



universität
wien

Diplomarbeit

Einstellungen von MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ
zur Sexualität
geistig behinderter Menschen

Petra Schwarz

zur Erlangung des akademischen Grades
Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2008

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Univ. Prof. Alfred Schabmann

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | EINLEITUNG | 1 |
| 2 | GEISTIGE BEHINDERUNG | 4 |
| 2.1 | Definition und Begriffsbestimmung | 4 |
| 2.1.1 | Prävalenz - zur Anzahl behinderter Menschen in Österreich | 5 |
| 2.2 | Konzepte und Ansätze zur Behinderung | 6 |
| 2.2.1 | Der Etikettierungsansatz (Labeling Approach) | 6 |
| 2.2.2 | Mehrebenenansatz der WHO | 6 |
| 2.2.3 | Eigendefinition der Behinderung von People – First | 7 |
| 2.3 | Definition von Behinderung anhand Intelligenz | 8 |
| 2.3.1 | Definition der AAMR (American Association of Mental Retardation) | 8 |
| 2.3.2 | ICD 10: | 9 |
| 2.3.3 | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM) | 10 |
| 2.3.4 | Kritik an der Definition von Behinderung anhand Intelligenzmessung | 11 |
| 2.4 | An Gesundheit orientierte Klassifikationssysteme von Behinderung | 12 |
| 2.4.1 | ICIDH | 12 |
| 2.4.2 | ICF | 13 |
| 2.4.3 | WHO Definition zur Gesundheit | 14 |
| 2.5 | Zusammenfassend Betrachtung der Klassifikationssysteme: | 14 |
| 2.6 | Gegenwärtiges Begriffsverständnis von geistiger Behinderung | 15 |
| 2.6.1 | Begriffsalternativen zum Terminus „Geistige Behinderung“: | 15 |
| 2.6.2 | Schwierigkeiten des Begriffswandels | 15 |
| 2.7 | Entwicklungslinie in der Behindertenarbeit | 16 |
| 2.7.1 | Fremdbestimmung | 16 |
| 2.7.2 | Selbstbestimmung | 17 |
| 2.7.3 | Empowerment | 17 |
| 2.7.4 | Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung | 18 |
| 3 | EINSTELLUNGEN | 19 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.1 | Herkunft des Begriffs | 19 |
| 3.2 | Definition | 19 |
| 3.3 | Richtungen der Einstellungskonzepte | 20 |
| 3.3.1 | Dimensionalität der Einstellung | 20 |
| 3.4 | Begriffsklärung im Kontext der Einstellung | 23 |
| 3.4.1 | Einstellung und Kognition | 23 |
| 3.4.2 | Einstellung und Verhalten | 23 |
| 3.4.3 | Handeln | 24 |
| 3.4.4 | Soziale Einstellungen | 24 |
| 3.4.5 | Soziales Handeln | 24 |
| 3.5 | Spezifische Einstellungen: Vorurteil und Stigmata | 25 |
| 3.5.1 | Vorurteil | 25 |
| 3.5.2 | Stigmata | 26 |
| 3.6 | Funktionen von Einstellungen | 28 |
| 3.6.1 | Anpassungsfunktion oder instrumentelle Funktion | 28 |
| 3.6.2 | Defensive Funktion oder Ich – Verteidigungsfunktion | 29 |
| 3.6.3 | Expressive Funktion oder Wertdarstellungs-Funktion | 29 |
| 3.6.4 | Wissensfunktion oder Ökonomiefunktion | 29 |
| 3.7 | Kritikpunkte des Einstellungskonzepts | 29 |
| 3.8 | Die Erfassung von Einstellungen | 30 |
| 3.8.1 | Erfassung von Einstellungen gegenüber behinderten Menschen | 31 |
| 3.8.2 | Methoden zur Einstellungsmessung gegenüber geistig behinderten Menschen | 32 |
| 3.8.3 | Reaktionstendenzen als mögliche Fehlerquelle | 34 |
| 3.9 | Einstellungen gegenüber geistig behinderten Menschen | 34 |
| 3.9.1 | Interaktion mit behinderten Menschen | 35 |
| 3.9.2 | Determinanten der Einstellung gegenüber behinderten Menschen | 36 |
| 3.9.3 | Einstellungen zur Sexualität geistig behinderter Menschen | 38 |
| 4 | SEXUALITÄT | 41 |
| 4.1 | Definition und Begriffsbestimmung | 42 |
| 4.2 | Sexualität im historischen Verlauf | 43 |

| | | |
|----------------------------|---|-----------|
| 4.3 | Aspekte der Sexualität | 44 |
| 4.4 | Erfahrungsbereiche der Sexualität | 45 |
| 4.5 | Funktionen der Sexualität | 45 |
| 4.6 | Sexualität und Identität | 46 |
| 4.7 | Zusammenhang von Identität und Interaktion im Hinblick auf Sexualität: | 47 |
| 4.7.1 | Psychosexuelle und psychosoziale Entwicklung | 48 |
| 4.8 | Praxis und Rahmenbedingungen gelebter Sexualität geistig behinderter Menschen | 52 |
| 4.8.1 | Ausdrucksformen der Sexualität bei geistig behinderten Menschen | 53 |
| 4.8.2 | Sexualität geistig behinderter Menschen vor dem Hintergrund rechtlicher Rahmenbedingungen. | 54 |
| 4.8.3 | Existierende und zukunftsweisende Ansätze zur Sexualität geistig behinderter Menschen | 62 |
| 4.8.4 | Sexualität und Medien | 63 |
| 4.9 | Konsequenzen einer sexualandragogischen Sichtweise für die Praxis | 64 |
| 4.10 | Zusammenfassung | 65 |
| B. EMPIRISCHER TEIL | | 67 |
| 1 | FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN | 67 |
| 1.1 | Einleitung | 67 |
| 1.2 | Fragestellung | 67 |
| 1.3 | Hypothesen | 68 |
| 2 | FRAGEBOGEN | 70 |
| 2.1 | Verwendete Methode zur Erfassung der Einstellung gegenüber geistig behinderten Menschen und deren Sexualität | 70 |
| | SMRAI von BRANTLINGER | 70 |
| 2.1.1 | Entwicklung der deutschsprachigen Version und Voruntersuchung | 71 |
| 2.1.2 | Aufbau des eingesetzten Fragebogens | 71 |
| 2.2 | Erhobene Determinanten | 72 |
| 2.2.1 | Beschreibung der vier Teile des Fragebogens | 72 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 2.2.2 | Prüfung der Gütekriterien des Fragebogens | 74 |
| 3 | EMPIRISCHE ERHEBUNG | 75 |
| | Die Lebenshilfe NÖ: Arbeitgeber der befragten Stichprobe | 76 |
| 3.1 | Beschreibung der Stichprobe | 76 |
| 3.2 | Darstellung der Ergebnisse: Deskriptiv Statistik | 76 |
| 3.2.1 | Teil 1 des Fragebogens: Demographische Daten | 77 |
| 3.2.2 | Teil 2 des Fragebogens: Informationen zur Berufssituation | 77 |
| 3.2.3 | Teil 3 des Fragebogens: Ermittelte Liberalitätswerte | 78 |
| 3.2.4 | Teil 4 des Fragebogens: | 83 |
| 3.3 | Ergebnisse: Inferenz Statistik | 84 |
| 3.3.1 | Hypothesenprüfung | 84 |
| 3.4 | ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE | 102 |
| 3.4.1 | Vergleich mit der Voruntersuchung hinsichtlich der aufgestellten Hypothesen | 102 |
| 3.4.2 | Zusammenfassung weiterer Ergebnisse | 103 |
| 3.4.3 | Kritik und Grenzen der vorliegenden Studie | 104 |
| 3.4.4 | Diskussion und Interpretation der Ergebnisse | 104 |
| 3.4.5 | Ausblick | 105 |
| | LITERATURVERZEICHNIS | 107 |
| | ANHANG | 118 |
| | LEBENS LAUF | 125 |

A. THEORETISCHER TEIL

*„Mache die Dinge so einfach
wie möglich - aber nicht einfacher.“*

Albert Einstein

1 Einleitung

Vorbemerkung

In der vorliegenden Untersuchung wird das große "I" in "(...)Innen" zur Kennzeichnung beider Geschlechter verwendet. Sollte dies aufgrund des Satzbaus nicht möglich sein, wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die weibliche Form verwendet. Sie steht aber für beide Geschlechter.

Ausgangspunkt der vorliegenden Re-Untersuchung ist die Diplomarbeit an der Uni Salzburg von POLLEICHTNER (1998) mit dem Titel „Einstellung der MitarbeiterInnen der Lebenshilfe Salzburg zur Sexualität geistig behinderter Menschen“. Mit dem Ziel der regionalen und somit praxisorientierten Datengewinnung wurden mit der vorliegenden Untersuchung erneut MitarbeiterInnen, diesmal der Lebenshilfe Niederösterreich, zu Ihrer Einstellung zur Sexualität geistig behinderten Menschen befragt.

Laut WALTER (1980) setzt die Einstellung von MitarbeiterInnen den Bedingungsrahmen zur Unterdrückung oder Normalisierung von Sexualität der in Behinderteneinrichtungen lebenden geistig behinderten Personen. Damit werden in weiterer Folge die Lebensbedingungen von behinderten Menschen umfassend beeinflusst. Der Zusammenhang von Einstellung und Verhalten gilt in dieser Sichtweise als wesentliche Basis. Grundsätzlich gehe ich mit SAUER (2003) davon aus, dass die Sexualität jedes Menschen eine individuelle Ausformung erfährt: „Ebenso wenig, wie

es den Menschen mit geistiger Behinderung gibt, existiert die Sexualität von geistig behinderten Menschen.“

Im Umgang mit Sexualität erhalten Werte vielfach Normcharakter. Diese gestalten sich in den unterschiedlichen Disziplinen (Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Religion, Medizin, Strafrecht etc.) ebenso wie in den jeweiligen Zielsetzungen und den für Einstellungen relevanten Handlungskonsequenzen unterschiedlich. Eine interdisziplinäre Herangehensweise ist daher unerlässlich und findet im Folgenden ebenso Eingang wie diagnostische und rechtliche Bedingungen im Kontext Sexualität geistig behinderter Menschen.

Sexualität kann in Ihrer ganzheitlichen und kommunikativen Funktion als eine wesentliche Säule von Salutogenese durch die Einstellungen der Professionalisten mitgetragen werden. Dieser neue Ansatz der Gesundheitsförderung beschreitet Wege in Richtung Lösungen jenseits einer Orientierung auf Problemlagen oder Diagnostik von Defiziten und findet daher Eingang in das Kapitel gegenwärtiger und zukünftiger Entwicklungen.

DOE und WHYTE (1995): betonen einen wesentlichen Aspekt der Forschung am und über behinderte Menschen: Diese muss für die betroffenen Personen nützlich sein bzw. Bedeutung für sie haben. Neben der Beteiligung behinderter Menschen am Forschungsprozess ist es Ziel der PAR (*Participation Action Research*), dass auch behinderten Personen Zugang zu Forschungsergebnissen haben (vgl. FLIEGER, 2003). Aufgrund der Orientierung der vorliegenden Arbeit an der bereits erfolgten Untersuchung von POLLEICHTNER (1998) konnte im Rahmen der Erhebungen zur vorliegenden Studie den Forderungen der partizipativen Handlungsforschung „*Participatory Action Research*“ nicht gänzlich nachgekommen werden. Der erste eingeforderte Aspekt von PAR - jener der Beteiligung der betroffenen behinderten Menschen am Forschungsprozess - wurde aus dem Grund der Replikation der Originalstudie nicht erfüllt. Ich war bemüht, der Forderungen der PAR nach Nützlichkeit für die geistig behinderten Personen dennoch nachzukommen. Daher erfolgte der Abschluss der vorliegenden Arbeit erst nach meinem Bereitstellen und umfassenden Durchführen von praxisorientierten sexualandragogischen Bildungsangeboten für Menschen mit geistigen Behinderungen sowie deren professionellem Umfeld. Ich schließe diese Diplomarbeit also aus der Praxis kommend

ab. Mich des Themas Behinderung und Sexualität nach den subjektiv gemachten Erfahrungen und Erlebnissen wissenschaftlich zu nähern, war eine Herausforderung, die mir professionelle Distanz abverlangte.

Mit LOCKEs Grundsatz der Erkenntnistheorie „Es ist nichts im Verstand, dass nicht in den Sinnen war“ danke ich den Menschen, mit denen ich arbeiten und die ich begleiten durfte, für Ihren Beitrag zu dieser Studie.

Persönliche Beweggründe zur Themenwahl:

Die vorliegende Diplomarbeit war mir aufgrund meiner Tätigkeit als Leiterin eines Teams der Lebenshilfe NÖ zur Ausgliederung so bezeichneter schwerst geistig behinderter Menschen aus der geschlossenen Psychiatrie der Landesnervenklinik Maria Gugging (1996 – 1997) ein Anliegen. In der totalen Institution der Psychiatrie waren Ausdrucksformen von Macht - wie Entzug von Intimsphäre, privatem Raum und Individualität - durch die Bezugnahme auf sexualandragogische Grundsätze der fachlichen Argumentation zugänglich. Dieser Ansatz scheint mir generell für das Argumentieren und Realisieren verbesserter Lebensbedingungen für geistig behinderte Menschen gut geeignet und führte daher zur Themenwahl dieser Diplomarbeit.

2 Geistige Behinderung

2.1 Definition und Begriffsbestimmung

Der Begriff „geistige Behinderung“ entstand in den 50er Jahren, um Bezeichnungen wie Idiotie, Oligophrenie oder Schwachsinn zu ersetzen und wurde 1958 von der Elternvereinigung „Lebenshilfe für das behinderte Kind e. V.“ geprägt (zit. nach DITTMANN in: ENGE, 1983, S. 5).

Seit den 90er Jahren ist der Begriff „Geistigbehindertenpädagogik“ umstritten. Die Definition des Begriffs „geistige Behinderung“ ist zudem in unterschiedlichen Disziplinen (Pädagogik, Psychologie, Medizin, Soziologie) und Ihren jeweiligen VertreterInnen sehr unterschiedlich. Der Mensch mit Behinderung steht im Schnittpunkt der unterschiedlichen Fachbereiche, daher ist Interdisziplinarität unabdingbar. Diesen Weg beschreiten STAHL & IRBLICH (2005) auch in der - oft über wesentliche Lebensbereiche entscheidenden - Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Der Begriff der geistigen Behinderung wurde 1972 von BLEIDICK in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt. Dieser stellt 1999 (S.15) fest, dass sich in der Literatur bislang kein vollständiger Konsens über einen durchgängig anerkannten Begriff der Behinderung finden lässt und schlägt folgende Definition vor: „Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen so weit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden“.

Mit dieser Definition unterscheidet er deutlich zwischen der Schädigung einerseits und den daraus resultierenden gesellschaftlichen Beeinträchtigungen andererseits.

WÜLLENWEBER (2006) stellt ebenfalls dar, dass sich der Terminus Behinderung bis heute einer eindeutigen Bestimmung entzieht, obwohl dieser „...in vielen theoretischen und praktischen Feldern hohen Strukturwert hat und dessen Zuschreibung Lebenswege zeichnet“. CLOERKES (1998, S.4): fasst zusammen: „Bislang gibt es keine allgemeingültige Definition von Behinderung“. Er betont, dass die unterschiedliche Definition des Begriffs Behinderung davon abhängt, zu welcher Zielsetzung und in welchem Zusammenhang er von welchen Fachrichtungen (juristisch, pädagogisch, soziologisch oder medizinisch) verwendet wird.

Auf die Bedeutung der jeweiligen Zweckdienlichkeiten der verschiedenen Definitionen verweist auch TRÖSTER (1990, S.13). KULIG (2006): weist durch die Verwendung des Begriffs der Behinderung auf die Möglichkeit einer Stigmatisierung hin (2006): „Im Laufe der Zeit wurde der Begriff der geistigen Behinderung mit verschiedenen Ansätzen in beschreibender und auch in normativer Hinsicht gefüllt und geriet im Zuge dieser Ausarbeitungen immer wieder selbst in den Verdacht, die Personengruppen zu stigmatisieren.“

TRÖSTER (1990, S. 12) weist darauf hin, dass zu dem Begriff Behinderung im alltäglichen Gebrauch eine große Übereinstimmung darüber zu bestehen scheint, „was als Behinderung und wer als Behinderter zu gelten hat“, es sich aber keineswegs um eine homogene Gruppe handle.

2.1.1 Prävalenz - zur Anzahl behinderter Menschen in Österreich

Aus dem Bericht des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen über die Lage der behinderten Menschen in Österreich geht hervor, dass es in Österreich keine präzisen Daten über die Anzahl von Menschen mit Behinderung gibt. (BMSG 2003:10). Da es keine einheitliche Definition von Behinderung gibt, kann auch keine Aussage über die Gesamtanzahl der behinderten Menschen in Österreich getroffen werden.

Auch über psychisch und geistig behinderte Menschen ist kaum Zahlenmaterial vorhanden, daher muss auf Schätzungen zurückgegriffen werden. BADELDT & ÖSTERLE (1993) schätzen in der Studie „Zur Lebenssituation behinderter Menschen in Österreich“ die Zahl geistig behinderter Menschen in Österreich auf etwa 0,6 % der Bevölkerung. Auf Grundlage der derzeitigen Gesamtbevölkerung Österreichs wären dies etwa 48.000 Personen.

2.2.1 Der Etikettierungsansatz (Labeling Approach)

Der Begriff Stigma steht im Etikettierungsansatz nicht für das Merkmal wie bei GOFFMANN, sondern für dessen negative Definition beziehungsweise Zuschreibung (vgl. BRUSTEN & HOHMEIER; 1975, S.7). Von einem Merkmal wird auf die gesamte Person geschlossen „Das Stigma wird zu einem ‘master status’, der wie keine andere Tatsache die Stellung einer Person in der Gesellschaft sowie den Umgang anderer Menschen mit ihr bestimmt (BRUSTEN & HOHMEIER, 1975, S.8). BECKER (1973, S.8) meint, dass abweichendes Verhalten dadurch von der Gesellschaft geschaffen wird, dass Gruppen Regeln aufstellen, deren Verletzung in der Folge abweichendes Verhalten konstituiert.

Die Orientierung an der Funktionalität und der daraus folgenden gesellschaftlichen Stellung findet sich in der Definition der UNO (1975): Behinderte sind Personen, die aufgrund einer angeborenen oder erworbenen Schädigung körperlicher oder geistiger Art nicht in der Lage sind, sich voll oder teilweise aus eigener Kraft, wie ein Nichtbehinderter die entsprechende Stellung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu sichern.

Ebenso stellt das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2003 dar: „Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist:, geregelte soziale Beziehungen zu pflegen, sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und ein angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen.“

2.2.2 Mehrebenenansatz der WHO

Mit der Zuschreibung von geistiger Behinderung war in der Regel eine defizitorientierte Sichtweise verbunden.

In der WHO Klassifikation 1999 (ICIDH-2 „International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning“) werden dahingegen im Gegensatz zu der Version 1980, wo noch Schädigungen, Störungen und Behinderungen im Vordergrund standen, die sozialen Konsequenzen, die sich aus der Schädigung für den betroffenen Menschen ergeben, beachtet.

Die WHO unterscheidet im Zusammenhang mit der Beschreibung des Gesundheitszustandes:

- Schädigung (Impairment):

Diese besteht in einem beliebiger Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen physiologischen oder anatomischen Struktur.

- Behinderung (Disability):

Unter Behinderung wird jede Einschränkung oder jeder Verlust der Fähigkeit (als Folge einer Schädigung), Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, wie sie für einen Menschen im typischen Alltag als normal angesehen werden.

- Beeinträchtigung (Handicap):

Diese bezeichnet eine sich aus einer Schädigung oder Behinderung ergebende Benachteiligung einer betroffenen Person, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die (abhängig von Geschlecht, Lebensalter, sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für diese Person normal ist.

2.2.3 Eigendefinition der Behinderung von People – First

People First-Gruppen zeigen Möglichkeiten zu verstärkter Selbstbestimmung behinderter Menschen auf. Gleichzeitig legen sie Wert auf das Bewusstsein für den Bedarf an Unterstützung. Die Forderungen der seit 30 Jahren international bestehenden „People First“ Selbstvertretung und Selbstorganisation finden sich detailliert in DOOSE (2007). Deren VertreterInnen wollen nicht "geistig behindert", sondern "Menschen mit Lernschwierigkeiten" genannt werden.

BOBAN & HINZ (2003) beschreiben folgende Entwicklung: „Ebenso wird in den letzten Jahren immer selbstverständlicher, dass Menschen mit Down-Syndrom nicht nur an Tagungen teilnehmen ..., sondern dass sie dort auch als ReferentInnen auftreten und sich authentisch artikulieren.

Selbsthilfegruppen fordern Beteiligung an der Forschung mit dem Motto "Nothing about us without us" (vgl. HOLZER, VREEDE & WEIGT 1999).

An amerikanischen Universitäten wurde folgender Grundsatz realisiert: Bei Untersuchungen, die Menschen mit geistiger Behinderung betreffen, sind diese nicht nur in der Rolle des Untersuchungsobjektes, sondern werden bei der

Untersuchungsplanung auch als fachkundige und kritische BeraterInnen zu Rate gezogen.

Budgetierungskonzepte der persönlichen Assistenz bieten international zunehmend die Möglichkeit zu individueller Lebensführung.

2.3 Definition von Behinderung anhand Intelligenz

Da die Diagnostik von geistiger Behinderung in der Praxis anhand des Intelligenzquotienten erfolgt und in ihren Konsequenzen von weitreichender biographischer Bedeutung für die als geistig behindert kategorisierten Personen ist, wird sie im folgenden dargestellt.

Die Definition von BERKSONS (1966) findet weitgehend wissenschaftliche Akzeptanz: „Mental retardation is a phenomenon associated with high behavioral variability as well as low tested intelligence“

Die Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zur geistigen Behinderung von 1974 orientiert sich ebenfalls an der Intelligenz und lautet:

„Mental retardation is especially characterized by subnormality of intelligence and is of a nature or degree that requires or is susceptible to medical treatment or other special care or training of the patient.“

Seit 1985 sind dabei 2 Bedingungen zu erfüllen:

- 1.) Das Intelligenzniveau der betroffenen Person muss, gemessen mit herkömmlichen Intelligenztests, deutlich unter dem Mittelwert der Norm liegen. Als Grenzwert für diese Bestimmung wird eine Abweichung von zwei Standardabweichungen vom Mittelwert empfohlen. (Anmerkung: Das Durchlaufen eines herkömmlichen Intelligenztests setzt das Beherrschen der Kulturfertigkeiten Lesen und Schreiben voraus.)
- 2.) Diese Person muss auch merklich herabgesetzte Fähigkeiten in der Anpassung an die Alltagsanforderungen der sozialen Umwelt zeigen. Dieses Anpassungsniveau wird mit adaptiven Verhaltensskalen bestimmt.

2.3.1 Definition der AAMR (American Association of Mental Retardation)

Die AAMR versteht sich als Organisation, deren Aufgabe es ist, die Anliegen von Menschen mit geistiger Behinderung zu vertreten. Sie definiert geistige Behinderung

wie folgt: „Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behaviour as expressed in conceptual, social and practical adaptive skills. This disability originates before age 18.” (AAMR, 2002). Das Kriterium des adaptiven Verhaltens erhält somit den gleichen Bewertungswert wie Intelligenz. Die Anpassungsfähigkeit kann im Gegensatz zum IQ, der gewöhnlich stabil bleibt, therapeutisch verbessert werden.

Im deren theoretischem Modell werden 5 verschiedene Dimensionen beschrieben, die “mental retardation” erklären:

- I. Intellectual Abilities:
Intellektuelle Fähigkeiten
- II. Adaptive Behavior:
Adaptives Verhalten: soziale und praktische Fähigkeiten im Alltag
- III. Participation, Interaction an Social Roles:
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Beziehung und soziale Rollen
- IV. Health (physical health, mental health, etiology):
Gesundheit
- V. Context (Environments, Culture):
Umweltbezogener und kultureller Kontext

Gegenwärtige Definitionen von geistiger Behinderung versuchen, die sozialen und personalen Kompetenzen zu berücksichtigen, ohne einen Aspekt davon mehr zu gewichten (vgl. WÜLLENWEBER, THEUNISSEN & MÜHL, 2006, S.122).

2.3.2 ICD 10:

Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in 10. Revision (ICD 10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der 43. Weltgesundheits-Versammlung 1990 vorgelegt. Sie ist zentraler Teil des Klassifikationsystems der WHO und stellt den Versuch dar, ein weltweit einheitliches Diagnoserichtlinien- und Kodierungsmanual zu etablieren. Eine jährlich überarbeitete, jeweils gültige Version

wird von der WHO im Internet publiziert. Diagnoseerstellung sind daher auf eine etwaige Änderung der Diagnosekriterien zu überprüfen.

2.3.2.1 Die ICD 10 - Definition "Geistige Behinderung"

Die zu erfüllenden Kriterien für die Diagnose "Geistige Behinderung" finden sich in der ICD 10 im Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen). Sie werden unter dem Überbegriff Intelligenzstörung beschrieben. Eine Intelligenzstörung bzw. -minderung ist laut ICD 10 ein Zustand von verzögerter und unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, wobei Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten als besonders beeinträchtigt angesehen werden. (vgl. DILLING et al. 1993, S. 254). Ausdrückliche Erwähnung findet, dass sich die Diagnose einer Intelligenzstörung bzw. -minderung nur auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen kann. Es wird in der ICD-10 ausdrücklich festgestellt, dass sich intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung verändern können. Die Differenzierung F74 soll auf eine deutliche Diskrepanz zwischen Sprach-Intelligenz und Handlungs-Intelligenz hinweisen. Folgt man dieser Betrachtung, relativieren sich Testergebnisse, die rein verbal erhoben wurden. Der Diagnoseschlüssel ICD-10 wurde in Österreich verbindlich mit dem 1. Jänner 2001 eingeführt.

2.3.3 Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM)

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben. Im Gegensatz zur ICD der WHO beinhaltet es nicht alle Krankheitsbilder, sondern nur mentale Störungen. Die gegenwärtig gültige Version ist die DSM-IV-TR.

2.3.3.1 Die DSM-IV Definition "Geistige Behinderung"

Das DSM-IV legt drei wesentliche diagnostische Kriterien für Geistige Behinderung fest (vgl. SASZ et al. 1996, S. 81):

- 1.) eine deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit: ein IQ von 70 oder darunter, der bei einem individuell durchgeführten Intelligenztest bzw. bei Kleinkindern durch eine klinische Beurteilung der deutlich unterdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit festgestellt werden soll.

2.) damit einhergehende Defizite der gegenwärtigen sozialen Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der Bereiche Kommunikation, Eigenständigkeit, häusliches Leben, soziale/zwischen-menschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, schulische Fertigkeiten, Arbeit, Freizeit, Gesundheit bzw. Sicherheit.

3.) einen Beginn der Störung vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Der Diagnosecode 319 wird vergeben, wenn "mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Geistige Behinderung angenommen werden kann, die Intelligenz einer Person jedoch nicht mit Standard-Tests messbar ist" (SASZ S. 81).

2.3.3.2 Das DSM in Österreich

Die Verwendung des DSM ist in Österreich zur Erstellung von Diagnosen im Bereich psychischer Störungen rechtlich nicht vorgesehen. Dennoch wird das DSM zur (zusätzlichen) Meinungsbildung herangezogen. Da die Autoren des DSM ihre Richtlinien für die Vereinigten Staaten von Amerika verfasst haben, beinhaltet diese nicht die unterschiedlichen Sichtweisen der WHO und der ICD. Es bestehen Unterschiede in der länderspezifischen diagnostischen Praxis wie folgt: in den USA werden Menschen mit einem IQ um 70 in den Personenkreis geistig behinderter Menschen einbezogen, während in Deutschland erst ein IQ < 55/50 als geistige Behinderung erfasst wird. Demnach existieren in der Folge unterschiedliche Prävalenzraten geistiger Behinderung: in den USA: 1,27%, in Deutschland 0,5 – 0,6 %. (FUJIURA, 2003, 424).

2.3.4 Kritik an der Definition von Behinderung anhand Intelligenzmessung

Gängige Intelligenztests, wie z.B. der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIK), liefern nur aussagekräftige Ergebnisse bis zu einem Intelligenzquotienten von 70. GRILL (2007) spricht von „...Diagnosen, die selten bis nicht überprüft werden und deren Validität aufgrund fehlender standardisierter Testverfahren bezweifelt werden darf.“

Das Vorliegen der Diagnose stellt Weichen im Leben der kategorisierten Person. Ein Unterschied von wenigen Punkten in der Intelligenzmessung kann darüber entscheiden, was einer Person an selbstbestimmter Lebensführung zugetraut und ermöglicht wird.

KULIG et al (2006) kritisieren 2006 das Zugrundelegen des Intelligenzmodells zur Klassifikation von Behinderung wie folgt: „Da die meisten der herkömmlichen Intelligenztests bei Menschen mit geistiger Behinderung nur bedingt oder gar nicht anwendbar sind und der Begriff selbst ebenfalls nicht über die gewünschte Klarheit in der Definition verfügt, liegt es nahe, auf Intelligenzmessungen bei Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich zu verzichten“. Weiters legt die IQ Einteilung eine Genauigkeit nahe, die aus testkritischer Sicht bezweifelt wird (vgl. auch LUCKASSON et al., 2002, 66, 205). BREMER-HÜBLER & EGGERT (1990) kritisieren die Messung der Intelligenz von Menschen mit geistiger Behinderung wie folgt: „Die Aufgaben sind in der Regel allein an der Normpopulation normiert. Standardisierte Testdurchführungen scheitern oft an den Anpassungsanforderungen an die behinderten Menschen“. Für die Autoren ist „eine inhaltlich sinnvolle Trennung geistig behindert versus geistig nicht behindert anhand psychologischer Kriterien wie der Intelligenz (...) nicht möglich“. THIMM (1999) kritisiert Definitionsmodelle, welche sich auf medizinische Kriterien stützen und lehnt Modelle, welche sich auf Intelligenzmodelle stützen, gänzlich als „völlig ungeeignet“ ab. ZEMP & PIRCHER (1996) postulieren: „Eine Bestimmung von geistiger Behinderung über den IQ ist völlig unzureichend“.

2.4 An Gesundheit orientierte Klassifikationssysteme von Behinderung

2.4.1 ICIDH

Die im Gesundheits- und Sozialbereich der österreichischen und deutschen Krankenkassen häufig eingesetzte ICD 10 codiert Defizite, kann jedoch über deren Folgen nichts aussagen. Daher wurde sie 1980 durch die von der WHO definierten Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps: ICIDH) ergänzt. Diese entstand als Gegenbewegung zu einer medizinisch geprägten Betrachtungsweise von Behinderung und unterscheidet die drei Dimensionen Impairment, Disability und Handicap.

2001 wurde das Klassifikationsschema der WHO von 1999, die ICIDH von der ICF abgelöst.

2.4.2 ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert und beinhaltet Komponenten von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden.

Ihre spezifischen Ziele sind:

- Das Liefern einer wissenschaftlichen Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und deren Determinanten.
- Das Finden und zur Verfügung stellen einer gemeinsamen Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern.
- Das Ermöglichen von Datenvergleichen zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf ermöglichen.
- Das Bereitstellen eines systematischen Verschlüsselungssystems für Gesundheitsinformationssysteme.

Das wesentlich Neue an der ICF ist der Versuch, zum pathologischen Aspekt eines Gesundheitsproblems weitere fördernde und/oder hemmende Faktoren zu benennen, insbesondere die Aktivitäten und die Möglichkeiten der Partizipation, also der Teilhabe am sozialen Leben, einer Person.

Die ICF versteht sich als Synthese des medizinisch-pathologischen Ansatzes und des "sozialen Modells" in dem „Behinderung“ kein Merkmal einer Person ist, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Die ICF kann klassisch defizitorientiert oder ressourcenorientiert eingesetzt werden.

2.4.2.1 Die ICF in Österreich

Für die Verwendung der ICF gibt es derzeit keine österreichweit einheitlichen Richtlinien. ICF-basierte Datenbanksysteme für Gesundheitseinrichtungen werden bereits angeboten.

2.4.3 WHO Definition zur Gesundheit

Die Definition der WHO zur Gesundheit vom 22. Juli 1946 lautet: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen, und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“. Der Begriff Gesundheit bezeichnet keinen absoluten Zustand, sondern die sich laufend veränderte Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits- bis Krankheitskontinuum. Es wird zwischen physischer und psychischer Gesundheit oder Krankheit unterschieden.

Das Auftreten von Krankheiten wird beeinflusst durch Risikofaktoren (Stressoren), welche die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Verletzungen erhöhen und Schutzfaktoren, welche die Wirkung der Risikofaktoren beschränken. Risiko- und Schutzfaktoren können in physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren unterteilt werden.

2.5 Zusammenfassend Betrachtung der Klassifikationssysteme:

Die ICD 10 weist durch ihre stark defizitorientierte Sichtweise deutliche Schwächen auf. Sie lässt für die betroffenen Menschen fördernde Faktoren und den Einfluss umgebender Systeme weitgehend außer Acht. Die aus diesem Grund geschaffene ICF verfügt über eine Orientierung an Ressourcen mit einem Schwerpunkt auf der Ermöglichung der Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Um eine Verbindung von medizinischem Modell und sozialen pädagogischen Ansichten zu ermöglichen, wurde von der WHO die ICF als Zusatzklassifikation zur ICD veröffentlicht. Der darin verwendete Begriff der Behinderung baut nicht mehr rein auf persönlichen Defiziten auf, sondern versteht sich als "Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation: "Menschen sollen durch die Verwendung der ICF nicht auf ihre Schädigungen und Beeinträchtigungen reduziert werden" (zit. MEYER, 2004, S. 57).

Nach WÜLLENWEBER et al (2006) bestehen gegenwärtig lassen drei zentrale Positionen des Begriffsverständnisses von geistiger Behinderung:

- 1.) American Psychiatric Association APA (1994)
Die APA fasst geistige Behinderung unter den Oberbegriff der „Entwicklungsstörungen“ (nach DSM - IV) zusammen und differenziert anhand des IQ nach den Schweregraden mild, moderate, severe und profound.
- 2.) American Association on Mental Retardation AAMR (2002)
Die Definition der AAMR von geistiger Behinderung beinhaltet signifikante Beeinträchtigungen im intellektuellen und adaptiven Verhaltensbereich. Seit 1992 hat die AAMR die klassischen Einteilungskriterien der Schweregrade zugunsten eines 5-dimensionalen Kontext aufgegeben und geht mit dem aktuellen Verständnis von Behinderung der WHO (ICF) konform.
- 3.) Empowermentbewegungen (wie people first) haben zum Ziel, stigmatisierender Bezeichnungen zu vermeiden. Es besteht der Wunsch, den Begriff retardation durch disabilities zu ersetzen.

Seit den 90er wird verstärkt diskutiert, ob der Begriff durch andere Termini ersetzt werden müsse (vgl. THEUNISSEN, 2005)

2.6.1 Begriffsalternativen zum Terminus „Geistige Behinderung“:

- Menschen, die als geistig behindert gelten / bezeichnet werden
- Menschen mit kognitiver, intellektueller oder mentaler Behinderung / Beeinträchtigung
- Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf / Hilfebedarf
- Menschen mit Lernschwierigkeiten (von People First bevorzugt)

2.6.2 Schwierigkeiten des Begriffswandels

Der Begriff der „Geistigen Behinderung“ könnte einer Verwendung verschiedenster Termini weichen, was die interdisziplinäre Kommunikation (Pädagogik, Psychologie, Medizin und Soziologie) erschweren würde. Der Terminus „Geistige Behinderung“ stellt einen sozialrechtlich Begriff dar. Dieser ist für die Gewährung von Unterstützung

und finanziellen Hilfen relevant. Im Falle einer Elimination der Kategorie könnten behinderten Menschen Nachteile erwachsen. EGGERT (1996, S.8) nimmt an, dass ein neuer Begriff in relativ kurzer Zeit einen genauso stigmatisierenden Effekt erzeugen würde wie der derzeitige Terminus „geistige Behinderung“.

Lebenssituation von geistig behinderten Menschen innerhalb einer Institution

2.7 Entwicklungslinie in der Behindertenarbeit

Die Arbeit mit geistig behinderten Menschen war bis Anfang der 60er Jahre durch Institutionalisierung und somit Unterbringung in Sondereinrichtungen geprägt (POLLOWAY et al. 1996). Es bestand die Auffassung, dass sowohl die Gesellschaft vor behinderten Menschen, wie auch behinderte Menschen vor der Gesellschaft zu schützen sind.

Die Leitidee der Normalisierung und Deinstitutionalisierung führte zur Erstellung sonderpädagogischer Förderprogramme mit dem Ziel der Integrationshilfe. Diese Prozesse sollen Interaktionen mit nicht behinderten Bezugswelten und Partizipationsmöglichkeiten im gesellschaftlichem Kontext ermöglichen. Die gegenwärtige Behindertenarbeit ist vom Konzept Inklusion und Unterstützung (inclusion & support) geprägt, um Menschen mit Behinderung in ihrem vertrauten Umfeld unterstützen zu können (vgl. WÜLLENWEBER, 2006).

2.7.1 Fremdbestimmung

Das BM für soziale Sicherheit und Generationen bemerkt 2003 im Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich, dass Institutionelle Sachzwänge und Vorgaben die Entscheidungsmöglichkeiten und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung einschränken. In vielen Einrichtungen existieren Vorgaben personeller, zeitlicher und räumlicher Art, deren Ordnung und Einhaltung Selbstbestimmung stört. PLAUTE (2000) postuliert: „Organisationen sind aufgrund ihres fremdbestimmenden Verhaltens für die Verhaltensauffälligkeiten ihrer KlientInnen mitverantwortlich.“

KULIG & THEUNISSEN, 2006 (S.248) sehen Handlungsbedarf seitens der Institutionen und sehen diesen im „...Abbau von Hierarchien, Zentralinstanzen und

Bürokratien zugunsten der Schaffung demokratischer Entscheidungsstrukturen und Partizipationsformen. Das Dilemma von therapeutischen Einrichtungen besteht in der Aufgabe, abweichendes Verhalten zu beseitigen, andererseits verdanken sie eben diesem abweichenden Verhalten ihre berufliche Existenz (vgl. AHRENS, 1975, 59ff und GELLMANN, 1960, 188f).

2.7.2 Selbstbestimmung

Um Menschen mit geistiger Behinderung Selbstbestimmung zu ermöglichen, ist für viele Personen lebenslange Unterstützung erforderlich. „Dies impliziert eine Gratwanderung zwischen Förderung und Selbstbestimmung und der Erzeugung oder Aufrechterhaltung von Abhängigkeit, wodurch sich die pädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung schwierig gestaltet (THEUNISSEN & PLAUTE, 1995, 22f). Die Orientierung an Selbstbestimmung anerkennt das Recht von Menschen mit Behinderung, für ihr Leben Verantwortung zu übernehmen (vgl. THEUNISSEN & PLAUTE, 1995).

Dabei folgt die Ermöglichung selbstgewählter Assistenz den Kriterien der Selbstbestimmung.

2.7.3 Empowerment

FEUSER (1998) verwendet den Begriff des Empowerment im Sinne von Ermächtigung und Selbst-Bemächtigung. Empowerment findet statt, wenn die Betroffenen selbst in Entscheidungen über sie selbst miteinbezogen werden. Selbstbestimmung im Sinne von Empowerment ist ein Prozess, der ein Leben lang andauert. Empowerment gelingt mit THEUNISSEN (1996, S.84) dadurch, dass Menschen mit geistiger Behinderung in die Lage versetzt werden "ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren, ihre Lebensverhältnisse individuell und gemeinsam zu kontrollieren sowie eigenständig-selbstverantwortlich zu bewältigen." Er leitet daraus einen Arbeitsauftrag an die professionellen BegleiterInnen an. Als geeigneten Ansatzpunkt sieht er „... eine Bildung... Erwachsenenbildung... für alle.“

2.7.4 Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung

Erwachsenenbildner für Menschen ohne (definierte) Behinderungen haben sich bis dato vielfach davon distanziert, für alle Gruppen offen zu sein. Als Argument wird genannt, für Menschen mit geistiger Behinderung nicht ausgebildet und kompetent zu sein.

Gemäß den Richtlinien der EU darf niemand von Dienstleistungen aufgrund von Rasse, Religion oder Behinderung ausgeschlossen werden. Demnach ist es nun an den Träger von Wissen, Information und Bildung – den Professionalisten – sich den Anforderungen und unterschiedlichen Bedürfnissen Ihrer KundInnen zu stellen. Das bedeutet, adäquate Bildungsangebote jenseits rein therapeutischer und kurativer Zielsetzungen zu entwickeln und anzubieten.

Gleichbehandlungsgesetz

In der Novelle vom Juni 1997 wurde die Diskriminierung behinderter Menschen erstmals unter Strafe gestellt: Der Artikel IX Abs. 1 Z 3 EGVG sieht eine Geldstrafe bis zu 1.090 € vor, wenn jemand „Personen allein auf Grund ihrer Rasse, ihrer Hautfarbe, ihrer nationalen oder ethnischen Herkunft, ihres religiösen Bekenntnisses oder einer Behinderung ungerechtfertigt benachteiligt oder sie hindert, Orte zu betreten oder Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die für den allgemeinen öffentlichen Gebrauch bestimmt sind.“

3 Einstellungen

3.1 Herkunft des Begriffs

Die Einstellung und deren Erforschung zählen zu den klassischen Konzepten der Sozialpsychologie. Der Begriff wurde erstmals von DARWIN und SPENCER in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verwendet und von der Würzburger experimentellen Schule der Psychologie vorerst zur Erklärung körperlicher Reaktionsbereitschaften herangezogen.

Bis zur Jahrhundertwende nahmen die meisten Sozialpsychologen an, dass die Gedanken und Handlungen einer Person sehr stark von deren mentalen Einstellungen beeinflusst würden (ANTONAK, 1988).

THOMAS & ZNANIECKI (1918, 20ff.) erweiterten den zunächst rein physiologisch orientierten Zugang mit der Wahl des in der Sozialpsychologie verwendeten Begriffs „attitude“. Damit bezeichneten sie die beständige Orientierung und Handlungsbereitschaft eines Individuums in Bezug auf ein soziales Objekt. Diese Sichtweise ging von der Einheit von Denken und Handeln aus und entwickelte sich zu einem dominanten Konzept innerhalb der Sozialpsychologie. Dennoch wurde dieser Ansatz dauerhaft grundlegender Kritik unterzogen und dessen Nutzen in Frage gestellt: LA PIERE (1934) und DEUTSCHER (1973) bezweifeln, dass dieser der Struktur sozialer Wirklichkeit gerecht werde und stellen fest, dass sich der Ansatz trotz erhobener Forderung seiner völligen Aufgabe (vgl. BENNINGHAUS, 1973) als resistent erwiesen hat.

3.2 Definition

Für den Einstellungsbegriff ist keine eindeutige, allgemeingültige Definition existent. ALLPORT (1935, zitiert nach CHRISTIANSEN-BERNDT, 1981) definiert Einstellung als einen „einen seelisch-geistigen und neutralen Zustand der Bereitschaft „state of readiness“, der aus der Erfahrung gewachsen ist und einen steuernden und dynamischen

Einfluss auf die individuellen Reaktionen gegenüber allen Objekten und Situationen ausübt, mit denen er in Zusammenhang steht.

Als durch Erfahrung gelerntes Verhalten sieht er Einstellungen als das Verhalten in eine bestimmte Richtung lenkend. Somit verbindet er mit seiner Definition kognitive und konative Elemente.

Die Definition der Einstellung von KRECH, CRUCHFIELD & BALLACHEY (1962, S.177) beinhaltet Komponenten der Affektion und des Verhaltens: „An enduring system of positive or negative evaluations, emotional feelings and pro or con action tendencies with respect to a social object“.

ANTONAK & LIVNEH (1991, S.553) fassen die Fülle existierender Einstellungsdefinitionen mit folgenden sechs charakteristischen Elementen zusammen:

- Einstellungen werden durch Erfahrung und in Interaktion gelernt
- Einstellungen sind komplexe, multidimensionale Strukturen
- Einstellungen sind relativ stabil
- Einstellungen beziehen sich auf soziale Objekte
- Einstellungen unterscheiden sich in ihrer Stärke und Richtung
- Einstellungen manifestieren sich als Verhalten bezüglich des Einstellungsobjektes

3.3 Richtungen der Einstellungskonzepte

3.3.1 Dimensionalität der Einstellung

Zwei Grundpositionen sind in der Einstellungsforschung vorherrschend: Die Einstellung gilt entweder als ein- oder mehrdimensionales System (SCHIEFELE, 1990). In ersterem werden Einstellungen als affektiv-bewertende Äußerungen gegenüber dem Einstellungsgegenstand aufgefasst (vgl. FISHBEIN 1963, SHERIF / SHERIF 1969). In letzterem hat sich das Konzept der Einstellung vom „Zustand des Bereitseins oder Set, eine bestimmte sichtbare, offene Handlung auszuführen zur Formulierung eines komplexen, multidimensionalen Konzepts entwickelt, das aus einer

affektiven, einer kognitiven und einer Handlungskomponente besteht“ (zit.CHRISTIANSEN-BERNDT, 1979).

3.3.1.1 Einkomponentenmodell

(FISHBEIN und AJZEN,1975 und PETTY & CACIOPPO, 1981)

Dieses geht davon aus, dass es sich bei Einstellungen um gelernte Prädispositionen handelt, bestimmte Objekte oder eine Gruppe von Objekten günstig oder ungünstig zu beurteilen. In diesem Modell erfolgt eine klare Trennung von (affektiver) Einstellung, Meinung, Intention und Verhalten.

Die VertreterInnen des Einkomponentenmodells gehen davon aus, dass

„the term should be used to refer to a general, enduring positive or negative feeling about some person, object or issue“ (zit. nach STROEBE, 1992).

Der Einstellungsbegriff wird in dieser Konzeption auf nur eine Komponente reduziert.

Der Ansatz unterscheidet zwischen Meinungen „beliefs“ und Einstellungen „attitudes“.

3.3.1.2 Mehrkomponentenmodell

Das umfassende Strukturmodell von KRECH, CRUTCHFIELD & BALLACHEY (1962) berücksichtigt affektive, kognitive und konative Komponenten (vgl. auch ALLPORT, 1935; McGUIRE, 1969).

Die Einstellung gilt in diesem Ansatz als hypothetisches mehrdimensionales Konstrukt, welches zwischen beobachtbaren vorangehenden Reizen und nachfolgendem Verhalten vermittelt.

Kognitive Komponente der Einstellung:

Die kognitive Komponente der Einstellung bezieht sich auf Informationen und das Wissen über ein Einstellungsobjekt.

Dazu zählen: Wahrnehmung, Erkenntnis, Beurteilung, Überzeugung, Meinung, Wissen, Glauben, Ideen, Urteil und Vorstellung

Affektive Komponente oder Gefühlskomponente der Einstellung:

Bei der affektiven Komponente handelt es sich um den emotionalen Aspekt und die

subjektive Bewertung des Einstellungsobjekts. Dieses ruft regelmäßig einen bestimmten emotionalen Zustand hervor.

Deren Elemente bestehen aus: positiven und negativen Gefühlen, Mögen oder Nichtmögen, Bewertung, Evaluation sowie Reaktionen des autonomen Nervensystems

Konative oder Verhaltenskomponente der Einstellung:

Die Verhaltenskomponente beinhaltet sowohl offen gezeigtes Verhalten als auch die Absicht, sich im Sinne von Handlungstendenzen in bestimmter Weise gegenüber einem Einstellungsobjekt zu verhalten.

Zur konativen Komponente zählen: Verhaltenstendenz, Verhaltensabsicht, Handlungsbereitschaft, offen gezeigtes Verhalten sowie die Mitteilung über eigenes Verhalten.

3.3.1.3 Einkomponenten oder Mehrkomponenten Ansatz

CHAIKEN & STANGOR (1987) kommen nach ihrer Zusammenfassung von Studien zu dem Schluss, dass ein Urteil über die Validität eines Ein- bzw. Mehrkomponentenmodells noch nicht abgegeben werden kann.

Aufgrund der ökonomischeren Messweise wird nach STROEBE (1992) vielfach das eindimensionale Konzept bevorzugt, wohingegen der 3 Komponenten Ansatz mit seinem System von Kognition, Affektion und Konation die größte Popularität innehatte (zit. Nach ASANGER & WENNINGER, 1999).

3.3.1.4 Kritik am Drei-Komponenten Ansatz:

Die drei Komponenten konnten nicht voneinander differenziert werden.

„Mit dem Terminus Verhalten wird jede Regung eines Organismus bezeichnet. Beim Menschen zählen dazu auch die Aktivitäten des Zentralnervensystems. Das sind vor allem die von Gehirn und Rückenmark gesteuerten Prozesse des Wahrnehmens, Fühlens und Denkens (BURKART 1983, vgl. KLIMA, 1975, S. 724f.).

Aus Gründen der Ökonomie werden die drei Komponenten meist nicht getrennt erfasst, sondern sich mit der Erhebung der affektiven Komponente begnügt (vgl. TRÖSTER, 1990; SCHMIDT et al., 1975), welche den Kern einer sozialen Einstellung darstellt (CLOERKES 1998, S.76).

3.4 Begriffsklärung im Kontext der Einstellung

3.4.1 Einstellung und Kognition

HERKNER (1991, S.181) sieht Einstellungen als kognitive Systeme: „Die Einstellung einer Person zu einem Objekt ist ihre subjektive Bewertung des Objekts.“

Bewertung hat neben dem kognitiven Anteil auch emotional und sozial gelernte Aspekte. Diese können negativ, neutral oder positiv sein. Negative Einstellungen können vielfach auf Informationsmangel oder auf begrenzte und voreingenommene Kenntnisse zurückführen sein und sind durch zusätzliche Informationen veränderbar (THOMAS, 1980).

Eine Einstellung kann als die Summe der zu dem Zeitpunkt vorhandenen Meinungen „salient beliefs“ gesehen werden.

3.4.2 Einstellung und Verhalten

Die Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten gilt als nicht stringent. Einstellungen können nach ANTONAK & LIVNEH (1988) als Mediatoren zwischen bestimmten beobachtbaren Umweltreizen und spezifischen Verhaltensreaktionen verstanden werden. Die Einstellung einer Person kann also nicht direkt beobachtet werden, sondern muss aus ihrem Verhalten erschlossen werden. Zukünftiges Verhalten wird besser vorhersagbar, wenn die Einstellung auf vergangener Erfahrung beruht. (zit. nach LIESZ, 1993). Dazu bemerkt ABELSON (1972, zit. nach ZANNA & OLSEN, 1982, S. 92):

„ We are very well trained and very good at finding reasons for what we do, but not very good at doing what we find reasons for“.

SECORD & BACKMAN (1964) sehen die Wirkung von Einstellung auf das folgende Verhalten lediglich als Prädisposition in gewissen Situationen: „Der Begriff Einstellung bezieht sich auf gewisse Regelmäßigkeiten in den Gefühlen, Gedanken und Prädispositionen im Verhalten des Individuums gegenüber gewissen Aspekten seiner Umgebung.“ Das Verhalten kann dabei verbaler oder non-verbaler Art sein.

Erklärungen zur Umsetzung von Einstellung auf der Handlungsebene liefert die Theorie des vernünftigen Handelns (FISHBEIN & AJZEN, 1975) sowie die Theorie des

geplanten Verhaltens, welche die Intentionsursache "wahrgenommene Kontrollierbarkeit des Verhaltens" beinhaltet (vgl. auch AJZEN, 1985; GÜTTLER, 1996; HARTUNG, 2000; HERKNER, 1991; STAHLBERG & FREY 1996).

Auf die weitere Betrachtung der Relation zwischen Einstellungen und Verhalten wird an dieser Stelle verzichtet.

3.4.3 Handeln

GRAUMANN (1966, S.115f.) differenziert: „Der Mensch kann sich nicht nur verhalten, er kann auch handeln“.

Handeln ist als ein Spezialfall von Verhalten zu betrachten, das bewusst und absichtsvoll auf ein Ziel hin ausgerichtet ist (LENK, 1978, S. 281). „Handeln meint dasjenige menschliche Verhalten, welches der jeweils handelnde Mensch mit subjektivem Sinn verbindet (WEBER (1964, S.3f). Dabei kann es sich um ein äußeres (motorische Aktivitäten) oder innerliches Tun (Denken, Fühlen) handeln. Auch ein bewusstes Unterlassen einer Aktivität oder ein bewusstes Dulden von Zuständen oder Verhaltensweisen etc. ist in diesem Sinn als menschliches Handeln zu begreifen.“

3.4.4 Soziale Einstellungen

Soziale Einstellungen werden in der Interaktion, über Gruppenzugehörigkeiten und den damit verbundenen Identifikationsprozessen im Laufe des Lebens erworben und gelernt (GÜTTLER, 1996). Nach HEIGL-EVERS (1984) sind soziale Einstellungen – „attitudes“ relativ überdauernde Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungstendenzen gegenüber sozialen Gegenständen.

Die Basis einer Einstellung zu einer Gruppe oder einem Individuum kann derjenigen Person, die sie hegt, durchaus klar sein oder aber auf einer unbewußten Ebene ablaufen (THOMAS, 1980).

3.4.5 Soziales Handeln

„Ein Mensch handelt dann sozial, wenn er – auch nur vorgedanklich – das Vorhandensein (bzw. die Verhaltensweisen) von (mindestens noch einem) anderen Menschen in sein Handeln miteinbezieht“ (BURKART, 1983).

Interaktion

„Mit dem Begriff der Interaktion bezeichnen wir das Insgesamt dessen, was zwischen zwei oder mehr Menschen in Aktion und Reaktion geschieht“ (LERSCH, 1965, S.53).
WATZLAWICK (et al. 1969, S.56) „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt.

Sprache

Wenn Sprache zu Äußerung eines Sprechers wird, befindet man sich mit HABERMAS (1971) auf der Ebene der Handlung.

3.5 Spezifische Einstellungen: Vorurteil und Stigmata

3.5.1 Vorurteil

WITTE (1994, S.426) charakterisiert Vorurteile als spezifische Einstellungen.
CLOERKES (1998, S.77) nimmt zur Spezifität genauer Stellung: „Vorurteile sind extrem starre, negative Einstellungen, die sich weitgehend einer Beeinflussung widersetzen.“ Vorurteile werden meist als eine Teilklasse sozialer Einstellungen angesehen. Sie bestehen aus voreiligen, verallgemeinernden, klischeehaften und nicht an der Realität überprüften Urteilen über verschiedene Einstellungsobjekte. Sie weisen starke Änderungsresistenz und somit hohe Stabilität auf. Vorurteile sind Pseudo-Urteile, weil sie die kennzeichnenden Kriterien eines Urteils (wie etwa Beweisbarkeit) nicht erfüllen (nach GÜTTLER, 1996).

Affektive Komponente des Vorurteils

Nach KRECH, CRUTCHFIELD und BALLACHEY (1962 & 1996) ist ein Vorurteil eine negative Einstellung zu einem Objekt, die zu Stereotypisierungen führt, emotional geladen ist und sich auch durch entgegengesetzte Informationen nur schwer ändern lässt. Vorurteile beziehen sich auf emotionale Abwertungsprozesse und stellen eine gefühlsmäßige Tönung stereotyper Urteile dar. In Anlehnung an das Strukturmodell der Einstellung kommt im Vorurteil vor allem die affektive Komponente der Einstellung zum Ausdruck (GÜTTLER, 1996).

Kognitive Komponente des Vorurteils: Stereotyp

Die kognitive Komponente eines Vorurteils entspricht dem Stereotyp. "Stereotype sind vereinfachte Repräsentationen der sozialen Umwelt: ein kognitives Schema zur effektiven Informationsverarbeitung und schnellen Orientierung in der Umwelt, das allerdings auf fehlerhaften und formelhaften Denkprozessen beruht.“ (GÜTTLER, 1996, S. 82).

3.5.1.1 Funktionen von Vorurteilen bzw. Stereotypen

Durch Vorurteile bzw. Stereotype können Informationsaufnahme und -verarbeitung erleichtert werden (GÜTTLER, 1996). HOHMEIER (1975) sieht Stigmata als eine Art sozialer Vorurteile. Abweichungen konstituieren sich durch soziale Prozesse der Zuschreibung. Die Festlegungs- und Zuordnungsfunktion wirkt vor allem auf die realen Konsequenzen im Umgang mit stigmatisierten Menschen.

3.5.2 Stigmata

GOFFMANN (1994, S.11) beschreibt den Terminus Stigma wie folgt: dieser... „wird in Bezug auf eine Eigenschaft gebraucht, die zutiefst diskreditierend ist. Stigmata sind immer negativ, haben einen komplexen Inhalt, sind affektiv geladen, besitzen historische und interkulturelle Variabilität und tendieren zur Generalisierung des Merkmals auf die ganze Person. Stigmata wirken auf der Ebene der Einstellungen (wie Vorurteile), erst das tatsächliche „Verhalten aufgrund eines zueigen gemachten Stigmas bezeichnet Stigmatisierung (vgl. CLOERKES 1997, S.147).

Für BRUSTEN & HOHMEIER (1975, S.7) ist das Stigma der “ Sonderfall eines sozialen Vorurteils gegenüber bestimmten Personen, durch das diesen negative Eigenschaften zugeschrieben werden.“ Es beruht auf Verallgemeinerungen von teils selbst gewonnenen, teils übernommenen Erfahrungen, die nicht mehr überprüft werden. Stigmatisierung bezeichnet ein verbales oder nonverbales Verhalten, das aufgrund eines zueigen gemachten Stigmas einer Person entgegengebracht wird.

3.5.2.1 Sichtbarkeit

Für nicht sichtbare stigmatisierte Eigenschaften bestehen in der Regel Verdachtsmerkmale, die die Identifikation der Person als Stigmatisierte auslösen. Zu

diesen Verdachtsmerkmalen gehören der Kontakt mit Kontrollinstanzen, z. B. psychiatrischen Kliniken, oder der Aufenthalt an bestimmten Plätzen (vgl. FEEST, 1971). Der Aspekt der Sichtbarkeit einer Behinderung als entscheidendes Kriterium einer negativen Beurteilung konnte von KREUZ (1997) bestätigt werden.

3.5.2.2 Generalisierung

Mit dieser erfolgten Zuschreibung weiterer Eigenschaften erstrecken sich Stigmatisierungen als Generalisierungen auf die Gesamtperson in allen ihren sozialen Bezügen. Das Stigma wird zu einem »master status«, der wie keine andere Tatsache die Stellung einer Person in der Gesellschaft sowie den Umgang anderer Menschen mit ihr bestimmt (vgl. SCHUR 1971, S. 52; LAUTMANN/SCHÖNHALS-ABRAHAMSOHN / SCHÖNHALS, 1972, S. 83 ff.). Es besteht eine Tendenz zur Generalisierung des Stigmas auf die gesamte Person bei großer negativ Ladung des Affekts.

3.5.2.3 Dimensionen von Stigmata

Mit ROKEACH (1969) lassen sie sich als folgende drei Dimensionen von Stigmata unterscheiden:

- 1.) Stigmata bestehen aus kognitiven Aussagen über Eigenschaften der bezeichneten Person oder Gruppe
- 2.) Stigmata enthalten Bewertungen dieser Eigenschaften
- 3.) Stigmata geben - explizit oder implizit - an, welches Verhalten dieser Person gegenüber geboten ist.

3.5.2.4 Durchsetzung von Stigmata

Stigmatisierungen sind gegen Gruppen, die über wenig Macht verfügen, leichter durchzusetzen als gegen Gruppen mit großer Macht. Mit ökonomischer und politischer Macht sowie hohem sozialem Status ausgestattete Personen oder Gruppen haben größere Chance, ihren Definitionen Geltung zu verschaffen, als Gruppen an der Basis der Machtpyramide (vgl. SACK 1968, S. 472 f.).

3.5.2.5 Folgen der Stigmatisierung

Die Folgen von Stigmatisierung wirken auf 3 Ebenen:

- 1.) Teilhabe des Individuums an der Gesellschaft“
- 2.) Interaktionen mit Nicht-Stigmatisierten
- 3.) Veränderung der Person in ihrer Identität

Stigmatisierungen haben häufig den formellen oder informellen Verlust von Rollen zur Folge oder machen die Ausübung bestimmter Rollen unmöglich. Der Rollenverlust bezieht sich dabei nicht nur auf Rollen, die durch ein Merkmal unmittelbar betroffen sind, sondern kann sich auf alle Rollen der Person erstrecken. (BRUSTEN & HOHMEIER, 1975).

3.6 Funktionen von Einstellungen

In Abhängigkeit von der Person, den Einstellungsthematiken und von situativen Kontexten sind Einstellungsfunktionen von unterschiedlicher Bedeutung (STAHLBERG & FREY, 1996). Einstellungen sind von großer Bedeutung für die Definition des „Selbst“ – Begriffes und für das Aufrechterhalten des Selbstwertgefühls (PRATKANIS & GREENWALD, 1989).

KATZ (1960, S.170ff) unterscheidet folgende Funktionen von Einstellungen:

3.6.1 Anpassungsfunktion oder instrumentelle Funktion

Personen versuchen, ein Maximum an Belohnungen und Minimum an Bestrafungen zu erhalten. Dazu zählen auch Selbstbelohnung wie Stolz und Selbstachtung sowie ein Wegfall von Selbstbestrafung wie Schuld und Angst (vgl. EAGLY & CHAIKEN, 1998, S.304). Durch strategischen Einsatz von Selbstdarstellung können Einstellungen dazu dienen, sich sozial erwünscht zu präsentieren. Auch soziale Ängste können mehr oder weniger gut kontrolliert werden, indem man seine Einstellungen an den sozialen Kontext anpasst und mit der Bezugsgruppe konformes Verhalten zeigt (nach GÜTTLER, 1996). SCHMIDT et al. (1975, S.23) sprechen von der „Tendenz zur sozialen Anpassung an Gruppennormen und Gruppenwerte“: Das Vorgeben einer

bestimmten Einstellung kann den Nutzen bringen, als Mitglied einer bestimmten Gruppe anerkannt zu werden.

3.6.2 Defensive Funktion oder Ich – Verteidigungsfunktion

Die defensive Funktion beinhaltet die Projektion negativer Gefühle auf andere Personen oder Gruppen im Sinne psychoanalytischer Abwehrmechanismen. Diese sollen vor dem Verlust des Selbstwertgefühls schützen (EAGLY & CHAIKEN, 1998, S. 305), innerpsychische Konflikte vermeiden und Ängste vor sozialem Abstieg verhindern. Die defensive Einstellungsfunktion kommt gegenüber sozialen Randgruppen und Minoritäten zum Tragen (nach GÜTTLER, 1996).

3.6.3 Expressive Funktion oder Wertdarstellungs-Funktion

Die expressive Funktion beinhaltet die Motivation, sich gemäß den eigenen Überzeugungen und Werten zu verhalten, diese mitzuteilen und wenn nötig zu verteidigen. "Grundlegende Einstellungen tragen zum Gefühl der eigenen Identität sowie zur Verbundenheit mit einer Gruppe bei, die ähnliche Einstellungen vertritt" (HARTUNG, 2000, S. 60). Mittels Einstellungen ist es möglich, die eigene Individualität im sozialen Kontext zu bewahren und durch persönliche Ansichten öffentlich zum Ausdruck zu bringen (GÜTTLER, 1996).

3.6.4 Wissensfunktion oder Ökonomiefunktion

Wahrnehmung und Informationssuche werden selektiv von Einstellungssystemen beeinflusst, wobei Personen dazu neigen, einstellungsdiskrepante Informationen zu vermeiden. Durch Vereinfachung der komplexen Umwelt geben Einstellungen Orientierung und Interpretationshilfen. Damit helfen Einstellungen, sich zurechtzufinden und die Vielzahl an neuen Informationen durch Vereinfachung, Generalisierung und Klassifizierung anhand bestehender Dimensionen zu ordnen (SCHMIDT et al., 1975).

3.7 Kritikpunkte des Einstellungskonzepts

MEINEFELD (1977, S. 188-205) betont: „Trotz jahrzehntelanger Forschung ist man bisher nicht zu einer einheitlichen Definition gekommen, was unter Einstellung gefasst werden soll.“ Einstellung wird als isolierte Variable begriffen, ihre Bedeutung für das Handeln wurde überschätzt und mit Ausnahme von FESTINGER (1964) überwiegend als einseitige Beeinflussung verstanden. Die Wechselwirkung zwischen Einstellung, Handeln und Persönlichkeitsfaktoren sowie ihre soziale Genese und Abhängigkeit von sozialen Faktoren wurde weitgehend vernachlässigt.

Dazu bemerken PETTY und CACIOPPO (1986): Personen mit großer Bereitschaft zu kognitiver Arbeit („high need for cognition“) neigen zu größerer Übereinstimmung zwischen Einstellung und Verhalten als kognitive Vermeider („Low need für cognition“).

3.8 Die Erfassung von Einstellungen

Die gemeinsame Basis der Einstellungsforschung liegt nicht auf der theoretischen, sondern auf der methodischen Ebene (ASANGER & WENNINGER, 1999).

Erste Verfahren zur Messung der Einstellung waren die Skalierungen von BOGARDUS (1925), THURSTONE (1928), LIKERT, 1932), später jene von GUTTMANN (1944) OSGOOD (1957) sowie SHERIF & SHERIF (1967).

Ihre gemeinsame Grundstruktur besteht in standardisierten Aussagen, einer Beantwortung auf Skalen und dem Errechnen eines positiven oder negativen Einstellungswertes gegenüber einem Einstellungsobjekt.

Der Pionierarbeit von THURSTONE lag die Methode der „gleicherscheinenden Intervalle“ zugrunde und ging auf einer Skala von 20 bis 30 Items von dem Grad des Affektes für oder gegen ein Einstellungsobjekt aus.

LIKERT (1932) vereinfachte THURSTONEs Methode mit seiner auf Likert-Skalen basierenden „Methode der summierten Ratings“ („summated rating attitude scale“).

Dabei nimmt LIKERT an, dass die Zustimmung bzw. Ablehnung der Items nur eine einzige Dimension zugrunde liegt und leitet daraus einen Skalenwert ab.

BOGARDUS (1925, 1933) modifizierte THURSTONEs Methode und konstruierte eine „Soziale Distanz-Skala“ zur Messung des Grades an sozialer Nähe, den eine Person einem Objekt bzw. einer Gruppe zulässt.

GUTTMANN (1944, 1947) erstellte seine „Guttman-Skala“ bzw. „Skalogramm-Analyse“. Diese basiert auf der Vorgabe einer Reihe von Aussagen, die in Bezug auf die zu erhebende Einstellung stetig extremer werden.

Die Zustimmung zu einem Einstellungsitem mit einem bestimmten Ausmaß positiver oder negativer Bewertung auf dem eindimensionalen Kontinuum impliziert somit die Zustimmung zu weniger positiven bzw. negativen Items.

Da nur sehr selten Items gefunden werden, die den Anforderungen der Skalierung entsprechen, wird die Guttman-Skala kaum eingesetzt (SCHNELL, HILL & ESSER, 1995).

OSGOOD et al. (1957) entwickelten die „semantischen Differential-Skalen“, welche aus einer Reihe von Gegensatzpaaren bestehen. Dabei soll ein Proband einen Begriff auf einer (meist) 7stufigen Skala einstufen.

Ein weiteres Modell ist die „Q-Methode von STEPHENSON (1953) und GOUGH (1960) mit der Vorgabe von Adjektivlisten.

FISHBEIN und AJZEN (1972) schätzen die Zustimmung oder Bewertung des Einstellungsobjektes auf einer einzelnen Skala, um die Position einer Person entlang einer affektiven Dimension feststellen.

Da Einstellungsskalen nur die kognitive Komponente der Einstellung und das semantischen Differential nur die affektive Komponente erfassen, schlugen BAGOZZI & BURNKRANT (1985) vor, keine eindimensionalen Messungen mehr durchzuführen: Um die Messung einer Pseudoeinstellung zu vermeiden, sollen daher kognitive sowie affektive Komponenten erhoben werden.

3.8.1 Erfassung von Einstellungen gegenüber behinderten Menschen

Erste Messungen von Einstellungen gegenüber behinderten Menschen basierten auf deskriptiver Statistik (BARKER, 1948). Die gegenwärtig eingesetzten Einstellungsinstrumente wurden zum Großteil für spezielle Situationen entwickelt und oft nur einmal verwendet, vielfach fehlt es an psychometrischen Kriterien und detaillierten Analysen (ANTONAK, 1988).

COHEN und STRUENING (1962) konstruierten die „Opinions about Mental Illness Scale“ (OMI) zur Messung der Einstellung gegenüber psychiatrisch erkrankten

Personen mittels einer 5-Faktoren Skala. Diese basiert auf der Vorstellung der Multidimensionalität der Einstellungen gegenüber behinderten Menschen.

YUKER, BLOCK und CAMPELL veröffentlichten 1960 die „Attitude Toward Disabled Persons Scale“ (ATDP). Aufgrund ihrer Eindimensionalität konnte sie dem multidimensionalen Charakter der Einstellungen gegenüber behinderten Menschen nicht gerecht werden (ANTONAK, 1988).

SILLER et al. (1967) versuchten, dieser Eindimensionalität mit ihrer Multi-Komponenten-Annahme entgegenzuwirken und erstellten die „Disability Factor Scales“ (DFS).

3.8.1.1 Skalen zur Messung der Einstellung gegenüber geistig behinderten Menschen

Folgende Skalen zur Messung der Einstellung gegenüber geistig behinderten Menschen finden Verwendung:

- AMRP: „Attitudes Toward Mentally Retarded People SCALE“ (BARTLETT, QUAY & WRIGHTSMAN,1960)
- ATR: “Attitudes Toward the Retarded Scale” (EFRON & EFRON,1967)
- MASMR: “Multidimensional Attitude Scale on Mental Retardation” (HARTH,1974)

3.8.1.2 Skalen zur Erfassung gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber behinderten Menschen

Zur Erfassung der gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber behinderten Menschen stehen folgende Skalen zur Verfügung:

- ORM: „Opinions Relative to Mainstreaming Scale“ (LARRIVEE und COCK,1979)
- SADP: „Scale of Attitudes Toward Disabled People“ (ANTONAK,1982)

3.8.2 Methoden zur Einstellungsmessung gegenüber geistig behinderten Menschen

Bei der Erstellung dieser Skalen gingen die jeweiligen Autoren davon aus, dass die Einstellungen gegenüber behinderten Menschen gleiche oder ähnliche Komponenten enthalten wie die Einstellungen gegenüber anderen Minoritäten und übernahmen daher viele der Items dieser Skalen (zit. nach KREUZ, 1997).

3.8.2.1 Direkte Befragung

Diese besteht in der Vorgabe von Fragebögen mit offenen oder geschlossenen Fragen oder aus standardisierten und halbstandardisierten Interviews. Als mögliche Problemfelder können wirken: die Auswahl der Fragen, die Interpretation der Ergebnisse sowie die Überprüfung der Validität und Reliabilität (TRÖSTER, 1990).

3.8.2.2 Standardisierte Einstellungsskalen

Am häufigsten werden LIKERT-Skalen mit 3 oder 5stufige Antwortalternativen zum Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung in Bezug auf Menschen mit Behinderung vorgeben. Der Vorteil dieser Methodik besteht in der Überprüfbarkeit der Gütekriterien. Die hinreichende Reliabilität und die nur ansatzweise gesicherte Validität läßt mit TRÖSTER (1990) noch viele Fragen offen.

3.8.2.3 Soziale Distanz Skalen

Diese dienen der Erfassung der Integrationsbereitschaft gegenüber Menschen mit Behinderung und basieren auf der Annahme eines eindimensionalen Kontinuums der sozialen Distanz. Vorgegeben werden verschiedene, in der Stufe der sozialen Distanz variierenden Rollen. Diese Vorgabe liefert Ergebnisse, wonach soziale Gruppen, welche die zentralen Wertvorstellungen verletzen und den Standards bezüglich Leistung und Arbeitsproduktivität nicht entsprechen, Ablehnung erfahren.

3.8.2.4 Projektive Verfahren

Die Stimuli projektiver Methoden sind wenig strukturiert, mehrdeutig und unspezifisch. Der Proband erhält viel Freiraum in seiner Reaktion. Dabei entstehen Probleme hinsichtlich der psychometrischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität, wodurch sich eingeschränkte Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ergeben (TRÖSTER, 1990).

3.8.3 Reaktionstendenzen als mögliche Fehlerquelle

Die Tendenz, unabhängig vom Inhalt eines Stimulus in bestimmter Weise zu antworten, wird als „Response Sets“ bezeichnet (CRONBACH, 1946). Dadurch wird nicht die Einstellung, sondern Variablen wie Nichtwissen, Zustimmungstendenz oder Konformität gemessen.

Skalen zur Messung von sozialer Erwünschtheit wie z.B. die „Marlowe-Crowne-Social-Desirability-Scale“ (CROWNE & MARLOWE, 1960) können zwar das Vorhandensein eines Response Sets belegen, aber eine wirkliche von einer fehlerbehafteten Reaktion nicht unterscheiden

Die erhaltenen Werte sind somit nicht mehr interpretierbar sind, obwohl die Messgenauigkeit stark ansteigt (CLOERKES, 1979).

Formen der Reaktionstendenzen

Befragte antworten oft im Sinne der sozialen Erwünschtheit „sozial desirability“ oder Zustimmungstendenz Aquieszenz, um missbilligende Reaktionen bzw. Konsequenzen ihrer sozialen Umwelt zu vermeiden und sich soziale Anerkennung zu erhalten.

3.9 Einstellungen gegenüber geistig behinderten Menschen

Wie bereits dargestellt, ist das Faktum zentral: Von der Einstellung kann kein direkter Rückschluss auf das Verhalten gezogen werden. Die Spanne des beschriebenen Zusammenhangs von Einstellungen und Verhalten in der Literatur ist breit und geht von völliger Übereinstimmung bei ALLPORT (1971) bis zur völligen Irrelevanz der Einstellung für die Vorhersage von Verhalten bei MEINEFELD (1977) und TRÖSTER (1990) aus. Dennoch stellt TRÖSTER (S. 56ff.) dar, dass die Kenntnis der Einstellungen von Nichtbehinderten gegenüber behinderten Menschen zum einen das Verhalten diesen gegenüber vorhersagen und erklären helfen soll - und andererseits eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist, um Einstellungsänderungen in eine positive Richtung bewirken zu können.

CHRISTIANSEN-BERNDT (1979) kommt nach Sichtung von Einstellungsuntersuchungen trotz der Differenzen im methodischen Vorgehen zu folgendem eindeutigen Ergebnis: Es existieren erhebliche Vorurteile und

Negativeinstellungen gegenüber behinderten Menschen. Diese reichen von schärfster Ablehnung bis zum echten oder geheuchelten Mitleid, wobei der Mittelbereich dieser Skala – die sachlichen Einstellungen – praktisch fehlen.

CLOERKES (1979) erläutert anhand sozio-kultureller Bedingungen die Frage, wie und wodurch Einstellungen gegenüber behinderten Menschen entstehen können. Als maßgebliche Faktoren nennt er Sozialisationsvariablen und den kulturhistorischen Hintergrund. Basis der zusammenfassenden Arbeit war eine umfassende Bestandsaufnahme aller bis 1977 publizierten empirischen Beiträge (403 Untersuchungen) zur Einstellung und Verhalten gegenüber physisch behinderten Menschen. Die Ergebnisse können laut CLOERKES auf alle Menschen mit Behinderung ausgeweitet werden. Dabei betont er die offenkundigen Berührungspunkte zwischen dem soziologischen Stigmakonzent und dem sozialpsychologischen Einstellungskonzept.

3.9.1 Interaktion mit behinderten Menschen

Irrelevanzregel

Die Regel der Irrelevanz (GOFFMANN, 1961 und 1973) schreibt für Interaktionen eine ganzheitliche Wahrnehmung des Gegenübers vor: Je nach der Aufdringlichkeit der physischen Abweichung kann diese die totale Aufmerksamkeit des Nichtbehinderten auf sich ziehen. Andererseits muss er nach der Irrelevanzregel so handeln, als sei er an der ganzen Person des anderen orientiert. Die daraus folgende Unsicherheit und Spannung zerstört häufig von vornherein alle Ansätze zu normaler sozialer Interaktion. „Die nichtbehinderten Menschen tun so, als sähen sie die Behinderung der Behinderten nicht, als sei das körperliche (oder geistige) Stigma irrelevant, für eine Beziehung unwichtig“ (zit. nach KLEE, 1980).

KATZ, COHEN und GLASS (1975) betonen, es sei keineswegs eine klare, abweisende Haltung, sondern die außerordentliche Ambivalenz dieser Haltung gegenüber stigmatisierten Personen, die interpersonale Beziehungen dieser Art so erschweren würde. Fehlende bzw. widersprüchliche Verhaltensnormen für den Umgang mit behinderten Menschen sind nur eine, überwiegend soziologisch fundierte, Erklärung für Verhaltensunsicherheit und Interaktionsstress in der Begegnung mit physisch

abweichenden Personen. DÖRNER (1972, 135f, 140) betont den wesentlichen Effekt der "Nicht-Rolle" und "Nicht-Identität" des geistig Behinderten auf Interaktion.

3.9.2 Determinanten der Einstellung gegenüber behinderten Menschen

Die Art der Behinderung

Von wesentlicher Wirkung sind die Sichtbarkeit und das Ausmaß der Beeinträchtigung hinsichtlich der gesellschaftlichen Funktionsleistungen sowie die (vermutete) mögliche Bedrohung für andere.

Sozio-ökonomische und demographische Variablen

Diese werden als eher gering eingestuft: Ältere Personen zeigen sich eher intolerant als Jüngere, Frauen akzeptieren geistig behinderte Frauen eher als geistig behinderte Männer. Die Zugehörigkeit zur hohen Schicht und Bildung gewährleisten ebenso wie Bildung keine positivere Einstellung gegenüber geistig behinderten Menschen.

Kontakt mit behinderten Menschen

Dieser führt nicht zwingend zu einer positiven Einstellung gegenüber behinderten Menschen.

Das Wissen über Behinderung / behinderte Menschen

Die Annahme, dass ein Mangel an Information zu ungünstigeren Einstellungen gegenüber behinderten Menschen führt, wurde bis jetzt nicht eindeutig belegt.

PALMERTON & FRUMKIN (1969) meinen dazu: „...the greater the knowledge the more unfavorable (were) the attitudes toward the disabled.“ ANTHONY (1972) stellt dar, dass eine ausschließliche Vermittlung von Faktenwissen über behinderte Menschen zwar Kenntnisse vermehrt, aber keine langfristige Einstellungsänderung zur Folge hat. Informationsprogramme sind für ihn nur dann wirksam, wenn sie neben der Vermittlung von Wissen auch persönliche Kontakte mit behinderten Menschen beinhalten.

Als entscheidendes Kriterium der Einstellung gegenüber geistig behinderten Personen nennt CLOERKES (1998, 77ff) die Verletzung soziokulturell bedingter Standards oder Werte. Diese sind kulturspezifisch unterschiedlich.

3.9.2.1 Reaktion nach Art der Behinderung

Für CLOERKES (1998) ist die "Art der Behinderung, insbesondere aber das Ausmaß ihrer Sichtbarkeit sowie das Ausmaß, in dem sie gesellschaftlich hochbewertete Funktionsleistungen (Mobilität, Flexibilität, Intelligenz, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit) beeinträchtigt, (...) von erheblicher Bedeutung.

MÜNZING (1970) meint, dass „die Ablehnung einer körperbehinderten Person keine Funktion der Schwere, sondern weit eher der Sichtbarkeit der Behinderung bzw. des mangelhaften Ausdrucksvermögens sei.“ Nach BATES (1965) wird die Einstellung zum behinderten Menschen vor allem durch die funktionalen Konsequenzen der Behinderung bestimmt.

Die Visibilität bzw. Sichtbarkeit einer Behinderung stellt den bedeutendsten Aspekt für die sozialen Reaktionen gegenüber behinderten Menschen dar: Je stärker die Sichtbarkeit, desto größer wird die Abweichung von der gesellschaftlichen Norm wahrgenommen und desto negativer wird die betreffende Person beurteilt (PHILLIPS, 1964).

Verschiedene Autoren (vgl. CLOERKES, 1979; ANTONAK, 1988; TRÖSTER, 1990) nehmen an, dass die fehlende gesellschaftliche Integration behinderter Menschen und eine negative Einstellungen auf unzureichenden Kenntnissen über Behinderung oder dem mangelnden Kontakt mit oder Nähe zu diesen Menschen basiert (vgl. auch KREUZ, 2002).

3.9.2.2 Einfluss von Kontakt auf Einstellung

CLOERKES (1979) betrachtet den Einfluss des Faktors Kontakt mit behinderten Menschen genauer und stellt dar, wie dieser die Einstellungen bedingen kann:

1. Einstellungen werden gelernt, allerdings in der Regel nicht durch Erfahrungen oder Kontakte mit dem Einstellungsobjekt. Einstellungen, die nicht auf ihre Richtigkeit überprüft werden und auch nur ein Gefühl gegenüber einer Person oder einem Objekt ohne tatsächliche Erfahrung auslösen, können nach ALLPORT (1971) durch ein Kennenlernen des Einstellungsobjekts zu einer Korrektur führen.
2. HEIDER (1958) meint, dass eine Person dazu tendiert, eine ihr nicht vertraute Person nicht zu mögen und umgekehrt: eine ihr vertraute Person zu mögen. Daher trage der Kontakt zu einem behinderten Menschen dazu bei, das durch Mangel an Wissen und

Vertrautheit bestehende Verhältnis zwischen Menschen mit und ohne Behinderung zu beeinflussen.

3. CROWLEY (1927) sieht in der Vermeidung von Kontakt die Ursache von Beziehungen, in denen Liebe, Freundschaft, Ähnlichkeit und Harmonie fehlen. Im Gegensatz dazu werden Personen, mit denen durch Interaktion oder Nähe Kontakt besteht, gerne gemocht.

Die Annahme von CLOERKES (1979), dass Personen, die über Kontakte mit behinderten Menschen verfügen, günstigere Einstellungen gegenüber Ihnen zeigen als Personen, die keine derartigen Kontakte hatten oder haben, muss neben dem Faktor Kontakt um Art und Quantität des Kontaktes ergänzt werden (ROEHER, 1959). FELTY (1965) fand bei den von ihm befragten Professionalisten viel negativere Werte, wenn sie viel Erfahrung mit behinderten Menschen hatten (zit. nach KREUZ, 1997). JURGELEIT und STÜRMER (1975) beschreiben, dass gerade dort, wo häufige Begegnungen unausweichlich waren, ausgeprägt ablehnende Einstellungen vorherrschten. Alleine von engeren, persönlichen Beziehungen seien positive Auswirkungen zu erwarten.

CLOERKES (1979) betont, dass nicht jeder intensive und enge Kontakt der Entwicklung positiver Einstellungen förderlich ist. Freiwilligkeit und emotionale Fundierung sind wichtige Nebenbedingungen.

3.9.3 Einstellungen zur Sexualität geistig behinderter Menschen

WALTER (1996, 2002) fasst typische Vorurteile zur Sexualität geistig behinderter Menschen zusammen:

- Verdrängung

Der geistig behinderte Mensch wird als ewiges Kind, naiv und geschlechtslos gesehen.

- Dramatisierung

Personen mit geistiger Behinderung gelten als nicht in der Lage, ihre übersteigerte Triebhaftigkeit zu kontrollieren).

- Fehldeutung

Sexueller Verhaltensweisen und Entwicklungen werden – insbesondere bei Unkenntnis der psychosexuellen Entwicklungsphasen - als Verhaltensauffälligkeiten mißinterpretiert.

3.9.3.1 Einstellungen von ProfessionalistInnenen zur Sexualität geistig behinderter Menschen

DEISHER (1975, S.93ff) erhob in zwei Einrichtungen (Washington und Südkalifornien) die Ansichten und Gedanken des Personals zur Sexualität und zu sexuellen Handlungen der betreuten behinderten Menschen. Dabei wird der von den MitarbeiterInnen gesteckte Rahmen für Sexualität deutlich: 50% wollten den von ihnen betreuten geistig behinderten Menschen sexuelle Gefühlsäußerungen begrenzt zulassen, 25% wollen ihren KlientInnen „erlauben, ihren sexuellen Empfindungen Ausdruck zu verleihen“, 25% waren strikt gegen sexuelle Betätigung.

Die Untersuchung von WALTER (1977) umfasste 8 Einrichtungen in Deutschland, wobei insgesamt 540 Fragebögen ausgewertet wurden. Erfasst wurden die Zusammenhänge zwischen Einstellung, dem spezifischen Beruf, Geschlecht, Konfession, Alter und Dauer der Berufstätigkeit im sozialen Bereich bzw. der Institution. Insgesamt zeigten sich folgende Ergebnisse: Masturbation tolerierten 90%, Geschlechtsverkehr 85%, Streicheln und Küssen 87%, („beschützte“) Ehe 83% der MitarbeiterInnen.

Dabei nahmen ältere MitarbeiterInnen vermehrt gegen Verhütung Stellung und zeigten sich insgesamt ablehnender. Als mögliche Gründe nimmt der Autor Ausbildung und eigene Sozialisation an.

Zusammenfassend meint WALTER, dass die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen liberaler und toleranter ist als oft angenommen.

Sichtweise von Sexualität als Problem

WALTER (1980) sieht folgende Bedingungen und Sichtweisen von MitarbeiterInnen hinsichtlich der Sexualität geistig behinderter Menschen als problematisch an:

Sexualität als Problem der Betreuerinnen

Die Toleranzgrenzen der MitarbeiterInnen und Eltern führen meist zu einer sekundären Behinderung, was bedeutet, dass die Betroffenen noch weiter in ihrem Wohlbefinden

eingeschränkt werden als „nur“ mit einer primären Behinderung (WALTER; 2002, 29ff).

Sekundäre soziale Behinderung

WALTERs Studie 1980 ergab zusammenfassend, dass MitarbeiterInnen in Behinderteneinrichtungen der Sexualität geistig behinderter Menschen zwar sehr tolerant gegenüber stehen, sich die Realität jedoch anders gestaltet. Obwohl sich die Einstellungen der MitarbeiterInnen gewandelt hätten, scheiterte es somit an der Umsetzung im Alltag.

Emotionale Reaktion der MitarbeiterInnen auf Behinderung

Auf die immense Bedeutung affektiver Zustände der Abwehr, des Abscheus und Ekels bis hin zu körperlicher Übelkeit als Reaktion auf physische Defekte hat vor allem SILLER (1963) aufmerksam gemacht. Er spricht in diesem Zusammenhang von einer kaum beeinflussbaren, weil auf unbewussten Abwehrmechanismen beruhenden "ästhetisch-sexuellen Aversion".

Auch Personen mit jahrelangen intensiven beruflichen Kontakten zu Körperbehinderten bekannten, durchaus nicht frei von Reaktionen wie Abscheu, Ekel und Unsicherheit zu sein (JANSEN, 1972, 121).

Ausgangspunkt

Sexualität wird von sozialen Faktoren, Emotionalität, Ethik, Moralwerten, Religion, Erziehung und Kultur beeinflusst. (vgl. OFFENHAUSEN, 1985, S. 25f.). Der Mensch bewegt sich sein ganzes Leben in Rollen, die mit Sexualität verbunden sind. Status und Macht können sich im Zugestehen oder Aberkennen von Sexualität manifestieren.

Sexualität kann nicht vom Alltag oder der Lebensgesamtheit abgespalten betrachtet werden. Sexualität ist eine gelernte Form der Kommunikation (LOEWIT, 1978). Als solche kann sie nicht aus dem Alltag gelöst werden, sondern bildet Phänomene der Kommunikation ab. Daher kommt den alltäglichen Rahmenbedingungen geistig behinderter Menschen besondere Bedeutung in Hinblick auf Sexualandragogik zu.

Begriffsklärung Andragogik

Viele Ansätze zur theoretischen oder praktischen Begleitung geistig behinderter Menschen werden unter dem Titel Pädagogik geführt. Der Begriff Pädagogik kennzeichnet eine die Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen (v. griech.: παιδεία paideia = Erziehung, Bildung bzw. pais = Knabe, Kind + agein = führen), wohingegen der in der österreichischen Terminologie eher ungebräuchliche Begriff der Andragogik Entwicklungs- und Lernprozesse – im Sinne der Erwachsenenbildung – meint. Wenn es also darum geht, behinderte Personen in der gesamten Spanne der Biographie in ihrer psychosexuellen Entwicklung zu begleiten, erscheint die Verwendung des Terminus Andragogik mit WALTER (1987) angebracht.

Als Ausgangspunkt weiterer Darstellungen gilt: „Körperliche, emotionale und soziale Aspekte, sowie die Bedingungen der Identitätsfindung spielen in der psychosexuellen Entwicklung eines Menschens eine gleich bedeutende Rolle. Die Sexualität muss genau wie viele weitere Entwicklungsziele in die Gesamtpersönlichkeit einer Person integriert werden“ (BADER, 2002, S. 13). Laut WALTER (2002) beeinflusst die Behinderung die Sexualität weit weniger als ablehnende Reaktionen des Umfeldes. Er sieht Sexualität als Problem der Betreuer und spricht von der tertiären sozialen Behinderung, wo das Ermöglichen der Sexualität des behinderten Menschen von der „subjektiven Toleranzbreite der Mitarbeiterin abhängt“. Mit dem Versuch, Sexualität geistig

behinderter Menschen zu verhindern, werde auch deren Erwachsenwerden und Erwachsensein verhindert (WALTER, 2004, 16f): „gehinderte Sexualität steht im Mittelpunkt vieler Hindernisse, die Selbstverwirklichung und Identitätsentwicklung blockieren.“ Dabei ist eine liberale Einstellung kein Garant für Ermöglichen: WALTER konnte 1980 eine hohe Diskrepanz zwischen der von ihm erhobenen hohen Toleranz der MitarbeiterInnen und der gelebten Realität innerhalb von Institutionen belegen.

4.1 Definition und Begriffsbestimmung

Das lateinische "Sexus" (von secare: schneiden, trennen) verweist auf die Trennung der Menschheit in zwei Arten oder Gruppen - eine weibliche und eine männliche (HAEBERLE, 2005).

Die Ausweitung des Begriffs der Sexualität auf jenen der Lebensenergie durch FREUD prägt den viel kritisierten Begriff der Libido. Auch ein unterdrückender, lustfeindlicher, repressiver Umgang mit der Sexualität greift die innewohnende Energie in der Weise auf, indem eine solche Erziehung autoritätshörige Menschen hervorbringt (SCHENK, 1991). Darauf weist auch SCHMIDT (1991) hin: „Sexuelle Repression führt zur sexuellen Obsession, zu einer restlosen Sexualisierung der Realität. Je mehr man versucht, Sexualität zu unterdrücken, desto stärker lauert sie überall.“

Die Bedeutung von Sexualität für alle Daseinsbereiche des Menschen als geschlechtliches Wesen betont SPORKEN (1974, S.159): „Sexualität begleitet den Menschen von Geburt bis ins hohe Alter und wird als eine Grundenergie menschlichen Seins gesehen.“

Die wohl breiteste Definition und Illustration der individuellen Ausdrucksmöglichkeiten von Sexualität liefert OFFIT:

„Sexualität ist: was wir daraus machen: eine teure oder billige Ware, Mittel zur Fortpflanzung, Abwehr gegen Einsamkeit, eine Form der Kommunikation, ein Werkzeug der Aggression (der Herrschaft, der Macht, der Strafe und der Unterdrückung), ein kurzweiliger Zeitvertreib, Liebe, Luxus, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse oder das Gute, Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstverachtung, eine Form der Zärtlichkeit, eine Art der Rebellion, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung mit dem Universum, mystische Ekstase,

Todeswunsch oder Todeserleben, ein Weg zum Frieden, eine juristische Streitsache, eine Form, Neugier oder Forschungsdrang zu befriedigen, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit oder einfach eine sinnliche Erfahrung“ (OFFIT, 1979, zit. nach WALTER, 2004).

KENTLER (1982, zitiert nach BEVER, 2003) bringt zusammenfassend auf den Punkt: „Sexualität ist das, was sich die Menschen darunter vorstellen.“

4.2 Sexualität im historischen Verlauf

Während im Mittelalter noch mehr Raum zum Ausleben der Sexualität war, wurde sie in der Neuzeit auf ihre Fortpflanzungsreduktion beschränkt. Diese Einengung der Sexualität auf Fortpflanzung und Genitalsexualität stellt eine Reduktion dar (vgl. BACH, 1981, S. 11f.).

Mit dem Auftreten der Hexenprozesse kam es zu einer Verquickung von Sexualität mit Sünde: Es wurde als sündig gesehen, im „Fortpflanzungsakt“ Lust zu erleben (DITTLI & FURRER, 1996 S.18f.). Als ebenso sündhaft galt es, die Fortpflanzung - als von Gott gegeben und gewollt – zu verhindern (SPORKEN, 1974, S.160).

Sexualität erhält im Laufe der Evolution zunehmend sozial-kommunikative Bedeutung. In der Sichtweise von Sexualität als Kommunikationform folgt diese der Funktion von WATZLAWICK: „Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren“. Somit ist Sexualität während der gesamten Lebensspanne präsent.

Die durchaus massive positive bzw. negative Einflussnahme kognitiver (affektiver und gedanklicher) Prozesse auf den Sexualreflex des Menschen (WENDT, 1978) hat Sexualwissenschaftler dazu bewogen, den Kopf des Menschen als dessen wichtigstes Sexualorgan einzustufen (SIGUSCH, 1975).

Die gegenwärtige Liberalisierung der Sexualität wird angesichts der kommerziellen Auswertung nur scheinbar befreiend vollzogen und schafft neue Zwänge (RETT, 1983, S. 43).

SIELERT (1988) stellt die Aspekte der Sexualität hinsichtlich deren Bedeutung für geistig behinderte Menschen wie folgt dar:

- Fortpflanzungsfunktion

Diese wird geistig behinderten Menschen nicht in der gleichen Selbstverständlichkeit wie Personen ohne diagnostizierten Behinderungen zugestanden.

Eine genauere Darstellung findet sich in den folgenden Kapiteln zur Eheschließung, Kinderwunsch und Sterilisation.

Der Mensch ist zu jeder Zeit ein sexuelles, aber nur zu bestimmten Zeiten seines Lebens ein fortpflanzungsfähiges Wesen (SIELERT, 1988, 28f).

- Lustaspekt

Es kann das Tabu bestehen, einem behinderten Körper bzw. Geist als Quelle der Lust zu sehen und zu leben

Beziehungsaspekt

Die Lebensrealität innerhalb einer Institution besteht in der Konfrontation mit nicht frei gewählten MitbewohnerInnen inmitten unfreiwillig gewählter, bezahlter Dienstleistungen. Der Raum für mehr Wahlfreiheit in Richtung gewählte Beziehungen ist zu schaffen.

- Identitätsaspekt – Identität als Mann/ Frau & Behinderung

. Die Auseinandersetzung mit Sexualität bzw. einer Identität als Frau / Mann führt auch zu einer Thematisierung der Identität als behinderte Frau / Mann.

Sexuelle Identität kann als ein Aspekt einer gesamt-persönlichen Identität verstanden werden (vgl. SIELERT et al., 1993, S.15).

- Kommunikationsaspekt

Sexualität ist Kommunikation (KENTLER, 1982, S. 255): WALTER (1980, S. 108) spricht von der Sexualität als „kreativ kommunikativem Potential“ der Menschen.

HEIDENREICH / KLUGE (1975, S.83f.) kritisieren eine Bewertung der verschiedenen Aspekte der Sexualität und meinen, dass damit oft der Beziehungsaspekt über den Lustaspekt gestellt wird und treten für eine gleichwertige Nebeneinanderstellung der Aspekte ohne willkürlich entstehendes Wertgefälle ein.

Die Bedeutung der Kommunikation durch und mittels Sexualität hinsichtlich Integration betont LEMPP (1996, S.185) und postuliert: "Nicht die Integration der Behinderten in die Gesellschaft ist die Voraussetzung, sie auch an der Sexualität, wie wir sie für unsere Gesellschaft akzeptieren können, teilhaben zu lassen, sondern umgekehrt die Beteiligung der Behinderten auch an der Sexualität wird erst Voraussetzung ihrer Integration in die Gesellschaft."

4.4 Erfahrungsbereiche der Sexualität

SCHMIDT (1991, S. 81) sieht die individuelle Sexualität einer Person als das Ergebnis ihrer Erfahrungen in den Bereichen Bedürfnisse, Beziehungen und Geschlecht:

- Sexualität als Bedürfnisgeschichte bildet die individuelle Geschichte der Bedürfnisse ab.
- Sexualität als Beziehungsgeschichte spiegelt die Erfahrungen mit Beziehungen
- Sexualität als Geschlechtsgeschichte ist beeinflusst durch die individuelle und Erfahrung als Frau / Mann bzw. den Erfahrungen im Umgang mit Männlichkeit und Weiblichkeit.

4.5 Funktionen der Sexualität

Sexualität kann folgende Funktionen erfüllen:

- Sexualität als Kommunikation

Die Sichtweise von Sexualität als Kommunikationsform und gelerntes Verhalten erfordert ein Ermöglichen von sozialem Lernen und das Bereitstellen von Modellen im Alltag geistig behinderter Menschen.

- Sexualität als Stabilisierung von Identität

Sexualität kann durch ihre Bedeutsamkeit für Geschlechtsidentität stabilisierend wirken. Die Grenzen der Identifikation von Menschen mit Behinderungen mit der Lebenssituation von Personen ohne Behinderung kann als „Identifikationsbruch“ schmerzlich erlebt werden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität als behinderter Mann / Frau ist ein wesentlicher Bereich sexualpädagogischer Begleitung.

BADEL (1996, S. 237ff) verweist darauf, dass es für das Identitätserleben notwendig ist, sich mit der eigenen Lebensgeschichte auseinander zu setzen.

Sexuelles Erleben trägt in besonderem Maße zur Ich-Findung geistig behinderter Menschen bei, wenn sie erwachsen werden (zit. ACHILLES et al, 2002, S. 10).

- Gesundheitsfördernder Aspekt

Forschungsergebnisse aus der Psychoneuroendokrinologie und der Psychoneuroimmunologie (BEIER, 2004, S. 20) belegen, dass Bindungen und Beziehungen für die Entwicklung und die körperliche und seelische Gesundheit von großer Bedeutung sind. Die Energie, die in der sexuellen Entwicklung steckt, sollte dabei „positiv und therapeutisch (...), fördernd und lebensgestaltend genutzt werden zur allgemeinen Persönlichkeitsentwicklung“ (SCHRÖDER, 2005, S.133). Ein Blockieren oder Ermöglichen der Sexualität kann somit nicht ohne Wirkung auf die Gesamtentwicklung bleiben.

4.6 Sexualität und Identität

Sexualpädagogik beschränkt sich nicht auf sachlich-biologische Aspekte der „Aufklärung, vielmehr geht es neben dem Aufbau von Partnerschaft und Beziehung, Zurechtkommen mit dem eigenen Körper wesentlich um die Entwicklung der eigenen sexuellen Identität. Die Diagnose "Geistige Behinderung" ist identitätsbildend im Sinne individueller und sozialer Identität (SIELERT ,1993, S. 25) und kann nicht losgelöst von der Entwicklung einer gesamten geschlechtlichen Identität als geistig behinderte Frau oder Mann betrachtet werden. BRENNSTEINER (2006) betont: “Der Bogen von den Besonderheiten geschlechtlicher Identität zu Besonderheiten des Behindertseins muss gespannt werden.“

BRENNSTEINER (2006) verweist in aller Deutlichkeit auf die Relevanz der Auseinandersetzung mit der sexuellen und der behinderten Identität:

„Um die Entwicklung der Identität eines behinderten Menschens zu begreifen, muss eine Theorie zur Identitätsbildung herangezogen werden, mit deren Hilfe sowohl die Entwicklung der sexuellen Identität als auch die Identität behinderter Menschen erklärt werden kann.“

Symbolischer Interaktionismus nach MEAD

Der Symbolischer Interaktionismus und der Stigma Ansatz wurden nach Anregung von THIMM (1975) fanden seit den siebziger Jahren Eingang in die Behindertenforschung (BECK, 1994). Deren Sichtweise versteht Kommunikation als symbolhaft vermittelt. Als Konsequenz für geistig behinderter Menschen und deren soziales Umfeld ergibt sich, dass auch Sexualität und sexuelle Äußerungsformen aufgrund deren Kommunikationsgehalt symbolhaft vermittelt wird. Prozess. Dabei ist der behinderte und nichtbehinderte Mensch auf „...Anregungen und vorbildhaftes Handeln erwachsener Bezugspersonen angewiesen, die die Grundbegriffe einer »Grammatik des sozialen Umgangs« beherrschen und weitervermitteln können (vgl. KOBI, 1993, S.414ff).

Überlegungen zur Identität und Kommunikation als Basis für Sexualität behinderter Menschen

MARKOWETZ (2000, S.11) vertritt die Sichtweise des „...behinderten Menschen als dialogfähiges Subjekt, das sich kompetent die (...) zentralen Fragen zur Identitätsfindung beantworten kann.“ Dabei wird einerseits behinderten Personen die Auseinandersetzung mit Fragen der Identität und in weiterer Folge der Sexualität zugetraut. Andererseits sind Menschen auf Teilhabe an Informationsweitergabe und adäquater, individuell verständlicher Vermittlung angewiesen (vgl. auch die Forderungen von „people first“).

Darüber hinaus stellt er einen Mangel in der Umsetzung von Integration fest und bemerkt, dass „konkrete und wissenschaftlich evaluierte Hinweise darauf, wie die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit zwischen bisweilen sehr unterschiedlichen Menschen... hergestellt und ...gestaltet wird“, weitgehend fehlen. Der Autor stellt analog den Ebenen der Einstellung Kognition – Emotion – Konation deren Relevanz für Identität wie folgt dar:

| IDENTITÄT | | |
|---|------------------------------------|---|
| 3 Komponenten: | entsteht aus situativer Erfahrung: | situative Erfahrungen werden transsituativ generalisiert a) über die Zeit (Kontinuität) b) über Lebensbereiche (Konsistenz) |
| kognitive Komponente (denken) | Selbstwahrnehmung | Selbstkonzept |
| affektive Komponente (wahrnehmen, fühlen, empfinden) | Selbstbewertung | Selbstwertgefühl |
| konative Komponente (handeln, antizipieren, Einfluss nehmen) | personale Kontrolle | Kontrollüberzeugung |

Abb.1: Komponenten der Identität (Quelle: MARKOWETZ, 2000)

4.7.1 Psychosexuelle und psychosoziale Entwicklung

4.7.1.1 Psychosexuelle Entwicklungsphasen

Die psychosexuellen Entwicklungsphasen wurden ursprünglich von FREUD beschrieben und wurden bereits vielfach dargestellt. Eine Kenntnis deren Abläufe und Manifestationen ist in der Praxis notwendige Basis, um Fehlinterpretationen psychosexueller Entwicklungsphasen in Richtung Verhaltensauffälligkeiten hintanzuhalten. Daher werden den einzelnen Phasen die jeweiligen Entwicklungsthemen zugeordnet.

Auf eine detaillierte Darstellung wird im Rahmen dieser Arbeit zugunsten genauerer Betrachtung einer die Lebenszeit überdauernden Identität verzichtet.

Phasen der psychosexuellen Entwicklung nach FREUD (vgl. BROCHER, 1971, 27):

Den folgenden Phasen nebst deren klassischen Zuordnung zum Lebensalter wird die kutane Phase mit Ansprechbarkeit auf der Gesamtheit des Körpers vorangestellt.

- Orale Phase (1. Lebensjahr)

Themen:

Geborgenheit, Sicherheit, Beziehung zur Bezugsperson, Urvertrauen

Störungen:

Kontaktstörungen, Sucht, Gier, hoch fordernde Persönlichkeit, niedrige Frustrationstoleranz, schnelles Aufgeben

- Anale Phase (2.-3. Lebensjahr)

Themen:

Eigenständigkeit, Ich- Entwicklung, Leistung, Forderung der Umwelt

Störungen:

Geiz oder Verschwendung, extreme Ordnungsliebe, Eigensinn, Zwang, Kontrolle

- Ödipale Phase: (4.-6. Lebensjahr)

Themen:

Bilden der Geschlechtsidentität, geschlechtliches Selbstbewusstsein, Geschlechterrolle, ödipaler Konflikt: Ödipuskomplex beim Knaben, Elektrakomplex beim Mädchen, Bindung an gegengeschlechtlichen Elternteil, Konkurrenz mit gleichgeschlechtlichem Elternteil

- Latenzphase (6. – 11. Lebensjahr)

Themen:

Annahme von FREUD ist das Ruhen des Geschlechtstriebes

Erstarken eines kognitiven Zugangs, Schritte in Richtung Unabhängigkeit und erstes Lösen von den Eltern

- Genitale Phase (Jugend)

Themen:

Identität als Mann / Frau und Wirkung auf andere, weitere Abnabelung von den Eltern, peer-groups, Idole

Die Annahme der reifen Sexualität im Erwachsenenalter beinhaltet bei FREUD die Integration sämtlicher Partialtriebe der psychosexuellen Entwicklung nebst der Fähigkeit, sowohl libidonöse, als auch zärtliche Regungen auf ein Objekt zu richten.

Das ausgewogene Durchlaufen einer Phase, in der weder Über- noch Unterforderung erfolgt, gilt als Voraussetzung für das Erreichen der nächsten psychosexuellen Phase.

4.7.1.2 Pubertät und Adoleszenz

MARKOWETZ (1998) merkt an, dass für beobachtbare Phänomene auf der individuellen Ebene der Begriff Pubertät verwendet wird, während der Terminus Adoleszenz stark die gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen an die Entwicklung der Jugendlichen in den Vordergrund stellt.

Die Entwicklungsaufgabe der Selbstbestimmung stellt einen wesentlichen Entwicklungsschritt der Adoleszenz dar. Die Lösung aus der kindliche Abhängigkeit von den Eltern erfordert als notwendigen Zwischenschritt, auch deren Werte und Gedanken in Frage zu stellen, um eigene Ziele und Ideale bilden zu können. BÖHNISCH & WINTER (1992) betonen, dass gerade in diesem Prozess die psychosoziale Aufgabe der Adoleszenz bestehe und auch für geistig behinderte Menschen gelte. Auf den Zusammenhang der Zuerkennung von Würde und Eigensinn in der Gestaltung des eigenen Lebenswegs weist WALTER (2004, S.30) hin.

Erneut taucht die tragende Bedeutung der Identität für psychosexuelle Entwicklung bei LENZEN (1993, S. 799) auf. Er versteht „Pubertät als eine Zwischenstellung zwischen Kindheit und Erwachsenenalter mit der Aufgabe, eine stabile Persönlichkeitsstruktur und eine verlässliche Ich-Identität zu gewinnen“.

Die Pubertät geistig behinderter Jugendlicher

Die körperlichen Veränderungen beim geistig behinderten Menschen sind ident mit jenen von Menschen ohne Behinderungen. Erstere können sich diese Erscheinungen jedoch oft nicht erklären oder zuordnen. Die für den Übergang zum Erwachsensein wichtige soziale Einbindung in eine Peer - Group fehlt bei geistig behinderten Menschen häufig.

FEUSER (1987) erinnert daran, dass psychosexuelle Entwicklungsphasen nicht altersgebunden ablaufen müssen und betont die Bedeutung individueller sexueller Biographie. Das Nicht-Vorhandensein männlicher Identifikationsfiguren (vgl. CLOERKES, 1998, S.251) hat Wirkung auf den Erwerb von Rollenkompetenzen. Gegenwärtig erfolgt in diesem Falle auch eine Orientierung an medial transportierten Bildern (nach BRENNSTEINER, 2006).

4.7.1.3 Sexualität und Erwachsensein geistig behinderter Menschen

Verhaltensmuster, die häufig eher der frühen Sexualentwicklung zugeschrieben werden, sind aufgrund deren möglicher Manifestation im Erwachsenenalter geistig behinderter Menschen auf Dauer als angemessen zu akzeptieren. FREILINGER (1993):„Oftmals wird, teils aus Unwissenheit, teils aus Desinteresse, das Stehenbleiben oder das

Zurückbleiben von Behinderten auf einer früheren Entwicklungsstufe außer acht gelassen. Darum kommt es bisweilen wegen des unangebrachten Verhaltens geistig behinderter Männer oder Frauen zu einer Klassifizierung als pervers seitens der nicht-behinderten Umwelt.“

Entwicklungsaufgaben und Erwachsenenstatus geistig behinderter Menschen

WALTER (2005, S.161) beschreibt jene drei Leistungen, die idealerweise beim Übertritt in den Erwachsenenstatus in unserer Kultur erbracht werden müssen:

1) körperlich reif werden

Mit der körperlichen Reifung verbunden ist auch die Übernahme und individuellen Ausgestaltung der Geschlechterrolle.

2) Psychisch reif werden

Nach Lösung von den Eltern gilt emotionale Unabhängigkeit durch Abbau der Unterordnung als Ziel.

3) Sozial reif werden

Unter sozialer Reife wird der Aufbau und Erhalt der eigenen Existenz nebst Heirat und Gründung einer eigenen Familie verstanden (vgl. auch BENTHEIM, 2004, S.9f.).

Die angeführten Leistungen als Kriterium von Erwachsenenstatus werden – auch aufgrund individueller Lebensentscheidungen – nicht von allen Menschen (mit oder ohne Behinderungen) erbracht. Dennoch werden diese gegenüber geistig behinderten Menschen oft als Maßstab für Erwachsensein angelegt.

WALTER (1980 und 1987) empfiehlt, Überlegungen zur Möglichkeit des Erreichens eines Erwachsenen-Status geistig behinderter Menschen zugunsten eines Unterstellens des Erwachsenseins aufzugeben.

FRIEDRICH (1999) sieht als Entwicklungsfelder des Jugendlichen Identität, Identifikation und Intimität. Eine Begleitung und Ermöglichen des Erwachsenenstatus geistig behinderten Menschen erfordert demnach das Schaffen von Rahmenbedingungen im Alltag, welche das Erleben von Identität, Identifikation und Intimität ermöglichen. Das verlangt aber auch, dass eine Privatsphäre respektiert wird (ACHILLES, 1998, S.55).

4.7.1.4 Lebensphasen und Lebensplanung

ZIMMERMANN (2006, S. 167) stellt den Entwicklungsaufgaben, die für Erwachsene in unserer Kultur gelten auch das Einnehmen einer Zukunftsperspektive sowie Entwurf eines Lebensplanes hinzu. Das bedeutet, dass in der sexualandragogischen Begleitung geistig behinderter Erwachsener Aspekte der Zukunft und Lebensplanung zu berücksichtigen sind.

4.8 Praxis und Rahmenbedingungen gelebter Sexualität geistig behinderter Menschen

Status Quo:

Als Trend lässt sich das Einbringen von Lebensqualität geistig behinderter Menschen in pädagogischen Konzepten feststellen. Dabei wird Sexualität als ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil von Lebensqualität angesehen.

Die Umsetzung in die Praxis ist laut den Ergebnissen von ZEMP & PIRCHER ausbaufähig. Die Autorinnen stellten 1996 fest, dass in der Praxis mehr als die Hälfte (52%) der in ihrer Studie befragten geistig behinderten Frauen und zwei Drittel (66%) der Männer mit geistiger Behinderung sexuell nicht aufgeklärt waren. Obwohl jene Personen kognitiv dazu in der Lage gewesen wären, konnten einfache Begriffe zum Themenfeld Sexualität von ihnen nicht eingeordnet werden (vgl. auch ZEMP 2002, S.617).

Biographische Erfahrungen im Kontext Sexualität geistig behinderter Menschen:

Sexualpädagogische Positionspapiere hatten in der Vergangenheit eine Überbetonung der Aufsichtspflicht zum Inhalt und als Ziel. Noch in den 80er Jahren war die strikte Trennung von geistig behinderten Frauen und Männern, sowohl in Wohnhäusern als auch in Form der Sitzordnung in der Kirche üblich. Sexuelle Aktivitäten erfuhren Entwertung, Sexualität wurde als schuldbeladen erlebt. Deren Ausdrucksformen wurden auch unter Einsatz von Strafe verhindert und unterdrückt. Auch wenn diese Praktiken gegenwärtig nicht Bestandteil sexualpädagogischer Zielsetzungen sind, sind sie dennoch wesentlicher Teil der biographischen Erfahrungen einer Vielzahl geistig behinderter Menschen und auch der MitarbeiterInnen.

4.8.1 Ausdrucksformen der Sexualität bei geistig behinderten Menschen

Laut WALTER (1996) bestehen nach wenigen existierenden Untersuchungen des Sexualverhaltens geistig behinderter Menschen folgende Unterschiede im Vergleich zu Personen ohne geistige Behinderung: Häufigere Masturbation, häufigeres homosexuelles Verhalten und weniger Koituserfahrung. Dieses Verhalten sei auf die speziellen sozialen Bedingungen und der Verfügbarkeit bzw. Möglichkeit von Partnerschaften zurückzuführen. Es gilt als gesichert, dass die Realisierung der Wünsche von Menschen mit geistiger Behinderung von ihrem Umfeld abhängig ist. Dies belegen sowohl Studien aus dem amerikanischen Raum (BRANTLINGER, 1983; McCABE, 1993) sowie aus Deutschland (WALTER, 1980).

Masturbation

WALTER (1994) betont, dass für behinderte Menschen Masturbation die einzige Form des Lustgewinns sein kann.

Geschlechtsverkehr

CHAMBERLAIN et al. (1984) berichten, dass mit zunehmender geistiger Behinderung die sexuelle Aktivität abnimmt. 10 – 15% der mittel- und schwerbehindert eingestuften Menschen haben laut KREBS (1983) Geschlechtsverkehr. Die genannten Zahlen werfen die Frage nach der Wahrnehmung sexueller Aktivitäten auf. Sexualität ist nicht ident mit dem genitalen Akt. Eine durchgängige Erhebung der Koitusfrequenz bei geistig behinderten Menschen kann nicht erfolgen, ohne deren Intimsphäre zu verletzen.

Homosexualität

Bei homosexuellen Ausdrucksformen wird zwischen „Neigung und Not“ unterschieden. Bei Unterbringung in Kasernen, Institutionen und Anstalten kann der Anteil von in der Literatur vielfach zitierten 33% in der Gesamtpopulation auf 75% ansteigen bzw. bei gelebtem gemischtgeschlechtlichem Alltag sinken. Diese Variabilität der sexuellen Orientierung ist in der von FREUD postulierten potentiellen Bisexualität aller Menschen angelegt und kann je nach situativer Gegebenheit gelebt werden.

Partnerschaft

Einige Menschen mit geistiger Behinderung wünschen sich sehnlichst einen nicht behinderten Partner, von dem sie sich Zugang zur normalen Welt erhoffen. Häufig verlieben sie sich dann auch in Zivildienstler, BetreuerInnen oder andere nicht behinderte Personen in ihrem Umkreis (zit. nach HÄHNER, 1999, S.21f:). Seinen Schätzungen zufolge haben ca. 20% der Menschen mit geistigen Behinderungen, die in nicht repressiven Einrichtungen leben, eine feste Partnerschaft mit einem ebenfalls behinderten Menschen. Dabei hätten nur „maximal die Hälfte dieser Paare die Möglichkeit, sich regelmäßig in der Freizeit zu treffen oder zusammenzuleben.“ Ein Treffen wäre oft nur auf dem gemeinsamen Weg in die Werkstatt oder in der Arbeit möglich. Treffen an geheimen Plätzen im Wald oder auf der Toilette wären bei diesen üblich. Beziehungen von geistig behinderten Personen wären in der Regel recht stabil, da sie laut WALTER (1994, S.14) ein großes Bedürfnis nach Beständigkeit und Gleichmaß haben.

4.8.2 Sexualität geistig behinderter Menschen vor dem Hintergrund rechtlicher Rahmenbedingungen.

MitarbeiterInnen fragen sich, wie sie auf sexuelle Wünsche und auch Handlungen der Betreuten reagieren sollen und wer für mögliche Folgen die Verantwortung zu tragen hätte (vgl. KANDEL / MÜLLER-ERICHSEN, 1999, S.17).

Im folgenden wird das entscheidende Gewicht gegenwärtiger gesellschaftlicher und juristischer Normen dargestellt, die spezielle Rahmenbedingungen für gelebte Sexualität geistig behinderter Menschen im Alltag schaffen. BRANTLINGER weist (1992) auf die Problematik hin, dass meist jene Menschen, die am wenigsten in die betreffende Thematik eingebunden sind, Gesetze und Regelungen für die Betroffenen festlegen.

Eine detaillierte Darstellung und Überblick des Sexualstrafrechts einschließlich der Konsequenzen für MitarbeiterInnen findet sich bei ABERGER (2006).

Im Österreichischen Strafgesetzbuch werden strafbare Handlungen "gegen die Sittlichkeit" unter den §201 bis §212 geregelt und finden sich detailliert in der Darstellung von ZEMP & PIRCHER (1996).

Als Orientierungshilfe für MitarbeiterInnen kann das sexualstrafrechtliche Gutachtens von WEGSCHEIDER (1994) dienen, wonach sich die BetreuerIn strafbar macht, wenn

sie Handlungen in der Absicht setzt, sich selbst oder einen Dritten befriedigen zu wollen und den Klienten hierzu verleitet.

Sachwalterschaft

Der Sachwalter übernimmt nach § 273 Abs. 1 ABGB die gesetzliche Vertretung einer „Person, die an einer psychischen Krankheit leidet oder die geistig behindert ist“ und deshalb „alle oder einzelne ihrer Angelegenheiten nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst zu besorgen“ vermag. Jener ist auf ihren Antrag oder von Amts wegen zu bestellen. Als Voraussetzung gilt: Die Betroffene hat das 14. Lebensjahr vollendet.

Der Wirkungskreis des Sachwalters nach § 273 Abs. 3 ist „je nach Ausmaß der Behinderung sowie Art und Umfang der zu besorgenden Angelegenheiten (...) zu betrauen:

- mit der Besorgung einzelner Angelegenheiten, etwa der Durchsetzung oder der Abwehr eines Anspruchs oder der Eingehung und der Abwicklung eines Rechtsgeschäfts,
- mit der Besorgung eines bestimmten Kreises von Angelegenheiten, etwa der Verwaltung eines Teiles oder des gesamten Vermögens, oder
- mit der Besorgung aller Angelegenheiten der behinderten Person (WATERS, 1995, 64).

Das bedeutet für die sexualandragogische Praxis, dass der Sachwalter z.B. Rechnungen über sexuelle Dienstleistungen und Hilfsmittel nicht nur einsieht, sondern deren Ausgaben auch bewilligen oder verwehren kann.

4.8.2.1 Ehe

Um in Österreich eine Ehe eingehen zu können, müssen beide Personen ehefähig (geschäftsfähig) und ehemündig (volljährig) sein. Bei Vorliegen einer eingeschränkten Geschäftsfähigkeit ist die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters (Sachwalter, Eltern) erforderlich. Die kirchliche Trauung setzt die standesamtliche Trauung voraus. FRISKE nennt (1995, S. 96) als Alternativen zur Eheschließung für geistig behinderte Menschen die eheähnliche Gemeinschaft oder die beschützte Ehe. Wo eine Eheschließung wegen Geschäftsunfähigkeit nicht möglich ist, finden vereinzelt Segnungen durch die Kirche statt (zit. nach WALTER, 1992, S.297). FEUSER (1987, S. 38) stellt die

Konsequenzen für geistig behinderte Menschen wie folgt dar: „Einerseits besteht (auch kirchlich) der Anspruch an geistig behinderte Menschen, ihre sexuellen Wünsche nur in einer Ehe auszuleben und andererseits wird eine Heirat aufgrund einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit untersagt.“

Laut WALTER (1983) haben über 50% der in Institutionen lebenden geistig behinderten Menschen den Wunsch zu heiraten und wissen im Allgemeinen auch, dass dieser Wunsch unerreichbar bleibt. WALTER (1994, S. 11) berichtet, dass Eltern auf Ehwünsche ihrer Söhne und Töchter oft mit „Vertröstungen, ausweichenden Notlügen, Ablenkungen, harter Konfrontation mit der Realität („du bist doch behindert!“)...“ reagieren. Obwohl mit WALTER (1980) 76% der von ihm befragten MitarbeiterInnen für beschützte Ehen sind, zeigen diese Daten, dass die Einstellung zwar eine notwendige, aber noch keine hinreichende Voraussetzung für Realisierung liefert.

4.8.2.2 Elternschaft und Kinderwunsch

In der Mitarbeitererhebung von WALTER (1980) sprachen sich 92% der Befragten gegen eine Elternschaft geistig behinderter Menschen aus. 50% der geistig behinderten Frauen wünschen sich eigene Kinder und schätzen die Erfüllung dieses Wunsches als unerreichbar ein. Geistig behinderte Interviewpartnerinnen von WALTER / HOYLER-HERMANN äußern teilweise Kinderwünsche. Sie „gehen dabei von Alltagskriterien der sozialen Erwachsenenheit und Normvorstellungen nichtbehinderter Paare aus, wonach zu einer Familie Kinder gehören“ (1987, S. 236). Auch HÄHNER meint, dass in festen Beziehungen Kinderwünsche zentrale Themen darstellen. Besonders Frauen mit einer geistigen Behinderung erhoffen sich, dass sie mit der Geburt eines eigenen Kindes endlich zu der „Welt der Normalen“ gehören könnten (1999, S. 25).

Zahlen zur Elternschaft geistig behinderter Menschen liegen ebenso wie Unterstützungsprojekte zur Elternschaft in Österreich nicht vor (FERRARES, 2001).

PIXNA-KETTER et al. erhoben (2002) Daten für Deutschland: Nach Auskunft von 668 Institutionen wurden 1366 Kindern von 969 Eltern dokumentiert. Dabei lebten 39% der Kinder bei einem oder beiden Elternteilen, vielfach mit unterschiedlichstem Ausmaß an Unterstützung, 20% in einer Pflegefamilie, 9% im Heim. 8% der Kinder geistig behinderter Menschen konnten in der Herkunftsfamilie verbleiben. Internationalen Studien belegen, dass zwischen einem Drittel und 45% der Kinder geistig behinderter

Eltern fremduntergebracht werden (vgl. McCONNELL & LLEWELLYN, 2000, S. 884f).

WALTER (1992, S.8) spricht vom Wunsch des geistig behinderten Menschen, über ein Kind „Normalität“ zu erwerben: „Das eigene Kind, so wird unbewusst phantasiert, (...) öffnet das Tor zur Welt der nichtbehinderten Normalität“.

Wenn das Kind einer geistig behinderten Mutter von dieser getrennt wird, wird der psychischen Situation der Mutter keine weitere Beachtung geschenkt (vgl. FRISKE, 1995, S.105).

Als Kriterium für das Erreichen eines Erwachsenenstatus werden in unserer Kultur idealtypisch Familie und Kinder genannt. Wenn diese Forderung vom geistig behinderten Menschen angenommen, verstanden und im Kinderwunsch versucht wird, umzusetzen, stößt dieser an die Identifikationsgrenze und die gläserne Decke des Normalisierungsprinzips. Die Prinzipien des Normalisierungsprinzips als Leitidee stellt THIMM (1999) wie folgt dar: „ Mitbürgerinnen und Mitbürger mit geistigen oder körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nichtbeeinträchtigten Mitbürgerinnen / Mitbürger entspricht.“

4.8.2.3 Verhütung

Die Zuverlässigkeit der einzelnen Methoden setzt sich aus der Methodensicherheit und der Anwendungssicherheit zusammen. Der Einsatz irreversibler Methoden aus Überlegungen zur absoluten Sicherheit übersieht oft den Kinderwunsch geistig behinderter Menschen..

ZEMP & PIRCHER (1996) erhoben den Grad der Aufklärung geistig behinderter Frauen wie folgt: 47,6% der Frauen gaben an, über einzelne Aspekte der Aufklärung (dazu zählt auch Verhütung) Bescheid zu wissen. 34,7% der Frauen sind sexuell nicht aufgeklärt. Da von 17,6% der Frauen keine Antwort oder Einordnung erhalten werden konnte, gehen die Autorinnen davon aus, dass mehr als die Hälfte der Frauen nicht aufgeklärt wurde.

Weiters berichten ZEMP & PIRCHER (1996), dass mit 62,55 die Mehrzahl der geistig behinderten Frauen, die verhüten, sterilisiert ist.

4.8.2.4 Sterilisation

Als Gründe für eine Sterilisation werden auch neben dem Schutz vor einer Schwangerschaft auch jene der Kosten für zu erwartende Pflege angeführt. Frauen und Mädchen mit geistiger Behinderung wurden nicht nur gegen ihren Willen, sondern auch oft ohne ihr Wissen sterilisiert. PITTRACHER (2004): „Im Juni 1935 wurde die Zwangsabtreibung mit anschließender Zwangssterilisation legalisiert...im Zeitraum von 1934 bis 1945 wurden mindestens 400.000 Menschen einer Zwangssterilisation unterzogen.“ Vielfach galt die erfolgte Sterilisation der geistig behinderten Frau als Aufnahmekriterium in eine Institution.

OFFENHAUSEN (2006) beschreibt das Vorgehen in der Praxis wie folgt: „Zwangssterilisation ist zwar gesetzlich verboten, wird aber manchmal unter dem Deckmantel einer anderen Operation durchgeführt.“ Der Eingriff wurde in der Praxis meist als Blinddarmoperation bezeichnet (KÖBSELL, 1987, S.113); HENDRICHS (Vorstandmitglied der Lebenshilfe Hamburg) nennt eine Dunkelziffer von 80% (vgl. FRISKE, 1995, S. 159 – 160).

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2003) zitiert eine Studie von ZEMP & PIRCHER (1996), wonach 27 % der befragten geistig behinderten Frauen angaben, vor Erreichen ihrer Großjährigkeit zwangssterilisiert worden zu sein.

Gegenwärtig darf in Österreich bei einer unter Sachwalterschaft stehenden volljährigen Person nur ausnahmsweise bei Vorliegen einer dauerhaften körperlichen Erkrankung, verbunden mit ernster Gefahr für das Leben oder ernster Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung mit Zustimmung des Sachwalters eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit der behinderten Person herbeigeführt werden. Als schwerwiegende Gefahr gilt auch die Gefahr eines schweren und nachhaltigen seelischen Leides, das der Schwangeren drohen würde, weil vormundschaftsgerichtliche Maßnahmen, die mit ihrer Trennung vom Kind verbunden wären, gegen sie ergriffen werden müssten (zit. HAHN, 2002).

Der langjährige Leiter der neurologischen Abteilung für Kinder und Jugendliche im Behindertenzentrum am Krankenhaus Rosenhügel, Prof. RETT, war 1979 der Auffassung, dass alle Person mit einem IQ unter 80 zu sterilisieren seien (zit. nach ZEMP & PIRCHER, 1996) .

4.8.2.5 Abtreibung

Die gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch ist in Österreich seit 1975 grundsätzlich bis zur 12. Schwangerschaftswoche straffrei möglich. Ein späterer Schwangerschaftsabbruch ist straffrei, wenn die Schwangerschaft für die Schwangere Lebensgefahr oder die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung bedeutet (medizinische Indikation), wenn die Schwangere zum Zeitpunkt ihrer Schwängerung das 14. Lebensjahre noch nicht erreicht hat oder wenn das Kind schwer behindert ist (eugenische Indikation).

Bei einer Behinderung des Ungeborenen ist eine Abtreibung (Tötung) bis zur Öffnung des Muttermundes, also unmittelbar vor der Geburt, möglich. Dieses Vorgehen wird von der Lebenshilfe als Diskriminierung behinderter Menschen gesehen. Sie fordert die Streichung des entsprechenden Satzes im §97 des Strafgesetzbuches, der die Abtreibung möglicherweise behinderter Kinder bis unmittelbar vor der Geburt ermöglicht. TROMPISCH stellt 1997 dar: „Es gibt in Österreich eine Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz aus dem Jahre 1981 über vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (BGBl. Nr. 274/1981), die vorsieht, dass möglichst umfangreich pränatale Diagnose zur Feststellung allfälliger Behinderungen empfohlen wird.

VON BRACKEN (1981) erhob Vorurteile und Einstellungen in einer repräsentativen Erhebung: 70% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass es besser für ein geistig behindertes Kind sei, früh zu sterben.

4.8.2.6 Missbrauch und Gewalt

Das BM für soziale Sicherheit und Generationen stellt 2003 im Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich dar: Die organisatorischen Rahmenbedingungen und die oft starren Regeln in Einrichtungen gelten allgemein als Risikofaktoren, die Gewalt begünstigen. „Bezeichnend für die institutionelle Gewalt ist neben dem extremen Machtungleichgewicht zwischen dem Pflegepersonal und den betreuten Menschen, dass die Übergriffe zumeist von mehreren Täterinnen und Tätern ausgehen, dass die Gewalt vertuscht wird und dass die Einrichtungen sozial isoliert sind.“

FISCHER (2006) betont, dass Erscheinungsformen von Gewalt sehr verschieden wären und oft kaum wahrnehmbar seien. Gewalt bestehe immer in einer physischen, seelischen oder geistigen Machtausübung und Beeinflussung: „Sie tritt auch dort auf, wo äußerlich gesehen nichts zu beanstanden ist, sie kann Teil der Institutionsstrukturen, der Haltung, des Umgangs miteinander oder der Gesellschaft sein“. Somit kann mit GALTUNG (1998) nicht nur das aktive Zufügen, sondern auch ein Vorenthalten von Lebensmöglichkeiten als Gewalt gelten.

Sexuelle Gewalt umfasst jede Form einer sexuellen Handlung, die gegen den Willen einer Person verstößt und die oder dem Betroffenen die Verfügungsmacht über den eigenen Körper nimmt (vgl. NOACK & SCHMID, 1994).

Die umfassende Sichtweise von sexueller Ausbeutung beginnt dort, wo eine Person einer anderen als Objekt zur Befriedigung eigener Bedürfnisse dient. Diese Bedürfnisse können sexueller Natur sein oder in sexualisierter Form ausgelebt werden, wie etwa der Wunsch nach Macht, nach Selbstbestätigung oder das Bestreben, jemanden zu unterdrücken. (ZEMP & PIRCHER, 1996).

Die Autorinnen weisen auch auf folgendes Paradoxon hin: „Interessanterweise ist sexuelle Ausbeutung für viele ExpertInnen die Überschreitung oder Verletzung der Intimsphäre, obwohl einige von ihnen die Intimsphäre in ihrem Heim als nicht gewährleistet bezeichnen.

SÜHLFLEISCH (et. al, 2002) stellen zum sexuellen Missbrauch in Institutionen fest: „In der Praxis reicht es allerdings nicht aus, bestimmte Extremformen übergriffigen Verhaltens durch Betreuer unter Strafandrohung zu stellen. Notwendig ist außerdem, alle Beteiligten kompetent zu machen, um Grenzüberschreitungen im Alltag wahrzunehmen und zu vermeiden, oder, sollte es zu Gewalt kommen, handlungsfähig zu bleiben.“

Geistige Behinderung gilt als Risikofaktor für das Erleben sexueller Gewalt. Bei einer Missbrauchsrate von fast 50% bei geistig behinderten Frauen (zit. nach Schriftenreihe der Frauenministerin, 1996) erscheint es möglich, dass Reaktionen auf das Geschehene fälschlich als behindertentypisch aufgefasst werden. CHAMBERLAIN et. al (1984, S.446) berichten, dass die Mehrzahl der Täter den Betroffenen bekannt ist. GOMES-SCHWARTZ et .al. (1990) stellten fest, dass in 62% aller Fälle die TäterInnen im

engsten oder weiteren Kreis der Familie zu finden sind. Es finden sich keine Angaben über Frauen als TäterInnen.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen stellt 2003 fest, dass im Rahmen medizinischer Interventionen, Untersuchungen und Behandlungen oftmals die Intimsphäre behinderter Menschen verletzt wird. Darüber hinaus wäre das Alltagsleben oftmals durch Fremdbestimmung und Abhängigkeiten geprägt, wie dies im Besonderen in institutionellen Einrichtungen der Fall wäre.

RYERSON ermittelte, dass nur 20% der sexuellen Übergriffe bei der Polizei oder anderen Einrichtungen gemeldet werden (1981, S.235).

Hinsichtlich der Prävention betont FISCHER (2006): „Wichtig für alle Mitarbeiterinnen ist (das Festhalten) der Tatsache, dass das Melden von Gewalt an eine interne Vertrauensstelle keine Denunziation darstellt, sondern eine Hilfestellung ...ist.“

ZEMP & PIRCHER (1996) stellen fest, dass wissenschaftliche Untersuchungen zur Thematik Missbrauch bei geistig behinderten Menschen in ganz Europa fast gänzlich fehlen. Die Forscherinnen in Amerika hätten Daten über den Missbrauch von Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen wie Anstalten und Pflegeheimen leben, nicht erfassen können, weil ihnen der Zugang zu den in Institutionen lebenden Personen verwehrt wurde.

Eine Ausnahme stellt die Studie von NOACK & SCHMID (1994) dar. Die Autorinnen untersuchten, wie das Thema sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe eingeschätzt wird. Dabei stellten die Autorinnen fest, dass in Österreich die Zahl der in Institutionen lebenden Menschen mit Behinderung nicht erfasst ist. Nach Telefonumfragen konnten 1.576 Frauen in Einrichtungen wohnende und betreute Frauen ermittelt werden.

Zum Umgang der Einrichtung mit sexueller Ausbeutung erhoben ZEMP & PIRCHER (1996), dass sich 75% der befragten Mitarbeiterinnen überfordert fühlen oder angaben, keine Ahnung zu haben, wie sie reagieren sollen.

Obwohl die meisten befragten Expertinnen aus den leitenden Funktionen angaben, sich unsicher im Umgang mit Sexualität von Menschen mit Behinderung zu fühlen, stellten die Autorinnen fest, dass Weiterbildung für Expertinnen kein Thema war.

4.8.3 Existierende und zukunftsweisende Ansätze zur Sexualität geistig behinderter Menschen

4.8.3.1 Sexualassistenz

In nordeuropäischen Ländern (z.B. Skandinavien, Benelux) scheint Sexualassistenz enttabuisiert, Gemeinden und Krankenkasse übernehmen vielfach die Finanzierung.

Eine umfassende Darstellung der Herausforderung von Sexualassistenz findet sich bei ABERGER (2006), die auch auf folgende besondere Problematik im Kontext sexueller Dienstleistung hinweist: „Viele Betroffene verlieben sich in ihre Sexualassistenten, die sexuellen Wünsche und Bedürfnisse werden zwar befriedigt, der Wunsch nach einem Partner oder einer Partnerin bleibt jedoch unerfüllt.“ ABERGER (2006) beschreibt Videoaufzeichnungen oder außen stehende Beobachter als schützendes Vorgehen gegen eine Situation des sexuellen Missbrauchs während des Sexualassistenz-Trainings: „Der Einsatz eines unabhängigen Beobachters für jede Trainingssitzung reduziert drastisch die Möglichkeit, dass die Trainerin die Schülerin sexuell missbraucht oder schlecht behandelt“. Das von ABERGER (2006) vorgestellte Konzept zur Sexualassistenz in Österreich verlangt als Sicherung gegen Gewalt und Verletzung der Intimsphäre die Anwesenheit eines unabhängigen Beobachters sowie Videoaufzeichnungen. Mit diesem Vorgehen wird ein Rahmen geschaffen, der geeignet ist, die Intim- und Privatsphäre von Menschen mit geistiger Behinderung zu verletzen.

FREILINGER (1993) wirft im Kontext Sexualassistenz die Frage nach der Wahrung der persönlichen Würde jedes einzelnen und jene nach den Grenzen zum sexuellen Missbrauch auf.

Sensis (Deutschland)

Der Körperkontaktsservice SENSIS für behinderte Menschen wurde 2002 in Nürnberg gegründet. Ziel war die Forderung einer rechtlichen Absicherung für Betreuer und Institutionen bei der Unterstützung von sexuellen Handlungen behinderter Menschen sowie die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von „Sexualbegleitern“. Das Kuratorium will Sexualität behinderter Menschen nicht als besondere Form der Sexualität verstanden wissen. Der einzige Unterschied zur Sexualität nicht behinderter Menschen bestehe in den Schwierigkeiten der Umsetzung (ABERGER, 2006).

Libida (Österreich)

Das Projekt LIBIDA der „Alpha Nova“ wurde im September 2006 mit dem Ziel geschaffen, Frauen und Männern mit Lernschwierigkeiten bzw. Behinderung dabei zu unterstützen, ihre Sexualität selbstbestimmt zu leben. 2008 wird erstmals der Lehrgang "Ausbildung zur Sexualassistentin/zum Sexualassistenten" angeboten.

In Österreich fällt Sexualassistenz gegenwärtig unter das Prostitutionsgesetz. Erstere gilt infolge der "gewerbsmäßigen Vornahme einer sexuellen Handlung" oder "der gewerbsmäßige Duldung sexueller Handlungen am eigenen Körper" als Zuführung zur Prostitution.

4.8.3.2 Familienmodelle

Seit den 80er Jahren existieren in Deutschland eine Reihe von Einrichtungen, die ihren Schwerpunkt in der Begleitung von geistig behinderten Menschen und ihren Kindern setzen. In Österreich sind derartige Modelle gegenwärtig nicht existent.

4.8.3.3 Salutogenese

Salutogenese gilt als die gegenwärtig am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit. Die salutogene Sichtweise fragt in Abgrenzung zu einer rein pathogenetisch-kurativen Betrachtungsweise nach Bedingungen für Gesundheit und Faktoren, welche die Gesundheit – auch unter schwierigen Bedingungen – schützen (ANTONOVSKY, 1987). Das salutogenetische Konzeptes hat Ähnlichkeit zu den Konstrukten des "Locus of Control" (ROTTER, 1966) oder "Self-Efficacy" (BANDURA, 1977). SCHNOOR (2007) will in einem ganzheitlichen Konzept zur Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung auch gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigt sehen. Das Konzept der Salutogenese kann ein Rahmenkonzept für Angebote mit dem Ziel der Unterstützung und Stärkung der Gesundheit von Personen mit einer geistigen Behinderung bieten (vgl. auch GEMBRIS-NÜBEL, 2004).

4.8.4 Sexualität und Medien

Die Tabuisierung von Aspekten der Sexualität steht in vermeintlichen Widerspruch mit deren medial allgegenwärtigen Präsenz. In deren Darstellungen werden Gefühls- oder Lustaspekte meist nur alternierend zugelassen. Die Ganzheitlichkeit von Sexualität, die schon FREUD mit der Zulassen sämtlicher Partialtriebe und der Fähigkeit, sowohl

zärtliche als auch lustvolle Antriebe auf ein (als Objekt bezeichnetes) Gegenüber als reife Sexualität bezeichnete, wird medial selten kommuniziert.

4.8.4.1 Virtuelle Partnersuche

Das Partnerwahlverhalten und die Strategien zur Partnersuche sind gegenwärtig vor allem bei Jugendlichen durch Einbeziehung von Möglichkeiten des Internet geprägt.

Menschen mit geistigen Behinderungen und Kompetenzen im Umgang mit dem Internet nutzen diese Form der Kommunikation, sprechen aber auch von einer erneuten sozialen Isolation, wenn die Partnerin nicht real erlebt werden kann.

Dennoch sehen Personen mit geistiger Behinderung in der virtuellen Kommunikation eine Chance, außerhalb von Institutionen Kontakte knüpfen zu können (Quelle: Eigenberichte von KlientInnen mit geistiger Behinderung).

4.9 Konsequenzen einer sexualandragogischen Sichtweise für die Praxis

WALTER (2001) fordert neben dem Grundrecht auf Sexualität (S.100) auch ein Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung. Besonders zu beachten sei in sexualpädagogischen Settings auch die Beachtung der jeweiligen Sexualbiographie geistig behinderter Menschen.

THEUNISSEN (2005) bringt den Ansatz des Empowerment in sexualandragogischen Zusammenhang: „Der Empowermentansatz geht davon aus, dass Personen mit geistiger Behinderung immer auch Experten in eigener Angelegenheit sind und dass insbesondere der Status des Erwachsenseins und Erwachsenwerdens anzuerkennen und zu würdigen sei (S.137). Demnach ist die traditionelle Förderplanung durch eine persönliche Lebensstilplanung zu ersetzen an der die Betroffene selbst maßgeblich beteiligt ist (DOOSE 2004). Als problematisch sieht er dabei das von ihm so bezeichnete „Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma“ an: „Der Zugang zu Fördermittel ist in der Regel so gestaltet, dass ich die Behinderung und Defizite einer Person besonders betonen muss, um sie weiterhin unterstützen zu können.“

Um die Gefahr einer Infantilisierung der Sexualität geistig behinderter Menschen abzuwenden zu können, empfiehlt WALTER (1987) die Verwendung des Begriffs Andragogik (versus Pädagogik) in der Arbeit mit erwachsenen geistig behinderten

Personen. GOSSEL (1996, S.224) plädiert dafür, dass sexualandragogische Aus- und Weiterbildungen der MitarbeiterInnen im Wohnbereich verpflichtend sein sollten (1996, S. 224).

Gemäß dem Diskriminierungsverbots aufgrund einer Behinderung nach dem Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz darf behinderten Personen der Zugang zu Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, nicht verwehrt oder verunmöglicht werden (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2008). Für den Kontext Sexualität bedeutet dies: Beratung und Erwachsenenbildung ist Menschen mit geistigen Behinderungen zu ermöglichen und bereitzustellen.

ZEMP & PIRCHER (1996) erachten es dabei als „nicht sinnvoll, spezielle Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen mit Behinderung zu schaffen und sie damit erneut auszugrenzen. Aber Mitarbeiterinnen bei Notruf- und anderen Anlaufstellen sind dahingehend auszubilden, dass sie Menschen mit verschiedensten Behinderungen genauso professionell beraten können wie Menschen ohne Behinderung.“

Als Ziel von sexualpädagogischer bzw. sexualandragogischer Begleitung lässt sich mit KOBI (2004, S.93) zusammenfassend festhalten: „ Sexualpädagogik muss als solche handlungsleitende und haltungsbegründete Perspektiven und Deutungsmuster hervorbringen“ (zit. nach BRENNSTEINER, 2006).

MitarbeiterInnen kommt somit in der sexualandragogischen Begleitung die Aufgabe der Ermöglichung von Erfahrung, Wissen und Handlungskompetenzen der von ihnen begleiteten geistig behinderten Menschen zu. Dies erfordert das Ermöglichen des Erwerbs sexualandragogischer Kompetenzen bei allen Beteiligten: „Denn das Reden über Sexualität fällt noch immer vielen Menschen schwer: entweder wird sie überhöht, glorifiziert oder herabgewürdigt, in den Schmutz gezogen“ (PERNER 1997).

4.10 Zusammenfassung

Eine positive Einstellung und Haltung zur Sexualität bedeutet noch nicht die Umsetzung in Handlung. Dazu müssen die Voraussetzungen der Verfügbarkeit von Handlungsalternativen, Wissen um Bewertung von außen (im Falle der MitarbeiterInnen auch der Leitung) und Konsequenzen der Handlung gegeben sein. Aus der erfolgten theoretischen Darstellung ergibt sich: Nicht nur die Einstellungen zur

Sexualität geistig behinderter Menschen sind entscheidend, sondern die von der Einstellungsforschung postulierten Konsequenzen und Bewertung der Handlungen sind für die Schaffung von Rahmenbedingungen der Sexualität geistig behinderter Menschen ausschlaggebend. Soziale, medizinische und juristische Aspekte wirken nicht nur auf Umsetzung und in die Handlungsebene hinein, sondern stellen wesentliche Voraussetzungen dar.

B. EMPIRISCHER TEIL

1 Fragestellung und Hypothesen

1.1 Einleitung

SÜHLFLEISCH (et. al, 2002) erhoben im Rahmen ihrer Forschung die Befürchtungen von MitarbeiterInnen im Kontext wissenschaftlicher Datenerhebung. Dabei äußerten die befragten Personen die Sorge, vom Forschungsteam ausspioniert zu werden. „Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass in der Praxis Schwierigkeiten, Fehler und Probleme eher auf einer persönlichen Ebene realisiert und verarbeitet werden und damit Schuldzuweisungen und Schamgefühl eher auftreten als Überlegungen über institutionelle und strukturelle Aspekte, die nachgewiesenermaßen von nicht unerheblichem Einfluss auf Institutionen sind (vgl. auch GOFFMANN, 1973) .

Von der Existenz latenter Faktoren in Richtung sozialer Erwünschtheit ist also auszugehen. Diese wurden in der vorliegenden Untersuchung nicht explizit überprüft.

In der Literatur wurden folgende Faktoren als die Einstellung potentiell beeinflussend genannt: Demographische Variablen, Geschlecht, Kontakt und Informationsvermittlung. Diese fanden mit der Befragung nach persönlichen Daten sowie erfolgten Gesprächen Entsprechung.

1.2 Fragestellung

Ziel der vorliegenden replizierenden Untersuchung ist es, die Einstellung der Mitarbeiter der ‘Lebenshilfe NÖ’ zu Sexualität und geistige Behinderung zu erheben.

Dabei wurde betrachtet, welche persönlichen Daten einen Einfluss auf die erhobene (liberale) Einstellung haben. Gemäß den Ergebnissen von BRANTLINGER (1983) und POLLEICHTER (1998) soll der angenommene Einfluss des Alters, des Geschlechts, der Religiösität und der Ausbildung auf die Einstellung der MitarbeiterInnen geprüft werden. Im Focus der Betrachtung stand hierbei die Ausprägung der Liberalität hinsichtlich der Einstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen. Informationen zur Berufssituation, wie Dienstjahre,

Ausbildungsstand, Berufsort und Art der Tätigkeit wurden ebenso wie das Anbot von Fortbildungen zum Thema und Existenz des Themas in der Ausbildung erfragt.

Diverse Autoren (vor allem WALTER, 1980; Mc CABE, 1993) weisen darauf hin, dass die persönliche Einstellung der Mitarbeiter den Rahmen für den Umgang mit der Sexualität geistig behinderter Menschen steckt.

Demnach wird in der vorliegenden Untersuchung betrachtet, ob sich MitarbeiterInnen mit einer liberalen Einstellung von MitarbeiterInnen mit einer weniger liberalen Einstellung im Umgang mit der Sexualität geistig behinderten Menschen unterscheiden.

1.3 Hypothesen

Die Hypothesen 1-5 betreffen persönliche Daten der Mitarbeiter und wurden analog der replizierten Studie von POLLEICHTNER (1998) aus den Ergebnissen der Studie von Brantlinger (1983) abgeleitet. Ebenso wie in der Originalstudie wurden zusätzlich 3 eigene Hypothesen aufgestellt und ergänzt.

Insgesamt werden folgende 8 Hypothesen im der vorliegenden Untersuchung geprüft:

Hypothese 1: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt vom Alter der MitarbeiterInnen ab. Jüngere MitarbeiterInnen haben eine liberalere Einstellung als ältere Mitarbeiter.

Hypothese 2: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt vom Geschlecht der MitarbeiterInnen ab. Männliche MitarbeiterInnen zeigen eine liberalere Einstellung als weibliche MitarbeiterInnen.

Hypothese 3: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt vom Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen ab. Höher ausgebildete MitarbeiterInnen haben eine liberalere Einstellung als niedriger ausgebildete MitarbeiterInnen.

Hypothese 4: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt von der Gläubigkeit der MitarbeiterInnen ab. Nichtgläubige MitarbeiterInnen haben eine liberalere Einstellung als gläubige MitarbeiterInnen.

Hypothese 5: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt von der Tatsache ab, ob die MitarbeiterInnen in ihrer Ausbildung mit diesem Thema konfrontiert worden sind oder nicht. MitarbeiterInnen, in deren Ausbildung das Thema behandelt wurde, zeigen eine liberalere Einstellung als MitarbeiterInnen, die zu diesem Thema nicht ausgebildet wurden.

Hinsichtlich regionaler Bedeutsamkeit bezieht sich die erste ergänzte Fragestellung auf den Ort des Arbeitsplatzes. Die folgenden beiden Fragestellungen beinhalten aus der Literatur der Einstellungsforschung abgeleiteten Hypothesen hinsichtlich Einstellung und gezeigtem Verhalten in Form von Gesprächen.

Hypothese 6: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen unterscheidet sich nach Ort des Arbeitsplatzes. MitarbeiterInnen, die in der Stadt arbeiten, sind liberaler als KollegInnen, die am Land tätig sind.

Hypothese 7: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen zeigt sich in der Häufigkeit der Gespräche mit Kollegen über Sexualität. Liberalere MitarbeiterInnen führen diese häufiger als weniger liberale KollegInnen.

Hypothese 8: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen zeigt sich darin, ob das Thema Sexualität mit KlientInnen besprochen wird.

2 Fragebogen

2.1 Verwendete Methode zur Erfassung der Einstellung gegenüber geistig behinderten Menschen und deren Sexualität

SMRAI von BRANTLINGER

Das *Sexuality and the Mentally Retarded Attitude Inventory* (SMRAI) von BRANTLINGER (1983). beansprucht, auf einer 40-Items umfassenden Rating-Skala mit fünfstufiger Likert-Skalierung die Einstellung zum Themenbereich 'Sexualität und geistige Behinderung' zu messen.

Kennwerte der amerikanischen Originalfassung:

• *Interne Konsistenz:*

Die Alpha-Koeffizienten der Untergruppen und der Gesamtstichprobe der amerikanischen Untersuchung differieren gering. Diese ergeben für die gesamte Stichprobe (N=238) 0,95 und liegen bei den Untergruppen zwischen 0,91 (N=59) und 0,93 (N=50).

• *Reliabilität:*

Der Wert der Test-Retest-Untersuchung ergibt eine Korrelation von 0,93 ($p < 0,001$). Bei den Subgruppen zeigen sich Korrelationskoeffizienten zwischen 0,68 ($p < 0,001$) und 0,91 ($p < 0,001$). Bei diesen Werten kann von einer Stabilität der Messung ausgegangen werden.

• *Konstruktvalidität:*

Der Vergleich der Werte der MitarbeiterInnen mit Subgruppen zeigte folgende Ergebnisse: Ältere Eltern erreichen einen Liberalitätswert von 118,28. Dieser liegt dem älterer Betreuer mit einen Gesamtsscore von 118,75 nahe. TeilnehmerInnen eines Sexualworkshops erreichten einen Gesamtliberalitätswert von 176,20. Der Vergleich nach dem Geschlecht zeigt bei einer rein männlichen Stichprobe einen höheren Liberalitätswert (Gesamtsscore=155,61) als bei einer rein weibliche Stichprobe (Gesamtsscore=145,38).

Über eine wesentlich liberalere Einstellung verfügen Personen mit einer höheren Bildung und Personen, die häufiger über Sexualität sprechen. Religiöse Menschen verfügen über eine eher konservative Einstellung. Die Korrelationswerte zwischen den einzelnen Items und dazugehöriger Subskala bzw. dem Gesamtwert liegen bei 0,215 und 0,767 ($p < 0,05$).

2.1.1 Entwicklung der deutschsprachigen Version und Voruntersuchung

Nach Übersetzung der englischsprachigen Originalfassung des '*Sexuality and the Mentally Retarded Attitude Inventory*' (vgl. POLLEICHTNER, 1998) wurde mit der erhaltenen Rohfassung des Einstellungsinstruments eine Voruntersuchung mit 42 Studenten der Lehrveranstaltung 'Heilpädagogik' am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Salzburg durchgeführt. Die StudentInnen wurden ersucht, wahrgenommene Unklarheiten bzw. unklare Formulierungen rückzumelden. Nach Berechnung der Trennschärfen der einzelnen Items und der Umformulierung nicht trennscharfer Items wurde mit der überarbeiteten Version des Fragebogens in der 'Lebenshilfe Steiermark' eine zweite Voruntersuchung durchgeführt. An dieser nahmen 34 MitarbeiterInnen im Alter zwischen 21 und 50 Jahren mit einer Geschlechterverteilung von 76,5% Frauen und 23,5% Männer teil. Bei der folgenden Trennschärfenberechnung ergaben sich bei 8 der insgesamt 45 Items ein Wert unter dem erforderlichen Signifikanzniveau.

Weitere inhaltliche Präzisierungen verdeutlichten den Inhalt der einzelnen Items derart, dass die Berechnung der Trennschärfen der verwendeten Endfassung des Fragebogens zufriedenstellende Werte erbringen konnte.

2.1.2 Aufbau des eingesetzten Fragebogens

Der in der vorliegenden Replikation verwendete Fragebogen entspricht exakt der 1998 von POLLEICHTNER 1998 eingesetzten Version. Dieser besteht aus vier Teilen und beinhaltet im Teil 3 eine Übersetzung und Neukonstruktion des '*Sexuality and the Mentally Retarded Attitude Inventory*' (SMRAI) von BRANTLINGER (1983). Aus fünf Antwortmöglichkeiten pro Item war von den befragten MitarbeiterInnen aus 40 Items jene Antwort zu wählen, die der eigenen Einstellung am ehesten entspricht.

Es ergibt sich damit in Summe ein Gesamtliberalitätsscore zwischen 40 (= sehr konservativ) und 200 Punkten (= sehr liberal). Die Gesamtskala besteht aus fünf Subskalen, welche jedoch nach eigener Berechnung einer Faktorenanalyse als nicht unabhängig voneinander angesehen werden können. Daher wurde zur Einschätzung der Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen der Gesamtscore berechnet.

2.2 Erhobene Determinanten

2.2.1 Beschreibung der vier Teile des Fragebogens

I) Der erste Teil des Fragebogens 'Persönliche Informationen' erfragt folgende demographische Daten der MitarbeiterInnen: Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl und Alter der Kinder, sowie Religionszugehörigkeit und subjektive Einschätzung der eigenen Gläubigkeit.

II) Im zweiten Teil 'Spezielle Informationen zur Berufssituation' werden berufsspezifische Daten, die in Hinblick auf das Thema 'Sexualität und geistige Behinderung' relevant sein können, erhoben. Dazu zählen Dienstjahre in der Behindertenarbeit bzw. am derzeitigen Arbeitsplatz, die erworbene Ausbildung, Ort der Tätigkeit im Wohnbereich oder in der Werkstätte sowie regionale in Stadt oder auf dem Land.

Ebenfalls abgefragt wird, ob das Thema 'Sexualität und geistige Behinderung' in der Ausbildung behandelt wurde und ob die MitarbeiterInnen an Fortbildungen zu diesem Thema teilgenommen haben. Weiters werden erfolgte Gespräche zum Thema Sexualität mit Kollegen und Klienten erfragt sowie deren dabei besprochene Inhalte erhoben. Der Wunsch der MitarbeiterInnen nach Fortbildung zu diesen Themen wird in Erfahrung gebracht.

III) Der dritte Teil stellt das von POLLEICHTNER (1998) beschriebene, überarbeitete Inventar von BRANTLINGER (1983) dar. Die MitarbeiterInnen beantworteten 45 Items auf einer fünfstufigen Punkteskala (1 = völlige Zustimmung und 5 = völlige Ablehnung) gemäß der eigenen Meinung, wobei zur Berechnung des

Gesamtliberalitätswertes 40 Items dienen. 5 Items sind Kontrollitems. Der demnach erhaltene Gesamtwert von maximal 200 und minimal 40 ergibt sich aus der Addition der erhaltenen Werte in den fünf Subskalen:

Subskala 1) Zur Subskala '*Allgemeine Einstellung*' zählen 11 Items: 2, 5, 7, 11, 14, 15, 25, 26, 27, 31 und 37. Der erhaltene Wert in dieser Subskala kann somit zwischen 11 Punkten (= äußerst konservative Einstellung) und 55 Punkten (= äußerst liberale Einstellung) liegen.

Diese Subskala misst die allgemeine Einstellung zur Sexualität mittels Erhebung der Einstellungen zu Masturbation, Homosexualität und vorehelichem Geschlechtsverkehr.

Subskala 2) Die Subskala '*Sexuelle Aufklärung*' setzt sich aus den 8 Items 1, 6, 10, 17, 18, 21, 22 und 24 zusammen. Der erreichbare Punktwert liegt somit zwischen einem Minimum von 8 und einem Maximum von 40 Punkten. Erfragt werden die vermeintliche Wirkung von Aufklärungsprogrammen sowie Themen, die dabei besprochen werden sollen.

Subskala 3) Die Subskala '*Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen*' umfasst 14 Items (Item 3, 4, 8, 12, 13, 16, 19, 29, 33, 34, 36, 38, 39 und Item 40) und misst die Einstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen hinsichtlich der Rechte, die dieser Personengruppe auf sexuellem Gebiet eingeräumt werden. Der Punktwert kann zwischen 14 und 70 Punkten liegen.

Subskala 4) Die Subskala '*Vorurteile zur Sexualität geistig behinderter Menschen*' besteht aus 5 Items: 23, 28, 30, 32 und 35. Punktwerte zwischen einem 5 und einem 25 Punkten sind erreichbar. In dieser Skala werden traditionelle Stereotypen erhoben.

Subskala 5) Die Subskala '*Rechte von Minderjährigen*' umfasst die beiden Items 9 und 20 zu den Rechten minderjähriger Kinder. Der erreichbare Punktwert liegt zwischen einem Minimum von 2 Punkten und einem Maximum von 10 Punkten.

IV) Im vierten und letzten Teil des Fragebogens geben die befragten MitarbeiterInnen Empfehlungen zum Umgang mit den Themen Aufklärung, Verhütungsmethoden und Schwangerschaft von Menschen mit geistiger Behinderung ab.

Weiters enthält dieser Teil eine Einschätzung des IST-Standes der Aufklärung behinderter Menschen in 14 Teilbereichen. Diese Einschätzung erfolgt auf einer dreistufigen Werteskala (sehr aufgeklärt - wenig aufgeklärt - nicht aufgeklärt).

Der SOLL Stand der Aufklärung wird ebenfalls mittels einer dreistufigen Werteskala (sehr wichtig - wenig wichtig - nicht wichtig) erhoben.

Weiters beurteilen die MitarbeiterInnen die Sinnhaftigkeit von 12 verschiedenen Verhütungsmethoden für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Einschätzung erfolgt nach dem Schulnoten-System (1 = sehr sinnvoll bis 5 = nicht sinnvoll).

Abschließend beurteilen die MitarbeiterInnen fünf Handlungsoptionen auf einer fünfstufigen Skala nach Sinnhaftigkeit im Falle einer Schwangerschaft einer geistig behinderten Frau.

2.2.2 Prüfung der Gütekriterien des Fragebogens

2.2.2.1 Reliabilitätsanalyse

Als erster Schritt erfolgte die Prüfung der Trennschärfen der einzelnen Items mittels Cronbach's Alpha. Dieser ergab mit $\alpha = ,84$ einen befriedigenden Wert.

Tab.1: Mittelwerte der einzelnen Items, die jeweiligen Trennschärfen und α Koeffizienten

| Itemnummer | Mean | Trennschärfe | Alpha |
|------------|---------|--------------|-------|
| 1 | 87,8125 | -,0791 | ,8734 |
| 2 | 90,4375 | ,5529 | ,8368 |
| 3 | 90,6696 | ,3505 | ,8411 |
| 4 | 91,0089 | ,6885 | ,8359 |
| 5 | 90,8304 | ,2799 | ,8427 |
| 6 | 90,3482 | ,3790 | ,8405 |
| 7 | 90,7054 | ,6949 | ,8323 |
| 8 | 89,4732 | -,0175 | ,8492 |
| 9 | 89,1161 | ,4120 | ,8392 |
| 10 | 90,4911 | ,1815 | ,8445 |
| 11 | 89,6161 | ,3820 | ,8403 |
| 12 | 87,6161 | -,4585 | ,8511 |
| 13 | 90,6161 | ,6977 | ,8331 |
| 14 | 90,6518 | ,6538 | ,8348 |
| 15 | 91,1875 | ,5684 | ,8400 |

| | | | |
|----|---------|--------|-------|
| 16 | 90,9911 | ,5474 | ,8390 |
| 17 | 90,4375 | ,0326 | ,8478 |
| 18 | 90,7768 | ,3170 | ,8420 |
| 19 | 90,5804 | ,3900 | ,8407 |
| 20 | 89,7054 | ,3121 | ,8419 |
| 21 | 90,1696 | ,3964 | ,8397 |
| 22 | 88,9911 | ,2015 | ,8469 |
| 23 | 90,3125 | ,3641 | ,8407 |
| 24 | 90,7054 | ,5287 | ,8381 |
| 25 | 89,7589 | ,1592 | ,8456 |
| 26 | 91,0446 | ,4780 | ,8395 |
| 27 | 90,9018 | ,6373 | ,8348 |
| 28 | 90,7768 | ,5958 | ,8326 |
| 29 | 90,9375 | ,3743 | ,8411 |
| 30 | 88,4732 | -,3363 | ,8556 |
| 31 | 90,6875 | ,5564 | ,8374 |
| 32 | 90,5982 | ,4100 | ,8397 |
| 33 | 89,8482 | ,4718 | ,8378 |
| 34 | 91,0804 | ,3263 | ,8425 |
| 35 | 90,3839 | ,4739 | ,8387 |
| 36 | 90,7768 | ,6636 | ,8358 |
| 37 | 91,0446 | ,6686 | ,8356 |
| 38 | 90,5982 | ,6757 | ,8336 |
| 39 | 90,5804 | ,1651 | ,8453 |
| 40 | 90,9375 | ,6306 | ,8383 |
| 41 | 90,7054 | ,0506 | ,8466 |
| 42 | 90,4107 | ,2587 | ,8430 |
| 43 | 89,5089 | ,2062 | ,8446 |
| 44 | 90,2768 | ,2717 | ,8427 |
| 45 | 89,1696 | -,4287 | ,8580 |

2.2.2.2 Faktorenanalyse

Eine Analyse der Faktoren mittels Rotation nach der VARIMAX Methode ergab 5 voneinander unabhängige Faktoren, deren Eigenwert 51,1% der Varianz erklären.

Die Korrelation der Subskalen ergab, dass diese als nicht unabhängig voneinander zu betrachten sind.

3 Empirische Erhebung

In der vorliegenden Studie wurden die MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ zu ihrer Einstellung zur Sexualität von Menschen mit geistigen Behinderungen befragt.

Die Lebenshilfe NÖ versteht sich als Interessensvertretung für geistig und mehrfach behinderte Menschen. Aus einer Selbsthilfegruppe entstanden, ist die Lebenshilfe NÖ gleichzeitig ein Elternverein, welcher die Interessen von Eltern und Angehörigen geistig behinderter Menschen vertritt. Dabei ist sie überparteilich und an keine Konfession gebunden. Ziel und Aufgabe der Lebenshilfe NÖ ist es, geistig und mehrfach behinderten Menschen ein möglichst normales, sinnvolles, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Die Lebenshilfe NÖ ist Träger einer Vielzahl von Einrichtungen und betreibt derzeit 20 Werkstätten sowie 25 Wohneinrichtungen (Stand Dezember 2007). In den Wohneinrichtungen leben Menschen mit unterschiedlichem Grad an Behinderung, unterschiedlichem Alter und Geschlecht. Die Gruppengröße beträgt 2 (teilbetreute Wohneinrichtung) bis 17 Personen.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

An sämtliche 413 MitarbeiterInnen der Lebenshilfe Niederösterreich wurde der vorliegende Fragebogen (1998) samt Begleitschreiben von der Leitung versandt. Die Rücklaufquote beträgt mit 66 retournierten Fragebögen nur 15,98 % (im Vergleich zu der Studie von POLLEICHTNER mit 59,35%).

Die Erhebung fand unter besonderen Auflagen (Hinzuziehen der Leitung und des Betriebsrates, Retournierung an ein anonymes Postfach) statt.

Auf eine mögliche Verzerrung der erhaltenen Daten infolge der Vorselektion interessierter Mitarbeiter sei an dieser Stelle hingewiesen.

3.2 Darstellung der Ergebnisse: Deskriptiv Statistik

Die Files wurden in folgender Reihenfolge (gemäß der zu replizierenden Arbeit von POLLEICHTNER) vorgegeben: Teil 1, Teil 3, Teil 4, Teil 2. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS.

3.2.1 Teil 1 des Fragebogens: Demographische Daten

Im 1. Teil des Fragebogens wurden mit den Items 1-8 die demographischen Daten der MitarbeiterInnen wie folgt erhoben:

- *Alter:* Die MitarbeiterInnen, die an der Untersuchung teilnahmen, waren zwischen 19 und 51 Jahre alt (Durchschnittsalter 32,12 Jahren; Standardabweichung 8,45 Jahre).
- *Geschlecht:* 42 (63,6%) der befragten MitarbeiterInnen sind weiblich, 36,4% (24) sind männlich.
- *Familienstand:* 36,4% der Befragten sind verheiratet, 34,8% ledig, 15,2% sind geschieden, 10,6% leben in einer Lebensgemeinschaft und jeweils 1,5% getrennt bzw. verwitwet.
- *Kinder:* Die Hälfte der MitarbeiterInnen (N=32, 48,5%) sind kinderlos. Von den 31 MitarbeiterInnen mit Angaben zum Nachwuchs (47%) - 3 MitarbeiterInnen, 4,5% gaben bei dieser Frage keine Auskunft - haben die befragten Personen im Durchschnitt 1 Kind mit einer Standardabweichung von 1,28. Die Kinderzahl reicht dabei von 1 bis 4 Kindern. Das jüngste Kind ist 1,5; das älteste 32 Jahre alt.
- *Religionszugehörigkeit:* wurde von 14 Personen (21,2%) nicht angegeben. Der größte Teil der bekennenden MitarbeiterInnen ist römisch-katholisch (72,7%). Nur 4,6% sind evangelisch und 1,5% gaben eine andere Konfession an.)
- *Die subjektive Einschätzung der Gläubigkeit:* 3,1% empfinden sich als sehr gläubig. Die größte Gruppe (48,5%) ist die mit den Angabe gläubig. 37,5% halten sich für wenig gläubig und 10,9% für nicht gläubig.
- *Arbeitsbereich:* 48,5% der MitarbeiterInnen sind im Wohnbereich der 'Lebenshilfe' tätig, 51,5% in Werkstätten.
- *Arbeitsort:* Der Arbeitsplatz von 19,7% der MitarbeiterInnen befindet sich in der Stadt, der überwiegende Arbeitsort (von 75,8% der befragten Personen) liegt im ländlichen Gebiet. (Bei 4,5% erfolgte keine Angabe bzw. Zuordnung).

3.2.2 Teil 2 des Fragebogens: Informationen zur Berufssituation

- *Berufserfahrung in der Behindertenarbeit:* Die Dauer der Tätigkeit in der Behindertenarbeit reicht von 2 Monaten bis zu 23 Jahren. Die durchschnittliche Dauer liegt dabei bei 4 Jahren mit einer Standardabweichung von 4,83.

- *Spezielle Ausbildung für die Behindertenarbeit*: Die Werte zur speziellen Ausbildung werden in den Ausführungen zur Hypothesenprüfung 3 eingehend dargestellt.
- *Arbeitsplatz*: Im Wohnhaus arbeiten mit Angabe von 26 Personen 39,40% der MitarbeiterInnen, in der Werkstätte 46,90%.
- *Gespräche mit KlientInnen zum Thema Sexualität* haben bei 91% der MitarbeiterInnen Freundschaft und Liebe zum Inhalt. Fast ein Viertel der MitarbeiterInnen (24,2%) gibt an, mit den KlientInnen nicht über Partnerschaft zu sprechen. Über die Hälfte der Befragten (63,6%) gaben zur Auskunft, mit ihren KlientInnen keine Gespräche über Kinderwunsch zu führen, wohingegen 66,7% das Thema Hygiene mit ihren KlientInnen behandeln. Gespräche über Masturbation finden bei über der Hälfte der MitarbeiterInnen (57,6%) mit ihren KlientInnen nicht statt. Exakt die Hälfte der Befragten (50%) verneint bzw. bejaht jeweils das Thema Geschlechtsverkehr als Gesprächsinhalt mit KlientInnen. 78,8% der MitarbeiterInnen thematisieren Homosexualität nicht, über die Hälfte (56,1%) Verhütung nicht. Die Themen Schwangerschaftsabbruch werden von 90,0%, Sterilisation von 83,3% der Befragten nicht besprochen. Gespräche über Erkrankungen im Kontext Sexualität führen 75,8% aller befragten MitarbeiterInnen mit den KlientInnen.
- *Wunsch nach Unterstützung zum Thema Sexualität* mittels Literatur äußern 34,8% der MitarbeiterInnen. 60,6% wünschen sich kein Anschauungsmaterial und jeweils die Hälfte (50%) bejaht bzw. verneint, sich Unterstützung durch Experten zu wünschen. Vorträge werden von 48,5% der Befragten abgelehnt, ebenso wie Fortbildung von 50% nicht gewünscht wird. Den Wunsch nach Rückhalt in der Lebenshilfe teilen 51,5 % der MitarbeiterInnen nicht, ebenso geben 84,8% an, keine Unterstützung durch finanzielle Ressourcen zu wünschen.

3.2.3 Teil 3 des Fragebogens: Ermittelte Liberalitätswerte

Liberalität nach Subskalen

Die erhobenen Liberalitätswerte der 5 Subskalen wurden im 3. Teil des Fragebogens wie folgt erfasst:

Tab.2: Liberalitätswerte in den einzelnen Subskalen

| Liberalität in Subskala (versus möglicher) | Mean | % vom Max. | Min. | Max (von) | Std. |
|---|-------|------------|------|--------------|------|
| Allgemeine Einstellung | 18,70 | 34,00 | 11 | 43 (55) | 4,25 |
| Rechte Behinderter | 26,47 | 37,81 | 18 | 45 (70) | 5,33 |
| Sexuelle Aufklärung | 18,70 | 46,75 | 13 | 40 (40) | 4,25 |
| Vorurteile | 11,08 | 44,32 | 7 | 16 (25) | 2,07 |
| Rechte Minderjähriger | 5,87 | 58,70 | 2 | 10 (10) | 5,33 |

Aufgelistet wurden der Mittelwert (*mean*) , die zugehörige Standardabweichung (Std.), sowie das Minimum und Maximum der erhaltenen (und möglichen) Liberalität pro Subskala nach 5stufiger Zustimmung bzw. Ablehnung einzelner Items.

Liberalität nach einzelnen Items

Die Mittelwerte, Standardabweichungen und Mediane der einzelnen Items betragen dabei:

Tab.4: Die Mittelwerte, Srteuungen und Mediane der einzelnen Items

| Item- nummer | Itemformulierung | Subskala | Mean (Sd) | Median (Min-Max) |
|-----------------|--|--|----------------|---------------------|
| 12 - | Behinderte Erwachsene sollen die Gelegenheit haben, sich mit dem anderen Geschlecht privat treffen zu können. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 4,73 (0,45) | 5 (4 – 5) |
| 1 | In der Schule sollte mehr Sexualaufklärung gemacht werden. | Sexuelle Aufklärung | 4,46 (2,36) | 4 (2 – 4) |
| 30 | Behinderte Frauen wechseln häufiger ihren Sexualpartner als der Durchschnitt der Frauen. | Vorurteile zur Sexualität geistig behinderter Menschen | 3,82 (0,97) | 4 (1 – 5) |
| 9 | Wenn ein Minderjähriger wegen einer Geschlechtskrankheit zum Arzt geht, dann soll das auch den Eltern mitgeteilt werden. | Rechte von Minderjährigen | 3,28 (1,11) | 4 (1 – 5) |
| 22 | Die Problembereiche Drogen, Sexualität und Alkohol sollten jungen Menschen gemeinsam vermittelt werden. | Sexuelle Aufklärung | 3,28 (1,56) | 4 (1 – 5) |
| 8 - | Jeder Mensch, egal ob behindert oder nicht, hat grundsätzlich das Recht auf ein eigenes Kind. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 2,75 (1,02) | 3 (1 – 5) |

| | | | | |
|------|--|--|----------------|--------------|
| 11 | Die Zensur in bezug auf sexuelle Inhalte von Filmen, Büchern und Magazinen ist gegenwärtig zu nachsichtig. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 2,66 (0,94) | 3 (1 – 5) |
| 20 | Bevor minderjährige, behinderte Mädchen Informationen von Organisationen zur Verhütung erhalten, sind die Eltern um Erlaubnis zu fragen. | Rechte von Minderjährigen | 2,56 (1,16) | 2 (1 – 5) |
| 25 | Männer haben allgemein einen stärkeren Sexualtrieb als Frauen. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 2,48 (1,08) | 3 (1 – 5) |
| 33 | Menschen, die nicht für sich selbst sorgen können, sollen auch nicht heiraten. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 2,41 1,09) | 2 (1 – 5) |
| 21 | Verschiedene Stellungen im Sexualverkehr sind kein Thema in Behinderten-Einrichtungen, auch wenn BewohnerInnen danach fragen. | Sexuelle Aufklärung | 2,11 (1,06) | 2 (1 – 4) |
| 23 | Geistig behinderte Menschen haben gewöhnlich stärkere Sexualtriebe als der Durchschnitt der Bevölkerung. | Vorurteile zur Sexualität geistig behinderter Menschen | 2,00 (0,98) | 2 (1 – 4) |
| 35 | Behinderte Menschen haben weniger Bedürfnis nach gelebter Sexualität als andere Menschen. | Vorurteile zur Sexualität geistig behinderter Menschen | 1,99 (0,86) | 2 (1 – 4) |
| 6 | Ein umfassendes Aufklärungsprogramm führt zu vermehrter sexueller Aktivität der Schüler. | Sexuelle Aufklärung | 1,97 (0,93) | 2 (1 – 5) |
| 2 - | Selbstbefriedigung ist wichtig für eine gesunde Entwicklung. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,88 (0,85) | 2 (1 – 4) |
| 17 | Mädchen und Buben sollen grundsätzlich in jedem Alter getrennt voneinander aufgeklärt werden. | Sexuelle Aufklärung | 1,88 (0,98) | 2 (1 – 5) |
| 10 | Alle Fragen von Kindern zur Sexualität zu beantworten, würde wahrscheinlich zu einer ständigen Beschäftigung mit der Sexualität führen. | Sexuelle Aufklärung | 1,82 (0,91) | 2 (1 – 5) |
| 39 - | Der Staat sollte die Verhütungsmittel für behinderte Menschen zahlen, wenn sie selbst nicht dafür aufkommen können. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,80 (1,06) | 1 (1 – 5) |
| 32 - | Die meisten geistig behinderten Menschen haben auch ein Verlangen nach sexuellem Vergnügen. | Vorurteile zur Sexualität geistig behinderter Menschen | 1,75 (0,94) | 2 (1 – 5) |
| 14 | Der leichte Zugang zu Verhütungsmittel hat zu einem Verfall der sexuellen Moral der Jugend geführt. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,68 (0,87) | 1 (1 – 4) |
| 19 - | Behinderte Menschen haben das Recht, eigene Entscheidungen in bezug auf ihr Sexualeben zu treffen. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,68 (0,71) | 2 (1 – 3) |

| | | | | |
|------|---|--|----------------|--------------|
| 38 | ErzieherInnen von Behinderten-Einrichtungen sollten homosexuelle Aktivitäten verhindern. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,67 (0,89) | 1 (1 – 5) |
| 13 - | Homosexualität zwischen geistig behinderten Menschen, die dies genießen, soll möglich sein. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,65 (0,89) | 1 (1 – 5) |
| 7 - | Homosexualität ist eine akzeptable sexuelle Neigung, wenn beide Partner zustimmen. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,61 (0,96) | 1 (1 – 5) |
| 24 | Es wäre gefährlich, manche Menschen über Sexualität aufzuklären. | Sexuelle Aufklärung | 1,60 (0,73) | 1 (1 – 4) |
| 31 | Ein verheirateter Mensch, der gelegentlich masturbiert, hat vermutlich eine schwierige Ehe. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,59 (0,78) | 1 (1 – 4) |
| 18 - | Methoden zur Geburtenkontrolle sollen den jungen Menschen gelehrt werden, bevor sie sexuell aktiv werden. | Sexuelle Aufklärung | 1,59 (0,81) | 1 (1 – 5) |
| 3 | Ein geistig behindertes Paar, das beim sexuellen Verkehr erwischt wird, soll in der Behinderten-Einrichtung auseinandergehalten werden. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,59 (0,80) | 1 (1 – 5) |
| 36 - | Es sollte Wohnrichtungen für geistig behinderte Ehepaare geben. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,55 (0,77) | 1 (1 – 4) |
| 28 | Ich wäre besorgt, daß eine homosexuelle BewohnerIn einer Behinderten-Einrichtung die anderen MitbewohnerInnen „verdirbt“. | Vorurteile zur Sexualität geistig behinderter Menschen | 1,52 (0,81) | 1 (1 – 4) |
| 5 - | Geschlechtsverkehr bei unverheirateten Paaren ist akzeptabel. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,47 (1,01) | 1 (1 – 5) |
| 16 - | Behinderte Menschen sollen Verhütungsmittel bekommen, wenn sie das wollen. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,45 (1,34) | 1 (1 – 1) |
| 27 | Homosexuelle sollen nicht als Lehrer in öffentlichen Schulen arbeiten dürfen. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,42 (0,85) | 1 (1 – 5) |
| 40 - | Behinderte Erwachsene haben das Recht auf Geschlechtsverkehr, wenn sie dies wollen. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,34 (0,54) | 1 (1 – 3) |
| 29 - | BewohnerInnen von Wohnrichtungen für geistig behinderte Menschen sollten einen eigenen, intimen Wohnbereich haben. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,33 (0,67) | 1 (1 – 4) |
| 4 | ErzieherInnen sollen die BewohnerInnen von Behinderten-Einrichtungen an der Selbstbefriedigung hindern. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,26 (0,64) | 1 (1 – 4) |
| 37 | Homosexualität sollte verboten werden. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,25 (0,71) | 1 (1 – 5) |
| 26 | Voreheliche sexuelle Aktivität führt gewöhnlich zu ehelichen Problemen. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,25 (0,64) | 1 (1 – 4) |

| | | | | |
|------|--|--|----------------|--------------|
| 34 | In Wohneinrichtungen sollen geistig behinderte Frauen und Männer soweit wie möglich getrennt leben. | Sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen | 1,25 (0,50) | 1 (1 – 3) |
| 15 - | Jeder Mensch hat das Recht auf sein persönliches, individuelles Sexualleben, so lange er dabei anderen Menschen nicht schadet. | Allgemeine Einstellung zur Sexualität | 1,12 (0,45) | 1 (1 – 4) |

Obenstehende Tabelle zeigt eine Übersicht der erhaltenen Werte der 40 Items (der Abstufungen 1 bis 5) des in der vorliegenden Untersuchung eingesetzten Fragebogens SMRAI. Aufgelistet sind der Mittelwert, die zugehörige Standardabweichung, der Median sowie das Minimum und Maximum pro gewählter, 5stufiger Zustimmung. Dabei wurden den Itemwerte folgende Antwortalternativen zugeordnet: 1 = Stimme völlig zu, 2 = Stimme ich zu, 3 = Bin mir nicht sicher, 4 = Stimme ich wenig zu, 5 = Lehne ich völlig ab. Das Minimum des zu erreichenden Liberalitätswerts liegt bei 40 (wenig liberal) das Maximum bei 200 (sehr liberal).

Das Item, welches die größte Zustimmung erhielt, war das Item 12 (Subskala sexuelle Rechte geistig behinderter Menschen) wonach die MitarbeiterInnen der LH NÖ Menschen mit geistiger Behinderung am deutlichsten das Recht auf Gelegenheit zu privaten Treffen mit dem anderen Geschlecht zugestehen.

Die geringste Ablehnung erhielt das Item 15 (Subskala Allgemeine Einstellung zur Sexualität) „Jeder Mensch hat das Recht auf sein persönliches, individuelles Sexualleben, so lange er dabei anderen Menschen nicht schadet.“

Die größte Spannbreite in der Zustimmung erfährt das Item 22 der Subskala Sexuelle Aufklärung: „Die Problembereiche Drogen, Sexualität und Alkohol sollten jungen Menschen gemeinsam vermittelt werden.“, was gemäß den vielfältigen Inhalten dieses Items schlüssig erscheint. Am meisten Übereinstimmung zeigte sich in der Beantwortung des Items 12, welchem auch insgesamt am meisten zugestimmt wurde.

Liberalität gesamt

Für die gesamte Liberalität aller befragten Mitarbeiterinnen wurde folgender Wert ermittelt, die Standardabweichung ist neben minimal und maximal erreichten Werten (sowie möglichem Werte) in Tab 5 angegeben:

Tab 5: Mittelwert und Prozent der maximal erreichbaren Wertes,
minimal erreichter Wert und Streuung

| Liberalität (versus möglicher) | Mean | % vom Max. | Min. | Max (von) | Std. |
|-------------------------------------|-------|------------|------|--------------|-------|
| Gesamt | 80,82 | 40,41 | 57 | 129 (200) | 14,79 |

Dabei erreichen die befragten MitarbeiterInnen mit dem Mittelwert von 80,82 insgesamt 40,41% des maximal erreichbaren Liberalitätswertes von 200.

3.2.4 Teil 4 des Fragebogens: Umgang mit speziellen Fragen

Einschätzung des IST Zustandes der Aufklärung geistig behinderter Frauen

Für am meisten aufgeklärt halten die MitarbeiterInnen geistig behinderte Frauen in den Bereichen Monatsschutz-Hygiene (60,3%), Zärtlichkeit und Liebe (41,3%) sowie Zyklus und Menstruation (36,5%). In folgenden Bereichen schätzen die Befragten geistig behinderte Frauen als nicht aufgeklärt ein: Geschlechtskrankheiten (60,7%), Sterilisation (69,45) sowie Lebensphasen und Sexualität 39,3)..

Einschätzung des SOLL Zustandes der Aufklärung geistig behinderter Frauen

Als den wichtigsten Bereich im Kontext der Ausbildung sehen 96,8% Monatsschutz-Hygiene an, gefolgt von Verhütungsmethoden sowie Zyklus und Menstruation mit jeweils 95,2%. Der am meisten als nicht wichtig eingestufte Bereichen war jener des Aufbaus und der Funktion der Brüste (4,9%) vor Geschlechtsakt sowie Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane (mit jeweils 3,2%).

Einschätzung der Sinnhaftigkeit verschiedener Verhütungsmethoden

Das von den MitarbeiterInnen als am sinnvollsten eingeschätzte Verhütungsmittel für geistig behinderte Menschen war die Pille. Die Sterilisation wurde als mittelmäßig bis wenig sinnvoll eingestuft. Als am wenigsten sinnvoll wird die Temperatur-Methode bewertet.

Handlungsoptionen im Falle einer Schwangerschaft

Eine Darstellung der Einschätzung der Möglichkeiten im Falle einer Schwangerschaft nach Sinnhaftigkeit liefert Tabelle 6.

Tab.6: Handlungsoptionen im Falle einer Schwangerschaft

| Option | N | Mean | Std | % |
|--|----|------|------|-------|
| Kind bleibt bei der Mutter, erhält spezielle Unterstützung | 61 | 1,93 | 1,11 | 45,90 |
| Kind wird zur Adoption freigegeben | 61 | 3,13 | 1,18 | 6,60 |
| Kind wird zu den Eltern der Mutter gegeben | 61 | 3,13 | 1,06 | 4,90 |
| Abtreibung | 60 | 3,64 | 1,23 | 6,70 |
| Kind kommt ins Heim | 61 | 4,41 | 0,88 | 1,60 |

Als am meisten sinnvoll stuften 45,9% der MitarbeiterInnen mit einem Mittelwert von 1,93 bei der Einschätzung auf der Skala von 1 bis 5 - wobei der Wert 1 der sehr sinnvollen Möglichkeit zugeordnet wird) den Verbleib eines Kindes bei der geistig behinderten Mutter ein. Die am wenigsten sinnvolle Option (mit einem Mittelwert von 4,41) stellt für MitarbeiterInnen die Heimunterbringung eines Kindes dar. Dafür sprechen sich nur 1,6% der Befragten aus.

3.3 Ergebnisse: Inferenz Statistik

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte aufgrund des Datenniveaus auf Nominal- und Ordinal- sowie nur teilweise auf Intervallskalen. Vom Vorliegen einer Normalverteilung kann nicht ausgegangen werden. Nach Varianzanalysen wurden T-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet.

Im folgenden werden die Daten deskriptiv dargestellt und die 8 Hypothesen überprüft. Für die an der Erhebung teilnehmenden MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ wurden die Werte der einzelnen Subskalen sowie der Gesamtliberalitätsscore berechnet.

3.3.1 Hypothesenprüfung

Die Überprüfung der eingangs aufgestellten Hypothesen 1 - 8 aufgrund der mittels Fragebogen erhobenen Daten ergibt:

Hypothese 1:

Die Einstellung der Mitarbeiter zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt vom Alter der Mitarbeiterin ab. Jüngere Personen haben eine liberalere Einstellung als ältere.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde zunächst der Mediansplit des Alters bestimmt. Der Median lag bei 31 Jahren. Die Gruppe wurde in jüngere MA (unter 31 Jahren) und ältere MA (über 31) geteilt. Mittels T-Tests für unabhängige Stichproben wurden Unterschiede auf ihre Signifikanz geprüft.

In den Tabellen 7 - 11 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen für die beiden Altersgruppen dargestellt.

Tab.7: Mittelwerte und Standardabweichungen älterer und jüngerer Mitarbeiter in der Subskala Einstellungen

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| Alter > 31 | 32 | 18,84 | 6,65 |
| Alter < 31 | 29 | 18,03 | 4,50 |

Um die Unterschiede auf ihre Signifikanz zu überprüfen, wurden T-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet.

Es zeigte sich in der Subskala allgemeine Einstellung kein signifikanter Unterschied. ($t(df=59) = ,55; p=,58$).

Tab 8: Mittelwerte und Standardabweichungen älterer und jüngerer Mitarbeiter in der Subskala Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Alter > 31 | 33 | 18,82 | 5,00 |
| Alter < 31 | 29 | 18,55 | 3,27 |

Auch in der Subskala Sexuelle Aufklärung zeigt sich kein signifikanter Unterschied. ($t(df=60) = ,24; p=,81$).

Tab.9: Mittelwerte und Standardabweichungen älterer und jüngerer Mitarbeiter in der Subskala Einstellungen

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------|----|------------|--------------------|
| Alter > 31 | 32 | 26,44 | 5,65 |
| Alter < 31 | 28 | 26,50 | 5,04 |

In der Subskala Sexuelle Rechte zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied. ($t(df=58) = - ,04; p=,96$).

Tab 9: Mittelwerte und Standardabweichungen älterer und jüngerer Mitarbeiter in der Subskala Sexuelle Vorurteile

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Alter > 31 | 35 | 11,29 | 2,18 |
| Alter < 31 | 30 | 10,83 | 1,95 |

In der Subskala Sexuelle Vorurteile sind keine Unterschiede zu erkennen ($t(df=60) = ,88; p=,38$).

Tab.11: Mittelwerte und Standardabweichungen älterer und jüngerer Mitarbeiter in der Subskala Rechte Minderjähriger

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Alter > 31 | 34 | 6,03 | 1,98 |
| Alter < 31 | 29 | 5,67 | 1,47 |

In der Subskala Rechte Minderjähriger zeigen sich sind keine Unterschiede ($t(df=61) = ,80; p=,42$)

Tab.12: Mittelwerte und Standardabweichungen älterer und jüngerer Mitarbeiter in der Gesamtliberalität

| Liberalität gesamt | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|----|------------|--------------------|
| Alter > 31 | 30 | 81,13 | 16,53 |
| Alter < 31 | 27 | 80,46 | 12,90 |

In der Gesamtliberalität zeigen sich sind keine Unterschiede($t(df=55) = ,17; p=,87$.) Die Hypothese einer höheren Liberalität jüngerer MitarbeiterInnen kann nicht bestätigt werden.

Hypothese 2:

Die Einstellung der Mitarbeiter zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt vom Geschlecht der Mitarbeiter ab. Männliche Mitarbeiter haben eine liberalere Einstellung als weibliche Mitarbeiter.

Die Tabellen 13 - 19 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen in den einzelnen Subskalen nach Geschlecht.

Tab.13: Mittelwerte und Standardabweichungen nach Geschlecht in der Subskala allgemeine Einstellung

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| Weiblich | 41 | 18,10 | 4,96 |
| Männlich | 20 | 19,20 | 7,07 |

Um die Unterschiede auf ihre Signifikanz zu überprüfen, wurden T-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Es zeigte sich in der Subskala allgemeine Einstellung kein signifikanter Unterschied. ($t(df=59) = -,71; p=,48$)

Tab.14: Mittelwerte und Standardabweichungen nach Geschlecht in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Weiblich | 41 | 18,37 | 4,72 |
| Männlich | 21 | 19,33 | 3,14 |

Es zeigte sich auch in der Subskala sexuelle Aufklärung kein signifikanter Unterschied. Subskala: ($t(df=60) = -,85; p=,40$)

Tab.15: Mittelwerte und Standardabweichungen nach Geschlecht in der Subskala sexuelle Rechte

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------|----|------------|--------------------|
| Weiblich | 39 | 26,10 | 5,25 |
| Männlich | 21 | 27,14 | 5,54 |

In der Subskala Sexuelle Rechte ($t(df=58) = -,72; p=,48$) besteht ebenfalls kein Unterschied.

Tab.16: Mittelwerte und Standardabweichungen nach Geschlecht in der Subskala sexuelle Vorurteile

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Weiblich | 42 | 10,88 | 2,18 |
| Männlich | 23 | 11,43 | 1,85 |

In der Subskala Sexuelle Vorurteile (t (df=63) = -1,03; p = ,30 zeigen sich keine Unterschiede.

Tab.17: Mittelwerte und Standardabweichungen nach Geschlecht in der Subskala Rechte Minderjähriger

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Weiblich | 42 | 5,85 | 1,96 |
| Männlich | 21 | 5,90 | 1,30 |

In der Subskala Rechte Minderjähriger (t (df=61) = -,13; p = ,90 sind keine Unterschiede nachweisbar.

Tab.18: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtliberalität nach Geschlecht

| Liberalität Gesamt | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|----|------------|--------------------|
| Weiblich | 38 | 79,46 | 14,83 |
| Männlich | 19 | 83,53 | 14,73 |

In der Gesamt Liberalität zeigen sich keine Unterschiede (t (df=55) = -,98; p = ,33). Die Hypothese einer liberaleren Einstellung männlicher Mitarbeiter kann nicht gestützt werden.

Hypothese 3:

Die Einstellung der Mitarbeiter zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt vom Ausbildungsstand der Mitarbeiter ab. Höher ausgebildete Mitarbeiter haben eine liberalere Einstellung als niedriger ausgebildete Mitarbeiter.

Die Tabellen 19-25 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterschiede nach Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen.

Tab.19: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala allgemeine Einstellung

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| Behindertenlehrgang | 7 | 17,00 | 2,83 |
| ErzieherIn | 4 | 23,50 | 13,03 |
| BehindertenbetreuerIn | 6 | 15,33 | 1,21 |
| Sozialakademie | 5 | 14,80 | 2,59 |
| Pädak | 1 | 16,00 | — |
| Studium | 5 | 17,00 | 5,79 |
| andere Ausbildung | 7 | 21,86 | 5,58 |
| keine Ausbildung | 24 | 18,63 | 5,20 |

In der Subskala allgemeine Einstellung zeigt sich kein signifikanter Unterschied. [F (7,51) = 1,61; p=.15].

Tab.20: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Behindertenlehrgang | 8 | 17,75 | 3,69 |
| ErzieherIn | 4 | 18,75 | 2,87 |
| BehindertenbetreuerIn | 6 | 16,33 | 2,07 |
| Sozialakademie | 5 | 16,60 | 3,13 |
| Pädak | 1 | 18,00 | — |
| Studium | 5 | 15,20 | 3,35 |
| andere Ausbildung | 7 | 19,86 | 2,80 |
| keine Ausbildung | 23 | 19,35 | 3,10 |

Ebenfalls kein Unterschied besteht in der Subskala sexuelle Aufklärung [F (7,51) = 1,97; p=.08].

Tab.21: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Sexuelle Rechte.

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Behindertenlehrgang | 7 | 22,86 | 1,46 |
| ErzieherIn * | 4 | 32,25 * | 8,77 |
| BehindertenbetreuerIn | 5 | 23,40 | 2,07 |
| Sozialakademie | 5 | 26,40 | .55 |
| Pädak | 1 | 23,00 | — |
| Studium | 5 | 23,20 | 5,67 |
| andere Ausbildung * | 7 | 30,57 * | 6,60 |
| keine Ausbildung | 23 | 26,65 | 4,98 |

In der Subskala sexuelle Rechte liegen signifikante Unterschiede. [F (7,49) = 2,66; p=.02] vor: Die Mittelwerte der Erzieher und MitarbeiterInnen mit anderen

Ausbildungen unterscheiden sich auf 5% Niveau von jenen der Absolventinnen eines Behindertenlehrganges, einer Ausbildung zur Behindertenbetreuung sowie eines Studiums. ErzieherInnen und anders ausgebildete MitarbeiterInnen sind signifikant liberaler.

Tab.22: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Vorurteile.

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Behindertenlehrgang | 9 | 11,44 | 2,46 |
| ErzieherIn | 4 | 11,25 | 2,63 |
| BehindertenbetreuerIn | 6 | 9,50 | 1,22 |
| Sozialakademie | 5 | 9,60 | .90 |
| Pädak | 1 | 11,00 | — |
| Studium | 5 | 10,40 | 2,51 |
| andere Ausbildung | 7 | 11,14 | 2,91 |
| keine Ausbildung | 25 | 11,52 | 1,76 |

Die Subskala sexuelle Vorurteile zeigt keine signifikanten Unterschiede vor [F (7,54) = 1,14; p=.35].

Tab.23: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Rechte Minderjähriger

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Behindertenlehrgang | 8 | 5,88 | 2,17 |
| ErzieherIn | 4 | 6,75 * | 2,21 |
| BehindertenbetreuerIn | 6 | 5,33 | 1,75 |
| Sozialakademie | 5 | 4,70 | 1,20 |
| Pädak | 1 | 7,00 | — |
| Studium | 5 | 3,80 | 1,30 |
| andere Ausbildung | 7 | 6,71 * | 1,80 |
| keine Ausbildung | 24 | 6,25 | 1,49 |

In der Subskala Rechte Minderjähriger lassen sich knapp signifikanten Unterschiede feststellen [F (7,52) = 2,19; p=.05].

Tab.24: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtliberalität nach Ausbildung

| Liberalität Gesamt | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Behindertenlehrgang | 6 | 76,33 | 4,46 |
| ErzieherIn | 4 | 92,50 * | 24,56 |
| BehindertenbetreuerIn | 5 | 70,20 | 6,91 |
| Sozialakademie | 5 | 72,10 | 6,60 |
| Pädak | 1 | 75,00 | — |
| Studium | 5 | 69,60 | 14,15 |
| andere Ausbildung * | 7 | 90,14 * | 16,88 |
| keine Ausbildung | 22 | 82,36 | 13,19 |

In der Gesamtliberalität zeigen sich signifikante Unterschiede [$F(7,47) = 2,31; p = .04$]. der Mittelwerte der Mitarbeiterinnen mit anderen Ausbildungen sowie jener der ErzieherInnen gegenüber den MitarbeiterInnen mit Studium, AbsolventInnen eines Behindertenlehrgangs und der Sozialakademie. MitarbeiterInnen mit einer Ausbildung als ErzieherInnen oder mit anderer Ausbildung zeigen auf dem 5% Niveau signifikant höhere Liberalität in ihren Antworten als KollegInnen mit Studium, Behindertenlehrgang oder Pädak. MitarbeiterInnen mit Studium erzielten die geringsten Werte der Gesamtliberalität. Die Hypothese einer liberaleren Einstellung bei MitarbeiterInnen mit einer höheren Ausbildung kann nicht bestätigt werden.

Hypothese 4:

Die Einstellung der Mitarbeiter zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt von der Gläubigkeit der Mitarbeiter ab. Nichtgläubige Mitarbeiter haben eine liberalere Einstellung als gläubige Mitarbeiter.

Die Tabellen 25-30 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen in den einzelnen Subskalen nach Gläubigkeit.

Tab.25: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala allgemeine Einstellung

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| sehr gläubig | 2 | 28,50 * | 20,51 |
| Gläubig | 30 | 19,47 | 4,98 |
| wenig gläubig | 21 | 17,33 * | 4,49 |
| nicht gläubig | 6 | 14,33 | 2,07 |

In der Subskala allgemeine Einstellung zeigen sich im Anschluss an die Varianzanalyse [$F(3,55) = 4,23; p=.01$].nach Durchführung eines Duncan Tests signifikante Unterschiede auf dem 0,5% Niveau bei gläubigen und sehr gläubigen Mitarbeiterinnen: Sehr gläubige Mitarbeiterinnen zeigen sich am liberalsten.

Tab. 26: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| sehr gläubig | 2 | 17,50 | 0,71 |
| Gläubig | 30 | 18,83 | 3,41 |
| wenig gläubig | 22 | 19,55 | 5,54 |
| nicht gläubig | 6 | 16,83 | 2,48 |

Kein signifikanter Unterschied zeigt sich in der Subskala sexuelle Aufklärung [$F(3,56) = ,71; p=.55$].

Tab.27: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Rechte

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------|----|------------|--------------------|
| sehr gläubig | 1 | 45,00 * | — |
| Gläubig | 29 | 27,10 | 5,43 |
| wenig gläubig | 22 | 25,59 | 4,29 |
| nicht gläubig | 7 | 24,57 | 2,76 |

In der Subskala sexuelle Rechte besteht ein signifikanter Unterschied [$F(3,55) = 5,79; p=.00$] hinsichtlich höherer Liberalität sehr gläubiger MitarbeiterInnen.

Tab. 28: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| sehr gläubig | 2 | 12,00 | 4,24 |
| gläubig | 31 | 11,87 * | 1,98 |
| wenig gläubig | 23 | 10,48 | 1,73 |
| nicht gläubig | 7 | 9,29 | 1,50 |

In der Subskala sexuelle Vorurteile besteht ein signifikanter Unterschied [$F(3,59) = 4,76; p=.00$] auf dem 5% Niveau.

Tab.29: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Rechte Minderjährige

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| sehr gläubig | 2 | 6,50 | 2,12 |
| Gläubig | 31 | 6,20 | 1,92 |
| wenig gläubig | 22 | 5,80 | 1,43 |
| nicht gläubig | 6 | 4,50 | 1,22 |

In der Subskala Rechte Minderjähriger zeigt sich kein signifikanter Unterschied [F (3,57) = 4,76; p=.17].

Tab.30: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtliberalität

| Liberalität Gesamt | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|----|------------|--------------------|
| sehr gläubig | 1 | 129,00 * | — |
| gläubig | 28 | 83,40 * | 13,65 |
| wenig gläubig | 21 | 78,55 | 13,70 |
| nicht gläubig | 6 | 70,55 | 4,46 |

In der Gesamtliberalität zeigt nach Varianzanalyse [F (3,52) = 6,34: p=.00].durch Durchführung des Duncan Tests ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte auf dem 0,5% Niveau. Die höchste Liberalität geht entgegen der Hypothese einher mit sehr hoher Gläubigkeit.

Hypothese 5 :

Die Einstellung der Mitarbeiter zur Sexualität geistig behinderter Menschen hängt von der Tatsache ab, ob die Mitarbeiter in ihrer Ausbildung mit diesem Thema konfrontiert worden sind oder nicht. Mitarbeiter, in deren Ausbildung das Thema behandelt wurde, zeigen eine liberalere Einstellung als Mitarbeiter, die zu diesem Thema nicht ausgebildet wurden.

Die Tabellen 31-36 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen nach Existenz des Themas Sexualität in der Ausbildung

Tab.31: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala allgemeine Einstellung

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 31 | 18,87 | 6,39 |
| Nein | 27 | 17,89 | 5,16 |

In der Subskala allgemeine Einstellung ($t (df=56) = ,64; p=,53$) sind keine Unterschiede nachweisbar.

Tab.32: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 33 | 18,27 | 3,24 |
| Nein | 26 | 18,42 | 3,48 |

Die Unterschiede in der Subskala sexuelle Aufklärung sind nicht signifikant: ($t (df=57) = ,86; p= -,17$)

Tab.33: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Rechte

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 32 | 26,40 | 5,98 |
| Nein | 29 | 26,04 | 4,60 |

Auch in der Subskala sexuelle Rechte zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($t (df=55) = ,80; p= ,25$)

Tab.34: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Vorurteile

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 35 | 10,77 | 2,00 |
| Nein | 27 | 11,33 | 2,184 |

In der Subskala sexuelle Vorurteile bestehen keine signifikanten Unterschiede: ($t (df=60) = ,30; p= -1,05$).

Tab.35: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Rechte Minderjähriger

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 33 | 5,80 | 1,91 |
| Nein | 27 | 6,04 | 1,65 |

Auch in der Subskala Rechte Minderjähriger bestehen keine signifikanten Unterschiede: (t (df=58) = ,62; p = -,50).

Tab.36: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Gesamtliberalität

| Liberalität Gesamt | N (%) | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|------------|------------|--------------------|
| Ja | 29 (53,70) | 80,98 | 15,86 |
| Nein | 25 (46,30) | 79,16 | 13,41 |

In der Gesamtliberalität zeigt sich kein signifikanter Unterschied f (t (df=52) = ,45; p = ,65).

Insgesamt gaben 54 Mitarbeiterinnen Auskunft zur Frage, ob das Thema Sexualität in ihrer Ausbildung behandelt wurde: Dabei antworteten 29 Personen (=53,70%) mit ja, 25 Personen (=46,30%) verneinten. 12 Mitarbeiterinnen (7,92% der Gesamtstichprobe) machten hierzu keine Angaben.

Zur Prüfung des Unterschieds wurden T – Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Dabei zeigte sich kein signifikanter Unterschied (t (df=52) = ,45; p =,65) Damit weisen Mitarbeiterinnen, in deren Ausbildung die Thematik ‘Sexualität behandelt wurde, keine höheren Liberalitätswerte auf als Mitarbeiterinnen ohne Existenz des Themas Sexualität in deren Ausbildung.

Hypothese 6: *Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen unterscheidet sich nach Ort des Arbeitsplatzes. MitarbeiterInnen, die in der Stadt arbeiten, sind liberaler als KollegInnen, die am Land tätig sind*

Die Tabellen 37-42 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen nach Ort des Arbeitsplatzes.

Tab.37: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala allgemeine Einstellung

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| Stadt | 11 | 19,00 | 5,16 |
| Land | 47 | 18,43 | 5,99 |

In der Subskala allgemeine Einstellung zeigt sich nach T-Test kein Unterschied: (t (df=56) = ,29; p=,77).

Tab.38: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Stadt | 12 | 18,33 | 3,82 |
| Land | 47 | 18,85 | 4,46 |

Hinsichtlich sexueller Aufklärung ist kein Unterschied feststellbar (t (df=57) = -,37; p=,71).

Tab. 39: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Rechte

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------|----|------------|--------------------|
| Stadt | 12 | 26,91 | 5,00 |
| Land | 46 | 26,57 | 5,47 |

In der Subskala sexuelle Rechte ist kein Unterschied feststellbar (t (df=56) = ,20; p=,84).

Tab.40: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Vorurteile

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Stadt | 13 | 11,15 | 2,27 |
| Land | 49 | 11,04 | 2,06 |

Auch in der Subskala sexuelle Vorurteile besteht kein Unterschied (t (df=60) = ,17; p=,86).

Tab.41: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Rechte Minderjähriger

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Stadt | 12 | 26,92 | 5,00 |
| Land | 46 | 26,57 | 5,47 |

Kein Unterschied zeigt sich in der Subskala Rechte Minderjähriger ($t(df=56) = ,20$; $p=,84$).

Tab.42: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Gesamtliberalität

| Liberalität Gesamt | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|----|------------|--------------------|
| Stadt | 10 | 84,60 | 13,19 |
| Land | 45 | 80,50 | 15,27 |

In der Gesamtliberalität zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($t(df=53) = ,79$; $p=,43$). Der Ort der Berufsausübung - in der Stadt oder am Land - schlägt sich nicht in der Einstellung der MitarbeiterInnen nieder.

Hypothese 7: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen zeigt sich in der Häufigkeit der Gespräche mit KlientInnen über Sexualität.. Liberalere MitarbeiterInnen führen diese häufiger als weniger liberale KollegInnen.

In den Tabellen 43-48 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Varianzen der Liberalität von Mitarbeiterinnen hinsichtlich der Gespräche mit KlientInnen dargestellt.

Tab.43: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Einstellung

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 51 | 18,33 | 5,96 |
| Nein | 10 | 19,10 | 4,30 |

In der Subskala Allgemeine Einstellung zeigt sich kein Unterschied ($t(df=59) = -,39$; $p=,70$).

Tab.44 Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 52 | 18,08 | 3,38 |
| Nein | 10 | 21,90 | 6,64 |

Kein Unterschied zeigt sich in der Subskala sexuelle Aufklärung ($t (df=60) = -2,74; p=,008$).

Tab.45: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Rechte

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 50 | 26,22 | 5,48 |
| Nein | 10 | 27,70 | 4,57 |

In der Subskala sexuelle Rechte ist kein Unterschied feststellbar ($t (df=58) = -,80; p=,43$).

Tab.46: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Vorurteile

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 55 | 11,00 | 2,12 |
| Nein | 10 | 11,50 | 1,84 |

Es zeigt sich kein Unterschied in der Subskala sexuelle Vorurteile ($t (df=63) = -,70; p=,49$).

Tab.47: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Rechte Minderjähriger

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 53 | 5,87 | 1,81 |
| Nein | 10 | 5,80 | 1,55 |

Keine Unterschiede zeigen sich in der Subskala Rechte Minderjähriger ($t (df=61) = -,13; p=,90$).

Tab.48: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Gesamtliberalität

| Liberalität Gesamt | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|----|------------|--------------------|
| Ja | 47 | 79,71 | 15,11 |
| Nein | 10 | 86,00 | 12,61 |

Nach Prüfung des Unterschiedes der Varianzen der Liberalität konnten insgesamt keine Unterschiede hinsichtlich Liberalität und der Häufigkeit der Gespräche mit KlientInnen (t (df=55) = -1,23; p =,23) belegt werden. Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität wirkt sich nicht auf die Häufigkeit der Gespräche mit KlientInnen aus.

Hypothese 8: Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität geistig behinderter Menschen zeigt sich darin, wie häufig das Thema Sexualität mit Kolleginnen besprochen wird. Liberalere MitarbeiterInnen tun dies häufiger als weniger liberale.

In den Tabellen 49-54 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Varianzen der Liberalität von Mitarbeiterinnen hinsichtlich der Gespräche mit KlientInnen dargestellt.

Tab.49: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala allgemeine Einstellung

| Allgemeine Einstellung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------|----|------------|--------------------|
| Nie | 1 | 14,00 | — |
| selten | 3 | 20,00 | 7,94 |
| manchmal | 44 | 18,95 | 5,98 |
| oft | 13 | 16,77 | 4,21 |

In der Subskala Allgemeine Einstellung zeigt sich kein Unterschied [F (3,51) = ,76; p =.52].

Tab.50: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Aufklärung

| Sexuelle Aufklärung | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| nie | 1 | 13,00 | — |
| selten | 3 | 18,00 | 1,00 |
| manchmal | 45 | 18,00 | 4,43 |
| oft | 13 | 18,92 | 4,09 |

In der Subskala sexuelle Aufklärung bestehen keine Unterschiede [F (3,58) = ,64; p =.60].

Tab.51: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Rechte

| Sexuelle Rechte | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------|----|------------|--------------------|
| Selten | 3 | 28,67 | 4,16 |
| manchmal | 44 | 26,81 | 5,93 |
| Oft | 13 | 24,77 | 2,39 |

In der Subskala sexuelle Rechte zeigen sich keine Unterschiede [$F(2,57) = 1,01; p=.37$].

Tab.52: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala sexuelle Vorurteile

| Sexuelle Vorurteile | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------|----|------------|--------------------|
| Nie | 1 | 13,00 | — |
| Selten | 3 | 11,00 | 1,00 |
| manchmal | 48 | 11,15 | 2,06 |
| Oft | 13 | 10,70 | 2,35 |

In der Subskala sexuelle Vorurteile ergeben sich keine Unterschiede [$F(3,61) = ,44; p=.72$].

Tab.53: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Subskala Rechte Minderjähriger

| Rechte Minderjähriger | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------|----|------------|--------------------|
| Nie | 1 | 7,00 | — |
| selten | 3 | 6,33 | 1,52 |
| manchmal | 46 | 5,79 | 1,71 |
| oft | 13 | 5,92 | 2,10 |

In der Subskala Rechte Minderjähriger sind keine Unterschiede nachweisbar [$F(3,59) = ,23; p=.87$].

Tab.54: Mittelwerte und Standardabweichungen in der Liberalität gesamt

| Liberalität Gesamt | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|----|------------|--------------------|
| selten | 3 | 84,00 | 14,73 |
| manchmal | 41 | 81,77 | 15,92 |
| oft | 13 | 77,08 | 10,91 |

Es bestehen keine Unterschiede weniger liberaler und eher liberaler MitarbeiterInnen. [$F(2,54) = ,56; p=.57$]. Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität wirkt sich nicht auf die Häufigkeit der Gespräche mit Kolleginnen aus.

Zusatz: Betrachtung der Kausalität mit AMOS

Aufgrund der Limitation der Stichprobe auf MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ konnte diese nicht breiter angelegt werden. Deren Anzahl erlaubt keine genauere Betrachtung mittels Amos. Dennoch interessieren Kausalitäten in Hinblick auf Liberalität und Verhalten durch Gesprächen.

Daher wurde die Liberalität der MitarbeiterInnen in Beziehung zu einem Gesprächsindex mit KollegInnen sowie KlientInnen hinsichtlich der Empfehlungen zur Schwangerschaft und Einschätzung der Sinnhaftigkeit verschiedener Verhütungsmittel in den Blick genommen.

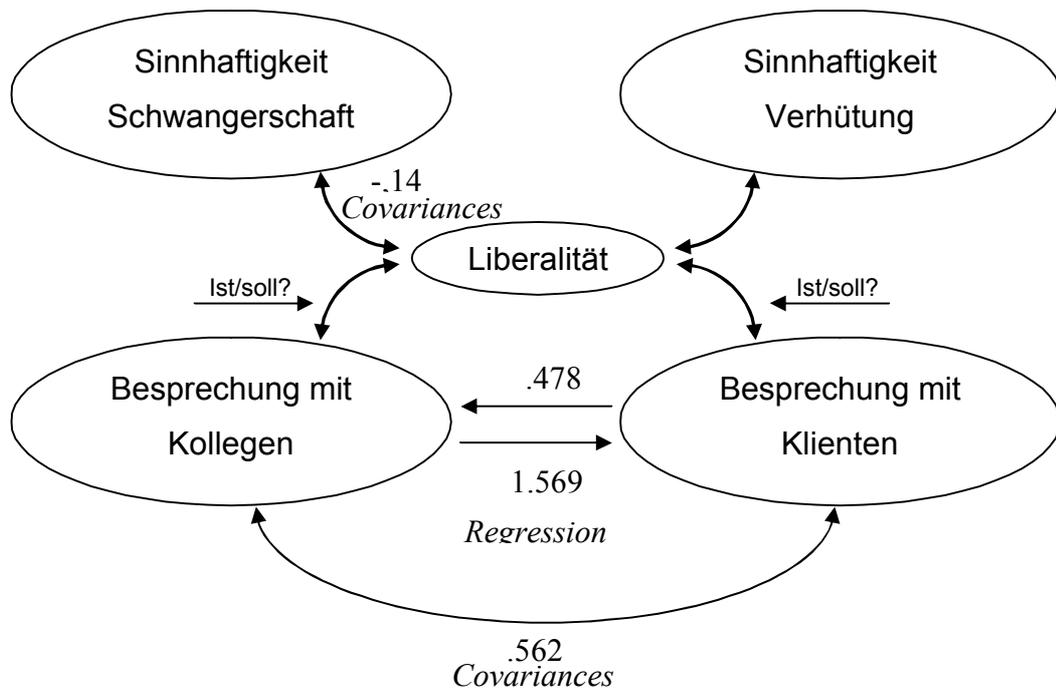


Abb.2: Mögliches Modell für Berechnungen einer Kausalität

Aufgrund nicht gegebener Anforderungen an die Stichprobengröße wurde auf eine genauere Darstellung der Werte verzichtet. Zusammengefasst ergibt sich als einziger Zusammenhang jener von Gesprächen mit Kollegen und Gesprächen mit Klienten.

3.4.1 Vergleich mit der Voruntersuchung hinsichtlich der aufgestellten Hypothesen

3.4.1.1 MitarbeiterInnen der Lebenshilfe Salzburg

POLLEICHTER betrachtete 1998 in ihrer Untersuchung an MitarbeiterInnen der Lebenshilfe Salzburg, wie sich persönliche und berufsspezifische Daten auf die liberale Einstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen auswirken. In der vorliegenden Studie wurden an der Stichprobe der MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ ebenfalls die Hypothesen 1 – 5 hinsichtlich eines Zusammenhangs der Faktoren Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Gläubigkeit und Behandlung des Themas Sexualität in der Ausbildung mit der Liberalität geprüft.

Bei den MitarbeiterInnen der Lebenshilfe Salzburg konnte POLLEICHTNER einen Zusammenhang zwischen Liberalität und Alter belegen, wonach jüngere MitarbeiterInnen eine wesentlich liberalere Einstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen zeigen als ältere KollegInnen. Bezüglich des Geschlechts lies sich in ihrer Erhebung nur eine Tendenz in Richtung größerer Liberalität der männlichen Mitarbeiter feststellen. Der Nachweis einer höheren Liberalität von Personen mit einer höheren Ausbildung konnte erbracht werden. Eine eindeutige Bestätigung des Zusammenhangs von Gläubigkeit und Liberalität konnte durch Daten erfolgen, welche niedrigere Liberalitätswerte der gläubigen MitarbeiterInnen belegen. Ebenso konnte in der Salzburger Studie gezeigt werden, dass KollegInnen, in deren Ausbildung das Thema Sexualität behandelt wurde, eine wesentlich liberalere Einstellung hatten als jene, die in ihrer Ausbildung nicht mit dem Thema Sexualität konfrontiert wurden.

In der Salzburger Studie erreichten die MitarbeiterInnen im Durchschnitt einen Liberalitätswert von 166,06. Das entspricht 83,03% der Maximalausprägung von 200.

3.4.1.2 MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ

Bei den MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ zeigte sich entgegen der Ergebnisse von POLLEICHTNER kein Zusammenhang von Liberalität und Alter sowie Geschlecht.

Die Annahme einer Auswirkung höherer Ausbildung auf die Liberalität konnte erneut im Gegensatz zur Salzburger Studie nicht bestätigt werden. Es zeigte sich jedoch ein Zusammenhang der Liberalität von ErzieherInnen und MitarbeiterInnen mit anderen Ausbildungen. Diese zeigten eine signifikant liberalere Einstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen. Entgegen der Grundannahme erzielten Kolleginnen mit Studium den geringsten Liberalitätswert.

Ein weiterer Unterschied zu den Ergebnissen der Salzburger MitarbeiterInnen besteht im Zusammenhang von Liberalität und Gläubigkeit der befragten Personen in NÖ. Gläubige Personen haben in dieser Region den höchsten Liberalitätswert und widerlegen die von den Salzburger Kollegen gestützte Hypothese. Die Frage nach der Existenz des Themas Sexualität in der Ausbildung der MitarbeiterInnen lieferte keine Belege für die Annahme eines Zusammenhangs mit der Einstellung zur Sexualität. Dasselbe gilt auch für den Ort des Arbeitsplatzes. Ebenso ist kein Zusammenhang von Gesprächen mit KollegInnen oder KlientInnen zum Thema Sexualität und liberaler Einstellung sichtbar.

Die in NÖ befragten MitarbeiterInnen erreichten in der Gesamtliberalität einen Mittelwert von 80,82. Das sind 40,41% des erreichbaren Wertes von 200.

3.4.2 Zusammenfassung weiterer Ergebnisse

Die in dieser Studie erhaltenen Daten liefern zusammengefasst folgendes Bild: Das Alter der befragten MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ beträgt im Durchschnitt 32,12 Jahre, 63% der MitarbeiterInnen sind weiblich. Ihren Glauben geben 72% als katholisch an, wobei sich 48,5% als gläubig bezeichnen. Ihren Arbeitsort haben 75,8% in der Stadt. Die Berufserfahrung der MitarbeiterInnen beträgt im Durchschnitt 4,48 Jahre.

In den Gesprächen mit den geistig behinderten KlientInnen werden folgende Themen nicht behandelt: Schwangerschaftsabbruch (90,0 % der MitarbeiterInnen), Sterilisation (83,3%), Homosexualität (78,8%), Masturbation (57,6%), Verhütung (56,1%) und Geschlechtsverkehr (50%). Das Thema Hygiene ist bei 66,7% der Befragten Gesprächsinhalt. Unterstützung zum Thema Sexualität wünschen sich 50% der MitarbeiterInnen durch ExpertInnen oder Fortbildungen. 84,8% der Befragten sehen keinen Bedarf an finanzieller Unterstützung zur Thematik. Im Falle einer

Schwangerschaft stufen 45,9% der MitarbeiterInnen den Verbleib des Kindes bei der geistig behinderten Mutter nebst Erhalt spezieller Unterstützung als sehr sinnvoll ein.

3.4.3 Kritik und Grenzen der vorliegenden Studie

Von der Voraussetzung der Normalverteilung, wie die Durchführung einer Varianzanalyse fordert, kann aufgrund der kleinen Stichprobe nicht durchgängig ausgegangen werden. Dennoch wurden die erhaltenen Daten in diesem Lichte betrachtet, sind jedoch nicht vorbehaltlos interpretierbar. Um regionale Daten erhalten zu können, wurden trotz der geringen Stichprobe Werte berechnet. Dieser Umstand ist bei der Einordnung der Ergebnisse aber im Blick zu behalten

3.4.4 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurden spezifische Herausforderungen, mit denen sich geistig behinderte Menschen im sexualpädagogischen Kontext auseinandersetzen haben, dargestellt. Die mögliche Wirkung von gegenwärtigen kulturellen Normen und Werten auf die Einstellungen zur Sexualität wurde umfassend betrachtet.

Die Einstellung der MitarbeiterInnen zur Sexualität behinderter Menschen schafft den Rahmen für deren Realisierung. Dabei wurde von einem mehrdimensionalen Modell der Einstellung ausgegangen, welches neben den Ebenen der Kognitionen auch jene der Emotion und des Handelns einschließt. Auf diese kann bezüglich der Realisierung von Sexualität im Alltag behinderter Menschen über den im Rahmen der in dieser Studie behandelten Focus im Zuge weiterer Studien wie folgt bedacht genommen werden: Auf der Ebene der Emotion muss in der Praxis damit gerechnet werden, dass MitarbeiterInnen das Thema Sexualität als Privat- und Intimsphäre versuchen, zu schützen. Der Umgang mit Abgrenzungsdynamik erfordert Enttabuisierung und weitere Beachtung. Die im Rahmen von Supervision auf der Ebene des Handelns von MitarbeiterInnen häufig gestellte Frage lautet: Welche Konsequenzen hat sexualpädagogisches Handeln rechtlich? Die Klärung dieser Bedingung kann die Chance auf breiteren Rahmen sexueller Lebensmöglichkeiten geistig behinderter Menschen bieten. Handlungskonsequenzen wirken gemäß den Ergebnissen der Einstellungsforschung auf die Einstellungen der MitarbeiterInnen. Ein hoher, mittels

Fragebogen erhobener Liberalitätswert muss noch nicht auf Wahrnehmungs- und Handlungskompetenz der MitarbeiterInnen schließen lassen. Eine große Differenz zwischen Liberalität und verbalisiertem „Ist“ bzw. „Soll“ Wert wirft die Frage nach der Zuständigkeit der praktischen sexualandragogischen Durchführung und dem Arbeitsauftrag an die MitarbeiterInnen auf. Die im Konzept der Lebenshilfe seitens der MitarbeiterInnen enthaltene Pflicht der sexualpädagogischen Begleitung der geistig behinderten Menschen wendet sich an MitarbeiterInnen, welche häufig nicht zum Themenfokus Sexualität ausgebildet wurden. Es fällt auf, dass der weit überwiegende Teil der MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ (40 %) über keine Ausbildung verfügt. Diese Fakten lassen vermuten, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer von sexualandragogischer Fortbildung profitieren können.

In der vorliegenden Untersuchung (wie auch in der Originalstudie von POLLEICHTNER) wurden ausschließlich die Einstellungen der Mitarbeiterinnen, jedoch nicht ihr (über Gespräche hinausgehendes) gezeigtes Verhalten erhoben. Weitere Untersuchungen zur Erhebung des tatsächlich gezeigten Verhalten der MitarbeiterInnen in der alltäglichen Begleitung geistig behinderter Menschen wären für die praktische sexualandragogische Umsetzung aufschlussreich.

3.4.5 Ausblick

Im Kontext der Fragestellung der vorliegenden Studie ergeben sich weitere Bereiche, deren vertiefende Betrachtung von Interesse sind. In Anbetracht der unterschiedlichen Lebensmöglichkeiten von Sexualität geistig behinderter und nicht behinderter Menschen kann von der Existenz zweier, sich im Umgang mit der Sexualität und Identität überlagernden, Tabuthemen ausgegangen werden: Zum einen das Tabu der Behinderung, zum anderen das Tabu der Sexualität. Die Beteiligung geistig behinderter Menschen an verschiedenen Formen der Kommunikation, wie auch an der Sexualität, erfordert, dass der Bereich therapeutisch kurativer Angebote um Zugänge mit salutogenem Grundgedanken erweitert wird. Als zukünftig richtungsweisend kann sich auch die Orientierung der Forschung am Grundgedanken der Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit für behinderte Personen zeigen. Die Beteiligung von geistig behinderten Menschen an Erwachsenenbildungsprogrammen und deren Anerkennung als

ExpertInnen kann als weiteres, Identität und sexualandragogische Entwicklung ermöglichendes, Ziel genannt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abelson, R.P. (1972). Are Attitudes Necessary? In: King, B.T. & McGinnies, E. (Hrsg.). *Attitudes, Conflict and Social Change*. New York: Academic Press.
- Aberger, A. (2006). *Aktive Sexualbegleitung von Frauen mit geistiger Behinderung*. Diplomarbeit an der Univ. Salzburg.
- Achilles, I. (1998) Was macht ihr Sohn denn da? Geistige Behinderung und Sexualität. München: Piper.(1. Auflage 1990).
- Achilles, I. (2002). Bezahlte Lust – keine Liebe. Sexualassistentz: Eine Mutter, eine Wohnheimmitarbeiterin und eine Sexualbegleiterin schildern ihre Erfahrungen. In: *Lebenshilfe-Zeitung*, 4/11.
- Ajzen, I. (1982). On Behaving in Accordance with One's Attitudes. In: Zanna, M.P., Higgins, E.T. & Hermann, C.P. (Hrsg.) *Consistency in Social Behavior*. The Ontario Symposium, Bd.2. Hillsdale: Erlbaum.
- Ajzen, I. (1985). *Action control: From cognition to behaviour*. Kuhl: Julius; Beckmann.
- Allport, G.W. (1935). Attitudes. In: C. Murchison (Ed.): *A handbook of social psychology* Worcester: Clark University Press.
- Allport, G.W. (1971). *Die Natur des Vorurteils*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Ahrens, S., (1975). *Außenseiter und Agent: Der Beitrag des Labeling-Ansatzes für eine Theorie abweichenden Verhaltens*. Stuttgart: Enke.
- American Association on Mental Deficiency (2002). *Mental retardation. Definition, classification and systems of support*. Washington, D.C. (10th Ed.).
- American Association on Mental Retardation (2002). AAMR/ARC position statement on sexuality. In: Siebelink, E.M. et al. (2006). *Sexuality and People With Intellectual Disabilities: Assesment of Knowledge, Attitudes, Experiences and Needs*. *Mental Retardation* 44 (4), p.283-294.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C. (4th Ed.). (Deutsche Ausgabe: 1996).
- Anthony, W.A. (1972). Societal rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled. *Rehabilitation Psychology*, 19, p. 117-126.
- Antonak, R. F. (1982). Development and psychometric analysis of the scale of attitudes toward disabled persons. In: *The Journal of Applied Rehabilitation Counselling*. Vol. 13 (2), p.22-29.
- Antonak, R. F. & Harth, R. M. (1994). Psychometric Analysis and Revision of the Mental Retardation Attitude Inventory. *Mental Retardation*, 32, 4, p. 272-280
- Antonak, R. F. & Livneh, H. (1988). *The Measurement of Attitudes Toward People With Disabilities: Methods, Psychometrics and Scales*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher.
- Antonak, R. F. & Livneh, H. (1991). Survey Research on Attitudes. In: Johnny L. Matson & James A. Mulick (Eds.): *Handbook of Mental Retardation* (p. 552-568). New York: Pergamon Press.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Asanger, R. & Wenninger, G. (1999). *Handwörterbuch Psychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bach, H. (1981). (Hrsg.) *Sexuelle Erziehung als Eingliederungshilfe bei geistiger Behinderung*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

- Badelt, C. & Österle, A. (1993). Zur Lebenssituation behinderter Menschen in Österreich. Schriftenreihe des BMSG: Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Nr.49. Wien.
- Badelt, C. (1996). In: Walter, J. (Hrsg.). Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Edition Schindele.
- Bader, I. (2002). Fremdsprache? Sexualität von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Orientierung, 2, S. 13-15.
- Bagozzi, R. & Burnkrant, R. (1985). The Self-Regulation of Attitudes, Intentions and behavior. Social Psychological Quarterly. 55. p. 178-204.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review 84, p.191-215.
- Barker, R. G. (1948). The social psychology of physical disability. In: Journal of Social. Issues, 4, p. 29-38.
- Barker, R. G., Wright, B. A. und Ganick, M. R. (1946). Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability. New York: Social Science Research Council Bulletin No. 55.
- Bartlett, C.J.; Quay, L.C. & Wrightsman, L.C. (1960). A Comparison of Two Methods of Attitude Measurement. In: Educational and Psychological Measurement, 20, p. 699-704.
- Bates, R.E. (1965). Meaning of "disabled" and "handicapped": Their relationship to each other and specific defects. University of Houston: Dissertation.
- Beck, I. (1994). Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Dissertation an der Uni Oldenburg.
- Becker, H. S. (1973). Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Beier, K. M. (2004). Sexualität und geistige Behinderung. In: Häbler, F. (Hrsg.). Geistige Behinderung und seelische Gesundheit: Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Stuttgart: Schattauer, S. 19-47.
- Benninghaus, H. (1973). Soziale Einstellungen und soziales Verhalten. Zur Kritik des Attitüdenkonzepts. In: Albrecht, G.; Daheim, H. & Sack, F. (Hrsg.). Soziologie. Sprache, Bezug zur Praxis. Verhältnis zu anderen Wissenschaften. Opladen.
- Bentheim, A. (2004). Gender Mainstreaming und Jungenarbeit. Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.
- Bever, K. (2003). Sexualität und geistige Behinderung. Liebe, Lust und Partnerschaft – auch für uns. Das Gesundheitswesen, 65. S.43-48.
- Bleidick, U. (1999). Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Boban, I.;Hinz, A. (2003). Der Index für Inklusion - eine Möglichkeit zur Selbstevaluation von "Schulen für alle". In: Feuser, Georg (Hrsg.): Integration heute - Perspektiven ihrer Weiterentwicklung in Theorie und Praxis. Frankfurt am Main: Lang, S.37-46.
- Bogardus; E.S. (1925). Measuring Social Distances. Journal of Applied Sociology 9, p.299-308.
- Böhnisch, L. & Winter, R. (1992). Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim, München: Juventa.
- Bracken, H. von (1976). Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen. Berlin: Carl Marhold. (Neuaufgabe 1981)

- Brantlinger, E. (1983). Sex Education Programs for People with Mental Retardation. *Mental Retardation* 21, p.29 – 36.
- Brantlinger, E. (1992). Professionals Attitudes toward the Sterilization of People with Disabilities. *Journal of the Assoziation for Persons with Severe Handicaps* 17, p. 4-18.
- Bremer- Hübler, U. & Eggert, D. (1990). Die Erfassung der Intelligenz. In: Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-Ch. (Hrsg.). *Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brennsteiner, J. (2006). *Sexualpädagogische Arbeit mit männlichen Jugendlichen mit geistiger Behinderung*. Diplomarbeit an der Uni Wien.
- Brocher, T. (1971). *Psychosexuelle Grundlagen der Entwicklung*. Opladen : Leske & Budrich.
- Brusten, M. & Hohmeier, J. (Hrsg.) (1975). *Stigmatisierung 1: Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Darmstadt: Luchterhand Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (1994). *Österreich Sozial 94/95*. Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. (2003). *Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich*. Wien.
- Bundesministerium für Inneres. Suntiger W. (2005). *Menschenrechte und Polizei: Handbuch für TrainerInnen*. Wien.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.). (1993). *Heirat nicht ausgeschlossen? Zur Eheschließung geistig behinderter Menschen*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.). (1995). *Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). (2006). *Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er) leben Familie*. Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Burkart, R. (1983). *Kommunikationswissenschaft*. Wien, Köln: Böhlau.
- Chaiken,S. & Stangor,C. (1987). Attitudes and attitude change. *Ann.Rev. Psychol.* 38, p.575-630.
- Chamberlain, A. et. al. (1984). Issues in Fertility Control for Mentally Retarded Female Adolescents. In: *Pediatrics* 73 (4), p 445-450.
- Christiansen-Berndt, K. (1979). *Meinungen, Einstellungen und Verhaltensabsichten bezüglich schwer geistig behinderten Kinder und ihren Familien: Determinaten und Gruppenunterschiede*. Dissertation an der Uni Wien.
- Christiansen-Berndt, K. (1981). *Vorurteile gegenüber geistig behinderten Kindern*. Wien: Jugend & Volk.
- Cloerkes, G. (1979). *Einstellungen und Verhalten gegenüber Körperbehinderten. Eine Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Cloerkes, G. & Markowitz, R. (1997). *Soziologie der Behinderten - Eine Einführung* Heidelberg: Carl Winter Verlag, Edition Schindele. (Neuaufgabe 1998).
- Cohen J.; Struening E. (1962). Opinion about Mental Illness in the Personnel of Two Large Hospitals. In: *J Abnorm Soc Psychol* 1962, 5, p. 349-360.
- Crowne, D.P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24,, p.349-354.

- Cronbach, L.J. (1946). Response sets and test validity. *Educational and Psychological Measurements* 6, p.475-494.
- Deisher, R.W. (1975). Das Sexualverhalten Behinderter in Anstalten. In: Cruz, F. & Veck, G.D. (Hrsg.): *Geistig Retardierte und ihre Sexualität. Sozio-kulturelle und medizinische Aspekte*. München: Reinhardt.
- Dilling, H. et al. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern:Verlag Hans Huber.
- Dittli, D. & FURRER, H. (1996). *Freundschaft – Liebe – Sexualität. Grundlagen und Praxisbeispiele für die Arbeit mit geistig behinderten Frauen und Männern*. Luzern: Ed. SZH/SPC.
- Doe, T. & Whyte, J. (1995). Participatory Action Research. Paper presented at the National Institute on Disability Research Conference "Forging Collaborative Partnerships in the Study of Disability". In: Washington, D.C.
- Dokumentation der Bundesvereinigung Lebenshilfe (2001). *Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung*. Bundesvereinigung Lebenshilfe: Marburg.
- Doose, S. (2007). *Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen*. Erschienen beim Netzwerk People First Deutschland.
- Dörner, K. (1972). Die Rolle des psychisch Kranken in der Gesellschaft. In: Thimm W. (Hg.). *Soziologie der Behinderten. Materialien*. Heidelberg: Universitätsverlag: 130-143.
- Eagly, A. & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In: Gilbert, D.T. et al (Ed.): *The Handbook of Social Psychology*. Boston: The McGraw-Hill Companies, Inc. (p.269 – 322).
- Efron, R.E., & Efron, H.Y. (1967). Measurements of attitude toward the retarded and an application with educators.. In: *American Journal of Mental Deficiency*, 72, p.100-107.
- Eggert, D. (1996). Abschied von der Klassifikation von Menschen mit geistiger Behinderung. Der Paradigmenwechsel in der Diagnostik und seine Konsequenzen. In: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 19. Jahrgang, Heft 1/1996, S.43 - 64.
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte. (2002). Urteil vom 26.02.2002. Veröffentlicht in: *Zeitschrift Europäische Grundrechte*. S.244ff.
- Flieger, P. (2003). Partizipative Forschungsmethoden und ihre konkrete Umsetzung. In: Hermes, G. & Köbsell, S. (Hrsg.). *Disability Studies in Deutschland - Behinderung neu Denken. Dokumentation der Sommeruni*. Kassel: bifos, 2003, S.200-204.
- Feest, J. (1971). Die Situation des Verdachts. in: Feest, J.& Lautmann, R. (Hrsg.), *Die Polizei*. Opladen. Westdeutscher Verlag.
- Felty, J.E. (1965). *Attitudes toward physical disability in Costa Rica and their determinants: A pilot study*. Diss. Michigan State.
- Ferrares, H. (2001). Behinderte Frauen und Mutterschaft. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 1, S. 25-28.
- Feuser, G. & Meyer, H. (1987). *Integrativer Unterricht in der Grundschule*. Oberbiel: Jarick.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, decision and dissonance*. Stanford: Univ.Press.
- Fischer, A. (2006). Übergriffe in Institutionen. Möglichkeiten der Prävention und Intervention. In: *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 12.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1972). Attitudes and Opinions. In: *Annual Review of Psychology*, 23, 487-544.
- Freud, S. (1961). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Frankfurt: Fischer.(im Original 1905).

- Freud, S. (1958). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. Frankfurt: Fischer. (im Original 1905).
- Friedrich, M. (1999). Irrgarten Pubertät: Stuttgart: DVA.
- Feuser, G. (1987). Zärtlichkeit und Sexualität – auch bei geistig behinderten Menschen. In: Pro Infirmis 2, S. 28-45.
- Feuser, G. (1998). Lebenslanges Lernen für Menschen mit geistiger Behinderung - Selbstbestimmung und Integration. Vortrag vom 11.06.98 anlässlich der bundesweiten Tagung "Dialoge im Rahmen der Aktion Grundgesetz vom 11.-13.06.1998 in Bremen.
- Fischer, M. (Hrsg.). (2006). Zoosexualität: Zwischen Gleichheit und Missbrauch. In: Schröder, B. Verschwiegenes Tierleid-sexueller Missbrauch an Tieren. Windhagen: Schröder Verlag.
- Fishbein, M. (1963). An Investigation of the Relationship between Beliefs about an Object and the Attitude toward that Object. Human Relations. 16, p. 233-240.
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley.
- Freilinger, E. (1993). Geistige Behinderung und Sexualität – Tabu oder legitimes Bedürfnis? Eine Betrachtung im Sinne der Normalisierung und des besseren Verständnisses der sexuellen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung. Diplomarbeit an der Uni Salzburg.
- Friske, A. (1995). Als Frau geistig behindert zu sein – Ansätze zu frauenorientiertem heilpädagogischen Handeln. München, Basel: Reinhardt.
- Fujiura, G.T. (2003). Continuum of Intellectual Disability. Demographic Evidence fort he „Forgotten Generation“. In: Mental Retardation, Vol. 41, p.420-429.
- Galtung, J. (1998). Frieden mit friedlichen Mitteln. Opladen: Leske & Buderich.
- Gellman, W., (1960). Attitudes toward rehabilitation of the disabled. American Journal of Occupational Therapy, 14, p.188-190.
- Gembris-Nübel, R. (2004). Gesundheit und Behinderung : eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe. Uni Bielefeld: Dissertation.
- Goffman, E., (1961). Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates, New York: Anchor.(dt. Übersetzung 1972).
- Goffman, E., (1963). Behavior in public places. Notes on the social organization of gatherings. New York: Anchor.
- Goffmann, E. (1973). Asyle. Frankfurt: Suhrkamp.
- Gomes-Schwartz, B. et al. (1990). Child Sexual Abuse. The initial Effects. London: Child Abuse & Neglect, 15, p.99-104.
- Gossel, E. (1996). In: Walter, J. Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Ed Schindele. (4. erw. Auflage).
- Gough, H.G. (1960). Theory and measurement of socialization. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 24, p. 23–30.
- Graumann, C. F. (1966). In: Metzger, W. (Hrsg.). Handbuch der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Grill, C. (2007). Soziogene Behinderung. Die Diagnose „Geistige Behinderung“ bei Erwachsenen und die diesbezüglichen Sichtweisen unterschiedlicher Systeme. Diplomarbeit an der FH für sozialwissenschaftliche Berufe Linz.
- Güttler; P.O. (1996). Sozialpsychologie. Soziale Einstellungen, Vorurteile, Einstellungsänderungen. München: Oldenbourg.

- Guttman, L. (1944). A basis for scaling qualitative data. *Amer.Soc.Rev.*, 9, p.139-150.
- Habermas, J. & Luhmann, N. (1971). *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung?* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Johanna Hartung (2000). *Sozialpsychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Haeberle, E.J. (2005). *Atlas Sexualität*. München: Dtv.
- Hahn, H. (2002). *Sexuelle Erfahrungen von Frauen mit geistiger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung einer Einzelfalldarstellung*. Diplomarbeit an der Uni Wien.
- Hähner, U. (1999). An Liebe fehlt es nicht. In: *Psychosozial* 22, Heft 3, Nr. 77. S. 23-26.
- Harth, R.M. (1974). Attitudes toward minority groups as a construct in assessing attitudes toward the mentally retarded. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 6, p.142-147.
- Heidenreich, R.; Kluge, K.J. (1975). *Befreiende Sexualität – sexuelle Partnerschaft für Behinderte. Ein sexualpädagogischer Lehrgang und eine selbstinstruktive Praxisanleitung für Eltern mit behinderten Kindern. Für Heim- Sozial- und Heilpädagogen*. Bonn/Bad Godesberg: Rehabilitationsverlag.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: 1985.
- Heigl-Evers, A. (1984). *Sozialpsychologie. Band 1: Die Erforschung der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Herkner, W. (1991). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Hans Huber.
- Holzer, B.; Vreede A. & Weigt G. (Eds.) (1999). *Disability in Different Cultures. Reflections on Local Concepts*. Bielefeld: Transcript.
- Jansen, G. W. (1972). *Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten*. Neuburgweier: Schindele Verlag.
- Jurgleit und Stürmer (1975). Was Schüler von geistig behinderten Kindern denken. *Psychologie heute*, 24, 13-17.
- Kandel, I. & MÜLLER-ERICHSEN, M. (1999). Liebe und Sexualität. In: *Psychosozial*, Heft 3, Nr. 77, S. 17-22.
- Katz, D. (1960). The Functional Approach to the Study of Attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24, p.163-205.
- Katz, I.; Cohen, S. & Glass, D. (1975). Some determinants of cross-racial helping behavior. In: *J.Pers. Soc. Psycholog.* 32, p.964.
- Klee, E. (1980). *Behindert: Über die Enteignung von Körper und Bewusstsein*. Frankfurt: Fischer.
- Klima, R. (1975). In: Fuchs, W. et al. (Hrsg.). *Lexikon zur Soziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kobi, E. (1993). *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken*. Bern/Stuttgart/Wien: Bhp. (Neuaufgabe 2004).
- Köbsell, S. (1995). *Eingriffe – Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen*. München: AG-SPAK. (Erstausgabe 1987).
- Krebs, H. (1983). Medizinische Aspekte zur Sexualität geistigbehinderter Menschen. *Aufgaben - Möglichkeiten - Grenzen*. In: Walter, J. (Hrsg.). *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg: Edition Schindele.
- Krech, D.; Crutchfield, R.S. & Ballachey, E.L. (1962). *Individual in society*. New York: McGraw-Hill.

- Kreuz, A. (1997). Einstellung Jugendlicher gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der Determinanten der Einstellung. Diplomarbeit an der Uni Wien.
- Kreuz, A. (2002). Einstellungen gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung. Analyse und Weiterentwicklung von Einstellungsinstrumenten. Wien : WUV-Univ.-Verlag (zugl. Dissertation an der Uni Wien, 2001).
- Kulig, W., Theunissen, G. & Wüllenweber, E. (2006). Geistige Behinderung. In: Wüllenweber et al.: Pädagogik bei geistiger Behinderung. Ein Handbuch für Studium und Praxis (S.116-122). Stuttgart: Kohlhammer.
- LaPiere, R.T. (1934). Attitudes vs. Actions. In: Social Forces 13.
- Lautmann, R.; Schönhals-Abrahamson, M.& Schönhals, M. (1972). Zur Struktur von Stigmata. Das Bild der Blinden und Unehelichen. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 24, S. 83-100.
- Lenzen, D. (1993). Pädagogische Grundbegriffe. Band 2. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Lempp, R. (1996). In: Walter, J. (Hrsg.). Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Ed. Schindele. S.174-186.
- Lenk, H. (1978). (Hrsg.). Handlungstheorien - interdisziplinär. München: Fink.
- Lersch, P. (1965). Der Mensch als soziales Wesen: Eine Einführung in die Sozialpsychologie. München: JaBarth.
- Löwit, K. (1978). Die Sprache der Sexualität. Frankfurt: Fischer.
- Likert, R. (1931). A technique for the measurement of attitudes. Arch.Psychol., Nr.140.
- Luckasson, R. (2002). Supports and their Application to People with Mental Retardation. In: American Association on Mental Retardation.
- Markowetz, R. (1998). Dialogische Validierung identitätsrelevanter Erfahrungen. Ein interaktionistisches, beziehungsförderndes und identitätsstiftendes Konzept zur Entstigmatisierung von Menschen mit Behinderungen. In: Datler, W. et al. (Hrsg.), Zur Analyse heilpädagogischer Beziehungsprozesse. Kanton Zürich: Luzern: S.65-71.
- Markowetz, R. (2000). Identität, soziale Integration und Entstigmatisierung. Gemeinsam leben. In: Zeitschrift für integrative Erziehung Nr. 3-00, S.112-120.
- McCabe, M.P. (1993). Sex Education Programs for People with Mental Retardation. In: Mental Retardation 31 (6), p. 377-383.
- McConnell, D.; Llewellyn, G. (2000). Disability and Discrimination in Statutory Child Protection Proceedings. Disability & Society, Vol. 15, No. 6, p. 883-895.
- McGuire, W.J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In: Lindzey, G. & Aronson, E. (Eds.): Handbook of social psychology, Vol.3. Reading: Addison-Wesley. p.136 – 314.
- Mead, G.H. (1973, Erstauflage 1934). Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meinefeld, R. (1977). Einstellung und soziales Handeln. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Meyer, Almut-Hildegard (2004). Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Potenzen und Probleme der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit". Heidelberg: Universitätsverlag Winter, "edition S".
- Münzing (1970). Soziale Verhaltensweisen von körperbehinderten und unbehinderten Kindern. Eine Untersuchung über die Einstellung gegenüber verschiedenen Arten von Körperbehinderungen und über die Beurteilung von Reaktionen auf gegenseitige Interaktionsangebote. München: Dissertation.

- Noack, C.; Schmid, H. J. (1994). Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine verleugnete Realität. Ergebnisse und Fakten einer bundesweiten Befragung. Esslingen: Lebenshilfe Verlag.
- Offit, A. K. (1979). Zit in: Walter, J. (Hrsg.). Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Winter.
- Offenhausen, H. (2006). Behinderung und Sexualität. Bonn: Rehabilitationsverlag., 4. Auflage 2. Auflage: 1985).
- ORM. (1979). Opinions relative to mainstreaming. In: Antonak, R.F. Livneh, H. (1988). Measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics and scale. Springfield, IL: Charles C Thomas. p.263-267.
- Osgood, C.E., Suci, G.J. & Tannenbaum, P.H. (1957). The measurement of meaning. Univ.of Illinois Press: Urbana.
- Palmerton, K.E. & Frumkin, R.M. (1969). College counselor knowledge about and attitudes toward disabled persons. Perceptual and Motor Skills, 28, S.657-658.
- People First (1995). Wie man eine People-First Gruppe aufbaut und unterstützt. In: Geistige Behinderung 1, Praxisteil.
- Perner, R. (1997). Madonna und Hure: Jagdstrategien für Amazonen. Weichselboden: Ankh-Verlag.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T.(1981). Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches. Dubuque: Wm.C.Brown.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986). Communication and persuasion. Central and peripheral routes to attitude change. New York: Springer.
- Phillips, D. L. (1964). Rejection of the mentally ill: The influence of behavior and sex. American Sociological Review, 29, 679–687.
- Pittracher, A. (2004). Geistige Behinderung und Sexualität. Diplomarbeit an der Pädagogischen Akademie des Bundes, Innsbruck.
- Pixna-Kettner, U.; Bargrede, S.; Blanken, I. (2002). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen empirischen Untersuchung. In: Walter, J. (Hrsg.). Sexualität und geistige Behinderung (S. 305 - 317). Heidelberg: Schindele.
- Polleichter, I. (1998). Die Einstellung von Mitarbeitern der Lebenshilfe Salzburg zur Sexualität geistig behinderter Menschen. Universität Salzburg: Diplomarbeit.
- Plaute, W. (2000). Organisationen sind aufgrund ihres fremdbestimmenden Verhaltens für die Verhaltensauffälligkeiten ihrer KlientInnen mitverantwortlich.München / Basel: Reinhardt-Verlag (in Vorbereitung).
- Polloway, E. A et al. (1996). Historic Changes in Mental Retardation and Developmental Disabilities. In: Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 31. Vol. 3-12.
- Pratkanis, A.R. & Greenwald, A.G. (1989). A Sociocognitive Model of Attitude Structure and Function. In: Berkowitz, L. (Hrsg.) Advances in Experimental Social Psychology. Bd. 22. New York, London: Academic Press.
- Rett, A. (1983). (Hrsg.) Die Sexualität geistig Behinderter. Wien: Facultas.
- Roehrer, G.A. (1959). A study of certain public attitudes toward the orthopaedically disabled. New York University: Unpublished doctoral dissertation.
- Rokeach, M. (1969). The Nature of Attitudes. In: Rokeach, M.: Beliefs, Attitudes, and Values: San Francisco: Jossey- Bass-Publishers.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, N. 609.
- Ryerson, E. (1981). Sexual Abuse of Disabled Persons and Prevention Alternatives. In: Bullard, D.; Knight, S. (Hrsg.). *Sexuality and Physical Disability. Personal Perspectives*. St. Louis-Toronto-London: C. V. Mosby.
- Sack, F. (1968). Neue Perspektiven in der Kriminologie. In: Sack, F.; König, R. (Hrsg.). *Kriminalsoziologie*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM- IV)*. Hogrefe Verlag.
- Sauer, S.B. (2003). Auch Behinderte haben Sexualität. Eine qualitative empirische Untersuchung zu Freundschaft, Partnerschaft und Sexualität von geistig behinderten Männern und Frauen. Diplomarbeit an der Uni Wien.
- Schenk, H. (1991). *Die Befreiung des weiblichen Begehrens*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Schlick, A. (2004). *Special Love Talks. Evaluierung und Implementierung eines Modells zur sexualpädagogischen Begleitung für den Lebensbereich von Menschen mit geistiger Behinderung*. Dissertation an der Naturwissenschaftlichen Universität Salzburg.
- Schiefele, U. (1990). *Einstellung, Selbstkonzept und Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, G. (1991). *Das große DERDIEDAS: Über das Sexuelle*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (im Original 1988).
- Schmidt, H.D.; Brunner, E.J. & Schmidt-Mummendy, A. (1975). *Soziale Einstellungen*. München: Juventa.
- Schröder, S. (2005). Sonderpädagogische Aspekte zur Sexualität geistigbehinderter Kinder und Jugendlicher. In: Walter, J. (2005). *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg: Winter. S.128-147.
- Schnell, R.; Hill, P. & Esser, E.(1995). *Methoden der empirischen Sozialforschung* . München, Wien: Oldenbourg.
- Schnoor (2007). Salutogenese. Ein gesundheitsorientiertes Rahmenkonzept für therapeutische, pädagogische und pflegerische Angebote zur Betreuung von Personen mit einer geistigen Behinderung. In: *Fachzeitschrift Geistige Behinderung 1 vom 20.01.07*.
- Schur, E. M. (1971). *Labeling deviant behavior. Its sociological implications*. New York : Harper and Row. (dt. Übersetzung 1974).
- Secord, P.F.; Backman, C.W. (1964). *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Sherif, M. & Sherif, C. W.(1967). Attitude as the individual's own categories: The social judgment involvement approach to attitude and attitude change. In: Sherif, M. & Sherif, C. W (Eds.), *Attitude, ego-involvement and change*. New York: Wiley.
- Sherif, M.& Sherif, C. W. (1969). *Social Psychology*. New York: Harper & Row.
- Sporcken, P. (1974). (Hrsg.). *Die Sexualität im Leben geistig Behinderter*. Düsseldorf: Patmos.
- Stahlberg, D.; Frey, D. (1996). Einstellungen: Struktur, Messung und Funktion. In: Stroebe, W.; Hewstone, M. & Stephenson, G. (Hrsg.). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Stephenson, W. (1953). *The Study of Behavior*. Chicago: University of Chicago.
- Sielert, J et. al. (1988). *Ein Bilder- und Aufklärungsbuch über Sexualität*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Sielert, U. (1993). *Sexualpädagogik. Konzeption und didaktische Anregungen*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Sigusch, V. (1975). *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme.

- Siller, J. (1963). Reactions to physical disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 7, p.12-16.
- Sielert, U. (1993). *Sexualpädagogik. Konzeption und didaktische Anregungen*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Siller, J.; Chipman, A.; Ferguson, L.T. & Vann, D.H. (1967). Attitudes of the nondisabled toward the physically disabled. *Studies in reactions to disability XI*. New York: School of Education.
- Stahl, B.; Irblich, D. (Hrsg.). (2005). *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Stroebe, W. (2002). (Hrsg.). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin ; Heidelberg: Springer: (Originalausgabe 1992).
- Süßfleisch, U. et al. (2002). Sexueller Missbrauch in Institutionen. Ein besonders heikles Thema? Ergebnisse einer Befragung. In: *Behindertenpädagogik*. 41-Jg. H.4. S. 429-435.
- Theunissen, G., Plaute, W. (1995). *Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Theunissen, G. (1996). Enthospitalisierung in Deutschland. In: Bradl, C. & Steinhart, I. (Hrsg.). *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 67-93.
- Theunissen, G. (1996). Gewalt gegen (geistig-)behinderte Menschen in Vollzeiteinrichtungen. In: *Behindertenpädagogik* 3, 275-291.
- Theunissen, G. (2005). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Thimm, W. (1975). Behinderung als Stigma. Überlegungen zu einer Paradigma-Alternative. *Sonderpädagogik* 5. S. 149 - 157.
- Thimm, W. (1999). In: Neuhauser, G.; Seinhausen, H.G. (Hrsg.). *Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Thomas, D. (1980). *Sozialpsychologie des behinderten Kindes*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Thomas, W.I. ; Zaniecki, F. (1927). *The polish peasant in Europe and America*. New York: Alfred A. Knopf.(im Original 1918).
- Trompisch, H. (1997). Bioethik kontra Menschenrechte - Die Bedeutung der Bioethik-Konvention unter besonderer Beachtung von Menschen mit Behinderungen. Wien: Enquete, am 18. 3. im Parlament.
- Trompisch, H. (1998). Rechtliche Situation der (Zwangs-)Sterilisation. Referat, entnommen aus dem Bericht: Zwangssterilisation - Menschenrechtsverletzung oder Notwendigkeit? Wien: Enquete am Donnerstag, 5. 3. im Parlament.
- Tröster, H. (1990). *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten: Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Thurstone, L.L (1928). The measurement of opinion. In: *Journal Abnorm Soc.Psycholog.*,22, p. 415-430.
- Thurstone, L.L. (1931). The measurement of social attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, p. 49-269.
- Walter, J. (1980). *Zur Sexualität Geistigbehinderter. Die Einstellung der Mitarbeiter als Bedingungsrahmen zur Unterdrückung oder Normalisierung in Behinderteneinrichtungen*. Rheinstetten: Schindele.

- Walter, J. & Hoyler-Herrmann, A. (1987). *Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistig behinderter Menschen*. Heidelberg: Edition Schindele.
- Walter, J. & Hoyler-Herrmann, A. (1987). *Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistig behinderte Erwachsene*. Heidelberg: Schindele.
- Walter, J. (1987). Sterilisation geistig behinderter Erwachsener aus sexualpädagogischer Sicht. In: *Geistige Behinderung* 26.
- Walter, J. (1994). *Sexualität und geistige Behinderung*. Referat am 9. April an der Lehranstalt für heilpädagogische Berufe, Götzis. Online unter: http://info.uibk.ac.at/c/c6/bidok/texte/sex_beh.html [1.11.08]
- Walter, J. (2001). Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht. Eine Selbstverständlichkeit auch für Menschen mit Beeinträchtigungen. In: Walter, J. (2005). S. 160-174.
- Walter, J. (Hrsg.). (2004). *Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen*. Heidelberg: Winter.
- Walter, J. (Hrsg.). (2005). *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter; Edition Schindele. (1983 Erstausgabe, Weitere Auflagen 1986, 1992, 1996, 2002).
- Weber, M. (1964). In: Baumgarten, E.; Weber, M. *Werk und Person*. Dokumente, ausgewählt und kommentiert, Tübingen: JCB Mohr.
- Wegscheider, H. (1994). *Strafrechtliche Grenzen der sexuellen Betätigung von Behinderten*. (unveröffentl. Rechtsgutachten).
- Weltgesundheitsorganisation. *Die Ottawa-Charta* (1992). In: Trojan, A.; Stumm, B. *Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag. S.84-92
- Zanna, M.P.; Olsen, J.M. Individual differences in attitudinal relations. In: Zanna, M.P.; Higgins, E.T. & Herman, C.P. (hrsg.). *Consistency in social behaviour*. The Ontario Symposium, Bd.2. New York: Hillsdale.
- Wendt, H. (1978). Die neuen Mythen der Sexualität und Sexualtherapie. *Psychologie Heute*, 5.
- Watzlawick, P. et al. (2000). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber Verlag. (Erstausgabe 1969).
- Witte, E.H. (1994). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Woodmansee, J.J. Cook, S.W. (1967). Dimensions of verbal racial attitudes: Their identification and measurement. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, p. 848-860.
- Wüllenweber, E.; Theunissen, G. & Mühl, H. (2006). *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zemp, A.; (2002). Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, S.610-625.
- Zemp, A. Pircher, E. (1996). *Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung*. Wien: Schriftenreihe der Frauenministerin, Band 10.
- Zimmermann, P. (2006). *Grundwissen Sozialisation. Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter*. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

TABELLEN UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ANHANG

Fragebogen für MitarbeiterInnen
„Sexualität und geistige Behinderung“

u.a. Übersetzung und Neukonstruktion des
 „Sexuality and the Mentally Retarded Attitude Inventory“
 von Ellen Brantlinger, Indiana University, USA

Teil 1: Persönliche Informationen:

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| Alter: | Jahre | |
| Geschlecht: | weiblich <input type="checkbox"/> | männlich <input type="checkbox"/> |
| Familienstand: | <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet |
| Kinder: | Anzahl: | Alter: von bis Jahre |
| Religion: | <input type="checkbox"/> Römisch-Katholisch <input type="checkbox"/> Evangelisch | <input type="checkbox"/> Andere: |
| Einschätzung der Gläubigkeit: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr gläubig - gläubig - wenig gläubig - nicht gläubig | |

Teil 2: Spezielle Informationen zur Berufssituation:

| | | |
|--|---|--|
| Wie lange arbeiten Sie schon in der Behindertenarbeit? | ca. Jahre | |
| Haben Sie für diese Tätigkeit eine spezielle Ausbildung? | <input type="checkbox"/> Behindertenlehrgang <input type="checkbox"/> Diplom-ErzieherIn <input type="checkbox"/> Diplom-BehindertenbetreuerIn <input type="checkbox"/> Sozialakademie <input type="checkbox"/> Pädagogische Akademie <input type="checkbox"/> Studium: (Fach) <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> keine entsprechende Ausbildung | |
| Derzeitiger Arbeitsplatz? | Wohneinrichtung <input type="checkbox"/> | Werkstätte <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Wie lange arbeiten Sie schon an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz? | ca. Jahre | |
| Ort ihrer Berufsausübung? | Stadt NÖ <input type="checkbox"/> | Land NÖ <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Gibt es in Ihrer Einrichtung ein sexualpädagogisches Konzept? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Wurde das Thema „Sexualität“ in Ihrer Ausbildung behandelt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Haben Sie an Fortbildung zu diesem Thema teilgenommen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Gibt es Gespräche mit Kollegen über Sexualität und Behinderung? | Nie <input type="checkbox"/> | Selten <input type="checkbox"/> | Manchmal <input type="checkbox"/> | Oft <input type="checkbox"/> |
| Wird das Thema Sexualität mit Ihren KlientInnen besprochen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Welche Gebiete werden mit den Klienten besprochen? | <input type="checkbox"/> Freundschaft - Liebe <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Hygiene, Menstruation <input type="checkbox"/> Masturbation <input type="checkbox"/> Geschlechtsverkehr <input type="checkbox"/> Homosexualität <input type="checkbox"/> Verhütung <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch <input type="checkbox"/> Sterilisation <input type="checkbox"/> Erkrankungen <input type="checkbox"/> Andere: | | | |
| Welche Unterstützung wünschen Sie sich zu diesem Thema? | <input type="checkbox"/> Literatur <input type="checkbox"/> Anschauungsmaterial <input type="checkbox"/> Unterstützung d. Experten <input type="checkbox"/> Vorträge <input type="checkbox"/> Fortbildung (u.a. Workshops) <input type="checkbox"/> Rückhalt in der LH <input type="checkbox"/> Finanzielle Ressourcen <input type="checkbox"/> Andere: | | | |
| Wie hoch schätzen Sie den Anteil geistig behinderter Menschen in der Gesellschaft? | 0-2% <input type="checkbox"/> | 2,1-4% <input type="checkbox"/> | 4,1-10% <input type="checkbox"/> | >10% <input type="checkbox"/> |

Teil 3: Aussagen zu den Bereichen „Sexualität und geistige Behinderung“

Kreuzen Sie bitte jene Zahl an, die Ihrem persönlichen Gefühl oder Ihrer persönlichen Meinung am ehesten entspricht:

| | Stimme völlig zu | Stimme ich zu | Bin mir nicht sicher | Stimme ich wenig zu | Lehne ich völlig ab |
|---|------------------------|------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------|
| 1. In den Schulen sollte mehr Sexualaufklärung gemacht werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Selbstbefriedigung ist wichtig für eine gesunde Entwicklung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ein geistig behindertes Paar, das beim sexuellen Verkehr erwischt wird, soll in der Behinderten-Einrichtung auseinandergehalten werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ErzieherInnen sollen die BewohnerInnen von Behinderten-Einrichtungen an der Selbstbefriedigung hindern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Geschlechtsverkehr bei unverheirateten Paaren ist akzeptabel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ein umfassendes Aufklärungsprogramm führt zu vermehrter sexueller Aktivität der Schüler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Homosexualität ist eine akzeptable sexuelle Neigung, wenn beide Partner zustimmen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Jeder Mensch, egal ob behindert oder nicht, hat grundsätzlich das Recht auf ein eigenes Kind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Wenn ein Minderjähriger wegen einer Geschlechtskrankheit zum Arzt geht, dann soll das auch den Eltern mitgeteilt werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Alle Fragen von Kindern zur Sexualität zu beantworten, würde wahrscheinlich zu einer ständigen Beschäftigung mit der Sexualität führen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Die Zensur in bezug auf sexuelle Inhalte von Filmen, Büchern und Magazinen ist gegenwärtig zu nachsichtig. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Behinderte Erwachsene sollen die Gelegenheiten haben, sich mit dem anderen Geschlecht privat treffen zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Homosexualität zwischen geistig behinderten Menschen, die dies genießen, soll möglich sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Stimme völlig zu | Stimme ich zu | Bin mir nicht sicher | Stimme ich wenig zu | Lehne ich völlig ab |
|--|------------------------|------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 14. Der leichte Zugang zu Verhütungsmittel hat zu einem Verfall der (sexuellen) Moral der Jugend geführt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Jeder Mensch hat das Recht auf sein persönliches, individuelles Sexualleben, so lange er dabei anderen Menschen nicht schadet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Behinderte Menschen sollen Verhütungsmittel bekommen, wenn sie das wollen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Mädchen und Buben sollen grundsätzlich in jedem Alter getrennt voneinander aufgeklärt werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Methoden zur Geburtenkontrolle sollen den jungen Menschen gelehrt werden, bevor sie sexuell aktiv werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Behinderte Menschen haben das Recht, eigene Entscheidungen in bezug auf ihr Sexualleben zu treffen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Bevor minderjährige, behinderte Mädchen Informationen von Organisationen zur Verhütung erhalten, sind die Eltern um Erlaubnis zu fragen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Verschiedene Stellungen im Sexualverkehr sind kein Thema in Behinderten-Einrichtungen, auch wenn die Bewohner danach fragen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Die Problembereiche Drogen, Sexualität und Alkohol sollten jungen Menschen gemeinsam vermittelt werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Geistig behinderte Menschen haben gewöhnlich stärkere Sexualtriebe als der Durchschnitt der Bevölkerung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Es wäre gefährlich, manche Menschen über Sexualität aufzuklären. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Männer haben allgemein einen stärkeren Sexualtrieb als Frauen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Voreheliche sexuelle Aktivität führt gewöhnlich zu ehelichen Problemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Homosexuelle sollen nicht als Lehrer in öffentlichen Schulen arbeiten dürfen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Ich wäre besorgt, daß eine homosexuelle BewohnerIn einer Behinderten-Einrichtung die anderen MitbewohnerInnen „verdirbt“. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Stimme völlig zu | Stimme ich zu | Bin mir nicht sicher | Stimme ich wenig zu | Lehne ich völlig ab |
|---|------------------------|------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 29. BewohnerInnen von Wohneinrichtungen für geistig behinderte Menschen sollten einen eigenen, intimen Wohnbereich haben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Behinderte Frauen wechseln häufiger ihren Sexualpartner als der Durchschnitt der Frauen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Ein verheirateter Mensch, der gelegentlich masturbiert, hat vermutlich eine schwierige Ehe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Die meisten geistig behinderten Menschen haben auch ein Verlangen nach sexuellem Vergnügen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Menschen, die nicht für sich selbst sorgen können, sollen auch nicht heiraten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. In Wohneinrichtungen sollen geistig behinderte Frauen und Männer soweit wie möglich getrennt leben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Behinderte Menschen haben weniger Bedürfnis nach gelebter Sexualität als andere Menschen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Es sollte Wohneinrichtungen für geistig behinderte Ehepaare geben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Homosexualität sollte verboten werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. ErzieherInnen von Behinderten-Einrichtungen sollten homosexuelle Aktivitäten verhindern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Der Staat sollte die Verhütungsmittel für behinderte Menschen zahlen, wenn sie selbst nicht dafür aufkommen können. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Behinderte Erwachsene haben das Recht auf Geschlechtsverkehr, wenn sie dies wollen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Ich habe im Allgemeinen damit kein Problem, sexuelle Fragen zu beantworten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Ich fühle mich über sexuelle Fakten und Verhaltensweisen gut informiert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Beratung im Bereich der Sexualität allgemein würde mir wahrscheinlich ganz gut tun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Stimme völlig zu | Stimme ich zu | Bin mir nicht sicher | Stimme ich wenig zu | Lehne ich völlig ab |
|---|------------------------|------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 44. Im Umgang mit Sexualverhalten sind die meisten Menschen wahrscheinlich zu konservativ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Die meisten behinderten Menschen, die ich kenne, sind unfähig, die richtigen Entscheidungen im Bereich Sexualität zu treffen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Teil 4: Ratschläge zum Umgang mit speziellen Themen der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung

* Bewerten Sie bitte die folgenden Inhalte zum Thema „**Aufklärung geistig behinderter Menschen**“:

| | Für wie aufgeklärt halten Sie geistig behinderte Frauen in diesem Bereich? (IST-Stand) | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | sehr | - wenig | - nicht |
| Aufbau und Funktion der Brüste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschlechtsakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Homosexualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebensphasen und Sexualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masturbation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monatsschutz - Hygiene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partnerschaft und Ehe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sterilisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verhütungsmethoden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zärtlichkeit und Liebe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zyklus und Menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Für wie wichtig erachten Sie diesen Bereich für die Aufklärung geistig behinderter Frauen? (SOLL-Stand) | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | sehr | - wenig | - nicht |
| Aufbau und Funktion der Brüste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschlechtsakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Homosexualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebensphasen und Sexualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masturbation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monatsschutz - Hygiene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partnerschaft und Ehe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sterilisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verhütungsmethoden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zärtlichkeit und Liebe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zyklus und Menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bewerten Sie bitte die Sinnhaftigkeit von verschiedenen „**Verhütungsmethoden**“ für geistig behinderte Menschen (1 = sehr sinnvoll; 2 = sinnvoll; 3 = mittelmäßig; 4 = wenig sinnvoll; 5 = nicht sinnvoll):

| | Für wie sinnvoll erachten Sie folgende Verhütungsmethode für geistig behinderte Menschen? | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Diaphragma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Die Pille „danach“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Dreimonatsspritze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Gestagen-Spirale Mirena | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Intra-Uterin-Pessar (Spirale) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Kondome | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Minipille (weniger Hormone) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Pille | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Samentötende Cremes, Zäpfchen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Sterilisation (Frau) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Sterilisation (Mann) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Temperatur-Methode | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kenne ich nicht <input type="checkbox"/> |

- * Bewerten Sie bitte die Sinnhaftigkeit von verschiedenen Möglichkeiten bei einer „**Schwangerschaft** einer geistig behinderten Frau“ (1 = sehr sinnvoll; 2 = sinnvoll; 3 = mittelmäßig; 4 = wenig sinnvoll; 5 = nicht sinnvoll):

| | Für wie sinnvoll erachten Sie folgende Möglichkeit bei einer Schwangerschaft einer geistig behinderten Frau? | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| Abtreibung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kind zur Adoption freigeben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kind bleibt bei Mutter und erhält spezielle Unterstützung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kind wird zu den Eltern der Mutter gegeben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kind kommt ins Heim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

LEBENS LAUF

Petra Ellen Pia SCHWARZ

geboren am: 31.12.1965 in Zürich, Schweiz

1986: AHS Matura am wirtschaftskundlichen Realgymnasium, Wr. Neustadt
sowie Beginn des Studiums der Psychologie an der Uni Wien
Wahlfach: Psychiatrie
Schwerpunkt: Geschlechterrolle und Sexualität
Praktikum an der Landesnervenklinik Maria Gugging geschlossene psychiatrische Abteilung
Praktikum am Anton Proksch Institut Kalksburg Diagnostik bei Suchterkrankungen

1996 -1998: Anstellung bei der Lebenshilfe NÖ
Leitung eines Teams zur Ausgliederung so bezeichneter schwerst geistig behinderter Menschen
aus der geschlossenen psychiatrischen Abteilung an der Landesnervenklinik Maria Gugging

1998 - 2000: Ausbildung an der Wr. Internat. Akademie für Ganzheitsmedizin
zur Dipl. Sexualpädagogin & Lebens- und Sozialberaterin
Supervisorin, Trainerin und Coach

1999: Ausbildung am Österreichischen Institut für Familienforschung
zur staatl. anerkannten sexualpädagogischen Moderatorin

1999: Mitwirkung an „Sexualität in Österreich“
im Auftrag von Prof.in. Rotraud PERNER, int. Studie zur Sexualität von FRANCOEUR

2000: Propädeutikum

2001: Gewerbeberechtigung Lebens- und Sozialberatung, Unternehmensgründung
Arbeit mit KlientInnen mit und ohne diagnostizierte geistige Behinderung

- Psychologische Beratung, Coaching, Training & Supervision
- Fortbildung für MitarbeiterInnen und MultiplikatorInnen
im psychosozialen Feld zum Focus Sexualität & Identität
- Querhierarchische und interdisziplinäre Arbeit
mit EinzelklientInnen, Paaren, Teams, Eltern
- Gender Kompetenz & Diversity Trainings
- Vortrags- Lehr und ReferentInnenarbeit

Trainerin & Lehrbeauftragte an der internat. Akademie für Ganzheitsmedizin
in der 3jährigen Ausbildung der dipl. Sexualpädagogen
sowie an einer Vielzahl von Institutionen, österreichweit

Gründung & Leitung von SOULGUARD®

Int. Markenschutz psychologischer Dienstleistung im Feld Medien & Öffentlichkeit
Arbeit mit KlientInnen aus Wirtschaft, Politik, Sport, Medien
Begleitung von KlientInnen zu öffentlichen Auftritten und Anlässen
Coaching von Veränderungsprozessen und Lebensumbrüchen extremster Ausprägung
Medientraining
Medienerfahrung mit Print und LiveTV

2005 Zertifizierung der WKO für SOULGUARD®
Ausbildungsberechtigung für Lebens- und Sozialberatung