

Geistige Behinderung und Sexualität

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences
Fakultät: Soziale Arbeit, Gesundheit & Pflege

Verfasserin: Majlis Maaß
Matrikelnummer: 736350
Betreuer: Prof. Dr. Arnold Pracht
Zweitprüferin: Prof. Dr. Nina Kölsch- Bunzen

Esslingen, den 11.11.2011

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Hauptteil: Geistige Behinderung und Sexualität.....	7
1. Begriffsklärung	7
1.1 Geistige Behinderung	7
1.2 Sexualität und ihre Funktionen.....	8
1.2.1 Die verschiedenen Funktionen von Sexualität	9
2. Sexualität und geistige Behinderung	11
2.1 Das Menschenbild von geistiger Behinderung in der Gesellschaft	11
2.2 Sexualität und das Recht auf Selbstbestimmung	12
2.3 Rechtliche Grundlagen	16
2.3.1 Sterilisation.....	16
2.3.2 Empfängnisverhütung.....	18
2.3.3 Schwangerschaftsabbruch	18
2.3.4 Ethische Aspekte zur Sterilisation und Verhütung.....	18
3. Die Lebensstrukturen und deren Auswirkung auf Sexualität.....	21
3.1 Familiäre Bedingungen	21
3.1.1 Auswirkungen auf die Sexualität.....	23
3.2 Institutionelle Bedingungen	24
3.2.1 Auswirkungen auf die Sexualität.....	25
4. Passive und aktive Sexualassistenz und ihre Möglichkeiten.....	27
4.1 Sexualerziehung und Sexualberatung als passive Sexualassistenz.....	31
4.2 Sexualbegleitung als aktive Sexualassistenz	34
4.3 Sexualität und Inklusion	38
4.4 Sexualassistenz – Verhinderungsgrund von Inklusion?.....	39
4.5 Sexualassistenz aus Sicht der Betroffenen	43
4.6 Sexualassistenz aus Sicht des Fachpersonals.....	44
5. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit.....	46
5.1 Empowerment und das Recht auf Sexualität.....	46
5.2 Sexualität unter Blickwinkel der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch.....	50

Inhaltsverzeichnis	3
--------------------	---

Fazit	53
-------------	----

Ausblick.....	54
---------------	----

Literaturverzeichnis	56
----------------------------	----

Anhang.....	61
-------------	----

Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

(Artikel 3, Absatz 3 Grundgesetz)

Einleitung

Die Sexualität ist Teil des menschlichen Lebens und gehört zur Normalität unserer Gesellschaft. Mit ihr drücken Menschen verschiedene Empfindungen und Gefühle aus. Dazu bedarf es nicht allein der Genitalsexualität, sondern auch den Gefühlen und den Verbalitäten, die im gegenseitigen Austausch stattfinden. Die Sexualität beeinflusst das Leben eines Menschen, seine Entwicklungen und die Formen des Zusammenlebens.

Doch was für Menschen ohne eine Behinderung Normalität ist, stellt für Menschen mit einer geistigen Behinderung oftmals eine Schwierigkeit dar.

Während meiner Arbeit auf einer Frauenwohngruppe mit geistiger und teilweise auch körperlicher Behinderung bekam ich den Einblick, dass es für diese Menschen keine Möglichkeiten gibt ihre Sexualität auszuleben. Ebenso wurde über das Thema Sexualität nicht gesprochen, obwohl eine der Frauen in einer Partnerschaft gelebt hat.

Hier zeigt sich, dass die Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung immer noch teilweise als ein Tabuthema gilt. Sexualität und Behinderung passen scheinbar nicht zusammen.

Die natürliche Sexualität bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist keine Selbstverständlichkeit in deren Leben. Obwohl die Gesellschaft gegenüber diesem Thema und der Lebenssituation dieser Menschen sensibilisiert ist, stellt die Umsetzung von sexualpädagogischen Inhalten vor Ort noch häufig ein Problem dar (vgl. Specht in Schmidt, Sielert 2008, S. 295).

Bei vielen Menschen kommen bei Fragen über die Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung Unsicherheiten und das Gefühl von Hilflosigkeit auf. Dies liegt häufig daran, dass diese Menschen ihre Sexualität anders ausleben. Damit konfrontieren sie Menschen ohne eine Behinderung mit deren eigenen Vorstellungen und Wünschen (vgl. Bosch 2004, S.26).

Doch vielerorts bekommen Menschen mit einer geistigen Behinderung immer häufiger die Möglichkeiten ihre Sexualität auszuleben. Durch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, durch den Ansatz der Inklusion, sowie der immer mehr an Bedeutung gewinnende Ansatz des Empowerments kann die Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung immer häufiger verwirklicht werden.

Die Gesellschaft hat erkannt, dass den Menschen mit einer geistigen Behinderung die gleichen Rechte und Grundbedürfnisse, sowie deren Verwirklichung zufallen müsste. In vielen Fällen ist das eigentliche Handicap für diese Menschen nicht ihre Behinderung selbst, sondern deren Lebensverhältnisse, die ihre Entwicklung und die Chancen auf eine natürliche Sexualität beeinträchtigen (vgl. Specht in Schmidt, Sielert 2008, S. 305).

Diese Bachelorarbeit will den Fragen nachgehen, inwieweit das Recht auf Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung realisiert wird, inwieweit die Lebensstrukturen von ihnen darauf noch einen Einfluss haben und welche Möglichkeiten zur Verwirklichung ihrer Sexualität existieren und wie sie in der Praxis angenommen und umgesetzt werden. Dabei werden auch die Aufgaben der Sozialen Arbeit zu diesem Thema in den Fokus gesetzt.

Zu Beginn wird der Begriff der geistigen Behinderung mittels der Klassifikation des ICF geklärt. Des Weiteren wird in Kapitel eins der Begriff der Sexualität und ihrer unterschiedlichen Funktionen beschrieben.

Ausgehend von diesen Begrifflichkeiten wird in Kapitel zwei das Menschenbild von geistiger Behinderung in der Gesellschaft beleuchtet. Dabei werden ebenso die teilweise immer noch herrschenden Vorurteile und Vorstellung gegenüber der Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung dargestellt.

Welche Auswirkungen diese auf das Recht der sexuellen Selbstbestimmung haben und inwieweit diese Selbstbestimmung schon in der Praxis aufgenommen wurde, wird ebenso in Kapitel zwei aufgezeigt. Dies geschieht mit Hilfe von Standards und Kriterien, die die Akzeptanz bzw. Verhinderung der Sexualität und das Recht auf Selbstbestimmung verdeutlichen.

Zur Untermauerung der sexuellen Selbstbestimmung wird daher auch in diesem Kapitel die rechtlichen Grundlagen geklärt. Hierzu gehört auch das problematische Thema der Sterilisation, welches bei der Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung meistens eine Rolle spielt. Ebenso wird die Empfängnisverhütung und der Schwangerschaftsabbruch beleuchtet. Daraufhin erfolgt eine ethische Diskussion.

Das Kapitel drei handelt von den Lebensstrukturen der Menschen mit einer geistigen Behinderung und ihre Auswirkungen auf die Sexualität. Dies wird am Beispiel der Familien, bzw. Eltern und den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe dargelegt.

Anschließend wird in Kapitel vier das Konzept der passiven und aktiven Sexualassistenz dargestellt. Mit diesem neuen Konzept besteht für Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zur Verwirklichung ihrer sexuellen Wünsche und Bedürfnisse. Dabei wird die Sexualberatung als passive Sexualassistenz und die Sexualbegleitung als Form der aktiven Sexualassistenz vorgestellt. Hierbei wird den Fragen nachgegangen, inwiefern dieses Konzept in der Praxis akzeptiert und umgesetzt wird und inwiefern das Konzept von Betroffenen selbst und den Mitarbeiter der Behindertenhilfe angenommen wird.

In Fachkreisen wird vor allem die Sexualbegleitung kritisch als Sonderbehandlung diskutiert. Dabei stellen sich die Fragen: Würde vor dem Hintergrund der Forderung nach dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung diese durch die Sexualbegleitung gehemmt werden? Und wäre die Sexualbegleitung ein Verhinderungsgrund von Inklusion? Diese Fragen wird in Kapitel vier vor dem Hintergrund des Inklusionsgedanken und dessen Auswirkungen und Möglichkeiten für die Sexualität ebenfalls nachgegangen.

Abschließend werden die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Bereich der geistigen Behinderung und Sexualität aufgezeigt. Dabei werden die Möglichkeiten des Empowerment, sowie die Theorie der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch zur Verwirklichung der Sexualität dargestellt.

Am Ende steht das Fazit, sowie der Ausblick.

Hauptteil: Geistige Behinderung und Sexualität

1. Begriffsklärung

1.1 Geistige Behinderung

Die Begriffsklärung der geistigen Behinderung erfolgt mithilfe der ICF, die „International Classification of Functioning, Disability and Health“, die von der WHO (World Health Organisation) entwickelt wurde. Die Übersetzung von ICF in deutscher Sprache lautet „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“.

Die ICF ist ein Konzept, das sich auf die funktionale Gesundheit bezieht.

Funktional gesund bedeutet, dass die körperlichen und mentalen Funktionen und Strukturen einer Person mit denen eines gesunden Menschen übereinstimmen.

Des Weiteren ist eine Person funktional gesund, wenn sie an allen Lebensbereichen teilhaben kann, genauso wie ein gesunder Mensch ohne körperliche und mentale Beeinträchtigungen aktiv am Leben teilnimmt.

Das Konzept bezieht sich folglich auf die biologischen, psychischen und sozialen Komponenten von Gesundheit unter dem Blickwinkel der Kontextfaktoren eines Menschen.

Die ICF bezieht in ihrer Klassifikation von Behinderung auch die Umweltfaktoren mit ein. Diese wirken neben den gesundheitlichen Problemen auch auf die sozialen Beeinträchtigungen eines Menschen (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen 2005, S. 4-5).

Die ICF spricht dann von einer Behinderung, wenn die physiologischen und die psychologischen Körperfunktionen, sowie die Körperstrukturen, also Organe, Gliedmaßen und deren Bestandteile geschädigt sind. Unter Schädigung wird der Verlust oder eine wesentliche Abweichung der Merkmale eines gesunden Menschen verstanden.

Des Weiteren gilt eine Person als behindert, wenn ihre Aktivitäten und die Partizipation, also die Teilhabe am Leben beeinträchtigt ist und wird. Bei einer Beeinträchtigung der Aktivität hat ein Mensch Schwierigkeiten bestimmte Aufgaben und Handlungen durchzuführen.

Die Kontextfaktoren, die von der ICF beschrieben werden, beziehen sich auf die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren, wobei letztere bei der Klassifikation keine Anwendung finden. Durch Barrieren und Hindernissen entstehen hierbei eine Behinderung, wenn die Umweltfaktoren auf eine Person negativ wirken (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen 2005, S. 17-19).

Die ICF gebraucht anstatt dem Begriff der „geistigen Behinderung“ die Umschreibung „Person mit einem Problem im Lernen“ (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen 2005, S. 171)

Hierzu steht auch die Forderung des Netzwerks People First Deutschland e.V. zur Verwendung des Begriffs „Menschen mit Lernschwierigkeiten“. „People First“ ist ein Verein von und für Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V 2005-2008).

Der Begriff der Lernschwierigkeit bezieht sich auf das „anders Lernen“. Beispielsweise auf ein langsames Lernen oder einer vermehrten Unterstützung. Für die Menschen der People First – Bewegung ist der Begriff „geistig behindert“ mit dem Vorurteil des „Dummseins“ und „Nicht- Lernen Könnens“ behaftet (vgl. Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V 2005-2008).

Da in der Literatur vor allem von Menschen mit einer geistigen Behinderung gesprochen wird, habe ich diese Begrifflichkeit für die vorliegende Bachelorarbeit verwendet.

1.2 Sexualität und ihre Funktionen

Der Begriff der Sexualität beinhaltet verschiedene Dimensionen und wird in der Literatur häufig unterschiedlich definiert. Im deutschen Recht gehört die Sexualität zu den Grundbedürfnissen des menschlichen Lebens (vgl. Castendiek, Hoffmann 2009, S.194).

Die Sexualität ist nicht nur „Genitalsexualität“, also der Geschlechtsakt mit den Geschlechtsorganen, die die Funktion der Fortpflanzung haben, sondern es geht vor allem auch um die zwischenmenschliche Ebene. Die Sexualität befähigt den Menschen in seiner persönlichen Selbstentfaltung und ist eine Form der Kommunikation. Mithilfe der Sexualität werden Gefühle gezeigt und es bilden und verstärken sich Beziehungen (vgl. Walter in Walter 2005, S.34-35).

Des Weiteren ist Sexualität ein Teil der menschlichen Lebenskraft. Damit ist gemeint, dass die Sexualität in allen Lebensphasen eine Bedeutung hat, auch schon in der frühesten Kindheit. Ebenso beinhaltet die Sexualität drei verschiedene Bereiche.

- den äußeren Bereich
- den mittleren Bereich
- den engeren Bereich

Der äußere Bereich umfasst die menschlichen Beziehungen und Verhaltensweisen. Der mittlere Bereich ist für Gefühle und deren Regungen, Zärtlichkeiten und Erotik und deren Handlungen zuständig. Mit dem engeren Bereich sind die intensivsten Formen körperlicher Lust und sexueller Gemeinsamkeit gemeint.

Wichtig für die Sexualität ist, dass sie eine gesellschaftliche Sicht hat. Die Sexualität ist von den Normen und Erfahrungen der Gesellschaft behaftet. In diesem Zusammenhang steht daher die Lerngeschichte und die sich bildende Sichtweise auf die Sexualität jedes einzelnen Menschen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2005, S.10).

1.2.1 Die verschiedenen Funktionen von Sexualität

An Sexualität sind Funktionen gebunden. Sie sind Teil der Selbstfindung, sind für die Lust, für das Soziale und die Fortpflanzung zuständig, die im folgenden erklärt werden.

Die Selbstfindungsfunktion

Diese befähigt den Menschen die eigene Identität zu entwickeln. Dies gelingt durch Zuwendungen und Zärtlichkeiten innerhalb der Sexualität, die das eigene Selbst bestätigen und somit das Selbstwertgefühl steigern. Hat der Mensch schon früh liebenswerte Erfahrungen gemacht, kann er selbst besser lieben und wertschätzen.

Durch die Sexualität bekommt der Mensch auch ein anderes Gefühl und eine andere Sichtweise auf seinen eigenen Körper. Dieses gewinnt vor allem bei Menschen mit einer geistigen Behinderung große Bedeutung, da diese oftmals ein mangelndes oder mangelhaftes Körperbewusstsein haben.

Die Sozialfunktion

Mithilfe der sozialen Funktion von Sexualität entsteht eine Kommunikation zwischen zwei Menschen. Es wird Kommunikation geschaffen und ausgedrückt. Durch Sexualität kommen Kontakte, Beziehungen und Liebe zum Ausdruck. Hierbei wird aber unter Kommunikation nicht nur das Sprechen, sondern vor allem die Kommunikation über den Körper, die Körpersprache verstanden. Mit ihr kann das ausgedrückt werden, was nur schwer in Worte zu fassen ist.

Die Körpersprache ist daher auch für Menschen mit einer beeinträchtigten Sprachfähigkeit von Hilfe. Somit können auch diese Menschen soziale Kontakte (Partnersuche) knüpfen und Gefühle (Zärtlichkeiten) ausdrücken.

Die Lustfunktion

Diese Funktion umfasst die Lust an Sexualität. Hierzu wird nicht nur die Lusterfahrung mit einem Partner, sondern auch die Selbstbefriedigung gezählt.

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung hat die Selbstbefriedigung unterschiedliche Gründe. Dies kann einerseits an dem Fliehen vor Kontakten mit Anderen liegen. Ebenso werden durch Selbstbefriedigung innere Spannungen abgebaut, die durch Situationen entstanden sind, beispielsweise durch Ärger oder Angst.

Oftmals hängt die Selbstbefriedigung mit der Langeweile, die die Menschen mit einer geistigen Behinderung in unattraktiven Beschäftigungsangeboten erfahren, zusammen.

Die Funktion der Fortpflanzung

Wie oben beschrieben, beinhaltet diese Funktion die Genitalsexualität zum Erhalt der eigenen Art durch Fortpflanzung. Dies ist aber nicht negativ zu verstehen. Fortpflanzung kann bei Menschen zu einer liebevolleren Beziehung führen und schafft durch Liebe neues Leben (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.297-300).

2. Sexualität und geistige Behinderung

2.1 Das Menschenbild von geistiger Behinderung in der Gesellschaft

Das Menschenbild von geistiger Behinderung und deren Sexualität ist in unserer heutigen Gesellschaft teilweise immer noch sehr vorurteilsbehaftet.

Es herrschen eine Reihe von Mythen um die sexuellen Verhaltensweisen dieser Menschen vor.

In einer Publikation des Ökumenischen Rates der Kirchen haben zwei Theologen mit einer Behinderung zehn Mythen zum Thema Behinderung und Sexualität vorgestellt. Darunter fällt der Mythos, dass alle Menschen mit Behinderung asexuell sind, dass sie alle sexbesessen und triebbestimmt sind und dass Menschen mit einer Behinderung immer Kinder bleiben und somit immer vor Enttäuschungen geschützt werden müssen (vgl. Mattke in Wüllenweber 2004, S.47).

Hier zeigen sich Sichtweisen auf, die unterschiedlicher nicht sein können. Auf der einen Seite die scheinbare Asexualität und auf der anderen Seite die Sichtweise über angebliche Sexbesessenheit.

Das Vorurteil, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung keine sexuellen Wünsche und Bedürfnisse haben, kommt oftmals aufgrund einer gefühlten Unbehaglichkeit gegenüber diesem Thema zustande (vgl. Bosch 2006, S.29).

Ein weiterer Faktor, der die sexuellen Mythen beeinflussen, können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Wohnheimen sein. Durch eine Fortbildung zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“ zeigten sich noch weitere Kennzeichen (vgl. Mattke in Wüllenweber 2004, S.47).

Diese sind:

- „Onanieren in allen möglichen und unmöglichen Situationen
- Sexualität oft reduziert auf eigene Triebbefriedigung
- Distanzlosigkeit
- Homosexualität aufgrund der Gruppensituation
- Sehr „grobe“ Bewertung von Gefühlen
- Häufiger Partnerwechsel
- Orientierungslosigkeit und Unsicherheit bei Partnerschaften
- Extreme Schamhaftigkeit sowie
- Extreme Schamlosigkeit
- Ersatzreize
- Nacktheit zeigen oder Nacktheit verstecken“. (Mattke in Wüllenweber 2004, S.47).

Vieles davon trifft sicherlich auf manche Menschen mit einer geistigen Behinderung zu. Doch sollten immer auch die Hintergründe betrachtet werden, weshalb solche Meinungen entstehen. Die Verhaltensweisen können Reaktionen auf die Wohnsituation sein, also institutionell bedingt oder familiär. Auch können sie ein Zeichen von fehlender Sexualerziehung und –aufklärung sein. Die Lebensstrukturen von Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Auswirkungen auf Sexualität werden noch Teil dieser Bachelorarbeit sein.

Um gegen solche teilweise vorkommenden Verhaltensweisen entgegenzuwirken, wurde das Konzept der passiven und aktiven Sexualassistenz eingeführt. Dieses Konzept wird später noch ausführlicher behandelt.

2.2 Sexualität und das Recht auf Selbstbestimmung

Vielerorts werden Menschen mit einer geistigen Behinderung nach dem Leitspruch „Nichts über uns ohne uns“ an Entscheidungsprozessen beteiligt. Aufgrund ihrer rechtlichen Gleichstellung sind sie beispielsweise Teil der Heim- und Werkstattbeiräte.

Ebenso ist die Selbstbestimmung ein wichtiges Ziel für die Sexualität. Die Sexualität ist eine sehr persönliche Angelegenheit und macht daher die Mitbestimmung von Menschen mit einer geistigen Behinderung so wichtig (vgl. Specht in BZgA Forum 1-2010, S. 7).

Was wird unter dem Begriff der Selbstbestimmung genau verstanden?

Die Selbstbestimmung teilt sich in drei Bereiche: Selbstverantwortung, Selbstleitung und Selbstständigkeit. Diese Definition bezieht sich auf die Sicht der Aufgaben der professionellen Helferinnen und Helfer.

Mit Selbstverantwortung ist die Ermutigung und die Annahme von Menschen mit einer Behinderung durch ausgebildete Helfer, ohne sich ungefragt einzumischen, gemeint.

Die Selbstleitung meint die Unterstützung beim Lernen und die Informationsweitergabe. Zur Erreichung der Selbstständigkeit können die professionellen Helfer Handlungen stellvertretend ausführen und beim Üben helfen. Mit dieser Unterteilung des Begriffs der Selbstbestimmung soll das Gleichsetzen mit dem Begriff der Selbstständigkeit vermieden werden (vgl. Thomas, Kretschmann, Lehmkuhl in Fegert u.a. 2006, S. 79).

Doch bei der Sexualität sind selbstbestimmte Entscheidungen nicht immer der Fall. Dies zeigt sich bei ungefragten Entscheidungen bezüglich der Körperpflege, ob sie von einem Mann oder einer Frau ausgeführt werden soll oder bei der weitverbreiteten Dreimonatsspritze zur Verhütung. Diese Frauen werden selten über die gesundheitlichen Folgeschäden aufgeklärt (vgl. Specht in BZgA Forum 1-2010, S. 7), wie beispielsweise der Rückgang der Knochendichte (vgl. Steeb 2010).

Die Forderung nach mehr Selbstbestimmung und Selbstvertretung für diese Menschen kam verstärkt im Jahr 1994 durch die Netzwerkorganisation „People First“ auf. „People

First“ ist eine Organisation von Betroffenen die einen Forderungskatalog für Menschen mit Lernschwierigkeiten (siehe Kapitel 1.1) entwickelt haben (vgl. Thomas, Kretschmann, Lehmkuhl in Fegert u.a. 2006, S. 78). Dieser befindet sich zur Ansicht im Anhang.

Die sexuelle Selbstbestimmung gilt in Deutschland für Menschen mit geistiger Behinderung, wie für alle anderen Bürger. Mit Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention am 26. März 2009 kann die sexuelle Selbstbestimmung noch besser realisiert werden.

Die Behindertenrechtskonvention (BRK) ist ein Übereinkommen von den Vereinten Nationen, die die Rechte der Menschen mit Behinderung verwirklicht. Die sexuelle Selbstbestimmung gilt in der BRK als Aspekt der Menschenrechte. Vor allem wird das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung in Artikel 23 Absatz 1 und 2 der Behindertenrechtskonvention deutlich (vgl. Arnade in BZgA Forum 1-2010, S. 9-11):

„(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffen, um zu gewährleisten, dass

- a) das Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen, anerkannt wird;
- b) das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtsabstände sowie auf Zugang zu altersgemäßer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieser Rechte zur Verfügung gestellt wird;
- c) Menschen mit Behinderungen einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.

(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten die Rechte und Pflichten von Menschen mit Behinderungen in Fragen der Vormundschaft, Pflegschaft, Personen- und Vermögenssorge, Adoption von Kindern oder ähnlichen Rechtsinstituten, soweit das innerstaatliche Recht solche kennt; in allen Fällen ist das Wohl des Kindes ausschlaggebend. Die Vertragsstaaten unterstützen Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung.“ (Arnade in BZgA Forum 1-2010, S. 11).

Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung gilt für alle sexuelle Orientierungen, auch wenn dies nicht in der BRK aufgeführt wird. Islamische und asiatische Länder weigerten sich dies aufzunehmen (vgl. Arnade in BZgA Forum 1-2010, S. 11-12).

Nicht immer können alle Menschen mit geistiger Behinderung selbstbestimmt entscheiden. Damit die Selbstbestimmung auch bei Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung gelingt, zeigt Stefan Osbahr in seinem Buch „Selbstbestimmtes Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung“ drei Paradigmen auf. Die Selbstbestimmung gelingt dann, wenn der Mensch mit Behinderung seine Bedürfnisse formulieren kann. Daraus ergibt sich vor allem für die Sonderpädagogik die Aufgabe der Entwicklung von entsprechenden Bildungskonzepten. Diese sollen die Entscheidungs-, Handlungs-, und Kommunikationskompetenzen dieser Menschen fördern. Daraus soll sich dann eine Veränderung im Selbstverständnis der professionellen Helferinnen und Helfer ergeben (vgl. Osbahr 2000 in Thomas, Kretschmann, Lehmkuhl in Fegert u.a. 2006, S.79).

Damit das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung auch in der Praxis verwirklicht wird, wurden Standards bzw. Kriterien entwickelt. Mit diesen wird die Akzeptierung bzw. Blockierung der sexuellen Selbstbestimmung aufgezeigt.

Der erste Standard ist das Recht auf individuelles Sexualleben und die eigene Intimsphäre. Generell gibt es in Deutschland immer noch zu wenig Einzelzimmer. In Zwei- oder Mehrbettzimmern kann die Privatsphäre nur schwerlich geschützt werden. Des Weiteren kann eine Intimsphäre in Duschen ohne Vorhänge oder in nicht abschließbaren WCs schwer aufgebaut werden. Das selbstbestimmte Setzen von Grenzen kann ohne eigenen Privatbereich kaum gelingen. Auch wird das Fremdbestimmen in dem eigenen Privatraum von volljährigen Menschen mit einer geistigen Behinderung als Freiheitsberaubung angesehen. Nach Artikel 3 des Grundgesetzes „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ ist es gesetzlich untersagt deren eigene Intimsphäre zu ver- oder behindern. Nicht nur in stationären Einrichtungen stellt dies oftmals ein Problem dar, sondern auch in Familien. Die unterschiedlichen Lebensstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Sexualität werden in Kapitel vier noch genauer beschrieben.

Da die selbstbestimmte Intimsphäre Teil eines individuellen Sexuallebens ist, ist diese Ausgangspunkt für das Recht auf selbstbestimmte Sexualität.

Die ethischen und moralischen Einstellungen der Mitarbeiter in stationären Einrichtungen müssen auf dem Weg zu mehr selbstbestimmter Sexualität individuell kritisch beleuchtet werden. Denn welcher professionelle Mitarbeiter hat das Recht seine eigenen Meinungen und Vorstellungen von Sexualität Menschen mit möglicherweise anderen Vorstellungen zu vermitteln und nur nach diesen zu zulassen?

Der zweite Standard zu mehr sexueller Selbstbestimmung ist das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit und der Schutz vor sexuellen Übergriffen. Überall dort, wo Menschen mit einer geistigen Behinderung Unterdrückung und Ausbeutung erfahren,

muss mit viel Mut Position bezogen werden, um gegen dieses Unrecht vorzugehen. Nur so kann die Behindertenpädagogik als Menschenrechtsprofession verstanden werden. Vor allem müssen Mitarbeiter, die sexuelle Übergriffe auf Menschen mit Behinderungen verüben oder verübt haben, sofort eine fristlose Kündigung erhalten und mit strafrechtlichen Folgen rechnen.

Problematisch ist vor allem die Tabuisierung von sexueller Gewalt in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Nicht nur die sexuelle Gewalt, sondern auch die Sterilisation von Menschen mit einer Behinderung stellt einen Eingriff in die psychische und physische Gesundheit dar. Auf die Sterilisation wird in Gliederungspunkt 4.1 dieses Kapitels noch deutlicher eingegangen.

Zur Verwirklichung der sexuellen Selbstbestimmung bedarf es zusätzlich das Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung. Viele Menschen mit einer geistigen Behinderung wurden im Jugendalter kaum oder gar nicht sexuell aufgeklärt. Selten wird die Sexualaufklärung dann im Erwachsenenalter nachgeholt. Daher ist es auch nicht verwunderlich, wenn die betroffenen Menschen den Zusammenhang von Zeugung und Verhütung nicht kennen. Aus diesem Grund muss die Aufklärung früh beginnen und muss Bestandteil des ganzen Lebens bleiben. Des Weiteren muss auch die Sexualberatung dafür sorgen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung die praktischen Vorgänge der Sexualität begreifen (vgl. Walter in Walter 2008, S. 20-25).

Damit die sexuelle Selbstbestimmung noch mehr in der Praxis realisiert wird, muss vor allem die Haltung der Professionellen geändert werden. Dies zeigt sich in der Entwicklung neuer Konzepte, wie das Empowerment und die Sexualassistenz (vgl. Thomas, Kretschmann, Lehmkuhl in Fegert u.a. 2006, S. 80). Beide Konzepte werden später noch genauer beleuchtet.

Bisher werden immer noch einige Themen in der Öffentlichkeit vernachlässigt, die aber zu einer selbstbestimmten Sexualität gehören.

Der Diplom- und Sexualpädagoge Ralf Specht beschreibt diese in seinem Artikel „Sexualität als Recht für Menschen mit Behinderung“, der im BZgA-Forum 1-2010 erschienen ist. Zu den Themen zählt die Akzeptierung von unterschiedlichen sexuellen Orientierungen, die Einführung von Verhütungsmitteln neben der Dreimonatsspritze, das Aufklären über die Ansteckung von Krankheiten durch den Geschlechtsverkehr, den Opfer- und Täterumgang von sexualisierter Gewalt, der vermehrte Einsatz der Konzepte der aktiven Sexualassistenz sowie die Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach Kindern und Elternschaft von Menschen mit Behinderungen (vgl. Specht in BZgA – Forum 1-2010).

Auch wenn die sexuelle Selbstbestimmung vielerorts schon realisiert wird, ist dennoch zu sehen, dass die Verwirklichung der Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung noch mehr öffentliche Aufmerksamkeit erfahren muss.

2.3 Rechtliche Grundlagen

Die sexuelle Selbstbestimmung hat auch einen rechtlichen Hintergrund, denn die Sexualität gehört zum Grundbedürfnis des menschlichen Daseins (vgl. Castendiek, Hoffmann 2009, S.194).

Dies gründet sich auf die allgemeinen Grundrechte, die für alle Bürger Deutschlands gelten. In diesem Zusammenhang sind vor allem Artikel 1 des Grundgesetzes, der sich mit der Würde des Menschen befasst, Artikel 2 des Grundgesetzes, der sich auf das Recht der Entfaltung der Persönlichkeit bezieht, sowie Artikel 3, der die Gleichheit vor dem Gesetz benennt, wesentlich.

Die Sexualität ist ein Teil der Persönlichkeitsentfaltung, sowie von Partnerschaften, der Ehe und dem Zeugen von Kindern, die mit der Sexualität verbunden sein können.

Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes besagt, dass jeder Mensch das Recht auf körperliche Unversehrtheit hat und die Freiheit eines Menschen unverletzlich ist. Dies beinhaltet einen wichtigen Aspekt auf Sterilisation und den Schwangerschaftsabbruch.

Des Weiteren ist für die Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung Artikel 3 des Grundgesetzes zu nennen. Neben der Gleichheit vor dem Gesetz ist die Gleichberechtigung von Mann und Frau und die nicht erlaubte Benachteiligung wegen einer Behinderung Teil dieses Artikels.

Durch das Menschenbild von geistiger Behinderung in der Gesellschaft und die daraus folgenden Vorurteile und Diskriminierungen sind eine ständige Überprüfung der Einhaltung dieser Artikel von großer Bedeutung (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.315-316).

2.3.1 Sterilisation

Bis zum Herbst 1986 war die Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung eine Selbstverständlichkeit, bei der es nur die Einwilligung eines Elternteils oder des Vormundes bedurfte. Erst im Jahr 1992, nachdem die Polizei wegen Verdachte der Körperverletzung und Zwangssterilisation gegen verschiedene Ärzte ermittelte, trat der § 1905 BGB in Kraft. Dieser Paragraph ist Vorschrift im sogenannten Betreuungsgesetz (vgl. Walter 2005, S. 364).

Die Sexualität ist wie oben beschrieben Teil der Persönlichkeitsentfaltung. Wenn diese gewährt wird, kommt die Frage nach Schwangerschaftsverhütung sowie die Frage nach einer temporären wie auch einer operativen Sterilisation auf. Beide Formen der Sterilisation sind mit einem ärztlichen Eingriff verbunden und bedürfen somit einer

Einwilligung des Patienten. Doch Menschen mit einer geistigen Behinderung sind hierbei oft nicht in der Lage den ärztlichen Eingriff und die damit verbundenen möglichen Nebenwirkungen zu verstehen und können somit keine klare Einwilligung geben (vgl. Jacobi in Walter 2005, S. 105-106).

Hierbei hilft das im Jahr 1992 eingeführte Betreuungsgesetz. Dieses Gesetz regelt die Vormundschaft und die Pflege für geschäftsunfähige oder nur teilgeschäftsfähige Personen (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.316):

„(1) Besteht der ärztliche Eingriff in einer Sterilisation des Betreuten, in die dieser nicht einwilligen kann, so kann der Betreuer nur einwilligen, wenn

1. die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht,
2. der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird,
3. anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde,
4. infolge dieser Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden könnte, und
5. die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann.

Als schwerwiegende Gefahr für den seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren gilt auch die Gefahr eines schweren und nachhaltigen Leides, das ihr drohen würde, weil betreuungsgerichtliche Maßnahmen, die mit ihrer Trennung vom Kind verbunden wären (§§ 1666, 1666a), gegen sie ergriffen werden müssten.

(2) Die Einwilligung bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Die Sterilisation darf erst zwei Wochen nach Wirksamkeit der Genehmigung durchgeführt werden. Bei der Sterilisation ist stets der Methode der Vorzug zu geben, die eine Refertilisierung zulässt.“ (Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Familienrecht).

Kann ein Mensch mit geistiger Behinderung nicht selbst einwilligen, so übernimmt das ein bestellter Betreuer.

Der bestellte Betreuer kann aber nur dann in die Sterilisation einwilligen, wenn diese dem Willen des zu sterilisierenden Menschen entspricht, wenn dieser einwilligungsunfähig bleiben wird oder es möglicherweise zu einer Schwangerschaft kommen kann. Die Sterilisation darf aber bei einer zu vermutenden Schwangerschaft nicht ohne Verhinderung durch andere zumutbare Mittel durchgeführt werden. Sie ist also das letzte

Mittel zur Schwangerschaftsvermeidung. Des Weiteren muss darauf geachtet werden, dass durch die Sterilisation keine physischen oder psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen entstehen.

Die Zustimmung zu einer Einwilligung muss seitens der zu sterilisierenden Person ohne Zwang erfolgen (vgl. Jacobi in Walter 2005, S.106).

2.3.2 Empfängnisverhütung

Bevor es aber überhaupt zu einer Sterilisation aufgrund sexueller Aktivität kommen kann, muss im Vorfeld über andere Verhütungsmittel und Methoden informiert werden. Ein Problem kann hierbei aber bei Menschen mit einer geistigen Behinderung das mangelnde oder möglicherweise fehlende Verständnis für die Verhütung sein. Daher bedarf es ab der Phase des Jugendalters eine vorbereitende Sexualerziehung, um das ständige Verhüten zu verdeutlichen. Ebenso muss über das Einnehmen der Pille oder das Einsetzen einer Spirale nachgedacht werden, bevor es zum endgültigen Schritt der Sterilisation kommt (vgl. Walter in Walter 2005, S.366).

Die Verhütungsmethoden tragen neben der Sterilisation ebenso zu selbstständigen Entscheidungen bei und machen die sexuelle Selbstbestimmung noch selbstverständlicher (vgl. Specht in Schmidt, Sielert 2008, S.304).

2.3.3 Schwangerschaftsabbruch

Nach § 218a des Strafgesetzbuches ist ein Schwangerschaftsabbruch rechtlich auch für Frauen mit einer Behinderung möglich.

Dafür bedarf es im Vorfeld der Einwilligung nach einer entsprechenden Aufklärung. Hierbei zeigt sich wiederum die Problematik des Verständnisses des Eingriffs und der hierzu benötigten Einwilligung (vgl. Jacobi in Walter 2005, S.106-107).

2.3.4 Ethische Aspekte zur Sterilisation und Verhütung

Die Sterilisation von Menschen mit einer geistigen Behinderung gegen den eigenen Willen bedeutet einen schweren Eingriff in die Selbstbestimmung dieser Menschen. Das eingeführte Betreuungsgesetz möchte dies verhindern, dennoch gibt es immer noch Menschen die die unfreiwillige Sterilisation erfahren haben (vgl. Thomas, Kretschmann, Lehmkuhl in Fegert u.a. 2006, S. 86).

Die ausgeführte Sterilisation hat für diese Menschen einerseits gesundheitliche Nebenwirkungen und Spätkomplikationen, wie die eingeschränkte Funktion der Eierstöcke und das frühere Eintreten der Wechseljahre (vgl. Omneda- Redaktion 2010). Andererseits kann die Sterilisation auch zu psychischen Folgen führen, die vor allem bei Menschen mit geistigen Behinderung auftreten, die als Minderjährige sterilisiert wurden.

Oft wird ihnen im Erwachsenenalter mit wachsenden kognitiven Entwicklungsschritten bewusst, was ohne ihren Willen geschehen ist (vgl. Walter in Walter 2005, S. 372).

Joachim Walter beschreibt die Folgen, die im Nachspann des 1976 entstandenen Film „Sie bleiben nicht immer Kinder“ von M. Riedel zu sehen sind.

„Durch eine vorsorgliche Sterilisation fühlen sich viele junge Frauen verletzt und beschämt und haben das Empfinden, daß man ihnen eine neue Behinderung zufügt. Das Selbstbewusstsein einer behinderten Frau wird weniger unter der Sterilisation leiden, wenn sie schon einen Partner gefunden hat und seiner Liebe sicher ist.... vielleicht tut es dann nicht ganz so weh, hinzunehmen, daß das Recht eines Kindes, in einer normalen Umgebung aufzuwachsen, höher einzuschätzen ist, als das Recht eines behinderten Paares, eine Familie mit Kindern zu gründen.“
(Riedel 1976 in Walter 2005, S. 372).

Obwohl der Film aus dem Jahr 1976 ist, beschreibt er immer noch treffend, wie viele Menschen mit einer Behinderung unter ihrer Sterilisation leiden. Weitere psychische Folgen können Depressionen oder eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls sein.

Auch stellt die Meinung, dass mittels der Sterilisation alle Probleme mit der Sexualität beseitigt wären, eine Schwierigkeit in der Praxis dar. Menschen mit einer geistigen Behinderung sollten schon in frühester Kindheit eine Sexualerziehung bekommen, damit sie über andere Verhütungsmethoden Bescheid wissen und diese anwenden können. Mit der früh begonnen Sexualerziehung kann auch eine freie Einwilligung in die Sterilisation der Betroffenen besser gelingen (vgl. Walter in Walter 2005, S. 372-373).

Aber auch andere Verhütungsmittel können Schwierigkeiten mit sich ziehen. Die Verwendung von der Pille oder der Dreimonatsspritze mit einer Eigenmotivation des jeweiligen Menschen stellt noch kein ethisches Problem dar. Falls eine eigene Motivation zur Einnahme fehlt, zieht das ständige Kontrollen oder Arztüberwachungen mit sich. Diese stellen einen Eingriff in die Intimsphäre und somit eine Verletzung der Menschenwürde dar. Eine erhöhte Eigenmotivation ist vor allem bei Partnerschaften, die über längere Zeit bestehen sichtbar.

Bei den Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung hat sich gezeigt, dass ihr sexuelles Interesse eher mittels Selbstbefriedigung ausgelebt wird, als in Sexualität mit einem Partner. Somit ist eine vorbeugende Sterilisation bei diesen Menschen ethisch nicht vertretbar (vgl. Walter in Walter 2005, S. 366-367).

Eine weitere Schwierigkeit in der praktischen Umsetzung der Sterilisation stellt die Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit einer geistigen Behinderung dar.

Vor dem Eingriff einer Sterilisation verlangt die Standesethik der Mediziner eine „ordnungsgemäßen Aufklärung“. Dies heißt, dass der operierende Arzt sieht, dass der

Mensch mit einer geistigen Behinderung die Folgen der Sterilisation, also den Verlust der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit begreift. Dafür bedarf es von diesem Mensch keine schriftliche Einwilligung.

Ebenso müssen die kognitiven und sozialen Kompetenzen der Entwicklung beachtet werden. Da Minderjährige mit einer geistigen Behinderung, ebenso wie Minderjährige ohne eine Behinderung in ihrem Entwicklungsalter noch kaum eine Vorstellung über ihre spätere Lebensplanung haben, sind bei diesen eine Sterilisation immer abzulehnen.

Dies sollte auch für Minderjährige mit einer schweren geistigen Behinderung gelten. Pauschal wird angenommen, dass sie auch im Erwachsenenalter bei entsprechender Förderung keine Einsichtsfähigkeit besitzen. Diese ethisch und pädagogisch nicht vertretbare Meinung beachtet nicht die vermehrt bevorzugte sexuelle Selbstbefriedigung dieser Menschen. Ebenso missachtet diese Meinung die durch die Sonderpädagogik gewonnenen Erkenntnisse der Lernfähigkeit und Bildbarkeit von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass auch bei Menschen mit geistiger Behinderung die Lernfähigkeit im Erwachsenenalter zunimmt.

Diesen Aspekt hat das Betreuungsgesetz berücksichtigt. Eine Sterilisation ist daher generell erst ab dem 18. Lebensjahr rechtlich zugelassen.

Des Weiteren ist die Sterilisation nach dem Betreuungsgesetz nur als ultima ratio, also als das äußerste Mittel akzeptabel. Dafür bedarf es folgender Bedingungen:

Die Sterilisation soll nur dann vorgenommen werden, wenn es bestehende sexuelle Kontakte gibt, wenn alle anderen Mittel zur Empfängnisverhütung ausgeschlossen worden sind und wenn der Betroffene nach einer Aufklärung über den Eingriff einwilligt.

Die Sterilisation ist nur dann ethisch vertretbar, wenn bei dem betroffenen Menschen eine jahrelange Sexualerziehung einhergegangen ist, die andere Formen der Verhütung aufzeigt und somit eine freiwillige und selbstbestimmte Entscheidung zur Sterilisation bewirkt (vgl. Walter in Walter 2005, S. 369-370).

3. Die Lebensstrukturen und deren Auswirkung auf Sexualität

Menschen mit einer geistigen Behinderung, die zuhause, in Heimen oder in Wohngruppen leben, stoßen häufig bei der Erfüllung ihrer Sexualität an Grenzen und Schwierigkeiten. Sie selbst können, aufgrund ihrer Behinderung und Abhängigkeit gegenüber anderen Menschen nur schwer die bestehende Situation verändern oder sogar verbessern.

Die Probleme ihrer Sexualität resultieren nicht aus ihrer geistigen Behinderung, sondern aus ihrer Lebenssituation. Eltern, Fachleute und Betreuer erschweren im allgemeinen die sexuelle Entwicklung, sowie institutionelle Entscheidungen, wie das Wohnen in einer gleichgeschlechtlichen Gruppe. Weitere Faktoren sind die eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen, die eigenen Unsicherheiten und die von außen angenommenen Vorurteile der Menschen in ihrer Umgebung.

Vor allem die Eltern erschweren meistens unbewusst die Sexualität ihres Kindes durch Unsicherheiten und Ängste, durch verstärkte Schutzbedürfnisse, sowie durch den Mangel an Informationen zur Sexualität.

Unterentwickelte Genitalsexualität hat nur bei sehr wenigen Behinderungsformen beeinträchtigende Wirkungen auf die Sexualität. Jugendliche mit einer geistigen Behinderung reifen körperlich überwiegend altersentsprechend.

Anders als bei nicht behinderten Jugendlichen verläuft die psychosoziale Entwicklung bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung verlangsamt und die Ausreifung der Ich-Identität für die Bewältigung der Sexualität geschieht erst im jungen oder mittleren Erwachsenenalter.

Problematisch für die Sexualität ist also nicht die körperlichen oder psychosozialen Entwicklungen, sondern weitestgehend die fehlende Annahme von Hilfen durch Personen in ihrem Umfeld. Sie setzen sich zu wenig mit bestehenden Materialien und Arbeitshilfen auseinander (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2005, S. 11-12).

3.1 Familiäre Bedingungen

Bei vielen Eltern ist die Sexualität immer noch ein Tabuthema. Dies liegt daran, dass viele Eltern selbst keine Sexualerziehung genossen haben (vgl. Achilles in Walter 2005, S.15) und die Erziehung auch sonst sehr geschlechtsfeindlich war. Ebenso spüren viele Eltern gegenüber der sexuellen Erziehung ihres geistig behinderten Kindes eine Verunsicherung. Diese Einstellung überträgt sich auf das Kind, das bis weit in das Erwachsenenalter hinein von den Eltern versorgt wird. Aufgrund der geistigen Behinderung ihres Kindes haben viele Eltern auch vor ungewollten Schwangerschaften Angst (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.309).

Aber nicht nur das Vermeiden des Themas Sexualität hat negative Auswirkungen auf die Kinder mit geistiger Behinderung, sondern auch die frühen längeren Phasen der Trennung. Oftmals sind Kinder mit einer Behinderung von ihren Eltern durch längerer Krankenhausaufenthalte getrennt worden. Viele erfahren auch durch den Schock ihrer Eltern hinsichtlich der Behinderung wenig liebevolle Zuwendung, sondern eher Ablehnung. Die fehlenden emotionalen Erlebnisse wirken belastend auf den Sexualisationsprozess.

Des Weiteren kann der durch Berufstätigkeit abwesende Vater seine Rolle gegenüber dem Jungen mit einer Behinderung nicht ausfüllen. Dem Jungen gelingt nur schlecht die Identifikation mit der Geschlechterrolle. Ebenso haben häufig die Väter Schwierigkeiten mit der Behinderung ihres Kindes umzugehen. Dies liegt an der Verdrängung in die Nebenrolle durch die Mutter (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.308).

Aber nicht nur die Abwesenheit des Vaters stellt ein sexuelles Entwicklungshemmnis dar, sondern auch die ständige Nähe zu den Eltern an sich. Dadurch sind die Kinder in ihrer Selbstständigkeit gehemmt. Auch wird durch die Nähe oft das Tabu des natürlichen Schamgefühls verletzt (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2005, S.12).

Viele der Eltern sind mit dem Verhalten ihrer Kinder überfordert, erschreckt und ratlos. So beschreibt Ilse Achilles, selbst Mutter eines behinderten Jungen von sexueller Auffälligkeit in der Öffentlichkeit. Dies liegt teilweise an der wenigen Schamhaftigkeit und der wenigen Zurückhaltung dieser Kinder (vgl. Achilles in Walter 2005, S.13). Manche Menschen mit geistiger Behinderung masturbieren in der Öffentlichkeit ohne auf ihr Umfeld zu achten. Eltern schämen sich für ihr Kind und können ihnen häufig nicht erklären, dass Masturbation in Ordnung ist, solange sie zuhause stattfindet. Wie oben erwähnt liegt das aber daran, dass sie in ihrem Elternhaus die Masturbation als etwas Verbotenes erfahren haben. Selbstverständlich fällt es den Eltern daher schwer, offen mit ihren Kindern darüber zu sprechen.

Eine weitere Schwierigkeit für die Kinder mit einer geistigen Behinderung und deren Eltern ist der Umgang mit deren Intimbereich. Aufgrund von Sauberkeitserziehung, dem Unterstützen beim täglichen Waschen und der Monatshygiene bei den Mädchen ist der Umgang mit dem Intimen selbstverständlich (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2005, S.12-13).

Dem Kind mit einer geistigen Behinderung fällt aber noch eine andere Rolle zu. Aufgrund seiner Behinderung und der damit verbundenen Schädigungen steht das Kind oft im Mittelpunkt des täglichen Lebens. Das Kind wird als ein Wesen gesehen, das die typischen und geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen nicht besitzt.

Ebenso wohnt dem Kind die beziehungskittende Funktion inne. Durch eine Ablösung vom Elternhaus wäre das stabile Familiensystem gefährdet und würde möglicherweise zu einer Beziehungsänderung zwischen den Eltern führen (vgl. Hensle Vernooij 2000, S.309).

Die Eltern von Kinder mit einer geistigen Behinderung fühlen sich bei diesem Thema daher sehr zwiespältig. Natürlich wollen sie, dass ihr Kind glücklich wird und auch Sexualität erfährt, andererseits sind sie auch durch das sexuelle Verhalten beispielsweise in der Öffentlichkeit mit Ängsten erfüllt und haben dadurch Schwierigkeiten ihr Kind in die Selbstständigkeit zu entlassen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2005, S.13).

3.1.1 Auswirkungen auf die Sexualität

Kinder mit einer geistigen Behinderung sind durch ihre Eltern und deren Verhaltensweisen, wie Ängste und Verunsicherungen in ihrer Sexualität gehemmt, welches sich häufig in ihrem eigenen Bild von Sexualität auswirkt.

Durch die viel verbrachte Zeit mit der Mutter und durch die häufige Abwesenheit des Vaters zeigen Jugendliche mit einer geistigen Behinderung eine verstärkte Bindung zur Mutter, die untypisch für diese Phase des Alters ist.

Des Weiteren steigt die Identifikation mit der weiblichen Geschlechterrolle, welches sich in dem eigene Rollenverhalten zeigt. Sie nehmen mehr weibliche Verhaltensweisen an.

Ein weiterer Grund dafür sind die häufig fehlenden Kontakten zu Gleichaltrigen. Dadurch fehlt eine Auseinandersetzung mit der Sexualität (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.309). Es findet kein Austausch über die ersten sexuellen Erfahrungen oder Wünsche statt. Der Jugendliche mit einer geistigen Behinderung muss sich selbst damit auseinandersetzen.

Die Erziehung zu einem geschlechtslosen Individuum kann bei dem Kind zu seelischen Schädigungen führen. Untersuchungen zeigten, dass bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zwischen 20 und 30 Jahren ein schnelles Ansteigen von Aggressivität zu finden ist. Nicht nur die Aggression gegen anderen, sondern auch gegen sich selbst gerichtet, also die sogenannte Autoaggression wächst deutlich an. Ein Grund dafür ist die fehlende Befriedigung ihrer Bedürfnisse durch für sie nicht überwindbare Hindernisse (vgl. Speck in Walter 2005, S.18-19).

Viele Eltern betrachten leider, durch ihre Unsicherheit und Ängste die Sterilisation als die beste Lösung zum Schutz vor Sexualität und deren Auswirkungen, wie ungewollte Schwangerschaften. Dabei bedarf es nur positiver Unterstützungsformen zur positiven Sexualerziehung, um die Natürlichkeit der Sexualität im Leben eines jeden Menschen anzuerkennen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger

Behinderung e.V. 2005, S.13). Wie dies vonstatten geht, wird im Kapitel fünf unter der Sexualerziehung als passive Form der Sexualassistenz betrachtet.

3.2 Institutionelle Bedingungen

Obwohl der Grundsatz „ambulant vor stationär“ immer mehr an Bedeutung gewinnt, gab es 2010 199.800 Plätze in stationäre Wohneinrichtungen für Menschen mit einer Behinderung (vgl. Rohrman, S. 3).

Diese Menschen sind teilweise immer noch mit persönlichkeits- und sexualfeindlichen Bedingungen konfrontiert. Gründe dafür sind zum einen die baulichen und strukturellen Begebenheit, die die Möglichkeiten einer Sexualität begrenzen (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.310).

Ebenso stellen die folgenden Bedingungen Schwierigkeiten dar:

In vielen Einrichtungen fehlen ungestörte Räume um sich zurückzuziehen. Die Menschen werden dort teilweise immer noch in Mehrbettzimmern untergebracht. Des Weiteren finden Behandlungen der Pflege immer noch in öffentlichen Wohnräumen statt (vgl. Mattke in Wüllenweber 2004,S.50). In diesen Zimmern finden sich oft nur ein Nachttisch und ein Schrank, also wenig Platz für Individualität. Ein weiteres Problem, vor allem für das Ausleben der eigenen Sexualität ist, dass die Zimmer nur von Mitarbeitern und nicht von den dort lebenden Menschen selbst abgeschlossen werden können (vgl. Walter in Walter 2005,S. 30).

Die Mehrbettzimmer und den dadurch eingeschränkten Privatraum bedeuten für die Sexualität und für Partnerbeziehungen ein eingeschränktes Ausleben von Sexualität und die fehlende Möglichkeit einer wirklichen Intimität (vgl. Mattke in Wüllenweber 2004,S.50).

Eine weitere Verletzung der Intimsphäre sind die Reihenduschen und Reihentoiletten.

Ebenso wird das Lebensalter der Jugendlichen und Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung durch die Selbstverständlichkeit des Duzens nicht genügend respektiert. Oft herrscht auch ein sehr barscher Umgangston.

Ebenso wird der Selbstbestimmung in den stationären Einrichtungen keine große Bedeutung beigemessen. Das eigene Zimmer, die Kleidung oder die Frisur werden meist fremdbestimmt. Dies liegt daran, dass die Mitarbeiter nach pragmatischen Gesichtspunkten, wie Hygiene vorgehen.

Auch bestehen bei vorhanden Beziehungen zwischen den Menschen mit einer geistigen Behinderungen immer noch ungeklärte Fragen, wie beispielsweise die gemeinsame Übernachtung, ebenso die Übernachtung der Partnerin, des Partners auf einer gleichgeschlechtlichen Gruppe (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.310).

Neben den baulichen und räumlichen Bedingungen ist auch die Einstellung zur Sexualität der Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen einen wesentlichen Faktor.

Eine konservative Einstellung gegenüber Sexualität zeigt sich vor allem bei älteren Mitarbeitern, deren Berufserfahrung eine lange ist. Auch sind Mitarbeiter konservativer, wenn sie eine Ausbildung in der Krankenpflege oder ähnlichen Tätigkeiten haben. Ein weiterer Grund kann die Arbeit in getrenntgeschlechtlichen Einrichtungen sein.

Dagegen haben die jüngeren Mitarbeiter mit weniger Berufserfahrung oftmals eine liberalere Einstellung. Auch die Mitarbeiter mit einer akademischen oder heilpädagogischen Ausbildung stehen der Sexualität liberaler entgegen. Des Weiteren sind Mitarbeiter liberaler eingestellt, wenn sie in offenen Wohnbereichen und in Gruppen mit gemischten Geschlechtern arbeiten (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.311).

Die Menschen mit einer geistigen Behinderung leben in stationären Einrichtungen, in dem der institutionelle Rahmen durch die dort Arbeitenden schon vorgeschrieben ist. Dadurch besteht die Möglichkeit einer Einschränkung der Lebensqualität der Einzelnen. Der Mensch ist in diesen Einrichtungen nicht immer ein Subjekt, sondern oft nur ein verwaltendes Objekt in einem strukturierten Tagesablauf. Nicht einmal Kleinigkeiten wie Baden oder Nägel schneiden, kann der Mensch mit einer geistigen Behinderung selbst bestimmen. Sein Leben hängt von einem durch Mitarbeiter gemachten Plan ab (vgl. Walter in Walter 2005, S. 29-31). Dies hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf die Sexualität der dort Lebenden.

3.2.1 Auswirkungen auf die Sexualität

Eine große Schwierigkeit stellt im allgemein das Kennenlernen und der natürliche Umgang mit dem anderen Geschlecht dar, wenn dieser Mensch auf einer gleichgeschlechtlichen Gruppe wohnt. Der nur relativ kurze Umgang mit dem anderen Geschlecht beschränkt sich häufig auf die Arbeitszeit oder auf die Freizeit. Dadurch entstehen bei diesen Menschen im Verhalten Unsicherheiten und Ängste dem anderen Geschlecht gegenüber (vgl. Hensle, Vernooij 2000, S.310).

Aber nicht nur für den Mensch, der die Sexualität auslebt, sondern auch für die Mitbewohner gibt es immer wieder Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten. Wer in Zwei- oder Mehrbettzimmern wohnt, muss das Ausleben der Sexualität seines Mitbewohners, seiner Mitbewohnern erdulden. Es fehlt an Rückzugsmöglichkeiten und Räumen für das Intimleben. Durch diese institutionellen Bedingungen wird in der Praxis das Ausüben der Sexualität an Orten wie Kellerräume, Toiletten oder in einem Wäldchen genannt (vgl. Mattke in Wüllenweber 2004, S. 50).

Im Zusammenhang von Sexualität und Wohnen in stationären Einrichtungen beschreibt Joachim Walter, Professor für Sozialpsychologie (vgl. Walter 2005, S. 472) das Entstehen einer sekundären sozialen Behinderung.

Durch den mittels Hausordnungen und Arbeitsplänen strukturierten Tagesablauf, der sich auch auf die Arbeitszeit und Freizeit auswirkt, steht die Sexualität der dort wohnenden Menschen in einer Abhängigkeit zu der Toleranz der Mitarbeiter sowie den Vorschriften der Hausordnung.

Die primäre Behinderung dieser Menschen besteht aus den Vorurteilen und den baulichen und strukturellen Hindernissen, sowie der sogenannte Ghettoisierung in den stationären Einrichtungen, die oft ein sexualfeindliches System haben.

Durch diese Mängel entsteht bei den Menschen eine sekundäre Behinderung. Diese betrifft noch stärker das Wohlbefinden und das Glück der jeweiligen Menschen, als die primäre Behinderung. Die Gebote, die Verbote und das erzieherische Verhalten der Mitarbeiter bestimmen die Möglichkeiten einer befriedigenden Sexualität. Sie wird somit für den Menschen mit einer geistigen Behinderung zu einer behinderten oder verhinderten Sexualität (vgl. Walter in Walter 2005, S. 31).

Die hier dargestellten Schwierigkeiten treffen nicht auf alle stationären Einrichtungen zu. Immer mehr Einrichtungen versuchen den Menschen mit einer geistigen Behinderung positivere Möglichkeiten für das Sexualeben zu geben.

Vor allem fallen den Mitarbeiter durch die positivere Einstellung neue Anforderungen zu ihrer bestehenden Arbeit. Das Selbstbewusstsein und die Selbstständigkeit der dort wohnenden Menschen soll gefördert werden. Dazu bedarf es Räume, die eine Intimsphäre zulassen, wie die Möglichkeit zum Abschließen der Badezimmer und des Einzelzimmers. Ebenso soll für die Mitarbeiter Fortbildungen über sexualpädagogische Fragen angeboten werden (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2005, S.15-16).

Durch den immer häufiger realisierten Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird die Sexualität zukünftig möglicherweise bei Menschen mit einer geistigen Behinderung kein Hindernis mehr sein.

4. Passive und aktive Sexualassistenz und ihre Möglichkeiten

Jeder Mensch hat das Recht auf Sexualität. Oftmals haben aber Menschen mit einer Behinderung, geistig wie körperlich, Schwierigkeiten eine Partnerin bzw. einen Partner für das Ausleben ihrer sexuellen Wünsche und Vorstellungen zu finden.

Dafür wurde das Konzept der aktiven und passiven Sexualassistenz entwickelt. Damit ist eine Dienstleistung zur Befriedigung sexueller Bedürfnisse durch Professionelle gemeint.

Gegründet wurde die Dienstleistung von einer Selbsthilfegruppe, die SAR- Stichting Alternatieve Relatiebemodeling in den Niederlanden.

Im Jahr 1995 wurde in Wiesbaden der Körperkontaktservice „Sensis“ von einer Interessengemeinschaft für Behinderte e.V. gegründet, 2000 dann die „Sexybilities“ in Berlin, die sexuelle Dienstleistungen an Menschen mit Behinderungen vermittelt (vgl. Mattke in Wüllenweber 2004, S. 59).

Das Konzept der Assistenz betrachtet Menschen mit Behinderungen als Expertinnen und Experten in eigener Sache. Die Assistenz verfolgt das Ziel der selbstgewählten Unterstützung dieser Menschen durch Professionelle. Hierbei verändert sich das Bild dahingehend, dass der Menschen mit Behinderung zu einem Kunde und einem eigenständigem Arbeitgeber von Dienstleistungen wird. Er weist die Assistenten ein und bezahlt diese selbst. Dabei löst sich bestenfalls die einseitige Abhängigkeit zu den Helfenden auf (vgl. Thomas, Kretschmann, Lehmkuhl in Fegert u.a. 2006, S. 81).

Doch fördert das Konzept der Sexualassistenz wirklich ebenso die Selbstbestimmung von Menschen mit einer geistigen Behinderung?

Die Sexualassistenz scheint auf den ersten Blick eine andere Form der Prostitution zu sein, da die Dienstleistung von dem Menschen mit Behinderung bezahlt wird.

Für die Anhänger dieses Konzepts unterscheidet sich die Sexualassistenz insoweit von der Prostitution und möchte sich auch davon abgrenzen, da der sexuelle Kontakt zum Austausch von Zärtlichkeiten bestimmt ist und mindestens eine Stunde stattfinden soll (vgl. Mattke in Wüllenweber 2004, S. 59-60).

In der Fachliteratur findet sich eine genauere Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sexualassistenz.

Unter passiver Sexualassistenz wird das Schaffen von Voraussetzungen für eine verwirklichende selbstbestimmte Sexualität verstanden. Dies gelingt beispielsweise durch Sexualberatung und Sexualpädagogik. Des Weiteren gilt auch das Informieren über Sexualpraktiken, das Beschaffen von Hilfsmitteln, wie Vibratoren und Materialien, wie Videos und das Vermitteln von Prostituierten oder das Vermitteln von Service- Diensten als passive Assistenz.

Die aktive Sexualassistenz ist die sexuelle Interaktion von Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung mit Mitarbeitenden und Pflegekräften. Unter sexueller

Interaktion fallen beispielsweise erotische Massagen oder die Unterstützung in der Selbstbefriedigung, der sogenannten Handentspannung. Darunter laufen alle Formen des aktiven „Hand- Anlegens“. Des Weiteren ist auch der Geschlechtsverkehr eine Form der aktiven Sexualassistenz (vgl. Walter in Walter 2008, S.12).

Nach Joachim Walter ist eine weitere Form der aktiven Assistenz die Sexualbegleitung, auf die ich später noch genauer eingehen werde.

Die Definitionen von passiver und aktiver Sexualassistenz zeigen die Vielgestaltigkeit dieses Konzepts. Hier sind einige Beispiele:

Ein schwer geistig behinderter junger Mann mit stark autistischen Zügen lebt in einer Wohngruppe. Die einzige Möglichkeit für ihn zu entspannen, gelingt, wenn er im warmen Badewasser sitzt und mit einem warmen Waschlappen im Genitalbereich gewaschen wird. Dies fällt nicht unter Masturbation. Es gefällt ihm einfach.

Ein weiteres Beispiel ist eine Bewohnerin mit einer geistigen Behinderung, die aufgrund einer cerebralen Bewegungsstörung zwar selbst masturbieren kann, aber nur sehr selten zur Befriedigung kommt. Der Bewohnerin wird ein Vibrator von einer Mitarbeiterin gekauft und die Anwendung von diesem erklärt.

Das letzte Beispiel handelt von einer Bewohnerin und einem Bewohner, die beide leicht geistig behindert sind und aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen im Rollstuhl sitzen. Sie sind ein Paar und möchten nun miteinander schlafen. Sie bitten eine Betreuerin um Unterstützung (vgl. Commandeur, Krott in Walter 2008, S. 188).

Die Beispiele zeigen, wie unterschiedlich die passive und aktive Sexualassistenz in der Praxis umgesetzt wird und umgesetzt werden können oder könnten.

Wie oben erwähnt, kann die Sexualassistenz auch von Mitarbeitern durchgeführt werden. Bevor diese aber eingesetzt werden, sollte über folgende Kriterien nachgedacht werden:

- **Einzelfallentscheidung**

Aufgrund unterschiedlichen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Fähigkeiten ihrer eigenen Sexualität müssen Entscheidungen nach sexueller Assistenz bei Menschen mit einer geistigen Behinderung immer individuell gefällt werden.

- **Nur auf Wunsch**

Der Wunsch nach Sexualassistenz sollte geäußert werden, mindestens sollte aber ein offensichtliches Bedürfnis da sein. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung kann der Wunsch nicht immer verbal geäußert werden. Aber wenn davon ausgegangen wird, dass auch diese Menschen einen eigenen Willen haben, dann können sie ihren Wunsch auch anders kundtun und selbstständig Entscheidungen treffen.

- **Keine andere Befriedigungsmöglichkeit**

Aktive Sexualassistenz soll nicht ausschließlich zur Befriedigung von sexuellen Gelüsten eingesetzt werden, sondern soll vor allem dann Einsatz finden, wenn der Mensch seine Sexualität ohne diese Hilfe nicht ausleben kann oder sie erst so entwickeln kann.

- **Freiwillige und reflektierte Entscheidung der Assistenzgeber**

Sexualassistenz soll immer freiwillig und reflektiert umgesetzt werden. Damit ist das Auseinandersetzen mit den eigenen Grenzen und das Reflektieren darüber, was man als Mitarbeiterin, als Mitarbeiter wirklich leisten will, gemeint.

- **Hilfe zur Selbsthilfe**

Auch bei sexueller Assistenz gilt die Hilfe zur Selbsthilfe. Hierbei findet beispielsweise didaktisches Material zum anschaulichen (Vorführen) Zeigen von Techniken der Masturbation bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, die ihre Technik dafür noch nicht herausgefunden haben, ihren Einsatz. Möglicherweise führt dies aber nicht zum Erfolg. Eine Assistentin oder ein Assistent legt selber Hand an.

Der dänische Sexualpädagoge Jörgen Buttenschön beschreibt in diesem Zusammenhang das Lernen durch Imitationen. Eine Betreuerin, ein Betreuer kann dem Mensch mit Behinderung die Masturbation an sich selbst vorführen und somit den Menschen zum eigenen Ausprobieren ermutigen.

- **Vorrang der passiven Assistenz**

Bei der sexuellen Assistenz sollte immer die passive, Vorrang vor der aktiven Assistenz haben (vgl. Commandeur, Krott in Walter 2008, S.190-191). „Daher sollte der Satz gelten: „So wenig wie möglich, so viel wie nötig.“ (Commandeur, Krott in Walter 2008, S.191).

- **Aktive Assistenz nur extern**

Falls aktive Sexualassistenz zum Einsatz kommen soll, sollte dies bei gegebenen Möglichkeiten immer von jemandem außerhalb der Wohngemeinschaften oder Heimen gegeben werden. Aufgrund der bestehenden Abhängigkeit zu den Betreuern und dem damit verbundenen Machtgefälle ist die externe Durchführung von großer Wichtigkeit (vgl. Commandeur, Krott in Walter 2008, S.192).

- **Rechtliche Rahmenbedingungen beachten**

In Verbindung mit Sexualassistenz stehen folgende wichtige Paragraphen, die unbedingt zu beachten sind:

§ 174a StGB – Sexueller Missbrauch von Gefangenen, behördlich Verwahrten oder Kranken und Hilfsbedürftigen in Einrichtungen

§ 179 StGB – Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen

§180 StGB- Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger (vgl. Commandeur, Krott in Walter 2008, S. 213-215).

Im Vorfeld der aktiven Sexualassistenz sollte daher immer mit dem Team, mit der Leitung des Hauses bzw. Heimes, sowie besonders mit den Eltern oder engen Bezugspersonen abgesprochen werden.

- **Beziehungsebene beachten**

Der potentiellen Assistenzgeberin, dem potentiellen Assistenzgeber sollte im Vorfeld klar gemacht werden, dass ihre Arbeit Teil der Arbeit der Mitarbeiter ist und der Einsatz dieser als die beste Lösung gilt (vgl. Commandeur, Krott in Walter 2008, S. 192).

Es kann daher gesagt werden, dass das Einsetzen von Mitarbeitern als sexuelle Assistenz positive, wie negative Aspekte hat. Was das für die Mitarbeiter und für allem für die Bewohner bedeuten kann, werde ich noch ausführlicher in den ethischen Gesichtspunkte aufzeigen.

4.1 Sexualerziehung und Sexualberatung als passive Sexualassistenz

Die Sexualpädagogik ist in allen Lebensbereichen und Lebenswelten ein wesentlicher Bestandteil. Dies gilt nicht nur für junge Menschen. Auch erwachsenen und alten Menschen bedarf es noch der Sexualpädagogik.

Die Sexualpädagogik wird als wissenschaftliches Erforschen und Reflektieren von sexueller Sozialisation und dem Einfluss von Erziehung auf Sexualität verstanden.

Die Sexualerziehung zielt auf die Entwicklung von sexuellen Verhaltens- und Ausdrucksformen, sowie die Einstellung von Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen auf diese. Dabei ist die kontinuierliche Einflussnahme wichtig (vgl. Sielert in Otto/Thiersch 2011, S.1263).

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bedarf die Sexualerziehung einer gewissen Sensibilität und muss auch wichtiger Bestandteil des Erwachsenenalters sein.

Die Sexualität und wie über sie gesprochen wird, kann mit der Erziehung verstärkt, verbessert oder verändert werden. Hierbei wird zwischen zwei verschiedene Sexualerziehungsstile unterschieden.

Die repressive Sexualerziehung und die emanzipatorische Sexualerziehung.

In die repressive Sexualerziehung fließt die ängstliche Einstellung gegenüber Sexualität ein. Sexualität gibt es nur unter Eheleuten. Um die Enthaltensamkeit bis zur Ehe zu bekräftigen, wird vor allem auf die Gefahren von sexuellen Vorgängen hingewiesen.

Hiervon unterscheidet sich die emanzipatorische Sexualerziehung mit ihrer bejahenden Einstellung. Sexuelle Bedürfnisse dürfen frei zugelassen werden, sofern diese von der Sexualpartnerin, dem Sexualpartner erwünscht werden. Dadurch werden Selbstständigkeit im Handeln, Entscheiden und Urteilen gefördert und erreicht.

Für einen Menschen mit einer Behinderung sind Erziehungsziele, wie die Genussfähigkeit, die Liebe und das Einfühlen in den Partner schwierige Ziele. Vor allem dann, wenn der Mensch mit Behinderung zuvor keine Erfahrung mit Sexualität gemacht hat. Dies trifft aber auch auf den Erzieher zu (vgl. Hoyler- Herrmann in Walter 2005, S.197-198).

Des Weiteren beinhaltet die Sexualerziehung die Sexuaufklärung.

Daneben kann auch die Sexualberatung Bestandteil der Sexualerziehung sein. In der Sexualberatung werden Entwicklungsprozesse im Zusammenhang von Sexualität im Einzel- oder Gruppengespräch behandelt (vgl. Sielert in Otto/Thiersch 2011, S.1263).

Die Sexualberatung als passive Sexualassistenz möchte ich am Beispiel von „Sexybilities“ vorstellen.

Sexybilities wurde von der Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen (ASL) e.V. Berlin initiiert und begann ihre Tätigkeit im März 2000.

Die ASL berät die von Pflege und Assistenz abhängigen Menschen.

Die beratende Tätigkeit von Sexybilities zielt auf die Unterstützung des Selbstbildes, der eigenen Wünsche und deren Zugeständnisse hin (vgl. Vernaldi in BzgA Forum 2/3-2001, S. 48-49).

Neben der Sexualberatung bietet Sexybilities Gesprächsrunden und Parties an (vgl. Vernaldi in Walter 2008, S.51).

Das Besondere bei Sexybilities ist, dass die Sexualberatung als Peer- Counseling stattfindet. Peer- Counseling ist das Beraten von Menschen mit einer Behinderung durch Menschen mit Behinderung. Beim Peer- Counseling fällt die klassische Helfer-Bedürftigen- Konstellation weg. Der Mensch mit Behinderung ist weniger gehemmt, da ihm ein Berater, der selbst eine Behinderung hat, gegenüber steht. Des Weiteren fällt es dem zu Beratenden leichter über Abwertungen, Verletzungen und Wünsche zu sprechen. Der Berater selbst kennt ebenso diese Situationen und Gefühle und geht mit einer anderen Betroffenheit an die Arbeit. Er kennt die gestörte Intimität und die schmerzhaften Erfahrungen mit der eigenen Körperlichkeit. Viele Eltern können mit der Behinderung ihres Kindes nicht umgehen, woraufhin das eigene Verhältnis zum Körper gestört wird. Ebenso steht bei einem Menschen mit Behinderung immer die Behinderung im Vordergrund und ist oftmals Hinderungsgrund (vgl. Vernaldi in Walter 2008, S. 53).

Daher ist der Peer- Counseling- Ansatz vor allem in der Sexualberatung von großer Wichtigkeit.

Aus welchen Gründen Menschen in die Sexualberatung gehen sind sehr unterschiedlich. Einmal kann bei einer Problemsituation ein Lösungsweg gefunden werden. Beispielsweise für das Außenseiterdaseins eines Exhibitionisten, der mit anderen in einer Wohngruppe lebt. Ein weiterer Grund eines Besuches kann das Reflektieren der Lebenssituation bezüglich der Partnerschaft sein. Möglich, aber selten ist die technische Beratung, also beispielsweise die Hilfe bei Erektionsstörungen aufgrund von Einschränkungen durch die Behinderung (vgl. Vernaldi in BzgA Forum 2/3-2001, S. 49).

Weitere Aufgaben beschreibt die Pro Familia Berlin. Die Sexualberatung möchte mittels Vermittlung von Wissen und mittels Selbstreflektierung und dem Berichten von Selbsterfahrungen aufklären und die Entwicklung eines Menschen fördern. Die Ziele hieraus sind die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität und mit der eigenen Selbstbestimmung, die Kreativitäts- und Fantasieförderung und das Erlernen bzw. das Fördern von Kritikfähigkeit. Damit dies gelingt, bedarf es der Unterstützung der Eltern, des näheren Umfeldes sowie der Betreuer. Mit deren Hilfe können die Wünsche und Fähigkeiten bezüglich der Sexualität ermöglicht werden (vgl. Hallstein, Kemmerer, Winkler in Walter 2005, S: 231-232).

Zur Erreichung dieser Ziele gibt es die sozialmedizinische Sprechstunde, die Einzelberatung, die Beratungsstunden in den Einrichtungen, die Elternarbeit, die Multiplikatorenarbeit, sowie die Praxisberatung und Krisenintervention.

In der sozialmedizinischen Sprechstunde wird gynäkologisch beraten und untersucht. Auch werden Beratungen zur Verhütung angeboten. Zusätzlich gibt es eine Schwangerschaftsbetreuung, welche aber die Ausnahme bildet.

Die Einzelberatung ist für individuelle Probleme zuständig. Dies können die Sehnsucht nach einer Partnerin, einem Partner sein, der Wunsch nach dem Kennenlernen des eigenen Körpers, sowie des Körpers des anderen Geschlechts. Ein weiteres Thema ist der bestehende Kinderwunsch von Menschen mit einer Behinderung. Im Allgemeinen werden auch medizinische Themen behandelt, wie beispielsweise die Fragen nach einer Unfruchtbarkeit oder Fragen zum Thema AIDS. Wichtig bei diesen Gesprächen ist, dass der Mensch mit Behinderung nach seinen Fähigkeiten und Grenzen beraten wird.

Bei Beratungsstunden in Einrichtungen, wie beispielsweise Jugendwerke, Heime und Schulen, steht direkt vor Ort eine Ansprechpartnerin, ein Ansprechpartner zur Verfügung, um Fragen rund um die Sexualität zu beantworten. Hierbei ist es von besonderer Wichtigkeit, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen den Ansprechpartnern und den Betreuern gegeben ist.

Bei der Elternarbeit unterstützt Pro Familia die Eltern im Zulassen von Sexualität und der Findung der eigenen Identität ihrer Kinder. Umgesetzt wird dies bei Einzelgesprächen und verschiedenen Elternabenden.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Sexualberatung ist die Multiplikatorenarbeit. Das Ziel der Multiplikatorenarbeit ist der verbesserte soziale Umgang mit sexuellen Themen sowie das Reflektieren der eigenen Einstellung gegenüber Sexualität und Behinderung. Ebenso wird den Multiplikatoren relevantes Sachwissen vermittelt, sowie die Einsatzmöglichkeiten von sexualpädagogischen Methoden und Medien (beispielsweise Videos). Zur Vermittlung dieser Ziele bestehen für Mitarbeiter der Behindertenarbeit Methoden, wie Fortbildungen, praktische Beratungen und die Kriseninterventionen.

Ebenso zielt die Praxisberatung und Krisenintervention in der Sexualberatung auf die Problemlösung von Mitarbeitern auf aktuelle Arbeits- und Teamereignisse (vgl. Hallstein, Kemmerer, Winkler in Walter 2005, S: 232-235).

Sexybilities und Pro Familia haben beide praxisrelevante Unterscheidungen. Sexybilities unterscheidet sich mit dem Konzept des Peer- Counseling von dem der Pro Familia. Dieses Konzept bewegt sich sehr nah an den Menschen mit Behinderung. Dagegen bietet die Pro Familia vor allem für das Umfeld der Menschen mit Behinderung Unterstützung zum Thema Sexualität und deren Vermittlung an.

Beide unterstützen die Menschen durch die Sexualberatung.

4.2 Sexualbegleitung als aktive Sexualassistenz

„Sexualität ist etwas Schönes, eine Möglichkeit Freude zu erfahren...etc.

Selten wird sie so gelebt. Ich will nicht eingehen auf die Gründe, warum das so gekommen ist. Ich will nur feststellen, dass es so ist. Und daraus meine Arbeit entstehen lassen.“ (de Vries in Walter 2008, S. 108).

Nina de Vries ist eine seit 1996 tätige Sexualbegleiterin (vgl. Walter 2008, S. 222). Wie ihre Arbeit aussieht, möchte ich am Beispiel der Begegnung mit C., einem Menschen mit einer geistigen Behinderung darstellen. Dieses Beispiel findet sich im Kapitel „Sexualbegleitung- Wie geht das?“ von Nina de Vries, abgedruckt im Fachbuch „Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen“ von Joachim Walter (Hg.).

C. ist zu diesem Zeitpunkt 38 Jahre alt und hat das Down- Syndrom. Er wohnt in einer Wohngemeinschaft mit anderen Menschen, die ebenfalls geistig behindert sind. Der Kontakt zur Sexualbegleiterin lief über einen Betreuer ab, da C. Übergriffe auf eine Mitbewohnerin verübt hatte.

Während der Sexualbegleitung beschrieb C. die Sexualbegleiterin als seine Partnerin. Die Sexualbegleiterin versuchte damit entgegenzuwirken, dass sie jedes Mal betonte, sie sei seine Masseurin und nicht seine Freundin.

Jede Sitzung wird mit dem Betreuer nachbesprochen.

Bestandteil der Sitzungen ist das Massieren mit der Hand zum Orgasmus. Im Vordergrund steht dabei das Streicheln und die Unterhaltung.

Wichtig ist, dass C. in jeder Sitzung als vollwertigen Menschen von Nina de Vries respektiert wird und auch so behandelt wird.

Zu Beginn der Sitzung hatten die Eltern von C. ein unangenehmes Gefühl, doch mittlerweile wird Frau de Vries von der Mutter akzeptiert.

Damals war die Sexualbegleitung von C. jeden zweiten Monat (vgl. de Vries in Walter 2008, S.109-110).

Die Sexualbegleitung zählt in der Literatur häufig zur aktiven Sexualassistenz. Die Begleitung wird durch professionelle Assistenzgeberinnen und Assistenzgeber durchgeführt. Diese besitzen ein pädagogisches und/oder pflegerisches Wissen (vgl. Walter in Walter 2008, S. 12).

Die Sexualbegleitung stellt einen anderen Teil der Sexualität dar. Ihre Arbeit ist nicht nur der auf Genitalien fixierte körperliche Kontakt, sondern vor allem der emotionale Kontakt mit dem Menschen. Ebenso hilft die Sexualbegleitung beim Erfahren des eigenen Körpergefühls und beim Erleben von Nähe. Damit die Sexualbegleitung auf dieser engen Ebene bestehen kann, muss die Assistenzgeberin, der Assistenzgeber dem Menschen

den Respekt vor seinem eigenen Körper und seiner Persönlichkeit entgegenbringen (vgl. Hartmann in Walter 2008, S.37).

Das Institut zur Selbst- Bestimmung Behinderter hat Richtlinien zum Ziel und zur Arbeit der Sexualbegleitung erarbeitet. Dazu gehört, dass die Sexualbegleitung auf eine reflektierte Persönlichkeitsentwicklung zielt. Ebenso fördert sie die erotischen und sexuellen Kompetenzen.

Der Geschlechtsverkehr ist nicht das eigentliche Ziel, wird aber nicht ausgeschlossen. Dabei wird auf Safer Sex geachtet. Die Voraussetzungen für eine Begegnung ist das Respektieren der Grenzen des Kunden, sowie auch die des Assistenzgebers. Die Sexualbegleiter müssen die Menschenrechte achten.

Das Angebot der Sexualbegleitung ist nicht ausschließlich für Menschen mit Behinderungen da, sondern richtet sich auch an Menschen ohne eine Behinderung. (vgl. Institut zur Selbst- Bestimmung Behinderter). Dieses zusätzliche Angebot ist daher wichtig, dass die Sexualbegleitung für die Menschen mit Behinderung keine Sonderbehandlung darstellt.

Das Konzept verlangt viel von den Sexualbegleitern, daher ist eine Schulung bzw. Ausbildung sehr wichtig und wird gefordert. Durch diese Ausbildung ist die Professionalität der Begleitung gesichert und unterscheidet sich von Prostitution.

Hierfür bedarf es gewisser Basiskomponenten:

Im Vorfeld soll die Sexualbegleiterin, der Sexualbegleiter ihre/seine eigene Sexualität reflektieren. Sie sollen die eigene Sexualbiographie kennen, ebenso die eigenen Wünsche, Grenzen und Schwierigkeiten der Sexualität. Wichtig ist dies, damit die Assistenzgeber das Konzept nicht nur zur eigenen Befriedigung missbrauchen. Daher ist es ebenso von großer Bedeutung, dass der Professionelle im Vorfeld seine eigene Rolle klarmacht und sich somit von der Vorstellung einer Partnerschaft distanziert, die sich der Betroffene möglicherweise erhofft.

Eine weitere Basiskompetenz ist die pflegerische Grundausbildung, die bei der aktiven Assistenz benötigt wird. Darunter fallen Kenntnisse von Inkontinenz und deren Umgang, Kenntnisse der Körperpflege und deren möglichen Probleme und die Unterstützung des Menschen beim An- und Ausziehen. Des Weiteren soll der Professionelle Kenntnisse über die Folgen von Behinderungen haben. Davon betroffen ist im Besonderen der Umgang mit Lähmungen, Spastik und das sensible Reagieren auf Wahrnehmungsstörungen. Da unter aktiver Assistenz auch die Massagen fallen, muss die Begleiterin, der Begleiter Massagetechniken anwenden können.

Zusätzlich muss die Assistenz über heil- und behindertenpädagogische Grundkenntnisse verfügen. Dazu zählen das Wissen über verschiedene Behinderungsformen, das Verstehen der Unterschiedlichkeit von geistiger und körperlicher Behinderung, den

empfindenden Umgang mit emotionalen und kognitiven Reaktionen, sowie das Anwenden von klientenzentrierter Gesprächsführung.

Ebenso zählt die Sexualpädagogik und die Sexualtherapie als Basiskompetenz. Damit sind Kenntnisse der Psychologie der Sexualentwicklung, das Wissen über sexuelle Funktionsstörungen, das Sammeln von Informationen zu Hilfsmitteln und Materialien und das Wissen von Techniken unterstützter Sexualität und deren Möglichkeiten von Bedeutung.

Zugleich muss die Assistenzgeberin, der Assistenzgeber über juristisches Wissen verfügen. Hierbei handelt es sich um das Sexualstrafrecht, das Betreuungsrecht und die Kontrakt- und Vertragsgestaltung. Im Sexualstrafrecht spielen vor allem die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung eine Rolle. Dies sind die Paragraphen 174 StGB, der sexuelle Missbrauch von Abhängigen unter Ausnutzung ihrer Behinderung, der § 179 StGB, die Ausnutzung der Widerstandsunfähigkeit, sowie der § 180 StGB gegen sexuelle Handlungen Minderjähriger.

Im Betreuungsrecht soll sich die Assistenz mit den Aufgaben der gesetzlichen Betreuer, sowie mit Einverständniserklärungen auskennen.

Mithilfe der Kenntnisse in der Kontrakt- und Vertragsgestaltung kann das Sexualassistenz-Angebot professionell ausgestaltet werden.

Wie zu sehen ist, hat die Assistenzgeberin, der Assistenzgeber eine große Verantwortung, nicht nur gegenüber dem Menschen mit Behinderung, sondern auch gegenüber sich selbst. Daher ist es für sie bzw. ihn bedeutend, regelmäßig an Supervisionen teilzunehmen, um die eigene emotionale Belastung und die eigenen Grenzen und Schwierigkeiten als professionelle Sexualbegleiter zu reflektieren (vgl. Walter in Walter 2008, S. 12-13).

Allerdings wünscht sich ein Mensch mit einer Behinderung oftmals eine Partnerin, einen Partner, wobei es bei der Sexualbegleitung zu Schwierigkeiten kommen kann, denn die Assistentin, der Assistent soll nicht die Rolle in einer festen Beziehung übernehmen. Es ist wichtig diesen Aspekt im Vorfeld zu klären, damit die Sehnsucht nach Liebe und Zärtlichkeit nicht unerfüllt bleibt (vgl. Walter in Walter 2008, S.27).

Eine weitere Schwierigkeit sind die doch sehr hohen Kosten von sogenannten Körperkontakt-Angeboten. Sie betragen 80 Euro zuzüglich Fahrtkosten und können vor allem von Menschen mit einer geistigen Behinderung nur schwer aufgebracht werden.

Eine Idee zur Kostenlösung für die Inanspruchnahme, ist die Kosten für den Besuch der Sexualbegleiterin, des Sexualbegleiters über die Krankenkasse zu erstatten, doch die Sexualität des Menschen mit Behinderung würde hierbei als Krankheit angesehen werden. Ein besserer Lösungsvorschlag ist daher die anfallenden Kosten vom Sozialamt

über die Sozialhilfe zu finanzieren. Dieser Vorschlag betrifft neben der Sexualbegleitung auch das Aufsuchen von Bordellen (vgl. Walter in Walter 2008, S.27).

Die Sexualbegleitung wird vor allem von Männern in Anspruch genommen. Frauen mit einer Behinderung sind daran zwar interessiert, aber in Anspruch nehmen sie die Dienstleistung nur wenig. Ein Grund dafür ist die kritische Betrachtung zur Abgrenzung von Prostitution, die von vielen Frauen diskutiert wird (vgl. Puschke in BZgA FORUM 1-2010).

4.3 Sexualität und Inklusion

Das Konzept der Sexualassistenz lässt die Frage aufkommen, ob dies möglicherweise erneut eine „Sonderbehandlung“ für Menschen mit Behinderungen und somit ein Verhinderungsgrund von Inklusion darstellt, oder ob dies eine bessere Möglichkeit für die Sexualität der Betroffenen bedeutet. Um dieser Frage nachgehen zu können, muss erst der Begriff der Inklusion geklärt werden.

Der Begriff der Inklusion hat einen angloamerikanischen Hintergrund und stammt aus den USA. Hierbei wird der Begriff als „Nicht- Aussonderung“ oder „unmittelbare Zugehörigkeit“ verwendet (vgl. Sapon-Shevin 1999 in Theunissen, Schirbort 2006, S.13).

Der Begriff bezieht sich auf das lateinische Wort „includere“, also einschließen. Inklusion wird daher auch als soziale Eingeschlossenheit in Teilsystemen der Gesellschaft verstanden. In Verbindung mit dem Inklusionsgedanken steht gleichzeitig auch immer der Begriff der Exklusion. Mit Exklusion ist die soziale Ausgeschlossenheit aus den gesellschaftlichen Teilsystemen gemeint. In der heutigen Gesellschaft werden immer beide Begrifflichkeiten praktiziert. Der Mensch kann zwar in Systemen eingeschlossen werden, wird aber immer auch aus anderen ausgeschlossen. Abhängig ist dies von den jeweiligen Gruppen des Systems. Der Mensch ist auf ihre Aufnahme angewiesen (vgl. Speck 2005, S.63)

Vor allem Menschen mit Behinderung haben ein erhöhtes Exklusionsrisiko. Viele dieser Menschen waren oder sind immer noch nicht Teil des Bildungssystem für Menschen ohne Behinderung und haben dadurch verminderte Chancen auf dem regulären Arbeitsmarkt. Diese „Aussonderungen“ ziehen sich dann auch durch ihre anderen Lebensbereiche, wie Bildung oder Freizeit

Vieles hat sich durch das Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX im Jahr 2001 für die Teilhabe der Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft verändert. Ihre Bürgerrechte werden anerkannt, der sozialen Ausgrenzung wird entgegengewirkt und die Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben sind gestiegen (vgl. Wansing 2005, S. 15-17), durch beispielsweise der vermehrten Möglichkeit des ambulanten Wohnens.

Die Praxis zeigt, dass die Inklusion aber auch mit Schwierigkeiten und Hindernissen verbunden ist. Dies hängt von individuellen und sozialen Bedingungen ab, die Teil der Behinderung sein können. Beispielsweise aufgrund beträchtlicher Schwierigkeiten in der Anpassung an die gesellschaftlichen Normen, durch Überforderungen aufgrund körperlicher und mentaler Bedingungen, durch Ängste, Vorurteile, Unwissenheit, durch die fehlende Unterstützung von außen oder durch die mangelnden Möglichkeiten in der Bildung.

Damit die Inklusion auch in der Praxis gelingt, bedarf es folgender Bedingungen:

Die Inklusion ist ein Prozess der beidseitigen Veränderungen durch Annäherung. Wenn sich eine soziale Situation verändert, müssen sich die Mitglieder der Veränderung in Richtung einer neuen ermöglichenden Gemeinsamkeit umstellen.

Die Inklusion schließt gleichzeitig die Achtung der Selbstbestimmung ein. Die Menschen müssen in ihren Rechten, Werten und Chancen beachtet werden. Ausgangspunkt für die Achtung der Selbstbestimmung ist das Respektieren von Verschiedenheit an sich, aber auch das Respektieren der verschiedenen Einstellungen und Normen der Gesellschaft.

Nur bestimmte soziale Felder ziehen Inklusion mit ein. Nicht alle soziale Gruppen sind für die Menschen von Interesse, jeder wählt sich seine Passende aus. Diese Möglichkeit besteht für Menschen mit einer Behinderung nicht oft. Nicht immer ist klar, ob der Mensch emotional angenommen wird und das System sich nach ihm hin verändert. Darauf muss geachtet werden, damit der Mensch keinen Schaden nimmt.

Die Inklusion muss Aufgabe aller Einrichtungen sein, in denen Menschen mit einer Behinderung leben. Damit die Einrichtungen ein Ort zum Leben sind und bleiben, müssen die Mitarbeiter dafür sorgen, dass die dort wohnenden Menschen in Kontakt und Austausch mit Menschen von außerhalb kommen.

Inklusion muss über ein soziales Netzwerk verfügen und darin seine Unterstützung haben (vgl. Speck 2005, S. 96-98).

Doch inwieweit werden diese Bedingungen in dem Konzept der Sexualassistenz beachtet?

4.4 Sexualassistenz – Verhinderungsgrund von Inklusion?

Die Sexualassistenz ist eine professionelle, käuflich erwerbende Dienstleistung zur Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse. Diese Begriffsdefinition lässt sich mit der Prostitution gleichsetzen.

Den Anhängern des Konzepts der Sexualassistenz ist die Abgrenzung von Prostitution sehr wichtig und entscheidend. Doch inwieweit unterscheidet sich die Sexualassistenz in der Praxis wirklich von Prostitution?

Nun stellen sich die Fragen, wie Sexualität in der Gesellschaft akzeptiert und gesehen wird und inwieweit die Ethik hierbei noch von Bedeutung ist.

Ethik bedeutet das moralische Handeln eines Menschen in einer gewissen Situation. Sie ist abhängig von Gefühlen und Gedanken, die sich innerlich und äußerlich abspielen. Die Frage ist, wie sich die Sexualität auf das moralische Handeln jedes Einzelnen auswirkt bzw. auswirken kann.

In unserer heutigen Gesellschaft stellt es keine Schwierigkeit dar, Sexualität in allen Arten und Ausprägungen käuflich zu erwerben. Dies gelingt bei nichtbehinderten Menschen aber leichter, als bei Menschen mit einer Behinderung.

Die Sexualität und vor allem deren Anerkennung haben eine lange Vergangenheit. Vor allem ab den bewegenden 60er Jahren haben sich sexuelle Tabus ein Stückweit aufgelöst und die Vermarktung von Sexualität nahm immer mehr zu.

Dennoch wird die öffentliche Vermarktung als unmoralisch angesehen und wird lieber in versteckten Formen akzeptiert.

Die weit verbreitetste käufliche Sexualität ist die der Prostitution und weiteren ähnlichen sexuellen Dienstleistungen, zu der auch die Sexualbegleitung zählt. Diese bietet sexuelle Dienstleistungen gegen Bezahlung an, auch wenn diese nicht auf die reine Genitalsexualität abzielt.

Mit Prostitution verbinden noch heute viele Menschen, teilweise zu Recht, das Ausbeuten und der Zwang von Frauen zu sexuellen Diensten. Wichtig ist aber zu wissen, dass es auch viele Frauen gibt, die sich freiwillig entschieden haben selbstbestimmt ihren Körper als Ware anzubieten. Dennoch hat auch diese Freiwilligkeit, durch die weit verbreitete Sichtweise in der Gesellschaft auf Prostitution und sexuelle Dienstleistungen eine wenig wertschätzende Haltung gegenüber diesen Frauen eingenommen. Ein wichtiger Schritt für diese Frauen ist die nun im Gesetz verankerte Erklärung der Nicht- Sittenwidrigkeit von Prostitution (vgl. Hartmann in Walter 2008, S.31-33). Ebenso ist dies ein wichtiger Aspekt für die Inklusion. Damit Inklusion gelingt, bedarf es einen Prozess der Annäherung, durch Veränderung. Das Gesetz zur Nicht- Sittenwidrigkeit hilft bei diesem Prozess.

Hierbei ist aber immer noch nicht die Frage geklärt, ob das käufliche Erwerben von sexuellen Dienstleistungen moralisch ist, also nicht ethisch bedenklich.

Nach der christlichen Religion hat Sexualität nur in einer Ehe oder in einer festen Beziehung Platz. Dabei müssen auch Gefühle und Liebe füreinander vorhanden sein. Diese Sichtweise auf Sexualität schließt nicht die Lustfunktion ein, wobei Sexualität zur Befriedigung der Lust in einem Selbstzweck verübt wird (vgl. Hartmann in Walter 2008, S. 33-34).

Viele Einrichtungen und Pflegedienste für Menschen mit einer Behinderung sind christlich geprägt, wie beispielsweise die Caritas oder die Diakonie (vgl. Hartmann in Walter 2008, S.37). Durch die kirchliche Sichtweise auf Sexualität ergeben sich verschiedene Überlegungen.

„Wer entscheidet über die Inanspruchnahme sexueller Hilfsmittel oder sexueller Dienstleistungen? Wie offen wird damit umgegangen und wie selbstbestimmt kann die Frau, der Mann Wünsche verwirklichen? Wie wird mit sexuellen Ausrichtungen, z.B. mit Homosexualität umgegangen? Welche unterschiedlichen ethischen Aspekte spielen eine Rolle? Haben wir das Recht, für jemand anderen, über sie oder ihn hinweg, eine Entscheidung nach unseren Vorstellungen und Grundsätzen treffen?“ (Hartmann in Walter 2008, S.37-38).

In etlichen dieser Einrichtungen scheint es für den Menschen mit Behinderung gar nicht so einfach zu sein, sexuelle Dienstleistungen wie die Sexualbegleitung in Anspruch zu nehmen.

Hier zeigt sich eine Schwierigkeit der Sexualassistenz bei der Verwirklichung der Inklusion. Die Inklusion möchte, dass Menschen mit Behinderungen in Kontakt zu Menschen kommen, die außerhalb der Einrichtungen leben. Doch wenn die großen stationären Einrichtungen, die von christlichen Werten bestimmt sind, Schwierigkeiten mit dem Vermitteln von Sexualbegleiterinnen und Sexualbegleitern haben, dann ist die Inklusion durch die Sexualassistenz hier gefährdet. Natürlich muss auch hierbei gesagt werden, dass diese christlichen Werte ebenso Verhinderungsgrund von Inklusion sind und nicht das Konzept der Sexualassistenz.

Ein weiterer Aspekt über die Moral oder Nicht- Moral von sexuellen Dienstleistungen ist die abwertende Sichtweise, die vor allem für die weiblichen Dienstleister gilt. Unerfreulich dabei ist, dass nicht die Kunden bzw. Nutzer der Dienstleistung von der Gesellschaft negativ betrachtet werden, sondern immer die Anbieterinnen oder Anbieter.

Ein unmoralischer Aspekt an käuflicher Sexualität ist eine damit verbundene Lüge. Nämlich die, dass die Kundin, der Kunde attraktiv sei und die Frau, der Mann die Sexualität als lustvoll empfinde. Moralisch sind käufliche Dienste nur dann, wenn im Vorfeld klar gemacht wurde, dass die Dienstleistung nur zur Zweckerfüllung angeboten wird (vgl. Hartmann in Walter 2008, S.35). Daher ist es, wie oben beschrieben, bei der Sexualbegleitung von großer Wichtigkeit, den Mensch mit Behinderung über ihre/seine Funktion, Aufgabe aufzuklären.

Eine weitere Schwierigkeit können die Eltern des Menschen mit Behinderung darstellen. Diese werden oftmals nicht akzeptieren, dass ihr Kind die Dienste einer Sexualbegleiterin, eines Sexualbegleiters oder die einer Prostitution in Anspruch nehmen. Die Eltern haben eine andere Vorstellung von Werten und Normen ihrer eigenen Sexualerziehung.

Ein weiterer Grund ist, dass die Eltern bewusst sehen, dass ihr Kind erwachsen wird, eigenständiger wird und sie selbst möglicherweise daher nicht mehr gebraucht werden.

Ein zusätzliches Problem des Konzeptes der Sexualassistenz ist die Erreichbarkeit von sexuellen Dienstleistungen für den Menschen mit Behinderung. Oftmals sind diese von Informationen und vor allem vom Weiterleiten dieser, von den Menschen in ihrer Umgebung abhängig. Ob Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten gleichbehandelnd sexuelle Dienstleistungen in Anspruch nehmen können, ist also abhängig von den Werten und Normen der Betreuer (vgl. Hartmann in Walter 2008, S. 35-36). Hier zeigt sich die Problematik der Sexualassistenz und dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung. Die Menschen mit einer geistigen Behinderung können in so einem Kontext ihre Selbstbestimmung nicht ausleben, da sie immer noch abhängig von ihrem Umfeld sind.

Somit wird die Inklusion ausgeschlossen. Die Inklusion verlangt die Achtung der Selbstbestimmung. Die Wünsche und Bedürfnisse der Einzelnen müssen respektiert werden. Doch was passiert mit den Wünschen und Bedürfnissen, wenn sie von den Menschen, von denen sie abhängig sind, nicht respektiert und wahrgenommen werden? Damit die Inklusion hier gelingen kann, bedarf es bei den Mitarbeitern eventuell eine Veränderung hinsichtlich ihrer eigenen Haltung, Einsicht und Verständnis von Sexualität. Falls Dienste erreichbar sind, bleibt möglicherweise dennoch die Frage nach der Finanzierung solcher offen. Für die Menschen mit einer Behinderung, die nicht arbeiten können oder nur in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) tätig sind, stellen die teilweise sehr hohen Kosten eine Unmöglichkeit dar. Für diese könnte es wie oben beschrieben die fragliche Möglichkeit einer Finanzierung über die Krankenkasse sein. Doch inwieweit würde so eine Regelung in die Sexualität des Menschen eingreifen? Möglicherweise würde die Sexualität eines Menschen mit Behinderung durch diese Art der finanziellen Regelung nicht nur als „Krankheit“ abgestempelt werden, sondern auch mit Informationsabfrage, wie beispielsweise über Vorlieben und Wünsche in die Intimität der Menschen zu sehr eingreifen. Eventuell würde die gewünschte Normalität und die Inklusion für diese Menschen möglicherweise ein Verhinderungsgrund darstellen, denn dann müssten auch Menschen ohne Behinderung, die in einer finanziellen Notlage sind ebenso Unterstützung für die Inanspruchnahme von sexuellen Dienstleistungen erhalten (vgl. Hartmann in Walter 2008, S. 36).

Damit das Konzept der Sexualassistenz kein Verhinderungsgrund von Inklusion darstellt, bedarf es vor allem Veränderungen in der Lebenssituation der Menschen mit Behinderung. Für viele dieser Menschen ist die Sexualassistenz die einzige Möglichkeit zur Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse. Dennoch sollte das Konzept der Sexualassistenz die Inklusion nicht ersetzen, in dem die Sexualassistenz akzeptiert und in Anspruch genommen wird. Durch die Akzeptanz der Sexualassistenz werden möglicherweise die Veränderung der Lebensstruktur hinsichtlich einer „normalen“ Sexualität beeinträchtigt werden. Eine eigenständige Suche nach einer Partnerin, einem Partner und ein erfülltes Liebesglück gelingt in ambulanten Einrichtungen leichter.

Des Weiteren muss daran gedacht werden, dass die Sexualassistenz das Einkauf von, vor allem Frauen, fördert. Auch wenn sexuelle Dienstleistungen in der Gesellschaft immer mehr akzeptiert werden, sind diese Frauen immer noch so etwas wie „Ware“, auch wenn ihre Tätigkeit freiwillig geschieht. Doch erfahren diese Frauen möglicherweise auch eine Art von Exklusion, dadurch, dass die Gesellschaft diesen Beruf akzeptiert, aber nicht anerkennt und immer noch gewisse Vorurteile gegenüber diesen Frauen hegt.

4.5 Sexualassistenz aus Sicht der Betroffenen

Nach meinen Recherchen findet sich zu diesem Kapitelunterpunkt äußerst wenig Literatur. Diese bezieht sich dann meist auf Körperbehinderung.

Ich werde ein Interview eines Paares anführen, bei dem der Mann eine Körperbehinderung hat und seine Partnerin eine geistige Behinderung (vgl. Gilberts, Winkler in Walter 2008, 69).

Das Interview wurde von Theo Gilberts, einem Diplom- Pädagoge, Sexualpädagoge und Sexualtherapeut (vgl. Walter 2008, S.220) und Petra Winkler, einer Diplom Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin bei pro familia Berlin (vgl. Walter 2008, S.222) geführt.

Das Interview geht den Fragen nach, welche Personen sexuelle Dienstleistungen anbieten und über die Unterstützung bei der Selbstbefriedigung durch die Betreuer und Betreuerinnen.

Die Zusammenfassung des Interviews:

Der Mann mit der Körperbehinderung berichtet über Kontakte zu Prostituierten, die es in der stationären Einrichtung gegeben hat, über die aber keiner spricht. Der Interviewte gibt an, dass der Kontakt zu den Prostituierten über den Betreuer lief.

Die Ausführung der sexuellen Dienstleistung hat im Zimmer des Bewohners stattgefunden, dennoch hat es der Befragte mitbekommen. Daher wünscht er sich, dass solche Menschen zu den Prostituierten selbst gehen. Ein Problem sieht er auch darin, dass man für sein eigenes Intimleben immer eine Betreuungsperson hinzuziehen muss.

Auf die Frage nach der Unterstützung der Selbstbefriedigung antwortet der Partner, dass er von dieser Art der Hilfe noch nichts gehört habe. Seine Partnerin mit der geistigen Behinderung kann sich nicht vorstellen diese Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch sagt sie, dass ihre Betreuerinnen diese Unterstützung selbst nicht leisten wollten.

Ihr Partner spricht dann davon, dass eine Person, die sich nicht selbst befriedigen kann und keiner in der Einrichtung dies bemerkt, sein Leben lang ohne Sexualität auskommen muss.

Auch ist er der Meinung, dass die Hilfe zur Selbstbefriedigung von außerhalb der Einrichtungen kommen muss und dies kein Betreuer machen sollte (vgl. Gilberts, Winkler in Walter 2008, 69-70).

Dieses Interview zeigt das oben genannte Problem der Sexualität in stationären Einrichtungen, in denen oftmals Räumlichkeiten für die Intimsphäre fehlen.

Auch beschreibt das Interview die Forderung, dass die Sexualassistenz immer von außerhalb kommen sollte, damit die Bewohner- Betreuer- Beziehung nicht gefährdet wird.

4.6 Sexualassistenz aus Sicht des Fachpersonals

Das Fachpersonal hat aufgrund seines möglichen Einbezugs in die Assistenz eine gesonderte Sichtweise.

Diese Sichtweise möchte ich mit Hilfe der von im Jahr 1999 beginnenden und im Jahr 2003 endenden Berlin- Rostock Studie zu den Themenkomplexen sexuelle Selbstbestimmung und sexualisierte Gewalt beantworten. Dabei wurden die Bewohner und das Fachpersonal im Erhebungszeitraum 2001/2002 befragt (vgl. Fegert, Lehmkuhl, Thomas in Fegert u.a. 2006, S. 23-26). Das Ziel der Studie war einen Umgang mit den oben genannten Themen zu erheben und ein Konzept für deren Umgang zu entwickeln.

Die Datenerhebung erfolgte mittels Gruppendiskussionen auf Seiten der Bewohner und der Mitarbeiter und mittels Einzelinterviews mit Experten, Bewohnern und Mitarbeiter (vgl. Jeschke, Thomas in Fegert u.a. 2006, S. 31-36). Die ausgewerteten Daten wurden im Buch „Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt- Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung“ aufgeführt.

Die Sexualassistenz ruft unter dem Fachpersonal sehr unterschiedliche Reaktionen hervor.

Das Fachpersonal gibt Äußerungen hinsichtlich der gesellschaftlichen Prozesse. Einmal die Rolle der Öffentlichkeit, in der die Prostitution jetzt anders gesehen wird. Ebenso wird hierbei über das Öffentlichmachen der Sexualität durch die Sexualassistenz nachgedacht. Des Weiteren spielt bei der Gesellschaft auch die Zeit eine Rolle. Auf der einen Seite vertritt das Fachpersonal die Meinung, dass das Konzept in unserer heutigen Zeit mehr Chancen zur Anerkennung hat. Auf der anderen Seite gibt es aber Meinungen, dass das Konzept auch in zehn Jahren noch nicht angesehen wird.

Weitere Aussagen des Fachpersonals betreffen die Kosten der sexuellen Dienstleistungen. Viele denken, dass die Kosten für die Menschen mit Behinderung unerschwinglich seien.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass oftmals Unkenntnis über das Angebot besteht. Es kommt die Frage auf, ob es das Angebot auch im Umfeld ihrer Einrichtung gibt (vgl. Jeschke, Wille, Fegert in Fegert u.a. 2006, S. 267).

Die Unkenntnis über das Angebot habe ich selbst auch in der Praxis erfahren. Teilweise konnten die Mitarbeiter mit dem Begriff der Sexualassistenz nichts verbinden.

Weitere Aussagen aus der Datenerhebung erfolgen zu der Betroffenen- Bedürfnis-Orientierung. Ein Interviewter äußert sich positiv zu den sexuellen Dienstleistungen. Manche Bewohner bekommen so die Möglichkeit sexuelle Erfahrungen zu machen. Ein anderer Mitarbeiter spricht vom Recht auf Sexualität für alle Menschen und dass dieses Recht mit der Sexualassistenz verwirklicht werden kann. Auch gehen die Interviewten auf

die Aufgaben ihrerseits ein. Es liegt an ihnen diesen Bedarf bei vielen Bewohnern zu formulieren, da diese das nicht können. Auch spricht ein Interviewter über einen sensibleren Umgang mit dem Thema der Sexualität.

Andere Äußerungen betreffen die Defizite der Betroffenen. Aufgrund ihrer schweren Behinderung können viele keine Selbstbefriedigung betreiben und bekommen durch die sexuellen Dienstleistungen die Möglichkeit dazu.

Manche Interviewten sehen aber in der Sexualassistenz einige Schwierigkeiten in der Umsetzung. Sie sprechen über den Eingriff in die Intimsphäre der Bewohner. Weitere Aussagen betreffen die Gewissenkonflikte der Mitarbeiter, die an den Bewohnern „Hand anlegen sollen“, sowie dass es dabei zu möglichen sexuellen Übergriffen kommen kann. Daher ist eine rechtliche Absicherung auf beiden Seiten sehr wichtig.

In keiner der Aussagen werden die sexuellen Dienstleistungen problematisiert. Es wird nicht direkt über den guten Ruf des Hauses oder die Moral gesprochen. Vielmehr werden diese Themen als einen Teil der gesellschaftlichen Entwicklung angedeutet. Das Fachpersonal scheint wenig eigene Verantwortung übernehmen zu wollen. Es steht zwar offen dem Thema gegenüber, aber präsentiert sich teilweise machtlos. Die Inanspruchnahme von sexuellen Dienstleistungen scheint in der Theorie gut, nur in der Praxis kommt es noch zu Schwierigkeiten (vgl. Jeschke, Wille, Fegert in Fegert u.a. 2006, S. 266- 268).

5. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit

5.1 Empowerment und das Recht auf Sexualität

Zum Gelingen der (sexuellen) Selbstbestimmung der Menschen mit geistiger Behinderung wird vielerorts das Konzept eines neuen pädagogischen Handelns angewandt; das Konzept des Empowerment.

In der Praxis der Sozialen Arbeit bedeutet Empowerment die Selbstbestimmung durch das „Überflüssigmachen“ der Professionellen (vgl. Thomas, Kretschmann, Lehmkuhl in Fegert u.a. 2006, S. 80).

Der Begriff Empowerment heißt wörtlich übersetzt Selbst- Bemächtigung und Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung. Mit dieser Definition des Begriffs werden zeitliche Entwicklungsprozesse verstanden, in denen Menschen die eigenen Kräfte (wieder)gewinnen, um ihr Leben „besser“ zu gestalten (vgl. Herriger 2006, S. 13).

Georg Theunissen beschreibt in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung vier Handlungsebenen, auf denen das Konzept des Empowerment basiert:

1. Die subjektzentrierte Ebene:

Mit Hilfe der subjektzentrierten Ebene soll der Mensch mit Behinderung zur Entwicklung eigener Stärken und eigener Bewältigungsmustern angestiftet werden, indem er seine Angelegenheiten selbst in die Hand nimmt. Für die Praxis der Sozialen Arbeit bedeutet dies beispielsweise die Arbeit mit Unterstützungsmanagements und Unterstützernetze, sowie die stärkenorientierte Biografiearbeit und das soziale Kompetenztraining. Wenn auch der Einzelne im Vordergrund steht, bedarf es auf der subjektzentrierten Ebene einer Erschließung des individuellen Netzwerks.

2. Die gruppenbezogene Ebene

Die gruppenbezogene Ebene zielt auf die Förderung der vorhandenen Netzwerke von Menschen mit Behinderung im Nahbereich. Damit sind Familie-, Freunde- und Nachbarschaftssysteme gemeint. Des Weiteren ist ein Ziel dieser Ebene der Aufbau und die Entwicklung von Selbsthilfeinitiativen, Selbstvertretungsgruppen und Kontaktstellen, sowie deren Vernetzung. In der Praxis heißt dies der Ausbau von bürgerzentrierter Netzwerkarbeit. Die Menschen mit und ohne Behinderung respektieren und unterstützen sich selbst.

3. Die institutionelle Ebene

Da vielerorts immer noch Menschen mit geistiger Behinderung in Wohnstätten oder Heimen leben und in Werkstätten arbeiten, muss zum Gelingen des Empowerment-Konzepts auf institutioneller Ebene Veränderungen mit Unterstützung von Betroffenen und Bezugspersonen einhergehen. Diese Veränderungen beziehen sich auf die Schaffung von demokratischer Entscheidungsstrukturen (Partizipation) und auf die Möglichkeit einer Deinstitutionalisierung. Notwendig dafür ist es den Betroffenen eine

Stimme zu verleihen und die an den Reform- oder Entwicklungsprozessen beteiligten Personen mit einzubeziehen.

4. Die sozialpolitische und gesellschaftliche Ebene

Die vierte Ebene beinhaltet die Möglichkeiten politischer Einmischung sowie gesellschaftlicher Teilhabe. Schwierigkeiten können in dieser Ebene bestehen, wenn Menschen mit Behinderung nur eine Alibifunktion in Entscheidungen und Beteiligung inne haben. Zur Verhinderung dieser Funktion bedarf es einer advokatorischen Assistenz (vgl. Schwalb, Theunissen 2009, S.27-30).

In der Praxis bringt das Konzept des Empowerments auf Seiten der Betroffenen und des Fachpersonals Veränderungen mit sich.

Empowerment bezieht auf der subjektzentrierten Ebene die Lebensgeschichte, Lebenssituation, sowie die Interessen, Fähigkeiten und Stärken der Menschen mitein (vgl. Karschuck, Stauber in Lenz, Stark 2002, S.195).

Für die Sexualität der Menschen mit Behinderung bedeutet dies, die sexuellen Interessen und Wünsche zuzulassen, solange sie sich im rechtlichen Rahmen bewegen. Ebenso muss in der Praxis dafür gesorgt werden, dass die sexuelle Orientierung der Menschen respektiert und akzeptiert wird. Falls die Person aufgrund ihrer Behinderung ihre Sexualität nicht eigenständig ausleben kann, muss nach dem Konzept des Empowerment Unterstützung geleistet werden. Dies gelingt beispielsweise durch die Anwendung der Sexualassistenz.

Mit Hilfe der Lebensgeschichte kann die Sexualität der Menschen besser verstanden werden. Möglicherweise hat der Mensch eine negative Sichtweise auf Sexualität, weil er dies aufgrund seiner Erziehung so gelernt hat. Der Sozialarbeiter kann mit einer emanzipatorischen Sexualerziehung dabei helfen diese Sichtweise zu überdenken und eine bejahende Einstellung gegenüber Sexualität hervorzurufen.

Des Weiteren kann die Sexualität anhand der Lebenssituation der Menschen mit Behinderung scheitern. Wie in Kapitel drei beschrieben, haben sie Schwierigkeiten aufgrund fehlender räumlicher Begebenheiten oder fehlender Privatsphäre. Hierbei unterstützt sie das Empowerment auf institutioneller Ebene. Den Menschen mit Behinderung muss mehr Partizipationsmöglichkeiten zugesprochen werden. Sie müssen auch bei institutionellen Entscheidungsprozessen beteiligt werden, wie beispielsweise die Regelungen über das Abschließen der Zimmer oder das Raumschaffen für die Intimsphäre.

Das Empowerment setzt bei den Ressourcen der Menschen an. In diesem Zusammenhang steht der Begriff des Lebensweltbezugs. Hierbei entsteht die Frage, ob

der Mensch behindert ist oder ob er behindert wird (vgl. Karschuck, Stauber in Lenz, Stark 2002, S.196).

Ist die Sexualität behindert oder wird sie erst behindert? Das Empowerment setzt bei dieser Frage am Menschenbild der Gesellschaft an. Dabei wird auf sozialpolitischer und gesellschaftlicher Ebene agiert. Ein Mensch mit Behinderung kann seine Sexualität selbst ausleben, wird aber durch die gesellschaftliche Sichtweise gebremst oder seine Sexualität wird als nicht gesellschaftsfähig angesehen. Beim Herunterziehen der Hose in der Öffentlichkeit oder beim öffentlichen Onanieren beispielsweise bedarf es einer Aufklärung durch Professionelle. Dennoch sollte aber auch die Gesellschaft immer mehr für dieses Thema sensibilisiert werden. Dazu ist die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession erforderlich.

In diesem Zusammenhang ist das von E. Kobi entwickelte Modell des „Behindertenzustands“ ein interessantes:

„Ein Behinderungszustand kann durch Behinderung entstehen und ist ein Beziehungsfeld zwischen vier Merkmalen:

1. dem Fremdbild, in dem bestimmte Merkmale als behinderungsspezifisch definiert werden,
2. dem Selbstbild und der Eigenbefindlichkeit der als behindert definierten Person,
3. den Normen und Anforderungsprofilen in einer bestimmten gesellschaftshistorischen Situation und
4. den Erleichterungsbemühungen und Hilfen, die dem Behinderten als adäquat erscheinend angeboten werden“. (Kobi 1983 in Karschuck, Stauber in Lenz, Stark 2002, 196-197).

Die Behinderung ist also oftmals eine Auswirkung durch soziale Zuschreibung und gesellschaftliche Definition (vgl. Karschuck, Stauber in Lenz, Stark 2002, S.197).

Das Modell des Behindertenzustands lässt sich auch auf die Sexualität von Menschen mit Behinderung übertragen.

Sieht die Gesellschaft die Menschen mit geistiger Behinderung als beispielsweise asexual an oder ihre Sexualität nur als triebgesteuert, dann werden es diese Menschen immer schwer haben ihre Sexualität auszuleben und offen zu zeigen. Sie nehmen möglicherweise dieses Fremdbild an und handeln danach. Dies steht im Zwiespalt zu ihrem Selbstbild, das keine Schwierigkeit bei der Verwirklichung ihrer Sexualität darstellt.

Die Sichtweise der Gesellschaft wird auch in Teilen durch den historischen Hintergrund beeinflusst, in dem es normal war, Menschen mit geistiger Behinderung zu sterilisieren, um die Sexualtriebe auszuschalten.

Als Erleichterungsbemühung und Hilfe kann die Sexualassistenz gezählt werden. Die Sexualassistenz soll den Menschen helfen ihre sexuellen Wünsche zu verwirklichen. Doch es gibt nicht ohne Grund die Diskussionen zur „Sonderbehandlung“ und damit dem Verhinderungsgrund von Inklusion. Macht die Sexualassistenz die Menschen also noch „behinderter“?

Nach dem Empowerment- Konzept kommt es bei angestrebten Veränderungen zur Beeinflussung aller anderen Faktoren. Verändern die Menschen mit Behinderung mithilfe passender Unterstützung ihr Selbstbild, verändern sich auch die anderen oben genannten Faktoren. Dem Mensch soll selbst überlassen werden, welche Hilfen und Unterstützungsleistungen er erhalten möchte (vgl. Karschuck, Stauber in Lenz, Stark 2002, S.197).

Die Voraussetzung für einen gelingenden Empowerment- Prozess ist die Selbstbestimmung der Menschen mit geistiger Behinderung. Die Aufgabe der Professionellen ist in diesem Zusammenhang die Schaffung von Möglichkeiten und Strukturen, um die sexuelle Selbstbestimmung herauszubilden. Hierbei geht es aber immer um Einzelfälle. Viele Menschen mit geistiger Behinderung haben Erfahrungen mit Fremdbestimmung, mit Bedürfnislosigkeit oder mit Überbehütung gemacht. Viele trauen sich nichts Neues zu oder haben Angst vor neuen Situationen. Diese Menschen brauchen besondere Unterstützung bei ihrer Selbstbestimmung, viele kommen mit dieser auch nicht zurecht.

Dabei ist es besonders wichtig, sich am Alltag und der Lebenswelt dieser Menschen zu orientieren. In der praktischen Umsetzung heißt dies, dass passende Möglichkeiten und passende Situationen geschaffen werden, damit die Menschen entscheiden und handeln können und zur Entwicklung der Selbstbestimmung beitragen (vgl. Karschuck, Stauber in Lenz, Stark 2002, S.198). Die Person kann selbst entscheiden, ob sie beispielsweise sexuelle Dienstleistungen in Anspruch nimmt und kann Entscheidungen über den Ort, die Zeit und den Sexualpartner treffen.

Das Empowerment bedeutet auch für die Professionellen veränderte Rollen. Die Voraussetzung für das Konzept ist der Respekt und das Vertrauen zu den Menschen in seinen Entscheidungen und seinen Stärken. Die Professionellen sollten sich nach dem Empowerment – Konzept nicht negativ über den häufigen Wechsel von Sexualpartnern oder die Inanspruchnahme von Sexualbegleitung bei den Betroffenen äußern oder gar verbieten.

Des Weiteren sollte das Empowerment im Konzept der Institutionen verankert sein und den Mitarbeitern damit ein Leitfaden ihrer Tätigkeit und ihres Handelns sein (vgl. Karschuck, Stauber in Lenz, Stark 2002, S.199).

5.2 Sexualität unter Blickwinkel der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch

Wie im Konzept des Empowerment deutlich wird, bedarf es bei der Sexualität der Menschen mit geistiger Behinderung einen Blick auf den Alltag und die Lebenswelt. Hierbei verwendet die Soziale Arbeit die Theorie der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit betrachtet die Adressaten in ihren alltäglichen Lebensverhältnissen, mit ihren Ressourcen und Problemen und mit ihren Freiheiten und Einschränkungen. Dies geschieht im Blickwinkel von materiellen und politischen Bedingungen. Die Adressaten stehen in unmittelbaren Widersprüchen zwischen ihren verfügbaren Ressourcen und einem problematisch belastenden Lebensarrangements. In diesen Widersprüchen setzt die lebensweltorientierte Soziale Arbeit an. Sie stärkt die lebensweltlichen Möglichkeiten und versucht Defizite zu überwinden, um einen gelingenderen Alltag für die Adressaten zu schaffen (vgl. Grunwald, Thiersch in Otto, Thiersch 2011, S. 854).

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit handelt nach den folgenden Grundprinzipien: Wichtige Aufgabe dieser Sozialen Arbeit ist die **Prävention**. In diesem Zusammenhang orientieren sich die Professionellen an positiven, lebenswerten und erwünschten Verhältnissen und versuchen rechtzeitig die Lebenswelten der Adressaten zu stabilisieren.

Ein weiteres Grundprinzip ist die **Regionalisierung**. Hier wird sie im Sinne einer Dezentralisierung benutzt. Die Soziale Arbeit unterstützt bei der Anknüpfung an lokale Strukturen, sowie bei der Anknüpfung an Förderung- und Unterstützungskonzepte.

Damit die Hilfe gelingt, wird **alltagsorientiert** gehandelt. Der Adressat soll mit seinen Lebenserfahrungen respektiert werden und zur Selbsthilfe befähigt werden. Dabei werden niederschwellige Hilfsangebote genutzt. Dies geschieht im Sinne des Empowerment.

Wichtig in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist die **Partizipation**, also die Teilhabe der Adressaten an den Hilfeprozessen. Damit ist ein weiteres Grundprinzip, die **Integration** verbunden. Die Soziale Arbeit nimmt die Integration zum Anlass, um die Ausgrenzung von Randgruppen zu verhindern (vgl. Thiersch, Grünwald, Königeter in Thole 2005, S. 173-174):

Die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung ist ebenfalls oftmals von Widersprüchen zwischen ihren Ressourcen und ihren problematischen Lebensarrangements betroffen. Ressourcen dorthin gehend, dass sie die körperlichen und geistigen Fähigkeiten besitzen, sexuelles Interesse aufzubauen. Problematisch dagegen die eigentliche Umsetzung ihrer Sexualität aufgrund der oben genannten gesellschaftlichen Vorurteile, der Lebensstrukturen oder ihrer Abhängigkeit von Betreuern.

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit kann die Sexualität dieser Menschen mit den Handlungsprinzipien bei der Verwirklichung unterstützen.

Die Prävention in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit kann für die Sexualität bedeuten, dass die Lebensstrukturen der Menschen mit geistiger Behinderung positiv verändert werden, in dem die Sozialarbeiterin, der Sozialarbeiter lebenswerte Verhältnisse schaffen. Dies können beispielsweise private Räume für die Menschen sein. Damit kann die Sexualität der Betroffenen stabilisiert werden und sich zu einer Normalität entwickeln.

Die Verbesserung der Lebensstrukturen, vor allem die Forderung der Schaffung von mehr ambulanter Behindertenhilfe ist Teil der Aufgabe der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Hierbei unterstützt die Soziale Arbeit bei der Anknüpfung der Betroffenen an lokale Strukturen. Die Sexualität der Menschen kann nur dann vorurteilsfrei gelingen, wenn die Lebensstrukturen an den gesellschaftlich als normal angesehenen Verhältnisse angepasst werden. Oftmals erlauben die großen stationären Einrichtungen, die zum Teil außerhalb von Ortschaften liegen, keinen Einblick für Menschen von außerhalb in das Leben dieser Menschen. Und somit gibt es auch keinen Einblick in die Sexualität der Menschen dort. Dass dadurch die oben genannten Vorurteile entstehen, ist selbstverständlich.

Eine weitere Aufgabe der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit kann die Unterstützung und Förderung von Sexualassistenz in allen Regionen Deutschlands sein. Vor allem die Sexualbegleitung ist vielerorts noch nicht zu erwerben. Nach einer Recherche im Internet ergab, dass eine Sexualbegleiterin, ein Sexualbegleiter in unterschiedlichen Bundesländern tätig ist. (vgl. Institut für Selbst-Bestimmung Behinderter). Hier zeigt sich, dass es bei der gewollten Inanspruchnahme der Sexualbegleitung zu Schwierigkeiten aufgrund von Entfernungen kommen kann. Daher sollte die Soziale Arbeit ortsnahe Angebote fördern und zur Ausweitung der Sexualbegleitung beitragen.

Zum Gelingen der Sexualität bedarf es einer alltagsorientierten Hilfe. Die sexuelle Lebenserfahrung der Menschen sollte respektiert werden. Ebenso sollten die Professionellen den Betroffenen nicht ihre eigenen Vorstellungen von Sexualität aufzeigen und nicht versuchen diese als die einzig Richtige zuzulassen. Dabei bedarf es niederschwelliger Hilfen. Für die Sexualität können das ortsnahe Sexualbegleitungen sein oder Ansprechpartner für sexuelle Fragen, die in den Einrichtungen vor Ort tätig sind und somit Unterstützung leisten können.

Von großer Wichtigkeit bei der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist die Partizipation der Betroffenen. Menschen mit geistiger Behinderung müssen an Entscheidungen beteiligt sein, die sie selbst betreffen. Dies schließt die Zubettgezeiten, die Aufstehzeiten oder die selbstständige Auswahl ihrer Kleidung mit ein. Partizipation bei Entscheidungen,

die die Intimsphäre betreffen, sind daher noch wichtiger. Keine Professionelle, kein Professioneller sollte über den Kopf der Betroffenen bestimmen, mit welcher Person sie sich treffen, ob sie überhaupt Kontakt aufnehmen dürfen und zu welchem Zweck. Vielmehr sollten die Professionellen für eine sexuelle Aufklärung sorgen.

Für die Aufgabe der Sozialarbeiter hieße dies als Interessenvertretung und Entscheidungshilfe nach den Wünschen der Betroffenen zu agieren, wenn diese dazu selbst nicht fähig sind.

Mithilfe der lebensweltorientierten Arbeit kann das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung noch besser gelingen.

Mit der sexuellen Selbstbestimmung hat auch die Inklusion bessere Chancen in ihrer Umsetzung. Mittels der Inklusion kann die lebensweltorientierte Soziale Arbeit die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung „normalisieren“ und somit auch enttabuisieren.

Fazit

Die vorliegende Bachelorarbeit zeigt, dass die Sexualität für Menschen mit geistiger Behinderung in Teilen immer noch auf Schwierigkeiten stößt.

Vor allem die gesellschaftlichen Vorurteile und Vorstellungen von ihrer Sexualität bedeuten für diese Menschen Stigmatisierung. Ein Grund dafür können die Lebensstrukturen der Menschen mit geistiger Behinderung sein, die der Gesellschaft nur selten einen Einblick in deren Leben erlauben.

Im allgemeinen führen die Lebensstrukturen in der Sexualität der Menschen zu Problemen. In Familien bedeutet dies, dass die Eltern stark geprägt von ihrer eigenen Sexualerziehung sind, die sie auf ihre Kinder übertragen oder übertragen haben. Ebenso haben die Eltern Angst vor einer Selbstständigkeit ihrer heranwachsenden Kinder und somit einer Ablösung und dem damit verbundenen Gefühl des Nichtmehrgebraucht-Werdens.

Auch können die großen stationären Einrichtungen zu einer behinderten Sexualität beitragen. Die dort lebenden Menschen sind abhängig von ihren Betreuern und deren sexuellen Einstellungen und den dort herrschenden Strukturen und Leitbildern. Aber durch die immer mehr an Bedeutung gewinnende Forderung „ambulant vor stationär“ haben die Menschen eine erhöhte Chance auf eine natürliche Sexualität.

Dazu kommt auch das Recht auf sexueller Selbstbestimmung. Artikel 3 des Grundgesetzes (siehe Kapitel 2.2), sowie die Behindertenrechtskonvention (siehe Kapitel 2.2) tragen einen großen Schritt zur (sexuellen) Selbstbestimmung bei.

Weitere Verbesserungen für die Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Sexualität sind beispielsweise die Abschaffung von unfreiwilliger Sterilisation oder die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von passiver und aktiver Sexualassistenz.

Wie wenig sich mit dem Konzept der Sexualassistenz auseinander gesetzt wurde und wird, zeigt sich unter anderem durch die begrenzte Literatur. Auch möchten die wenigsten Mitarbeiter oder Betreuer selbst aktiv als Sexualbegleiter tätig werden. Zusätzlich ist die Inanspruchnahme abhängig von den Werten und Einstellungen dieser. Des Weiteren muss darauf geachtet werden, dass vor allem die aktive Sexualassistenz nicht nur verhindernd wirkt, sondern eventuell den Weg auf ein „normales“ Sexualleben ebnet. Erreicht werden kann das mithilfe der Inklusion.

Die Sexualität der Menschen mit geistiger Behinderung ist auch eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. Bei der Verwirklichung kann einerseits das Konzept des Empowerments unterstützend wirken, andererseits auch die Theorie der Lebensweltorientierung und deren Handlungsprinzipien. Es zeigt sich hier, dass es vor allem auf gesellschaftlicher und politische Ebene zu Veränderungen kommen muss. Den Menschen mit geistiger Behinderung muss mehr Mitspracherecht und –möglichkeiten

zugesprochen werden. Dazu bedarf es einer Stärkung des eigenen Selbstbildes, damit die Menschen mit geistiger Behinderung eine befriedigende Sexualität erleben können.

Ausblick

Die letzten Jahre brachten für die Sexualität der Menschen mit geistiger Behinderung viele positive Veränderung. Es wurde erkannt, dass die eigentliche Behinderung dieser Menschen nicht die Behinderung selbst ist, sondern oftmals ihre Lebenssituation das eigentliche Handicap.

Aus dieser Erkenntnis entwickelten sich für die Betroffenen viele Chancen zur Verwirklichung ihrer Sexualität. Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung bedeutet für die Menschen in Teilen eine Möglichkeit auf eine natürliche Sexualität. Dennoch ist die Akzeptanz unterschiedlicher sexueller Orientierungen, das Einführen von verschiedenen Verhütungsmittel, das Aufklären über Geschlechtskrankheiten, sowie der vermehrte Einsatz von aktiver Sexualassistenz vernachlässigte Themen in der Gesellschaft. Diese müssen in Zukunft mehr Beachtung finden.

Auf dem Weg zu einer sexualfreundlichen Zukunft muss das Konzept der Sexualassistenz noch verändert werden. Dies betrifft vor allem die Finanzierung. Ob und welcher Träger (Krankenkasse und Sozialhilfe) dafür in Frage kommen soll, sollte kein Hinderungsgrund bei der Inanspruchnahme von sexuellen Dienstleistungen jeglicher Art sein.

Auch sollte die aktive Sexualassistenz die Befriedigung der Sexualität nicht ausschließlich ersetzen. Viele Menschen möchten nicht nur Genitalsex, sondern eine feste Beziehung mit einer Partnerin, einem Partner und möglicherweise auch Nachwuchs. Dies ist durch eine Sexualbegleiterin, eines Sexualbegleiters nicht realisierbar.

Dies bedeutet positive Veränderungen in den Lebenssituationen der Menschen mit geistiger Behinderung. Es gibt immer noch zu viele stationäre Einrichtungen, die eine teilweise sehr sexualfeindliche Struktur haben. Damit die dort lebenden Menschen eine „normalere“ Sexualität erfahren können, müssen vor Ort nur Einbettzimmer zur Verfügung stehen. Dabei soll die Eingliederungshilfe zukünftig den Menschen durch eine personenzentrierte Hilfe und dem Wunsch- und Wahlrecht die Möglichkeit geben, den Aufenthaltsort, wo und mit wem sie leben, selbst wählen zu lassen (vgl. Lachwitz 2010, S. 1).

Ebenso bedarf es für Mitarbeiter der Behindertenhilfe mehr Fortbildungen und sexualpädagogisches Material vor Ort, mit denen sie direkt Fragen rund um das Thema Sexualität klären können. Zukünftig muss in allen Einrichtungen der Behindertenhilfe ein geschulter Ansprechpartner stetig vor Ort sein, der für die Menschen mit geistiger Behinderung und die Mitarbeiter nicht nur eine beratende Funktion inne hat, sondern auch Öffentlichkeitsarbeit betreiben würde.

Hierbei kann die Soziale Arbeit eine Rolle spielen, in dem sie einerseits für die Mitarbeiter im Sinne des Empowerment Kontaktstellen einrichtet, die bei Schwierigkeiten in sexuellen Fragen Unterstützung leistet. Andererseits kann die Soziale Arbeit nach dem Konzept des Empowerment als Unterstützung bei Entscheidungen um Entwicklungsprozessen für die Betroffenen fungieren. Damit könnten auch die noch offen stehenden Fragen zur sexuellen Selbstbestimmung geklärt werden. Im Sinne der Lebensweltorientierung sollte die Soziale Arbeit zukünftig vor allem präventiv arbeiten, damit die Sexualität dieser Menschen nicht zu einer behinderten Sexualität wird. Dabei ist es vor allem wichtig, dass die Gesellschaft durch Öffentlichkeitsarbeit einen Einblick in das Leben der Menschen mit geistiger Behinderung erhält und somit die stigmatisierenden Vorurteile immer geringer werden und sich bestenfalls irgendwann völlig auflösen würden.

Literaturverzeichnis

- Achilles, Ilse: „Was macht Ihr Sohn denn da?“. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005, S. 12-16.
- Arnade, Sigrid: Von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung. Die UN-Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen. In: BZgA FORUM- Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 1 (2010), S. 9-12.
- Bosch, Erik: Sexualität und Beziehungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Ein Hand- und Arbeitsbuch. 2. Auflage. Tübingen: dgvt- Verlag, 2006.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. 4. Auflage. Weinheim und Basel: Juventa Verlag, 2005.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Familienrecht (o.J.): §1905 BGB Sterilisation. Verfügbar unter:
<http://www.buergerliches-gesetzbuch.info/bgb/1905.html> (24.09.2011).
- BZgA FORUM- Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 2/3 (2001).
- BZgA FORUM- Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 1 (2010).
- Castendiek, Dr. Jan; Hoffmann, Günther: Das Recht der behinderten Menschen. 3. Auflage. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2009.
- Commandeur, Wimmi; Krott, Kalle: Hand anlegen?! Zur Frage der sexuellen Assistenz durch BetreuerInnen in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008, S. 185-193.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Verfügbar unter:
http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf (16.08.2011).
- De Vries, Nina: Sexualbegleitung- Wie geht das?. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008, S. 105-113.
- Fegert, Jörg M.; Jeschke, Karin; Thomas, Helgard; Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2006.
- Gilberts, Theo; Winkler, Petra: „Da müssen die Betreuer aber sehr kulant sein“ – Interviews. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008, S. 67-75.
- Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans: Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans- Uwe; Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, 2011, S. 854- 863.

- Hallstein, Monika; Kemmerer, Ingrid; Winkler, Petra: Sexualberatung für behinderte Menschen, ihre Angehörigen und BetreuerInnen. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005, S. 231-236.
- Hartmann, Simone: Sexuelle Dienstleistung- ein moralisches Angebot?. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008, S. 31-39.
- Hensle, Ulrich; Vernooij, Monika A.: Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen. Theoretische Grundlagen. 6., völlig neu bearb. und erw. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co, 2000.
- Herringer, Norbert: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 1997.
- Hoyler- Herrmann, Annerose: Überlegungen zur Sexualpädagogik bei geistigbehinderten Erwachsenen. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005, S. 197-216.
- Institut zur Selbst- Bestimmung Behinderter (o.J.): Sexualbegleitung ISBB. Verfügbar unter:
<http://www.isbbtrebel.de/sexualbegleitung-isbb/> (21.09.2011).
- Institut zur Selbst- Bestimmung Behinderter (o.J.): ISBB Sexualbegleitung vernetzt - Im Aufbau. Verfügbar unter:
<http://www.isbbtrebel.de/isbb-sexualbegleitung-vernetzt/> (10.10.2011).
- Jacobi, Volker: Juristische Aspekte der Sexualität Geistigbehinderter. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005, S. 102-107.
- Jeschke, Karin; Thomas, Helgard: Die Berlin- Rostock- Studie. In: Fegert, Jörg M.; Jeschke, Karin; Thomas, Helgard; Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2006, S. 31-68.
- Jeschke, Karin; Wille, Nora; Fegert, Jörg M. : Die Sicht des Fachpersonals auf sexuelle Selbstbestimmung. In: Fegert, Jörg M.; Jeschke, Karin; Thomas, Helgard; Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2006, S. 227-294.
- Karschuck, Ruth; Stauber, Herbert: „Wer bestimmt hier was?“. Empowerment in der Behindertenarbeit. In: Lenz, Albert; Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 10. Tübingen: dgvt-Verlag, 2002, S.193-202.
- Lachwitz, Klaus (2010): Die Reform der Eingliederungshilfe nimmt Fahrt auf. Bundesländer fordern Gesetzesnovelle vor Abschluss der Legislaturperiode. Verfügbar unter:
http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/rechtsdienst/4_2010-Die-Reform-der-Eingliederungshilfe.pdf (29.10.2011).

- Lenz, Albert; Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 10. Tübingen: dgvt- Verlag, 2002.
- Mattke, Ulrike: Das Selbstverständliche ist nicht selbstverständlich. Frage- und Problemstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Auswertung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2004, S.46- 64.
- Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V (2005-2008): Dafür kämpfen wir: Wir wollen "Menschen mit Lernschwierigkeiten" genannt werden!
Verfügbar unter:
http://www.people1.de/was_mensch.html (17.08.2011).
- Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V (2005-2008): Wer sind wir- Der Verein. Verfügbar unter:
http://www.people1.de/wer_verein.html (17.08.2011).
- Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V (2005-2008): Forderungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten zum Thema Sexualität. Verfügbar unter:
<http://www.people1.de/02/t/06forderungskatalog.shtm> (19.09.2011).
- Ommeda - Redaktion(2010): Sterilisation der Frau (Tubensterilisation). Verfügbar unter:
<http://www.ommeda.de/ratgeber/verhuetung/sterilisation-sterilisation-der-frau-%28tubensterilisation%29-3320-2.html> (24.09.2011).
- Otto, Hans- Uwe; Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, 2011.
- Puschke, Martina: Gelebte und behinderte Sexualität. Aktuelle Diskussionen und Projekte aus Sicht von Frauen mit Behinderung. In: BZgA FORUM- Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 1 (2010), S. 19-22.
- Rohrmann, Albrecht (o.J.): Vortrag ‚Ambulant Betreutes Wohnen – ein Erfolgsmodell?‘. Verfügbar unter:
<http://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/aktuelle/betreuteswohnen/vortrag-rohrmann-03-03-2009.pdf> (09.09.2011).
- Schildmann, Ulrike: Geschlecht und (geistige) Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Auswertung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2004, S.36- 45.
- Schmidt, Renate- Berenike; Sielert, Uwe (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2008.
- Schwalb, Helmut; Theunissen, Georg (Hrsg.): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best- Practice- Beispiele: Wohnen- Leben- Arbeit- Freizeit. Stuttgart: W. Kohlhammer, GmbH, 2009.
- Sielert, Uwe: Sexualpädagogik. In: Otto, Hans- Uwe; Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, 2011, S. 1263- 1271.
- Speck, Otto: Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. 10., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, 2005.
- Speck, Otto: Viele Eltern haben Angst. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin

- Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005, S. 17-21.
- Specht, Ralf: Sexualität und Behinderung. In: Schmidt, Renate- Berenike; Sielert, Uwe (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2008, S. 295-308.
- Specht, Ralf: Sexualität als Recht auch für Menschen mit Behinderung. In: BZgA FORUM- Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 1 (2010), S. 3-7.
- Steeb, Dorotheen (2010): Knochenschwund durch Depotverhütung. Verfügbar unter: <http://www.caecilien-apotheke-ol.de/leistungen/news-detail/article/osteoporose-durch-dreimonatsspritze/> (01.11.2011).
- Theunissen, Georg; Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen- Soziale Netze- Unterstützungsangebote. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2006.
- Theunissen, Georg; Schwalb, Helmut: Einführung- Von der Integration zur Inklusion im Sinne von Empowerment. In: Schwalb, Helmut; Theunissen, Georg (Hrsg.): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best- Practice- Beispiele: Wohnen- Leben- Arbeit- Freizeit. Stuttgart: W. Kohlhammer, GmbH, 2009, S. 11-36.
- Thiersch, Hans; Grunwald, Klaus; Köngeter, Stefan: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Opladen: VS Verlag, 2005, S.161-178.
- Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Opladen: VS Verlag, 2005.
- Thomas, Helgars; Kretschmann, Johanna; Lehmkuhl, Ulrike: Die Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner zu sexueller Selbstbestimmung und sexualisierter Gewalt. In: Fegert, Jörg M.; Jeschke, Karin; Thomas, Helgard; Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2006, S. 69-226.
- Vernaldi, Matthias: Zwischen sexueller Integration und Sonderbehandlung. In: Walter, Joachim: Zur Einführung: Was ist Sexualassistenz? Was kennzeichnet professionelle Sexualbegleitung?. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008, S. 49-58.
- Vernaldi, Matthias: Sexybilities. In: BZgA FORUM- Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 2/3 (2001), S. 48-50.
- Walter, Joachim: Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005, S. 29-37.
- Walter, Joachim: Empfängnisverhütung und Sterilisation geistig behinderter Menschen aus sexualpädagogischer Sicht. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005, S. 365- 374.
- Walter, Joachim: Zur Einführung: Was ist Sexualassistenz? Was kennzeichnet professionelle Sexualbegleitung?. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008, S. 11-14.

-
- Walter, Joachim: Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht- Standards im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008, S. 15- 30.
- Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1. 6. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2005.
- Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. 2. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, „Edition S“, 2008.
- Wansing, Gudrun: Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005.
- Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Auswertung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2004.

Forderungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten zum Thema Sexualität

Diese zwei Sachen sind uns am wichtigsten:

1. Man soll bei diesen Themen so mit uns umgehen, wie man es sich für sich selber auch wünscht!
2. Man darf keinen Unterschied machen, ob jemand eine Behinderung hat oder nicht. Sexualität ist ein Thema für ALLE.

Das fordern wir:



- Alle haben ein Recht auf ein eigenes Zimmer.
- Man muss die Zimmer abschließen können. Man muss selbst entscheiden dürfen, wann man sein Zimmer abschließt
- Alle haben ein Recht auf getrennte Duschen für Männer und Frauen.
- Alle haben ein Recht, auf getrennte Toiletten für Männer und Frauen. Man muss Duschen und Toiletten abschließen können.



- Es darf nicht verboten sein, wenn 2 Frauen ein Paar sind oder wenn 2 Männer ein Paar sind.
- Alle Paare müssen in Wohneinrichtungen zusammen wohnen können.
- Das Thema Sexualität darf in keiner Einrichtung mehr Tabuthema sein.
- Es muss mit ALLEN offen über die Themen Sexualität geredet werden. Über alles muss geredet werden. Man muss leichte Sprache und Bilder benutzen
- Alle haben ein Recht, aufgeklärt zu werden, zum Beispiel über Verhütung.
- Mit uns muss auch über Geschlechtskrankheiten geredet werden. Wir müssen wissen, was HIV und AIDS ist.
- Es ist menschenunwürdig, wenn Frauen einfach sterilisiert werden, weil andere denken, das ist richtig für sie.
- Alle haben ein Recht, Kinder zu bekommen und groß zu ziehen.
- Wir müssen die Unterstützung bekommen, die wir brauchen, um Kinder groß ziehen zu können. Diese Unterstützung muss es in ganz Deutschland geben.
- Wir wollen Frauen- und Männergruppen, um über Sexualität zu sprechen.
- Alle Pro Familia-Stellen müssen auch Menschen mit Behinderungen gut beraten können (Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V 2005-2008)

