

motivation und die Bereitschaft, Verantwortung für das eigene Gewalthandeln zu übernehmen, deutlich an. Ein Rückfallrisiko in alte Gewaltmuster wurde von den Trainer_innen und Berater_innen als deutlich vermindert eingeschätzt. Damit leistet ein Anti-Gewalt-Training zu häuslicher Gewalt einen wichtigen Beitrag für die Umwandlung von Fremdmotivation in Eigenmotivation. Erfahrungsgemäß ist dabei das Arbeiten in Gesprächsgruppen ein wichtiges Unterstützungsmoment. Dies wurde auch von den Teilnehmenden in Freiburg immer wieder hervorgehoben. Die große Bedeutung der Beziehung zur Gruppe Gleichbetroffener und zu den Beratungskräften bei der eigenen Auseinandersetzung zeigte sich daran, dass Abbrüche überwiegend in der Kontaktphase vor dem eigentlichen Beginn und kaum im weiteren Verlauf des Trainings erfolgten. Im Kreis Gleichbetroffener wird Scham reduziert, es entsteht eine Gruppenbindung, die mehr Offenheit ermöglicht, und die Gruppenmitglieder können sich gegenseitig stärker herausfordern (Sehrig, Schmitt & Bühler, 2021, S. 134 ff.)

Zusammenfassend sollte sich eine personenzentrierte Haltung mit Gewaltausübenden in folgenden Punkten niederschlagen:

- innere Dilemmata erfahrbar machen und Inkongruenzen verdichten und verstärken, um dem_r Gewaltausübenden deutlich zu machen, dass eine Problemdefinition anderer zum eigenen Problem wird.
- Auf „Widerstand“ verstehend eingehen, weil es unterschiedliche Gründe haben kann, wenn Gewaltausübende Abwehr gegen auferlegte Maßnahmen zeigen (z. B. Misstrauen, Befürchtungen, Scham, Ohnmachtserfahrungen, Erhalt von Selbstachtung).
- Begegnung in der Beratung ernst nehmen, denn dies heißt u. U. auch, die Grenzen der eigenen Zugewandtheit und Wertschätzung als Berater_in offenzulegen.
- Transparenz im Umgang mit Macht und Zwang zeigen, damit Zwänge und Rahmenbedingungen offengelegt werden, um den Betroffenen Übersicht über eigene Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu eröffnen.

Literatur:

AG gemäß §78 SGB VIII (Hrsg.) (2016). *Umgang nach häuslicher Gewalt. Frankfurter Leitfaden zur Prüfung und Gestaltung von Umgang für Kinder, die häusliche Gewalt durch den umgangsberechtigten Elternteil erlebt haben*. Frankfurt: Jugend- und Sozialamt. Zugriff am 15.12.2021, von <https://lks-hessen.de/sites/default/files/downloads/inhalte/Frankfurter%20Leitfaden%a%CC%88usliche%20Gewalt.pdf>

Balen, R. v. (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers. Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch 1992 für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1(3), 162–183.

Bezirksverein für soziale Rechtspflege Freiburg (Hrsg.) (2020). *gegen-gewalt-tätig. Anti-Gewalt-Training des Bezirksvereins für soziale Rechtspflege Freiburg. Konzept zur Durchführung von Anti-Gewalt-Trainingskursen im Bereich Öffentlicher und Häuslicher Gewalt*. Freiburg: Bezirksverein.

Binder, U. (2018). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept* (4., unveränd. Aufl.). Hohenwarsleben: Klotz (Erstaufl. erschienen 1993).

Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt (BAG TäHG) (2021). *Arbeit mit Tätern in Fällen häuslicher Gewalt: Standard der Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V.* (4., aktual. Aufl.). Berlin: BMFSFJ. Zugriff am

15.12.2021, von <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/95364/standards-taeterarbeit-hauesliche-gewalt-data.pdf>.

Bundeskriminalamt (BKA) (2021). *Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2020*. Wiesbaden: BKA. Zugriff am 15.12.2021, von https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2020.pdf.

Engelmann, A. & Palme, W. (2020). 4.1 Grundlagen der interinstitutionellen Vernetzung bei häuslicher Gewalt. In A. Steingen (Hrsg.), *Häusliche Gewalt. Handbuch der Täterarbeit* (S. 145–148). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hege, M. (1974). *Engagierter Dialog. Ein Beitrag zur sozialen Einzelhilfe*. München: Reinhardt.

Herriger, N. (2020). *Empowerment in der Sozialen Arbeit* (6., erw. u. aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Leuschner, G. (2020). Das eigentlich Supervisorische. Wie schafft man es, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Ungleichen zu gestalten? Eine Prozessreflexion. *Journal Supervision*, 10(1), 7–11.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung. Motivational interviewing* (kompl. Übers. d. 3. amerik. Aufl.). Freiburg: Lambertus (englisches Original erschienen 2013).

Pörksen, B. & Schulz von Thun, F. (2020). *Die Kunst des Miteinander-Redens. Über den Dialog in Gesellschaft und Politik*. München: Hanser.

Ricken, N. (2009). Zeigen und Anerkennen. Anmerkungen zur Form pädagogischen Handelns. In K. Berdelmann & T. Fuhr (Hrsg.), *Operative Pädagogik. Grundlegung, Ansätze, Diskussion* (S. 111–134). Paderborn: Schöningh. Zugriff am 15.12.2021, von <https://www.researchgate.net/publication/324170090>.

Rosengren, D. B. (2020). *Arbeitsbuch Motivierende Gesprächsführung* (3., unveränd. Aufl.). Lichtenau: Probst (englisches Original erschienen 2009).

Schulz von Thun, F. (2012). Verstehen – Verständnis – Einverständnis. In F. Schulz von Thun & D. Kumbier (Hrsg.), *Impulse für Kommunikation im Alltag* (Reihe: Kommunikationspsychologische Miniaturen, Bd. 3; 2., unveränd. Aufl.; S. 13–39). Reinbek: Rowohlt (Erstaufl. erschienen 2010).

Sehrig, J. (2016). Empathie gegenüber Rassismus und Intoleranz? Herausforderungen für eine Personenzentrierte Haltung in der Sozialen Arbeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 47(3), 143–147. Zugriff am 15.12.2021, von https://www.gwg-ev.org/fileadmin/user_upload/Verlag_Shop/GwG-Verlag/ZS_3-16/GPB_3-2016_SchwP-Sehrig.pdf.

Sehrig, J. (2020). Soziale Arbeit im Handlungsfeld Sucht und Sozialpsychiatrie. In M. Becker, C. Kricheldorf & J. E. Schwab (Hrsg.), *Handlungsfeldorientierung in der Sozialen Arbeit* (2., erw. u. überarb. Aufl.; S. 225–242). Stuttgart: Kohlhammer.

Sehrig, J., Schmitt, N. C. & Bühler, E. (2021). „gegen-gewalt-tätig“ – Evaluation eines Anti-Gewalt-Trainings gegen häusliche Gewalt beim Bezirksverein für soziale Rechtspflege Freiburg. In I. Himmelsbach & T. d. Vries (Hrsg.), *Forschung, Entwicklung und Partizipation in pandemischen Zeiten* (Reihe: Analyse – Prognose – Innovation, Bd. 5; S. 123–151). Konstanz: Hartung-Gorre.

Seithe, M. (2008). *Engaging. Möglichkeiten Klientenzentrierter Beratung in der Sozialen Arbeit* (Reihe: Lehrbuch). Wiesbaden: VS.

Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollst. überarb. u. aktual. Ausg.). Opladen: Budrich.

Zobrist, P. & Kähler, H. D. (2013). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten* (3., vollst. überarb. Aufl.). München: Reinhardt.



Foto: Sehrig

Prof. Dr. em. Jürgen Sehrig, Sozialarbeiter, Gesprächspsychotherapeut, Lehrsupervisor und Ausbilder (GwG), Supervisor (DGSv), bis zur Emeritierung Professor für Kommunikation und Beratung an der Katholischen Hochschule Freiburg

Kontakt: mail@jsehrig.de

Das Potenzial des Personenzentrierten Ansatzes in der Begegnung mit Menschen mit Behinderungen

Stefan Stützele und Daniela Schade

Zusammenfassung: Menschen mit Behinderungen erleben in ihrem Alltag häufig Stigmatisierung, Ausgrenzung und Fremdbestimmung. Das deutsche Bundesteilhabegesetz, das seit 2017 stufenweise in Kraft tritt, hat zum Ziel, Menschen mit Behinderungen mehr Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung beleuchtet der vorliegende Artikel die Stärken des Personenzentrierten Ansatzes im Kontext des Teilhabekonzepts der Eingliederungshilfe. Nach einer Annäherung an den Begriff und das Konzept von Behinderung werden charakteristische Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen dargestellt und aus personenzentrierter Sicht aufgegriffen. Dabei werden die Potenziale und Besonderheiten herausgearbeitet, die im personenzentrierten Arbeiten mit Menschen mit Behinderungen liegen.

Schlüsselbegriffe: Menschen mit Behinderung, Eingliederungshilfe, Selbstbestimmung, Teilhabe, personenzentrierte Disability-Studies

1. Einleitung

Das am 23. Dezember 2016 erlassene Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz; BTHG) tritt seit dem 25. Juli 2017 stufenweise in Kraft.¹ Es bezieht sich auf das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (UN-Behindertenrechtskonvention) von 2006, in dem Menschen mit Behinderungen als gleichberechtigte Bürger_innen und Menschenrechtssubjekte mit einem Recht auf Teilhabe am sozialen Leben verstanden werden (Becker, 2014; Degener & Miquel, 2019). Bereits während seiner Entstehung löste das BTHG eine kontroverse Debatte aus. Auf der einen Seite verfolgt es das Ziel, Menschen mit Behinderungen eine stärkere Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, und erhebt den Anspruch, ein „Meilenstein auf dem Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft“ (BMAS, 2018, S. 2) zu sein. Auf der anderen Seite steht diesem Anspruch eine Reihe von Kritikpunkten gegenüber, die die angestrebten Wirkungen infrage stellen. So bemängeln Betroffenenverbände und Träger der Eingliederungshilfe u. a., dass durch das BTHG der bürokratische Aufwand steige, die Wahlmöglichkeiten der Leistungsempfänger_innen faktisch eingeschränkt würden und insgeheim das Ziel der Kosteneinsparung verfolgt werde (Buschmann-Steinhage, 2017). Ferner ist hier die Frage aufzuwerfen,

inwiefern Teilhabe im täglichen Beziehungsgeschehen stärker in den Fokus gerückt werden muss.

Vor diesem Hintergrund möchte der vorliegende Beitrag eine personenzentrierte Sichtweise auf die Lebens- und Problemrealität von Menschen mit Behinderungen herausarbeiten und Ansatzpunkte dafür aufzeigen, wie Fachkräfte der Eingliederungshilfe im Sinne einer selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe personenzentriert wirksam sein können. Dazu wird zunächst der Begriff der Behinderung erläutert, der im Zuge der Einführung des BTHG eine Bedeutungsveränderung erfahren hat.

2. Modelle von Behinderung

In der bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung des Neunten Sozialgesetzbuchs galten Menschen als „behindert“, wenn „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F.). Diese Konzeption entspricht dem medizinischen Modell von Behinderung, das Behinderung als Attribut der betroffenen Person (sie ist behindert) versteht und unmittelbar und ausschließlich auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung zurückführt. Der aus diesem Modell folgende Interventionsansatz besteht darin, die „behinderte“ Person so zu verändern, dass sie am sozialen Leben teilhaben kann, während die Umgebungsbedingungen nicht in den Blick genommen werden (Integration), also kurzgefasst eine Anpassung der Person an bestehende Verhältnisse (Grampp, 2018). In Abgrenzung zum medizinischen Modell wurde ab den 1970er-Jahren das Soziale Modell von Behinderung entwickelt. Darin wird Behinderung als Geflecht von einschränkenden Bedingungen verstanden, die vorwiegend durch das soziale Umfeld geschaffen und aufrechterhalten werden (ebd.). Zur Verbesserung der Lebenssituation der behinderten Personen soll die soziale Umwelt mit ihren behindernden Barrieren so verändert werden, dass eine Person trotz ihrer gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen daran teilhaben kann (Inklusion).

In jüngerer Zeit wurden das medizinische und das soziale Modell zu einem biopsychosozialen Modell von Behinderung zusammengeführt. In dieser Konzeption liegt eine Behinderung vor, wenn sich eine gesundheitliche Beeinträchtigung einer Person und Faktoren ihrer Umgebung dergestalt gegenseitig negativ

¹ Die ersten drei Reformstufen traten 2017, 2018 und 2020 in Kraft. Die vierte und letzte Reformstufe soll im Jahr 2023 folgen.

beeinflussen, dass die Person dadurch in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt wird. Beispielsweise erfährt eine Person dann eine Behinderung, wenn sie aufgrund einer Lähmung ihrer Beine eine Filmvorstellung in einem Kino nicht besuchen kann, weil die dortigen räumlichen Begebenheiten ihr den Zutritt im Rollstuhl nicht ermöglichen (ebd.). Das biopsychosoziale Modell hat über das BTHG Eingang ins deutsche Sozialrecht gefunden. Entsprechend lautet die neue gesetzliche Definition: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX n. F.). Diesem neuen Verständnis zufolge ist eine Person also nicht behindert, sondern wird behindert, insbesondere in ihrer sozialen Teilhabe.

Sowohl die gesundheitliche Beeinträchtigung als auch die Behinderung infolge sozialer und physischer Barrieren ziehen in aller Regel psychologisch-emotionale Auswirkungen nach sich, die zusätzliche Belastungen darstellen können. Diese Auswirkungen fanden in den bisherigen Modellen von Behinderung kaum Beachtung. Im medizinischen Modell von Behinderung wird lediglich das mögliche Verlusterleben thematisiert, das sich durch eine Gesundheitsbeeinträchtigung ergeben kann. Demnach können Menschen mit Behinderungen Wohlbefinden (wieder)erlangen, indem sie ihren Gesundheits- oder Funktionsverlust ausreichend betrauern (Johnson, 2011). Auch das soziale Modell der Behinderung greift das subjektive Erleben angesichts einer Behinderung nicht ausreichend auf, sondern betont vor allem die sozialen und strukturellen Barrieren (Reeve, 2002a; Watermeyer & Swartz, 2008). So wichtig diese „Außensicht“ und der daraus folgende Abbau von Barrieren sind, so wenig darf dadurch der Blick auf die individuelle, psychologisch-emotionale Ebene verstellt werden, da Menschen mit Behinderungen ansonsten nicht vollständig in ihrer Lebensrealität wahrgenommen werden können. Die emotionale Dimension von Behinderung soll daher im Folgenden anhand von drei relevanten und – trotz aller Vielfalt und Individualität – typischen Erfahrungen beleuchtet werden, die zur Lebensrealität vieler Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gehören: Stigmatisierung, Beziehungseinschränkungen und Fremdbestimmung.

3. Stigmatisierung

Stigmatisierungen sind sozial geteilte negative Bewertungen von Menschen, die aufgrund eines charakteristischen Merkmals (hier: einer Beeinträchtigung), zu einer negativ besetzten Kategorie (hier: den „Behinderten“) gehören. Diese negativen Bewertungen

basieren auf gesellschaftlich verbreiteten Vorurteilen, Zuschreibungen und Stereotypen und gehen mit der Tendenz einher, sich von Mitgliedern der jeweiligen Kategorie emotional und physisch zu distanzieren (Kurzban & Leary, 2001). Zwar existieren auch vereinzelte positive Zuschreibungen für Menschen mit Behinderungen (etwa das Klischee des „wahnsinnigen“ kreativen Genies), insgesamt fallen die Stereotype jedoch überwiegend negativ aus. Beispielsweise werden Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen oftmals als unberechenbar und gefährlich betrachtet, während Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen als inkompetent gelten.

Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen reichen in der Menschheitsgeschichte weit zurück² und sind in der Gesellschaft so weit verbreitet, dass sie oftmals nicht bewusst wahrgenommen werden. Sie können auch die Haltungen von Fachkräften beeinflussen, die dann ihren Klient_innen mit Behinderungen etwa die Rolle eines leidenden Opfers zuschreiben, bestehende oder vermeintliche Funktionseinschränkungen überbetonen oder aber vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten überbetonen und somit den Blick auf die tatsächlich erlebten Belastungen verstellen (Johnson, 2011). Solche und andere stigmatisierenden Einstellungen können bei den betroffenen Menschen tiefgreifende Gefühle von Abwertung, Ablehnung und Kränkung auslösen. Stigmatisierungen haben im Zusammenhang von Beeinträchtigung und Behinderung eine Schlüsselrolle, da sie als Haltung das gesamte Handeln von Fachkräften beeinflussen können. Daher ist es entscheidend, dass diese sich mit etwaigen eigenen, nicht bewussten negativen Einstellungen, Vorurteilen und Ängsten bezüglich Menschen mit Behinderungen auseinandersetzen (Reeve, 2002b).

Aus Sicht der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie handelt es sich dabei um eine Verletzung des Grundbedürfnisses nach bedingungsloser positiver Beachtung, die zur Entwicklung von Bewertungsbedingungen und dadurch zu Inkongruenzen und einer Entfremdung der Person von sich selbst führen kann (Johnson, 2011; Rogers, 1959/1987). Hier wird deutlich, dass im Umgang mit Menschen mit Behinderungen eine personenzentrierte, insbesondere von bedingungsloser positiver Beachtung geprägte Haltung sehr wirksam sein kann, um dem Prozess der Stigmatisierung entgegenzutreten und einer Person zu vermitteln, dass sie mitsamt ihren Beeinträchtigungen (und nicht trotz dieser) respektiert und angenommen wird.

4. Beziehungseinschränkungen

Soziale Eingebundenheit in Form von Bindungen und Beziehungen ist ebenfalls ein menschliches Grundbedürfnis, dessen Nichterfüllung vielfältige negative Auswirkungen nach sich zie-

hen kann (Deci & Ryan, 2000). Einbindung setzt Kontakte voraus. Infolge der noch immer anzutreffenden Abtrennung der Lebensorte von Menschen mit Beeinträchtigungen werden deren Kontaktmöglichkeiten zu Menschen ohne Beeinträchtigungen reduziert. Gleichzeitig führen die verbreiteten stigmatisierenden Haltungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen dazu, dass sie von nichtbeeinträchtigten Menschen gemieden werden. Darüber hinaus können kommunikative Besonderheiten oder Einschränkungen von Menschen mit Beeinträchtigungen, etwa infolge von Sinnes- oder ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen, das Knüpfen von Kontakten erschweren. In der Konsequenz haben Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu nichtbeeinträchtigten Menschen weniger soziale Beziehungen und erleben diese oftmals als unbefriedigend (Kendel & Thomas, 2004).

In bestehenden Beziehungen zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung kommt es aufgrund von stigmatisierenden Einstellungen häufig zu charakteristischen „Beziehungsverzerrungen“, indem Personen mit Beeinträchtigungen auf subtile Weise vermittelt wird, dass sie bedrohlich oder nicht in Ordnung seien (Watermeyer & Swartz, 2008). Als Reaktion auf diese Botschaften entstehen Gefühle wie Verletzung, Ärger, Frustration, Scham, Angst oder Ohnmacht (Johnson, 2011), die regelmäßig mit einem äußerlichen oder innerlichen Rückzug einhergehen. Während ein äußerlicher Rückzug zum Beziehungsabbruch führt, bewirkt ein innerlicher Rückzug eine Anpassung an die stigmatisierenden Haltungen des Gegenübers. So halten sich Personen mit Beeinträchtigungen in Beziehungen häufig zurück und vermeiden es insbesondere, ihre Beeinträchtigungen zum Thema zu machen. Sie verstecken einen Teil ihres Selbst, um ihr Gegenüber vor der „Zumutung“ zu schützen, die sie mit ihren Themen und ihrem So-Sein für andere ihrer Befürchtung nach darstellen (Watermeyer & Swartz, 2008). Selbst ein oberflächliches Angenommenwerden setzt demnach die Bereitschaft voraus, die eigene Beeinträchtigung vor anderen zu verstecken. Die Folge sind wenig authentische und damit wenig zufriedenstellende Beziehungen.

In Beziehungen zu Fachkräften können weitere verzerrende Faktoren hinzukommen, die Authentizität erschweren. So können Menschen mit Beeinträchtigungen sich auf die Unterstützung und den guten Willen der Fachkräfte angewiesen fühlen (bzw. sind dies tatsächlich). Wird diese ungleiche Machtverteilung nicht reflektiert, können Menschen mit Beeinträchtigungen sich aus Angst vor negativen Konsequenzen an die Fachkräfte anpassen oder sich unterordnen. Darüber hinaus werden helfende Tätigkeiten oftmals als Quelle der Befriedigung für die Helfer_innen betrachtet. Aus Sicht der hilfeschuchenden und -empfangenden Personen kann dies eine an sie gestellte Erwartung bedeuten, ihren Teil dazu beizutragen, dass die Helfer_innen entsprechende positive und „lohnenswerte“ Erfahrungen machen. Hinzu kommt die allgemeine gesellschaftliche Erwartung, für geleistete Hilfe dankbar zu sein (ebd.). Menschen mit Beeinträchtigungen

können dadurch die Rolle dankbarer und „braver“ Klient_innen einnehmen, die sich an den Erwartungen der Fachkräfte orientieren und sich diesen nicht so „zuzumuten“, wie sie wirklich sind. Eigene Erfahrungen und Selbstanteile, die man als beschämend bewertet und deshalb verstecken möchte, gehören zum allgemeinen Spektrum menschlicher Erfahrung, das auch von Personen ohne Beeinträchtigungen geteilt wird. Durch die beschriebenen Prozesse der Beziehungsverzerrung erfahren Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch oftmals von frühester Kindheit an wenig bedingungslos positive Beachtung und Empathie und schließen deshalb Anteile ihres Erlebens aus ihren Beziehungen aus (Zinschitz, 2003). Wenn sich dies im Rahmen von helfenden Beziehungen fortsetzt, wird Menschen mit Beeinträchtigungen die entlastende Erfahrung versperrt, mit ihren belastenden Themen wirklich gesehen und angenommen zu werden. Der Personenzentrierte Ansatz betrachtet zwischenmenschliche Beziehungen als den zentralen Wirkfaktor für konstruktive Veränderungen und Entwicklungen und stellt daher die „Beziehungsarbeit“ in den Vordergrund (Behr, Hüsson, Luderer & Vahrenkamp, 2017; Helle, 2014; Rogers, 1959/1987). Menschen mit Beeinträchtigungen alternative, nämlich insbesondere von bedingungsloser positiver Beachtung geprägte, somit „anti-stigmatisierende“ und dadurch korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, macht das Herzstück personenzentrierter Arbeit aus. Indem Menschen in der Begegnung mit personenzentriert orientierten Helfer_innen die Erfahrung machen, dass sie mit ihren beschämenden Anteilen tatsächlich beachtet und gewürdigt werden, kann es ihnen gelingen, sich selbst und ihr eigenes Erleben anzunehmen und sich dadurch als Person zu entfalten und zu wachsen (Locher, 2013; Zinschitz, 2003).

Rogers stellte hierzu bereits 1951 die (Prüf-)Frage, ob man als Fachperson tatsächlich jedem Menschen seine Würde zugeht und ihn als Person von Wert behandelt oder ob man ihn insgeheim durch Haltung und Verhalten abwertet (Rogers, 1951/1983, S. 35). Er knüpfte daran die Frage, ob man die Befähigung und das Recht des Individuums zur Selbstlenkung tatsächlich achtet oder aber insgeheim glaubt, dass das Leben der anderen am besten von einem_r selbst geleitet wird (ebd.). Dieser im Kontext von Behinderung sehr bedeutsamen Frage wird im folgenden Abschnitt nachgegangen.

5. Fremdbestimmung

Stigmatisierende Haltungen und damit verbundene Ängste bewirken nicht nur Ausgrenzung und Distanzierung, sondern häufig auch ein Bedürfnis nach Kontrolle über die (wahrgenommene) Bedrohung. Dies führt häufig dazu, dass Menschen mit Beeinträchtigungen eine mehr oder weniger ausgeprägte Fremdbestimmung erfahren (Watermeyer & Swartz, 2008). Fremdbestimmung stellt eine soziale Barriere dar und verletzt das psychische Grundbedürfnis nach Autonomie. Die Folge sind Ohnmachtsgefühle und eingeschränktes Selbstwirksamkeitserle-

² Es wird von einer evolutionären Funktion von Stigmatisierungsprozessen ausgegangen. Im Zusammenhang mit Menschen mit Beeinträchtigungen besteht die angemessene evolutionäre Funktion hauptsächlich darin, sich durch die Herstellung von sozialer Distanz einerseits vor einer vermeintlichen „Ansteckung“ oder „Abfärbung“ zu schützen und andererseits den eigenen sozialen Status nicht durch Assoziation mit einer negativ besetzten Gruppe zu gefährden (Kurzban & Leary, 2001).

ben (Deci & Ryan, 2000; Theunissen, 2013). Fremdbestimmung verkleidet sich oftmals als Fürsorglichkeit, die durch die tatsächliche oder stereotyp unterstellte Unselbstständigkeit von Menschen mit Behinderungen legitimiert wird. Einrichtungen der Teilhabe zeigten und zeigen noch heute eine Tendenz, ihrem Betreuungsauftrag sehr umfassend nachzukommen, ohne genau zu prüfen, was im Einzelfall notwendig ist und was nicht (bis hin zu „totalen Institutionen“; Goffman, 1961/1972). Regelmäßig wird Menschen mit solchen Beeinträchtigungen, die nur einen Teilbereich ihres „Funktionierens“ betreffen, die Verantwortung für wesentliche Alltags- und Lebensentscheidungen komplett abgenommen (Pörtner, 2008/2019). Dies betrifft insbesondere Personen mit geistigen Beeinträchtigungen, denen – in der Regel zu Unrecht – in stereotyper Weise jegliche kognitive (Entscheidungs-)Kompetenz abgesprochen wird.

Das aus dem 19. Jahrhundert stammende Selbstverständnis der Medizin begünstigt Tendenzen zur Fremdbestimmung, da es eine klare Machtverteilung zwischen Helfenden und Hilfesuchenden vorsieht: Auf der einen Seite stehen „Patient_innen“, die den Anweisungen des medizinischen Personals Folge zu leisten haben (Theunissen, 2013). Auf der anderen Seite befinden sich Expert_innen, die Krankheiten (statt Menschen) behandeln und denen traditionell eine geradezu obrigkeitliche Macht³ zukommt (Johnson, 2011). Noch heute spiegelt sich diese Hierarchie im Gesundheitssystem in unkritisch benutzten Begriffen wie „Einweisung“, „Verordnung“, „Compliance“ oder „Widerstand“ wider. Ein derartiges Selbstverständnis kann Fachkräfte der Teilhabe darin bestärken, sich auch über einen tatsächlichen Betreuungsbedarf hinaus in die Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen einzumischen, ohne diese dabei einzubeziehen. Darüber hinaus unterliegen Fachkräfte nicht nur dem Druck des Tripel-Mandats, also der Spannung zwischen den Aufträgen der Klientel, dem Leistungsträger und dem Anspruch der eigenen Profession (Staub-Bernasconi, 2018), sondern generell einem Druck, sich moralisch angreifbar zu machen und nach „außen“ Rechenschaft ablegen zu müssen, z. B. gegenüber Leitungspersonen und Angehörigen. Daraus kann eine falsch verstandene Fürsorgepflicht erwachsen. Vor allem in besonderen Wohnformen (vormals vollstationären Wohnformen) kann dies dazu verleiten, „erzieherisch“ tätig zu werden und so das Verhalten der dort betreuten Menschen und ihren gesamten Alltag den Vorstellungen der Fachkräfte entsprechend zu formen (Pörtner, 2008/2019).

Rogers (1951/1983) distanzierte sich schon früh von solchen medizinisch geprägten Haltungen (Auckenthaler, 2012; Biermann-Ratjen et al., 2016), indem er hilfesuchende Menschen als eigenverantwortlich mitwirkende „Klient_innen“ statt als passiv empfangende „Patient_innen“ betrachtete (Biermann-Ratjen & Eckert, 2017). Bereits in seinen frühesten Ausführungen zu der von ihm entwickelten „neueren“ Therapie (in Abgrenzung zu

damals „älteren“ Ansätzen) betonte Rogers (1942/1972, S. 37), dass sein Ansatz die Erhöhung der Unabhängigkeit der Klient_innen zum Ziel hat (vgl. Finke, in diesem Heft). Aus seiner Sicht dient Therapie nicht dazu, Menschen dazu zu bringen, etwas Bestimmtes für sich selbst zu tun, sondern „beseitigt Hindernisse, damit [die Person] sich wieder vorwärts bewegen kann“ (ebd.). Im Fokus des nicht-direktiven Ansatzes stehe das Recht des Individuums auf psychische Unabhängigkeit, während andere Ansätze großen Wert auf soziale Anpassung und „das Recht des Fähigeren, den Unfähigeren zu lenken“ (ebd., S. 119), legten. Obwohl sich diese Ausführungen ursprünglich auf Beratung und Psychotherapie bezogen, lässt sich gerade die letzte Formulierung direkt auf den Kontext von Menschen mit Behinderungen und das sie unterstützende System der Eingliederungshilfe übertragen. In der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen ist die Anerkennung und Förderung von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung – im Einklang mit den Zielen des BTHG – ein zentrales Anliegen. Hier wird die genuine Passung zwischen dem Personenzentrierten Ansatz und dem Kontext der Eingliederungshilfe besonders deutlich.

Respekt für Eigenverantwortung darf jedoch nicht einer „Laissez faire“-Haltung gleichkommen. Insbesondere Menschen, die aufgrund ihrer seelischen oder geistigen Beeinträchtigungen Hilfen ablehnen, dürfen nicht einfach unter Verweis auf ihre Selbstbestimmung alleingelassen werden (Locher, 2013). Im Kontext der Arbeit mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen formulierte Theunissen (2013) das Konzept der intervenierenden Assistenz (S. 70). Er versteht darunter vermittelnde und auch aktiv eingreifende Unterstützungsformen, die in kritischen Situationen (wie Selbstgefährdungen oder Krisen) angemessen sein können, wenn beispielsweise eine aufgrund ihrer schweren kognitiven Beeinträchtigung nicht orientierte Person dazu neigt, wegzulaufen und sich dadurch in Gefahr zu bringen. Intervenierende Assistenz geht jedoch über unreflektiertes Eingreifen hinaus und ist an der Autonomie der Person orientiert. Diese Gratwanderung kann nur auf dem Boden einer vertrauensvollen Beziehung gelingen und setzt bei den Fachkräften ein hohes Maß an Empathie und Sensibilität voraus.

6 Fazit

Wenn Menschen mit Behinderungen über lange Zeit (oftmals beginnend in frühester Kindheit) ausgeprägte Fremdbestimmung erfahren haben, sind sie häufig daran gewöhnt, dass über sie entschieden wird. Fachkräfte, die die Selbstbestimmung von beeinträchtigten Menschen fördern wollen, müssen diesen zunächst die Möglichkeit aufzeigen, eigene Wünsche und Bedürfnisse überhaupt wahrzunehmen und zu äußern, bevor sie auf dieser Grundlage eigene Ziele formulieren und verantwortli-

che Entscheidungen treffen können. In seiner Beschreibung von Therapieverläufen konstatierte Rogers, dass neue oder wiederentdeckte Autonomie zunächst Angst machen kann und bei der Erprobung von autonomen Entscheidungen auch aus Fehlern gelernt werden muss. Mit fortschreitendem Prozess können jedoch das Vertrauen in sich selbst, die eigenen Gefühle und Entscheidungen wachsen (Rogers, 1961/1973, S. 171/172). Hier spielt die Haltung der Fachkräfte eine große Rolle: Je mehr es gelingt, echtes Vertrauen in Klient_innen und deren Entscheidungen zu entwickeln und zu vermitteln, desto eher können daraus schrittweise Veränderungen in Richtung Selbstverantwortung erwachsen (Locher, 2013). Und gerade dann, wenn die Möglichkeiten zur Verantwortungsübernahme, etwa angesichts schwerer geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen oder enger institutioneller Rahmenbedingungen, stark eingeschränkt sind, ist es umso wichtiger, die Selbstverantwortung im Kleinen zu erhalten, wo immer dies möglich ist (Pörtner, 2008/2019).

Das Potenzial des Personenzentrierten Ansatzes in Bereichen der Teilhabe basiert hier insbesondere auf dem personenzentrierten Beziehungsangebot mit seinen Aspekten des psychosozialen Kontakts, der bedingungsreichen positiven Beachtung, des empathischen Verstehens und der Echtheit in der Beziehung (Rogers, 1959/1987, S. 46). Ausgehend von den diskutierten psychologisch-emotionalen Aspekten, die Teil des inneren Bezugsrahmens von Menschen mit Beeinträchtigungen sein können, wird deutlich, dass der Personenzentrierte Ansatz in Settings der Eingliederungshilfe eine hohe Passung zu den Problemen und Bedürfnissen von Menschen mit Beeinträchtigungen aufweist. Er erscheint daher in der Eingliederungshilfe mit ihren vielfältigen Zielgruppen und Settings als grundlegende und übergeordnete „Handlungsgrammatik“ (Becker, 2014, S. 208) besonders geeignet für die dort tätigen Fachkräfte.

Insbesondere ergeben sich zwei Schwerpunkte, die bei der differenziellen Verwirklichung des personenzentrierten Beziehungsangebots in diesem Kontext beachtet werden sollten. Erstens sollten Fachkräfte in Bereichen der Teilhabe dazu bereit und in der Lage sein, ihre eigenen, möglicherweise verborgenen Vorurteile, Ängste und Unsicherheiten bezüglich (Menschen mit) Beeinträchtigungen und Behinderungen aufzuspüren, zu explorieren und im Rahmen von Selbsterfahrung und Supervision zu reflektieren. Dadurch können sie in den Begegnungen mit den ihnen anvertrauten Klient_innen bedingungsfrei(er), empathisch(er) und kongruent(er) sein. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Beeinträchtigungen korrigierende Beziehungserfahrungen machen und sich in der Sicherheit einer nicht stigmatisierenden Atmosphäre unbefangen sich selbst und ihrem eigenen Erleben zuwenden können.

Zweitens sollten sich Fachkräfte zur „Schärfung“ ihrer personenzentrierten Haltung immer wieder bewusst machen, dass der soziale, historische und kulturelle Kontext von Behinderung massiv von Unterdrückung und Fremdbestimmung geprägt war und noch immer ist. Selbst- und Fremdbestimmung, Macht und

Ohnmacht, Autonomie und Abhängigkeit sind daher Themen, die im inneren Bezugsrahmen von Klient_innen mit Behinderungen häufig eine große Rolle spielen, auch (und gerade) wenn sie nicht direkt ausgesprochen werden. Fachkräfte sollten daher im Kontakt mit Klient_innen sehr sensibel und aufmerksam für alle Themen und Aspekte sein, die mit Macht zu tun haben – insbesondere innerhalb der helfenden Beziehung selbst (Johnson, 2011). Denn eine der genuinen Stärken des Personenzentrierten Ansatzes, die sein großes Potenzial allgemein und besonders in der Arbeit mit Menschen mit stigmatisierenden Erfahrungen ausmacht, ist seine ausdrückliche und konsequente Betonung der Fähigkeit und des Rechts zur Selbstbestimmung, die untrennbar mit jedem Menschen – „behindert“ oder nicht – verbunden ist: „Es geht nicht darum, daß dieser Ansatz der Person Macht verleiht; er nimmt sie ihr niemals weg“ (Rogers, 1977/1992, S. 8).

Literatur

- Aly, G. (2013). *Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte*. Frankfurt: Fischer.
- Auckenthaler, A. (2012). *Kurzlehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie: Grundlagen, Praxis, Kontext*. Stuttgart: Thieme.
- Becker, H. (2014). Sozialraumorientierung – personenzentriert: Inklusion auch für Menschen mit schwersten Behinderungen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 45(4), 208–215.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen. Bd. 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie: Personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2017). *Gesprächspsychotherapie. Ursprung – Vorgehen – Wirksamkeit* (Reihe: Psychotherapie kompakt). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen* (Reihe: Verhaltensmodifikation; 10., aktual. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2018). *Fragen und Antworten zum Bundesteilhabegesetz (BTHG)*. Berlin: BMAS. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Fragen-und-Antworten-Bundesteilhabegesetz/faq-bundesteilhabegesetz.html> [06.12.2021].
- Buschmann-Steinhage, R. (2017). Das Bundesteilhabegesetz: Lob und Kritik. *Die Rehabilitation*, 56, 82–85.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Degener, T. & Miquel, M. v. (2019). Aufbrüche und Barrieren in den Disability Studies, in Recht und Politik. Eine Einführung. In T. Degener & M. v. Miquel (Hrsg.), *Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er-Jahren* (S. 7–14). Bielefeld: Transcript.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp (englisches Original erschienen 1961).
- Gramp, G. (2018). *Die ICF verstehen und nutzen* (2., unveränd. Aufl.). Köln: Balance (Erstaufl. erschienen 2018).
- Helle, M. (2014). Die Gesprächspsychotherapie. In W. Eberwein & M. Thielen (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 53–78). Gießen: Psychosozial.
- Johnson, C. (2011). Disabling barriers in the person-centered counseling relationship. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10, 260–273.
- Kendel, B. & Thomas, R. (2004). Einsamkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. In E. Wüllenweber (Hrsg.), *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung* (S. 112–130). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kurzban, R. & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127, 187–208.
- Locher, M. (2013). Personenzentrierte Beratung in psychiatrischen Institutionen. In S.

³ Im Kontext von Menschen mit Behinderungen zeigte sich dies mit trauriger Eindringlichkeit in der einflussreichen Stellung des medizinischen und pflegerischen Personals innerhalb der Tötungsbürokratie der sogenannten „Euthanasie“-Programme im Dritten Reich (vgl. Aly, 2013).

B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen* (S. 186–194). Weinheim: Juventa.

Pörtner, M. (2019). *Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen* (13., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (letzte überarb. Aufl. erschienen 2008).

Reeve, D. (2002a). Negotiating psycho-emotional dimensions of disability and their influence on identity constructions. *Disability & Society*, 17, 493–508.

Reeve, D. (2002b). Oppression within the counselling room. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2, 11–19.

Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler (englisches Original erschienen 1942).

Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Konzepte der Humanwissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1961).

Rogers, C. R. (1992). *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung* (Reihe: Geist und Psyche). Frankfurt: Fischer (englisches Original erschienen 1977).

Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy* (Reihe: Geist und Psyche; 4., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Fischer (englisches Original erschienen 1951).

Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959).

Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollst. überarb. u. aktual. Aufl.). Opfaden: Budrich.

Theunissen, G. (2013). *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und soziale Arbeit* (3., aktual. Aufl.). Freiburg: Lambertus.

Watermeyer, B. & Swartz, L. (2008). Conceptualising the psycho-emotional aspects of disability and impairment: The distortion of personal and psychic boundaries. *Disability & Society*, 23, 599–610.

Zinschitz, E. (2003). Behindertenarbeit. In G. Stumm, J. Wiltshko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 46–48). Stuttgart: Klett-Cotta.



Foto: Stütze

Stefan Stütze, M.Sc., geb. 1982, Gesundheits- und Krankenpfleger, Psychologe, langjährig in verschiedenen (sozial)psychiatrischen Settings tätig, heute in eigener Praxis in Berlin als Personenzentrierter Berater (GwG), Supervisor (DGSv), GwG-Weiterbildungsleiter, familienrechtspsychologischer Sachverständiger.

Kontakt: info@stefanstuetze.de



Foto: Schade

Daniela Schade, B.A., geb. 1985, Heilerziehungspflegerin, Sozialarbeiterin, Personenzentrierte Gesprächsführung (GwG), Tätigkeit im Bereich der Teilhabe.

Kontakt: personenzentrierte-gespraech@posteo.de

Organisationelle Einbettung personenzentrierter Herangehens: Berufsübergreifende Implikationen für die Arbeit mit Betroffenen von Menschenhandel

Yvette Völschow und Catharina Hübner

Zusammenfassung: Dieser Beitrag befasst sich mit den Ursachen und den Folgen von Menschenhandel zum Zweck sexueller Ausbeutung und Zwangsprostitution. Dabei zeigt sich, dass Betroffene nicht selten aufgrund der ausbeutungsspezifischen Dynamiken traumatisiert und als „Hard to reach“-Klientel zu beschreiben sind. Dies erfordert einen entsprechenden Umgang der in diesem Bereich tätigen professionellen Akteur_innen, wie Polizei, Ordnungs- bzw. Gesundheitsamt und (psycho)soziale Arbeit. Daher wird aufgezeigt, warum die personenzentrierte Herangehensweise eine wichtige Ressource bei der Unterstützung von Frauenhandelsopfern darstellt. Dabei werden neben der Anbahnung der professionellen (Beratungs-)Beziehung auch ausgewählte Chancen, Begrenzungen und Gelingensbedingungen ihrer Implementierung thematisiert.

Schlüsselbegriffe: Personenzentrierter Ansatz, Menschenhandel, Zwangsprostitution

1. Ursachen, Täter_innenstrategien sowie Folgen von Menschenhandel zum Zweck sexueller Ausbeutung und Zwangsprostitution

Bei Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung und Zwangsprostitution (MHS/ZP) handelt es sich um ein weltweit verbreitetes Verbrechen, das die psychische und körperliche Unversehrtheit der Opfer tiefgreifend beeinträchtigt und schwerwiegende sowie langfristig wirkende Folgen nach sich zieht, die sich fachlich oft als Posttraumatische Belastungsstörungen

(PTBS) einordnen lassen (Gahleitner, Heiler, Schneider, Gerlich & Hinterwallner, 2021b, S. 151f.). Dennoch steht MHS/ZP bis heute im Wahrnehmungsschatten gesellschaftlicher Diskurse, obwohl die Vereinten Nationen das internationale Protokoll von Palermo zur Verhütung, Bekämpfung und Bestrafung des Menschenhandels, insbesondere des Frauen- und Kinderhandels, schon 2005 durch die Mitgliedstaaten verabschiedet haben. Das EU-Parlament verpflichtete die Mitgliedstaaten daher, der Ratifizierung und konkreten Implementierung der Abmachung oberste Priorität zu verleihen (EU 2011/36/EU, 2011; OHCHR, 2000).

Die Untersuchung der Hintergründe bzw. Ursachen von MHS/ZP zeigt, dass die in vielen Ländern vorherrschenden schwierigen sozioökonomischen Schieflagen insbesondere Frauen benachteiligen (Völschow & Janßen, i. E.; Howe, 2021). Sie befinden sich daher nicht selten – mitverursacht durch schlechtere Bildungschancen, strukturelle Diskriminierung und Gewalt – in Notlagen, die sie gerade im Lebensalter unter 25 Jahren mit Blick auf MHS/ZP besonders vulnabel machen. Immer wieder spielen auch frühe Zerrüttung in den Herkunftsfamilien der Betroffenen mit Gewalterfahrungen, generelle Desintegration und Bindungslosigkeit eine Rolle und verstärken die besondere Vulnerabilität dieser Betroffenen (Körner & Huber, 2021).

Die Wege in die Zwangsprostitution – also die Anwerbung – erfolgt durch Täter_innen, die Betroffene direkt und zuweilen indirekt über Job-Annoncen mit hoffnungsvoll klingenden Angeboten im Zielland anwerben, z. B. als Kinderbetreuerin, Reinigungskraft, Kellnerin. Schon hierbei werden Betroffene i. d. R. bezüglich der angepriesenen Tätigkeit bewusst getäuscht und anschließend über unterschiedliche Methoden genötigt und gezwungen, in der Prostitution zu arbeiten (Völschow, Körner & Janßen, i. E.). Andere Betroffene entscheiden sich freiwillig für die meist als vorübergehende Lösung angedachte Ausübung der Prostitution, die oft ohne Sprachkenntnisse möglich ist. So möchten sie ihren Lebensunterhalt verdienen und hoffen darauf, von dort aus neue und bessere Chancen wahrnehmen zu können (Rabe, 2013). Dabei entscheiden sie sich aber nicht freiwillig für die erzwungene und fremdbestimmte Ausbeutungsform.

Insbesondere bei der Anwerbung von Opfern aus stark marginalisierten Gruppen und ethnischen Minderheiten, wie es beispielsweise in Rumänien oder Bulgarien der Fall sein kann, wirken oft direkte familiäre Verstrickungen wie Verwandte aus dem weiteren (Groß-)Familienkreis oder auch nahe Bekannte der Familie, die die Betroffenen nicht selten systematisch und gezielt in die Prostitution bringen (BKA, 2019, S. 19; Zietlow & Baier, 2017). Andere Täter_innen aus demselben Kulturkreis nutzen diese besondere Nähe aus, um z. B. der Familie des Opfers Schaden anzudrohen und so mittels Drucks eine Aufde-

ckung durch Kooperation der Opfer mit Behörden oder Hilfestrukturen im Zielland zu unterbinden (Körner & Huber, 2021).

Nicht nur, aber oft wird bei deutschen Betroffenen von Tätern die sogenannte Loverboy-Methode angewendet. Hier bauen die Täter eine intime Liebesbeziehung zum Opfer auf, um es anschließend zu bitten bzw. zu drängen, ihnen durch den Einstieg in die Prostitution aus einer (fingierten) finanziellen Notlage zu helfen (BKA, 2021). Bei Betroffenen aus außereuropäischen Ländern wie Nigeria werden häufig die für diese Kultur typischen – aus europäischer Perspektive unter Aberglauben fallende – Juju- oder Voodoo-Rituale, die für die Betroffenen eine enorme Bindungskraft enthalten, genutzt, um Kontrolle über die Opfer auszuüben (Huber & Körner, 2021).

Prinzipiell erhöht also eine kulturelle, familiäre und/oder emotionale Nähe die Verstrickung zwischen dem Opfer und dem Täter_in. Sie macht es den Betroffenen besonders schwer, mögliche Konsequenzen abzuschätzen und sich zu distanzieren. Im Zuge der Ausbeutung wirkt später gerade hier der erfahrene fundamentale zwischenmenschliche Vertrauensverlust besonders gravierend und entsprechend nachhaltig (Baier & Zietlow, 2021). Die emotionale Verbundenheit des Opfers hat in dieser Ausbeutungsform auch bedeutungsvolle Bindungsaspekte zum Täter_in. So begünstigt diese Verflechtung pathologische Bindungen, die für das Opfer zu nachhaltigen Schädigungen auf allen psychosozialen Ebenen führen kann und im Zuge derer Brisch (2016/2018) von Bindungstraumatisierung spricht.

Grundsätzlich ist zu betonen, dass sich unabhängig vom Zugang zur Zwangsprostitution am Status und an der Hilfebedürftigkeit der Opfer nichts ändert und sie vor Stigmatisierung geschützt werden müssen. Egal aus welchem Herkunftsland die Betroffenen jeweils stammen und über welchen Weg sie in die Dynamik von MHS/ZP gelangen, wirken sich bei vielen die anhaltenden Bedrohungs-, Erpressungs- und Gewalterfahrungen im Zuge der sexuellen Ausbeutung mit ihrer Untergrabung des Selbstbestimmungsrechts auf die psychische Verfassung und Persönlichkeitsentwicklung der Frauen¹ aus. Besonders dramatisch dabei ist, dass viele Opfer unter 21 Jahren alt und damit in ihrer Persönlichkeitsentwicklung noch nicht gefestigt sind. Laut Bundeslagebericht des Jahres 2020 z. B. waren 42,7 % der Opfer unter 21 Jahren alt (BKA, 2021, S. 9). Einschränkung ist anzumerken, dass dieser Wert eine leichte Verzerrung widerspiegeln könnte, da die Altersgruppe der unter 21-Jährigen in der Prostitution einem besonderen Schutz unterliegt und damit durch strengere Kontrollen deren polizeiliche Identifizierung eher begünstigt wird als bei älteren Betroffenen.

Bei vielen Betroffenen führen die oft als lebensbedrohlich empfundenen, wiederkehrenden durch Täter_innen und auch Freier erfahrenen Gewalterlebnisse zu einer Reihe von Symp-

¹ Laut Statistik des BKA (2017, 2019, 2020) und übereinstimmend KOK (2021) handelt es sich bei zwischen 93 bis 99 % um weibliche Betroffene.