Index gebildet, der eine geringere, mittlere und hohe Betroffenheit durch Diskriminierungen abbildet.⁹⁶

Frauen, die unterschiedliche Formen von Diskriminierungen erlebt haben, waren erheblich und signifikant häufiger von allen Formen von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen und sie hatten zudem häufiger Gewalt in den letzten zwölf Monaten bzw. Gewalt in Einrichtungen

⁹⁶ Die diskriminierenden Handlungen umfassen folgende Aspekte: Freiheitseinschränkungen durch Regeln oder Bedingungen, ein Zuwenig oder Zuviel an Hilfe, Bevormundung/Benachteiligung/Diskriminierung durch Menschen oder Institutionen, angestarrt werden, ungefragt geduzt, nicht ernst genommen oder ignoriert werden, mangelnde Rücksichtnahme, unangenehmes oder ungewünschtes Anfassen, beschimpft werden aufgrund der Behinderung sowie andere unangenehme Erfahrungen mit Menschen in Zusammenhang mit der Behinderung. Die Itemliste der kognitiv beeinträchtigten Frauen umfasste 13 und die der psychisch erkrankten Frauen 12 Items. Eine Betroffenheit durch 0-2 Handlungen wurde als geringerer Grad der Diskriminierung eingestuft, eine Betroffenheit durch 3-6 Handlungen als mittlerer Grad und eine Betroffenheit durch 7-12 bzw. 13 Handlungen als hoher Grad der Diskriminierung.

erlebt.⁹⁷ Je mehr Diskriminierungen angegeben wurden, desto höher war das Ausmaß erlebter Gewalt. So waren kognitiv beeinträchtigte Frauen, die in geringerem Maße Diskriminierungen berichteten, zu 40 % von psychischer Gewalt, zu 36 % von körperlicher und zu 5 % von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffen. Diese Anteile stiegen deutlich an, wenn es sich um Frauen handelte, die ein mittleres Ausmaß an diskriminierenden Handlungen berichteten: Diese hatten zu 75 % psychische, zu 58 % körperliche und zu 23 % sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben erlebt. Bei der von diskriminierenden Handlungen am höchsten betroffenen Gruppe war auch die Gewaltbetroffenheit am gravierendsten: Diese hatte zu 97 % psychische, zu 86 % körperliche und zu 38 % sexuelle Gewalt erlebt. Die Unterschiede waren hier durchgängig signifikant. Auch stieg die Betroffenheit der Frauen durch *Gewalt in Einrichtungen* signifikant an, wenn in höherem Maße Diskriminierungen berichtet wurden. Von der am stärksten durch Diskriminierungen betroffenen Gruppe hatten 38 % psychische Gewalt in stationären Einrichtungen erlebt (vs. 11 % bzw. 17 % der davon in geringerem bzw. mittlerem Maße Betroffenen), 30 % waren von körperlicher Gewalt in der Einrichtung betroffen (vs. 12 % bzw. 18 %) und 14 % von sexueller Gewalt (vs. 1 % bzw. 2 %). Auch bei den psychisch erkrankten Frauen zeigte sich dieser Zusammenhang. Auch sie waren erheblich häufiger von allen Formen von Gewalt im Erwachsenenleben und von psychischer und körperlicher Gewalt⁹⁸ in den letzten zwölf Monaten betroffen, wenn sie in höherem Maße Diskriminierungen erlebt hatten. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Diskriminierungserfahrungen und Gewaltbetroffenheit eng und ursächlich miteinander verzahnt sind.

Die vorangegangene Analyse der Situation in Einrichtungen (siehe vorhergehender Abschnitt in diesem Kapitel) verweist zudem darauf, dass Diskriminierungen, etwa in Form von Bevormundung, mangelndem Ernstnehmen, mangelndem Respekt und Grenzverletzungen im Umgang mit Bewohnerinnen maßgebliche Faktoren für eine erhöhte Gewaltbetroffenheit auch in Einrichtungen sind. Im Rahmen der qualitativen Studie konnte zudem herausgearbeitet werden, dass es gerade auch aufgrund der Sozialisationserfahrungen für viele Frauen mit Behinderungen schwer ist, auf Selbstbestimmung und körperlicher Integrität – in privaten Beziehungen wie auch in Pflege- und Betreuungsverhältnissen – zu bestehen. Das von Kindheit an vermittelte Gefühl von Minderwertigkeit und die Problematik, dass den Frauen häufig nicht geglaubt wird bzw. sie nicht ernst genommen werden, aber auch die Gewöhnung an (körperliche) Grenzüberschreitungen verhindern, das Recht auf einen respektvollen und gewaltfreien Umgang einzufordern und im Gewaltfall aktiv Unterstützung zu suchen. Diese Probleme dürfen nicht individualisiert werden. Sie sind in hohem Maße gesellschaftlich und politisch-strukturell mitbedingt und können auch nur über eine Veränderung der Strukturen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nachhaltig gelöst werden.

Aiha Zemp, die sich als eine der Ersten intensiv empirisch mit der Situation und Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen auseinandergesetzt hat, stellte dazu fest, dass sexualisierte Gewalt in Heimen in einem direkten Zusammenhang mit struktureller Gewalt stehe, und verweist dabei unter anderem auf den gesellschaftlichen Umgang mit Behinderung sowie die Exklusion, die bei gesonderten Ausbildungsformen beginnt und sich

97 Aufgrund der Fallzahlen und der unterschiedlichen Fragen hierzu wurde für psychisch erkrankte Frauen der 12-Monats-Zeitraum einbezogen und für kognitiv beeinträchtigte Frauen Gewalt durch Personen in stationären Einrichtungen.

98 Die Fallzahlen für sexuelle Gewalt in den letzten 12 Monaten waren für einen statistischen Nachweis zu gering.

später im sozialen und ökonomischen Bereich fortsetze. Dieser Benachteiligung könne letztlich nur begegnet werden durch einen notwendigen Paradigmenwechsel: weg von der Fürsorge hin zum selbstbestimmten Leben (Zemp 2002).

Im Zusammenhang mit politisch-strukturellen Rahmenbedingungen muss auch betont werden, dass eine unzureichende Finanzierung und Ausstattung von Einrichtungen und Institutionen, aber auch von Unterstützungsangeboten für von Gewalt betroffene Frauen die volle Teilhabe, Selbstbestimmung und einen wirkungsvollen Gewaltschutz verhindert (siehe Erfahrungen Einrichtungen, Kap. 5).

So wurde auch im Rahmen der vorliegenden Studie sichtbar, dass Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen bislang keinen barrierefreien Zugang zum Unterstützungssystem für von Gewalt betroffene Frauen haben und zudem auch rechtlich nicht in derselben Weise wie Frauen mit/ohne Behinderungen in Haushalten geschützt sind (vgl. dazu auch die Praxiserfahrungen in Kap. 5). Nur sehr selten wurden bei Gewalt in Einrichtungen externe Beratungsstellen und Frauenhäuser einbezogen (von kognitiv beeinträchtigten Frauen noch seltener als von psychisch erkrankten Frauen). Darüber hinaus verweisen die Schilderungen der Frauen darauf, dass die Gewalthandlungen, sofern sie durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in Einrichtungen verübt wurden, nicht konsequent sanktioniert werden und das Opfer häufig gezwungen ist, weiterhin mit den Täterinnen bzw. Tätern den Alltag zu teilen (vgl. Schröttle/Hornberg 2013, Kavemann/Helfferich 2013 sowie die Ausführungen in Kapitel 5).

Hinzu kommen diskriminierende gesellschaftliche Vorstellungen und Bilder über Menschen mit Behinderungen, die diese ebenfalls (individuell und politisch-strukturell) schwächen, per se eine Form von struktureller Gewalt darstellen, aber auch personale Gewalt begünstigen. Insbesondere Konstruktionen von behinderten Frauen als schwach und unattraktiv können Abhängigkeitsverhältnisse befördern (vgl. Kavemann/Helfferich 2013) und verhindern, dass von Gewalt betroffene Frauen ihre Situation Dritten gegenüber anvertrauen bzw. Unterstützung suchen und sich aus Gewaltsituationen lösen (vgl. ebd., sowie Plummer et al. 2012). Auch die Tendenz, kognitiv beeinträchtigte Frauen entweder als kindlich und asexuell (Yoshida et al. 2009) oder als promiskuitiv (Chenoweth 1996) darzustellen,⁹⁹ begünstigt und legitimiert letztlich die gegen sie gerichtete sexuelle Gewalt und schützt Täter vor Entdeckung und Sanktionierung der Taten.

Die auf der vorliegenden Analyse aufbauenden erforderlichen Veränderungen in sozialer Praxis, Gesellschaft und Politik sollen, auch in Zusammenschau mit den konkreten Praxiserfahrungen in Einrichtungen, im abschließenden Kapitel 5 beleuchtet werden.

4.4 Zusammenfassung der Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen

Im Rahmen der vorliegenden Risikofaktorenanalyse konnten folgende Aspekte als Ursachenzusammenhänge und gewaltbegünstigende Faktoren für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen bestätigt werden.

⁹⁹ Beides könnte zudem auch eine Folge von entmündigenden Sozialisationserfahrungen, unzureichender Aufklärung und erlebter sexueller Gewalt sein.

- Spezifische **Formen und Ausprägungen von Behinderungen** können mit einer erhöhten Vulnerabilität, Opfer von Gewalt zu werden, einhergehen, weil sie mit einer eingeschränkten Wehrhaftigkeit und/oder spezifisch gefährdenden Lebens- und Abhängigkeitssituationen und/oder spezifischen Reaktionen der Umwelt in Zusammenhang stehen. Besonders gefährdet sind der vorliegenden Analyse nach und in Übereinstimmung mit bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen Frauen mit psychischen Erkrankungen, kognitiv beeinträchtigte Frauen, Frauen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen sowie Frauen mit erheblichen Hör-, Sprech- und Sehbeeinträchtigungen. Darüber hinaus sind Frauen, die in erhöhtem Maße im täglichen Leben beeinträchtigt und auf Unterstützung angewiesen, insofern auch schwerer behindert und abhängiger sind, vulnerabler, Opfer von Gewalt zu werden. Das Risiko, *Opfer von Gewalt in einer stationären Einrichtung* zu werden, ist für kognitiv beeinträchtigte Frauen höher als für psychisch erkrankte Frauen. Das Risiko, Opfer von *multipler Gewalt im Lebensverlauf* geworden zu sein, ist für psychisch erkrankte Frauen am höchsten, wobei hier fortgesetzte Gewalt auch maßgeblich mit zur psychischen Beeinträchtigung beigetragen haben kann.
- **Schädigende und schwächende (auch gewaltsame) Kindheitserfahrungen** sind, wie alle bisherigen Studien aufzeigen und wie auch die vorliegende Auswertung bestätigt, ein zentraler Risikofaktor für Gewalt im Erwachsenenleben. Auch die in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen waren dann am häufigsten von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn sie bereits in Kindheit und Jugend Opfer von körperlicher, sexueller und/oder psychischer Gewalt geworden waren. Darüber hinaus konnten biografische Brüche in Kindheit und Jugend, das Aufwachsen bei nur einem Elternteil sowie die frühe Unterbringung in Einrichtungen das Risiko für Gewalt im Lebensverlauf erhöhen. Hinzu kommt das Risiko durch eine unzureichende Förderung und eine Schwächung des Selbstbewusstseins im Rahmen der Sozialisation der Frauen, welches ebenfalls nachweislich mit einer erhöhten Betroffenheit durch Gewalt und einer mangelnden Wehrhaftigkeit der Frauen einhergeht. Insbesondere kognitiv beeinträchtigte Frauen waren dann seltener von Gewalt im Erwachsenenleben betroffen, wenn Eltern zugewandt, wertschätzend und liebevoll beschrieben wurden. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass der Schutz und die Förderung von Kindern, aber auch die Unterstützung von Eltern behinderter Kinder maßgebliche Ansatzpunkte auch für eine wirkungsvolle Gewaltprävention sein können.
- **Geringe berufliche, ökonomische, soziale und psychosoziale Ressourcen:** Der Zusammenhang von *Bildung, sozioökonomischen Ressourcen* und Gewalt konnte für die Untersuchungsgruppen der Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen nicht statistisch nachgewiesen werden, da zu wenige Frauen der Untersuchungsgruppe in diesem Bereich über entsprechende Ressourcen verfügen. Auch bestehen in der internationalen Forschung dazu widersprüchliche Einschätzungen. Da aber Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen sehr häufig geringe Bildungs-, berufliche und ökonomische Ressourcen haben, ist davon auszugehen, dass dies ihre Chancen, sich gegen Gewalt zur Wehr zu setzen und aus Gewaltverhältnissen zu lösen, deutlich erschwert. In Bezug auf *soziale Ressourcen* konnte die Studie feststellen, dass Frauen in Einrichtungen, die enge, vertrauensvolle Beziehungen haben, weniger häufig Opfer von Gewalt wurden. Sofern diese Gewalt erlebt hatten, konnte zudem die Gewalt häufiger institutionell aufgedeckt und polizeilich bekannt werden; auch suchten diese Frauen eher Unterstützung bei Dritten. Insofern stellt eine hohe Qualität enger sozialer Beziehungen einen protektiven Faktor im Hinblick auf Gewalt und Gewaltfolgen dar. Weniger relevant waren in dieser Hinsicht *quantitative Aspekte der sozialen Einbindung*, etwa die Anzahl außerhäuslicher Freizeitaktivitäten, die Besuche in der Einrichtung und das Vorhandensein bzw. die

Anzahl von Ansprechpersonen bei Problemen. Darüber hinaus stellen *psychische und psychosoziale Ressourcen* der Studie nach einen protektiven Faktor für Gewalt dar: Frauen, die, auch aufgrund günstigerer Sozialisationsbedingungen und stärkender sozialer Umfeldereine höhere Chancen haben, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln, waren seltener von Gewalt betroffen, konnten sich besser gegen diese zur Wehr setzen und im Gewaltfall eher Unterstützung finden. Frauen, die sich unzureichend ernst genommen und unzureichend respektvoll behandelt fühlten, waren demgegenüber deutlich häufiger von Gewalt betroffen. Die Auswertung verweist insgesamt auf die hohe Bedeutung gerade auch von sozialen und psychosozialen Ressourcen für die Gewaltprävention.

■ **Lebensbedingungen in stationären Einrichtungen:** Zwar sind Frauen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, nicht generell häufiger von Gewalt betroffen als Frauen in privaten Haushalten; die Lebenssituation in Einrichtungen ist aber mit spezifischen Risikokonstellationen verbunden, die insbesondere bei den kognitiv beeinträchtigten Frauen die Gefahr, Opfer von Gewalt durch andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und Personal zu werden, erhöht. Darüber hinaus verweisen bei beiden Befragungsgruppen geäußerte Angst- und Bedrohungsgefühle im Hinblick auf Gewalt durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner (eingeschränkt auch durch Personal) auf ein Klima latenter Gewalt. *Risikofaktoren* für erhöhte Gefährdungen durch Gewalt in Einrichtungen sind der Analyse nach: das Fehlen enger, vertrauensvoller Beziehungen, das Angewiesensein auf Unterstützung bei der Körperpflege und das Fehlen einer Kultur des Ernstnehmens, des respektvollen und grenzwahrenden Umgangs sowie des Eingehens auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner. Interessanterweise waren andere Faktoren, die im Vorfeld der Studie als mögliche Risikofaktoren eingeschätzt wurden, weniger relevant in Bezug auf die Gewaltbetroffenheit in Einrichtungen. So konnte etwa im Hinblick auf das Vorhandensein einer eigenen Wohnung, eines eigenen Zimmers sowie abschließbarer Wasch- und Toilettenräume nur eine *schwach protektive Wirkung* festgestellt werden. Des Weiteren hatten die Mitbestimmung in Bezug auf die Auswahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und eigene finanzielle Angelegenheiten, die Anzahl von Freizeitaktivitäten außer Haus sowie von Besuchen in der Einrichtung als Aspekte von Selbstbestimmung und sozialer Integration keinen relevanten Einfluss in Richtung einer geringeren Gewaltbetroffenheit von Frauen in Einrichtungen. Die Auswertungen zeigen zwar auf, dass die Wahrung der Privat- und Intimsphäre, aber auch eine überschaubare Organisation des Zusammenlebens (mit kleineren Gruppen) einen gewissen Schutz vor Gewalt in Einrichtungen bietet, dass aber offenbar „weichere“ Faktoren der Einrichtungskultur eine größere Rolle spielen. So scheinen Fragen des konkreten respektvollen Umgangs in Alltagssituationen, des Ernstnehmens, der Achtung von Bedürfnissen und der Wahrung von Grenzen, auch in Bezug auf die Privat- und Intimsphäre, für die Gewaltprävention erheblich wichtiger zu sein als allein Fragen der räumlichen Organisation und der generellen einrichtungsinternen Mitbestimmung. Eine *unzureichende Aufmerksamkeit und Grenzwahrung* (auch bei der Intim- und Körperpflege) im Rahmen der Einrichtungsroutinen stellt dagegen eine Form von struktureller Gewalt dar, die ein Klima und Gelegenheitsstrukturen schafft, welche personale Gewalt erst ermöglichen.

Keine protektiven Wirkungen für Gewalt in Einrichtungen ließen sich im Hinblick auf sexuelle Aufklärung und gelebte Sexualität bei kognitiv beeinträchtigten Frauen feststellen; beides konnte sogar das Risiko für (sexuelle) Gewalt in Einrichtungen erhöhen. Allerdings dürfte es sich hier nicht in ausreichendem Maße um eine professionelle sexuelle Aufklärung gehandelt haben, die eine selbstbestimmte Sexualität und die Möglichkeit der Grenzsetzung

bei Übergriffen stärkt. Das Ergebnis, dass nur ein kleinerer Teil der kognitiv beeinträchtigten Frauen (37%) jemals Sexualität gelebt hat und nur etwa die Hälfte davon eine für sie zufriedenstellende Sexualität erlebte, aber auch die Beobachtung, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen häufiger von anderen Personen sexuell instrumentalisiert werden und sich dagegen nur schwer zur Wehr setzen können, sind Indikatoren, die auf die Notwendigkeit einer verbesserten sexuellen Aufklärung und individuellen Begleitung bei Fragen zur Sexualität verweisen. Möglicherweise kann auch hier erst eine verbesserte Qualität von sexueller Aufklärung und psychosozialer Unterstützung bei gelebter Sexualität eine stärkende und gewaltpräventive Wirkung entfalten.

- Die Analyse der Daten verweist darauf, dass **gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen und Diskriminierungen** maßgebliche Ursachen auch für Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen darstellen. Frauen, die in erhöhtem Maße von Diskriminierungen, Einschränkungen und Bevormundung sowie einem unzureichend respektvollen Umgang betroffen waren, haben erheblich häufiger Gewalt im Erwachsenenleben, in Einrichtungen und in der aktuellen Lebenssituation erfahren. Hier besteht ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für gewaltpräventive Strategien in Einrichtungen. Basis für eine Verbesserung der Situation ist einerseits der Abbau von gesellschaftlich geprägten diskriminierenden Bildern und Vorstellungen von Menschen mit Behinderungen bzw. von Frauen mit Behinderungen. Andererseits muss eine ausreichende Finanzierung und Ausstattung von Einrichtungen und Institutionen gegeben sein, damit Einrichtungsroutinen nicht strukturelle und personale Gewalt befördern (siehe dazu auch die Erfahrungen der Einrichtungen, Kap. 5).
- Die Auswertungen zeigen insgesamt auf, dass Frauen in Einrichtungen im Falle einer Gewaltbetroffenheit **in unzureichendem Maße** geschützt sind und kaum auf externe **Unterstützungssysteme und Interventionen** zurückgreifen können. Wenn im Gewaltfall von den Betroffenen überhaupt Dritte eingeschaltet werden, handelt es sich zumeist um Eltern und Betreuungspersonen, die aber oft interne Lösungen präferieren, welche nur bedingt wirkungsvoll sind und keinen nachhaltigen Schutz gerade auch vor Täterinnen und Tätern mit Behinderungen in Einrichtungen bieten. Eine selbstständige Inanspruchnahme externer Angebote und Institutionen, etwa von Beratungsstellen, Frauenhäusern und Polizei, ist insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen kaum möglich. Hier ist der Ausbau qualifizierter interner und externer niedrigschwelliger Unterstützungs- und Beratungsangebote erforderlich, der in Kooperation mit Einrichtungen und bestehenden Angeboten bzw. Institutionen vor Ort entwickelt werden muss. Umsetzungsstrategien hierfür werden in Kapitel 5 vertieft.

5.

Problemanalyse, Lösungsansätze und Maßnahmenvorschläge

Die Analyse der aktuellen Problemsituation und die Entwicklung von Lösungsansätzen bzw. Maßnahmenvorschlägen im Rahmen der vorliegenden Studie speisen sich aus unterschiedlichen Quellen. Zum einen verweist der empirische Teil der Studie auf unterschiedliche Risikofaktoren, die wichtige Ansatzpunkte für eine verbesserte Prävention und Intervention von Gewalt gegen Frauen in Einrichtungen aufzeigen. Zum anderen wurde im Rahmen der vorliegenden Studie ein Workshop mit Praktikerinnen und Praktikern aus der Verbandsarbeit, der Lobbyarbeit für Menschen mit Behinderungen und aus der Arbeit in Einrichtungen durchgeführt, um Probleme und Erfahrungen aus deren Perspektive zu beleuchten und mögliche Lösungen für eine verbesserte Gewaltprävention in den Einrichtungen der Behindertenhilfe zu erarbeiten. Aus beiden Quellen wurden schließlich Maßnahmenvorschläge für die Umsetzung in Politik, sozialer Praxis und Verwaltung entwickelt. An einigen Stellen wurden ergänzend auch Vorschläge zur Gewaltprävention in Einrichtungen aufgegriffen, die im Rahmen der bisherigen gesellschaftspolitischen Arbeit und Diskussionen entwickelt wurden. Es handelt sich dabei unter anderem um Arbeits-, Konzept- und Positionspapiere aus Politik, Praxisarbeit und von Interessenvertretungen behinderter Menschen.

5.1 Problemanalyse und Ansatzpunkte, die sich aus der empirischen Datenauswertung ergeben

Aus der empirischen Datenanalyse lassen sich folgende Probleme und Ansatzpunkte für eine verbesserte Gewaltprävention in Einrichtungen der Behindertenhilfe ableiten:

Zielgruppenspezifische Konzepte

Im Rahmen der empirischen Analyse war sichtbar geworden, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen in besonderer Weise betroffen sind und mehr Probleme als andere Frauen haben, (externe) Unterstützungsangebote zu kennen, zu erreichen und in Anspruch zu nehmen. Psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen, die hier zwar aufgrund der Vorerfahrungen aus dem Leben ohne Behinderung außerhalb der Einrichtung häufig mehr Kenntnisse über Unterstützungsmöglichkeiten haben, sind andererseits oftmals aufgrund von fortgesetzter Gewalt im Lebensverlauf besonders belastet und gefährdet, erneut Opfer von Gewalt – auch außerhalb der Einrichtungen – zu werden.

Die Analyse der unterschiedlichen Risiken und Zugangsmöglichkeiten zum Unterstützungssystem verweist auf die Notwendigkeit *zielgruppenspezifischer* und auf *unterschiedliche Gewaltkontexte* bezogener Präventions- und Interventionskonzepte zur besseren Unterstützung Betroffener in Einrichtungen.

Stärkere Berücksichtigung bislang vernachlässigter Gewaltkontexte

Mit Blick auf *körperliche und sexuelle Gewalt in Einrichtungen* muss insgesamt ein stärkerer Fokus auch auf Gewalt durch andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner der Einrichtungen gelegt werden. Gewaltpräventive Aktivitäten in Bezug auf potenzielle Gewalt durch Personal sollten zudem auch psychische und strukturelle Gewalt, grenzverletzende Umgangsweisen sowie Einschränkungen im Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf Selbstbestimmung fokussieren. Darüber hinaus wurde in der Studie sichtbar, dass in Einrichtungen lebende Frauen Gewalt auch außerhalb der Einrichtungen erfahren, etwa durch Familienangehörige, Personen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis, in der Arbeitswelt sowie durch unbekannte Personen im öffentlichen Raum. Auch hier sind jeweils settingspezifische Ansätze für Gewaltprävention und geeignete Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln. Besonders Frauen, die bereits von Kindheit an sehr schwere und (auch sexuell) grenzüberschreitende Gewalt erlebt haben, welche sich vielfach im Lebensverlauf fortsetzt, wie dies am häufigsten bei psychisch erkrankten Frauen der Fall ist, benötigen entsprechend ausgerichtete (psycho-)therapeutische und ressourcenstärkende Unterstützung sowie einen geschützten Raum, um die schädigenden Lebenserfahrungen zu überwinden und sich gegen Grenzüberschreitungen und Gewalt besser zur Wehr setzen zu können. Auch hierfür sind zielgruppenspezifische Angebote innerhalb der Einrichtungen und in Kooperation mit externen Unterstützungseinrichtungen zu erarbeiten.

Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen

Die Beobachtung der vorliegenden und vorangegangener Studien, dass Gewalt in Kindheit und Jugend ein zentraler Risikofaktor für spätere psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen, aber auch für fortgesetzte Gewalt und eine erhöhte Vulnerabilität im Lebensverlauf ist (vgl. Kap. 4.3 sowie Schröttle/Müller 2004, Schröttle/Kheleifat 2008, Schröttle/Ansorge 2009, Schröttle/Hornberg/Bohne et al. 2009, WHO 2013), verweist auf die Notwendigkeit, im Sinne der Primärprävention beim Schutz von Kindern und Jugendlichen anzusetzen. Bei Frauen, die bereits in Kindheit und Jugend behindert waren, kommt gefährdend hinzu, dass sie vielfach – aufgrund der Gewöhnung an Abhängigkeiten, Unselbstständigkeit und unzureichende Selbstbestimmung – in ihrem Selbstbewusstsein und den Möglichkeiten, Grenzen zu ziehen oder eigenständig Unterstützung zu suchen, beeinträchtigt sind. Hinzu kommt, dass – wie die vorliegende Untersuchung aufzeigte – vor allem kognitiv beeinträchtigte Frauen häufiger in Kindheit und Jugend in Einrichtungen untergebracht waren, was ebenfalls das Risiko für Gewalt im Lebensverlauf erhöhte. Neben umfassenden bevölkerungsweiten Maßnahmen zum verbesserten Kinderschutz bieten sich hier spezifische Ansatzpunkte im Bereich der gezielten Unterstützung und Förderung kognitiv beeinträchtigter Kinder und ihrer Eltern an; diese sollen einerseits Belastungen und Überforderungen (auch der Eltern) entgegenwirken, andererseits die Selbstständigkeit, das Selbstwertgefühl und die Selbstbehauptung kognitiv beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher fördern. Darüber hinaus ist die aktive Unterstützung psychisch belasteter Kinder, die von Gewalt im Elternhaus oder in anderen Lebenskontexten betroffen sind oder waren, zu forcieren, um die Gefahr von gesundheitlichen bzw. psychischen Schädigungen und fortgesetzter Gewalt im Lebenslauf zu vermindern.

Stärkung der Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen

In der empirischen Studie war sichtbar geworden, dass insbesondere Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen über geringe Bildungs-, berufliche und ökonomische Ressourcen verfügen. Dies kann sich beeinträchtigend auf ihr Selbstbewusstsein auswirken und Abhängigkeitssitua-

tionen, gerade auch in gewaltgeprägten sozialen Beziehungen, befördern. Eine wichtige soziale Ressource stellen enge, vertrauensvolle Beziehungen dar, die bei Frauen in Einrichtungen oft nicht oder nur unzureichend vorhanden sind. Die empirische Studie konnte aufzeigen, dass gerade in diesem Fall das Risiko, Gewalt zu erleben und im Gewaltfall keine Unterstützung zu erhalten, erhöht ist. Insofern wäre eine wichtige Maßnahme – auch für einen verbesserten Schutz der Frauen und eine wirksamere Gewaltprävention in Einrichtungen –, für diese die Voraussetzungen zu schaffen, enge soziale Beziehungen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen eingehen und zugleich ein größtmögliches Maß an Selbstständigkeit und Unabhängigkeit erreichen zu können. Dies umfasst die Möglichkeit, in der Einrichtung ein Privatleben mit eigenständigen Beziehungen, auch zu Personen außerhalb der Einrichtung, aufzubauen. Dazu gehört auch die Möglichkeit, mit Partnerinnen oder Partnern zusammenzuleben und Familien zu gründen bzw. Freundschaftsbeziehungen zu pflegen. Darüber hinaus ist eine ressourcenstärkende bildungsbezogene, berufliche und sozioökonomische Förderung von Menschen in Einrichtungen erforderlich, die auch die Aufklärung über eigene Rechte auf Selbstbestimmung in der Lebensplanung beinhaltet.

Veränderungen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen

In den Aussagen der in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen zeigt sich, dass diese sich häufig in ihren sozialen Umfeldern nicht respektiert und ernst genommen fühlen; außerdem wurden oftmals Einschränkungen der Freiheit und eigenständigen Entscheidung beschrieben. Grenzverletzende Umgangsweisen in Form von Bevormundung, ungefragtem Duzen und Anfassen sowie die Missachtung individueller Bedürfnisse, etwa bei der Körperpflege, scheinen keine Ausnahme zu sein. Vielfach ist die Privat- und Intimsphäre der Frauen nicht geschützt. Die Auswertungen haben aufgezeigt, dass im Sinne der Gewaltprävention ein respektvoller und Grenzen wahrender Umgang mit Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe dringend erforderlich ist. Besonders wichtig sind dabei das Ernstnehmen, die Achtung der Körpergrenzen, der Intimsphäre sowie der individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner. Auch müssen Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf die Personen, die Assistenz bei der Körperpflege leisten, gegeben sein.¹⁰⁰ Zudem ist organisatorisch und räumlich darauf zu achten, dass eigene Zimmer/Wohnungen zur Verfügung stehen und ein Zusammenleben in kleineren Wohngruppen oder Wohneinheiten ermöglicht wird.

Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Aufklärung

Da Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen häufig nicht sexuell aufgeklärt sind und keine selbstbestimmte Sexualität leben (können) ist es wichtig, sie umfassend über Sexualität, Schwangerschaft, Verhütung, ihr Recht auf die eigenständige Aufnahme sexueller Beziehungen und die eigene Entscheidung über schwangerschaftsverhütende Maßnahmen aufzuklären. Damit dies jedoch tatsächlich eine gewaltpräventive Wirkung entfalten kann, ist es wichtig, in Maßnahmen der sexuellen Aufklärung auch unzulässige Grenzverletzungen und sexuelle Gewalt intensiv zu thematisieren und die Fähigkeit zur Selbstbehauptung und Selbstverteidigung bei sexuellen Übergriffen im Sinne des Empowermentansatzes zu stärken. Damit soll der Gefahr entgegengewirkt werden, dass Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Zuge von Aufklärungsmaßnahmen und erhöhten sexuellen Aktivitäten

¹⁰⁰ Dies betrifft auch aber nicht nur das Recht auf geschlechtergleiche Pflege; es geht generell um die Wahlfreiheit der Person(en), die bei der Pflege assistiert/assistieren.

durch Dritte manipuliert, instrumentalisiert und sexuell ausgebeutet werden, was im Ergebnis eine Zunahme sexueller Gewalt und ungewollter sexueller Handlungen zur Folge haben könnte. Auch dürfte es im Sinne der langfristigen Gewaltprävention sinnvoll sein, sexuell aktive Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen kontinuierlich begleitend sexualpädagogisch zu beraten, wenn sie dies wünschen.

Gewaltprävention und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen in Einrichtungen

Einrichtungen müssen so ausgestattet sein, dass die Menschenwürde und die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet sind und ein umfassender Schutz vor Gewalt besteht (siehe dazu auch weitere Ausführungen in Kap. 5.2 und 5.3). Da die Untersuchung aufgezeigt hat, dass Einrichtungen gerade im Gewaltfall häufig als „geschlossene Systeme“ agieren und von Gewalt betroffene Frauen bislang kaum eigenständig auf die Unterstützung durch externe Institutionen zurückgreifen können, sind Schutz, Unterstützung und Kontrolle in der Einrichtung zu forcieren, aber auch in Kombination mit niedrigschwelligen externen Unterstützungsangeboten und Interventionen anzubieten. Dazu ist ein Ausbau qualifizierter interner und externer niedrigschwelliger Unterstützungs- und Beratungsangebote erforderlich, die in Vernetzung und Kooperation mit Einrichtungen und bestehenden Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Frauen (Frauenberatungsstellen) sowie mit Institutionen (Polizei, Justiz, Jugendamt) jeweils vor Ort entwickelt werden müssen (vgl. dazu auch Konkretisierungen in Kap. 5.2 und 5.3).

Gesamtgesellschaftliche Maßnahmen/Öffentlichkeitsarbeit

Die Studienauswertung hat aufgezeigt, dass das Risiko für Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen, aber auch die unzureichende Unterstützung und Intervention im Falle einer Gewaltbetroffenheit in Einrichtungen maßgeblich auf das mangelnde Ernstnehmen und auf diskriminierende Sichtweisen gegenüber Menschen mit Behinderungen zurückzuführen sind. Die diskriminierenden und abwertenden Bilder und Vorstellungen über Männer und Frauen mit Behinderungen sind oftmals gesellschaftlich geprägt und setzen sich vielfach auch im Umgang mit Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen und im Hinblick auf die Beschneidung ihrer Rechte auf ein selbstbestimmtes Leben fort. Insofern sind auch im Sinne der Gewaltprävention gesamtgesellschaftliche politische Veränderungen und gesellschaftliche Bewusstwerdungsprozesse einzuleiten, die über Öffentlichkeits- und politische Arbeit veränderte Sichtweisen auf Behinderung und auf Menschen mit Behinderungen befördern. Zum anderen sind die strukturellen, politisch-administrativen und ökonomischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben frei von Gewalt und Bevormundung führen können.

5.2 Problemanalyse und Ansatzpunkte aus der Perspektive der sozialen Praxis (Ergebnisse des Workshops)

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde an der Universität Bielefeld in 2013 ein Workshop durchgeführt. Hierzu wurden gezielt Personen eingeladen, die sich aus der Praxisperspektive von Einrichtungen und Einrichtungsträgern sowie den Interessenvertretungen behinderter Frauen mit Gewaltschutz, Prävention und Selbstbestimmung in Einrichtungen befassen. Ziel des eintägigen Workshops war es, die Situation von Frauen in Einrichtungen aus

unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten und zu eruieren, wie Personen aus der Praxisarbeit den Schutz in Einrichtungen einschätzen bzw. welche Erfahrungen bislang mit Schutzmaßnahmen für Frauen und Gewaltprävention in Einrichtungen gemacht wurden. Darüber hinaus wurde diskutiert, welche Maßnahmen sinnvoll sind und welche Rahmenbedingungen benötigt werden, um einen besseren Schutz von Frauen in Einrichtungen zu gewährleisten. Ein starker Schwerpunkt der Diskussion lag auf Maßnahmen der Gewaltprävention in den Einrichtungen selbst. Aber auch die politisch-gesellschaftlichen Voraussetzungen dafür und die Notwendigkeit der interinstitutionellen Vernetzung wurden im Workshop thematisiert.

Gewaltprävention und Gewaltschutz in Einrichtungen

Im Rahmen des Workshops wurde positiv hervorgehoben, dass durch die empirische Studie des BMFSFJ eine Datenbasis geschaffen worden sei, die ein erhöhtes Problembewusstsein aufgrund des Nachweises der hohen Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen geschaffen habe. In den Einrichtungen sei infolge ein hoher Handlungsdruck entstanden. Während im Bereich des Schutzes von Kindern in Einrichtungen aufgrund der Missbrauchsdebatte in den letzten Jahren viele Fortschritte gemacht worden seien, stünden Gewaltschutz und Gewaltprävention in Bezug auf Erwachsene mit Behinderungen in Einrichtungen jedoch noch in den Anfängen. Wie im Bereich der Jugendhilfe/Frühen Hilfen sollten deshalb auch Fachkräfte aus der Arbeit mit Erwachsenen konsequent aus-, fort- und weitergebildet werden. Betont wurde auch aus der Praxisperspektive die Notwendigkeit einer *zielgruppen- und altersspezifischen sowie auf unterschiedliche Gewalkontexte und Settings abgestimmten Herangehensweise*.

Folgende Problembereiche, Erfahrungen und Ansatzpunkte für einen verbesserten Gewaltschutz in Einrichtungen wurden im Rahmen des Workshops aufgegriffen:

- I Qualitätsmanagement und verpflichtende Verabredungen (z. B. Leitlinien/Rahmenkonzepte) in Institutionen:** Positive Erfahrungen wurden bislang gemacht mit der Festlegung verbindlicher Handlungsabläufe für den Umgang mit Verdachtsfällen auf (sexuelle) Gewalt im Rahmen von Leitlinien und Rahmenkonzepten und deren Implementierung im Qualitätsmanagement. Dies würde Sicherheit und Klarheit darüber schaffen, was im Falle einer Gewaltbetroffenheit in der Einrichtung zu tun sei. Zentrale Voraussetzung für deren Wirksamkeit sei, dass die Umsetzung durch die Leitung aktiv und verantwortlich mitgetragen würde, der Austausch zwischen „oben“ und „unten“ funktioniere und eine Einrichtungskultur des Hinsehens und der Transparenz geschaffen werde. Von den Teilnehmenden des Workshops wurde empfohlen, in den Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgängig Leitlinien und Rahmenkonzepte zur Gewaltprävention und zum Gewaltschutz einzuführen und als verbindliche Leitungsaufgabe zu verankern. Bei der Umsetzung seien alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch im Sinne einer umfassenden einrichtungsinternen Qualitätsentwicklung einzubeziehen, um zu erreichen, dass die gesamte Einrichtung „an einem Strang“ ziehe. Sehr positive Erfahrungen seien zudem damit gemacht worden, auch Bewohnerinnen und Bewohner konsequent in die Planung und Vorbereitung sowie Umsetzung entsprechender Qualitätsstandards einzubeziehen und dafür entsprechende Zeitfenster und Ressourcen vorzusehen. Solche Aktivitäten zur partizipativen Qualitätsentwicklung in Einrichtungen können die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen entscheidend erhöhen, zumal sie Betroffene aktivieren und deren Rolle vom Objekt- in einen informierten Subjektstatus transformieren, welcher im Gewaltfall einen wichtigen Schutzfaktor darstellen kann.

- Die **hausinternen Fort- und Weiterbildungen** sind auf Basis verbindlicher Curricula zu etablieren. Sie sollten – nicht nur wegen der Fluktuation von Mitarbeitenden – regelmäßig wiederholt werden. Entsprechende Zielsetzungen sind in den Qualitätsvereinbarungen und Leitbildern der Einrichtungen zu verankern. Die erforderlichen finanziellen Ressourcen zur Umsetzung seien auch in Zeiten von Ressourcenknappheit verbindlich bereitzustellen, um einen umfassenden Schutz von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen zu gewährleisten.
- **Fortbildungen zum Umgang mit Nähe und Distanz im Qualitätsmanagement etablieren:** Im Workshop wurde thematisiert, dass der Wechsel zwischen gewollter Nähe und professioneller Distanz in der konkreten Arbeit zum Problem werden könne. Distanzlosigkeit könne einerseits auf mangelnde Professionalität und unzureichende Schulung zurückzuführen sein, andererseits aber auch eine Folge vorhandener baulicher und institutioneller Strukturen in den Einrichtungen sein, etwa von fehlenden personellen/räumlichen Ressourcen bei der Körperpflege und fehlenden Räumlichkeiten zur Wahrung der Privat-/Intimsphäre. Beschrieben wurde auch vonseiten der Praxis, dass die Gewöhnung der Bewohnerinnen und Bewohner daran, dass sie von unterschiedlichen Personen ungefragt berührt und Körpergrenzen häufig überschritten würden, das Risiko für Übergriffe in den Einrichtungen erhöhe. Wenn eigene Grenzen nicht erlernt und gewahrt würden, sei es schwierig, die Körpergrenzen anderer zu achten. Deshalb sollte der Umgang mit Nähe und Distanz über Fortbildungen vermittelt und als inhaltlicher Bestandteil im Rahmen des Qualitätsmanagements etabliert werden. Bauliche Maßnahmen sollten zudem gewährleisten, dass abschließbare Räume (auch Wasch- und Toilettenräume) sowie Rückzugsräume zur Verfügung stünden. Die Räume und Umfelder in Einrichtungen sollten so ansprechend gestaltet sein, dass Menschen mit Behinderungen sich darin wertgeschätzt und wohl fühlen könnten.
- Das **Verhältnis von Gewalt und Macht in Einrichtungen sollte kritisch reflektiert werden:** Spezifische Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse bildeten nach Einschätzung der Praktikerinnen und Praktiker die Basis für übergriffiges und unzureichend grenzwahrendes bzw. unzureichend achtungsvolles Verhalten gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern. Dies ebenfalls in Fortbildungen zu reflektieren, sei ein weiterer wichtiger Bestandteil auch der Gewaltprävention.
- Als ein zentrales, aber vielfach noch unbearbeitetes Thema wurde die **Hilflosigkeit bei Gewaltübergriffen durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner** gesehen. Bislang existierten kaum Konzepte und etablierte Vorgehensweisen für den Fall, dass Bewohnerinnen und Bewohner selbst als Täterinnen und Täter bei Gewalt in Erscheinung treten. Die Einrichtungen stünden vor dem Problem, nicht zu wissen, wo die Täterin bzw. der Täter untergebracht werden könne, was sowohl beim Personal als auch bei Eltern zu Hilflosigkeit führe. Hier sind zum Schutz vor Gewalt in Einrichtungen Interventionsstrategien für fremdgefährdende Mitbewohnerinnen und Mitbewohner zu implementieren, die beispielsweise auch eine Wegweisung, alternative Unterbringungsmöglichkeiten sowie gewaltpräventive Arbeit mit (potenziellen) Täterinnen bzw. Tätern vorsehen.
- Als wichtig für die Gewaltprävention wurden auch **Fortbildungen für Nachtwachen** angesehen. Diese müssten oft entscheiden, wo Grenzen von freundschaftlichen Handlungen zum Übergriff erreicht sind und über eine entsprechende Handlungskompetenz verfügen, um Übergriffe und Gewalt zu verhindern. Voraussetzung dafür sei eine verbesserte Schulung und Unterstützung der Nachtwachen in Einrichtungen.
- Die **sexuelle Selbstbestimmung von Menschen in Einrichtungen zu fördern** wurde als hoch relevanter Baustein für einen verbesserten Gewaltschutz gesehen. Das Aufwachsen in der Einrichtung führe oft zu Verunsicherungen im sexuellen Handeln, weil das Ausleben inti-

mer Beziehungen als „normales“ Ausprobieren weitgehend nicht möglich sei; dadurch werde häufig Freundschaft mit Intimität verwechselt und keine Unterscheidung zwischen vertrauten und professionellen Beziehungen getroffen (z. B. gegenüber Betreuungspersonen, Therapeutinnen und Therapeuten). Auch bestünden in den Einrichtungen und bei gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern rechtliche Unsicherheiten und mangelnde Aufklärung in Bezug auf Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Sexualität (etwa darüber, dass es den Frauen grundsätzlich freistehe zu entscheiden, wann und wo sie schlafen möchten oder ob sie uneingeschränkt Besuche empfangen dürften). Darüber hinaus fehle in den Einrichtungen oft Fachpersonal für die Bearbeitung von Themen wie Aufklärung, Umgang mit sexueller Gewalt und mit gewaltbereiten Bewohnern (seltener Bewohnerinnen) mit Behinderung. Hier seien Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen wichtig; außerdem wären Richtlinien erforderlich, die den Umgang der Einrichtungen mit sexueller Selbstbestimmung konkretisieren. Auch müssten klare gesetzliche Regelungen geschaffen und vermittelt werden, um entsprechende Handlungsunsicherheiten in Einrichtungen abzubauen. Gute Erfahrungen wurden nach Aussagen der Teilnehmenden des Workshops bislang mit Seminaren zum Thema Freundschaft/Partnerschaft oder mit Kursen zum selbstbestimmten Umgang mit dem eigenen Körper („Mein Körper gehört mir“) gemacht. Da die Inhalte aber schnell wieder vergessen würden, seien regelmäßige Angebote zu implementieren. Problematisiert wurde zudem, dass männliche Mitarbeitende oft eine Abwehrhaltung bei der Thematisierung sexueller Gewalt in Einrichtungen hätten (auch als Reaktion auf eine mögliche Generalbeschuldigung). Hier müssten im Rahmen von Fortbildungen für Mitarbeitende in Einrichtung gezielt Mythen, Fakten und Abwehrhaltungen gegenüber der Problemstellung thematisiert werden. Das Thema sollte für männliche wie für weibliche Mitarbeitende gleichermaßen relevant gemacht werden. Dabei sollte sexuelle Gewalt nicht im Fokus von Sexualität, sondern im Fokus von Gewalt stehen.

- Einen sehr großen Raum nahm die Diskussion zu notwendigen **strukturellen und „kulturellen“ Veränderungen** in Einrichtungen, aber auch in der Gesellschaft insgesamt ein. **Die mangelnde Anerkennung und Wertschätzung von Menschen mit Behinderungen** auf der gesellschaftlichen Ebene und damit verknüpfte stigmatisierende Bilder und Vorstellungen über sie stellten nach Einschätzung der Teilnehmenden fundamentale Probleme dar, von denen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen geprägt seien (beispielsweise, wenn Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen nicht zugetraut werde, sich Gedanken über Elternschaft und Familiengründung zu machen). Hier gebe es vielfach Unsicherheit im Umgang mit dem Thema und die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen gehe oft mit Vorgaben und Bevormundung einher. Deshalb müssten bestehende Bilder und Vorstellungen von Menschen mit Behinderungen insgesamt modifiziert werden. Im institutionellen Kontext selbst müsse gelernt werden, eigene Haltungen immer wieder erneut zu hinterfragen und zu überprüfen. Einrichtungs- und trägerinterne Diskussionen darüber, was unter Selbstbestimmung zu verstehen sei und was dies für die Unterstützung bedeute, seien zu forcieren. In Schulungen und Fortbildungen sei zu erarbeiten, wie Strukturen und Handlungspraktiken aussehen können, die die Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen ermöglichen. In diesem Zusammenhang sei auch im Sinne der Gewaltprävention die Praxis von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung zu überdenken. Abhängig von der Kultur der Einrichtung, dem Ausbildungsstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der finanziellen und personellen Ausstattung bestehe eine hohe Gefährdung für Menschen mit Behinderungen, Opfer von Gewalt zu werden, wenn deren eigene Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt wird.

Strukturelle Veränderungen in Richtung hin zu mehr Selbstbestimmung könnten nicht kurzfristig, sondern nur im Prozess mittel- und langfristig erreicht werden. Notwendig sei eine interne Verständigung über die Haltung, das Leitbild und Richtlinien sowie Regeln und Maßnahmen, die umgesetzt werden sollen und können (bspw. die Entscheidung, ob geduzt oder bei Eintritt in das Zimmer angeklopft werde). Vorhandene Strukturen seien systematisch zu reflektieren und zu überprüfen und entsprechende Prozesse transparent zu machen.

Probleme im Bereich Recht und Strafverfolgung

Im Bereich Recht und Strafverfolgung bei Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen wurden erhebliche Defizite identifiziert, die auf die Notwendigkeit rechtspolitischer und rechtspraktischer Veränderungen verweisen.

- Im Rahmen der polizeilichen Ermittlung und Strafverfolgung werde **Betroffenen oft nicht geglaubt, insbesondere** wenn es sich um **Menschen mit sogenannten geistigen und psychischen Beeinträchtigungen** handle. Oft bestünden Schwierigkeiten der Beweisführung, da deren Zeugenaussagen infrage gestellt würden. Von unterschiedlicher Seite (Polizei, Justiz, Gutachterwesen) würden oft unsensible und fachlich unzureichende Befragungen und Begutachtungen durchgeführt; insbesondere die Glaubwürdigkeitsgutachten wurden von den Praktikerinnen und Praktikern als fachlich problematisch eingeschätzt und sie würden zudem vielfach eine Zumutung für das Opfer darstellen. In der Folge komme es häufig nicht zu einer Gerichtsverhandlung oder zu einer Verurteilung, da die Zeugin als nicht glaubwürdig eingestuft werde; Täterinnen und Täter könnten dann unbehelligt weiter agieren.
- Im Strafverfahren bestünden oft **Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderungen** und es werde ihnen zu wenig zugetraut; ihre Bedarfe würden häufig übersehen (etwa im Hinblick auf Barrierefreiheit und Aufklärung). Hier sei ein **verändertes Bewusstsein** erforderlich. Auch vor Gericht müssten **Menschen mit Behinderungen ernst genommen und gestärkt** werden.
- Erforderlich seien **Maßnahmen der Fortbildung und Sensibilisierung bei allen Berufsgruppen, die mit der Strafverfolgung befasst sind** (Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichte, Gutachterwesen), damit diese besser mit behinderten Zeuginnen und Zeugen umgehen und deren Aussagen realistischer einschätzen könnten. Hier bestehe ein erheblicher Aufklärungsbedarf, gerade auch bei Richterinnen und Richtern. Zudem seien entsprechende Inhalte in den curricularen Ausbildungen zu verankern.
- Angesprochen wurde auch, dass **vonseiten der Politik rechtliche Veränderungen eingeleitet werden müssten**, um eine gleichberechtigte Behandlung von Menschen mit Behinderungen vor Gericht und im Strafprozess zu erreichen. In diesem Zusammenhang wurde auch eine bessere Unterstützung, Aufklärung und Begleitung von Betroffenen während gerichtlicher Prozesse eingefordert. Hierauf verweist auch ein Positionspapier der staatlichen Koordinierungsstelle zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Frauen und Mädchen mit Behinderung besser vor Gewalt schützen) auf konkrete Maßnahmen in den Bereichen Barrierefreiheit, psychosoziale Prozessbegleitung, Schutzbestimmungen und modifizierte Möglichkeiten der Befragung von Zeuginnen und Zeugen.¹⁰¹

101 Vgl. auch Kap. 5.3.

Unterstützungsangebote für Betroffene und Vernetzung mit externen Angeboten und Institutionen

Die Expertinnen und Experten des Workshops teilten die Einschätzung, dass Betroffene bei Gewalt und Übergriffen oftmals keine ausreichende fachliche Unterstützung und Beratung erhielten. Häufig bestehe kein Wissen, an wen man sich im Fall eines Übergriffes wenden kann, und zumeist seien Betroffene auf institutionsinterne Lösungen angewiesen. Im Hilfeplan sei nicht vorgesehen, Frauen zu externen Beratungseinrichtungen zu begleiten. Zudem seien viele externe Beratungsstellen nicht barrierefrei und kompetent im Umgang mit den Zielgruppen. Hier wurden folgende Maßnahmen als sinnvoll erachtet:

- I** Es müssten sowohl **interne Anlaufstellen wie auch externe Angebote** geschaffen und vernetzt werden, um Betroffene von Gewalt in Einrichtungen bestmöglich zu unterstützen. Gute Erfahrungen im Bereich der **internen Anlaufstellen** wurden zum einen mit neutralen zentralen Anlaufstellen innerhalb der Einrichtungen gemacht, in denen Informationen gesammelt und das weitere Vorgehen abgestimmt werde. Zum anderen wurde das Konzept der **Frauenbeauftragten in Einrichtungen** als sehr erfolgreich und niedrigschwellig für Betroffene eingeschätzt. Dabei werden Mitbewohnerinnen der Einrichtungen zu Frauenbeauftragten ausgebildet und fungieren als Ansprechpersonen für Frauen bei Problemen.¹⁰² Darüber hinaus müssten **externe Beratungsstellen barrierefrei** und die **Begleitung von Frauen zu externen Angeboten im Hilfebedarf festgeschrieben** sein.
- I** Um externe und interne Angebote bestmöglich aufeinander abzustimmen und weiterzuentwickeln, sei die **Vernetzung mit unterschiedlichen Institutionen und Angeboten vor Ort** wichtig. Dabei sollten gemeinsame Strategien für einen besseren Schutz und eine bessere Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen in Einrichtungen erarbeitet werden. Einrichtungen der Behindertenhilfe sollten aktiv auf Beratungsstellen und Schutzeinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen zugehen; Beratungsstellen und Schutzeinrichtungen sollten sich in Kooperation mit Einrichtungen entsprechend weiterentwickeln und spezialisieren, um auch dem Bedarf von Frauen mit Behinderungen besser gerecht zu werden.¹⁰³
- I** **Politik und Verwaltung** seien verantwortlich, die entsprechenden **Mittel für den Auf- und Ausbau von Unterstützungsangeboten und die interinstitutionelle Vernetzung zur Verfügung zu stellen**. Das Thema der Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und der Gewaltprävention sei **im Hilfebedarf stärker zu berücksichtigen**, um entsprechende Fortbildungen und Aktivitäten finanzieren zu können. In der Beschreibung des Hilfebedarfs seien der Schutz vor (sexueller) Gewalt und die Unterstützung Betroffener systematisch zu integrieren.
- I** Darüber hinaus sind nach Einschätzung der Praxisarbeit **Unterstützungskonzepte für Frauen in Einrichtungen** erforderlich, **die Gewalt in der Vergangenheit erfahren haben**. Vielfach müssten Frauen mit Behinderungen weiter zurückliegende belastende und traumatisierende Gewalterfahrungen verarbeiten. Hier seien **spezialisierte therapeutische Angebote** erforderlich, die für in Einrichtungen lebende Frauen zugänglich gemacht werden müssten. Ein Pro-

102 Genauere Informationen zu dem Angebot finden sich im Internet unter: <http://www.weibernetz.de/frauenbeauftragte/>

103 Im Rahmen eines noch bis 2015 laufenden europäischen Daphne-Forschungsprojektes zur Verbesserung der Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit Behinderungen unter der nationalen Leitung von Dr. Monika Schröttle wurden bislang gute Erfahrungen aus der Praxis berichtet, wenn externe Beratungsstellen feste Sprechstunden in Wohneinrichtungen und Werkstätten anbieten und damit für Betroffene niedrigschwelliger erreichbar sind. Intensivierte Vernetzungen zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und dem Unterstützungssystem für von Gewalt betroffene Frauen sind für die Anbahnung und Entwicklung solcher Unterstützungsmöglichkeiten eine unabdingbare Voraussetzung.

blem sei unter anderem der **Mangel an Therapeutinnen und Therapeuten für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen**. Es bestünden Unsicherheiten und Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderungen und aufgrund des spärlichen Angebots seien die Wartezeiten zu lang. Krankenkassen, aber auch Therapeutinnen und Therapeuten lehnten oftmals Therapien für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ab mit dem Argument der (vermeintlich) mangelnden Reflexionsfähigkeit der Zielgruppe; hier fehlten entsprechende Kompetenzen in der therapeutischen Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen. Erforderlich sei deshalb ein **gezielter Auf- und Ausbau von therapeutischen Angeboten für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen**.

Primärprävention und Empowerment

Im Rahmen des Workshops wurde auch auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Primärprävention und zur generellen Stärkung von Mädchen und Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen hingewiesen:

- Es gebe insgesamt noch sehr wenige Maßnahmen, die **primäre Prävention im Bereich Gewalt gegen Mädchen und Frauen in Einrichtungen** umsetzten. Für diese fehlten oft Personal oder finanzielle Ressourcen. Verstärkte Maßnahmen für frühzeitige Prävention seien erforderlich, damit es erst gar nicht zu Gewalt komme.
- Generell seien **Maßnahmen zu implementieren**, die die **Selbstbestimmung und das Selbstbewusstsein der Mädchen und Frauen stärken (Empowerment)** und die **über Rechte und sexuelle Selbstbestimmung aufklären** (s. o.). Hierzu wurden auch positive Beispiele beschrieben, etwa die Stärkung durch Frauenbeauftragte und durch Strukturen, Abläufe und räumliche Bedingungen, die die Selbstbestimmung in Einrichtungen förderten.
- Allerdings gebe es auch **Probleme und Widerstände** im Zusammenhang mit diesen Maßnahmen. So hätten teilweise (vor allem männliche) Gruppenleiter Probleme mit Frauenbeauftragten, da sie interne Probleme lieber unabhängig (und nicht über Instanzen wie Frauenbeauftragte) lösen wollten und fürchteten, dass Beschwerden über sie eingehen könnten. Teilweise seien Frauen (subtil) daran gehindert worden, sich an die Frauenbeauftragte zu wenden.
- Ein anderes, in der Praxis sichtbar gewordenes Problem sei für Mitarbeitende der Einrichtungen der **Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Aufsichtspflicht**. Eng verbunden hiermit sei die Frage, wie Selbstbestimmung gefördert werden könne, ohne die Aufsichtspflicht zu verletzen. Hier bestünde oft ein Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen Erwartungen (institutioneller Auftrag vs. Erwartungen von Eltern/Angehörigen oder gesetzlichen Betreuungspersonen). Werde Selbstbestimmung grundsätzlich akzeptiert, bedeute dies auch, dass Bewohnerinnen und Bewohner sich selbst schaden dürften (z. B. durch den übermäßigen Konsum von Alkohol, Tabak, hochkalorischer Nahrung oder Menschen, die sie schlecht behandeln). Dies führe aber zu Vorwürfen vonseiten der Angehörigen, die tendenziell dazu neigten, die Selbstbestimmung zu „bremsen“.
- Im Zusammenhang mit der Stärkung der Selbstbestimmungsstrukturen wurde im Rahmen des Workshops empfohlen, **Frauenbeauftragte flächendeckend in allen Einrichtungen** einzuführen und **gesetzlich zu verankern**, ergänzend zu Werkstatt- und Heimbeiräten. Diese müssten entsprechend räumlich und mit Material/Freiraum ausgestattet werden. Die Gruppenleitungen müssten angeregt werden, solchen Angeboten offen zu begegnen, um die Motivation der Frauen zu erhöhen, diese zu nutzen. Darüber hinaus sollten **flächendeckend Selbstbe-**

hauptungskurse eingeführt werden sowie **Angebote, die die Frauen über Rechte aufklären und deren Selbstbestimmung stärken**. Unterstützend sollten **Fortbildungen für Werkstatt- und Heimbeiräte bereitgestellt** werden.

- I In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, dass der Perspektivwandel hin zu eigenen Rechten der Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen zu Aktivierungen und **Druck „von unten“** führen könne (Stichwort: Menschenrechtsverletzung), was unter Umständen von den (Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in) Einrichtungen als Überforderung erlebt werden könne. Hier wurde dazu aufgefordert, den Druck positiv umzusetzen und Kreativität sowie politische Gestaltungskraft zu entwickeln, um eine solidarische Unterstützung dieses Prozesses durch Praxis, Politik und Forschung einzuleiten. Strukturelle Veränderungen in Richtung mehr Selbstbestimmung könnten nur im Prozess und durch gemeinsame Anstrengungen erreicht werden.

Politisch-strukturelle Veränderungen

Von den Teilnehmenden des Workshops wurde betont, dass politisch-strukturelle Veränderungen, aber auch konkrete politische Entscheidungen erforderlich seien, um Gewaltprävention in Einrichtungen zu unterstützen. Dabei wurden zwei Ebenen hervorgehoben:

- I **Die mangelnde Anerkennung von Menschen mit Behinderungen auf der gesellschaftlichen Ebene** als grundsätzliches Problem: Hier müsste durch Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen, aber auch durch einen konkret veränderten Umgang mit Menschen mit Behinderungen und deren Rechten, auch auf administrativer und politischer Ebene, zum Beispiel bei Ämtern und Behörden, eine veränderte Haltung und Sichtweise in Richtung der Umsetzung fundamentaler Menschenrechte herbeigeführt werden.
- I Die **Finanzierung und Ausstattung** der Einrichtungen der Behindertenhilfe sei insgesamt so zu gestalten, dass ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben frei von Gewalt möglich sei. Dazu bedürfe es auch entsprechender personeller, baulicher und finanzieller Kapazitäten.

5.3 Maßnahmenvorschläge zur verbesserten Gewaltprävention in Einrichtungen

Aus den im Rahmen der Studie erlangten Erkenntnissen leiten sich folgende konkrete Maßnahmenvorschläge zur verbesserten Gewaltprävention in Einrichtungen und zur besseren Unterstützung gewaltbetroffener Menschen mit Behinderungen ab:¹⁰⁴

Maßnahmenvorschläge für die Einrichtungen der Behindertenhilfe

1) Entwicklung ziel- und altersgruppenspezifischer Unterstützungs- und Präventionskonzepte, die auf unterschiedliche Gewaltkontexte zugeschnitten sind

Die Studie hat aufgezeigt, dass Gewaltprävention und Unterstützungskonzepte für von Gewalt betroffene Frauen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, Unterschiede im Hinblick auf die Zielgruppen, aber auch auf vielfältige Gewaltkontexte und Vulnerabilitäten zu berücksichtigen sind.

¹⁰⁴ Für die Konkretisierung von Maßnahmenvorschlägen wurden auch Vorschläge der Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen ergänzend einbezogen, insbesondere das Positionspapier der „Staatlichen Koordinierungsstelle nach Artikel 33 der UN-BRK“ vom September 2012 sowie der zivilgesellschaftliche Bericht der BRK-Allianz von 2013. Darüber hinaus sind einige Inhalte aus der Publikation „Checkliste zum Erstellen eines Leitfadens zum Umgang mit (sexualisierter) Gewalt für Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie bei ambulanten und teilstationären Diensten und Einrichtungen“ (Weibernetz e. V. 2012) eingeflossen.

sichtigen haben. So ist es gerade bei kognitiv beeinträchtigten Frauen wichtig, eine generelle Stärkung in der Wahrnehmung von Grenzverletzungen zu erfahren und über eigene Rechte, Sexualität und Selbstbestimmung grundlegend aufgeklärt zu werden; auch sollten den Frauen Wissen über Ansprechpersonen und Möglichkeiten der Unterstützung im Gewaltfall vermittelt werden. Psychisch erkrankte Frauen, die hier oftmals über mehr Information und Handlungsstrategien verfügen, sind häufiger von fortgesetzter und schwerer Gewalt im Lebensverlauf betroffen und benötigen vor allem Unterstützung bei der Verarbeitung und Bewältigung vorangegangener Gewalterfahrungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben; für diese ist psychotherapeutische Unterstützung und Beratung zur Verarbeitung von Traumatisierungen besonders relevant.

Gewaltprävention in Einrichtungen sollte darüber hinaus nicht nur einen Gewaltkontext – zum Beispiel sexuelle Übergriffe durch Personal – im Blick haben, sondern auch psychische Gewalt, Entmündigung und subtilere Grenzüberschreitungen durch Betreuungspersonen (etwa wenn die Privat- und Intimsphäre nicht ausreichend gewahrt wird). Außerdem sind körperliche/sexuelle Gewalt durch andere Bewohnerinnen und Bewohner mit Behinderungen sowie Gewalt durch Familienmitglieder und soziale Umfeldern außerhalb der Einrichtungen stärker als bisher zu berücksichtigen, zumal diese Täter-Opfer-Kontexte auch quantitativ eine hohe Relevanz aufweisen. Fortgesetzte Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von Kindheit und Jugend an sind ebenfalls in der Unterstützungs- und Präventionsarbeit konsequent in den Blick zu nehmen, da sie die Möglichkeit der Grenzsetzung und Gegenwehr beeinträchtigen und mit einem erhöhten Risiko für erneute Gewalterfahrungen einhergehen.

2) Umsetzung eines einrichtungsinternen Klimas und Umgangs mit Menschen mit Behinderungen, der von Ernstnehmen, Respekt und Achtung von Grenzen und Selbstbestimmung geprägt ist

Zu den wichtigsten Schutzfaktoren in Bezug auf Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen zählt ein Klima und Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern, die von konsequentem Ernstnehmen, Respekt und der Akzeptanz der Selbstbestimmung geprägt sind. Andersherum besteht eine erhöhte Gefährdung für Menschen mit Behinderungen dort, wo die eigene Entscheidungsfähigkeit und die Möglichkeit der Grenzsetzung eingeschränkt sind.

Notwendig sind deshalb kontinuierliche Einrichtungs- und trägerinterne Reflexionen darüber, wie eine wertschätzende, Grenzen wahrende und die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner fördernde Haltung in den Leitbildern verankert und in der konkreten Arbeit umgesetzt werden können. Im Rahmen von regelmäßigen Schulungen, Fortbildungen und Strategiediskussionen ist zu ermitteln, wie Strukturen und Handlungspraxen so verändert werden können, dass die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in der Einrichtung gefördert und deren Intim- und Privatsphäre sowie das Recht auf eigene Entscheidung gewahrt werden. Dazu gehören unter anderem auch Regeln und Maßnahmen der täglichen Handlungspraxis, die Wertschätzung und Respekt vermitteln, etwa die Entscheidung, ob geduzt, berührt oder beim Eintritt in das Zimmer angeklopft wird. Notwendig ist aber auch die Überprüfung grundsätzlicher Haltungen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie zugrunde liegender Menschenbilder, Berufsbilder und Behinderungsvorstellungen (etwa was die Glaubwürdigkeit und das Ernstnehmen individueller Wünsche und Bedürfnisse betrifft oder die Frage, in welchem Maße die eigene Rolle als assistierende/unterstützende oder

als dominante/reglementierende definiert wird). Nicht zuletzt sind auch räumliche und strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Wahrung der Privat- und Intimsphäre gewährleisten, zum Beispiel abschließbare Räume, Badezimmer und Toiletten oder eine räumliche Gestaltung, die Privatheit, Individualität, Rückzugsmöglichkeit und Wertschätzung vermittelt. Auch die Gewährleistung gleichgeschlechtlicher Pflege bzw. das Wahlrecht im Hinblick auf Pflege und Assistenz bilden wichtige Komponenten.

3) Sexuelle Aufklärung und die Förderung der sexuellen Selbstbestimmung

Die Untersuchung hat aufgezeigt, dass sexuelle Selbstbestimmung, insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Frauen in Einrichtungen, häufig nicht gegeben ist und dass diesen, auch aufgrund einer unzureichenden sexuellen Aufklärung, ein aktives Sexualleben, gelebte Partnerschaften sowie selbstständige informierte Entscheidungen über Familienplanung und Verhütung vorenthalten werden. Die unzureichende Aufklärung und Information kann mit dazu beitragen, dass kognitiv beeinträchtigte Frauen durch Dritte instrumentalisiert und sexuell ausgebeutet werden, weil eigene (sexuelle) Bedürfnisse und Wünsche keinen Raum haben und sexuelle Grenzverletzungen nicht als solche wahrgenommen oder eingeordnet werden. Notwendig ist deshalb die Implementierung sexualpädagogischer Konzepte zur Förderung der sexuellen Selbstbestimmung und zur Gewaltprävention. Diese umfassen Maßnahmen zur Sexualaufklärung und fachlich qualifizierten sexualpädagogischen Begleitung und Betreuung kognitiv beeinträchtigter Frauen, die die Grundlagen für eine selbstbestimmte Sexualität und Partnerwahl, aber auch für Selbstbehauptung und Gegenwehr gegenüber sexuellen Grenzverletzungen bilden. Bei allen Maßnahmen zur Aufklärung und Förderung der sexuellen Selbstbestimmung von Frauen mit Behinderungen sollten gewaltpräventive Elemente, etwa Selbstverteidigung und Stärkung der Handlungskompetenz bei sexuellen Übergriffen, enthalten sein. Auch sollten Informationen über das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper und seine Bedürfnisse (Stichwort: „Mein Körper gehört mir“), über Familienplanung, Verhütung, Schwangerschaft und Sexualität vermittelt werden. Zu informieren und zu schulen im Hinblick auf das sexuelle Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderungen sind darüber hinaus auch das Personal in Einrichtungen sowie gesetzliche Betreuungspersonen. Aus der Untersuchung geht hervor, dass es sich hier um kontinuierliche Angebote handeln muss. Zur Förderung der Rechtssicherheit sollten zudem Richtlinien im Umgang der Einrichtungen mit der sexuellen Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner erstellt werden.

4) Leitlinien und Rahmenkonzepte zur Gewaltprävention und ihre Verankerung im Qualitätsmanagement der Einrichtungen

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass die Implementierung von Leitbildern und Rahmenkonzepten zur Gewaltprävention ein zentraler Bestandteil ist, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Leitungspersonen Handlungssicherheit bei einem Gewaltfall (oder einem Verdacht auf Gewalt) zu geben, indem Interventionsstrategien und abgestimmte Vorgehensweisen vorab festgelegt und allen Mitarbeitenden bekannt sind. Dabei sollten neben sexueller auch körperliche und psychische Gewalt sowie unterschiedliche Gewaltkontexte in den Blick genommen werden. Dazu gehören Interventionsstrategien und verbindliche Vorgehensweisen für gewalttätige bzw. fremdgefährdende Nutzerinnen und Nutzer, um einen konsequenten Gewaltschutz aller in Einrichtungen lebenden und arbeiten-

den Menschen sicherzustellen¹⁰⁵. Weiterhin bedarf es auch systematisierter Vorgehensweisen für den Umgang mit Gewalt durch Eltern und Angehörige, soziale Umfeldler und Personen außerhalb der Einrichtungen.

Die Verankerung und Implementierung der Leitlinien und Rahmenkonzepte sollte sich auch in den Leitbildern der Einrichtung widerspiegeln und zudem als Leitungsaufgabe verbindlich festgeschrieben sein. Darüber hinaus sind deren Inhalte an die Mitarbeitenden in regelmäßigen hausinternen Fortbildungen und Strategiegesprächen zu vermitteln. Etabliert werden sollte dabei auch ein verbindlicher Verhaltenskodex zur Gewaltprävention für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der einrichtungsinterne Vorgehensweisen vorschreibt und für alle transparent macht; dieser sollte auch in Arbeitsverträgen und Dienstanweisungen sowie in Bewerbungsgesprächen und bei der Einarbeitung neuen Personals thematisiert werden.

Sehr gute Erfahrungen bei der Implementierung entsprechender Leitlinien und Rahmenkonzepte wurden auch mit der aktiven Einbindung und Partizipation der Nutzerinnen und Nutzer sowie der Interessenvertretungen (Heimbeiräte, Werkstattträger) gemacht. Diese können ebenfalls geschult, über bestehende Vorgehensweisen informiert und systematisch in Umsetzungsprozesse einbezogen werden.

Entsprechende Rahmenkonzepte und Leitlinien konsequent als Zielsetzung in den Qualitätsvereinbarungen zu verankern und entsprechende Ressourcen für kontinuierliche Fortbildungen bereitzustellen kann deren Verbindlichkeit und konsequente Umsetzung stärken.

Eine interessante Weiterentwicklung, gerade vor dem Hintergrund der Geschlossenheit von Einrichtungen als hoch relevantem Risikofaktor für Gewalt, könnte die Implementierung von Standards und Maßnahmen der Institutionalisierung externer Kontrolle und Kritik im professionellen Rahmen von Betreuung und Pflege sein. Diese kann beispielsweise durch die aktive Einbindung von Institutionen der Heimaufsicht oder, als ein Beispiel guter Praxis, durch die Implementierung von Besuchskommissionen erfolgen; im Rahmen der Besuchskommissionen sprechen externe Ehrenamtliche in bestimmten Zeitintervallen mit Bewohnerinnen und Bewohner und geben auf anonymisierter Basis ein kritisches Feedback an die Einrichtungen zurück, welches diese für Prozesse der konzeptionellen Weiterentwicklung nutzen können.

5) Einrichtungsinterne Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für Bewohnerinnen und Bewohner

Die oben genannten Leitlinien und Rahmenkonzepte, aber auch andere Aspekte der Gewaltprävention in Einrichtungen, etwa der Umgang mit Nähe und Distanz, die Reflexion von Macht und Abhängigkeitsverhältnissen, Aspekte der Selbstbestimmung und der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Einrichtung, sollten in kontinuierlichen (Fort-) Bildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Leitungspersonen einfließen und fester Bestandteil des curricularen Ausbildungsstandards sein. Auch die Etablierung gezielter Fortbildungen für Nachtwachen, die in besonderem Maße mit der Problematik konfrontiert sind, wird empfohlen.

¹⁰⁵ Ggf. sind dazu auch zusätzliche Einrichtungen und Angebote für fremdgefährdende Personen sowie gewaltpräventive Arbeit mit Täterinnen und Täter zu entwickeln; auch sollten die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Wegweisung und Weiterleitung von gewalttätigen Bewohnerinnen und Bewohnern an andere Einrichtungen geprüft werden (s. u.).

Darüber hinaus könnten entsprechende Inhalte zur Gewaltprävention in der Einrichtung auch in Fortbildungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Heimbeiräten und Werkstattträten vermittelt und in ihrer Umsetzung diskutiert werden.

6) Auf- und Ausbau interner und externer Anlaufstellen und Beratungsmöglichkeiten für von Gewalt betroffene Frauen

Aus der vorliegenden Studie geht hervor, dass Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen, die Opfer von Gewalt (innerhalb oder außerhalb der Einrichtung) geworden sind, keine systematische Unterstützung in der Einrichtung erhalten und in der Regel auch keinen Zugang zu externen Gewaltberatungsstellen haben. Um einen wirkungsvollen Schutz und die erforderliche psychosoziale Unterstützung und Beratung im Gewaltfall zu gewährleisten, sind sowohl interne Anlaufstellen und Angebote auf- und auszubauen als auch in Kooperation mit bestehenden Angeboten niedrigschwellige Unterstützungsmöglichkeiten durch externe Stellen zu organisieren. Im Bereich der internen Angebote hat sich die Einrichtung einer zentralen und neutralen Informations- und Anlaufstelle bewährt, an die sich Betroffene und Personal wenden können und die bei Verdachtsfällen zu informieren ist. Hierfür können bei kleineren Einrichtungen auch Mitarbeitende fachlich qualifiziert und entsprechend freigestellt werden. Es ist auch auf gesetzlicher Ebene sicherzustellen, dass eine fachkompetente vertrauliche Beratung im Gewaltfall in jeder Einrichtung vorgehalten wird. Ergänzend, aber keineswegs als kostengünstiger Ersatz dazu¹⁰⁶ sollten flächendeckend Frauenbeauftragte in Einrichtungen als Ansprechpartnerinnen eingesetzt werden. Dazu werden Bewohnerinnen bzw. Nutzerinnen geschult, um im Gewaltfall oder bei Problemen als Vertrauenspersonen für andere Bewohnerinnen bzw. Nutzerinnen bereitzustehen und in Kooperation mit den Fachkräften weitere Schritte einzuleiten bzw. geeignete Unterstützungsmöglichkeiten zu erkunden. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass es sich dabei um ein sehr niedrigschwelliges Angebot handelt, das von Betroffenen auch genutzt wird. Die Frauenbeauftragten sind allerdings entsprechend auszustatten und durch Leitung und Personal sowie Fachkräfte in der Gewaltprävention aktiv zu unterstützen; ohne das Vorhandensein zusätzlicher gewaltpräventiver Aktivitäten in den Einrichtungen (s. o.: Leitlinien, Schulungen etc.) und ohne ergänzende fachlich qualifizierte Anlaufstellen für von Gewalt betroffene Frauen kann das Konzept der Frauenbeauftragten in Einrichtungen mit Überforderungen und unzureichender Wirksamkeit einhergehen.

Um die „Geschlossenheit“ der Institutionen zu überwinden und den Bewohnerinnen eine eigene Wahl bei der Suche nach Unterstützung und Beratung zu ermöglichen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese auch externe Fachberatungsstellen für von Gewalt betroffene Frauen in Anspruch nehmen können. Deshalb sollte in Kooperation und Vernetzung mit dem externen Angebot vor Ort (zum Beispiel mit Frauenberatungsstellen, Frauennotrufen, Interventionsstellen und sonstigen Opferberatungsstellen) ein Konzept erarbeitet werden, wie die Bewohnerinnen a) über externe Angebote regelmäßig informiert werden und b) diese nutzen können. Letzteres ist sowohl über die Kontaktabahnung und Begleitung zu den Stellen¹⁰⁷ als auch über proaktive Angebote durch die Fachberatungsstellen in den Einrichtungen realisierbar. Sehr gute Erfahrungen wurden bislang mit der Einführung fester Sprechstunden

106 Als problematisch wird gesehen, wenn eine flächendeckende Einrichtung der Frauenbeauftragten nicht entsprechend flankiert wird durch gewaltpräventive Aktivitäten in der gesamten Einrichtung und als kostengünstige Alternative für die Bereitstellung qualifizierter Beratungsangebote fungiert.

107 Diese Leistungen sind auch im Hilfeplan festzuschreiben.

in Wohnheimen und Werkstätten durch externe Beraterinnen aus Notrufen und Frauenberatungsstellen gemacht. Diese sollten im Rahmen von Informationsveranstaltungen bei den Nutzerinnen bekannt gemacht werden und auch als Ansprechpartnerinnen für die Frauenbeauftragten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen zur Verfügung stehen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die gezielte systematische und kontinuierliche Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen der Behindertenhilfe mit den Fachberatungsstellen zu Gewalt. Eine andere, dass die Fachberatungsstellen entsprechend ausgestattet und qualifiziert werden, um tatsächlich barrierefreie Informations- und Beratungsangebote (zum Beispiel in leichter Sprache) anbieten und Routinen im Umgang mit Betroffenen entwickeln zu können.¹⁰⁸

Über die beschriebene Beratungsstruktur hinaus sind Unterstützungskonzepte für Frauen in Einrichtungen zu entwickeln, die Gewalt in der Vergangenheit erfahren haben. Dazu gehören auch spezialisierte (trauma-)therapeutische Angebote für psychisch erkrankte Frauen sowie für Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Letztere sind bislang so gut wie nicht vorhanden und sollten in Kooperation mit qualifizierten Fachkräften und der Psychotherapeutenkammer als ebenfalls niedrigschwelliges Angebot entwickelt werden.¹⁰⁹

7) Multiprofessionelle Vernetzung und Kooperation

Zum Aufbau verbesserter Schutz-, Interventions- und Unterstützungsstrategien für gewaltbetroffene Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen ist die multiprofessionelle Vernetzung der Einrichtungen mit unterschiedlichen Berufsgruppen vor Ort eine zentrale Voraussetzung. Diese ermöglicht einerseits Synergieeffekte und „kurze Wege“ bei der Organisation von Unterstützung und Intervention, andererseits trägt sie zu einer wechselseitigen Kompetenzstärkung unterschiedlicher Institutionen bei. Neben den bereits weiter oben beschriebenen Vernetzungen und Kooperationen mit dem Frauenunterstützungssystem sollten deshalb auch Vernetzungen mit Polizei und Justiz, Jugend- und Sozialämtern, therapeutischen und Beratungsangeboten sowie mit Interessenvertretungen behinderter Menschen vor Ort und anderen relevanten Institutionen (etwa im Bildungsbereich) aufgebaut werden. Insbesondere eine Einbindung in die häufig bereits bestehenden regionalen oder kommunalen „Runden Tische gegen Gewalt“ ermöglicht multiprofessionellen und interinstitutionellen Austausch, der nach bisherigen Erkenntnissen die fach- und sachgerechten Handlungsstrategien im Umgang mit Gewalt und mit Betroffenen in allen beteiligten Institutionen verbessert. Einrichtungen der Behindertenhilfe können dabei zum Beispiel Kenntnisse und Erfahrungen in Hinblick auf den Umgang und die Einschätzung der Zielgruppen an andere Berufsgruppen und Institutionen weitergeben, Gewaltschutzeinrichtungen im Gegenzug wichtige Aspekte der Aufklärung, Intervention und Beratung bei Gewalt vermitteln, Interessenvertretungen behinderter Menschen zu Fragen der Selbstbestimmung und zielgruppengerechten Umsetzung von Maßnahmen beraten. Polizei, Justiz sowie Sozialbehörden können zur Klärung rechtlicher Fragen beitragen, aber auch in den multiprofessionellen Vernetzungen eigene Kompetenzen im verbesserten Umgang mit Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen entwickeln.

108 Im Rahmen eines europäischen Daphne-Projektes, das noch bis Januar 2015 an der Universität Gießen unter der Leitung von Dr. Monika Schröttle läuft, wird derzeit geprüft, welche Aktivitäten vonseiten des Frauenschutz- und Unterstützungssystems einzuleiten sind, um entsprechend barrierefreie Angebote für Frauen mit Behinderungen bereitstellen zu können. Dabei spielt die aktive Vernetzung und Kooperation mit Interessenvertretungen behinderter Menschen und mit Einrichtungen der Behindertenhilfe eine zentrale Rolle.

109 Voraussetzung dazu sind ein flächendeckender Auf- und Ausbau sowie die Sicherung integrierter psychotherapeutischer Angebote mit Kompetenzen in der Beratung und Behandlung von Frauen mit Behinderungen und Gewalterfahrungen (auch für kognitiv beeinträchtigte Frauen und psychisch erkrankte Frauen, die in Einrichtungen leben) mit einem Fokus auf Traumatisierungen durch Gewalt; erforderlich sind zudem entsprechende Weiterbildungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und eine curriculare Verankerung der Inhalte in den Ausbildungen.

Maßnahmenvorschläge für Primärprävention, eingeleitet durch Institutionen der Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitik

In der Untersuchung wurde deutlich, dass bislang zu wenige Maßnahmen der Primärprävention entwickelt wurden, die dazu beitragen, Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen im Vorfeld zu verhindern. Hier sind insbesondere Institutionen der Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik gefordert. Aus der Analyse der gewaltbegünstigenden Wirkungen früher Gewalterfahrungen geht hervor, dass der generelle Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt einen zentralen Bestandteil wirksamer Gewalt- und Gesundheitsprävention darstellt. Dieser umfasst zum einen eine gezielte Unterstützung von Kindern, die in gewaltgeprägten Elternhäusern und Institutionen aufwachsen, zum anderen eine spezifische Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und ihre Eltern. So sollte durch Fortbildungsangebote, Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit darauf hingewirkt werden, Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen zu stärken und ihre Wahrnehmung für Grenzverletzungen, vermeidbare Abhängigkeiten und unzulässige Bevormundung zu schärfen. Dabei sollten auch wirksame Maßnahmen zur Entlastung und Unterstützung sowie zur Förderung der Handlungskompetenz der Eltern behinderter Kinder einfließen. Darüber hinaus sollten Sensibilisierungsmaßnahmen zur Prävention von Gewalt gegen Mädchen und Jungen mit Behinderungen implementiert werden, damit Warnsignale und frühe Anzeichen von Gewalt rechtzeitig erkannt werden und eine frühzeitige Intervention erfolgen kann (z. B. durch Sensibilisierung und Schulung von Professionellen in der Frühförderung, in Familien entlastenden Diensten, bei Pädagoginnen und Pädagogen, medizinischem Personal und im Bildungssektor).

Da Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen maßgeblich durch diskriminierende Strukturen, Regelungen und Verhaltensweisen sozialer Umfelder mitbedingt ist, sind außerdem auf gesamtgesellschaftlicher Ebene Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu ergreifen, die zum Abbau diskriminierender und stereotypisierender Sichtweisen sowie zur Anerkennung der Rechte von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen beitragen und die eine Haltung von Respekt, Ernstnehmen und Solidarität fördern. In diesem Kontext sollten die Wirksamkeit und Wirkung bisheriger Kampagnen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ausgewertet und weiterentwickelt werden. Wichtig sind insbesondere Maßnahmen der direkten Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderung, die helfen, Berührungsängste und Vorurteile abzubauen und sich wechselseitig als Gleichwertige auf Augenhöhe akzeptieren und wertschätzen zu können.

Eine weitere Aufgabe der Sozialpolitik besteht darin, finanzielle Ressourcen und strukturelle Rahmenbedingungen bereitzustellen, damit Menschen mit Behinderungen frei von Gewalt und Diskriminierung leben können. Im Kontext der vorliegenden Untersuchung ist hierzu insbesondere relevant, die Finanzierung und Ausstattung der Einrichtungen der Behindertenhilfe, aber auch aller direkten Leistungen für Menschen mit Behinderungen so zu gestalten, dass barrierefreie Angebote, selbstbestimmte Nutzung und Schutz vor Gewalt gegeben sind. Bereitzustellen sind auch die erforderlichen Mittel, um interne und externe Schutz- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen auf- und auszubauen und die multiprofessionelle Vernetzung und Kooperation zu fördern. Darüber hinaus ist die Gewaltprävention im Hilfebedarf festzuschreiben. Des Weiteren wären flächendeckende Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse zu fördern wie auch die Selbstvertretungs-

strukturen von Menschen mit Behinderungen. Die Notwendigkeit, in den Einrichtungen der Behindertenhilfe Leitlinien und Rahmenkonzepte für konsequenten Gewaltschutz und Gewaltprävention, interne qualifizierte Anlauf- und Beratungsstellen sowie Frauenbeauftragte als Ansprechpersonen vorzuhalten, sollte gesetzlich verankert werden. Um die Handlungssicherheit für Fachkräfte in Einrichtungen zu erhöhen, sind Richtlinien für den Umgang mit sexueller Selbstbestimmung der in Einrichtungen lebenden Menschen auf allen Ebenen zu konkretisieren (siehe auch: Zinsmeister 2010).

Maßnahmenvorschläge im Bereich Polizei, Justiz, Strafrecht

Sowohl die Auswertung der empirischen Befragung bei Frauen in Einrichtungen als auch die Auswertung der Erfahrungen der Fachpraxis verdeutlichen, dass Frauen mit psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen im Fall von Gewalt vor erheblichen Schwierigkeiten stehen, eine konsequente Strafverfolgung und Verurteilung der Täterinnen bzw. Täter zu erreichen. Ihnen wird häufig nicht geglaubt bzw. ihre Aussagen werden unzulässig als nicht belastbar dargestellt. Dies ist einerseits auf die mangelnde Schulung, Sensibilisierung und Sachkenntnis der an der Strafverfolgung beteiligten Instanzen zurückzuführen; andererseits stellt das Fehlen barrierefreier Zugänge zu Polizei und Justiz für Betroffene mit Behinderung oft eine unüberwindliche Hürde dar.

Erforderlich ist deshalb die konsequente Schulung und Fortbildung aller an der Strafverfolgung beteiligten Berufsgruppen (insbesondere von Polizei, Staatsanwaltschaften, Richterschaft und Gutachterwesen), um einen fachkompetenten Umgang mit kognitiv und psychisch beeinträchtigten Opferzeugen und –zeuginnen einzuleiten. Zudem ist für diese Zielgruppen Barrierefreiheit sowie verbesserte Aufklärung und Information vor Gericht sicherzustellen. Auf der Ebene der Gesetzgebung sind Maßnahmen erforderlich, die eine gleichberechtigte Behandlung von Menschen mit Behinderungen vor Gericht im Strafprozess absichern.¹¹⁰ Darüber hinaus sind weitere Anpassungen im Bereich der Strafgesetzgebung erforderlich, die eine Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne Behinderung im Hinblick auf die Regelungen des StGB zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung umsetzen.¹¹¹

Mit spezifischem Bezug auf Gewalt in Einrichtungen ist die Ausdehnung des Gewaltschutzgesetzes auf Menschen, die in Einrichtungen leben, zu prüfen, um eine Gleichbehandlung gegenüber in Haushalten lebenden Menschen im Fall von Gewalt zu erreichen. Hierzu müssen die Voraussetzungen für eine Wegweisung von in Einrichtungen lebenden Täterinnen und Tätern geschaffen werden; auf Wunsch des Opfers sollte außerdem deren unbürokratische Unterbringung an einem anderen Ort ermöglicht werden.

110 Im Positionspapier der staatlichen Koordinierungsstelle zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention „Frauen mit Behinderung besser vor Gewalt schützen“ von 2012 sind dazu konkrete Maßnahmen in den Bereichen Barrierefreiheit, psychosoziale Prozessbegleitung, Schutzbestimmungen und modifizierte Möglichkeiten der Befragung von Zeuginnen und Zeugen formuliert. Es ist zu prüfen, wie diese gesetzlich umgesetzt werden können (vgl. im Internet: http://www.behindertenbeauftragte.de/gzb/DokumenteKoordinierungsstelle/Downloads/FAFreiheit/20120914_FINALPositionspapierGewalt.pdf;jsessionid=0D15BD9947BAB2F33034A2984FF00BE2.2_cid355?__blob=publicationFile).

111 Zwar wurde mit der Reform des Sexualstrafrechts durch einzelne Neuerungen ein deutlich verbesserter rechtlicher Schutz von Menschen mit Behinderungen bei sexueller Gewalt und sexuellem Missbrauch eingeleitet. Neue bzw. fortbestehende Probleme ergeben sich in der Praxis daraus, dass Frauen mit Behinderungen (insbesondere mit sogenannter geistiger Behinderung) z. T. als widerstandsunfähig eingestuft werden, obwohl sie einen Willen bilden können, wodurch häufig Anklage wegen sexuellen Missbrauchs widerstandsunfähiger Personen und nicht wegen Vergewaltigung erfolgt; zum anderen ist Rechtssicherheit erforderlich für den Fall, dass eine Frau zwar grundsätzlich in der Lage ist, ihren Willen zu äußern, diesen infolge ihrer Beeinträchtigung jedoch nicht durchsetzen oder (im Strafverfahren) nicht äußern kann, wie sie Widerstand geleistet hat. In diesen Fällen greifen auch die Regelungen des § 177 StGB bei Menschen mit Behinderung häufig nicht, obwohl Nötigungsmittel zur Ausübung von sexuellen Handlungen eingesetzt wurden. Kritisiert wird auch, dass die Regelung des § 179 Abs. 1 StGB einen geringeren Strafrahmen als des § 177 Abs. 1 StGB beinhaltet.

Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Quellenverzeichnis – verwendete Literatur im Text

Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., Worsley, C., Firth, H. (2001): Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (3), 194-201.

Bosch, Erik & Suykerbuyk, Ellen (2007): Aufklärung – Die Kunst der Vermittlung. Methodik der sexuellen Aufklärung für Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Auflage, Weinheim/München: Juventa Verlag.

Casteel, C., Martin, S.L., Smith, J.B., Gurka, K.K., Kupper, L.L. (2008): National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Journal of Injury and Prevention*, 14, 87-90.

Chenoweth, Leslie (1996): Violence and Women with Disabilities: Silence and Paradox. *Violence against Women* 2: 391-411.

Crossmaker, M. (1991): Behind Locked Doors. Institutional Sexual Abuse. *Sexuality and Disability*, 9 (3), 201-219.

Curry, M. A., Renker, P., Robinson-Whelen, S., Hughes, R. B., Swank, P., Oschwald, M., Powers, L. E. (2011): Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities. *Violence and Victims*, 26, 430-444.

Deegener, G. (2006): Erscheinungen und Ausmaße von Kindesmisshandlung in Deutschland. In: Heitmeyer W, Schrötte M (Hrsg.) *Gewalt. Beschreibungen – Analysen – Prävention*. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn, S. 26-44.

Eastgate, G.; Van Driel, M.L., Lennox, N., Scheermeyer, E. (2011): Women with intellectual disabilities. A study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian Family Physician*, 40 (4), 226-230.

Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF (2003): Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents. Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry* 160: 1453-1460.

Fegert, J.M., Jeschke, K., Thomas, H. & Lehmkuhl, U. (2006): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa.

Fonagy, P. (1996): Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 124-150.

Furey, E.M., Niesen, J.J., Strauch, J.D. (1994): Abuse and neglect of adults with mental retardation in different residential settings. *Behavioral Interventions*, 9 (4), 199-211.

Häfner, S., Franz, M., Lieberz, K., Schepank, H. (2001): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen. Stand der Forschung. In: Psychotherapeut 46, 403-409.

Hassouneh-Phillips, D. (2005): Understanding Abuse of Women With Physical Disabilities. An Overview of the Abuse Pathways Model. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 70-80.

Haydon, A.A., McRee, A.L., Tucker Halpern, C. (2011): Unwanted sex among young adults in the US: The role of physical disability and cognitive performance. *Journal of interpersonal Violence*, 26 (17), 3476-3493.

Hildyard KL, Wolfe DA (2002): Child neglect. Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect* 26: 679-695.

Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1.

Hughes, K., Bellis, M.A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakspeare, T., Officer, A. (2012): Prevalence and risk of violence against adults with disabilities. A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 379, 1621-1629.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M.H., Blanz, B. (2002): Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. In: *Kindheit und Entwicklung* 11(4), 201-211.

Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V (1999): Child and adolescent abuse and neglect research. A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(10): 1217-1222.

Kavemann, Barbara, und Cornelia Helfferich. 2013: Untersuchung von Frauen mit Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen zu ihren Erlebnissen mit Übergriffen, Gewalt und Diskriminierung. Qualitative Teilstudie des Forschungsprojekts „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland“.

Lin, J.D., Lin, L.P., Lin, P.Y., Wu, J.L., Li, C.D., Kuo, F.Y. (2010): Domestic violence against people with disabilities. Prevalence and trend analyses. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1264-8.

Lin, L.P., Yen, C.F., Kuo, F.Y., Wu, J.L., Lin, J.D. (2009): Sexual assault of people with disabilities. Results of a 2002-2007 national report in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 30 (5), 969-75.

Mackner LM, Starr RH, Black MM (1997): The cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning. *Child Abuse & Neglect* 7: 691-700.

Martin, S.L., Ray, N., Sotres-Alvarez, D., Kupper, L.L., Moracco, K.E., Dickens, P.A., Scandlin, D., Gizlice, Z. (2006): Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women*, 12 (9), 823-837.

Milberger, S., Israel, N., LeRoy, B., Martin, A., Potter, L., Patchak-Schuster, P. (2002): Michigan Study on Women with Physical Disabilities. Final Report, 193769, U.S. Department of Justice, Washington DC, 32 pp.

Miller, B.C. and Sollie, D.L. (1980): Normal stresses during the transition to parenthood. *Family Relation* 19: 1023–1034.

Nosek, M. A., Hughes, R. B., Taylor, H. B., & Taylor, P. (2006): Disability, psychosocial, and demographic characteristics of abused women with physical disabilities. *Violence Against Women*, 12, 838-850.

Plummer, S.B., Findley, P.A. (2012): Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: review of the literature and implications for the field. *Trauma, Violence and abuse*, 13(1), 15-29.

Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G., Pietz, J. (2006): Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55 (2006)1, S. 36–52.

Rosen, D.B. (2006): Violence and exploitation against women and girls with disability. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 170-177.

Saxton, M., Curry, M., Powers, L.E., Maley, S., Eckels, K., Gross, J. (2001): “Bring my scooter so I can leave you”. A study of disabled women handling abuse by personal assistance providers. *Violence Against Women*, 7 (4), 393-417.

Schröttle, Monika/Hornberg, Claudia/Glammeier, Sandra/Sellach, Brigitte/Puhe, Henry/Kavemann, Barbara/Zinsmeister, Julia (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Langfassung. BMFSFJ, Berlin. Internet: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Langfassung-Ergebnisse_20der_20quantitativen-Befragung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Schröttle, Monika/Müller, Ursula (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ, Berlin. Internet: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=20560.html>

Schröttle, Monika, Claudia Hornberg, Sabine Böhne et al. 2009: Gesundheitliche Folgen von Gewalt: Expertise für ein Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Auftrag des Robert-Koch-Institut. Internet: http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/gewalt__inhalt.html

Schröttle, Monika, Manuela Martinez et al. 2007: Comparative Reanalysis of Prevalence of Violence against Women and Health Impact Data in Europe – Obstacles and Possible Solutions: Testing a Comparative Approach on Selected Studies. Osnabrück: CAHRV. Internet: http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/D_20_Comparative_reanalysis_of_prevalence_of_violence_pub.pdf

Schröttle, Monika, und Nicole Ansorge. 2008: Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen – eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Internet: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewalt-paarbeziehung-langfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. Zugriffen: 4. Februar 2013.

Strathearn L, Gray PH, O’Callaghan MJ, Wood DO (2001): Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants. A prospective study. *Pediatrics* 108: 142-151

Unterstaller, A. (2007): Wie wirkt sich sexueller Missbrauch auf Kinder aus? In: Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst*. München, Abschnitt S 27 1-5. http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm

Wetzels P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. *Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung*, Band 8. Nomos, Baden-Baden.

Yoshida, K.K., Odette, F., Hardie, S., Willis, H., Bunch, M. (2009): Women living with disabilities and their experiences and issues related to the context and complexities of leaving abusive situations. *Disability and Rehabilitation*, 31(22), 1843-1852.

Zemp A. (2002): Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51(8): 610-625.

Zemp A., Pircher E. (1996): „Weil das alles weh tut mit Gewalt“. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. *Schriftenreihe der Frauenministerin*, Bd. 10. Frauenministerium, Wien.

Zinsmeister, Julia (2010): Sexuelle Selbstbestimmung im Betreuten Wohnen? Vom Recht und der Rechtswirklichkeit. Internet: <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1275> (Zugriff am 30.07.2014)

Weiterführende Literatur zu Prävention und Intervention (eine Auswahl)

Barger, E., Wacker, J., Macy, R., Parish, S. (2009): Sexual Assault Prevention for Women with Intellectual Disabilities: A Critical Review of the Evidence. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (4): 249–262.

Beck, H./Bretländer, B./Flügge, S. (2012): Muster Handlungsempfehlung – zum Umgang mit Grenzverletzungen, sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in voll- und teilstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – ENTWURF – zur Erprobung in der Praxis. Online unter: <http://www.fab-kassel.de/hessisches/download/handlungsempfehlung.pdf> (16.11.2012).

Bowman, R.A., Scotti, J.R., Morris, T.L. (2010): Sexual Abuse Prevention: A Training Program for Developmental Disabilities Service Providers. *Journal of Child Sexual Abuse*, Vol. 19, 119–127.

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe, Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband, Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen, Hessisches Netzwerk für behinderte Frauen (Hrsg.) (2012): Sicherheitstipps für blinde und sehbehinderte Frauen: Sicher sein und Schutz vor Gewalt. online unter: https://www.frauen-gegen-gewalt.de/veroeffentlichungen.html?file=tl_files/downloads/sonstiges/Informationen%20Gewalt_DAISSY/sicherheitstipps_blinde_und_sehbehinderte_Frauen.pdf (19.12.2012).

Cambridge, P., Beadle-Brown, J., Milne, A., Mansell, J., Whelton, B. (2010): Patterns of Risk in Adult Protection Referral for Sexual Abuse and People with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24: 118–132.

Eastgate, G., Scheermeyer, E., van Driel, M.L., Lennox, N. (2012): Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention. A study of family members and support workers. *Australian Family Physician* Vol. 41, No. 3, 135–139.

Hughes, B.H., Robinson-Whelen, S., Pepper, A.C., Gabrielli, G., Lund, E.M., Legerski, J. (2010): Development of a Safety Awareness Group Intervention for Women With Diverse Disabilities: A Pilot Study. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 55, No. 3, 263–271.

Lund, E. M. (2011): Community-based services and interventions for adults with disabilities who have experienced interpersonal violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, Vol. 12, No. 4: 171–182.

Mahoney, A., Poling, A. (2011): Sexual Abuse Prevention for People with Severe Developmental Disabilities. *Journal Developmental and Physical Disabilities*, 23:369–376.

Robinson, S., Chenoweth, L. (2011): Preventing abuse in accommodation services: From procedural response to protective cultures. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1) 63–74.

Robinson-Whelen, S., Hughes, R.M., Powers, L.E., Oswald, M., Renker, P., Swank, P.R., Curry, M.A. (2010): Efficacy of a Computerized Abuse and Safety Assessment Intervention for Women With Disabilities: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Child Sexual Abuse*, Vol. 19, 119–127.

Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, Berlin (Hrsg.) (2006): Scheinbar nirgendwo – und doch überall: Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderung. Dokumentation der Fachtagung vom 25. November 2004 anlässlich des Internationalen Tages zur Beendigung jeder Form von Gewalt gegen Frauen. Online unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-frauen/broch_behind.pdf?start&ts=1189178747&file=broch_behind.pdf (19.12.2012).

Weibernetz e. V. (Hrsg.) (2007): Checkliste zum Erstellen eines Leitfadens zum Umgang mit (sexualisierter) Gewalt für Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie bei ambulanten und teilstationären Diensten und Einrichtungen. Online unter: http://www.weibernetz.de/checkliste_Leitfaden_Gewaltschutz.pdf (04.01.2013).

Wildwasser Würzburg (Hrsg.) (2007): Richtig wichtig – Stolz und stark. Ein FrauenBilderLeseBuch über sexuelle Gewalt. Verlag Mebes & Noack: Köln.

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20179130
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
Fax: 030 18555-4400
E-Mail: info@bmfsfjservice.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*
Zugang zum 115-Gebärdentelefon: 115@gebaerdentelefon.d115.de

Stand: Mai 2014

Gestaltung: www.avitamin.de

- * Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zur Verfügung. Diese erreichen Sie zurzeit in ausgesuchten Modellregionen wie Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen u. a.. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.115.de.